



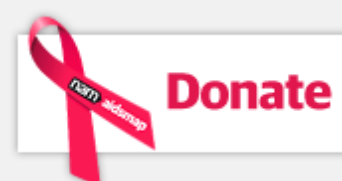
**21ème congrès
international sur le SIDA**
Durban, Afrique du Sud
18-22 juillet 2016



Mercredi 27 juillet 2016

Table des matières

- | Simplifier le traitement et les soins anti-VIH améliore la rétention dans les filières de soins et l'adhésion au traitement
- | 90-90-90: Une orientation lente vers les filières de soins signifie que les programmes "dépiste et traite" n'atteignent pas cet objectif
- | Le dépistage du VIH: L'accès facile aux auto-tests augmente le taux de dépistage parmi les hommes gays
- | La PrEP: une étude porte sur les inquiétudes concernant les effets secondaires
- | Le traitement du VIH : une bithérapie est efficace en traitement de première ligne
- | Le traitement du VIH : Du raltégravir une fois par jour pour les personnes qui commencent le traitement antirétroviral
- | L'option B+ : Il reste encore à faire
- | Le traitement antirétroviral : Les nouvelles mères veulent avoir plus de temps pour réfléchir
- | La cartographie de l'épidémie du VIH peut être la clef à la prévention des nouvelles infections
- | La tuberculose: Une dose élevée de rifampicine peut améliorer la survie
- | Egalité d'accès, libre choix
- | Soutenez notre travail



Simplifier le traitement et les soins anti-VIH améliore la rétention dans les filières de soins et l'adhésion au traitement



Le club communautaire d'adhésion de MSF au KwaZulu-Natal. Photo de Greg Lomas / Scholars and Gentlemen / Médecins sans Frontières

Des études conduites en Afrique australe ont montré que l'allègement des soins et le soutien à l'adhésion peuvent augmenter le taux de rétention dans les filières de soins du VIH.

Une étude a montré que lorsque, pour leurs soins de suivi, on faisait venir les patients cliniquement stables tous les six mois dans les cliniques (au lieu de tous les mois ou tous les

trimestres), la participation aux rendez-vous étaient non seulement maintenue, mais on évitait également 30 000 consultations dans un seul quartier de Malawi. 3% seulement des personnes qui avaient choisi de venir tous les six mois ont disparu pendant le suivi par rapport à 35% des autres patients.

Une autre étude menée en Ouganda et au Kenya a montré que la simplification des soins permettait de raccourcir considérablement la durée des visites à la clinique. Les personnes qui participaient à l'intervention passaient moins d'une heure à la clinique, par rapport à 2,5 heures en moyenne pour les personnes qui recevaient les soins habituels.

Une étude conduite au Swaziland a réussi à recruter des participants pour des programmes communautaires, tels que des clubs d'adhésion, des programmes de travail de proximité et des projets communautaires de traitement antirétroviral, qui ont tous eu des taux excellents de participation. Les personnes qui avaient accès à ces services avaient en général un taux de cellules CD4 élevé et suivaient un traitement antirétroviral à long terme.

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Consultez nos pages dédiées au congrès AIDS 2016

90-90-90: Une orientation lente vers les filières de soins signifie que les programmes "dépiste et traite" n'atteignent pas cet objectif



Prof. François Dabis présente les résultats de l'étude ANRS 12249 à AIDS 2016. Photo de l'International AIDS Society/Abhi Indrarajan

Un grand programme dit « dépiste et traite » n'a pas eu d'impact notable sur le taux de nouvelles infections, d'après une étude présentée au Congrès international sur le SIDA.

Les objectifs de l'ONUSIDA 90-90-90 appellent les pays à intensifier le dépistage et le traitement de VIH. Les objectifs pour 2020 sont : 90% des personnes séropositives diagnostiquées, 90% des personnes diagnostiquées sous traitement antirétroviral et 90% des personnes sous traitement avec une charge virale indétectable.

L'étude ANRS 12249 conduite au KwaZulu-Natal en Afrique du Sud, visait à voir si un programme « dépiste et traite » pouvait réduire le taux de nouvelles infections au VIH. A partir de 2012, plus de 28000 personnes ont été recrutées. Environ un tiers des participant(e)s savaient déjà qu'ils/elles étaient séropositif(ve)s, et un tiers des personnes qui le savaient suivaient un traitement antirétroviral.

Le programme a atteint la première étape des objectifs 90-90-90, en dépistant 92% des personnes vivant avec le VIH. Toutefois, 46 à 49% seulement des personnes diagnostiquées comme étant séropositives ont commencé le traitement antirétroviral, un taux bien inférieur à la cible de 90%. Un élément encourageant : 93% des personnes sous traitement antirétroviral ont atteint la suppression virale.

La faible demande d'accès au traitement signifie que l'intervention n'a eu aucun impact significatif sur le taux de nouvelles infections, qui était d'environ de 2%.

Une priorité immédiate est de découvrir pourquoi les personnes diagnostiquées comme étant

séropositives n'ont pas accédé aux soins.

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Le dépistage du VIH: L'accès facile aux auto-tests augmente le taux de dépistage parmi les hommes gays



Muhammad Jamil présente à AIDS 2016. Photo de Roger Pebody, www.aidsmap.com

Une étude menée en Australie a montré qu'un accès facile aux auto-tests double le taux de dépistage chez les hommes gays, avec un taux de dépistage particulièrement plus élevé chez les hommes qui se faisaient dépister rarement auparavant.

L'étude randomisée a porté sur les hommes gays et bisexuels ayant des antécédents récents de sexe anal sans préservatif ou un nombre élevé de partenaires sexuels.

Ils ont été répartis en deux groupes. Les hommes du groupe d'intervention ont reçu quatre kits d'auto-tests de dépistage du VIH à faire par voie orale. Ils pouvaient de plus en réclamer d'autres s'ils le voulaient. Le nombre de kits était suffisant pour faire un test de dépistage tous les trois à six mois, la fréquence de dépistage recommandée pour les hommes très exposés au VIH.

Les hommes du groupe de contrôle de l'étude ont eu accès au dépistage dans les services habituels, et ils ont reçu un kit d'auto-tests après un an.

Les hommes à qui on avait donné les autotests ont fait le test de dépistage quatre fois par an en moyenne, par rapport à deux fois par an chez les hommes appartenant au groupe de contrôle.

Chez les hommes qui avaient auparavant rarement fait un test de dépistage, l'accès au dépistage a quadruplé par rapport aux soins de référence

Une étude au Royaume-Uni va recruter 10 000 hommes pour voir si l'auto-dépistage augmente le taux de diagnostics et d'accès aux filières de soins.

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

La PrEP: une étude porte sur les inquiétudes concernant les effets secondaires



Craig Wilson présente à AIDS 2016. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

La prophylaxie pré-exposition à base de ténofovir/emtricitabine (*Truvada*) est associée à une légère baisse de la densité minérale osseuse, mais cela se stabilise après un an de traitement et se corrige une fois que la PrEP est arrêtée, selon une nouvelle étude.

Si elle est prise correctement, la PrEP peut considérablement réduire les risques d'infection au VIH. Le traitement est considéré comme étant sans danger mais le ténofovir peut provoquer une diminution de la densité osseuse et une insuffisance rénale. Il est par conséquent important d'établir les risques de perte de densité osseuse et de troubles rénaux associés à la PrEP afin de mettre au point une stratégie de surveillance.

Les chercheurs ont élaboré une étude portant sur les hommes gays et autres HSH séronégatifs très exposés au VIH.

Les densitométries osseuses ont montré que la densité minérale osseuse avait un petit peu diminué pendant les six premiers mois de PrEP, mais qu'elle s'était ensuite stabilisée après douze mois. L'analyse des participants qui avaient arrêté le traitement a montré que la densité minérale osseuse est plus ou moins revenue aux niveaux observés avant le traitement.

D'autres études ont montré que la PrEP n'avait aucun impact significatif sur la fonction rénale. Moins de 1% des participants ont eu une baisse significative de la fonction rénale pendant les douze mois de traitement.

Les résultats sont rassurants et renforcent les recommandations selon lesquelles les personnes sous PrEP n'ont pas besoin de faire de test de contrôle de la fonction rénale plus deux fois par an.

Avec une efficacité potentielle de 90%, les avantages de la PrEP l'emportent clairement sur les risques pour les personnes exposées aux risques de VIH.

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Le traitement du VIH : une bithérapie est efficace en traitement de première ligne



Pedro Cahn présente à AIDS 2016. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

Une bithérapie peut permettre d'atteindre une suppression virale durable chez les personnes qui commencent le traitement anti-VIH. Une petite étude pilote a montré que le traitement à base de dolutégravir, un inhibiteur de l'intégrase, et de lamivudine, un inhibiteur nucléosidique de transcriptase inverse, peut réprimer la charge virale à un niveau indétectable et l'y maintenir.

Le traitement anti-VIH se compose en général de trois médicaments. Réduire le nombre de médicaments d'une association pourrait éventuellement réduire les risques d'effets secondaires, le nombre de pilules à prendre et le coût pour les systèmes de santé.

Les chercheurs ont recruté 20 personnes sur le point de commencer le traitement pour la première fois, avec une charge virale peu élevée (inférieure à 100 000 copies/ml).

Les chercheurs ont présenté les résultats après 48 semaines de traitement. Le traitement était aussi puissant qu'un traitement à base de trois médicaments antirétroviraux. La plupart des participants avaient une charge virale indétectable après trois semaines et à la 8^{ème} semaine, tous avaient une charge virale indétectable. Une personne a vu sa charge virale rebondir à la 48^{ème} semaine et une autre personne s'est suicidée, ce qui équivaut à un taux de réponse virale de 90%.

Il y a eu peu d'effets secondaires, le suicide n'était pas lié au traitement. Le participant dont la charge virale a rebondi a quitté l'étude mais a continué de prendre la bithérapie et a par la suite réussi à contrôler de nouveau sa charge virale.

Liens associés

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

Le traitement du VIH : Du raltégravir une fois par jour pour les personnes qui commencent le traitement antirétroviral

Une nouvelle formulation de raltégravir, un inhibiteur de l'intégrase, prise une fois par jour est sans danger et efficace pour les personnes qui commencent le traitement antirétroviral.

La formulation actuelle du médicament doit être prise deux fois par jour, ce qui constitue un inconvénient potentiel puisque tous les antirétroviraux sont désormais pris une fois par jour.

L'étude a porté sur environ 800 personnes qui commençaient le traitement antirétroviral pour la première fois. Elles ont été randomisées pour prendre la formulation actuelle de raltégravir (400mg deux fois par jour) ou la nouvelle formulation de deux comprimés de 600mg une fois par jour. Le raltégravir était pris en association avec d'autres antirétroviraux.

Après 48 semaines, 90% des participants dans les deux groupes avaient une charge virale indétectable.

Environ un quart des participants dans les deux groupes de traitement ont eu des effets secondaires. Environ 1% des personnes prenant le raltégravir une fois par jour, et 2% des personnes qui le prenaient deux fois par jour ont arrêté le traitement.

Les autorités compétentes aux États-Unis et en Europe vont maintenant considérer la nouvelle formulation pour son homologation.

Liens associés

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

L'option B+ : Il reste encore à faire



Elsa du Mozambique. Photo de Médecins sans Frontières. La pancarte indique 'Il faut que je prenne mes médicaments anti-VIH tous les jours pour mon bébé mais je ne peux pas marcher pendant 5 heures tous les mois pour aller les chercher »

Malgré la mise en œuvre de l'option B+ (l'accès au traitement antirétroviral à vie pour les femmes enceintes ou allaitantes), les femmes séropositives qui ont récemment accouché courent toujours des risques élevés de décès ou d'abandon des soins, montrent les recherches en Afrique du Sud et au Botswana.

L'adhésion au traitement et la participation aux rendez-vous de suivi peuvent être difficiles pour les femmes séropositives dans les pays disposant de ressources limitées.

Une étude conduite en Afrique du Sud montre une incidence élevée d'échec de traitement anti-VIH chez les femmes après l'accouchement. Les femmes qui étaient enceintes au moment du recrutement à l'étude risquaient également beaucoup d'abandonner les soins du VIH.

Une autre étude conduite au Botswana a montré que les femmes séropositives étaient cinq fois plus susceptibles de mourir après avoir accouché que les femmes séronégatives, indépendamment du traitement anti-VIH et quel que soit leur taux de cellules CD4.

Dans les 24 mois suivant l'accouchement, le taux de mortalité était cinq fois plus élevé parmi les femmes séropositives que parmi les femmes séronégatives.

L'analyse de la mortalité chez les mères séropositives a montré que la majorité des décès (59%) se produisaient chez les femmes sous traitement antirétroviral.

Les chercheurs pensent qu'une surveillance clinique plus étroite pourrait être la clé à l'amélioration des résultats parmi les femmes séropositives postpartum.

Une autre étude a montré que des interventions diverses avaient considérablement amélioré la participation aux rendez-vous de suivi parmi les femmes enceintes et les nouvelles mamans séropositives.

Ces interventions comprenaient : des rendez-vous par téléphone, des visites au domicile, des carnets de rendez-vous indiquant l'assiduité et des cartes de rendez-vous pour les patients.

Sur une période de six mois, la rétention dans les filières de soins a augmenté de 8% chez les femmes, alors que la rétention a augmenté de 20% chez les bébés exposés au VIH, qui étaient également plus susceptibles d'être prescrits un traitement prophylactique pouvant potentiellement leur sauver la vie.

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Le traitement antirétroviral : Les nouvelles mères veulent avoir plus de temps pour réfléchir



Judith Currier à AIDS 2016. Photo de l'International AIDS Society/Steve Forrest/Workers' Photos

Un tiers des femmes séropositives ayant une charge virale élevée ont refusé l'offre d'un traitement antirétroviral après l'accouchement : La recherche a été conduite dans des établissements de santé divers, dans le cadre de contextes variés disposant de revenus élevés,

moyens et limités.

L'étude a recruté environ 1600 femmes séropositives enceintes qui étaient sous traitement antirétroviral pendant leur grossesse. Elles ont été randomisées pour continuer le traitement antirétroviral après l'accouchement ou pour l'arrêter.

Les résultats ont montré que les femmes qui avaient continué le traitement antirétroviral couraient moins de risques de maladies bénignes liées au VIH pendant les 2,3 ans de suivi que les femmes qui avaient arrêté le traitement. Un quart des femmes qui ont continué le traitement ont vécu un échec virologique.

Le traitement antirétroviral a été offert à toutes les femmes, lorsque les résultats de l'étude START ont montré la valeur du traitement anti-VIH précoce. Cependant, un tiers d'entre elles ont refusé le traitement. Parmi les raisons citées pour ce refus, on trouvait le désir d'avoir plus de temps pour réfléchir, le fait d'être en bonne santé ou d'avoir un taux de cellules CD4 élevé.

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

La cartographie de l'épidémie du VIH peut être la clef à la prévention des nouvelles infections



Image de la présentation de Travis Sanchez

Comprendre la géographie des épidémies locales peut contribuer au développement des interventions efficaces de prévention.

Des chercheurs venant d'environnements médicaux divers ont expliqué à la conférence comment ils avaient utilisé des cartes et leur compréhension de la géographie locale pour améliorer les services du VIH.

A Chicago, la cartographie a révélé des groupements inattendus d'infections au VIH. Les données d'un recensement ont été utilisées pour guider une campagne de dépistage en porte-à-porte à Philadelphie. En Alabama, les zones de prévalence élevée du VIH ont également été identifiées comme étant peu desservies par les professionnels de la santé, ce qui a permis le ciblage de ressources appropriées et innovantes. La cartographie à Atlanta a révélé les interactions entre l'épidémie du VIH et la pauvreté, avec les points chauds épidémiques et les zones de faible suppression virale identifiés comme étant les quartiers sans établissements de santé et avec peu de propriétaires de voitures.

Des recherches conduites au KwaZulu-Natal ont indiqué que l'incidence du VIH, la prévalence et la mortalité sont concentrées dans les zones illégales de peuplement et en marge de centres urbains, au bord des routes. Cibler les ressources au profit de ces zones pourrait être bénéfique aux habitants de ces quartiers et aider à contrôler l'épidémie locale.

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

La tuberculose: Une dose élevée de rifampicine peut améliorer la survie



Corinne Merle à AIDS 2016. Photo de l' International AIDS Society/Steve Forrest/Workers' Photos

Le traitement de la tuberculose agressive avec des doses élevées de rifampicine a le potentiel de réduire le taux de mortalité chez les personnes séropositives et tuberculeuses qui ont un taux de cellules CD4 peu élevé.

Dans une nouvelle étude, les personnes séropositives et tuberculeuses ont été réparties en trois groupes d'étude : Le traitement antirétroviral précoce (commençant après deux semaines de traitement contre la tuberculose) et le traitement habituel contre la tuberculose ; Le traitement antirétroviral retardé (après 8 semaines de traitement contre la tuberculose) et le traitement habituel contre la tuberculose ; le traitement antirétroviral retardé (après 8 semaines de traitement) et le traitement contre la tuberculose comprenant des doses élevées de rifampicine.

L'analyse des personnes dont le taux de CD4 était inférieur à 100 cellules/mm³ a montré que les personnes qui prenaient la rifampicine à dose élevée avaient le meilleur taux de survie après 12 mois (96 vs 72 vs 81% dans le cas des autres stratégies).

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Egalité d'accès, libre choix



Déclaration de consensus communautaire sur l'accès au traitement anti-VIH et son utilisation en prévention

Huit groupes mondiaux de plaidoyer ont publié une déclaration de consensus énonçant les principes de base pour l'administration des traitements anti-VIH et de la prophylaxie pré-exposition (PrEP).

Lisez-la, signez-la et partagez-la.

La déclaration peut être téléchargée en français sous format pdf

Liens associés

[Consultez le site de la déclaration de consensus communautaire](#)

Soutenez notre travail

NAM continue d'être une excellente source d'informations scientifiquement correctes tout en restant lisibles. C'est une chose très rare.

Soutenez-le.



Ce message d'un de nos fans nous a fait sourire! 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.

Merci.

Liens associés

www.aidsmap.com/donate

-  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 et vous pouvez également suivre nos tweets sur www.twitter.com/aidsmap.
-  Suivez toutes nos nouvelles sur la conférence en vous inscrivant à nos flux RSS.

NAM's news coverage of the International AIDS Conference has been made possible thanks to support from Merck & Co. NAM's wider conference news reporting services have been supported by Gilead, Janssen and ViiV Healthcare.



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

Pour des détails supplémentaires, contactez NAM:

Téléphone: +44 (0)20 7837 6988

Télécopie: +44 (0)20 7923 5949

Courriel: info@nam.org.uk

Site Internet: 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/>

Privacy Policy

Read it here: <http://www.aidsmap.com/page/1439297/>