

**20ème Congrès international sur le SIDA  
Melbourne, Australie  
20-25 juillet 2014**



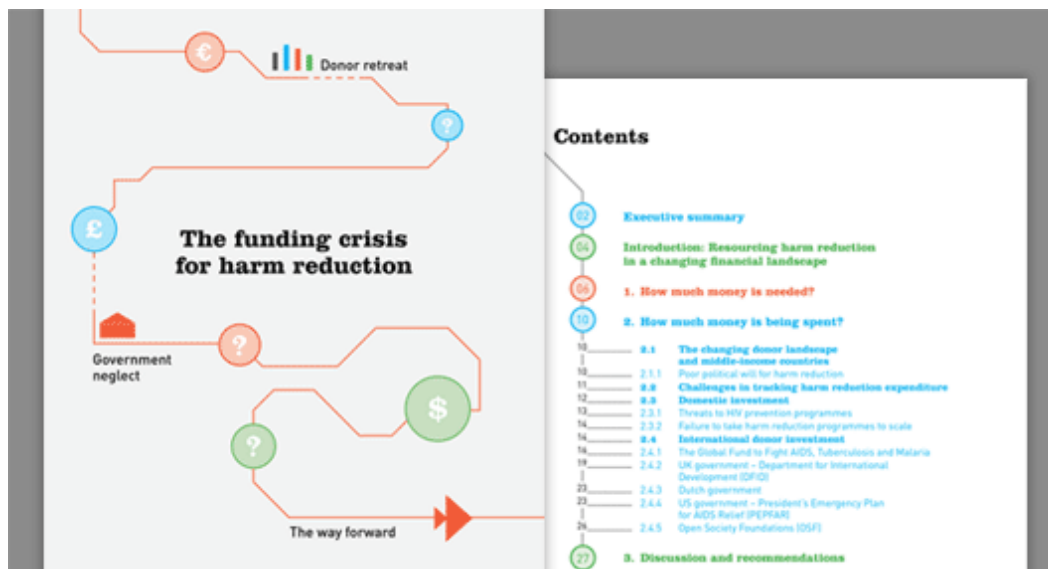
**Mercredi 23 juillet 2014**

**Table des matières**

- | [Les investissements dans la réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues](#)
- | [La thérapie de couple peut améliorer l'efficacité du traitement anti-VIH en prévention](#)
- | ["Dépister tout le monde" est très acceptable en Afrique du Sud rurale](#)
- | [La criminalisation des rapports sexuels entre hommes nuit à la santé publique](#)
- | [Faibles taux d'achèvement de la prophylaxie post-exposition \(PPE\)](#)
- | [Des nouvelles réassurantes sur le cancer anal chez les hommes gays](#)
- | [Traitement anti-VIH: le maraviroc ne n'est pas aussi efficace que le traitement de base aux INTI](#)
- | [Accélérer le diagnostic et le traitement de la tuberculose](#)
- | [Soutenez notre travail](#)



**Les investissements dans la réduction des  
risques pour les personnes qui s'injectent des  
drogues**



Le rapport sur la crise du financement de la réduction des risques

Les investissements internationaux dans les programmes de **réduction des risques** pour les **personnes qui s'injectent des drogues** sont nettement insuffisants, **a appris la conférence de Melbourne**.

Les délégués ont été informés que les donateurs n'investissent que 7% de ce qui est nécessaire dans les programmes de réduction des risques pour une population qui est extrêmement vulnérable au VIH et à l'hépatite virale.

Une enquête internationale a conclu que 160 millions de dollars ont été consacrés à la réduction des risques en 2010, une fraction des 2,3 milliards nécessaires pour assurer une couverture adéquate de la réduction des risques.

Les éléments essentiels des programmes de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues comprennent les programmes d'échanges de seringues et d'aiguilles, le traitement de substitution aux opiacés, le dépistage du VIH et le conseil, le traitement anti-VIH, l'accès aux préservatifs, le diagnostic et le traitement des IST, de l'hépatite virale et de la tuberculose.

71 pays n'ont pas de programmes d'échanges de seringues et d'aiguilles et 81 pays ne prévoient pas de traitement de substitution aux opiacés.

Tout indique même que l'engagement des bailleurs de fonds dans le financement de la réduction des risques visant les personnes qui s'injectent des drogues a régressé depuis 2010.

Sir Richard Branson, membre de la commission mondiale pour la politique des drogues, a dit que trop d'argent était dépensé pour l'incarcération des toxicomanes et que cet argent serait beaucoup mieux utilisé sur l'éducation et le traitement.

La conférence a entendu un appel pour que les sommes consacrées à la réduction des risques augmentent par une somme équivalente à 10% des dépenses consacrées au contrôle des drogues d'ici à 2016.

## Liens associés

Lisez l'article intégral sur [aidsmap.com](http://aidsmap.com)

Téléchargez le rapport du site de Harm Reduction International

# La thérapie de couple peut améliorer l'efficacité du traitement anti-VIH en prévention



Image issue du manuel *Couples HIV Counseling and Testing Intervention and Training* du Center for Disease Control and Prevention.

**Des recherches menées en Zambie ont constaté que le conseil et le dépistage volontaire (CDV) en couple pouvaient réduire le taux d'incidence du VIH dans les couples.**

Le CDV consiste à ce que les couples soient conseillés ensemble lorsqu'ils considèrent le dépistage du VIH, qu'ils fassent le test de dépistage ensemble et qu'ils soient conseillés ensemble après le test.

Environ 150 000 couples ont été soumis au CDV à Lusaka en Zambie.

Les données présentées au congrès montrent que le CDV réduit l'incidence de VIH chez les couples et que l'efficacité du traitement anti-VIH en prévention était renforcée par le CDV en couple.

Le CDV s'est avéré très rentable.

« Le conseil des couples devrait être une priorité dans les cliniques de traitement antirétroviral en Afrique », ont dit les chercheurs. « Nos recherches ont montré qu'il augmente considérablement l'efficacité de la prévention et la rentabilité du traitement anti-VIH ».

## Liens associés

[Lisez l'article intégral sur \[aidsmap.com\]\(http://aidsmap.com\)](#)

[Voir le résumé sur le site du congrès](#)

## "Dépister tout le monde" est très acceptable en Afrique du Sud rurale



Le chercheur principal Francois Dabis à AIDS 2014. Image de Gus Cairns ([aidsmap.com](http://aidsmap.com)).

Une étude proposant le dépistage du VIH et le traitement à toutes les personnes vivant dans les zones rurales du nord du KwaZulu Natal a constaté que le dépistage à domicile par un conseiller était tout à fait acceptable pour la population locale, mais les personnes dont le résultat était positif, prenaient plus longtemps que prévu à commencer le traitement.

L'essai ANRS 12249 est un des nombreux essais dans le sud de l'Afrique qui visent à tester l'hypothèse selon laquelle les programmes universels de dépistage et de traitement, peuvent en eux-mêmes faire baisser l'incidence du VIH suffisamment pour mettre fin à l'épidémie.

La phase pilote a révélé que 82% des personnes ont accepté de faire le test de dépistage au domicile, un chiffre comparable aux études dans d'autres régions africaines. Les visites à la clinique de VIH et l'initiation au traitement ont été plus faibles que prévu. Près de la moitié des personnes qui ont eu un résultat positif ont commencé le traitement dans l'année. Toutefois, si les personnes étaient orientées vers les soins, elles étaient plus susceptibles de commencer le traitement: 85% des personnes dans le groupe de traitement immédiat ont commencé le traitement dans l'année.

Ces résultats suggèrent que les mécanismes en place pour orienter les individus vers les soins joueront un rôle important dans les stratégies "dépiste et traite" pour l'extension du traitement et de la prévention du VIH.

### Liens associés

Lisez l'article intégral sur [aidsmap.com](http://aidsmap.com)

Voir le résumé sur le site du congrès

## La criminalisation des rapports sexuels entre hommes nuit à la santé publique



Ifeanyi Orazulike, du Centre international pour la défense des droits à la santé, parle à AIDS 2014. Image de Roger Pebody ([aidsmap.com](http://aidsmap.com)).

Une enquête mondiale menée par Internet impliquant 4000 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) a révélé qu'un homme sur douze avait été arrêté ou condamné pour comportement homosexuel et que les hommes criminalisés avaient un moins bon accès aux services de santé.

L'enquête a été menée en 2012 et a constaté que 24% des répondants en Afrique subsaharienne avaient été arrêtés ou condamnés en raison de leur sexualité.

Les hommes arrêtés ou condamnés étaient moins susceptibles que les autres d'avoir accès aux préservatifs, au dépistage et au traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), au dépistage du VIH, aux soins médicaux et aux services de santé mentale.

Parmi les hommes vivant avec le VIH, le fait d'avoir été arrêté ou condamné était associé à un taux plus faible d'accès au traitement antirétroviral.

Le Nigéria a adopté de nouvelles lois anti-homosexuelles sévères au début de cette année. Le congrès a été informé que celles-ci avaient déjà eu un impact sur le recrutement à une étude examinant la santé et le comportement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et que des travailleurs de proximité avaient été arrêtés.

Une déclaration de l’OMS lancée au congrès stipule que la protection des droits de l’homme est essentielle au contrôle du VIH. Elle recommande que:

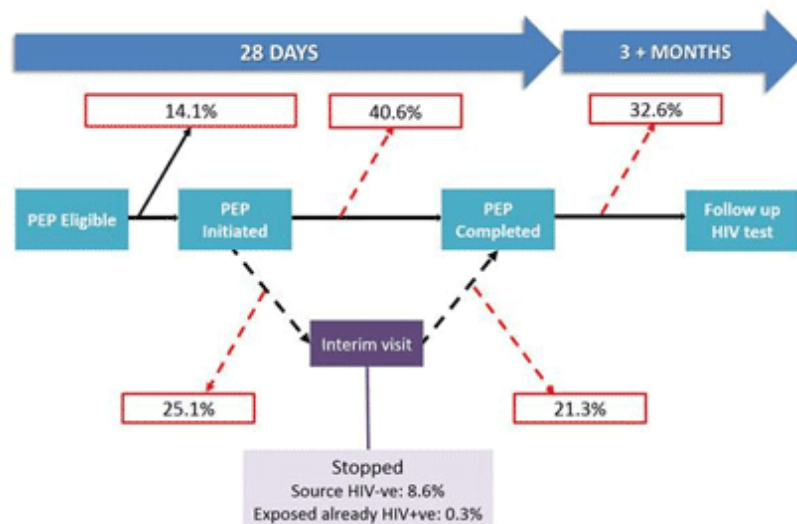
- | Les pays travaillent vers la mise en œuvre et l’application de lois contre la discrimination.
- | Les services de santé soient disponibles, accessibles et acceptables aux HSH.
- | Le problème de la violence contre les HSH soit abordée et prévenue et que des programmes d’habilitation des communautés soient mis en place.

### Liens associés

Lisez l'article intégral sur [aidsmap.com](https://aidsmap.com)

Voir les résumés de cette session sur le site de la conférence

## Faibles taux d’achèvement de la prophylaxie post-exposition (PPE)



Abandons tout au long de la "cascade" de la PPE. Diagramme extrait d'un poster de Nathan Ford (TUPE153).

La moitié seulement des personnes qui commencent un traitement anti-VIH de prophylaxie post-exposition (PPE) finissent leur traitement, a montré une méta-analyse de 97 études distinctes portant sur 21 000 personnes.

La PPE est un traitement de 28 jours à base de deux médicaments ou plus, pris par les personnes séronégatives après une exposition potentielle au VIH.

Les investigateurs voulaient savoir quelle était la proportion d'individus ayant été prescrit une PPE, qui finit son traitement.

Ils ont trouvé énormément d'abandons tout au long de la cascade du traitement à la PPE.

- | 14% des personnes jugées admissibles à la PPE n'ont pas commencé le traitement.
- | 57% des personnes commençant la PPE ont fini leur traitement.
- | Parmi les personnes qui ont fini le traitement, 31% ne sont pas venues à une visite de suivi comprenant un test de dépistage du VIH.

Le taux d'achèvement était particulièrement faible parmi les travailleuses du sexe et les personnes qui avait accédé à la PPE à la suite d'une agression sexuelle.

Les chercheurs pensent que plus doit être fait pour améliorer la participation à la PPE et la rétention dans les filières de soin et ils suggèrent également que les approches au traitement devraient être simplifiées.

#### Liens associés

[Lisez l'article intégral sur aidsmap.com](#)

## Des nouvelles réassurantes sur le cancer anal chez les hommes gays



Andrew Grulich, de l'institut Kirby de l'université du New South Wales, présente à AIDS 2014. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

**Il n'est peut-être pas nécessaire de traiter tous les hommes gays séropositifs qui ont des lésions anales risquant d'évoluer vers le cancer, ont découvert des chercheurs australiens.**

Dans la majorité des cas, les lésions disparaissent sans traitement, et une surveillance étroite peut être moins nocive dans la plupart des cas qu'un traitement chirurgical et pharmaceutique.

Le cancer anal et ses précurseurs, la dysplasie anale et la néoplasie (une croissance cellulaire anormale et une déformation des tissus), sont plus communs parmi les personnes vivant avec le VIH, particulièrement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, que dans le reste de la population générale.

Une étude suit les hommes gays avec ou sans le VIH en Australie pour découvrir quelle proportion d'hommes ayant une dysplasie ou une néoplasie anale développe le cancer anal. Les résultats provisoires montrent que les anomalies précoces disparaissent chez presque la moitié des hommes, sans différence selon l'âge ou le statut sérologique.

Ces résultats "justifient fortement qu'il ne faut pas forcément traiter toutes les maladies anales de haut grade, et suggèrent que le traitement peut cibler les personnes atteintes de maladies de haut grade persistantes", a dit le Dr Andrew Grulich de l'institut Kirby Institute de l'université du New South Wales. La plupart des maladies de haut grade identifiées au cours d'un seul test "disparaîtront simplement", a-t-il dit.

#### Liens associés

[Lisez l'article intégral sur aidsmap.com](#)

[Voir le résumé sur le site du congrès](#)

## Traitement anti-VIH: le maraviroc ne n'est pas aussi efficace que le traitement de base aux INTI



Un traitement antirétroviral remplaçant des INTI avec du **maraviroc** (*Celsentri*), un inhibiteur de CCR5, est inférieur à une multithérapie traditionnelle à base d'**emtricitabine/tenofovir** (combinés dans le *Truvada*), **ont montré de nouvelles recherches**.

Le traitement anti-VIH est généralement constitué de trois médicaments appartenant à deux classes distinctes d'antirétroviraux. L'ossature de la plupart des associations se compose de deux médicaments appartenant à la classe des inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI). Cependant, les INTI sont associés à de nombreux **effets secondaires**, souvent provoqués par un traitement à long terme.

Les chercheurs voulaient donc voir s'il était possible de remplacer les INTI avec du maraviroc, un médicament anti-VIH de la classe des inhibiteurs de CCR5.

Le maraviroc a **un bon profil en ce qui concerne l'innocuité et les effets secondaires** et est aussi très efficace pour pénétrer le tractus génital, ce qui signifie que son utilisation pourrait **aider à éviter les transmissions ultérieures**.

Dans cette étude, les personnes commençant le traitement pour la première fois ont été réparties au hasard pour prendre soit du maraviroc, soit du *Truvada*, en association avec du **darunavir** (*Prezista*) potentialisé au ritonavir. Tous les participants (environ 800) avaient un VIH sensible au maraviroc.

L'étude était censée durer 96 semaines et le critère primaire était la proportion de personnes ayant **une charge virale indétectable** à la 48ème semaine.

A ce point de repère, **77%** des personnes sous maraviroc avaient une charge virale indétectable, par rapport à **87%** des personnes sous *Truvada*. Les résultats du maraviroc ont été particulièrement mauvais chez les personnes qui avaient une charge virale élevée (supérieure à 100 000 copies/ml).

L'étude a été arrêtée prématurément parce que le maraviroc n'a pas démontré qu'il n'était pas inférieur au *Truvada*.

Il reste encore un espoir pour le maraviroc en remplacement de la base des INTI. Le médicament peut rester une possibilité pour les personnes qui **changent de traitement après avoir atteint la suppression virale** avec une multithérapie traditionnelle à base d'INTI.

#### Liens associés

[Lisez l'article intégral sur aidsmap.com](#)

[Voir le résumé sur le site du congrès](#)

## Accélérer le diagnostic et le traitement de la tuberculose



La décentralisation de la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante, et l'utilisation du test Xpert MTB/RIF raccourcissent les délais entre la présentation à la clinique et le traitement de 50 à 7 jours dans une population très touchée par les co-infections au VIH et à la tuberculose, selon une étude à Khayelitsha, en Afrique du Sud.

Le Xpert MTB/RIF est un test rapide pour l'identification de la tuberculose et de la résistance à la rifampicine. Le test est actuellement déployé comme nouveau diagnostic pour la prise en charge de la tuberculose dans les pays très touchés par la co-infection au VIH et à la tuberculose, mais il y a peu d'indices concernant l'impact du test sur l'amélioration de l'accès aux soins.

La réduction de la période entre l'identification des symptômes suggérant la tuberculose et le début du traitement est d'une importance cruciale. Un long délai entre l'accès aux soins et le début du traitement augmente les risques de décès par la tuberculose. Les personnes atteintes d'une tuberculose peuvent disparaître des filières de soins et pendant ce temps transmettre la tuberculose à leurs proches.

L'étude sud-africaine a trouvé que la décentralisation du traitement pour la tuberculose pharmacorésistante réduisait le temps passé entre le diagnostic et l'initiation du traitement de neuf semaines à moins de quatre semaines. Xpert MTB/RIF a réduit encore plus le temps passé jusqu'à l'initiation du traitement à une moyenne de sept jours, et plus de 90% des personnes séropositives ayant une tuberculose résistante à la rifampicine ont commencé le traitement.

#### **Liens associés**

Lisez l'article intégral sur [aidsmap.com](https://aidsmap.com)

## ***Soutenez notre travail***

En tant qu'association caritative nous dépendons des donations pour pouvoir continuer notre travail et nous sommes très reconnaissants de tous les dons que nous recevons, qu'ils soient petits ou grands.

Nous croyons passionnément que des informations indépendantes, claires et fondées sur les faits permettent aux personnes séropositives de prendre des décisions sur leur santé et de vivre des vies plus longues, plus saines et plus comblées.

Si vous pensez pouvoir soutenir notre travail en faisant un don, vous pouvez le faire en ligne à [www.aidsmap.com/donate](https://www.aidsmap.com/donate).

Merci.

#### **Liens associés:**

[www.aidsmap.com/donate](https://www.aidsmap.com/donate)

**Traductions** de Sylvie Beaumont



- ✘ **Rejoignez NAM sur Facebook** : Découvrez tous nos passionnants projets, nos dernières réussites et les nouveaux développements du monde de NAM.
- ✘ Suivez NAM sur Twitter pour les liens vers les toutes dernières nouvelles publiées par nos éditeurs concernant les développements importants et les conférences en temps réels. Nos fils d'info sont liés à [www.twitter.com/aidsmap\\_news](http://www.twitter.com/aidsmap_news) et vous pouvez également suivre nos tweets sur [www.twitter.com/aidsmap](http://www.twitter.com/aidsmap).
- ✘ Suivez toutes nos nouvelles sur la conférence en vous **inscrivant à nos flux RSS**.

NAM's AIDS 2014 bulletins have been made possible thanks to support from Bristol-Myers Squibb. NAM's wider conference news reporting services have been supported by AbbVie, Gilead Sciences, Janssen and ViiV Healthcare's Positive Action Programme.



NAM est une association primée communautaire qui travaille au Royaume-Uni. Nous produisons des informations fiables et précises sur le VIH pour les séropositifs du monde entier et pour les professionnels qui les soignent, les soutiennent et s'occupent d'eux.

Faites un don, faites changer les choses: [www.aidsmap.com/donate](http://www.aidsmap.com/donate)

**Pour des détails supplémentaires, contactez NAM:**

Téléphone: +44 (0)20 7837 6988

Télécopie: +44 (0)20 7923 5949

Courriel: [info@nam.org.uk](mailto:info@nam.org.uk)

Site Internet: [www.aidsmap.com](http://www.aidsmap.com)

**NAM Publications**

Registered office: Acorn House, 314-320 Gray's Inn Road, London, WC1X 8DP

Company limited by guarantee. Registered in England & Wales, number: 2707596

Registered charity, number: 1011220

Pour vous désabonner, allez sur: <http://www.aidsmap.com/page/1492854/>