

UNAIDS Science now

HIV this month. Numéro 2. Février 2015

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

1. Réduire la transmission par voie sexuelle

- Nouvelles preuves d'un lien entre le contraceptif injectable acétate de médroxyprogestérone retard et le risque de VIH
- Incitations pour le maintien des orphelins à l'école : programme structurel de prévention du VIH au Zimbabwe
- Dispositif combiné de prévention du VIH spécifique aux travailleuses du sexe
- Utilisation de Facebook pour accroître le dépistage du VIH chez les HSH au Pérou
- Connaissance de son propre statut VIH et de celui de son partenaire - taux encore trop faibles
- L'effet protecteur contre le virus Herpès Simplex 2 augmente-t-il le rapport coût-efficacité de la PrEP?
- Le programme de microfinance basée sur l'épargne contribue à réduire le risque de transmission par voie sexuelle chez les travailleuses du sexe en Mongolie

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

- Optimiser les résultats du traitement antirétroviral de deuxième intention : le traitement sous surveillance directe modifié axé sur le partenaire n'est pas la solution
- L'instauration du traitement antirétroviral reste tardive chez les enfants de moins de deux ans dans les pays à revenus faibles et intermédiaires
- Le dépistage à l'initiative des conseillers multiplie par deux la proportion de patients hospitalisés qui connaissent leur statut VIH

3. Éviter les décès liés à la tuberculose

- La mise en place précoce d'un traitement antirétroviral réduit le risque à long terme d'apparition de la tuberculose

4. Éliminer la stigmatisation et à la discrimination

- Maintenir les adolescentes dans les essais cliniques sur la prévention du VIH : zoom sur les effets de la violence domestique

- Les travaux de recherche devront se poursuivre pour comprendre les prédictors de stigmatisation intériorisée chez les personnes qui vivent avec le VIH

5. Renforcer l'intégration de la riposte au VIH

- L'impact du traitement antirétroviral sur les soignants à domicile en Zambie

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

Contraception hormonale et risque d'acquisition du VIH : méta-analyse sur données individuelles.

Morrison CS, Chen PL, Kwok C, Baeten JM, Brown J, Crook AM, Van Damme L, Delany-Moretlwe S, Francis SC, Friedland BA, Hayes RJ, Heffron R, Kapiga S, Karim QA, Karpoff S, Kaul R, McClelland RS, McCormack S, McGrath N, Myer L, Rees H, van der Straten A, Watson-Jones D, van de Wijgert JH, Stalter R, Low N. *PLoS Med.* 2015 Jan 22;12(1):e1001778. doi: 10.1371/journal.pmed.1001778. eCollection 2015.

Contexte : Les études observationnelles sur le lien potentiel entre contraception hormonale (CH) et acquisition du VIH ont généré des résultats contradictoires. **Nous avons conduit une méta-analyse sur données individuelles (IPD) basée sur des études menées en Afrique subsaharienne afin de comparer l'incidence de l'infection à VIH chez les femmes utilisant des contraceptifs oraux combinés (COC) ou les progestatifs injectables acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) ou énanthate de noréthistérone (EN-NET) et chez les femmes n'utilisant pas de CH.**

Méthodes et résultats : Les études éligibles ont mesuré de façon prospective l'exposition à la CH et les nouvelles infections à VIH à l'aide de mesures standardisées, ont inclus des femmes de 15 à 49 ans, ont enregistré ≥ 15 nouvelles infections à VIH et ont mesuré les covariables prédéfinies. **Nous avons estimé dans notre analyse initiale le rapport de risque ajusté (HRa) à l'aide d'une méta-analyse à effets aléatoires en deux étapes, après contrôle de la région, de la situation maritale, de l'âge, du nombre de partenaires sexuels et de l'utilisation du préservatif.** Nous avons inclus 18 études, totalisant 37 124 femmes (43 613 femmes-années) et 1830 nouvelles infections à VIH. **Par rapport à l'absence d'utilisation de CH, le HRa pour l'acquisition du VIH était de 1,50 (IC 95% 1,24-1,83) pour l'utilisation d'AMPR, de 1,24 (IC 95% 0,84-1,82) pour l'utilisation d'EN-NET, et de 1,03 (IC 95% 0,88-1,20) pour l'utilisation de COC.** L'hétérogénéité entre études était faible ($I^2 < 50\%$). L'utilisation d'AMPR était associée à une augmentation de l'acquisition du VIH comparativement à l'utilisation de COC (HRa 1,43, IC 95% 1,23-1,67) et à l'utilisation d'EN-NET (HRa 1,32, IC 95% 1,08-1,61). **Les estimations des effets ont été atténuées pour les études associées à un risque de biais méthodologique (comparativement à l'absence d'utilisation de CH, HRa pour l'utilisation d'AMPR 1,22, IC 95% 0,99-1,50 ; pour l'utilisation d'EN-NET 0,67, IC 95% 0,47-0,96 et pour l'utilisation de COC 0,91, IC 95% 0,73-1,41) comparativement à celles associées à un risque de biais supérieur (interaction $p = 0,003$).** Ni l'âge ni l'infection par le virus Herpès Simplex de type 2 n'ont modifié la relation CH-VIH.

Conclusions : **Les résultats de cette méta-analyse IPD ne permettent pas de prouver que l'utilisation de COC ou d'EN-NET accroît le risque de VIH mais confortent encore l'hypothèse selon laquelle l'AMPR peut augmenter le risque d'acquisition du VIH,** soulignant la nécessité d'employer d'autres méthodes contraceptives sûres et efficaces pour les femmes à haut risque d'infection au VIH. **Un essai contrôlé randomisé apporterait davantage de preuves définitives quant aux effets de la contraception hormonale, notamment de l'AMPR, sur le risque de VIH.**

[Accès au résumé](#)

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

Note de la rédaction : *Comme on l'a vu dans l'article publié ce mois-ci par Ralph et al, des études observationnelles ont montré que la contraception hormonale, et notamment les progestatifs injectables acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR), pouvait accroître le risque d'infection par le VIH. Cette méta-analyse sur données individuelles vient conforter ce constat. Un point fort de l'étude est la grande taille de l'échantillon. Cela donne davantage de poids à l'examen des*

associations entre contraceptifs spécifiques et risque de VIH, et aux recherches sur la modification des effets dans des analyses de sous-groupes prédéfinies. En outre, le recours à des données individuelles a permis une approche cohérente du codage et un ajustement compte tenu des facteurs de confusion. Si le lien établi est avéré, les implications en termes de santé sexuelle et reproductive sont considérables en Afrique subsaharienne où l'incidence de l'acquisition du VIH et des grossesses non désirées est élevée.

Pays : Botswana, Kenya, Malawi, Rwanda, Afrique du Sud, Ouganda, République Unie de Tanzanie, Zambie, Zimbabwe
Région : Afrique

Sous-catégories : Sexe, prestations de soins de santé

Utilisation de la contraception hormonale et risque d'acquisition du VIH chez les femmes : méta-analyse d'études observationnelles.

Ralph LJ, McCoy SI, Shiu K, Padian NS. Lancet Infect Dis. 2015 Jan 8. pii: S1473-3099(14)71052-7. doi: 10.1016/S1473-3099(14)71052-7. [Publication en ligne avant impression]

Contexte : Les résultats de la recherche épidémiologique sur l'impact de l'utilisation de la contraception hormonale sur le risque d'acquisition du VIH chez les femmes ne sont pas concluants. Nous avons mené une méta-analyse solide des données existantes afin de fournir des estimations synthétiques selon la méthode de contraception hormonale, à utiliser pour la préparation de directives, de modèles et d'études futures sur la contraception.

Méthodes : Nous avons réactualisé une revue systématique récente pour identifier et décrire les études qui ont répondu aux critères d'inclusion. Pour être sûrs d'inclure des travaux plus récents, nous avons effectué une recherche dans PubMed des articles publiés après décembre 2011 et portant sur les termes « contraception hormonale », « VIH/acquisition », « injectables », « progestatif » et « pilules contraceptives ». Nous avons évalué l'hétérogénéité statistique de ces études et, le cas échéant, nous avons combiné des estimations ponctuelles par formulation contraceptive hormonale à l'aide de modèles à effets aléatoires. Nous avons étudié le biais des publications et l'hétérogénéité à l'aide d'analyses de sous-groupes et stratifiées selon les caractéristiques de la population et du protocole de l'étude.

Résultats : Nous avons identifié 26 études, dont 12 répondaient aux critères d'inclusion.

L'augmentation du risque de VIH a été prouvée dans les dix études sur l'acétate de médroxyprogestérone retard (rapport de risque global (HR) 1,40, IC 95% 1,16-1,69). Ce risque était inférieur dans les huit études réalisées chez des femmes de la population générale (HR global 1,31, IC 95% 1,10-1,57). Une hétérogénéité substantielle entre études a été observée dans les analyses secondaires des essais (n=7, I2 51,1%, IC 95% 0-79,3). Bien que des estimations de type individuel aient suggéré un risque accru, l'hétérogénéité substantielle entre deux études réalisées chez des femmes à haut risque d'infection par le VIH (I2 54%, 0-88,7) n'a pas permis de faire des estimations globales. **Aucune preuve de risque de VIH accru n'a été observée dans dix études sur les pilules contraceptives (HR global 1,00, 0,86-1,16) ni dans cinq études sur l'énanthate de noréthistérone (HR global 1,10, 0,88-1,37).**

Interprétation : Nos travaux montrent un risque accru modéré d'acquisition du VIH chez toutes les femmes utilisant l'acétate de médroxyprogestérone retard, avec une augmentation plus faible du risque chez les femmes de la population générale. Pour savoir si les risques de VIH observés dans notre étude méritent le retrait total de l'acétate de médroxyprogestérone retard, il faut tenir compte des bénéfices connus de ce contraceptif très efficace.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction : Cette méta-analyse aboutit à un constat similaire à la méta-analyse sur données individuelles (IPD) réalisée par Morrison et al. et également publiée ce mois-ci. L'étude révèle que l'AMPR (acétate de médroxyprogestérone retard) est associé à une augmentation modérée du risque de VIH et apporte peu d'éléments de preuve d'un risque associé aux contraceptifs oraux combinés et à l'éthanate de noréthistérone (EN-NET). Les implications de ces résultats en termes de politique sont encore floues. A l'instar de l'analyse IPD, cette méta-analyse repose sur des études observationnelles et n'apporte aucune preuve concluante sur l'impact de l'AMPR dans l'augmentation du risque de VIH. Cependant, elle fournit des estimations précises de modélisation pour évaluer les implications d'un retrait éventuel de l'AMPR sur la mortalité maternelle et liée au VIH. De ce fait, les politiques contraceptives peuvent être envisagées en fonction du contexte.

Pays : Botswana, Kenya, Rwanda, Afrique du Sud, Ouganda, République Unie de Tanzanie, Zambie, Zimbabwe

Région : Afrique

Sous-catégories : Sexe, prestations de soins de santé, contraception hormonale et risque de VIH

L'impact des subventions scolaires sur les problèmes liés au VIH chez les adolescentes orphelines.

Hallfors DD, Cho H, Rusakaniko S, Mapfumo J, Iritani B, Zhang L, Luseno W, Miller T. *J Adolesc Health*. 2015 Jan;56(1):79-84. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.09.004.

Objet : Nous étudions les effets des initiatives d'aide à la scolarité en tant qu'outil structurel de prévention du VIH chez les adolescentes orphelines au Zimbabwe au bout de 5 ans.

Méthodes : Trois cent vingt-huit adolescentes orphelines ont été suivies dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé par grappes de 2007 à 2010. Le groupe expérimental a bénéficié de la prise en charge des frais de scolarité, d'uniformes et de fournitures scolaires et d'un « tuteur » dans le cadre scolaire. En 2011-2012, le groupe témoin a bénéficié, avec retard, de la prise en charge partielle des frais de scolarité. Lors de la dernière collecte de données en 2012, des données sur les biomarqueurs du VIH et du virus Herpès Simplex de type 2 (HSV-2) ont été recueillies auprès d'environ 88 % de l'échantillon. Des analyses bivariées et multivariées ont été réalisées sur les résultats des critères d'évaluation, après contrôle de l'âge, de l'appartenance religieuse et du statut socio-économique de référence.

Résultats : Les deux groupes ne se différencient pas au niveau des biomarqueurs du VIH ou du HSV-2. L'intervention globale sur 5 ans a contribué encore à réduire la probabilité du mariage, à améliorer la rétention scolaire et le statut socio-économique (sécurité alimentaire) et, à titre marginal, préserve l'amélioration de la qualité de la vie, même après la prise en charge des frais de scolarité du groupe témoin.

Conclusions : **La prise en charge des frais et dépenses de scolarité a eu pour effet une amélioration significative de la qualité de vie des adolescentes orphelines.** Aucune preuve biologique de la prévention de l'infection à VIH n'a toutefois été obtenue. Notre étude vient conforter le travail de recherche croissant sur le soutien à la scolarité comme moyen de prévention du VIH chez les filles d'Afrique subsaharienne. Toutefois, aucune image claire de son efficacité ne s'est encore dessinée.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction : Les programmes structurels de prévention du VIH offrent potentiellement un moyen d'atténuer les facteurs de risque réputés être à l'origine des taux sensiblement plus élevés de VIH observés chez les adolescentes dans les milieux à faibles revenus. Au Zimbabwe, les orphelines présentes dans le bras de programme de cet essai contrôlé randomisé se sont vu offrir un kit d'aide à la scolarité incluant la prise en charge de leurs frais de scolarité. Faut de moyens suffisants, il n'a pas été possible d'évaluer les différences de prévalence du VIH ou du HSV-2 selon les bras mais l'impact de la mesure sur plusieurs facteurs médiateurs importants en termes d'infection à VIH est prometteur. On peut citer l'âge des premiers rapports sexuels, le mariage, l'abandon scolaire et le statut socio-économique. La longue période de suivi de cinq ans et le taux élevé de maintien dans l'étude (88 %) sont les points forts de cette étude. L'étude réunit une base de données probantes restreinte sur les programmes structurels pour adolescentes en Afrique subsaharienne. Les recherches futures doivent reconsidérer les voies par lesquelles opèrent les déterminants structurels de l'infection à VIH.

Pays : Zimbabwe

Région : Afrique

Sous-catégories : Épidémiologie, Sexe, Prévention de l'infection à VIH chez l'enfant, Transmission sexuelle et prévention, Déterminants structurels et vulnérabilité

Prévention combinée du VIH pour les travailleuses du sexe : quelles sont les preuves ?

Bekker LG, Johnson L, Cowan F, Overs C, Besada D, Hillier S, Cates W, Jr. Lancet. 2015 Jan 3;385(9962):72-87. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60974-0. Publication en ligne 22 juil 2014.

Le travail du sexe prend plusieurs formes et partout dans le monde les professionnels du sexe, hommes et femmes confondus, ont été touchés par l'épidémie de VIH. **Les déterminants du risque de VIH associé au travail du sexe se retrouvent à plusieurs niveaux, et notamment au niveau biologique et comportemental, dans une relation à deux et en réseau, et au niveau communautaire et social. Les preuves indiquent qu'une méthode de prévention efficace du VIH pour les travailleurs du sexe doit associer des interventions à caractère biomédical, comportemental et structurel adaptées au contexte local, et être conduite et mise en œuvre par des communautés de professionnels du sexe.** Une modélisation fondée sur l'épidémie hétérosexuelle en Afrique du Sud suggère que la promotion du préservatif et les programmes de distribution en Afrique du Sud ont déjà réduit de plus de 70 % le taux d'incidence du VIH chez les travailleurs du sexe et leurs clients. D'après les hypothèses optimistes du modèle, une prophylaxie pré-exposition par voie orale accompagnée de programmes de dépistage et de traitement pourrait encore réduire jusqu'à 40 % l'incidence du VIH parmi les travailleurs du sexe sud-africains et leurs clients sur une période de 10 ans. **En associant ces approches biomédicales à un « kit » de prévention incluant des éléments comportementaux et structurels dans le cadre d'une approche axée sur les communautés, on luttera mieux contre l'infection à VIH chez les travailleurs du sexe dans différents milieux à travers le monde.**

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction : Les travailleurs du sexe sont confrontés à des contextes complexes en termes de risque d'infection par le VIH et d'autres IST et maladies, et dans la vie en général. Pourtant, il existe relativement peu de programmes de prévention du VIH à grande échelle pour les travailleurs du sexe. Cet article présente une initiative pour la prévention combinée du VIH chez les travailleurs du sexe. Il évalue l'impact de ces activités au plan individuel mais aussi au niveau du réseau sexuel/social, de la communauté et des politiques publiques. Il modélise l'impact qu'aurait la

combinaison d'approches individuelles et structurelles multiples et d'approches biomédicales, parmi lesquelles on peut citer, en Afrique du Sud, un traitement plus précoce et une PrEP par voie orale ou vaginale. Les simulations du modèle suggèrent que les programmes individuels et structurels, et notamment la promotion et la distribution de préservatifs ainsi que les initiatives au niveau communautaire, sont essentiels pour réduire l'incidence du VIH chez les travailleurs du sexe et leurs clients en Afrique du Sud. La généralisation d'un traitement plus précoce efficace sur la base du volontariat, associée à la PrEP, pourrait encore réduire l'incidence du VIH dans ce milieu.

Pays : Afrique du Sud

Région : Afrique

Sous-catégories : Épidémiologie, transmission par voie sexuelle et prévention

Intervention des médias sociaux dans le cadre de HOPE pour la prévention globale du VIH au Pérou : essai contrôlé sondage aléatoire en grappes.

Young SD, Cumberland WG, Nianogo R, Menacho LA, Galea JT, Coates T. The Lancet HIV 2.1 (2015): e27-e32.

Contexte : Les technologies des médias sociaux offrent de nouvelles approches en termes de prévention du VIH et de promotion du dépistage. **Nous avons étudié l'efficacité de l'implication des réseaux sociaux dans le cadre de l'étude HOPE (Harnessing Online Peer Education (Exploiter l'éducation par les pairs en ligne)) pour augmenter le dépistage du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) au Pérou.**

Méthodes : **Dans cet essai contrôlé sondage aléatoire en grappes, des HSH péruviens** de l'agglomération de Lima (jusqu'à Callao) ayant eu des relations sexuelles avec un homme durant les 12 derniers mois, âgés de 18 ans ou plus, séronégatifs ou au statut VIH inconnu et possédant un compte facebook ou désireux d'en créer un (N=556) **ont été répartis de manière aléatoire (1:1)** par dissimulation de l'allocation **pour rejoindre le groupe d'intervention ou les groupes témoins sur Facebook pendant 12 semaines. Pour l'intervention, les HSH péruviens ont été formés et il leur a été attribué la fonction de mentors pour la prévention du VIH (pairs leaders) auprès des participants des groupes facebook.** La période des interventions a duré 12 semaines. **Les participants des groupes témoins ont bénéficié d'une prise en charge améliorée,** avec prévention du VIH standard au Pérou et participation à des groupes facebook (sans pairs leaders) leur donnant les dernières nouvelles sur l'étude ainsi que des informations sur le dépistage du VIH. Après avoir répondu oui à une demande pour rejoindre le groupe, la poursuite de la participation s'est faite sur la base du volontariat. Les participants ont également complété des questionnaires sur les comportements à risque de VIH et l'utilisation des médias sociaux au début de l'étude et au suivi des 12 semaines. **Les principales données obtenues ont été le nombre de participants ayant reçu un test gratuit de dépistage du VIH dans une clinique communautaire locale.** Les groupes facebook ont été analysés en tant que grappes pour tenir compte des corrélations intragrappe. Cet essai est enregistré sur ClinicalTrials.gov, sous le numéro NCT01701206.

Résultats : Sur les 49 pairs leaders recrutés, 34 ont terminé la formation et ont été répartis de manière aléatoire dans les groupes facebook d'intervention. Entre le 19 mars 2012 et le 11 juin 2012, et entre le 26 septembre 2012 et le 19 décembre 2012, **556 participants ont été répartis de manière aléatoire dans les groupes d'intervention (N=278) ou les groupes témoins (N=278) ;** nous analysons les données de 252 et 246 sujets. **43 participants (17%) du groupe d'intervention et 16 (7%) des groupes témoins ont été dépistés pour le VIH (risque relatif approché 2,61, IC 95 % 1,55–4,38).** Aucun événement indésirable n'a été déclaré.

Interprétation : **Le développement de communautés de réseaux sociaux avec le mentorat d'un pair a semblé une méthode efficace pour augmenter les taux de dépistage du VIH dans les populations à haut risque au Pérou.** Les résultats suggèrent que l'intervention des médias sociaux de l'étude HOPE pouvait améliorer les taux de dépistage du VIH chez les HSH au Pérou.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction :** Les programmes communautaires de lutte contre le VIH dirigés par des pairs ont pour but d'améliorer les comportements en modifiant les normes et les attitudes sociales. Ils ont eu pour effets l'augmentation du recours au préservatif et la diminution des rapports anaux non protégés. Cette étude a montré qu'une activité sur les médias sociaux dirigée par des pairs augmentait le taux de dépistage du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes au Pérou. Les critères du programme étaient d'appartenir à un groupe facebook fermé, avec un pair leader diffusant des posts et animant des chats sur l'importance du dépistage et de la prévention du VIH. En outre, les communautés sont restées très engagées dans les discussions de groupe, suggérant que l'activité peut également servir au rapprochement avec les systèmes de soins, bien que ce résultat n'ait pas été obtenu dans cet essai. Il s'agit du premier essai contrôlé avec sondage aléatoire basé sur les réseaux sociaux à évaluer le dépistage du VIH. Il démontre l'efficacité du recours aux réseaux sociaux et à d'autres technologies innovantes peu onéreuses pour la prévention et le traitement du VIH dans d'autres milieux.*

Pays : Pérou

Région : Amérique Latine

Sous-catégories : Dépistage du VIH, transmission par voie sexuelle et prévention

Qui connaît le statut VIH de son partenaire ? Les résultats d'une étude représentative de la population nationale en Ouganda.

Kenyon CR, Kirungi W, Kaharuzza F, Buyze J, Bunnell R. J Acquir Immune Defic Syndr. 2015 Jan 23. [Publication en ligne avant impression]

Objectif : Nous étudions dans quelle mesure les Ougandais connaissent précisément leur statut VIH et celui de leurs partenaires.

Méthodes : **L'enquête de 2011 sur les indicateurs du SIDA en Ouganda (UAIS) était une étude représentative sur le plan national des 15-59 ans au cours de laquelle. 21 366 personnes ont participé à un dépistage du VIH.** Nous avons comparé le statut VIH autodéclaré par les participants avec celui déterminé dans le cadre de l'UAIS. **Nous avons pu relier 3285 couples dans l'étude et, dans ce groupe, nous avons comparé le statut VIH déclaré des partenaires avec celui déterminé par l'UAIS.** Une analyse de régression logistique multiple a été utilisée pour identifier les facteurs associés à une mauvaise connaissance du statut VIH.

Résultats : Une proportion estimée à 55,8 % des Ougandais adultes a déclaré avoir subi un test de dépistage du VIH. **Sur 1495 Ougandais infectés par le VIH, 59,1 % ignoraient leur infection à VIH. Parmi les 3285 couples reconstitués dans cette analyse, 273 couples (8,3 %) comptaient au moins un(e) partenaire infecté(e) ; dans 96 couples (2,9 %), les deux partenaires étaient infectés, et les 177 couples restants (5,4 %) étaient sérodiscordants. Autrement dit, 369 personnes du groupe des couples avaient un(e) partenaire infecté(e) par le VIH. Dans ce groupe, 110 personnes (29,8 %) savaient que leur partenaire était infecté(e) par le VIH.** Dans une analyse de régression logistique multiple, **le fait de savoir précisément que son/sa partenaire était infecté(e) par le VIH était étroitement associé à la démarche de dépistage du VIH du**

couple (ORA 4,3, IC : 2,2-8,4) et à la déclaration de son statut séropositif, contrairement à la déclaration d'un statut séronégatif (ORA 7,3, IC 3,8-14,3) ou d'un statut VIH inconnu (ORA 30,6, IC 3,8-263,4).

Conclusions : Les personnes interrogées déclarent peut-être le statut VIH de leur partenaire selon leur propre statut VIH. Les campagnes d'information de la population sur la prévalence de la sérodiscordance en lien avec une meilleure promotion de la consultation conjugale peuvent contribuer à accroître la proportion d'Ougandais informés de leur propre statut VIH et de celui de leur partenaire.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction :** Il est important que chacun connaisse son statut VIH et celui de son/ses partenaire(s) pour que les stratégies de réduction de la transmission du VIH soient efficaces. Dans cette vaste enquête représentative au plan national menée en Ouganda, le statut VIH autodéclaré a été comparé avec les résultats de laboratoire. La proportion de femmes et d'hommes déclarant connaître leur statut VIH a considérablement augmenté depuis la dernière enquête. Pourtant, plus de la moitié des adultes vivant avec le VIH n'avaient pas connaissance de leur statut VIH. Moins d'un tiers des personnes dont le/la partenaire vit avec le VIH avaient connaissance du statut de leur partenaire. On a observé un lien très étroit entre le statut VIH autodéclaré et le statut VIH déclaré des partenaires. Les auteurs avancent une explication selon laquelle les personnes déclarent le statut VIH de leur partenaire en fonction de leur propre statut VIH. Cet argument est étayé par de précédentes études suggérant que la concordance des résultats de dépistage du VIH est un fait souvent supposé. Cette étude indique un besoin de stratégies d'éducation sur la prévalence et les conséquences de la discordance. Elles pourraient être combinées à un dépistage de couple et à un traitement antirétroviral préventif pour les couples sérodiscordants, afin d'endiguer l'épidémie de VIH généralisée en Ouganda et au-delà.*

Pays : Ouganda

Région : Afrique

Sous-catégories : Dépistage du VIH, transmission par voie sexuelle et prévention

Estimer le rapport coût-efficacité de la prophylaxie pré-exposition pour la réduction de l'incidence du VIH-1 et du HSV-2 chez les couples sérodiscordants pour le VIH en Afrique du Sud.

Jewell BL, Cremin I, Pickles M, Celum C, Baeten JM, Delany-Moretlwe S, Hallett TB. PLoS One. 2015 Jan 23;10(1):e0115511. doi: 10.1371/journal.pone.0115511. eCollection 2015.

Objectif : Estimer le rapport coût-efficacité d'une PrEP à base de ténofovir par voie orale en prise quotidienne apportant un effet protecteur contre le HSV-2 et le VIH-1, dans les couples sérodiscordants pour le VIH en Afrique du Sud.

Méthodes : Nous avons intégré l'acquisition, la transmission et l'interaction de HSV-2 avec VIH-1 dans un modèle de microsimulation de couples hétérosexuels sérodiscordants pour le VIH-1 en Afrique du Sud, en utilisant une PrEP pour le partenaire non infecté par VIH-1 avant l'instauration d'un TARV pour le partenaire infecté par VIH-1, et ce pendant l'année qui suit.

Résultats : Nous estimons le coût par année de vie ajustée sur l'incapacité (DALY) évitée selon deux scénarios, l'un dans lequel la PrEP n'a aucun effet sur la réduction de l'acquisition de HSV-2 et l'autre dans lequel on observe une réduction de 33 %. A l'issue d'une intervention sur vingt ans, le coût par DALY évitée est estimé passer respectivement de 10 383 \$ à 9757 \$, soit

une réduction de 6 % compte tenu du bénéfice supplémentaire d'une acquisition de HSV-2 réduite. Si tous les couples sont discordants à la fois pour VIH-1 et pour HSV-2, le coût par DALY évitée tombe à 1445 \$, ce qui montre que l'impact est limité par la concordance pour HSV-2 dans les couples.

Conclusion : A l'issue d'une intervention de PrEP sur 20 ans, le coût par DALY évitée associé à une réduction de HSV-2 est estimé légèrement inférieur au coût associé à la PrEP sans aucun effet, procurant une augmentation des bénéfices de santé en plus de la prévention de VIH-1, sans surcoût. Le faible degré de cet effet est en partie dû à une prévalence élevée de l'infection à HSV-2 chez les couples sérodiscordants pour VIH-1 en Afrique du Sud.

[Accès au résumé](#)

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

***Note de la rédaction :** Herpes simplex virus-2 (HSV-2) est un facteur de risque de VIH et peut également avoir des conséquences graves chez la femme enceinte s'il est contracté pendant la grossesse. Il est également difficile à prévenir par d'autres moyens que le préservatif et sa prévalence est élevée en Afrique subsaharienne. Il n'est donc pas surprenant de voir l'enthousiasme suscité par les résultats de l'étude Partners sur la prophylaxie pré-exposition (PrEP) qui a révélé que la prise quotidienne d'emtricitabine/ fumarate de ténofovir disoproxil (TDF/FTC) par voie orale réduisait de 33 % l'acquisition de HSV-2. Il a également réduit le risque d'acquisition du VIH d'environ 75 %. Cet article évalue le rapport coût-efficacité d'une PrEP à base de ténofovir par voie orale. Il se concentre sur le rapport coût-efficacité incrémentiel de la réduction de l'incidence de HSV-2, un bénéfice accru pour la santé sans surcoût.*

Contre toute attente, les auteurs ont découvert que, sur 20 ans, le rapport coût-efficacité de la PrEP à base de TDF/FTC en prévention des infections à HSV-2 ne sera pas sensiblement altéré. Bien que le programme de PrEP simulé, avec une réduction de 33 % de l'acquisition de HSV-2, soit plus efficace, il n'a eu qu'un impact minime sur le coût par DALY évitée. Il a été comparé à une PrEP associée à 0 % de réduction de HSV-2 (9757 \$ contre 10 383 \$/DALY évitée). Cela s'explique par les conséquences relativement modérées pour la santé de HSV-2 comparativement au VIH. La grande majorité des DALY évitées grâce au programme résultent de la prévention de nouvelles infections à VIH plutôt que de la prévention de HSV-2. Néanmoins, les auteurs estiment que ce bénéfice ajouté pour la santé peut être intéressant, en particulier chez les couples doublement discordants dans lesquels un partenaire est infecté à la fois par VIH et HSV-2. Les auteurs sont favorables à des recherches plus poussées sur l'impact de cette combinaison dans d'autres populations, comme chez les femmes jeunes.

Pays : Afrique du Sud

Région : Afrique

Sous-catégories : Transmission par voie sexuelle et prévention

Efficacité d'une initiative de microfinance basée sur l'épargne pour réduire le risque de transmission sexuelle du VIH chez les femmes exerçant le travail du sexe : essai clinique en sondage aléatoire.

Witte SS, Aira T, Tsai L, Riedel M, Offringa R, Chang M, El-Bassel N, Ssewamala F. *Am J Public Health.* 2015 Mar;105(3):e95-e102. doi: 10.2105/AJPH.2014.302291. Publication en ligne 20 jan 2015.

Objectifs : Nous avons testé si une intervention structurelle combinant des composantes de microfinance basée sur l'épargne et de prévention du VIH permettrait d'obtenir une meilleure

réduction du risque sexuel chez les femmes exerçant le travail du sexe dans la rue à Oulan-Bator, Mongolie, comparativement avec une intervention de prévention du VIH seule.

Méthodes : Entre novembre 2011 et août 2012, nous avons inclus de façon aléatoire 107 femmes éligibles ayant terminé les évaluations de base pour soit une intervention de réduction des risques de transmission sexuelle du VIH en 4 sessions (RTSVIH) seule (n = 50), soit une RTSVIH en 34 sessions associée à une intervention de microfinance basée sur l'épargne (n = 57). Aux évaluations de suivi des 3 mois et des 6 mois, les participantes ont déclaré les rapports vaginaux non protégés avec des partenaires payants et le nombre de partenaires sexuels payants qu'elles ont eus au cours des 90 jours écoulés. A l'aide des modèles de Poisson et des modèles de régression de Poisson à inflation de zéros, nous avons examiné les effets de l'attribution du traitement par rapport à une condition témoin sur les résultats.

Résultats : **A la visite de suivi des 6 mois, les participantes à la RTSVIH plus microfinance ont déclaré nettement moins de partenaires sexuels payants et ont davantage déclaré zéro rapport sexuel vaginal non protégé avec des partenaires sexuels payants.**

Conclusions : Ces résultats font progresser les moyens de prévention du VIH chez les femmes en montrant que la réduction des risques peut être obtenue par une intervention structurelle basée sur le renforcement des ressources, y compris l'épargne, et des alternatives à la rémunération du travail du sexe.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction : L'étude sur les risques sexuels chez les travailleuses du sexe à Oulan-Bator, Mongolie, vient conforter l'hypothèse selon laquelle l'autonomisation économique réduit le risque de VIH. La Mongolie enregistre une faible prévalence du VIH. Mais elle est considérée comme extrêmement vulnérable à la propagation du VIH. Ainsi, ces programmes devraient être mis en œuvre pour empêcher une épidémie concentrée de devenir une épidémie généralisée. Les auteurs reconnaissent que, même si la microfinance peut apporter l'autonomisation économique, elle peut aussi réduire les économies, ce qui peut contribuer à l'endettement des femmes et à entretenir un cycle de pauvreté et de dépendance au travail du sexe. L'essai a permis de tester si l'amélioration de l'éducation financière, des connaissances et des compétences sur le développement économique et l'augmentation des économies personnelles entraîneraient une diminution plus significative des comportements sexuels à risque qu'un programme de réduction des risques sexuels seul. Des groupes de travailleuses du sexe ont été sélectionnés de façon aléatoire pour bénéficier soit d'un programme de réduction du risque de transmission sexuelle du VIH en quatre sessions (RTSVIH) soit de la RTSVIH plus un programme de microfinance basée sur l'épargne. La RTSVIH seule a consisté en deux sessions par semaine pendant deux semaines et s'est consacrée aux compétences de développement de l'auto-efficacité pour la réduction des risques. Le programme RTSVIH plus microfinance basée sur l'épargne incluait les quatre sessions sur l'auto-efficacité pour la réduction des risques, suivies de 12 sessions d'éducation financière trois fois par semaines puis de 12 sessions de formation au développement économique trois fois par semaine. Les activités ont été testées à trois mois et à six mois pour explorer l'impact à court terme sur les risques sexuels. Les auteurs ont trouvé que les femmes ayant bénéficié du programme RTSVIH plus microfinance basée sur l'épargne déclaraient une réduction plus importante du nombre de partenaires sexuels payants et un moins grand nombre de partenaires sexuels au suivi des six mois. Ces femmes ne déclaraient le plus souvent plus aucun rapport sexuel vaginal non protégé à la visite de suivi des six mois. L'étude est importante car elle illustre que la fourniture de microfinancement constitue un programme structurel plus efficace si les femmes sont dotées de compétences pour gérer leurs finances et économiser de

l'argent au lieu de se retrouver dans un cycle de remboursement des dettes. Cela a des implications importantes pour les autres projets de microfinance, à l'instar des programmes de lutte contre la violence faite aux femmes.

Pays : Mongolie

Région : Asie

Sous-catégories : Déterminants structurels et vulnérabilité

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

Intervention sur l'observance axée sur le partenaire pour un traitement antirétroviral de deuxième intention (ACTG 5234) : essai randomisé multinational.

Gross R, Zheng L, La Rosa A, Sun X, Rosenkrantz SL, Wagner Cardoso S, Ssali F, Camp R, Godfrey C, Cohn SE, Robbins GK, Chisada A, Wallis CL, Reynolds NR, Lu D, Safren SA, Hosey L, Severe P, Collier AC pour l'équipe ACTG 5234. Lancet HIV 2015; 2: e12–19

Contexte : L'observance est la clé de la réussite d'un traitement antirétroviral. Un soutien accru du partenaire pourrait être bénéfique aux patients ayant connu un échec thérapeutique préalable. **Nous avons cherché à évaluer si une intervention de soutien accru axé sur le partenaire avec un traitement sous surveillance directe modifié améliorerait les résultats d'un traitement de deuxième intention chez des patients infectés par le VIH chez lesquels le traitement de première ligne a échoué.**

Méthodes : **Nous avons mené un essai clinique international avec sélection de façon aléatoire multicentrique sur neuf sites au Botswana, au Brésil, à Haïti, au Pérou, en Afrique du Sud, en Ouganda, en Zambie et au Zimbabwe. Les participants, âgés de 18 ans ou plus, chez lesquels le traitement de première ligne a échoué, présentant des concentrations d'ARN VIH supérieures à 1000 copies par ml et ayant un partenaire disposé à participer, ont été répartis de manière aléatoire (1:1), par sélection de façon aléatoire informatisée, pour recevoir soit le traitement sous surveillance directe modifié axé sur le partenaire soit le traitement de référence.** La randomisation a été stratifiée en examinant la concentration d'ARN VIH ($\leq 10\,000$ copies par ml contre $> 10\,000$ copies par ml). L'affectation des groupes n'a été masquée ni pour les participants ni pour les investigateurs du site. **Le principal résultat a été la confirmation de l'échec virologique (charge virale > 400 copies par ml) à la semaine 48. Il s'agissait d'une analyse en intention de traiter.** Cet essai est enregistré sur ClinicalTrials.gov, sous le numéro NCT00608569.

Résultats : Entre le 23 avril 2009 et le 29 septembre 2011, **nous avons affecté de manière aléatoire 259 participants au groupe de traitement sous surveillance directe modifié (n=129) ou au groupe recevant le traitement de référence (n=130).** 34 participants (26%) du groupe de traitement sous surveillance directe modifié ont atteint le critère d'évaluation principal d'échec virologique à la semaine 48 contre 23 participants (18%) dans le groupe de traitement de référence. D'après la méthode **Kaplan-Meier, la probabilité cumulée d'échec virologique estimée à la semaine 48 était de 25,1% (IC 95% 17,7–32,4) dans le groupe de traitement sous surveillance directe modifié et de 17,3% (10,8–23,7) dans le groupe recevant le traitement de référence, pour une différence pondérée entre le traitement de référence et le traitement sous surveillance directe modifié de -6,6% (IC 95% -16,5% à 3,2% ; p=0,19).** 36 participants (14%) ont déclaré au moins un événement indésirable ou anomalie de laboratoire de grade 3 ou plus (n=21 dans le groupe de traitement sous surveillance directe modifié et n=15 dans le groupe du traitement de référence).

Interprétation : **La formation axée sur le partenaire avec traitement sous surveillance directe modifié n'a eu aucun effet sur la suppression virologique.** L'intervention ne semble donc pas être une stratégie prometteuse pour améliorer l'observance. Un suivi intensif avec le personnel clinique pourrait être une approche viable dans ce contexte.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction : *Un taux élevé d'échec virologique sous traitement antirétroviral (TARV) de deuxième intention est rapporté dans les milieux à faibles ressources. Le principal facteur évoqué serait davantage une observance non optimale qu'une résistance. Comme un grand nombre de ces milieux ont un accès limité aux traitements de troisième ligne, il y a un besoin urgent de programmes basés sur des données probantes pour optimiser l'observance des patients, qu'ils soient sous traitement de première ligne ou de deuxième intention.*

Les résultats de cet essai contrôlé à tirage aléatoire confortent encore davantage l'hypothèse selon laquelle un traitement sous surveillance directe modifié axé sur le partenaire n'est pas la solution. Il est intéressant de noter que les personnes incluses dans cet essai présentaient des taux d'échec virologique nettement inférieurs à ceux observés dans un cadre programmatique, qu'ils aient été affectés au bras du programme ou à celui du traitement de référence. Ce constat peut appeler plusieurs explications, et notamment le fait que toutes les personnes incluses dans l'étude devaient avoir révélé leur statut à un ami ou à un membre de la famille, que toutes ont reçu des informations et un soutien accrus et toutes ont été présentes aux rendez-vous cliniques réguliers. Des études pragmatiques complémentaires axées sur les programmes à l'échelle des cliniques et des patients sont nécessaires pour déterminer les stratégies optimales pour maximiser l'observance des patients.

Pays : Botswana, Brésil, Haïti, Pérou, Afrique du Sud, Ouganda, Zambie, Zimbabwe
Région : Afrique, Amérique Latine

Sous-catégories : Prestations de soins de santé, Personnes vivant avec le VIH, Traitement

L'immunodéficience chez les enfants qui démarrent un traitement antirétroviral dans les pays à revenus faibles, intermédiaires et élevés.

Koller M, Patel K, Chi BH, Wools-Kaloustian K, Dicko F, Chokephaibulkit K, Chimbetete C, Avila D, Hazra R, Ayaya S, Leroy V, Truong HK, Egger M, Davies MA, leDEA, NISDI, PHACS et études IMPAACT 219C. J Acquir Immune Defic Syndr. 2015 Jan 1;68(1):62-72. doi: 10.1097/QAI.0000000000000380.

Contexte : **La numération ou le taux de CD4 (CD4%) au démarrage du traitement antirétroviral (TARV) combiné est un facteur pronostique important chez les enfants qui débutent le traitement et un indicateur important de la performance du programme.** Nous décrivons les tendances et les déterminants des mesures de CD4 au début du TARV combiné chez des enfants issus de pays à revenus faibles, intermédiaires et élevés.

Méthodes : Nous avons inclus des enfants de moins de 16 ans recrutés dans des cliniques participant à une étude collaborative couvrant l'Afrique subsaharienne, l'Asie, l'Amérique latine et les États-Unis. Les valeurs de CD4 manquantes au début du cTARV ont été estimées à l'aide de la méthode de l'imputation multiple. L'immunodéficience sévère a été définie selon les critères de l'Organisation mondiale de la santé. Les analyses se sont appuyées sur des modèles mixtes additifs généralisés ajustés en fonction de l'âge, du pays et de l'année calendaire.

Résultats : Au total 34 706 enfants issus de 9 pays à faibles revenus, de 6 pays à revenus intermédiaires de la tranche inférieure, de 4 pays à revenus intermédiaires de la tranche supérieure et

d'un pays à revenus élevés (les États-Unis) ont été inclus ; 20 624 enfants (59%) présentaient une immunodéficience sévère. **Dans les pays à faibles revenus, la prévalence estimée d'enfants démarrant un TARV combiné avec une immunodéficience sévère a baissé de 76 % en 2004 à 63 % en 2010.** Les chiffres correspondants pour les pays à revenus intermédiaires de la tranche inférieure étaient 77-66% et pour les pays à revenus intermédiaires de la tranche supérieure 75-58%. Aux États-Unis, le pourcentage a diminué de 42% à 19% sur la période 1996-2006. Dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, les nourrissons et les enfants de 12 à 15 ans présentaient la prévalence la plus élevée d'immunodéficience sévère au démarrage du TARV combiné.

Conclusions : Malgré les progrès constatés dans la plupart des pays à revenus faibles et intermédiaires, **de nombreux enfants démarrent encore leur TARV combiné avec une immunodéficience sévère. Le diagnostic et le traitement précoces des enfants infectés par le VIH pour lutter contre la morbidité et la mortalité associées à l'immunodéficience doivent rester une priorité de santé publique mondiale.**

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction :** Cet article décrit les tendances et les déterminants des mesures de CD4 à la mise en route du traitement antirétroviral (TARV) chez environ 35 000 enfants de pays à revenus faibles, intermédiaires et élevés. Les tendances temporelles des mesures de CD4 à l'instauration du TARV sont un indicateur utile de l'aptitude du système de santé à identifier et à traiter les enfants éligibles en temps voulu. Elles constituent également une mesure utile de la réponse aux modifications des directives.*

Les précédentes directives de l'OMS recommandaient une mise en route précoce du TARV, indépendamment des seuils immunologiques ou cliniques. Or, les auteurs ont découvert qu'en 2010 près des deux tiers des enfants de moins de deux ans dans les pays à revenus faibles et intermédiaires présentaient encore une immunodéficience sévère à l'instauration du TARV.

Le retard de mise en œuvre des directives de l'OMS à l'échelle des pays, un accès insuffisant au diagnostic précoce chez le nourrisson, les longs délais d'obtention des résultats des essais et la disponibilité limitée des TARV pour les nourrissons et les jeunes enfants sont tous autant de facteurs qui contribuent à un tel retard de mise en route du TARV. Les auteurs soulignent qu'un diagnostic rapide du VIH pédiatrique n'est pas forcément synonyme d'instauration rapide d'un TARV. Cet écart entre diagnostic et traitement s'explique essentiellement par le fait que les tests diagnostiques du VIH et les TARV pédiatriques sont basés sur des sites différents sans dispositifs d'orientation suffisants entre les services. La mesure de CD4 visant à déterminer l'éligibilité pose des difficultés, notamment l'accès aux tests, les délais d'obtention et d'interprétation des résultats, ainsi que le malaise des travailleurs de santé à traiter des enfants.

Actuellement, seuls 22 % des enfants vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne reçoivent un TARV. Pour réduire l'écart de traitement chez les enfants, les directives de 2013 de l'OMS préconisent un TARV universel pour tous les enfants vivant avec le VIH et âgés de moins de cinq ans, indépendamment de la numération de CD4 ou du stade clinique. En supprimant l'obligation d'une mesure de CD4, on supprime aussi les délais d'attente des résultats de CD4. Les directives ont donc pour objectif d'augmenter l'accessibilité du traitement et d'accélérer la mise en route du traitement pour tous les enfants.

Pays : Bénin, Botswana, Brésil, Burkina Faso, Cambodge, Côte-d'Ivoire, Ghana, Inde, Indonésie, Kenya, Malawi, Malaisie, Mali, Mozambique, Pérou, Rwanda, Sénégal, Afrique du Sud, République Unie de Tanzanie, Thaïlande, Ouganda, États-Unis d'Amérique, Viet Nam, Zambie, Zimbabwe

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

Sous-catégories : traitement

Mise en œuvre de tests de dépistage volontaire du VIH proposés par les conseillers dans le service d'hospitalisation pour adultes de l'hôpital central Kamuzu de Lilongwe, Malawi.

LaCourse SM, Chester FM, Matoga M, Munthali C, Nsona D, Haac B, Hoffman IF, Hosseinipour MC. J Acquir Immune Defic Syndr. 23 jan 2015. [Publication en ligne avant impression]

On ignore quelle est l'approche optimale du conseil et du dépistage du VIH proposés par le soignant (PITC) aux patients hospitalisés dans les environnements à charge de morbidité élevée. **Nous avons évalué de manière prospective la mise en œuvre du transfert des tâches de l'orientation par un médecin au PITC proposé par un conseiller, dans le service d'hospitalisation de l'hôpital central Kamuzu, au Malawi.** La majorité des patients (1905/3154, 60,4 %) ignoraient leur statut VIH lors de l'admission. Les conseillers ont réalisé un test de dépistage chez 66,6 % d'entre eux (1268/1905). La prévalence du VIH était de 39,3 %. **Le PITC proposé par un conseiller a considérablement augmenté le dépistage du VIH (85 %) (643/2957 contre 1268/3154), soit une multiplication par presque 2 chez les patients qui connaissaient leur statut VIH (2447/3154 contre 1249/3154)** ($p < 0,0001$ dans les deux cas), 17,9 % des personnes dépistées recevant un nouveau diagnostic de VIH.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction : *L'ONUSIDA estime que plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne ignorent leur statut sérologique et n'ont donc aucun moyen d'accéder aux soins du VIH. Le dépistage et le conseil proposés par le soignant ont eu pour effet d'augmenter la couverture du dépistage du VIH en consultation prénatale et dans les centres de prise en charge de la tuberculose. En milieu hospitalier, il appartient le plus souvent au médecin de proposer le test de dépistage du VIH. Même lorsque les politiques consistent à offrir à tous les patients un test de dépistage du VIH, plusieurs d'entre eux peuvent passer entre les mailles du filet.*

Dans cette étude issue d'un centre de soins de niveau tertiaire au Malawi, il appartenait aux conseillers de proposer un dépistage à tous les patients hospitalisés, y compris en court séjour. Avant ce programme, seuls 22 % des patients de ces services avaient passé un test de dépistage du VIH et 31 % étaient séropositifs. Pendant la durée du programme, environ 60 % des personnes admises avaient un statut VIH inconnu, et 67 % d'entre elles ont été testées par des conseillers. Le taux de refus était très faible, à savoir 3,2 %. Environ 39 % des personnes testées étaient séropositives. Cette approche semble très efficace pour maximiser le nombre de patients hospitalisés ayant connaissance de leur statut VIH, ce qui leur permet d'accéder aux soins appropriés. Des activités de transfert de tâches similaires ont été menées pour identifier les patients hospitalisés atteints de toux et pour s'assurer que leurs crachats ont été examinés dans le cadre du dépistage de la tuberculose. Dans les environnements où le VIH et la tuberculose sont répandus, un programme combinant dépistage du VIH proposé par le soignant et examen des cas de toux pourrait maximiser le dépistage de ces deux maladies. Cela permettrait une instauration plus précoce du traitement et une réduction du risque de transmission nosocomiale de la tuberculose.

Pays : Malawi

Région : Afrique

Sous-catégories : Dépistage du VIH

3. Éviter les décès liés à la tuberculose

Le risque de déficit en CD4 et de tuberculose persiste en cas de traitement antirétroviral instauré tardivement : données à 5 ans issues de l'étude CIPRA HT-001.

Collins SE, Jean Juste MA, Koenig SP, Secours R, Ocheretina O, Bernard D, Riviere C, Calnan M, Dunning A, Hurtado Rua SM, Johnson WD, Pape JW, Fitzgerald DW, Severe P. Int J Tuberc Lung Dis. 2015 Jan;19(1):50-7. doi: 10.5588/ijtld.14.0217.

Localisation : Port-au-Prince, Haïti.

Objectif : Déterminer les effets à long terme de l'instauration précoce/tardive d'un traitement antirétroviral (TARV) sur la récupération du système immunitaire et le risque de tuberculose (TB) chez les personnes infectées par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine).

Conception : Essai contrôlé randomisé open-label visant à comparer l'efficacité d'un TARV immédiat chez des adultes infectés par le VIH dont la numération de CD4 est située entre 200 et 350 cellules/mm³ avec le report d'instauration du TARV jusqu'à une numération de CD4 <200 cellules/mm³. Les principales comparaisons étaient la numération de CD4 au fil du temps et le risque de TB incidente, avec un suivi à 5 ans.

Résultats : Au total 816 participants ont été inclus, 408 dans chaque bras de traitement. Le groupe de traitement précoce a démarré le TARV sous 2 semaines, tandis que le groupe de traitement retardé a démarré le TARV au bout d'une durée médiane de 1,3 ans après l'inclusion. Après 5 ans, la numération de CD4 moyenne dans le groupe de traitement précoce était significativement plus élevée que dans le groupe de traitement retardé (496 cellules/mm³, intervalle de confiance [IC] 95% 477-515 contre 373 cellules/mm³, IC 95% 357-389 ; P < 0,0001). Le risque de TB était plus élevé dans le groupe de traitement retardé (HR non ajusté 2,41, IC 95% 1,56-3,74 ; P < 0,0001) et en forte corrélation avec la baisse de numération de CD4 dans une analyse multivariée en fonction du temps.

Conclusion : Un retard d'instauration d'un TARV chez des adultes infectés par le VIH et présentant une numération de CD4 de 200-350 cellules/mm³ peut entraîner un dysfonctionnement immunitaire de longue durée et un risque accru persistant de TB.

[Accès au résumé](#)

Note de la rédaction : *Il existe des données probantes favorables à l'instauration d'un traitement antirétroviral (TARV) chez les adultes vivant avec le VIH et une numération de CD4+ ≤350 cellules/μl. Un essai contrôlé avec tirage aléatoire mené à Haïti (CIPRA HT-001) a fait apparaître une baisse de 75 % de la mortalité avec l'instauration du TARV à une numération de CD4+ de 200 à 350 cellules/μl par rapport au report de traitement jusqu'à une numération de CD4+ <200 cellules/μl. Le même essai a démontré qu'un TARV précoce entraînait une baisse de 50 % de TB maladie incidente sur un suivi à trois ans.*

Cet article présente une analyse ultérieure de cet essai avec un suivi étendu à cinq ans. Cette analyse permet de savoir si l'effet d'un TARV précoce a été durable ou non, et présente l'effet à long terme de la récupération de CD4+. L'impact bénéfique d'un TARV précoce sur la TB maladie incidente a effectivement duré sur les cinq ans de suivi. La moitié des cas de TB du groupe TARV retardé sont apparus avant l'instauration du TARV mais le risque différentiel a persisté après l'instauration du TARV.

Le TARV précoce a aussi eu un impact très bénéfique en termes de récupération du système immunitaire. Plus de 75% des participants du groupe TARV précoce ont obtenu une numération de CD4+ >500 cellules/ μ l à cinq ans, contre moins de 25 % dans le groupe TARV retardé. L'effet d'un TARV précoce sur une TB incidente n'a été que partiellement modifié après ajustement de la numération de CD4+ réactualisée, suggérant un bénéfice du TARV au-delà de son effet sur la récupération de CD4+.

Bien qu'il apparaisse clairement qu'il faille démarrer rapidement un TARV chez les individus sévèrement immunodéprimés, ces données ne permettent pas de savoir si un TARV à une numération de CD4+ supérieure à 350 cellules/ μ l a un impact sur le risque de TB maladie, et cette information très attendue devrait être obtenue par les essais cliniques en cours.

Pays : Haïti

Région : Amérique Latine

Sous-catégories : Comorbidité, Épidémiologie, Traitement

4. Éliminer la stigmatisation et la discrimination

La violence domestique chez les adolescents dans une étude sur la prévention du VIH en Tanzanie : expérience des participants et enjeux de mesure.

Baumgartner JN, Kaaya S, Karungula H, Kaale A, Headley J, Tolley E. Matern Child Health J. 2015 Jan;19(1):33-9. doi: 10.1007/s10995-014-1492-1.

La sous-représentation des adolescentes dans les essais cliniques sur le VIH peut les empêcher d'accéder aux futures technologies de prévention. **La violence domestique**, définie de manière générale comme les actes de violence perpétrés par des partenaires intimes et/ou des membres de la famille, **peut influencer sur la participation aux essais**. L'étude décrit la violence vécue par des adolescentes et des jeunes femmes en Tanzanie, explore l'utilisation de l'échelle WEB (Women's Experience with Battering) pour mesurer les actes de violence et examine les liens entre les actes de violence et les aspects sociodémographiques et les facteurs de risque de VIH. Un travail de recherche formative communautaire (CFR) et une simulation d'essai clinique (MCT) ont été effectués pour analyser les plus grandes difficultés à recruter de jeunes participantes (15-17 ans) dans les essais de prévention du VIH que de moins jeunes participantes (18-21 ans). La CFR a inclus des entretiens qualitatifs avec 23 participantes et la MCT comptait 135 participantes. L'échelle WEB a été utilisée à la fois pour la CFR et la MCT. Dix-neuf participantes à la CFR ont subi des violences physiques et/ou sexuelles et 17 % ont été considérées comme des femmes battues. Toutes les participantes mariées ont déclaré avoir subi des violences domestiques exercées par leur partenaire et la moitié ont été considérées comme des femmes battues. **Beaucoup considéraient les actes de violence comme quelque chose de normal**. Aucune des participantes célibataires n'a été considérée comme une femme battue mais un tiers d'entre elles ont déclaré subir des violences familiales. Parmi les participantes à la MCT, 15 % ont été considérées comme des femmes battues. Les auteurs des violences étaient dans la plupart des cas des membres de la famille. Les participantes les plus jeunes ont davantage déclaré être victimes de violences. **Les adolescentes ont subi des taux élevés de violence domestique et l'échelle WEB a enregistré des violences commises par le partenaire et par la famille. Le niveau de violence familiale était inattendu et a des incidences sur la fonction parentale dans le cadre du recrutement pour l'étude**. La question des violences subies par les adolescentes dans les essais sur la prévention du VIH et dans la population générale devrait être une priorité de santé publique.

Accès au résumé

Note de la rédaction : *Malgré leur vulnérabilité accrue face au VIH, les adolescentes sont sous-représentées dans les essais cliniques sur les technologies de prévention du VIH. La violence domestique est un facteur de risque de VIH connu pour les adolescentes et les auteurs estiment que cela peut aussi constituer un obstacle à leur participation aux essais cliniques. Ce manque de participation peut ensuite les empêcher d'accéder aux technologies de prévention futures. Cet article apporte des informations méthodologiques sur les mesures pouvant être appliquées dans des milieux à faibles revenus pour déceler des cas de violence domestique et des preuves matérielles sur les chiffres élevés en matière de violence familiale et conjugale et de femmes battues dans ce groupe.*

Cet article s'appuie sur les données issues d'une grande étude menée en République Unie de Tanzanie qui a examiné le recrutement et le maintien dans les essais de prévention du VIH des adolescentes de 15 à 21 ans. L'article analyse la prévalence et le type de violences domestiques exercées contre ce groupe et l'aptitude de l'échelle WEB à mesurer ces aspects. Bien que l'échelle WEB n'ait jamais été utilisée auparavant dans les pays à faibles revenus, les auteurs soulignent qu'elle peut être très intéressante pour identifier l'exposition à la violence domestique et conjugale parmi les participantes à l'essai. Certaines adaptations peuvent être nécessaires pour identifier les femmes victimes de violences et de coups mais qui déclarent ne pas avoir peur de l'auteur de ces violences. La composante qualitative de l'étude suggère que cela peut traduire le fait que la violence physique est considérée comme un aspect normal des relations intimes et familiales. Bien que cet outil d'évaluation puisse servir à informer sur les initiatives de maintien dans l'essai, les adolescentes doivent pouvoir participer à ces essais. Aussi, l'utilisation de l'échelle semble avoir un impact limité pour l'amélioration du recrutement initial dans les essais.

Les taux d'actes de violence familiale étaient au-dessus des prévisions. Cela risque d'avoir des incidences sur les fonctions parentales dans l'étude et contribue aux débats éthiques sur l'opportunité de demander le consentement parental dans les essais en matière de prévention du VIH plutôt que de chercher à obtenir le consentement autonome de la personne. Cette problématique apparaît dans l'étude proprement dite qui prévoit le consentement des parents pour les filles de 15 ans. Cet article portait sur la façon de gérer la sous-représentation des adolescentes dans les essais sur la prévention du VIH. Il apporte en outre des éléments probants intéressants sur les taux élevés d'exposition des adolescentes à la violence domestique, de type conjugal ou familial. Ces arguments justifient les appels à accorder une plus grande attention à la violence domestique subie par les adolescentes dans les politiques de santé mondiales.

Pays : République Unie de Tanzanie

Région : Afrique

Sous-catégories : Adolescentes, Maintien dans les essais cliniques, Violence domestique.

Prédicteurs de stigmatisation intériorisée liée au VIH : revue systématique des études réalisées en Afrique subsaharienne.

Pantelic M, Shenderovich Y, Cluver L, Boyes M. Health Psychol Rev. 2015 Jan 3:1-45. [Publication en ligne avant impression]

Objectif : Cette revue systématique a pour but de faire la **synthèse des éléments probants sur les prédicteurs de stigmatisation intériorisée liée au VIH dans la population qui vit avec le VIH** en Afrique subsaharienne.

Méthode : Application des directives PRISMA. Les études ont été identifiées à l'aide des bases de données électroniques, de la littérature "grise", par la recherche de références et les contacts avec des chercheurs clés. La qualité des résultats a été évaluée grâce à une version adaptée des Cambridge Quality Checklists.

Résultats : Au total, 590 titres potentiellement pertinents ont été identifiés. **Dix-sept articles validés par des experts et un chapitre de projet de livre ont été inclus.** Les études ont porté sur les corrélations de la stigmatisation intériorisée au niveau sociodémographique, par rapport au VIH et au plan intrapersonnel et interpersonnel. **Onze articles se sont appuyés sur des données transversales, six sur des données de cohortes prospectives et une sur ces deux types de données à la fois, pour évaluer les effets corrélés de la stigmatisation intériorisée. Dans trois études longitudinales, la mauvaise santé liée au VIH n'a pas vraiment permis de prédire des augmentations de la stigmatisation intériorisée liée au VIH. Des scores de dépression plus bas et une amélioration de la santé mentale globale ont prédit une réduction de la stigmatisation intériorisée liée au VIH** dans deux études longitudinales, avec des effets respectivement modérés et faibles. **Aucun autre prédicteur cohérent n'a été observé.**

Conclusion : Les études basées sur l'analyse du changement et tenant compte des facteurs de confusion sont nécessaires pour guider la politique et la programmation mais sont limitées. Les populations à risque élevé, les autres marqueurs de stigmatisation pouvant s'ajouter à la stigmatisation intériorisée, et les facteurs structurels responsables de la stigmatisation intériorisée doivent être examinés.

[Accès au résumé](#)

***Note de la rédaction :** La stigmatisation intériorisée peut faire obstacle à la prévention et au traitement du VIH. C'est le cas par exemple lorsqu'une personne vivant avec le VIH adopte une attitude négative associée au VIH et accepte cette attitude comme s'appliquant à elle-même. Il existe peu de programmes pour réduire la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. Cependant, deux études récentes ont montré qu'une réduction de la stigmatisation intériorisée est possible grâce à des programmes qui ciblent les facteurs de type individuel. Cet article a effectué une revue systématique des éléments probants sur les prédicteurs de stigmatisation intériorisée parmi les personnes vivant avec le VIH. La revue a porté sur 18 articles traitant de 13 études uniques en Afrique du Sud, au Lesotho, au Malawi, en République Unie de Tanzanie, au Swaziland, au Mozambique, en Ouganda, au Kenya et au Burkina Faso. Il s'agissait dans tous les cas d'études observationnelles, dont des études de cohorte prospectives et des études transversales. Dans toutes les études, les participants ont été recrutés via les services de santé. La plupart des études incluses n'ont pas évoqué les méthodes d'échantillonnage.*

Toutes les études prises en compte ont défini la stigmatisation intériorisée comme une perception négative de soi due au statut VIH et les sentiments associés de honte, les difficultés à en parler et l'auto-exclusion. Une seule étude s'est intéressée à l'effet du traitement antirétroviral (TARV) sur la stigmatisation intériorisée et n'a trouvé aucun signe de lien entre les deux. Les preuves sont insuffisantes, dans trois études, sur le fait qu'une meilleure santé physique (évaluée d'après une amélioration de la fonction physique et la réduction des symptômes associés au VIH) conduit à une réduction de la stigmatisation intériorisée liée au VIH. Deux études ont trouvé des éléments prouvant qu'une baisse des scores de dépression et une amélioration de la santé mentale globale étaient prédictives d'une réduction de la stigmatisation intériorisée associée au VIH. Les résultats relatifs à l'impact de la durée du TARV sur la stigmatisation intériorisée sont divergents. Aucune autre association avec des facteurs sociodémographiques ou interpersonnels n'a été trouvée. C'est un

champ de recherche novateur et la divergence entre les résultats d'une étude à une autre ne permet pas de tirer des conséquences pour la pratique. Du fait du caractère transversal de la plupart des études incluses, il n'est pas possible d'évaluer les associations sur le long terme. Des études complémentaires sont nécessaires pour comprendre les facteurs associés à la stigmatisation intériorisée et à la façon dont ceux-ci pourraient évoluer avec le temps. Les travaux futurs devraient utiliser des méthodes de recherche rigoureuses et se concentrer sur les populations clés, la transmission du VIH et les facteurs structurels responsables du VIH.

Pays : Burkina Faso, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Afrique du Sud, Swaziland, Ouganda, République Unie de Tanzanie

Région : Afrique

Sous-catégories : Personnes vivant avec le VIH, Stigmatisation et exclusion sociale, Déterminants structurels et vulnérabilité

5. Renforcer l'intégration de la riposte au VIH

Au fond d'eux-mêmes, ils aimeraient pouvoir bénéficier de quelques incitations : étude qualitative sur l'évolution des rôles et des relations en matière de soins chez les aidants à domicile en Zambie.

Cataldo F, Kielmann K, Kielmann T, Mburu G, Musheke M. BMC Health Serv Res. 2015 Jan 28;15(1):36. [Publication en ligne avant impression]

Contexte : Dans toute l'Afrique subsaharienne, le déploiement des traitements antirétroviraux (TARV) a contribué à faire évoluer la prise en charge du VIH vers la gestion d'une maladie chronique. **Bien que l'équilibre entre tâches professionnelles et non professionnelles dans les prestations de soins liées au VIH ait été considérablement modifié du fait de l'évolution des compétences requises et des initiatives de transfert des tâches, les effets de cette évolution sur la motivation des travailleurs de santé et la relation de soin existante ont fait l'objet de peu d'attention.**

Méthodes : Cet article s'appuie sur une **étude qualitative transversale qui s'est intéressée à l'évolution des soins à domicile (SAD) à la lumière de la généralisation du TARV dans les quartiers de Lusaka et de Kabwe de Zambie.** Les méthodes ont inclus l'observation des activités quotidiennes des SAD, des entretiens des informateurs clés avec le personnel chargé du programme issu de trois organisations de SAD locales (n = 17) et le personnel clinique d'administration du TARV (n = 8), ainsi que des entretiens approfondis avec des aidants à domicile (n = 48) et des bénéficiaires des SAD (n = 31).

Résultats : **Depuis le déploiement des TARV, les aidants à domicile passent moins de temps aux soins physiques pratiques et à l'assistance au domicile, et sont de plus en plus sollicités pour des tâches spécialisées consistant à aider les bénéficiaires à accéder et à suivre leur TARV.** Malgré la fierté d'avoir acquis des compétences de soins techniques, les aidants déplorent l'absence de reconnaissance officielle passant par une formation, une rémunération ou des possibilités de mobilité au sein du système de santé. **Les relations de soins à domicile ont également été modifiées car les nouvelles missions des aidants consistant à suivre l'observance du TARV par leurs clients sont remplies avec une certaine ambivalence.** Les aidants sont soumis à la pression de satisfaire les demandes de leurs clients et de leur famille, mais n'ont plus les moyens d'apporter l'aide matérielle autrefois associée au financement des donateurs pour les SAD.

Conclusions : Au fur et à mesure que leurs responsabilités et leur environnement de travail évoluent, la motivation des aidants évolue aussi. **Il est essentiel d'identifier et de répondre aux tensions croissantes entre un discours idéalisé de bénévolat altruiste dans les soins à domicile et les réalités du recours à des non professionnels dans les interventions de soin du VIH qui non seulement transfèrent les tâches mais aussi transforment les relations sociales et professionnelles d'une manière qui peut influencer profondément sur la motivation et la qualité des soins dispensés par les aidants.**

[Accès au résumé](#)

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

Note de la rédaction : *Cet article comble une importante lacune. Les auteurs examinent l'impact du déploiement du traitement antirétroviral (TARV) sur les aidants à domicile. De nombreux articles ont traité des bénéficiaires du TARV et de l'impact de la fourniture du TARV sur les services hospitaliers. En revanche peu de choses ont été dites sur l'impact du TARV sur les aidants à domicile. Les travailleurs de santé communautaires assurant des soins à domicile ont constitué une part importante du réseau d'aide aux personnes vivant avec le VIH. Il a été reconnu qu'ils assurent le service bénévolement et nombre d'entre eux ont retiré une grande fierté de leur travail. Les auteurs rapportent le ressentiment croissant éprouvé du fait de l'absence de rémunération de leur travail. Les aidants à domicile ont acquis des compétences dans l'aide aux personnes sous TARV, en intervenant comme intermédiaires entre l'hôpital et le bénéficiaire des soins. Le recul du financement des donateurs pour les besoins alimentaires et autres accordé aux personnes vivant avec le VIH a également eu un impact sur les aidants à domicile. C'étaient souvent eux qui apportaient cette aide aux personnes vivant avec le VIH et c'est parfois à eux qu'on reproche l'évolution de la situation. Ils peuvent également être mal perçus quand ils contrôlent l'observance du TARV, ce qui entame la confiance entre l'aidant et la personne vivant avec le VIH. Cet article souligne l'importance qu'il y a à s'intéresser aux conséquences imprévues de l'évolution de la prestation des soins de santé. Cela nous rappelle que le déplacement des responsabilités thérapeutiques hors de l'hôpital a également un coût.*

Pays : Zambie

Région : Afrique

Sous-catégories : Réponses de la société civile et de la communauté / Résilience, Prestations de soins de santé, Personnes vivant avec le VIH, Traitement