



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



Vendredi 22 juillet 2016

Table des matières

- | La plus grande étude mondiale sur l'autodépistage du VIH
- | Les tests de charge virale
- | Déployer la PrEP
- | Les traitements anti-VIH injectables
- | Le VIH et l'hépatite C (HCV)
- | Gérer l'expansion du traitement en Afrique du Sud
- | Egalité d'accès, libre choix
- | Soutenez notre travail



La plus grande étude mondiale sur l'autodépistage du VIH



Harrison Gwaze, un distributeur des tests dans la communauté, explique les avantages des auto-tests VIH au Zimbabwe. Photo © Eric Gauss / UNITAID

Il y a une forte demande pour l'autodépistage, selon les résultats préliminaires de l'étude STAR menée en Afrique australe.

STAR est la plus grande étude d'autodépistage jusqu'à aujourd'hui. Elle va durer 4 ans et vise à déterminer la faisabilité de l'autodépistage, son acceptabilité, son coût et sa rentabilité.

Dans la première phase de l'étude, 730 000 kits d'autodépistage seront distribués en Malawi, en Zambie et au Zimbabwe. Le programme sera étendu à l'Afrique du Sud dans une deuxième phase.

Une des priorités essentielles de la recherche est de déterminer la meilleure façon d'offrir l'accès aux autotests

- | Le libre accès, par l'intermédiaire des pharmacies
- | L'accès semi-restreint, par l'intermédiaire des agents de santé communautaire ou des pairs
- | L'accès restreint, par l'intermédiaire des professionnels de la santé et des prestataires.

La demande a dépassé l'offre dans un projet pilote d'une région rurale du Zimbabwe, avec plus

de 8000 kits d'autotests distribués en un mois. Les bénévoles ont réussi à atteindre à la fois les hommes et les femmes. Les résultats ont montré que les individus préféreraient faire l'autotest en privé, plutôt que de le faire devant un employé ou un bénévole attaché au programme. Les groupes de discussion ont montré que les offres d'autotests étaient beaucoup appréciés et que les individus avaient trouvé les bénévoles compétents et serviables.

D'autres initiatives perçoivent l'autodépistage comme un moyen d'améliorer le taux de dépistage chez les hommes, particulièrement parce que les hommes sont moins susceptibles que les femmes d'avoir déjà effectué un test de dépistage.

La coercition est un des problèmes potentiels des autotests, d'autant plus que dans de nombreux pays où l'autodépistage est envisagé, le taux de violences sexistes est élevé. Les chercheurs au Malawi ont fait le point de leurs expériences sur la coercition. Les femmes qui ramènent les kits d'autotests chez elles se sentent valorisées mais les hommes disent parfois qu'ils se sentent poussés à faire le test. La coercition était susceptible d'être signalé plus souvent au sein des couples stables.



Utiliser un autotest au Zimbabwe. Photo © Eric Gauss / UNITAID

Les préoccupations des fabricants concernant la demande et les prix pourraient signifier que de nombreux kits d'autotests actuellement en cours de développement ne seront jamais commercialisés.

Quatre kits d'autotests sont actuellement disponibles, après avoir été licenciés par les autorités réglementaires, et neuf autres kits sont en cours de développement.

Des entretiens approfondis avec les entreprises développant les produits d'autotests ont identifié les problèmes potentiels qui les rendent réticents à commercialiser leurs produits. Des inquiétudes sur la demande, les investissements gouvernementaux et les donateurs, le coût, les exigences réglementaires et l'obligation pour les fabricants des autotests de faciliter la liaison vers les prestataires de la santé en cas de résultat positif sont tous sujets à les inquiéter.

L'Organisation mondiale de la santé publiera d'autres directives sur l'autodépistage en décembre.

Liens associés

Lisez "La plus grande étude sur l'autodépistage du VIH décolle" sur aidsmap.com

Lisez "Les contraintes du marché et les incertitudes pourraient limiter l'intensification des autotests" sur aidsmap.com

Consultez nos pages dédiées au congrès AIDS 2016

Les tests de charge virale



Image de la présentation de Munyaradzi Dhodho, Médecins Sans Frontières

Les programmes de traitement du VIH en Afrique australe doivent investir dans une meilleure gestion des dossiers, dans de meilleures procédures et dans le personnel pour assurer le bon fonctionnement des tests de charge virale routiniers, d'après les résultats d'une étude pilote.

Les tests de charge virale commencent à être plus souvent accessibles dans les pays disposant de ressources limitées grâce à la réduction des prix et à l'investissement des donateurs. Les tests de charge virale permettent de mieux éviter les échecs de traitement, la résistance aux médicaments et les transmissions ultérieures.

Médecins Sans Frontières (MSF) ont présenté les résultats des programmes sur le terrain après l'introduction d'un algorithme en 2015. Celui-ci indique les mesures à prendre après la détection d'un rebond de la charge virale (une charge virale supérieure à 1000 copies/ml) chez les personnes sous traitement antirétroviral.

L'algorithme recommande trois actions clefs:

- | Le renforcement des conseils sur l'adhésion
- | La répétition du test de charge virale dans les 2 à 9 mois suivant le résultat détectable
- | Le passage à un traitement de deuxième ligne si la charge virale est toujours détectable au deuxième test.

Le taux de tests de charge virale variait entre les sites sur le terrain, de 91% au Zimbabwe à 32% au Malawi. Il y avait également des variations considérables entre les pourcentages de personnes en situation de rebond viral, allant de 9 à 40%.

Dans un des sites, plus de 40% des personnes qui avaient vu leur charge virale rebondir n'ont pas reçu de conseils supplémentaires sur l'adhésion et dans un autre site, 15% seulement des personnes qui avaient toujours une charge virale détectable après le second test ont été prescrites un traitement antirétroviral alternatif.

Les facteurs qui ont facilité le passage à un traitement de deuxième ligne comprenaient: l'obtention des résultats du test de charge virale le même jour; la présence d'un clinicien sur les lieux au moins une fois par semaine autorisé à prescrire un autre traitement; et la disponibilité des médicaments de deuxième ligne sur les lieux.

La recherche a mis en évidence plusieurs leçons tirées de la mise en œuvre du programme:

- | La valeur de la formation du personnel de la clinique et de la mise en place d'objectifs à suivre.
- | L'importance de la bonne tenue des dossiers
- | Un système de rappel dans le dossier des patients
- | Un test de charge virale automatique lorsque la mesure du taux de cellules CD4 est requise, particulièrement si le taux des tests de charge virale est médiocre
- | La priorité accordée à l'éducation des patients sur les tests de charge virale
- | La reconnaissance du fait que les résultats d'un test de charge virale indétectable motivent les patients et peut être l'occasion d'orienter les patients vers d'autres modèles de soins qui pourraient réduire les heures d'attente ou le nombre de visites à la clinique.

Le rapport de MSF sur le développement de leur programme de tests routiniers de charge virale peut être téléchargé [ici](#).

MSF-Afrique du Sud a publié un guide pour les prestataires sur l'introduction des tests de charge virale qui est accessible [ici](#).

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Téléchargez "Faire des tests de charge virale une routine" sur le site de MSF

Téléchargez la boîte à outil sur la charge virale sur le site de MSF

Déployer la PrEP



Image de la présentation d'Iryna Zablotska, Kirby Institute

L'Australie vise à entièrement éliminer les transmissions du VIH parmi les hommes gays d'ici à 2020 grâce à un programme ambitieux de déploiement de la PrEP.

La PrEP à base de ténofovir/emtricitabine générique va être offerte à environ 14000 hommes gays considérés comme étant très exposés aux risques d'infection au VIH.

Trois quarts des infections en Australie concernent les hommes gays. Le pays a un bon taux de dépistage mais est toujours assez loin de l'objectif de l'ONUSIDA 90-90-90: actuellement 88% des séropositifs sont diagnostiqués; 73% des personnes connaissant leur positivité sont sous traitement antirétroviral et 92% des personnes sous traitement antirétroviral ont une charge virale indétectable. En tout, 59% des toutes les personnes séropositives en Australie ont une charge virale indétectable, bien en dessous de l'objectif de 72% de l'ONUSIDA.

Le déploiement de la PrEP parmi les hommes gays très exposés au VIH vise à combler cette différence.

En raison du coût anticipé, le programme utilisera les versions génériques des médicaments, au lieu du *Truvada* commercial.

Les enquêteurs ont identifié quatre facteurs essentiels à l'exécution du programme:

- | L'engagement du Ministère de la santé
- | Le consensus parmi les professionnels de la santé sur la valeur de la PrEP
- | Un réseau de cliniques et de cabinets médicaux coopératifs
- | Une communauté LGBT proactive qui sensibilise sur ce traitement

Avant le déploiement complet, des études d'exécution seront faites dans chaque Etat du pays.

Toutefois, les pressions financières signifient que la PrEP devra être introduite plus progressivement dans les pays touchés par des épidémies de VIH sévères et disposant de ressources limitées.

Par exemple, le Kenya a une prévalence de VIH de 3% avec 71 000 nouvelles infections tous les ans. Plusieurs études ont montré l'efficacité de la PrEP au Kenya, et celles-ci serviront de base pour son approbation officielle par les régulateurs des médicaments. Le financement des programmes de PrEP dans le pays est fourni par les bailleurs de fonds internationaux, tels que PEPFAR. Il faudra également former les professionnels de la santé pour accroître leurs connaissances sur la PrEP et leur volonté à prescrire le traitement.

Il reste toujours quelques questions essentielles auxquelles il faudra répondre pour développer un programme de PrEP dans le pays. Par exemple: qu'est ce qui constitue un risque substantiel de VIH; comment développer des évaluations des risques qui ne renforcent pas la stigmatisation et comment contrôler l'adhésion.

L'Afrique du Sud a l'épidémie la plus sévère au monde, et la PrEP a été autorisée en décembre 2015. Le pays a décidé d'introduire la PrEP graduellement parmi les groupes très exposés au VIH. Le coût n'est pas la seule raison derrière cette décision: les services de santé sexuelle doivent toujours déterminer le parcours des soins et les critères d'admissibilité, et la formation du personnel reste une priorité urgente.

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Les traitements anti-VIH injectables



David Margolis présente à AIDS 2016. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

Un traitement à base de deux antirétroviraux injectables à longue durée d'action, administré toutes les quatre à huit semaines, a maintenu la suppression virale chez les personnes qui sont passées d'un traitement par voie orale à ce nouveau traitement.

Les chercheurs ont présenté les résultats d'une étude de phase 2b qui a examiné une association de deux antirétroviraux injectables, le cabotégravir, un inhibiteur d'intégrase expérimental, et la rilpivirine, un médicament homologué de la classe des inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI).

L'étude a recruté 309 personnes qui n'avaient jamais pris de traitement antirétroviral auparavant. Après une phase initiale de traitement par voie orale pour réprimer la charge virale, les participants ont été randomisés en trois groupes d'étude. Le premier groupe a continué le traitement par voie orale, le second groupe a reçu le traitement injectable toutes les huit semaines et le troisième groupe a reçu le traitement injectable toutes les quatre semaines.

Après 48 semaines, 92% des participants dans le groupe de 8 semaines, et 91% des personnes dans le groupe de 4 semaines avaient une charge virale indétectable, tout comme 88% des personnes prenant le traitement par voie orale.

Aucun des participants prenant le traitement injectable n'a eu d'effets secondaires graves, mais presque tous ont eu une réaction à l'endroit de l'injection (par exemple une douleur ou un gonflement). Les entretiens ont révélé que de nombreux participants ont trouvé le traitement injectable plus simple, plus facile et plus discret que le traitement quotidien par voie orale. Les sentiments étaient mitigés quant à l'obligation d'aller à la clinique pour les injections: certaines personnes ont trouvé que des visites mensuelles seraient contraignantes.

Les cliniciens ont rapporté qu'ils considéreraient cas par cas la faisabilité du traitement injectable. La résistance, la gestion clinique et ne pas être en mesure de retirer le traitement en cas d'évènement indésirable portaient également à quelques inquiétudes.

Ces deux traitements injectables sont également sous considération pour la PrEP.

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Le VIH et l'hépatite C (HCV)



Norbert Bräu présente à AIDS 2016. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

Le traitement par voie orale contre l'hépatite C (VHC) à base de sofosbuvir et de velpatasvir une fois par jour est efficace et a une bonne innocuité sur tous les génotypes du VHC chez les personnes coinfectées au VIH.

L'étude ASTRAL-5 a recruté 106 personnes séropositives souffrant d'une hépatite C chronique. Environ un cinquième d'entre elles avaient une cirrhose du foie au début de l'épidémie.

Dans l'ensemble, 95% des participants ont eu une réponse virologique soutenue 12 mois après la fin du traitement (RVS12), ce qui est considéré comme une guérison pour l'hépatite C. Le taux de réponse a été globalement comparable sur tous les génotypes du VHC et la cirrhose n'a pas eu d'incidence sur les résultats du traitement.

Environ un cinquième des participants ont eu un évènement indésirable biologique (effet secondaire) de grade 3/4, principalement une élévation de la bilirubine chez les personnes sous atazanavir. La fatigue et des maux de tête ont été les effets secondaires les plus communs. Tous les participants ont maintenu une charge virale indétectable.

Liens associés

Lisez l'article intégral sur aidsmap.com

Gérer l'expansion du traitement en Afrique du Sud



Les bilans de santé au club d'adhésion communautaire pour les personnes séropositives dans les zones rurales d'Afrique du Sud. Photo de Greg Lomas / Scholars and Gentlemen / Médecins sans Frontières

Les services de santé dans les zones rurales d'Afrique du Sud semblent capables de s'en sortir si les personnes commencent le traitement plus tôt que ce qui était recommandé auparavant. Cependant, il est à craindre que le changement des critères d'admissibilité au traitement ne suffira pas seul à augmenter le nombre de personnes accédant au traitement, et qu'un investissement dans le domaine du dépistage et de l'orientation vers les soins, sera nécessaire pour atteindre les objectifs en matière de couverture du traitement.

En septembre 2016, l'Afrique du Sud, qui a le programme de traitement anti-VIH le plus grand au monde, commencera à exécuter "les directives de traitement pour tous" de l'Organisation mondiale de la santé. Celles-ci appellent au traitement antirétroviral pour toutes les personnes séropositives, le plus tôt possible après le diagnostic.

Mais est-ce que les services de la santé pourront gérer cette expansion du nombre de personnes admissibles au traitement, et est-ce que les personnes qui sont malades et qui ont besoin d'un traitement urgent, seront évincés par les nouveaux patients en bonne santé?

MSF a donc analysé l'impact sur les cliniques de santé primaire du KwaZulu Natal, de l'initiation du traitement à un seuil de 500 cellules CD4 par rapport au seuil précédent de 350. MSF a conclu que l'expansion des critères d'admissibilité ne conduirait pas au débordement des services ou à l'évincement des patients malades

Une étude indépendante de modélisation a montré que sans augmentation du dépistage et de l'orientation vers les soins et sans accélération de l'initiation au traitement, le nombre de

personnes commençant le traitement antirétroviral en Afrique du Sud n'augmenterait que de 5%. Par conséquent le pays ne serait pas en mesure d'atteindre les objectifs 90-90-90.

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

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 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/>