

LIVRE DES RÉSUMÉS COMMUNICATIONS ORALES

8^e CONFÉRENCE
INTERNATIONALE
FRANCOPHONE

VIH/HÉPATITES
AFRAVIH 2016

20 AU 23 AVRIL 2016
LE SQUARE-BRUXELLES



AFRAVIH

ALLIANCE FRANCOPHONE
DES ACTEURS DE SANTÉ CONTRE LE VIH

Thème : Prévention

Code : S1.O1

La PrEP (TDF/FTC) à la demande dans la phase en ouvert de l'essai ANRS IPERGAY

Jean-Michel Molina ^{1,*}Isabelle Charreau ²Bruno Spire ³Laurent Cotte ⁴Gilles Pialoux ⁵Catherine Capitant ²Cécile Tremblay ⁶
Daniela Rojas Castro ⁷Laurence Meyer ²

¹Service des Maladies Infectieuses, Hôpital Saint-Louis, Université de Paris Diderot, INSERM U941, Paris, ²SC10-US19, INSERM, Villejuif, ³UMR 912 SESSTIM, INSERM, Marseille, ⁴Service des Maladies Infectieuses, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon, ⁵Service des Maladies Infectieuses, Hôpital Tenon, Paris, France, ⁶Centre de Recherche, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, Canada, ⁷MIRE, AIDES, Pantin, France

Votre résumé : Objet de l'étude : La prophylaxie post exposition (PrEP) à la demande avec TDF/FTC en oral a permis de réduire l'incidence de l'infection par le VIH chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), à haut risque de contamination par le VIH, de 6,60 pour 100 participants-années (pa) dans le bras placebo à 0,91 pour 100 pa dans le bras TDF/FTC. Cependant, du fait de l'interruption du groupe placebo pour cause d'efficacité, la durée de suivi cumulée a été seulement de 219 pa, et l'efficacité et la tolérance à long terme de cette stratégie doivent être évaluées.

Méthodes : La phase en ouvert comportant un suivi tous les 2 mois a été proposée aux HSH à haut risque qui étaient en cours de suivi ou d'inclusion au moment de l'arrêt du bras placebo (novembre 2014). L'objectif principal de la phase en ouvert est d'évaluer l'incidence du VIH, le maintien des participants dans l'essai, l'observance, la tolérance, et les changements de comportement sexuel.

Résultats : En novembre 2014, 362 participants ont été inclus dans la phase en ouvert (333 participants parmi les 400 initialement inclus dans l'essai et 29 nouveaux participants), cumulant une durée de suivi de 248 pa jusqu'au 14 septembre 2015. Au cours de la phase en ouvert, seulement 13 participants (3,6%) ont arrêté leur suivi, et un seul sujet, qui avait interrompu la PrEP, a été contaminé par le VIH. L'incidence de l'infection par le VIH dans la phase en ouvert était ainsi de 0,40 pour 100 pa (IC95% : 0,01-2,25). Les participants ont pris en moyenne 18 comprimés par mois (DS : 8,7). Le pourcentage de participants ayant présenté une nouvelle IST était de 33%, similaire à celui de la phase en aveugle. Le nombre médian de rapports sexuels ou de partenaires ne différait pas entre la phase en aveugle et la phase en ouvert, mais une diminution significative de l'utilisation du préservatif lors des rapports anaux réceptifs a été observée ($p=0,01$). La tolérance a été bonne, avec un pourcentage faible d'événements indésirables graves (4%); un participant a arrêté TDF/FTC suite à une augmentation de la créatinine plasmatique. Les événements indésirables imputés à la PrEP (nausées, diarrhée, douleurs abdominales) ont été observés chez 10% des participants.

Conclusion: Dans la phase en ouvert, la PrEP à la demande avec TDF/FTC en oral reste hautement efficace pour prévenir l'infection par le VIH chez des HSH à haut risque, avec une bonne tolérance.

Thème : Prévention

Code : S1.O2

Expérience de la PrEP à Montréal : bonne observance, ni compensation de risques, ni séroconversion

Réjean Thomas ^{1*}Chrissi Galanakis ²Sylvie Vézina ¹Danièle Longpré ¹Jean-Paul Kerba ¹Gabrielle Landry ¹Louise Charest ¹Stéphane Lavoie ¹Emmanuelle Huchet ¹Benoît Trottier ¹Nima Machouf ²
¹Médecine, ²Recherche, Clinique médicale l'Actuel, Montréal, Canada

Votre résumé : Introduction: Il existe plusieurs soucis sur la meilleure façon d'intégrer la PrEP dans la pratique clinique. Cette étude présente l'expérience PrEP en évaluant son utilisation, l'observance et les changements de comportement dans une cohorte de patients à haut-risque d'acquisition du VIH. **Devis:** Tout patient de la clinique l'Actuel demandant une PrEP (TDF-FTC) a été inclus dans cette cohorte clinique avec visites de suivi aux 3 mois. L'observance et les comportements étaient auto-rapportés à chaque visite. Les comportements à risque sont définis en termes d'usage du condom et du nombre de partenaires sexuels. Les changements de comportement sont analysés par χ^2 . **Résultats:** En août 2015, la PrEP avait déjà été prescrite à 355 patients. Les indications pour la PrEP étaient les rapports sexuels non-protégés (69%), les PPE multiples (14%) ou les couples sérodiscordants (14%). Les utilisateurs de la PrEP étaient HARSAH (97%), âgés de 36 ans (étendue=18-66 ans), au cours des 12 derniers mois 73% avaient eu ≥ 10 partenaires sexuels et 66% avaient fait usage de drogue (dont 28% du GHB, et 12% du cristal). La majorité des patients (80%) avaient un historique d'ITS. L'utilisation du condom était de 49% pour des relations anales réceptives et 48% pour les relations insertives. 33 patients (9%) n'ont jamais débuté la PrEP, dont 3 ont séroconvertis durant l'année. 89% des patients sont venus à une visite dans les premiers 3 mois de suivi. Parmi les patients prenant la PrEP (n=322), 69% la prenaient en continu (4% avec problèmes d'adhérence), et 10% au besoin. La durée moyenne de la PrEP était de 6,5 mois et aucune séroconversion n'a été observée. Au total, 49 patients (21%) ont cessé la PrEP parce qu'ils n'en n'avaient plus besoin (39%), ou à cause des effets secondaires (23%). Au 1^{er} suivi, 25% des cas rapportaient une augmentation des comportements à risque, 43% des cas ne rapportaient aucun changement et 32% disaient avoir amélioré leurs comportements ($p=0.018$). Les patients avec une amélioration des comportements à risque étaient ceux qui étaient les plus à risque de contracter le VIH. **Conclusions:** Les patients de la cohorte PrEP de l'Actuel étaient à haut risque d'infection par le VIH. Ils semblent être adhérents au traitement et au suivi. Aucune séroconversion n'a été observée sauf parmi les 3 patients qui n'ont pas débuté la PrEP. Pour l'instant, à court terme, la PrEP ne semble pas favoriser une augmentation des prises de risque.

Soumettre un tableau ::

	Utilisation non consistante du condom @ visite initiale (< 80%)	Utilisation consistante du condom @ visite initiale (≥ 80%)	Tota
Détérioration des comportements (moins de condom et plus de partenaires sexuels)	15 (24%)	17 (27%)	32 ()
Pas de changement de comportement (autant de condom et de partenaires sexuels)	21 (33%)	34 (53%)	55 ()
Amélioration des comportements (plus de condom et moins de partenaires sexuels)	27 (43%)	13 (20%)	40 ()
Total	63 (100%)	64 (100%)	127 (100%)

Thème : Prévention

Code : S1.O3

Une réduction de la charge virale pour la prévention de la transmission du VIH dans une étude de démonstration du traitement antirétroviral précoce chez les travailleuses du sexe à Cotonou, Bénin

Luc Béhanzin ^{1,*}Aimé Fernand GUÉDOU ¹Nassirou GÉRALDO ¹Ella Goma Mastétsé ¹Narcisse SINGBO ¹Jerôme Charles SOSSA ²Marcel Djimon ZANNOU ³Michel ALARY ⁴

¹Département de la recherche, Centre de santé communal de Cotonou 1, ²Programme national de lutte contre le Sida et les IST (PNLS-IST), Cotonou, Bénin, Ministère de santé Publique, ³Médecine interne, Faculté des sciences de la santé, Université d'Abomey-Calavi, Cotonou, Bénin, COTONOU, Bénin, ⁴Santé des Populations, Centre de recherche du CHU de Québec, Québec, Canada, Québec, Canada

Votre résumé : Objet : Dans le contexte de l'étude du traitement antirétroviral précoce (TasP) utilisant le Ténolam[®] E (Ténofovir + Lamivudine + Efavirenz) pour la prévention de la transmission du VIH chez les travailleuses du sexe (TS) à Cotonou, nous avons évalué l'évolution de la charge virale chez les participantes sous traitement antirétroviral (TARV) au cours de leur suivi dans l'étude.

Méthodes : Nous recrutons depuis le 6 octobre 2014 des femmes TS infectées par le VIH pour l'étude TasP dont la taille de cohorte attendue est de 100 femmes. Ces femmes reçoivent indépendamment de leur taux de CD4, un TARV de première ligne fait préférentiellement de Ténolam[®] E. Lors des visites de suivi au jour 14 et à chaque 3 mois, nous surveillons l'adhérence thérapeutique. Les charges immunitaire et virale des participantes sont mesurées respectivement à tous les 3 et 6 mois. Au 31 octobre 2015, nous avons évalué l'évolution de la charge virale à 6 mois de suivi comparativement au baseline, globalement et par strate de niveau de CD4, en utilisant le test de Khi-deux de McNemar ou celui de Pearson selon le cas.

Résultats : Au 31 octobre 2015, parmi les 81 femmes recrutées, 1,3% avaient une charge virale indétectable (CVI). 47% des femmes avaient des CD4 \geq 500 et 53% des CD4 $<$ 500. Parmi les femmes à CD4 \geq 500, 2,8% étaient à CVI alors qu'aucune femme à CD4 $<$ 500 n'avait une CVI. Une augmentation significative dans la proportion de femmes avec CVI a été observée à 6 mois de suivi (CVI:71,0% Vs. 1,3%; p-McNemar $<$ 0,001). En évaluant l'évolution de la charge virale selon le niveau de CD4 au baseline, même si la différence dans l'augmentation des proportions de femmes avec CVI à 6 mois de suivi parmi les participantes à CD4 \geq 500 comparativement à celles à CD4 $<$ 500 n'était pas statistiquement significative (CVI:80,0 Vs. 62,5% %; p-Pearson=0,283), l'effet thérapeutique paraît plus marqué parmi les femmes à CD4 \geq 500 (CVI: 80,0% Vs. 2,8%; p-McNemar $<$ 0,001) comparativement à celles avec CD4 $<$ 500 (CVI: 62,2% Vs. 0; p-McNemar=0,002).

Conclusion: Cette suppression virale en réponse thérapeutique notamment en traitement précoce, suggère la bonne adhérence thérapeutique pour une prévention efficace de la transmission du VIH dans cette population clé de l'épidémie. De plus, la réponse virologique plus marquée chez les TS avec CD4 \geq 500 suggère des bénéfices cliniques au traitement plus précoce. Les analyses à la fin de l'étude offriront plus de puissance pour confirmer l'intérêt du traitement précoce.

Les conséquences sociales et comportementales de l'initiation précoce du traitement ARV en Afrique : l'étude TEMPRANO Social (Abidjan, Côte d'Ivoire, ANRS 12239)

Kévin Jean¹Serge Niangoran²Christine Danel²Raoul Moh²Delphine Gabillard³Eric Ouattara²Serge Eholié⁴France Lert⁵
Xavier Anglaret²Rosemary Dray-Spira⁶Annabel Desgrées du Loû^{7,*}

¹Department of Infectious Disease Epidemiology, Imperial College London, London, Royaume-Uni, ²Programme PACCI, site ANRS de Côte d'Ivoire, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire, ³INSERM U897, Université Bordeaux Segalen, Bordeaux, France, ⁴Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire, ⁵CESP-U1018, INSERM-Université Versailles Saint-Quentin, Villejuif, ⁶UMR_S 1136, INSERM, ⁷CEPED (Centre Population et Développement - UMR 196 - Paris Descartes-IRD), IRD, Paris, France

Votre résumé : Introduction : Les conséquences sociales et comportementales de l'initiation précoce du traitement antirétroviral (ARV) n'ont été que peu étudiées, alors même qu'elles pourraient avoir un impact direct sur les bénéfices cliniques et préventifs de cette stratégie.

Méthode : TEMPRANO Social est une étude socio-comportementale nichée dans un essai clinique de traitement ARV précoce (TEMPRANO-ANRS12136) conduit à Abidjan, Côte d'Ivoire. Plusieurs indicateurs sociaux et de comportements sexuels ont été recueillis à l'inclusion dans l'essai (M0), puis 12 et 24 mois (M12 et M24) après inclusion. A l'aide de modèles marginaux, les niveaux de ces indicateurs et leurs tendances temporelles ont été comparés entre les participants randomisés pour initier le traitement immédiatement (groupe ARV précoce) ou selon les recommandations du moment (groupe ARV différé).

Résultats : L'analyse a porté sur 1952 participants (CD4 médian à l'inclusion : 469/mm³) dont les caractéristiques cliniques, sociales et comportementales étaient comparables entre les groupes ARV précoce (n=975) et ARV différé (n=977) après randomisation.

Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes dans les niveaux et l'évolution sur les 24 mois de la situation conjugale, du partage du statut VIH, de l'activité professionnelle et de l'expérience de discrimination.

Au sein du groupe ARV précoce, des diminutions significatives étaient observées entre M0 et M24 dans le pourcentage de multi-partenariat ($OR_{M24/M0} = 0.57$ [Intervalle de Confiance à 95%, 0.41-0.79]) et de rapports non protégés ($OR_{M24/M0} = 0.59$ [0.47-0.75]). Des diminutions similaires étaient observées chez les participants du groupe ARV différé.

La prise en compte des comportements sexuels combinés à des mesures de charge virale a permis d'estimer une réduction de 90% (81%>95%) du risque de transmission du VIH lors du dernier rapport sexuel dans le groupe ARV précoce vs. ARV différé. Des résultats complémentaires de simulations suggéraient que cet effet préventif pourrait persister même sous l'hypothèse d'augmentations importantes des comportements sexuels à risque associées à l'initiation précoce du traitement.

Conclusion : L'initiation précoce du traitement, en plus de réduire la morbi-mortalité comme démontré dans l'essai TEMPRANO, présente un effet préventif, à la fois comportemental et biologique, sur le risque de transmission sexuelle. Aucun impact négatif sur la situation sociale n'a été décelé.

Distinction entre les effets de l'âge et de l'année du diagnostic sur des indicateurs psychologiques et comportementaux des personnes vivant avec le VIH. Résultats de l'enquête ANRS-VESPA2

Luis Sagaon Teyssier ^{1,*} Antoine VILOTITCH ¹ Marie Suzan-Monti ¹ Rosemary Dray-Spira ² France Lert ³ Bruno Spire ¹ ANRS-VESPA2 ANRS-VESPA2 ¹

¹UMR912 SESSTIM (INSERM/IRD/AMU); ORS-PACA, MARSEILLE, ²INSERM, UMR_S1136, Pierre Louis Institute of Epidemiology and Public Health, Team Research in social epidemiology, F-75013, Paris, ³Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Inserm U1018, Villejuif, France

Votre résumé : Objectifs: La qualité de vie, le besoin de soutien et la révélation du statut des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sont associés d'une part à l'âge et d'autre part à l'ancienneté du diagnostic (appartenance à une cohorte d'année de diagnostic) mais peu d'études ont tenté de démêler l'effet de ces 2 facteurs. Cela tient à la corrélation entre les effets de l'âge et de cohorte à l'origine de problèmes d'estimation par des méthodes classiques. Cette étude a pour objectif d'évaluer à quel point l'évolution des indicateurs psychosociaux et comportementaux parmi les PVVIH s'explique par des effets de cohorte et/ou d'âge.

Méthodes: ANRS-VESPA2 est une enquête représentative transversale réalisée en 2011 auprès de 3 022 PVVIH. Des données socio-comportementales et médicales ont été collectées. Les indicateurs étudiés sont: le besoin de soutien moral (BSMo) et matériel (BSMa), la qualité de vie mentale (QdVM) et physique (QdVP), et la révélation du statut à au moins à une personne de l'entourage. Un modèle additif généralisé semi-paramétrique a été utilisé pour estimer (partie non-paramétrique) les effets de l'âge et de cohorte. La relation de ces variables avec les indicateurs est décrite par les degrés de liberté empiriques (DLE), et montre la relation linéaire (DLE=1) ou pas (DLE>1).

Résultats: Le BSMo et BSMa diminue jusqu'à 60 ans, et augmente ensuite indépendamment de l'année de diagnostic du VIH (DLE=8,6 p<0,001 et 7,7 p<0,001 respectivement. La QdVP montre des effets combinés, augmentant pour les nouvelles cohortes (DLE=3,1 p<0,05), et diminuant avec l'âge (DLE=1,1 p<0,001). Les effets combinés sur la QdVM montrent que celle-ci augmente pour les nouvelles cohortes (DLE=2,2 p<0,001), et que les plus jeunes et les plus âgés ont une moins bonne QdVM (DLE=6,2 p<0,001). La révélation du statut est moins probable pour les nouvelles cohortes (DLE=3,8 p<0,001), et pour les plus âgés (EDF=1 p<0,001).

Conclusion: Les besoins de soutien sont exclusivement influencés par les différences d'âge. La QdV est liée à des effets combinés, mais influencée principalement par les effets de cohorte probablement du fait de l'exposition à des contextes cliniques différents depuis le début de l'épidémie. La révélation du statut reflète des effets combinés d'âge et de cohorte. La compréhension de ces processus devrait aider à l'élaboration de politiques adaptée aux différentes générations et/ou aux différents groupes d'âge pour mieux répondre aux besoins psychosociaux des PVVIH.

Stigmatisation et troubles mentaux communs chez les personnes nées en Afrique subsaharienne vivant avec le VIH et l'Hépatite B en France : résultats de l'étude ANRS-PARCOURS

Julie Pannetier ^{1,*} France Lert ² Nathalie Bajos ² Nathalie Lydié ³ Rosemary Dray-Spira ⁴ Annabel Desgrees du Lou ¹
¹UMR CEPED, PARIS, ²INSERM, Villejuif, ³INPES, Saint Denis, ⁴INSERM, PARIS, France

Votre résumé : **Objet :** Plusieurs études font état de fortes incidences de dépression chez les personnes immigrantes et chez les personnes vivant avec le VIH. L'objectif de cette communication est de présenter l'influence respective des conditions de la migration, des conditions de vie ainsi que des pathologies VIH et hépatite B sur l'anxiété et la dépression chez les personnes nées en Afrique sub-Saharienne vivant en France.

Méthode : L'étude ANRS-PARCOURS a été menée en 2012-2013 auprès de 2648 personnes nées en Afrique sub-Saharienne recrutées dans des établissements de santé d'Ile de France. Au total, 926 personnes suivies pour VIH, 779 suivies pour une hépatite B chronique et 763 n'ayant ni le VIH, ni l'hépatite B (groupe de référence) ont été interrogées. Les troubles anxieux et dépressifs ont été mesurés avec le 'Patient Health Questionnaire-4' (PHQ-4). Les facteurs associés à ces troubles ont été calculés à partir de modèles de régression linéaire.

Résultats : La prévalence d'un trouble anxieux et dépressif sévère (score ≥ 9) est élevée dans cette population comparativement à la population générale (1,5%). Elle s'élève à 14,9% dans le groupe VIH, 10,4% dans le groupe de VHB et 11% dans le groupe de référence ($p=0,37$) chez les femmes. Elle est de 9% dans le groupe VIH, 6,5% dans le groupe de VHB et de 4,5% dans le groupe de référence ($p=0,15$) chez les hommes. Sur l'ensemble des trois groupes, pour les femmes comme pour les hommes : le chômage, le fait de n'avoir personne sur qui compter, le fait d'avoir déjà dormi dans la rue depuis l'arrivée en France et le fait d'avoir subi un rapport forcé au cours de sa vie augmente fortement le risque de développer un trouble anxieux et dépressif. Par ailleurs, chez les femmes, l'arrivée récente en France, les migrations liées à un problème de santé ou à une menace dans le pays d'origine entraînent plus de troubles anxieux et dépressifs. Chez les hommes, le fait d'avoir le VIH et le fait de ne pas avoir de titre de séjour comptent également parmi des déterminants des troubles anxieux et dépressifs. Parmi les personnes vivant le VIH ou avec une hépatite B, plus de troubles anxieux et dépressifs ont été observés lorsque, du fait d'égo ou de ces proches, il y a eu une distance vis-à-vis de l'entourage suite à l'annonce de la maladie.

Conclusion : Les troubles mentaux communs sont fréquents chez les migrants subsahariens vivant avec le VIH et l'hépatite B en France notamment en cas d'éloignement des proches suite à l'annonce de la maladie.

Conditions d'intervention en éducation thérapeutique des détenus adultes infectés par le VIH/sida: cas de la prison civile d'Atakpame au Togo

K. Essinam Kpedzroku ^{1,*} TOUPET-NIKIEMA ²Anne BEUGNY ³Caroline DUPONT ⁴Véronique Perronne ⁵Xavier ASSAMAGAN ⁶

¹Psychologie, Société d'Education Thérapeutique Africaine (SETA), Lomé, Togo, ²Médecine, Hôpital Cochin, ³Médecine, Expertise France, ⁴Médecine, Hôpital Ambroise Paré, ⁵Médecine, Entraide Santé 92, Paris, France, ⁶Coordination, Expertise France, Lomé, Togo

Votre résumé : Introduction : Les détenus vivant avec le VIH/Sida nécessitent un accès aux soins dont l'observance sous-entend une éducation à la santé. Le but de cette analyse est de connaître les spécificités d'une intervention en éducation thérapeutique en milieu carcéral.

Objectifs : Identifier les conditions d'intervention d'un programme d'ETP pour les détenus infectés par le VIH/Sida à la Prison Civile (PC) d'Atakpamé

Méthode : En mars 2015, grâce au soutien de l'association française Entraide Santé 92 et de Expertise France, une mission exploratoire des besoins de prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH/Sida et la tuberculose a été menée à la PC d'Atakpamé en vue de formaliser une coopération entre ce centre et le Centre Hospitalier Régional (CHR) d'Atakpamé. Suite à cette mission et dans le cadre de la collaboration entre acteurs de ces deux structures, un série de deux (02) d'entretiens ont été réalisées avec quatre (04) détenus, un technicien supérieur de santé et deux (02) médiateurs communautaires intervenant à la PC d'Atakpamé, en vue de recueillir leurs attentes en besoins éducatifs des détenus infectés par le VIH.

Résultats : Une analyse qualitative de ces entretiens permet de comprendre qu'une intervention en éducation thérapeutique des détenus à la prison civile d'Atakpamé doit prendre en compte six (06) facteurs :

- la durée de détention qui est variable en fonction de la peine des détenus ;
- les difficultés de réalisation de séances de groupe à cause du manque d'espace et du faible niveau de confidentialité qui constitue un souci majeur pour les détenus ;
- la souffrance psychologique et social manifesté par la crainte de la stigmatisation, le sentiment de culpabilité, le sentiment d'abandon familial et sociale, l'absence de ressources financières, une préoccupation par rapport à l'avenir, la crainte de mourir en prison ;
- l'organisation du circuit d'approvisionnement des ARV ;
- l'orientation de la prise en charge médicale à la fin de la détention ;
- la surpopulation carcérale qui peut constituer un facteur d'observance au traitement à cause de la promiscuité existant entre prisonniers.

Conclusion : Une intervention en éducation thérapeutique auprès des détenus de la PC d'Atakpamé présente des spécificités liées aux conditions de vie carcérale.

Évolution du risque d'infarctus du myocarde entre 2000-2009 chez les personnes infectées par le VIH-1 en France et comparaison avec la population générale : résultats de la cohorte FHDH-ANRS CO4

Aliou Baldé ^{1,*}Sylvie Lang ²Aline Wagner ³Jean Ferrières ⁴Michèle Montaye ⁵Pierre Tattevin ⁶Laurent Cotte ⁷Elisabeth Aslangul ⁸Antoine Chéret ⁹Murielle Mary-Krause ¹Jean-Luc Meynard ¹⁰Jean-Michel Molina ¹¹Marialuisa Partisani ¹²Pierre-Marie Roger ¹³Franck Boccara ²Dominique Costagliola ¹

¹Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06, INSERM, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de Santé Publique (IPLESP UMRS 1136), F75013, Paris, France, INSERM, Paris, ²Cardiologie, APHP - Hôpital saint Antoine, Paris Cedex 12, ³Laboratoire dépidémiologie et de santé publique EA 3430, Université de Strasbourg, Strasbourg, ⁴Cardiologie B, Centre hospitalier de Rangueil, Toulouse, ⁵Épidémiologie et santé publique UMR 744, INSERM, Lille, ⁶Maladie infectieuses et USI, Hôpital universitaire Pontchaillou, Rennes, ⁷INSERM U1052, Hospices Civils de Lyon, Hôpital de la Croix Rousse, service des maladies infectieuses et tropicales, INSERM, Lyon, ⁸Sorbonne Paris Cité, Université de Paris Descartes, APHP, Hôtel Dieu, service de médecine interne, APHP, Paris, ⁹Sorbonne Paris Cité, Université Paris Descartes, EA 3620, Paris, Centre hospitalier de Tourcoing, service des maladies infectieuses, Centre hospitalier de Tourcoing, Tourcoing, ¹⁰Service des maladies infectieuses et tropicales, APHP - Hôpital saint Antoine, Paris Cedex 12, ¹¹Sorbonne Paris Cité, Université de Paris Diderot Paris 7, INSERM, UMRS 941, APHP, Hôpital Saint-Louis, service des maladies infectieuses et tropicales, APHP, Paris, ¹²Le Trait D'Union, centre de soins de l'infection par le VIH, 12. Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, ¹³Université de Nice Sophia-Antipolis, Centre hospitalier universitaire de Nice, groupe hospitalier l'Archet, service d'infectiologie, groupe hospitalier l'Archet, Nice, France

Votre résumé : Objectifs: Plusieurs études ont montré qu'il existait un risque accru d'infarctus du myocarde (IDM) chez les PVVIH par rapport à la population générale. Nous avons étudié l'évolution de ce risque entre 2000-2009 chez les PVVIH en France, notamment chez celles ayant une immunité restaurée et une charge virale (CV) contrôlée sous cART et comparé l'âge au diagnostic avec celui observé dans la population générale.

Méthodes: Après validation des cas par un cardiologue, les taux d'incidence standardisés sur l'âge et le sexe ont été estimés sur 3 périodes calendaires (2000-2002, 2003-2005 et 2006-2009), chez les PVVIH suivies dans FHDH-ANRS CO4. Les estimations dans la population générale sont issues des trois registres français des cardiopathies ischémiques. Les ratios d'incidence standardisés sur l'âge et le sexe (SIRs) ont été estimés pour chacune des périodes, puis chez les individus traités au moins 6 mois par cART, ayant un taux de CD4 $\geq 500/\text{mm}^3$ de façon continue pendant au moins 2 ans et une CV ≤ 500 copies/mL. L'âge au diagnostic a été comparé entre les PVVIH et la population générale après ajustement sur la différence de la distribution d'âge et de sexe en utilisant une méthode de standardisation indirecte.

Résultats: Parmi les 71 204 PVVIH, 663 IDM ont été diagnostiqués. Chez les hommes, le risque relatif d'IDM a diminué entre 2000-2002 et 2006-2009 ($p < 0,01$), avec un excès de risque marginalement significatif (SIR=1,12 ; IC_{95%} 0,99-1,27) en 2006-2009 versus 1,35 en 2000-2002 (IC_{95%} 1,14-1,61). En revanche, chez les femmes, aucune tendance n'a été mise en évidence ($p=0,28$) avec un SIR à 1,99 (IC_{95%} 1,39-2,75) en 2006-2009. Globalement on observe une diminution du sur-risque ($p < 0,01$), avec un SIR à 1,19 (IC_{95%} 1,05-1,33) en 2006-2009. Parmi les PVVIH ayant un taux de CD4 restauré et une CV contrôlée sous cART (7% du suivi pendant la période d'étude), le risque d'IDM n'était pas plus élevé que dans la population générale quel que soit le sexe. L'âge au diagnostic était significativement plus bas chez les PVVIH avec une plus grande différence chez les femmes (44,0 vs 50,2 ans, $p < 0,01$) que chez les hommes (48,7 vs 50,8 ans, $p=0,02$).

Conclusion: Au total, le risque relatif d'IDM chez les PVVIH a diminué ; il n'est pas significatif chez les personnes ayant un taux de CD4 restauré et une charge virale contrôlée sous cART. En revanche, chez les PVVIH, l'IDM survient de façon plus précoce, en particulier chez les femmes.

Désir et intention de procréation, besoins non satisfaits en planification familiale et grossesses non planifiées chez des femmes infectées par le VIH à Abidjan, Côte d'Ivoire

Patricia Dumazert ^{1,*} Juan Burgos ¹ Albert Minga ² Eugène Messou ³ Patrick J Coffie ⁴ Angèle Zahui ⁴ Apollinaire Horo ⁵ Pierre Robert ⁶ François Dabis ¹ Joanna Orne-Gliemann ¹ Renaud Becquet ¹

¹INSERM, Centre INSERM U897 "Epidémiologie et Biostatistique", ISPED, Université de Bordeaux, Bordeaux, France, ² Centre Médical de Suivi de Donneurs de Sang, ³Centre de Prise en Charge, Recherche et Formation, ⁴Programme PACCI, ⁵Centre Hospitalier Universitaire de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire, ⁶Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest, Dakar, Sénégal

Votre résumé : Objet d'étude: Estimer chez les femmes infectées par le VIH en âge de procréer les taux de désir et intention de procréation, besoins non satisfaits en planification familiale et grossesses non planifiées.

Méthodes: 2002 femmes ont été sélectionnées de façon aléatoire dans deux sites de prise en charge ambulatoire du VIH à Abidjan entre avril et septembre 2014. Les désirs de procréation ont été estimés chez l'ensemble des enquêtées, et les intentions chez les 1118 femmes déclarant avoir un partenaire sexuel, désirant un enfant et n'étant pas enceintes au moment de l'étude. Les besoins non satisfaits en planification familiale ont été estimés chez les 696 femmes ayant un partenaire et ayant déclaré vouloir retarder d'au moins deux ans leur prochaine grossesse ou ne plus vouloir d'enfants. L'échelle psychométrique «London Measure Unplanned Pregnancy» a été utilisée pour estimer le taux de grossesses non planifiées chez les 588 femmes ayant eu une grossesse après la connaissance de leur statut VIH.

Résultats obtenus: L'âge médian des 2002 femmes enquêtées était de 37,4 ans (intervalle interquartile [IIQ]: 32,8; 42,3), 46,4% avaient un niveau d'éducation secondaire ou supérieur. Le délai médian depuis la connaissance du statut VIH était de 63,3 mois (IIQ: 27,5; 100,3); 87,9% étaient sous traitement antirétroviral depuis 54,1 mois (IIQ: 23,1 à 84,3). 1077 (53,8%) ont déclaré vivre avec un partenaire sexuel, dont 47,9% l'ont informé de leur statut VIH. 76,7% ont déclaré un désir de procréation, et parmi elles 52,9% souhaitaient une grossesse immédiate ; 27,3% avaient partagé ce désir de procréation avec un personnel de santé et 72,7% avec un membre de leur entourage. 24,8% des femmes ont déclaré une intention de procréation. Le taux de besoins non satisfaits en planification familiale et le taux de grossesse non planifiées ont été estimés à 42,4% et 27,1%, respectivement.

Conclusions: Cette population de femmes ouest-africaines infectées par le VIH se caractérise par un très fort désir de procréation, mais les besoins en planification familiale restent souvent non satisfaits chez celles qui ne souhaitent pas procréer dans l'immédiat. Il est urgent de proposer une offre de santé sexuelle et reproductive intégrée à la prise en charge VIH et adaptée aux besoins de ces femmes.

Migration et VIH : une double peine ? Impacts de la migration et du diagnostic sur les conditions de vie des femmes migrantes d'Afrique subsaharienne en France

Anne Gosselin^{1,*}Andrainolo Ravalihasy¹Eva Lelièvre²Nathalie Lydié³France Lert⁴Rosemary Dray-Spira⁵Annabel Desgrées du Loû¹

¹CEPED UMR Institut de Recherche pour le Développement (IRD)-Université Paris Descartes, ²Institut National d'Etudes Démographiques (INED), Paris, ³Institut national de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), Saint-Denis, ⁴Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), CESP-U 1018, Villejuif, ⁵Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique (IPLESP UMRS 1136), Paris, France

Votre résumé : Objectif : Les femmes migrantes d'Afrique subsaharienne sont le deuxième groupe le plus touché par le VIH/sida en France. A l'heure où le débat est engagé en Europe sur les conditions d'accueil des migrants et sur l'impact de la migration sur les vies des personnes, nous mesurons les impacts respectifs de la migration et du diagnostic VIH sur les difficultés que ces femmes, soumises ainsi à une « double peine », peuvent rencontrer en France.

Méthodes L'enquête ANRS Parcours est une enquête transversale biographique qui a permis de recueillir les parcours de vie de 433 femmes migrantes d'Afrique subsaharienne VIH+ tirées aléatoirement dans 24 services hospitaliers d'Ile-de-France en 2012-2013. Nous décrivons la situation des femmes année après année pour les indicateurs suivants : l'installation en France (logement, titres de séjour, activité) et le bien-être perçu. Puis nous mesurons les impacts de la migration et du diagnostic sur la probabilité d'accès à une activité, à un logement stable, à un titre de séjour, et sur le bien-être perçu au moyen de modèles logistiques à temps discret.

Résultats La migration a un effet délétère très fort sur l'activité professionnelle et le bien-être perçu : les probabilités de perte d'activité et de mal-être augmentent au moment de la migration (OR[IC95%] : 6.7 [3.2-13.8] et OR :4.47 [2.70-7.40] respectivement). A partir de l'arrivée en France, le diagnostic VIH réduit le risque de perte d'activité (OR :0.33 [0.20-0.54]) et le mal-être (OR :0.43 [0.28-0.68]). En revanche, le diagnostic VIH n'a pas d'effet sur l'accès à un logement stable et l'accès à un titre de séjour de longue durée ou à la nationalité française est plus rare lorsque le séjour est accordé au titre du soin d'une maladie grave (OR :0.41 [0.22-0.77]).

Conclusion La « double peine » des étrangers malades est surtout celle de la migration qui bouleverse en profondeur les trajectoires des personnes. Le diagnostic VIH, qui entraîne une prise en charge médicale et sociale, semble protéger la situation d'emploi et ne pas compromettre le bien-être. En revanche, il ne déclenche pas d'amélioration des situations de logement. Si le titre de séjour pour soins est quasi systématiquement accordé aux étrangers en situation irrégulière lors du diagnostic VIH, il fait obstacle ensuite au droit au séjour long. Notre étude montre le poids de la migration dans les difficultés de vie des personnes et appelle à mieux le prendre en compte dans l'accueil des étrangers malades.

Thème : Femmes et VIH

Code : S3.O3

Modes de perpétuation des inégalités fondées sur le sexe dans la construction des activités de prévention de la transmission mère enfant du VIH. Parcours ethnographiques en Asie du Sud-Est

Pascale Hancart Petitet ^{1,*}

¹UMI 233 Trans VIH MI INSERM U 1175, Institut de Recherche pour le Développement, Montpellier , France

Votre résumé : Quels sont les modes de perpétuation des inégalités fondées sur le sexe à l'œuvre lors de la construction des activités de prévention et de traitement du VIH ? Cette communication vise à questionner, l'impact des inégalités de genre sur la diffusion de l'épidémie à VIH en Asie du Sud-Est et propose une analyse « genrée » de la construction et de la mise en oeuvre des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans cette région.

Les données ethnographiques ont été recueillies au cours d'études de long terme menées au Cambodge (2008- 2012, ANRS 12102/ 12095- Cibra Kh001 et Sidaction) et au Laos (depuis 2013, ANRS PREMS 12271). Des observations, entretiens et relevés de parcours biographiques ont été mené en contexte de soins urbains et ruraux, avec des décideurs nationaux et internationaux, des soignants et des usagers des systèmes de soins dont une majorité de femmes, ainsi que dans des lieux publics ou à domicile.

Ces études conduisent à analyser les discours et les pratiques des acteurs de la santé œuvrant dans le domaine de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME). Elles montrent comment les interprétations locales des notions de « choix », de couple, de conjugalité ou de confidentialité s'articulent avec les recommandations formulées par les agences internationales de santé publique et selon les prescriptions normatives sociétales en lien avec le genre et la sexualité. Elles abordent aussi les représentations et les pratiques laissées en marge et leurs négociations par les femmes dans la sphère de l'intime et face aux représentants administratifs et sanitaires. Ces études produisent un « savoir situé » sur la vulnérabilité des femmes en contexte VIH, soit un savoir mis en perspective avec le contexte historique de production des politiques mondiale en matière de santé de la reproduction et VIH et de leurs déclinaisons dans des espaces sociaux et sanitaires historiquement construits également.

Les enjeux du corps féminin face au VIH et aux programmes de PTME confrontent les domaines de l'intime, du local et du global. Ils sont donc à analyser en tant qu'expérience individuelle et pratiques corporelles prescrites et prosrites, subjectivités biomédicales et discours savants et à la lumière des enjeux sociétaux et sanitaires historiques et contemporains en Asie du Sud-Est. Au-delà de son apport théorique, cette communication invitera à réfléchir à la mise en oeuvre de nouveaux modèles d'action.

Thème : Femmes et VIH

Code : S3.O4

« Plurielles », un programme québécois favorisant la santé sexuelle des femmes séropositives, au-delà du VIH

Mylène Fernet^{1,2} Lyne Massie¹ Sandrine St-Pierre-Gagné¹ Maria Nengeh Mensah² Alexandra De Pokomandy³ Dominic Beaulieu-Prévost¹ Gary Lacasse⁴ Aurélie Hot⁵ Joanne Otis¹

¹Sexologie, ²École de travail social, Université du Québec à Montréal, ³Faculté de Médecine, Université McGill, Montréal, ⁴Société Canadienne du Sida, Ottawa, ⁵Coalition des organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida du Québec, Montréal, Canada

Votre résumé : **Objet de l'étude :** Vivre avec le VIH affecte la santé sexuelle des femmes séropositives au plan biologique, psychologique et social. Or, l'état de santé sexuelle des femmes vivant avec le VIH (FVVIH), sous ses multiples dimensions, est peu documenté et peu d'actions et interventions ont été évaluées. Avec la collaboration d'une dizaine d'organismes communautaires, impliquant une quinzaine d'intervenantes et de paires-aidantes, et d'une équipe de recherche, « Plurielles », un programme d'*empowerment* favorisant le bien-être affectif et sexuel des FVVIH a été soumis à un processus de validation culturelle (2013), puis évalué à l'échelle québécoise (2014-2015). **Méthodes :** Cette recherche, ancrée dans la communauté, a engagé la participation d'une soixantaine de FVVIH âgées de 23 à 70 ans (M = 48 ans) provenant de différents pays (Canada, Afrique, Haïti, Vénézuéla, Colombie). Une forte proportion d'entre elles sont des mères (79%) qui vivent avec le VIH depuis en moyenne 12 ans. La plupart des femmes de l'échantillon sont célibataires (70%) et le quart des femmes rapportent être actives sexuellement. Un devis mixte de type concomitant triangulé a permis d'évaluer les effets du programme (6 mois plus tard) en termes de bien-être sexuel chez un groupe de FVVIH au Québec. **Résultats obtenus :** L'évaluation des effets du programme démontre ses retombées positives sur la capacité des femmes à mobiliser leurs ressources personnelles et les ressources disponibles dans leur environnement de manière à améliorer leur bien-être sexuel. À cet effet, les données qualitatives suggèrent que le programme a permis aux femmes de démystifier la sexualité, de briser leur isolement et de porter une attention particulière à leurs besoins en matière de santé sexuelle. Le programme a eu des effets significatifs chez les participantes, notamment sur leurs capacités à développer des habiletés favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle de leur sexualité. **Conclusion :** Les femmes séropositives témoignent de multiples défis reliés à leur vie amoureuse et sexuelle. Grâce à une collaboration étroite avec les utilisatrices des connaissances et les différents acteurs de ce projet, la création de cette pratique innovante a permis une meilleure compréhension et une meilleure prise en charge des besoins de santé sexuelle des FVVIH favorisant un sentiment de contrôle sur leur sexualité.

Faible accès des personnes vivant avec le VIH au traitement antirétroviral durant l'épidémie Ebola de 2014-2015 : le cas de la Guinée et de la Sierra Leone

Jacques Ndawinz¹, Pierre Yaradouno², Mohamed Cissé³, Cheik T. Sidibé⁴, Kenneth Katumba²

¹ONG Solthis, Paris, France, ²ONG Solthis, ³Hôpital National Donka, ⁴Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/SIDA, Ministère de la santé, Conakry, Guinée

Votre résumé : Objectif: La forte contagiosité et mortalité liées au virus Ebola qui sévit en Guinée depuis mars 2014 ainsi que la concentration des ressources de santé à la lutte contre l'épidémie Ebola ont déstabilisé le système de santé, mettant à mal les efforts accomplis dans les autres programmes de santé. Nous analysons ici l'effet de l'épidémie Ebola sur la rétention des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) au traitement antirétroviral (TARV) à Conakry où résident près de 75% des PVVIH sous TARV en Guinée.

Méthode: Deux sources de données ont été exploitées: la base des données nationales de suivi des PVVIH sous TARV du Ministère de la santé; la base de données des visites répétées des PVVIH sous TARV pendant la période 2014-2015 à l'hôpital national (HN) Donka à Conakry. Les variations du nombre mensuel de PVVIH sous TARV régulièrement suivies (file active) ont été comparées entre les sites. Pour augmenter la sensibilité de l'épidémie Ebola sur le suivi des PVVIH, une PVVIH est considérée en rétention au TARV si elle a été vue au plus tard 30 jours après la date de son rendez-vous de prescription du TARV. La méthode de Kaplan Meier a été utilisée pour comparer la rétention au TARV entre les groupes. Les modèles de Cox et de Weibull ont permis d'identifier les facteurs associés à la rétention au TARV.

Résultats: En 2014, la file active à Conakry a augmenté de 16400 à 19400 entre janvier et août, puis a baissé à 18600 en novembre alors que la file active cumulée des régions hors Conakry a augmenté de façon monotone. Après le début de l'épidémie, la baisse de la file active était plus fréquente à l'HN Donka. A l'HN Donka, 13939 PVVIH dont 63% de femme ont reçu un TARV de janvier 2014 à juin 2015 pour un total de 44518 visites. La durée médiane de rétention au TARV était plus longue chez les PVVIH ayant initié un TARV avant le début de l'épidémie Ebola comparé aux PVVIH ayant initié le TARV durant l'épidémie (9,4 mois versus 5,9 mois; $p < 0,001$). En analyse multivariée, initier le TARV pendant l'épidémie Ebola versus avant l'épidémie (risque relatif (RR)=2,56; $p < 0,001$) et être suivi dans un service pédiatrique (RR=1,31; $p = 0,004$) ou en médecine générale (RR=1,55; $p < 0,001$) augmentaient le risque d'être perdu de vue.

Conclusion: Cette étude montre qu'il a eu une baisse de la rétention des PVVIH au TARV dans la région de Conakry au cours de la récente épidémie Ebola. Cette baisse est probablement attribuable à la qualité de l'offre de soins disponible en contexte épidémique.

Vers une « normalisation » ou une « re-mobilisation » de l'éthique de la recherche sur le VIH au temps d'Ebola ?

Alice Desclaux¹Bernard Taverne^{2,*}Khoudia Sow³

¹UMI TransVIHMI, IRD, Dakar, Sénégal, ²UMI TransVIHMI, IRD, Montpellier, France, ³CRCF, Dakar, Sénégal

Votre résumé : Objet : De nombreuses avancées en matière d'éthique ont été réalisées dans le champ de la recherche sur le VIH, particulièrement au Sud. La fin de l'exceptionnalisme concernant le sida et l'émergence d'autres pathologies comme objets de recherche ont bouleversé ces acquis. Cette communication vise à identifier les grandes lignes de cette évolution pour susciter la réflexion.

Méthode : L'analyse repose sur : une revue de la littérature récente en éthique de la recherche sur les maladies infectieuses au Sud ; l'observation des pratiques dans un centre de recherche au Sénégal ; la participation à des processus de réflexion internationaux sur l'éthique.

Résultats : Un ensemble de principes, notions, et pratiques sociales en matière d'éthique constituent une culture commune dans le monde scientifique du VIH Nord-Sud structuré notamment par les sites ANRS dans l'espace francophone. Ces éléments ont été fragilisés par la faiblesse des dispositifs institutionnels d'appui à l'éthique, la disparition d'acteurs clés (notamment communautaires), et l'absence de mécanismes sociaux de transmission de ces acquis (aux nouveaux acteurs médicaux de la recherche sur les maladies infectieuses ou travaillant sur d'autres pathologies). Le développement de recherches sur les hépatites n'a pas suscité de développement de la réflexion éthique. Par contre, l'épidémie d'Ebola a ouvert de nouvelles questions liées au contexte d'urgence, aux relations entre recherche et riposte, aux interactions entre études dans des espaces médicaux saturés, à l'afflux d'acteurs internationaux, à la circulation et au partage des données et du matériel biologique. Certaines questions renvoient à des enjeux « de fond » concernant la recherche transnationale (i.e. à propos de l'équité Nord-Sud dans la recherche ou de l'indépendance des instances éthiques), alors que d'autres inversent les termes du débat (i.e. préoccupation d'*obligation thérapeutique* versus celle d'*illusion thérapeutique*).

Conclusion : Elargir la réflexion initiée sur le VIH pour appréhender les nouveaux enjeux autour des maladies infectieuses —incluant les épidémies émergentes— permettrait d'actualiser et renforcer les acquis concernant les principes et pratiques de la recherche au Sud, qu'il faudrait compléter par des dispositions concernant les approches institutionnelles et la transmission des savoirs. Ce processus semble indispensable pour soutenir une culture de l'éthique de la recherche Nord-Sud fragilisée par la « normalisation ».

Thème : Infections hors tuberculose

Code : S4.O3

Prévalence de l'antigénémie cryptococcique chez les patients infectés par le VIH suivis en ambulatoire dans quatre centres de traitement ambulatoire à Cotonou au Bénin

Precieux Ayihounon¹ Marcel ZANNOU^{2,*} Aurore OGOUYEMI HOUNTO³ Pierre-Marie Girard⁴

¹Faculté des sciences de santé, Université d'Abomey-Calavi, Centre de traitement ambulatoire des PVVIH, CNHU-HKM, ²Faculté des sciences de la santé, Université d'Abomey-Calavi, Centre de traitement ambulatoire des PVVIH, CNHU-HKM, ³Faculté des sciences de la santé, Université d'Abomey Calavi, Laboratoire de microbiologie, CNHU-HKM, Cotonou, Bénin, ⁴Service de maladies infectieuses, Hôpital Saint Antoine, Paris, France

Votre résumé :

INTRODUCTION : La cryptococcose neuro-méningée (CM) reste la 1^{ère} cause de méningite chez l'adulte en Afrique subsaharienne et la 2^{ème} infection opportuniste fatale après la tuberculose chez les PVVIH. Le taux de mortalité liée à la CM en Afrique Subsaharienne varie entre 30 et 70%. La meilleure stratégie préventive recommandée par l'OMS depuis 2011 reste la détection précoce de l'infection à un stade asymptomatique par la recherche de l'antigène cryptococcique (CrAg). L'objectif de l'étude était de déterminer la prévalence de l'antigénémie cryptococcique chez les PVVIH à risque afin d'évaluer l'intérêt d'un dépistage systématique du CrAg chez les PVVIH initiant un traitement antiretroviral (TAR) au Bénin.

METHODES : Il s'agissait d'une étude, transversale, descriptive et analytique menée sur une durée de 03 mois dans 4 centres de traitement ambulatoire de PVVIH à Cotonou. Elle a inclus des sujets adultes infectés par le VIH soit naïf de TAR, soit initié récemment au TAR où en situation d'échec thérapeutique avec un nombre de CD4 \leq 200 cell/ μ L. Les sérums des patients ont été stockés et les manipulations biologiques à la recherche du CrAg ont été réalisées ultérieurement en série. Pour ce faire nous avons utilisé le nouveau test de l'écoulement latéral à la bandelette (LFA) développé par IMMY DIAGNOSTICS. Les patients positifs au CrAg ont été revus au plus tôt en consultation, examinés et mis sous traitement prophylactique au fluconazole.

RESULTATS : La prévalence globale de l'antigénémie cryptococcique est de 1,7% (6 cas sur 355). Elle est plus élevée à 3,9% dans le groupe des patients avec un nombre de CD4 \leq 100 cell/ μ L. Aucun des patients ayant un nombre de CD4 entre 100 et 200 cell/ μ L n'était positif au CrAg. 66% des sujets positifs au CrAg se retrouvaient dans le groupe des patients en échec thérapeutique. Les facteurs associés à l'antigénémie cryptococcique retrouvés étaient un nombre de CD4 \leq 50 cell/ μ L, un IMC \leq 18,5 Kg/m² et un état général altéré multipliant le risque par 18.

CONCLUSION : Cette étude montre l'existence effective de la cryptococcose dans notre pays, même si la prévalence de l'antigénémie cryptococcique est faible à Cotonou (1,7%). En attendant donc une étude à large échelle, nous suggérons d'inclure le dépistage systématique du CrAg chez les PVVIH initiant un TAR avec un nombre de CD4 \leq 50 cell/ μ L dans la politique nationale de prise en charge des PVVIH au Bénin.

MOTS CLES : Antigénémie cryptococcique, thérapie antirétrovirale, VIH, Afrique, dépistage.

Le groupe A du VIH-2 présente deux génotypes distincts associés à différentes distributions géographiques

Benoit Visseaux ^{1,*}Charlotte Charpentier ¹Mélanie Bertine ¹Amel Besseghir ²Catherine Fagard ²Florence Damond ¹Sophie Matheron ¹Stéphane Hué ³Diane Descamps ¹

¹Laboratoire de Virologie, Hôpital Bichat Claude Bernard, PARIS, ²Inserm U897 - Epidémiologie Biostatistique, Université de Bordeaux, BORDEAUX, France, ³Center for Mathematical Modelling of Infectious Diseases, London School of Hygiene and Tropical Medicine, LONDON, Royaume-Uni

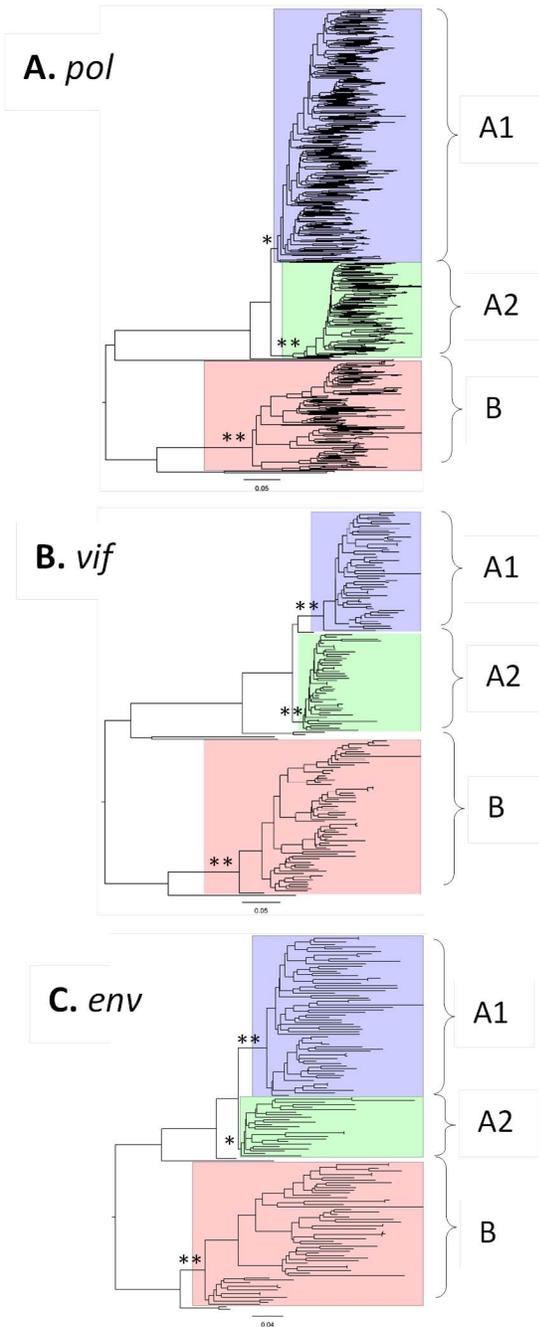
Votre résumé : Objectifs. Damond *et al.* 2000 ont montré que le VIH-2 groupe A pouvait être divisé en deux génotypes distincts. Nous avons analysé les séquences VIH-2 des gènes *pol*, *env* et *vif* disponibles en France afin de décrire les variations génétiques observées entre ces deux génotypes, leurs origines géographiques et leurs prévalences relatives. **Méthodes.** 446, 155 et 154 séquences des gènes *pol* (1350 nt), *vif* (655 nt) et *env* (525 nt) issues de 386 patients ont été analysées. Les arbres phylogénétiques ont été construits par maximum de vraisemblance sous le modèle d'évolution GTR (FastTree 2.1). Les séquences échantillonnées en dehors de la France et disponibles sur Genbank ont été ajoutées pour l'analyse des gènes *pol* et *vif* (207 et 22 séquences respectivement). Les séquences recombinantes ont été préalablement exclues à l'aide du logiciel RDP4. Les pays de naissances disponibles pour 272 des patients de l'étude inclus dans la cohorte ANRS CO5 VIH-2 ont été extraits.

Résultats. Pour chacun des 3 gènes étudiés, le groupe A forme deux clusters distincts et fortement supportés, appelés ici A1 et A2, suggérant un ancien effet fondateur. Globalement, 72 et 28% des séquences du groupe A sont localisées respectivement dans le cluster A1 et A2. Parmi les séquences du groupe A issues des bases publiques, seulement 19 (10%) appartiennent au cluster A2. La distance génétique moyenne entre les génotypes A1 et A2 est de respectivement 0.12 [IQ=0.11-0.14], 0.12 [0.11-0.13] et 0.15 [0.12-0.18] substitutions/site pour *pol*, *vif* and *env*. Parmi les 163 virus présentant plus d'un gène disponible, 17 (10%) ont été assignés à des clusters différents, suggérant l'existence de possibles recombinaisons. Parmi les patients originaires des pays côtiers de l'ouest de l'Afrique subsaharienne (Sénégal, Gambie, Guinée-Bissau et Guinée) A1 (n=40, 83%) était plus prévalent que A2 (n=8, 17%). A l'inverse, parmi les pays à l'intérieur des terres (Mali et Burkina Faso) A2 (n=29, 78%) était plus prévalent que A1 (n=8, 22%), suggérant une origine géographique différente. En Côte d'Ivoire, la prévalence des deux groupes était similaire (13 A1 et 16 A2).

Discussion. Cette étude apporte une meilleure compréhension de la diversité génétique du VIH-2. Deux clusters distincts du groupe A du VIH-2 circulent activement en France et sont vraisemblablement issus de la divergence d'un ancêtre commun, suivie d'un effet fondateur important expliquant leurs différentes distributions géographiques en Afrique de l'Ouest.

Soumettre un schéma ::

Figure 1. Arbres phylogénétiques obtenus par maximum de vraisemblance à partir des gènes *pol* (A), *vif* (B) et *env* (C). * et ** indiquent respectivement un support de branche supérieur à 65 et 90%.



La détection intermittente d'ARN VIH-1 dans le liquide séminal est corrélée à la détection d'ADN VIH-1 dans les cellules du sperme mais pas à la présence de CMV dans le liquide séminal

Pierre Gantner^{1,*}Lambert Assoumou²Marianne Leruez-Ville¹Marie Suzan-Monti³Dominique Costagliola²Christine Rouzioux¹Jade Ghosn¹

¹EA 7327, Université Paris-Descartes, ²IPLSEP UMRS 1136, Sorbonne Universités, Paris, ³SESSTIM UMR912, INSERM, Marseille, France

Votre résumé : Objet de l'étude : Chez certains hommes traités avec un ARN VIH-1 plasmatique indétectable, des particules virales libres (ARN VIH-1 séminal) peuvent être détectées dans le liquide séminal de façon intermittente. L'étude EVARIST a permis le recueil de deux éjaculats à 4 semaines d'intervalle chez 157 hommes vivant avec le VIH, sous traitement efficace, et ayant des rapports sexuels avec des hommes. La présence d'ARN VIH-1 séminal a été détectée chez 20 patients et cette détection de particules virales a été associée à un réservoir ADN VIH-1 sanguin élevé. D'autres études ont montré l'association entre la présence d'ARN VIH-1 avec celle de CMV dans le liquide séminal. Notre objectif est d'analyser les facteurs locaux associés à cette détection intermittente.

Méthodes : Nous avons mesuré i) l'ADN VIH-1 total dans les cellules du sperme des 20 patients de l'étude EVARIST ayant un ARN VIH-1 séminal détectable, appariés, sur la base de l'ADN VIH-1 total dans le sang (moyenne des deux valeurs en $\log_{10} \pm 0,3 \log_{10}$), à 60 patients contrôles (ARN VIH-1 séminal indétectable) ayant participé à la même étude ; ii) l'ADN CMV dans le liquide séminal de l'ensemble des patients d'EVARIST. L'influence de ces deux paramètres sur la détection d'ARN VIH-1 séminal a été mesurée par analyse multivariée par régression logistique.

Résultats : L'ADN VIH-1 total dans les cellules du sperme a été détecté chez 12/20 cas et 11/60 contrôles ($p=0,001$). La détection de particules virales VIH-1 dans le liquide séminal était significativement associée à la présence de cellules infectées dans le sperme (OR, 7,6 [2,1-28,4]; $p=0,002$). L'ADN CMV dans le liquide séminal a pu être détecté dans 107/271 éjaculats, avec une charge virale médiane (IQ) de 3,62 log copies/mL (2,83-4,38). La détection de particules virales VIH-1 dans le liquide séminal n'était pas associée à la présence de CMV dans le sperme (OR, 1,5 [0,6-3,6]; $p=0,3$).

Conclusion : La présence d'ARN VIH-1 dans le liquide séminal est associée à la détection d'ADN VIH-1 dans les cellules du sperme, et ce indépendamment du niveau d'ADN VIH-1 sanguin. La détection concomitante ADN/ARN VIH-1 dans le sperme est en faveur d'une compartimentalisation du VIH dans le tractus génital. Une production locale de virions potentiellement infectieux peut donc être suspectée chez les patients pour qui un ARN VIH-1 séminal positif a pu être retrouvé, malgré un traitement efficace sur la réplication virale plasmatique.

Un traitement séquentiel combinant la 5-aza-2'-deoxycytidine et un inhibiteur de désacétylase réactive l'expression génique du VIH-1

Carine Van Lint ^{1,*}Sophie Bouchat ¹Nadège Delacourt ¹Anna Kula ¹Gilles Darcis ¹Benoit Van Driessche ²Francis Corazza ³Caroline Vanhulle ¹Jean-stephane Gatot ¹Kabamba Kabeya ⁴Marion Pardons ¹Véronique Avettand-Fenoel ²Nathan Clumeck ⁴Olivier Rohr ⁵Stephane De Wit ⁴Christine Rouzioux ²

¹Service de Virologie Moléculaire, Université Libre de Bruxelles, Gosselies, Belgique, ²Service de Virologie, Hôpital Necker enfants malade, Paris, France, ³Laboratory of Immunology, CHU Brugmann, ⁴Service des maladies infectieuses, CHU St-Pierre, Bruxelles, Belgique, ⁵Institut Louis Pasteur de Schiltigheim, Université de Strasbourg, Schiltigheim, France

Votre résumé : Objet de l'étude

La persistance, chez les patients séropositifs traités par un traitement antirétroviral combiné (cART), de cellules infectées de manière latente contenant des provirus transcriptionnellement silencieux mais compétents en terme de réplication, constitue une barrière majeure à l'éradication du virus VIH-1. La réactivation de l'expression virale dans ces cellules réservoirs a été proposée comme adjuvant à la thérapie actuelle. Dans la présente étude, nous avons étudié le potentiel thérapeutique d'un inhibiteur de la méthylation de l'ADN (DNMTI) en combinaison avec un inhibiteur de désacétylases (HDACI).

Méthodes

Nous avons étudié la capacité à réactiver l'expression virale de ces combinaisons de molécules *in vitro* dans des lignées cellulaires infectées de manière latente et *ex vivo* dans des cultures de cellules primaires isolées à partir du sang d'individus VIH+.

Résultats

Nous avons montré que le DNMTI 5-aza-2'-deoxycytidine (5-Aza-dC), mais pas la 5-azacytidine, induit l'expression du VIH-1 *in vitro*. La combinaison de la 5-Aza-dC et un HDACI permet une production virale plus importante que la somme des productions virales obtenues par les deux molécules séparément. De plus, pour la première fois, nous mettons en évidence, en plus de l'importance de l'utilisation combinée des réactivateurs viraux, l'importance de la programmation temporelle des inducteurs. Nous avons également confirmé *ex vivo* la pertinence physiologique de nos résultats *in vitro* dans des cultures de cellules primaires isolées à partir du sang d'individus VIH+ sans pour autant induire une activation globale des lymphocytes T. Finalement, nous avons mis en évidence une corrélation positive entre la fréquence et le niveau de réactivation du VIH et la taille des réservoirs d'ADN viral.

Conclusion

En conclusion, nous avons démontré, pour la première fois qu'en plus de l'utilisation combinée de plusieurs inducteurs ciblant différents mécanismes impliqués dans la latence virale, la programmation temporelle d'administration de ces inducteurs serait critique dans les essais cliniques visant à purger les réservoirs du VIH. Nos études ont également mis en évidence des variations qualitatives et quantitatives, spécifiques à chaque patient, au niveau de la capacité des cellules infectées à être réactivées en réponse à différents types d'inducteurs du VIH-1, illustrant la grande hétérogénéité des mécanismes moléculaires qui régissent la latence virale chez les différents patients.

Thème : Stratégies thérapeutiques

Code : S6.O1

Patients sous 3^{ème} ligne : expérience de l'essai 2LADY – ANRS 12169 au Cameroun

Pretty Rosereine Mbouyap¹, Laura Ciaffi², Hermine Abessolo³, Roselyne Toby³, Liliane Ayangma⁴, Géraldine Manirakiza Mberyo¹, Avelin Aghokeng⁵, Adrien Galy², Sinata Koulla-Shiro³, Eric Delaporte⁶

¹site de recherche, ANRS Cameroun, ²UMI 233, Inserm/IRD, ³Maladies Infectieuses, Hôpital Central Yaoundé, ⁴CTA, Hôpital Militaire Yaoundé, ⁵Cremer, IMPM/IRD, Yaoundé, Cameroun, ⁶UMI 233, Inserm/IRD, Montpellier, France

Votre résumé : INTRODUCTION

Plusieurs essais (EARNEST, Second Line, 2LADY) ont démontré l'efficacité des combinaisons avec inhibiteurs de protéase boostée (IP/b) chez les patients en échec d'une 1^{ère} ligne dans les pays à ressources limitées, malgré le diagnostic tardif d'échec et l'accumulation de mutations de résistance. Néanmoins dans l'essai 2LADY ANRS 12169, 15 des 304 patients inclus au Cameroun ont présenté un échec de 2^{ème} ligne. Nous décrivons leurs caractéristiques et leur devenir sous des combinaisons de 3^{ème} ligne.

METHODOLOGIE

L'essai 2LADY comparait l'efficacité et la tolérance de 3 régimes avec IP/b en 2^{ème} ligne. L'échec virologique était défini comme une charge virale (CV) ≥ 1000 copies/ml sur 2 prélèvements réalisés à 1 mois d'intervalle et après renforcement de l'observance. Le choix du traitement de 3^{ème} ligne était réalisé selon le résultat du génotype de résistance à l'inclusion (fait rétrospectivement à la fin de l'étude) et à l'échec.

RESULTATS

L'âge médian était 48[36-53]ans et 67% étaient des femmes. A l'échec de 1^{ère} ligne, la CV et le taux de CD4 médians étaient respectivement 335.233[101.607-644.059]copies/ml et 88[31-141]cell/mm³; 67% étaient stade clinique 3(OMS). A l'échec de 2^{ème} ligne, la CV et le taux de CD4 médians étaient respectivement 1.657[1.180-3.132]copies/ml et 269[152-414]cell/mm³, tous étaient asymptomatiques. Parmi eux 3, 5 et 7/15 étaient respectivement sous TDF/3TC, LPV/r; ABC, ddl, LPV/r et TDF/3TC, DRV(800)/r. La durée médiane du traitement de 2^{ème} ligne était 48[12-120]semaines. Traités selon le résultat du test de résistance 3, 9 et 14 des patients recevaient respectivement Raltégravir, Etravirine et Darunavir(1200) boosté. Après 6 mois de traitement 9/15 avaient une CV <50copies/ml. Nous avons enregistré 2 décès (non liés au VIH). En Novembre 2015 après une durée médiane sous 3^{ème} ligne de 66[61-128]semaines, 12 patients sont en succès virologique(OMS). Le génotype réalisé à l'échec de la 2^{ème} ligne montrait un profil similaire à celui observé à l'inclusion chez 13/15 patients. Seuls 2/15 présentaient des mutations sur la protéase.

CONCLUSION

Malgré les résultats globalement satisfaisants de la 2^{ème} ligne à base d'IP boosté, une efficacité réduite est observée chez certains patients. La stabilité du profil de résistance à l'échec de 2^{ème} ligne suggère plus un manque de puissance (mono ou bithérapie fonctionnelle compte tenu du profil de résistance) qu'un problème d'observance vu la réponse après modification de la thérapie.

Bithérapie par Dolutégravir et Lamivudine en maintenance : étude pilote DOLULAM

Nadia Meftah¹Brigitte MONTES²Jacques REYNES^{3,*}

¹COREVIH-LR, ²Virologie, CHU Montpellier, ³Maladies infectieuses et tropicales, CHU Gui de Chauliac MONTPELLIER, MONTPELLIER, France

Votre résumé : Objet : Evaluation de l'association Dolutégravir (DTG) + Lamivudine (3TC) chez des patients préalablement sous un traitement antirétroviral efficace mais mal toléré.

Méthodes : Etude prospective monocentrique ; patients sous traitement stable avec CV < 50 copies/ml depuis au moins 12 mois et sans notion d'échec ou de mutation(s) à un inhibiteur d'intégrase (génotype(s) ancien(s) et génotype sur ADN pré-switch). Suivi à 6, 12, 24 semaines puis toutes les 12 à 24 semaines, avec biologie comportant une mesure de l'ARN VIH plasmatique (CV) par Roche Cobas Ampliprep/ Cobas Taqman HIV-1 v 2.0 (limite de détection 20 c/ml).

Résultats :

27 patients consécutifs ont débuté DTG 50mg et 3TC 300 mg en 1 prise quotidienne entre octobre 2014 et avril 2015. Caractéristiques J0 : 20H/7F ; âge médian : 59 ans ; CV < 50 c/ml : 100% ; CV indétectable : 63% ; médiane CD4 : 601/mm³ ; nadir CD4 < 200/mm³ : 62% ; CV préARV > 100 000 c/ml : 56% ; durée totale ARV : médiane 215 mois, extrêmes : 22-329. Le dernier traitement antirétroviral (incluant TDF pour 48%, IP/r pour 81% et InI pour 26%) était en place depuis 51 mois en médiane (extrêmes : 13-108). Huit patients (30%) avaient un antécédent de détection de mutation 184V/I.

Sur les 24 premières semaines de suivi : aucun perdu de vue, 2 interruptions pour effets indésirables (S16 : fatigue, inconfort digestif ; S24 : fatigue) ; 2 blips minimales (S12 : 52 c/ml ; S24 : 31 c/ml) ; aucun échec virologique (défini comme 2 CV consécutives > 50 c/ml) ; CV indétectable à S24 : 72% ; gain médian de CD4 : 44 /mm³. Evolution médiane du DFG_e CKD-EPI : -7 ml/min/1,73 m². Les résultats actualisés avec au moins 48 semaines de suivi seront présentés.

Conclusion : Ces données, chez des patients avec un lourd passé thérapeutique, suggèrent que l'association simple de dolutégravir et de lamivudine peut être une option de maintenance efficace et bien tolérée.

Bithérapie d'INTI en première ligne chez les patients traités précocement

Joan Albert Pou Goyanes ^{1,*}Fabienne Caby ²Sidonie Lambert-Niclot ³Marc Wirden ³Katia Belhouari ²Lorraine Zarka ²

Ruxandra Calin ²Sophie Seang ²Rachid Agher ²Roland Tubiana ⁴Christine Katlama ²

¹Maladies Infectieuses et Tropicales et INSERM, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, ²Maladies Infectieuses et Tropicales et INSERM, ³Virologie et INSERM, ⁴Maladies Infectieuses et INSERM, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière et Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et Santé Publique, Paris, France

Votre résumé : INTRODUCTION

L'indication universelle du traitement antirétroviral (tARV) soulève la question de stratégies d'allègement à la trithérapie ARV pour contrôler la réplication virale chez les patients pris en charge précocement.

METHODE

Etude observationnelle mono-centrique ayant évalué l'efficacité virologique d'une bithérapie d'INTI (tenofovir/emtricitabine ou abacavir/lamivudine), initiée entre le 01/01/2008 et le 31/12/2014, chez les patients infectés par le VIH-1, naïfs de tARV. Les critères d'inclusion étaient une charge virale plasmatique (ARN VIH-1) comprise entre 200 et 30000 copies/mL, un taux de CD4 supérieur à 300/mm³ et l'absence de résistance primaire aux INTI. Le critère principal d'évaluation était la proportion de patients avec un ARN VIH-1 < 50 copies/mL à M12 de traitement.

L'échec virologique était défini par : ARN VIH-1 > 400 copies/mL ou (ARN VIH-1) > 50 copies/mL deux fois de suite ou ARN VIH-1 > 50 copies/mL suivi d'un changement de tARV.

RESULTATS

Trente quatre patients ont été inclus avec les caractéristiques pré-thérapeutiques suivantes (médiane (IQR)) : 42 (33-52) ans, ARN VIH-1 = 3951 (807-10395) copies/ml, CD4 = 535 (425-731)/mm³. Le traitement reçu était tenofovir/emtricitabine (n=31) et abacavir/lamivudine (n=3). Le suivi médian est de 24(12-33) mois, 9 patients sont exclus de l'analyse per-protocole (PP) pour décès, perdu de vue ou réaménagement thérapeutique hors contexte d'échec virologique. A M12, la proportion de patients avec un ARN VIH-1 < 50 copies/mL était 96(89-100)% (IC95%). En analyse PP, tous les patients avaient un ARN VIH-1 < 50 copies/mL à M3, M6, M24 et M36. A M1, 28/28 patients avaient un ARN VIH-1 < 400 copies/mL et 22/28 avaient un ARN VIH-1 < 50 copies/mL, correspondant à une réduction de -2.3 log₁₀ copies/mL. Le délai médian d'indéteçtabilité (ARN VIH-1 < 50 copies/mL) a été de 4 (4-16) semaines.

Un seul échec virologique a été recensé, en lien avec une inobservance reconnue (ARN VIH-1 = 329 copies/mL à M9), sans mutation de résistance retrouvée.

CONCLUSION

L'initiation d'une bithérapie d'INTI représente une alternative efficace possible chez les patients pris en charge précocement, permettant ainsi l'épargne d'un troisième agent ARV en termes de toxicité et de coût.

Thème : Stratégies thérapeutiques

Code : S6.O4

ECOVIR : étude d'allègement du traitement antirétroviral chez des patients virologiquement contrôlés recevant une multithérapie

Marc-Antoine Valantin^{1,*}Lise Durand²Rodolphe Jantzen¹Isabelle Dosda³Nadine Ktorza¹Marc Wirden⁴Ludovic Lenclume¹Rachid Agher¹Anne Simon⁵Gilles Peytavin⁶Dominique Costagliola⁷Patrick Tilleul³Christine Katlama¹
¹Maladies Infectieuses, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, ²Pharmacie Hospitalière, Pitié-Salpêtrière, ³Pharmacie Hospitalière, ⁴Service de virologie, ⁵Médecine Interne, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, ⁶Laboratoire de toxicologie, Hôpital Bichat Claude-Bernard, ⁷UMR S 1136, INSERM et Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06, Paris, France

Votre résumé : Contexte

Le maintien du traitement antirétroviral (tARV) suppressif à vie impose la réflexion de l'optimisation du traitement ARV avec la réduction du nombre de molécules chez les patients recevant une multithérapie

Méthode

Etude d'allègement du tARV chez des patients (pts) avec ARN-VIH <50 copies/ml (cp/ml), sous tARV ≥4 molécules. L'optimisation collégiale (RCP) avec clinicien, virologue et pharmacologue est basée sur la tolérance, l'historique ARV et l'analyse cumulée de la résistance au tARV. Pts inclus : >18 ans, tARV ≥4 molécules depuis >24 semaines, CV <50cp/ml depuis >12 mois. L'intervention comporte : 1) Recommandation de tARV en RCP 2) Changement de traitement avec suivi à S4, 8, 12, 24, 36, 48. Critère de jugement principal : pourcentage de pts avec CV <50cp/ml à S24.

Résultats

Sur 3257 pts sous tARV, 130 pts (4%) reçoivent un tARV ≥ 4 molécules ARV. Au 1^{er} décembre 2015, ont été évalués 68 pts . Leur profil est le suivant (médiane; [min; max]) : âge 55 ans [32; 84], durée diagnostic VIH: 26 ans [8;32], durée exposition tARV: 20 ans [7; 27], durée de suppression virologique CV <50 cp/ml: 6 ans [1; 9], nombre de lignes de traitement: 14 [2; 36], antécédent d'encéphalite VIH: 7%, porteur de l'AgHbS: 16%, lymphocytes CD4: 547/mm³ [98; 1464], tARV avec 4 molécules: 84%, 5 molécules 16%. Composition du tARV: NRTI=94%, NNRTI=55%, IP=71%, INI=66%, ICCR5=28% et coût médian/mois : 1721 € [752; 3993].

La proposition de la RCP a consisté en un retrait de 1, 2 ou 3 molécules pour aboutir à une bithérapie (81%) ou une trithérapie (19%), composé de NRTI=27%, NNRTI=57%, IP=50%, INI=72%, ICCR5=13%. L'étape 2 de la modification du tARV proposée à 50 pts, a été réalisée chez 45 pts (90%). Dans 5 cas, refus de changement (3 refus pts , 2 refus du médecin référent). Parmi ces 45 pts, 24 pts ont atteint S24,et tous ont maintenus une CV <50cp/ml. Le coût médian/mois du tARV optimisé est de 1111 € [600; 1945] à S24 conduisant à une réduction du coût du traitement de 35% par rapport au tARV initial.

Conclusion

Cette étude en cours suggère qu'il est possible de réévaluer les multithérapies, héritage de long passé thérapeutique pour des stratégies plus légères et moins toxique potentiellement. Les deux classes susceptibles d'être le plus souvent modifiées sont les INRTs (-69%) et les IPs (-21%). Cette révision thérapeutique conduit à une réduction du coût mensuel des tARV.

Thème : Dépistage

Code : S7.O1

Premiers résultats de l'étude ANRS-CUBE : triple dépistage VIH-VHC-VHB par tests rapides dans trois populations prioritaires à Paris

Gilles Pialoux^{1,*}Nelly Reydellet²Eve Plenel³Christine Rouzioux⁴Carole Chauvin⁵Marie Jauffret-Roustide⁶Nesrine Day⁷
Veronique Massari⁸Pierre Chauvin⁸

¹UPMC-APHP, ²Le Kiosque/Arcat-GroupeSOS, ³le Kiosque/Arcat-groupeSOS, ⁴CHU Necker Université Paris Descartes, ⁵Le Kiosque/Arcat-Groupe SOS, ⁶Inserm U988-Cermes3, ⁷Laboratoire CBCV, ⁸UPMC-INSERM-UMRS 1136, Paris, France

Votre résumé : **Objectifs :** Evaluer l'acceptabilité et le bénéfice d'un dispositif combiné de dépistage rapide (TROD) VIH-VHB-VHC, d'accès aux soins et de vaccination anti-VHB. Ce dispositif associatif, médicalisé et communautaire s'adresse à trois publics prioritaires : les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH au Checkpoint), les usagers de drogues dans un CSAPA (110 Les Halles) et les travailleur(e)s du sexe (El Pasaje Latino) à Paris.

Méthodes : Etude descriptive longitudinale multicentrique par questionnaire auprès de l'ensemble des personnes volontaires et enquête qualitative par entretiens semi directifs et focus groupes professionnels/usagers. Tests rapides utilisés : TROD INSTI VIH-1/MIH-2®, TOYO VHC® et VIKIA HBs Ag® avec confirmation des résultats VIH positifs sur buvard (Elisa 4^{ème} génération et WB). Vaccination : ENGERIX B20®.

Résultats : Au 1^{er} décembre 2015, 3224 consultants uniques du Checkpoint ont été inclus, 76/110 inclusions prévues au CSAPA 110 Les Halles et 69/81 au Pasaje Latino. Seules les données de Checkpoint sont présentées ici. Le taux d'acceptation de 98,3% (56 refus). Parmi les 2916 individus décrits (90,4%), 78,7 % sont des HSH. Dans les 12 derniers mois, 53,5% ont eu des rapports anaux sans préservatifs, 11,2 % une IST, 18,8% plus de 20 partenaires, 1,2% ont pratiqué le Slam. Parmi les 71,6% qui ont un médecin traitant, 51,1% n'ont jamais parlé du VIH avec lui ; 89,9% avaient déjà eu au moins un test VIH, 51% un test VHB et 39% un test VHC. On compte 44/2916 tests VIH+ (1,41%), 3 tests VHC + (0,1%) et 6 tests VHB + (0,2%). Seules 294 personnes ont reçu une première dose de vaccin anti-VHB alors que 58,2% n'étaient pas correctement vaccinés. Parmi les 66 séropositifs à l'un des 3 virus, tous, sauf 7 consultants perdus de vue, ont accédé aux centres cliniques experts.

Conclusion : L'offre de dépistage rapide (TROD) VIH-VHC-VHB au centre Checkpoint-Paris montre un taux très élevé d'acceptabilité chez les HSH. Une proportion importante de personnes n'avait jamais eu de test pour le VHB ou le VHC. La proposition immédiate de vaccination VHB apparait peu performante. La mise en place de cette offre de dépistage combinée semble plus compliquée à mettre en œuvre en CSAPA.

Thème : Dépistage

Code : S7.O2

Evaluation des tests rapides pour le diagnostic du VIH-1 dans l'essai ANRS-IPERGAY

Constance Delaugerre^{1,*} Isabelle Charreau² Nadia Mahjoub¹ Eric Cua³ Armelle Pasquet⁴ Nolween Hall⁵ Marie-Laure Chaix

¹Guillemette Antoni ²Véronique Schneider ⁶Gilles Plaloux ⁷Jean-Michel Molina⁸

¹Virologie, Hôpital Saint Louis, Paris, ²INSERM SC10, Hopital Villejuif, Villejuif, ³Maladies Infectieuses, Centre Hospitalier de Nice, Nice, ⁴Maladies Infectieuses, CHU Tourcoing, Lille, ⁵Maladies Infectieuses, CHU Nantes, Nantes, ⁶Virologie, ⁷Maladies Infectieuses, Hôpital Tenon, ⁸Maladies Infectieuses, Hôpital Saint Louis, Paris, France

Votre résumé : Introduction

L'implémentation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) s'accompagne d'un dépistage VIH plus fréquent. Notre objectif était d'évaluer les tests rapides de diagnostic, fréquemment utilisés dans les pays à ressources limitées, dans le contexte de l'essai ANRS-IPERGAY.

Méthodes

Nous avons réalisé le dépistage du VIH-1 à l'inclusion et au cours du suivi avec un test ELISA de 4^{ème} génération antigène/anticorps (4G, ARCHITECT HIV Ag/Ab Combo®, Abbott) et/ou une mesure de l'ARN VIH-1 plasmatique. A partir des sérums congelés à la date du diagnostic, nous avons effectué rétrospectivement les tests suivants : ARN VIH-1 (AmpliPrep/COBAS® TaqMan® HIV-1 Test, v2.0), test rapide anticorps (VIKIA® HIV1/2, Biomérieux), et western blot VIH-1 (WB, GS HIV-1 Western Blot®, Biorad). Nous avons défini 3 stades d'infection VIH en fonction du nombre d'anticorps (Ac) sur le WB : aigu (0 Ac), récent ($1 \leq \text{Ac} < 7$) et chronique (≥ 7 Ac).

Résultats

31 infections VIH-1 ont été diagnostiquées. Un sérum congelé était disponible pour 27 patients. Deux patients sont dépistés uniquement par un ARN-VIH-1 positif isolé. Un test 4G était positif chez 25 (93%) (index médian 52), un test rapide positif chez 15 (56%) et un WB positif (≥ 1 Ac) chez 16 (59%) patients. La médiane de l'ARN VIH-1 était de 5,16 log₁₀ copies/ml et le sous type B a été identifié chez 16/25 (64%) des patients.

TABLE

La sensibilité des tests rapides était de 100% (IC 95%: 54-100) pour les infections chroniques, de 70% (IC 95%: 35-93) pour les infections récentes et de seulement 18% (IC 95%: 3-52) pour les infections aiguës ($p < 0.002$). Parmi les 12 sérums positifs en 4G mais négatifs en tests rapides, 8 ont été re-testés à la visite suivante (médiane de 5 jours) et 4/8 sont devenus positifs.

Conclusion

Les tests rapides permettent le dépistage des infections chroniques à l'inclusion mais sont en échec pour le dépistage des infections aiguës chez les personnes à haut risque inclus dans un essai de PrEP. Afin d'éviter un risque accru de sélection de résistance et la poursuite de la transmission, les tests 4G doivent être utilisés au cours de l'implémentation de la PrEP.

Soumettre un tableau ::

Infection VIH-1	n	Test rapide positif (n)	ARN VIH-1 médiane [IQR]	4G Index médiane [IQR]	nb. anticorps médiane [IQR]
Aigüe	11	2	6,94 [5,11-7,00]	55,9 [1,1-144,0]	0 [0-0]
Récente	10	7	4,45 [3,74-5,54]	13,6 [4,7-26,1]	4 [1-6]
Chronique	6	6	5,15 [4,17-5,23]	424 [186-440]	8,5 [7-9]
Total	27	15	5,16 [4,17-6,94]	52,2 [4,7-177,6]	1 [0-7]

Thème : Dépistage

Code : S7.O3

Programme de dépistage des virus VIH et des hépatites dans les foyers de travailleurs migrants d'Afrique à Paris : expérience d'une approche de santé globale, culturelle et communautaire médicalisée

Sié Dionou ^{1,*}Marie-Christine SAMBA ²Nacera BENAMAR ²Nadia EDEB ²Martine LAPREVOTTE ²Catherine LUPIN ¹Christine BLANC ¹Michelle SIZORN ³Selly SICKOUT ³Yasmine DUDOIT ¹Rachid Agher ¹Philippe LOUASSE ¹Hector FALCOFF ⁴Christine KATLAMA ¹Marguerite GUIGUET ⁵Anne SIMON ²

¹COREVIH Ile-de-France Centre, ²Département de Médecine Interne, CDAG CHU Pitié-Salpêtrière, ³Fédération SOS Hépatites Paris Ile-de-France, ⁴Pôle Santé Paris Sud, ⁵INSERM U 1136, Université Pierre et Marie-Curie, Paris, France

Votre résumé : Contexte/Objectifs

La population migrante originaire d'Afrique subsaharienne vivant dans les foyers de travailleurs à Paris est socialement vulnérable et précaire. L'accès à la prévention, au dépistage et aux soins reste insuffisant pour des raisons psychosociales et culturelles. Le CDAG du CHU Pitié-Salpêtrière, en collaboration avec le COREVIH IDF Centre, l'association SOS-Hépatites et le Pôle Santé du 13^{ème}, a mis en place des actions de prévention et de dépistage du VIH et des hépatites intégrées dans une offre de soins globale, délocalisées en soirée dans des foyers migrants. Notre objectif est d'évaluer la faisabilité et l'impact d'une proposition de dépistage VIH, VHB, VHC auprès de la population migrante, dans une démarche de santé globale favorisée par une médiation culturelle.

Méthode

Via un travail de médiation culturelle en amont et en continu, nous avons proposé dans chaque foyer un parcours de soins réalisé par une équipe pluri-professionnelle, avec information des résidents, le dépistage par test rapide à orientation diagnostique du VIH/VHB/VHC, ainsi que les examens de cholestérolémie et de PA pour le dépistage des maladies cardiovasculaires, et enfin l'orientation vers un centre de soins des personnes dépistées positives.

Résultats

784 résidents sur 5 foyers ont bénéficié du parcours. 75% des personnes dépistées ont entre 30 et 60 ans. 4 sérologies VIH + ont été diagnostiquées sur 753 tests, 58 VHB+ sur 413, 1 VHC+ sur 349. Une PA >140 a été mise en évidence chez 46 des 544 personnes testées. Sur 784 tests, 10% ont une glycémie > 1,5 g/l et un cholestérol total > 3g/l ; 40% ont un problème buccodentaire. 1/3 sont primo-arrivants en situation précaire et de risque. 1/4 sans couverture sociale. 63% n'ont jamais eu de test VIH. Les résultats similaires à la prévalence de leur pays d'origine et à celle de l'épidémie cachée du VIH en France. Toutes les personnes dépistées ont été orientées vers les soins hospitaliers ou de médecine de ville. On note comme dans l'enquête « Parcours » une méconnaissance totale des hépatites virales. Un an après, toutes les personnes infectées par le VIH ou les hépatites sont en soin.

Conclusion

Notre expérience montre une excellente acceptation du dépistage du VIH et des hépatites virales. Cette démarche est efficace et pertinente dans cette population, cible recommandée pour le dépistage en France, dès lors que celui-ci s'inscrit dans une démarche de santé globale et d'anthropologie culturelle impliquant activement médiateur et délégués des résidents avec une démarche médicalisée.

Thème : Dépistage

Code : S7.O4

Opportunités manquées de dépistage et de diagnostic des patients infectés par le VIH au Maroc

Latifa Marih¹,^{*} mustapha sodqi¹, hassan lamdini¹, samira nani², Ahd oulad lahsen¹, kamal Marhoum El filali¹, laurence Weiss³
¹Service des Maladies Infectieuses, CHU Ibn Rochd , ²Service d'épidémiologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Casablanca, Maroc, ³service d'Immunologie Clinique, Hôpital Européen Georges pompidou, Paris, France

Votre résumé : Objectif : Chez des patients infectés par le VIH, nouvellement diagnostiqués, l'étude a pour objectif d'évaluer la fréquence des opportunités manquées de dépistage et de diagnostic du VIH et déterminer les facteurs qui leur sont associés.

Patients et méthodes : Etude transversale réalisée au sein de 6 centres référents de prise en charge de l'infection à VIH au Maroc. Les critères d'inclusion étaient les patients de plus de 18 ans, vivant au Maroc depuis plus d'un an, avec un diagnostic de VIH datant de moins de 6 mois, venant consulter dans un des centres de l'étude entre juillet 2012 et décembre 2013. Les informations concernant les caractéristiques du patient au moment du diagnostic, les dépistages antérieurs, les contacts avec des services de santé, et la présence d'évènements liés au VIH étaient collectées de façon rétrospective sur une période de 3 ans précédant le diagnostic.

Résultats : 654 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 36 ans. 55% des patients étaient des femmes, 36 % des patients appartiennent à un groupe à risque du VIH dont 10 % étaient des HSH. 78 % des patients étaient diagnostiqués à un stade tardif. Dans les 3ans précédant le diagnostic, 70 % des patients ont eu un contact avec le système de soins et 82 % ont consulté un généraliste au moins annuellement. Parmi les 325 patients (70,4%) qui ont consulté pour un symptôme relié au VIH, 314 (82%) n'ont pas reçu de proposition de test VIH et parmi ceux-ci, 266 (82%) étaient probablement infectés à ce premier contact. .

Conclusion : les opportunités manquées de dépistage du VIH restent élevées. Cette étude est en faveur d'une meilleure évaluation des risques, et d'une meilleure reconnaissance des symptômes reliés au VIH par tous les professionnels de santé.

Thème : Dépistage

Code : S7.O5

Efficacité des stratégies de dépistage du VIH dans l'atteinte des personnes infectées : analyse des performances de deux stratégies de dépistage du VIH au Sénégal en 2014

Papa Amadou Niang Diallo ^{1,*}Safiatou Thiam ²Gilbert Batista ³Cheikh Bamba Dieye ³Abdoul Mazid Dione ³Ibra Ndoye ³
Fatou Nar Mbaye Diouf ³Bintou Sylla ⁴

¹Unité de Suivi-Evaluation et Recherche, ²Coordination, ³CNLS, ⁴Bureau CDV, DLSI, Dakar, Sénégal

Votre résumé : Contexte

L'évolution du nombre de personnes qui connaissent leur statut au Sénégal a beaucoup évolué de 2002 à 2014. Ceci est lié à la mise en pratique de stratégies novatrices permettant aux populations d'accéder plus facilement aux services de dépistage. Il s'agit de « stratégies avancées » et de « stratégies mobiles » lors des campagnes.

Les recommandations actuelles de l'OMS mettent l'accent sur l'atteinte des personnes infectées qui connaissent leur statut sérologique. L'objectif de cette étude est d'évaluer les performances de ces deux stratégies de dépistage pour permettre de mieux cibler les interventions de dépistage vers les populations infectées.

Méthodologie

Les stratégies avancées de dépistage sont planifiées trimestriellement avec les points focaux des secteurs en fonction de la répartition géographique de leur cible et des budgets alloués.

Les campagnes de dépistage sont planifiées semestriellement avec une concertation des acteurs du niveau régional qui identifient les zones difficiles d'accès et les populations peu touchées par les activités de stratégie avancée. Les équipes locales sont appuyées pendant 8 jours par l'unité mobile de dépistage avec un technicien de laboratoire et un conseiller du niveau central.

Les rapports des campagnes sont partagés lors des réunions des comités régionaux et les enseignements tirés pour un meilleur ciblage des prochaines campagnes.

Les rapports envoyés au niveau central sont synthétisés et analysés.

Résultats

En 2014, 2 181 stratégies avancées de dépistage ont été organisées et ont permis à 1 863 personnes séropositives de connaître leur statut pour un total de 254 268 personnes testées.

Les campagnes de dépistage ont permis de tester 39 015 personnes dont 356 séropositives en 8 jours par région lors de 241 sorties.

On note que 6 cas séropositifs sont diagnostiqués toutes les 4 sorties lors des campagnes alors que moins de 4 cas positifs sont diagnostiqués dans les mêmes conditions lors des stratégies avancées de dépistage.

De même, le dépistage d'une personne infectée en stratégie avancée coûte 1,4 fois plus qu'en stratégie mobile lors des campagnes.

Conclusion

Le ciblage des stratégies de dépistage est devenu incontournable pour l'atteinte des 90-90-90 et les campagnes de dépistage pourraient permettre d'atteindre plus rapidement et de manière plus efficiente les personnes infectées par le VIH. Les stratégies avancées de dépistage devraient aussi être plus ciblées vers les populations et les zones vulnérables.

Thème : Dépistage

Code : S7.O6

Bilan de 10 années de sérologie VIH, VHB et VHC chez les donneurs de sang aux cliniques universitaires de Kinshasa, 2003-2006 et 2008-2013

MATONDO MANZAMBI Blaise SUMBU ^{1,*} Benjamin LONGO-MBENZA ² MASIDI Jérémy MUWONGA ¹ NKANGA Mireille NGANGA ¹ MBUMBA Hortense MAPHANA ³ Moïse MVITU MUAKA ⁴ NZAMBI JP DIVENGI ⁵ DANIEL KIANGANI ⁶ Hypolite SITUAKIBANZA NT ⁷ Donatien KAYEMBE NZONGOLA-NKASU ⁸ KALUMBU Ferdinand MBAYO ⁹ MUNDEKE Steve AHUKA ¹⁰

¹SERVICE BIOLOGIE CLINIQUE, CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE KINSHASA, KINSHASA, République Démocratique Du Congo, ²Faculty of Health Sciences, Walter Sisulu University, Eastern Cape, Albanie, ³Management, TARGET Sarl, ⁴SPÉCIALISTE OPHTHALMOLOGIE, CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE KINSHASA, ⁵Sciences de Base, Université de Kinshasa, ⁶Université Simon Kimbangu, ⁷MÉDECINE INTERNE, ⁸SERVICE BIOLOGIE CLINIQUE, UNIVERSITE DE KINSHASA, ⁹SERVICE BIOLOGIE CLINIQUE, Université de Kinshasa, ¹⁰BIOLOGIE MEDICALE, CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE KINSHASA, KINSHASA, République Démocratique Du Congo

Votre résumé : Object de l'étude : La présente étude avait pour objectif général de déterminer le bilan sérologique anti-VIH, VHB et VHC au cours des périodes 2003-2006 et 2008-2013 à la Banque de Sang des Cliniques Universitaires de Kinshasa.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude épidémiologique documentaire, réalisée chez les donneurs de sang aux Cliniques Universitaires de Kinshasa au cours des années 2003-2006 et 2008-2013 .

Résultats : Sur 26341 donneurs enregistrés (âge moyen 33,3±11 ans, les extrêmes 18 et 65 ans ; hommes 80,5% et femmes 19,5% : sexe ratio 4 hommes : 1 femme et donneurs bénévoles =32% contre donneurs familiaux=68%), 2,2 % (n=576/26341), 4,0 % (n=1057/26341) et 1,3% (277/21364) étaient respectivement positifs au VIH, VHB et VHC. Rares étaient les co-infections : 0,02% (VIH-VHB-VHC), 0,06% (VIH-VHB), 0,06% (VIH-VHC) et 0,1% (VHB-VHC). Cette étude a montré une diminution du VIH au cours du temps, un phénomène épisodique du VHB mais une augmentation du VHC au cours du temps (P<0.0001). Une forte association significative entre le VIH et le VHC a été aussi trouvée. Le type des donneurs de sang bénévole (OR=1,8 IC95% (1,3-2,4) ; p<0,0001), la séropositivité au VIH (OR= 4,8 IC95% 2,8-8,3 ; p<0,0001) et l'âge ≥ 60 ans (OR=2,1 IC95% 1,1-3,8 ; p=0,019) étaient les déterminants indépendants de la séroprévalence du virus de l'hépatite C.

Conclusion: Cette étude a montré que la séroprévalence du virus de l'hépatite C tend à augmenter, elle est fortement liée au VIH, au type de donneur bénévole, et à l'âge ≥ 60 ans. La prévention des VIH et des hépatites est de mise devant une transfusion sanguine aux Cliniques Universitaires.

Mots clés: VIH, virus de l'hépatite C, virus de l'hépatite B, transfusion sanguine, Kinshasa

Thème : Populations clés

Code : S8.O1

VIH et hépatites B et C : favoriser le dépistage chez les personnes migrantes en situation de précarité. Données des programmes de Médecins du Monde en France

Marie-Dominique Pauti ^{1,*}Chantal Bischoff²Daniel Caillemet³Valérie Quennepoix⁴Geneviève Molina⁵Cyril Olaizola⁶Maria Sacramento⁷Jeanine Rochefort⁸Audrey Kartner¹

¹Direction des Missions France, Médecins du Monde, Paris, ²Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation, Médecins du Monde, Strasbourg, ³Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation, Médecins du Monde, Rouen, ⁴Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation, Médecins du Monde, Bordeaux, ⁵Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation, Médecins du Monde, Toulouse, ⁶Programme auprès des usagers de drogues, Médecins du Monde, Bayonne, ⁷Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation, Médecins du Monde, Cayenne, ⁸Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation, Médecins du Monde, Saint-Denis (93), France

Votre résumé : En France, les populations migrantes et/ou précaires sont des populations particulièrement vulnérables face à des pathologies infectieuses comme les hépatites et le VIH. Elles sont, pour la plupart, en grandes difficultés d'accès à la prévention. La Mission France de MdM a pour objectif de faciliter l'accès à la prévention, aux soins et aux droits dans le système de droit commun des populations vulnérables et de témoigner. La population reçue dans les CASO est à 94.5 % étrangère et vit dans des conditions extrêmement précaires.

Un programme pour renforcer la prévention du VIH, des IST et des hépatites, améliorer l'accès au dépistage pour la population reçue à MDM a été mis en place en 2003 afin de **lutter contre les opportunités manquées de dépistage pour des patients qui viennent avec une toute autre demande.**

Après un entretien de counseling, les patients souhaitant faire un dépistage sont orientés le plus souvent vers des Centres de Dépistage Anonymes et Gratuits (CDAG) ou des Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist). Depuis 2010, certaines équipes proposent également des Tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) du VIH et, depuis 2012, des Trod du VHC.

En 2014, 20 équipes (11 Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO), 2 programmes auprès des personnes se prostituant, 3 auprès des personnes sans-abri, 3 auprès des usagers de drogues, 1 auprès des personnes vivant en bidonvilles) participent à l'action. Ce sont ainsi 27 633 patients qui ont été concernés par les actions de prévention. Grâce à nos partenariats avec les CDAG/Ciddist et laboratoires, plus de 1 950 sérologies pour le VIH et les hépatites ont été réalisées auprès de patients de 7 de ces programmes. Dans cette population, **la prévalence du VIH est de 2,3 % soit 10 fois supérieure à la prévalence en population générale. Les prévalences des hépatites B (Ag Hbs+) et C (Ac anti-VHC) sont respectivement de 8,7 % et 4 %, soit 13 et 5 fois plus que la moyenne en population générale.**

Les programmes de MDM, accueillant en majorité une population migrante, jeune, en situation de précarité, sont des lieux privilégiés pour informer, prévenir, proposer un dépistage et accompagner vers les soins ces personnes particulièrement vulnérables.

La précarité augmente le risque d'infection VIH en France chez les migrants subsahariens. Résultats de l'étude ANRS- PARCOURS 2012-2013

Annabel Desgrées Du Loû ^{1,*} Julie Pannetier ¹ Andrainolo Ravalihasy ¹ Anne Gosselin ¹ Mireille Le Guen ¹ Henri Panjo ²

Nathalie Bajos ² Nathalie Lydié ³ France Lert ² rosemary Dray-Spira ⁴

¹CEPED, IRD, ²CESP, INSERM, ³INPES, ⁴IPLESP, INSERM, Paris, France

Votre résumé : Contexte : En Europe, les migrants sub-sahariens sont le deuxième groupe le plus touché par le VIH, en partie parce qu'ils ont pu être infectés dans leurs pays d'origine, mais aussi du fait d'infections survenues dans le pays d'arrivée. En France, on estime que 30% des femmes et 44% des hommes nés en Afrique sub-saharienne et suivis pour un VIH ont été infectés après l'arrivée. Cependant les déterminants de l'acquisition après la migration sont mal connus.

Objectifs : Mesurer l'impact des conditions de vie dans le pays d'arrivée sur les comportements sexuels et l'acquisition du VIH

Méthodes : L'étude ANRS-PARCOURS est une enquête biographique rétrospective menée en 2012-2013 dans 74 structures de santé en Ile de France, auprès de 3 groupes de migrants sub-sahariens : 926 suivis pour un VIH dont 296 infectés en France, 779 pour une hépatite B chronique et 763 n'ayant ni VIH ni hépatite B (groupe référence). Nous comparons les types de partenariats sexuels vécus depuis l'arrivée en France selon le groupe d'étude (VIH acquis avant la migration, VIH acquis après la migration, VHB, population de référence) et leurs associations avec les moments de précarités (absence de logement stable, de titre de séjour ou de ressources), par des modèles de régression logistique à effets mixtes.

Résultats : La précarité est fréquente : plus de 40% des enquêtés a vécu au moins un an sans titre de séjour, et plus de 20% sans logement stable depuis l'arrivée en France. Les partenariats sexuels occasionnels ou concomitants ont été plus fréquents chez les personnes ayant acquis le VIH en France que dans le groupe de référence, 77 % des hommes VIH infectés en France ont eu des rapports occasionnels et 70% des rapports concomitants vs 54% (p=0,004) et 46% (p=0,02) dans le groupe de référence. Chez les femmes, 52% ont eu des rapports occasionnels et 9% des rapports transactionnels vs 31% (p=0,02) et 2% dans le groupe de référence (p=0.006). La probabilité de ces situations sexuelles augmente avec la précarité : Ne pas avoir de titre de séjour ou de logement stable augmente le risque de partenariats occasionnels (resp OR=2.01[1.48-2.72] et OR=3.71[2.75-5.00]) et transactionnels (resp. OR=6.27[2.25-17.44] et OR=10.58[4.68-23.93]).

Conclusion : Pour les migrants sub-sahariens, les difficultés d'accès à un titre de séjour et leurs effets sociaux augmentent les partenariats à risque et le risque d'infection VIH. Ces risques sont majorés pour les femmes par l'absence de logement.

Thème : Populations clés

Code : S8.O3

Patients séropositifs demandeurs de séjour recevant l'ordre de quitter le territoire belge : l'exemple du CHU de Charleroi

Remy Demeester ^{1,*}Samuel Markowicz ¹Jean-Claude Legrand ¹

¹Service des Maladies Infectieuses, CHU de Charleroi, Charleroi, Belgique

Votre résumé : Objet de l'étude :

Les objectifs de développement durable, de l'OMS et de l'ONUSIDA s'accordent sur l'objectif « 90-90-90 » pour 2020 et « 95-95-95 » pour 2030. Pour leur réalisation, il est indispensable que tous les pays collaborent pour faire en sorte qu'un maximum de patients séropositifs soient diagnostiqués, traités et que la continuité de leurs soins soit garantie. Pourtant, depuis 5 ans, en Belgique la majorité des migrants séropositifs reçoivent l'ordre de quitter le territoire sans que la continuité de leurs soins ne soit garantie. Cette étude décrit la population des migrants séropositifs suivis au CHU de Charleroi ainsi que leur situation administrative.

Méthode :

Nous avons analysé les dossiers médicaux et sociaux de tous les demandeurs de séjour séropositifs pris en charge dans le centre de référence SIDA du CHU de Charleroi, Belgique, entre le 1^{er} juillet 2012 et le 1^{er} novembre 2015.

Résultats :

59 patients ont été identifiés au sein d'une cohorte de 400 patients. La proportion homme/femme était de 1,03, l'âge médian de 35 ans (Espace interquartile : 30-41 ans). Le continent d'origine était principalement l'Afrique (n= 51 (86%)) (voir tableau). 71% (42/59) ignoraient leur séropositivité avant d'arriver en Belgique. La majeure partie des patients ont migré suite à des menaces politiques ou personnelles. Seuls 5 patients (9%) ont migré à cause de leur problème de santé. 55 patients ont introduit une demande d'asile, parmi lesquels 5 ont reçu une réponse positive (9%). Sur les 42 patients qui ont introduit une demande de séjour pour raisons médicales, aucun n'a reçu une autorisation de séjour pour ce motif. Parmi les 26 patients qui ne sont plus suivis dans notre centre, 17 sont perdus de vue.

Conclusion :

La majorité des patients migrants séropositifs suivis au CHU de Charleroi ont été diagnostiqués en Belgique. Ils n'ont quitté leur pays pour des problèmes de santé que dans 9% des cas. Seuls 9% ont été autorisés à séjourner en Belgique suite à leur demande d'asile. Aucun n'a été autorisé à séjourner pour raison médicale alors que la continuité des soins n'est pas assurée en cas de retour au pays. Suite à ces décisions ces patients se retrouvent dans la clandestinité sans aucunes aides financières. Il est indispensable que la Belgique revoie ses décisions vis-à-vis de ces malades graves pour garantir leur survie et assumer une contribution adéquate dans la réalisation des objectifs des Nations Unies dans la lutte contre l'épidémie de VIH/SIDA.

Soumettre un tableau ::

Tableau. Caractéristiques et situation administrative des patients migrants s de Charleroi depuis le 1^{er} juillet 2012.

Pays d'origine par continent (n (%)) (n=59)	Afrique (n=51 (86%))	Rwanda (10 (17%)), République du Congo (6 (10%)), Tchad (5 (8%)), Guinée Conakry (5%), Tanzanie (2 (3%)), Côte d'Ivoire (2 (3%)), autres pays d'Afrique subsaharienne (3 (5%)), Maroc (1 (2%)), Algérie (1 (2%))
	Europe centrale – Asie centrale (n=7 (12%))	Russie (2 (3%)), Kirghizistan (1 (2%)), Macédoine (1 (2%))
	Amérique latine (n=1)	Equateur (1 (2%))
Motif de migration rapporté (n (%)) (n=59)	Menaces politiques (29 (49%)), menaces personnelles (5 (9%)), raisons économiques (3 (5%)), raisons familiales (1 (2%)), études (1 (2%)), inconnu (3 (5%))	
Séropositivité connue avant la migration (n (%)) (n=59)	Oui (42 (71%)) Non (14 (24%)) Information non disponible (3 (5%))	
Réponse à la demande d'asile (n (%)) (n=55)	Négative (35 (64%)) Positive (5 (9%)) Pas encore reçue (6 (11%)) Inconnue car perdu de vue (9 (16%))	
Réponse à la demande de séjour pour raisons médicales (n (%)) (n=42)	Négative (24 (57%)) Positive (0 (0%)) Pas encore reçue (9 (22%)) Inconnue car perdu de vue (9 (22%))	
Patients non retenus en soins au CHU de Charleroi (n (%)) (n=26)	Perdus de vue (17 (65%)) Suivi dans un autre pays européen après avoir été admis en Belgique (6 (23%)) Suivis dans un autre centre belge (6 (23%)) Retour volontaire (1 (4%)) Transfert vers un centre fermé (1 (4%))	

Thème : Populations clés

Code : S8.O4

Portrait et caractéristiques distinctives des répondants VIH+ au regard de leur profil biomédical selon la 4ème édition du Net gay baromètre

Alain Leobon¹*Chicoine Brathwaite Yannick²Joanne Otis³

¹sciences humaines et sociales - UMR Espaces et Sociétés, CNRS, ANGERS, France, ²Département de psychologie, Université de Montréal, ³Département de Sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada

Votre résumé : La 4e édition du « Net Gay Baromètre » (NGB) a interrogé les utilisateurs d'Internet à des fins de rencontres sur leurs modes de vie, leur santé et la prévention. **Parmi les répondants VIH+ de l'étude**, un 1er groupe déclare maintenir le port du préservatif avec leurs partenaires occasionnels (Part.O) alors que le second groupe rapporte des pénétrations anales non protégées (PANP) et agrège **des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dont les profils biomédicaux divergent**. Cette analyse vise à comprendre les spécificités des composantes du 2ème Groupe.

Méthode :

Parmi les répondants du NGB (N= 16 963), 12.381 ont rapporté connaître leur statut sérologique et avoir rencontré au moins un Part.O. **Parmi eux, 1751 sont porteurs du VIH**. 3 groupes sont constitués : le **Grp. A (n=354)** regroupe les PVVIH ne déclarant pas de PANP ni de plans bareback (PB) avec des Part.O, le **Grp.B (n=535)** ceux qui déclarent des PANP ou PB alors qu'ils sont sous traitement, avec une charge virale indétectable et sans IST, les PVVIH du **Grp.C (n=754)** déclarant des PANP ou PB alors qu'ils peuvent être sans traitement et/ou avec une charge virale détectable et/ou avoir déclaré une ou des IST sur la même période.

Des analyses bivariées de chi-carré et de régressions logistiques polytomiques univariées puis multivariées sont employées, en contrôlant pour les principales variables sociodémographiques, **afin de contraster les Grp.B et C au Grp.A.**

Résultats :

L'analyse montre que les Grp B et C partagent bien des facteurs associés communs, pour lesquels le groupe C présente en général des ratios de cote plus élevés. Par ex. les répondants déclarant un sentiment d'appartenance au milieu gay, un plus grand nombre de Part.O, une dépendance aux rencontres en ligne, des pratiques sexuelles marginales, la consommation de substances de type « sexuel », des PANP dans leur couple, des préoccupations sur la sexualité compulsive, sur le dépistage des IST, sur l'hépatite C, un moindre intérêt pour la prévention sont plus susceptibles d'appartenir aux groupes B et C.

Certaines variables marquent spécifiquement la probabilité d'appartenir au Grp.C : avoir un faible niveau d'éducation, faire partie de minorités visibles, prendre des risques dans la vie, fréquenter les lieux de rencontres sexuels gay, consommer des drogues « Hard » tels les cathinones lors de Slam Party, ou ressentir de la sérophobie.

Ainsi les PVVIH au profil biomédical à risque semblent plus exposés/marginalisés nécessitant une prise en charge adaptée.

Soumettre un tableau ::

Portrait et caractéristiques distinctives des répondants VIH+ au regard de leur orientation sexuelle selon la 4ème édition du Net gay baromètre

Sociodémographie

Variables	Gr.A [¶] (n=354)	Gr.B (n=535)	Gr.C (n=754)	Total (n=1643)	p	Gr.B mult
Minorité visible	6.2*	7.7*	12.9*	9.7	.000	
RCA		1.359(0.782-2.362)	1.917(1.158-3.174)			1.401- 2.7
Études universitaires	59.9	68.8*	60.7	63.2	.005	
RCA		1.403(1.032-1.906)	0.986(0.740-1.315)			1.365- 1.8
Homosexuel	89.3	93.5	93.6	92.6	.023	
RCA		1.780(1.084-2.921)	1.762(1.103-2.817)			1.638- 2.6

Communauté — Espaces — Cultures de sexe

Appartenance au milieu gay	39.9*	50.3	52.8*	49.1	.000	
RCA		1.514(1.131-2.026)	1.800(1.359-2.384)			1.361(1.0
Fréquente régulièrement les lieux gays	16.7*	28.6	40.3*	31.4	.000	
RCA		1.858(1.331-2.593)	2.846(2.038-3.975)			1.434(0.9
Fréquente les lieux de sexe	79.9*	88.8	92.7*	88.7	.000	
RCA		1.938(1.314-2.858)	3.649(2.440-5.458)			1.519(0.9

Comportements sexuels à risque/rencontres et cultures de sexe ¶

RUA en couple	26.3*	73.6	77.5*	68.0	.000	
RCA		7.956(4.752-13.322)	10.224(6.198-16.867)			7.933(3.5
Nb de partenaires occasionnels	17.32	31.29	43.63	33.89	.000	
RCA		1.016(1.010-1.023)	1.022(1.016-1.028)			1.015(1.0
Pratiques marginales (sur 1-5)	58.7*	83.0*	84.0*	78.4	.000	

Thème : Populations clés

Code : S8.O5

Les obstacles à l'usage du préservatif pour la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et VIH chez les hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes (HSH) à Yaoundé

Hermine Meli ^{1,*}Serge Douomong Yotta ²

¹Hôpital de jour, Hôpital Central de Yaoundé, ²Affirmative Action, Yaoundé, Cameroun

Votre résumé : Contexte : Au Cameroun, la prévalence du VIH est estimée à 4,3% contre 44, 3% et 24, 2% chez les HSH respectivement à Yaoundé et à Douala (IBBS 2012). En ce qui concerne les IST, aucune donnée n'est disponible. Par ailleurs, la stratégie de lutte contre les IST/VIH dans les associations d'HSH est centrée sur le port correct du préservatif, reconnu comme meilleur moyen de prévention. L'objet de notre étude a été d'interroger l'efficacité du préservatif et l'effectivité de son usage au sein de la communauté HSH de la ville de Yaoundé.

Objectif : Identifier les obstacles à l'usage du préservatif chez les HSH à Yaoundé.

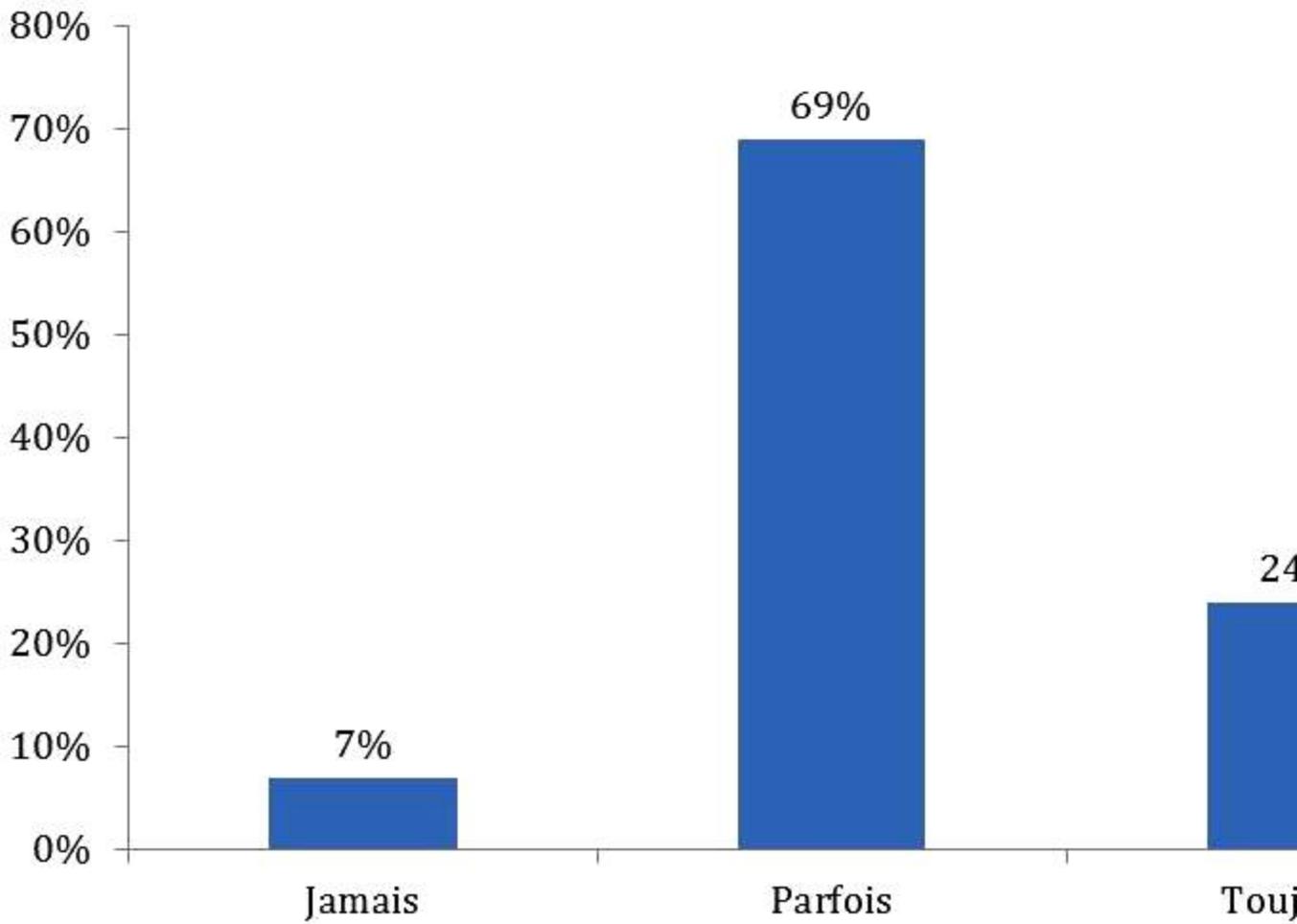
Méthode : Une enquête transversale, par échantillonnage aléatoire a été menée auprès de 100 HSH de 3 associations à Yaoundé : Affirmative Action, Humanity First Cameroun, Camfaids. Les pairs éducateurs de l'association Affirmative Action ont menés des sensibilisations auprès des HSH de différentes associations. Les rencontres avec les HSH étaient planifiées suivant leur disponibilité. A travers un questionnaire, les facteurs associés au non utilisation du préservatif ont été identifiés à l'aide des tests d'indépendance du Khi-deux.

Résultats : La plupart des bénéficiaires avaient un âge compris entre 21 et 30 ans, 48% étaient élèves, 49% étudiants, 69% étaient bisexuels. On a noté que 75% des bénéficiaires connaissaient la technique d'utilisation du préservatif tandis que 69% d'entre eux n'utilisaient pas systématiquement le préservatif qui était non disponible au moment de l'acte sexuel, à l'origine de la perte de l'érection. La confiance accrue du partenaire sexuel constituait aussi un obstacle majeur à l'usage du préservatif. Par ailleurs, 71% des HSH passifs n'avait pas le pouvoir de négociation du préservatif (généralement plus jeune, et financièrement dépendant de l'actif) et 20% inséraient le préservatif féminin par voie anale. Le lubrifiant à base d'eau était utilisé à 64%. Au cours des 12 derniers mois, 50% de HSH avaient eu une IST mal traitée et 28% étaient séropositifs.

Conclusion : Cette étude révèle la nécessité de comprendre davantage les fondements, et les réalités de la sexualité chez les HSH au Cameroun. C'est l'opportunité ici de lancer le débat de la PREP auprès des groupes homosexuels.

Soumettre un tableau ::

Fréquence d'utilisation du préservatif



**Santé mentale et exposition au risque de VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes :
résultats de l'enquête suisse Gaysurvey 2014**

Stéphanie Locicero ^{1,*} Raphaël Bize ¹

¹IUMSP, CHUV, Lausanne, Suisse

Votre résumé : Objectif

Evaluer la santé mentale et l'homonégativité intériorisée des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH).

Méthode

L'enquête suisse Gaysurvey sur les comportements des HSH s'est déroulée en 2014 (N=834), par questionnaire Internet, anonyme, accessible sur différents sites fréquentés par des HSH. Trois dimensions de la santé mentale ont été évaluées avec les indicateurs suivants:

- détresse psychologique (échelle K6)
- niveau de bien-être psychologique (WHO-5)
- homonégativité intériorisée (Smolenski et al. 2010)

Les scores moyens ont été comparés entre 3 groupes d'âge : <25 ans, 25-34 ans, ≥35 ans. L'exposition au risque VIH (rapport anal non protégé avec un partenaire de statut sérologique différent ou inconnu) et le recours au test VIH au cours des 12 derniers mois ont également été évalués en fonction de ces 3 dimensions.

Résultats

Détresse psychologique: score de 0 (Jamais) à 24 (Tout le temps en détresse).

10.9% des HSH sont dans une situation de détresse sévère (score≥13). Le score médian est de 6.

Bien-être psychologique: score de 0 (Jamais) à 100 (Tout le temps en bien-être)

27.2% ont un score inférieur ou égal à 52 indiquant un bien-être altéré et 7.8% sont en probable dépression (score≤28).

Homonégativité intériorisée: score de 0 (faible) à 6 (forte homonégativité).

Le sentiment d'homonégativité est faible pour l'ensemble des répondants avec un score moyen de 1.23.

Les moins de 25 ans ont un score plus élevé de détresse psychologique (8.44, p=0.000) et une homonégativité intériorisée plus importante (1.57, p=0.003) comparés aux plus âgés. On n'observe pas de différence en fonction de l'âge pour l'indice de bien-être (p=0.560).

Les HSH en détresse psychologique sévère sont plus nombreux à s'être exposés au risque de VIH (29.5% vs. 18.4% pour les répondants en détresse psychologique nulle à modérée). Concernant le recours au test VIH au cours des 12 derniers mois, aucune différence statistiquement significative n'a été observée selon la santé mentale du répondant.

Conclusions

La fréquence des atteintes à la santé mentale est non négligeable chez les HSH. Les moins de 25 ans sont particulièrement concernés. Ces atteintes sont associées au risque de transmission du VIH mais pas à un moindre recours au test VIH au cours des douze derniers mois. Elles doivent être prises en compte dans la prévention du VIH/Sida chez les HSH.

Thème : Prise en charge

Code : S9.O1

Facteurs associés à l'attrition chez les patients infectés par le VIH sous traitement antirétroviral, Etude PRECO-CI ANRS 12277, Abidjan, Côte d'Ivoire

Yao ABO^{1,*} Albert Minga² Patrick Ahuatchi Coffie¹ Jean Michel YOBOUET¹ Jerome Lecarrou¹ BAMORY DEMBELE³ XAVIER ANGLARET¹ CHRISTINE DANIEL¹ ALBERT MINGA¹

¹Programme PAC-CI, Site ANRS, Abidjan, Côte d'Ivoire, ABIDJAN, ²Etude PRECO-CI ANRS 12277, Programme PACCI, Site ANRS, ABIDJAN, CÔTE D'IVOIRE, Inserm, U 897, Bordeaux, France, ³Centre Médical de Suivi des Donneurs de Sang, Centre National de Transfusion Sanguine, Abidjan, Côte d'Ivoire, ABIDJAN, Côte d'Ivoire

Votre résumé : Contexte : L'OMS recommande une initiation précoce du traitement antirétroviral (TAR). Notre objectif est d'estimer les probabilités et les facteurs associés à l'attrition chez les patients infectés par le VIH après l'initiation du TAR, au Centre Médical de Suivi des Donneurs de Sang (CMSDS), à Abidjan en Côte d'Ivoire.

Méthode : Les donneurs de sang dépistés lors d'un don de sang (DDS) sont référés au CMDS. Depuis 2005, un Centre Dépistage Volontaire (CDV) est disponible dans ce Centre. Ont été inclus dans cette étude, les patients infectés par le VIH ayant débuté un TAR sur la période de 2005 à 2013 au sein de la cohorte du CMSDS. Leurs caractéristiques socio-démographiques, cliniques et biologiques ont été recueillies de façon prospective. Les perdus de vue sont définis comme les patients en rupture de TAR depuis plus de trois mois. Les probabilités d'attrition ont été estimées par la méthode de Kaplan Meyer et les facteurs associés à l'attrition ont été recherchés par le modèle de Cox.

Résultats : Entre 2005 et 2013, 3119 patients ont eu un premier contact avec le CMSDS. Parmi eux, 2058 (66%) ont initié un premier TAR, 1334 (65%) étaient des femmes, 564 (27%) ont été dépistés lors d'un don de sang, 1194 (58%) lors du CDV et 300 (15%) ont été référés. La médiane des CD4 à l'initiation du traitement était à 186 cellules/mm³ (EIQ : 103-279), la médiane de temps sous TAR était de 31 mois (EIQ : 14-55). La durée de suivi total sous TAR de 6051 Patients-années.

Parmi les patients ayant initié le TAR, 190 (9,2%) étaient décédés et 375 (18,2%) étaient perdus de vue à la date de point. La probabilité d'attrition à 48 mois était respectivement de 21% (IC95% : 19-20) pour les personnes issues du CDV, de 13% (IC95% : 11-15) chez les anciens donneurs de sang et de 28% (IC95% : 25-31) pour les patients référés. Entrer dans les soins suite à un dépistage lors d'un DDS (HRa=0,5 ; IC 0,4-0,6), avoir des CD4 initiaux > 500 cellules/mm³ (HRa=0,7, IC 0,5-0,9), un taux d'hémoglobine initial > 12g/l (HRa=0,6 ; IC 0,4-0,9), un indice de masse corporelle initial > 18,5kg/m² (HRa=0,8 ; IC 0,6-1) étaient les facteurs significativement associés à une faible attrition en analyse multivariée.

Conclusion :

Le dépistage et la prise en charge précoce du VIH sont des facteurs associés à une meilleure attrition 48 mois après l'initiation du traitement antirétroviral, montrant un intérêt supplémentaire à débiter le traitement antirétroviral précocement.

Thème : Prise en charge

Code : S9.O2

Innovations dans le dispositif de rétention et d'amélioration de l'observance des patients : expérience de l'ONG ACONDA-VS

Kouassi Auguste Eric Komena ^{1,*}

¹soins et soutien, aconda-vs-ci, abidjan, Côte d'Ivoire

Votre résumé : Contexte Aconda intervient sur 100 hôpitaux avec une cohorte de **26653 patients** sous traitement arv depuis le **27 mai 2004 jusqu'au 30 septembre 2015**. Elle a élaboré depuis janvier 2014 une stratégie de rétention active des patients qui a permis d'obtenir des résultats probants. Plus d'un an après le début de cette stratégie, le besoin de parfaire ce dispositif s'est manifesté.

Objectif : Améliorer la rétention et l'observance au traitement ARV des patients par l'intégration de 04 approches innovantes.

Méthodologie : Cette étude s'est déroulée sur 09 mois, de **février 2015 à octobre 2015** sur **72 hôpitaux** et a concerné les pvvih sous arv. La première approche a été l'équipement des hôpitaux en outils informatiques. Elle a nécessité du personnel pour la gestion des rendez vous. des requêtes ont été élaborées mensuellement pour identifier les patients en retard de traitement et les relancer. La seconde approche a été la désignation d'éducateurs de pair au sein des groupes d'auto support, chargés de localiser les patients nouvellement mis sous arv résidant dans le même espace géographique afin de les encourager à intégrer le groupe et Leur apporter le soutien à l'observance au traitement. La troisième approche a été la délocalisation de groupes d'autosupport des hôpitaux, pour sortir les patients de l'environnement austère des hôpitaux. Elle a permis de garantir la confidentialité des patients, les emmenant à partager leurs expériences sur l'observance. La dernière approche est la distribution d'ARV aux domiciles des patients cliniquement stables avec des CD4 évolutifs. Elle a permis de répondre aux besoins des patients ayant des contraintes de temps et éviter les ruptures de traitement.

Résultats : **52** groupes d'auto support sur les 72 ont été délocalisés dans la communauté. 208 éducateurs de pair désignés. Les 72 hôpitaux d'ARV ont été équipés d'outils informatiques avec 72 questionnaires de données recrutés. 48% des patients des files actives recevaient les ARV à domicile, soit environ 12793. Le taux de rétention global à 9 mois est donc passé de 70 % à 78%.

Conclusion : Face à la ressource humaine et structurelle limitée et face au nombre sans cesse croissant des patients, le suivi communautaire qui comprend l'animation des groupes d'autosupport en communauté, l'accompagnement par les éducateurs de pair et la distribution d'arv à domicile reste la solution la plus efficace pour répondre au défi de la couverture universelle.

Thème : Prise en charge

Code : S9.O3

Rétention en soins améliorée significativement par le traitement antirétroviral au niveau communautaire : expérience des points de distribution (PODI) communautaires à Kinshasa

Ilse Casteels ¹Bonard Kiala ¹Eric Goemaere ²Lucien Kalenga ¹Mit Philips ^{3,*}

¹Médecins Sans Frontières, Kinshasa, République Démocratique Du Congo, ²Médecins Sans Frontières, Cape Town, Afrique Du Sud, ³Médecins Sans Frontières, Bruxelles, Belgique

Votre résumé : Objet de l'étude : L'OMS recommande des modèles alternatives de prise en charge pour les patients avec des intervalles plus longs entre les consultations et la fourniture de médicaments, favorisant la proximité, rapidité, confidentialité et entre-aide. Différentes expériences dans d'autres contextes ont démontrés leur succès en termes de rétention et satisfaction des utilisateurs, ainsi qu'une diminution de la charge de travail dans les structures de santé. Depuis 2013 Médecins Sans Frontières (MSF) et une association de PVVIH (RNOAC) pilotent trois points de distribution (PODI) gérés par les pairs à Kinshasa. Les PVVIH sur ARV stables (répondant aux critères préétablis) s'approvisionnent d'antirétroviraux tous les 3 mois au PODI et font une consultation clinique annuelle, incluant la charge virale.

Méthode: Nous avons analysé les données des PVVIH suivis dans les PODI pour estimer la rétention dans les soins. Était considéré comme non retenu, tout décès rapporté ou tout patient ne s'étant plus présenté au rendez-vous dans un délai d'un mois (perdu de vue).

Résultats: Fin 2015 un total de 2297 PVVIH sont suivis dans 3 PODIs dans la ville de Kinshasa sur une cohorte totale de 4300 patients sur ARV suivis dans les Cds appuyés par MSF. L'analyse montrait une rétention de 93,75% à 6 mois de 90% à 12 mois, 84,26% à 24 mois et 74,5% à 48 mois. Dans les PODI une recherche active et précoce et faite pour les patients manquants à leur rendez-vous. En 2015, sur 262 personnes recontactées et incitées à revenir, 49 sont revenus (18,9%).

Les Podi également offrent un dépistage VIH. En 2015 1947 tests ont été fait, avec 376 PVVIH identifiés (19%).

Conclusion: Le modèle PODI constitue une stratégie adéquate pour le suivi des PVVIH stables. La proximité, la gestion par des pairs, la réduction du temps d'attente et des frais de transports en font une stratégie privilégiée pour autonomiser les patients, améliorer la rétention dans les soins, désengorger les structures hospitalières et maintenir d'avantage de la capacité pour des nouvelles initiations.

Thème : Prise en charge

Code : S9.O4

Stratégies et procédures de gestion des perdus de vue au centre de traitement ambulatoire de Pointe Noire

Myriam SAMBA MAKEBA ^{1,*} Adolphe MAFOUA ¹ Christian COURPOTIN ² Delphine MOUNGUÉLÉ ¹ Raïssa MOTTOM ¹ Sophie MANKESSI LAOU ¹ Patrick NZOUNZA ³ Jérémie SIBEONI ³

¹Centre de Traitement Ambulatoire, Pointe Noire, Congo, ²Croix-Rouge Française, Paris, France, ³Délégation Croix-Rouge Française, Pointe Noire, Congo

Votre résumé : Objet de l'étude : L'infection à VIH nécessite un suivi régulier des personnes infectées (PVVIH) dans les centres de prise en charge (PEC). Mais plusieurs préoccupations liées à la vie active des PVVIH en bonne santé apparente font obstacle à ce suivi. Ainsi on observe un nombre important de perdus de vue (PDV) dans ces centres. L'objectif de notre travail est de montrer les différentes stratégies d'identification des PDV au CTA, les méthodes de prévention et de décrire le circuit de ces PDV lors de leur retour.

Méthodes : Deux catégories de patients sont concernés par ce travail qui couvre la période de janvier 2013 à décembre 2014: les patients en retard de consultation (PRC) et les PDV. Un agenda de rendez-vous a été utilisé afin de connaître les patients programmés journalièrement et de pouvoir identifier les absents. Les PRC ont été identifiés par la confrontation de l'agenda à la liste des consultants du jour. Ils sont contactés par un appel téléphonique au cours duquel un autre RDV est fixé. Cet appel est renouvelé deux fois. Le patient est considéré comme PDV s'il n'honore pas à l'un de ces RDV un mois après le premier RDV manqué. Les PDV ont été identifiés par dépouillement des dossiers. Le CTA faisant une PEC globale, seuls les absents en consultation médicale sont pris en compte dans ce travail.

Résultats : Durant cette période 525 patients ont été PDV : 181 hommes et 344 femmes, et 719 en retard de consultation 452 hommes et 267 femmes. Les PRC sont adressés au psychologue avant d'être vu par le médecin. Le principal motif des retards est d'ordre professionnel. Les PDV sont orientés chez le psychologue, l'assistante sociale et l'éducateur thérapeutique en fonction du délai écoulé entre le dernier rendez-vous et le retour effectif. 86,5% des patients ont respecté ce circuit (92,1% des PRC et 80,8% des PDV). Les activités lucratives sont les motifs du non respect de ce circuit. Les consultations psychologiques et sociales, utiles pour l'équilibre moral des PVVIH, sont vécues par ceux-ci comme une contrainte.

Conclusion : Outre l'informatique, la tenue d'un agenda permet d'identifier les absents en consultation et les appels téléphoniques peuvent réduire le nombre des PDV. Deux difficultés majeures restent dans la gestion de ces patients : L'adaptation des consultations à leurs horaires et leur non adhésion aux autres consultations. Un travail complémentaire est à faire pour montrer l'intérêt de ces composantes dans la PEC globale des PVVIH.

Thème : Prise en charge

Code : S9.O5

Les difficultés d'observance chez les patients suivis dans le programme camerounais d'accès aux antirétroviraux : facteurs individuels et structurels (EVOLCAM – ANRS 12288)

Christelle Tong¹Luis Sagaon Teyssier²Odile Ossanga³Christian Laurent⁴Marie Suzan-Monti^{2,*}Gwenaëlle Maradan²
Agnès Ambani²Laurent Vidal²Bruno Spire²Sylvie Boyer²

¹Université Aix Marseille, ²INSERM, U912 (SESSTIM), Marseille, France, ³Université Catholique de l'Afrique Centrale, Yaoundé, Cameroun, ⁴TransVIHMI, IRD UMI 233 / INSERM U1175 / Université de Montpellier, Montpellier, France

Votre résumé : OBJET DE L'ETUDE L'observance aux antirétroviraux (ARV) est un facteur clé de la suppression virale, primordiale dans la lutte contre l'épidémie à VIH. Dans un contexte de raréfaction des ressources et de montée en charge des services, les contraintes liées à l'offre de soins peuvent jouer un rôle non négligeable dans l'observance aux ARV. L'objectif de cette analyse est d'étudier les facteurs individuels et structurels expliquant les écarts à l'observance et les interruptions de traitement dans le cadre du projet EVOLCAM (ANRS 12288).

METHODES L'analyse porte sur un sous-échantillon de 1875 patients sous ARV rencontrés dans 19 hôpitaux des régions Centre et Littoral du Cameroun. L'observance a été évaluée par questionnaire à partir d'un algorithme validé mesurant le respect des prescriptions sur les 4 dernières semaines. Deux modèles multiniveaux ont été développés pour étudier les facteurs individuels et structurels associés aux écarts à l'observance et aux interruptions de traitement de plus de 2 jours.

RESULTATS 29,3% des patients étaient observants, 49,7% déclaraient des écarts et 21,0% des interruptions. Les facteurs communs associés aux écarts et aux interruptions sont au niveau individuel, l'absence de co-infection actuelle ou récente par la tuberculose et l'abus d'alcool; au niveau structurel, les hôpitaux de petite taille et les ruptures en ARV au cours de l'année précédente. Les autres facteurs individuels associés à un risque accru d'écarts sont un niveau d'études plus élevé, un traitement pris en plusieurs comprimés, le sentiment de solitude et ne pas avoir vu de conseiller à l'observance dans l'année précédente. Ceux associés aux interruptions sont : un âge plus jeune, ne pas vivre avec son partenaire, avoir consulté un guérisseur et juger l'écoute du médecin insatisfaisante. Parmi les autres facteurs structurels, les hôpitaux décentralisés de la région littoral sont associés à un risque plus élevé d'écarts par rapport aux hôpitaux de Douala.

CONCLUSION Ces résultats mettent en évidence des résultats sous-optimaux du Programme Camerounais dans le domaine de l'observance, ainsi que les fortes contraintes liées à l'offre de soins avec un effet délétère des ruptures en ARV. La pérennité de l'approvisionnement en ARV et le renforcement des systèmes de santé doivent susciter une attention particulière, au risque de compromettre les avancées obtenues dans la lutte contre le VIH.

Thème : Prise en charge

Code : S9.06

Influence de l'origine géographique, du sexe et du groupe de transmission du VIH sur la réponse au traitement antirétroviral (ARV) initié en France

Laure-Amélie de Monteynard ^{1,*}Sophie Matheron ²Jacques Gilquin ³Juliette Pavie ⁴Pierre De Truchis ⁵Sophie Grabar ¹ Odile Launay ⁶Jean-Luc Meynard ⁷Marie-Aude Khuong-Josses ⁸David Rey ⁹Anne Simon ¹⁰Aba Mahamat ¹¹Rosemary Dray-Spira ¹Dominique Costagliola ¹Sophie Abgrall ¹

¹Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06, INSERM, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de Santé Publique (IPLESP UMRS 1136), ²AP-HP, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, ³AP-HP, Hôpital Hôtel-Dieu, Unité d'immuno-infectiologie, ⁴AP-HP, Hôpital Européen Georges Pompidou, Service d'immunologie clinique, Paris, ⁵AP-HP, Hôpitaux Universitaires Paris-Ile de France-Ouest, Hôpital Raymond-Poincaré, Département de Médecine Aigüe Spécialisée, Garches, ⁶AP-HP, Hôpital Cochin, ⁷AP-HP, Hôpital Saint Antoine, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Paris, ⁸Centre Hospitalier Saint-Denis, Hôpital Delafontaine, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Saint-Denis, ⁹Hôpitaux Universitaires Strasbourg, Centre de Soins de l'Infection par le VIH, Strasbourg, ¹⁰AP-HP, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Département de médecine interne, Paris, ¹¹Centre Hospitalier Andrée Rosemon, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Cayenne, France

Votre résumé : Evaluer la réponse biologique et clinique après initiation du traitement ARV en France, selon l'origine géographique, le sexe et le groupe de transmission du VIH.

Les patients adultes infectés par le VIH-1 inclus dans la cohorte FHDH, nés en France ou en Afrique sub-Saharienne/Antilles non Françaises (ASS/ANF) et ayant initié un traitement ARV entre 2006 et 2011 ont été étudiés. Les femmes initiant un traitement en raison d'une grossesse étaient exclues. Après initiation des ARV et selon une variable combinant l'origine géographique, le sexe et le groupe de transmission du VIH, nous avons étudié le risque relatif ajusté (RRa) d'indéfectibilité (2 mesures consécutives d'ARN VIH < 50 copies/mL), de restauration immunitaire (2 mesures consécutives de CD4 > 500/μL), et le risque cumulé ajusté (RCa) d'évènements cliniques (évènement SIDA, évènement grave non SIDA ou décès), en tenant compte des perdus de vue comme risque compétitif dans les analyses cliniques. Les modèles étaient ajustés sur les caractéristiques démographiques, immuno-virologiques et thérapeutiques à l'initiation des ARV (table), et sur le délai avant indéfectibilité et/ou gain >50 CD4/μL dans les analyses immunologiques et cliniques (variables dépendantes du temps).

Parmi 9746 patients inclus, 7297 (74.9%) étaient nés en France et 2449 (25.1%) étaient originaires d'ASS/ANF, dont 1552 (21.3%) et 1350 (55.1%) étaient des femmes respectivement. Plus de migrants (38.1%) que de non migrants (27.5%) initiaient les ARV avec des CD4 < 200/μL (p < 0.0001). Après initiation des ARV et par rapport aux hommes homosexuels (HSH) nés en France, le RRa d'indéfectibilité était plus faible chez les hommes quelle que soit leur origine géographique; le RRa de restauration des CD4 était plus faible dans tous les groupes, surtout chez les migrants; le RCa d'évènement clinique (359 patients avec un nouvel évènement SIDA principalement dans les 6 premiers mois de traitement, 1366 avec un évènement grave non SIDA, 49 décès) était plus élevé chez les hommes quelle que soit leur origine géographique. Le stade SIDA, l'âge avancé et les CD4 bas à l'initiation des ARV avaient l'impact le plus fort sur la différence entre le risque brut et le risque ajusté d'évènements cliniques.

Par rapport aux HSH nés en France, les migrants quel que soit leur sexe avaient une moindre restauration immunitaire. Seul le sexe masculin et non l'origine géographique avait un impact négatif sur l'indéfectibilité et les résultats cliniques.

Soumettre un tableau ::

Origine géographique, sexe et groupe de transmission VIH	Indéfectibilité		Restauration des CD4		Evènement clinique	
	Probabilités à 2 ans (IC 95%)	Risques relatifs* (IC 95%)	Probabilités à 2 ans (IC 95%)	Risques relatifs*** (IC 95%)	Incidences cumulées à 5 ans (IC 95%)	Risques cumulés**** (IC 95%)
FRA- HSH	87.5 (86.4-88.5)	1	53.6 (51.9-55.3)	1	20.6 (19.3-21.9)	1
FRA- Hommes non homosexuels	80.9 (79.2-82.6)	0.88 (0.77-0.97)	37.7 (35.5-39.9)	0.92 (0.84-1.02)	30.0 (28.0-32.0)	1.18 (1.03-1.34)
FRA- Femmes	83.9 (82.0-85.7)	0.92 (0.86-0.99)	41.0 (38.4-43.5)	0.89 (0.80-0.98)	22.0 (20.0-24.1)	1.03 (0.88-1.20)
ASS/ANF- Hommes	80.0 (77.7-82.4)	0.84 (0.77-0.91)	28.4 (25.7-31.1)	0.67 (0.58-0.77)	26.6 (24.0-29.2)	1.18 (1.01-1.39)
ASS/ANF- Femmes	86.1 (84.3-88.0)	1.04 (0.97-1.12)	35.9 (33.3-38.5)	0.73 (0.65-0.82)	22.3 (20.0-24.5)	1.16 (0.99-1.36)

*ajustés sur l'âge, la région, la période, les CD4, la charge virale, le statut SIDA, l'existence d'une co-infection VIH ou VHC, le diagnostic au stade de la primo-infection, le délai depuis le diagnostic du VIH, le type de traitement ARV à l'initiation du traitement

**ajustés également sur le délai avant indéfectibilité, après initiation du traitement ARV (variable dépendante du temps)

***ajustés également sur le délai avant indéfectibilité et/ou gain >50 CD4/μL au moins, après initiation du traitement ARV (variables dépendantes du temps)

Thème : Tuberculose

Code : S10.O1

Programme d'évaluation du risque de transmission de la tuberculose à l'Hôpital National de Niamey (HNN), Niger

Sahada Moussa^{1,*} Isabelle Lolom² Boubacar Madougou¹ Alzouma Abdourrazak³ Daou Mamane¹ Dionke Fofana⁴ Pierre De Truchis⁵ Elisabeth Rouveix⁶ Elisabeth Bouvet⁷

¹Hopital National de Niamey, Niamey, Niger, ²Hôpital Bichat Claude Bernard (AP-HP), GERES, Paris, ³Hopital National de Niamey, Niamey, ⁴EXPERTISE France, Paris, ⁵Hôpital Raymond Poincare (APHP), ENTRAIDE SANTE 92, Garches, ⁶Hôpital Ambroise Pare (AP-HP), ENTRAIDE SANTE 92, BOULOGNE BILLANCOURT, ⁷Hôpital Bichat Claude Bernard, GERES, Paris, France

Votre résumé : Objectifs. A l'HNN, les patients (Pts) atteints ou suspects de tuberculose pulmonaire (TP) sont souvent hospitalisés sans précaution particulière : locaux inadaptés, absence de matériel de protection et méconnaissance du risque par les soignants. Depuis 2012, un programme d'évaluation du risque de la transmission intra-hospitalière est en cours : analyse du circuit des Pts à microscopie positive (M+) [1], prévalence de l'infection tuberculeuse latente (ITL) chez les soignants [2], dépistage de la TP par méthode rapide [3]. Nous présentons les résultats du volet 1 et 2.

Méthodes. [1] Analyse descriptive du circuit des Pts-TPM+ hospitalisés en 2012-2013, des mesures d'isolement, des délais diagnostic et de mise en route du traitement. [2] Mesure de la prévalence de l'ITL par cas témoin (Test Quantiferon[®] Gold : QTF). Inclusion du personnel des unités à haut risque d'exposition : phtisiologie, médecine infectieuse (strate 1). Répartition des autres unités en 3 strates d'exposition variées : médecine (strate 2), chirurgie (strate 3), administrative (strate 4). Inclusion par tirage au sort de 3 « témoins », au sein de chacune des 3 strates à l'inclusion d'un soignant de la strate 1. **Résultats.** [1] 96 patients avec TPM+ ont été inclus: 23% VIH+, 10.5 % ont un antécédent de TP. Le délai d'apparition des symptômes est supérieur à 3 mois dans 42 % des cas. Le délai diagnostic est supérieur à 4 jours pour 29 % des cas. 50 % des Pts ont une M+ > 10 BAAR/champ. 72 % des Pts sont admis via les urgences sans précautions respiratoire en salle commune avant transfert en phtisiologie. [2] 259 agents ont été inclus (âge moyen : 39 ans, sexe ratio : 1.88), 73 % en strate 1 (24/33). Une exposition récente à un cas de TP était connue dans 31 % des cas : professionnelle (87 %), familiale (8 %). 41 % (106/259) des QTF sont positifs : ITL > 70 IU/ml (34 %) ; ITL compris entre 0.35 et 0.70 IU/ml (6%). Les taux de QTF positifs par strate sont les suivants : strate 1 (67 %), strate 2 et 3 (+/- 40 %) et strate 4 (32%). **Conclusion.** A l'HNN, les facteurs d'exposition du personnel et des patients à la TP sont importants (retard diagnostic et non isolement). Le taux d'ITL chez les soignants est plus élevé dans le service de référence. Ces résultats nous permettront de cibler les actions préventives avec introduction des précautions respiratoires. Accélérer le diagnostic par une méthode rapide s'avère aussi plus que nécessaire dans un pays où les mesures d'isolement pratiques font défaut.

Thème : Tuberculose

Code : S10.O2

**Complétude et efficacité de la chimioprophylaxie par isoniazide chez des adultes infectés par le VIH en Côte d'Ivoire
(essai Temprano ANRS 12136)**

Anani Dodzi Badje ¹, Raoul MOH ², Christine DANEL ³, Serge Eholie ⁴, Xavier ANGLARET ⁵

¹Programme PAC-CI/Site ANRS de Côte d'Ivoire, ²Dermatologie et Infectiologie, UFR Sciences Médicales, Abidjan, Côte d'Ivoire, ³Inserm, U897, Bordeaux, France, ⁴Dermatologie et Infectiologie,, UFR Sciences Médicales, , Abidjan, Côte d'Ivoire, ⁵Inserm U897, Bordeaux, France

Votre résumé : Contexte : La prophylaxie par isoniazide (INH) est recommandée par l'OMS chez toute personne infectée par le VIH n'ayant pas de tuberculose active. Elle est peu appliquée dans plusieurs pays pour plusieurs raisons (émergence de résistances, effets indésirables, observance, complétude, difficultés logistiques).

Objectif : Décrire la complétude, l'efficacité et la tolérance de la chimioprophylaxie par l'INH en Côte d'Ivoire.

Méthodes: L'analyse a porté sur les patients inclus dans l'étude Temprano ANRS 12136 (*N Engl J Med* 2015;373:808-22), essai multicentrique chez des adultes infectés par VIH1, avec des CD4<800/mm³ et sans critère de début de traitement ARV selon les recommandations OMS. Les patients étaient randomisés en 4 bras ; (i) ARV selon les recommandations OMS ; (ii) ARV selon les recommandations OMS et prophylaxie par 6 mois d'INH (iii) ARV immédiat, (iv) ARV immédiat et 6 mois d'INH. Le suivi était de 30 mois. En cas de suspicion de tuberculose, des cultures (avec antibiogramme en cas de positivité) étaient systématiquement réalisés.

Résultats : 2056 patients ont été suivis pendant 4755 patient-années, dont 1030 dans les bras avec INH (INH+) et 1026 dans les bras sans INH (INH-). La médiane de CD4 à l'inclusion était de 465/mm³ (IIQ : 369-573). Dans les bras INH+ 927 (90%) ont effectivement débuté l'INH, dont 868 (94%) l'ont reçu complètement et 59 (6%) l'ont arrêté prématurément dont 12 pour effets indésirables (6 pour hypertransaminasémie, 4 pour troubles neuropsychiatriques et 2 pour prurit). Le risque de survenue de tuberculose était réduit de 56% dans les bras INH+ par rapport aux bras INH- (Hazard Ratio 0,44; IC95% 0,28-0,66). Un antibiogramme était disponible dans 40 cas, avec 31 souches multisensibles et 9 ayant au moins une résistance (INH+, n=2 ; INH-, n=7).

Conclusion : La chimioprophylaxie par 6 mois d'INH est bien acceptée et suivie chez des adultes ayant des CD4 élevés. Elle réduit spectaculairement le risque de tuberculose sans augmenter le risque de résistance aux antituberculeux. Cette prophylaxie devrait être appliquée en Côte d'Ivoire.

Mycobacterium tuberculosis et activation immunitaire chez des sujets infectés et non-infectés par le VIH

Chloé Wyndham-Thomas ^{1,*}Violette Dirix ¹Véronique Corbière ¹Elodie Selis ¹Marie-Christine Payen ²Jean-Christophe Goffard ³Jean-Paul Van Vooren ³Françoise Mascart ¹

¹Laboratoire de Vaccinologie et Immunologie Mucosale, Université Libre de Bruxelles, ²Service des maladies Infectieuses, CHU St Pierre, ³Unité de traitement des immunodéficiences et Centre de référence SIDA, Hôpital Erasme, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique

Votre résumé : Introduction: Malgré un traitement antirétroviral (ARV) suppressif, une activation immunitaire résiduelle peut persister à long terme chez les sujets VIH+. Cette activation immunitaire généralisée (AIG) est associée à l'apparition précoce de maladies habituellement associées à l'âge (maladies cardiovasculaires, ostéoporose, etc.). Les causes de l'AIG sont multiples, et certaines co-infections chroniques sont impliquées. Si la co-infection par *M. tuberculosis* est une des plus fréquentes chez le patient infecté par le VIH, son implication dans l'AIG est méconnue.

Méthodes: Quarante-huit sujets non-infectés par le VIH et 74 sujets infectés par le VIH mais non traités ont été recrutés. Ces deux populations ont été classées selon leurs statuts infectieux vis-à-vis de l'infection par *M. tuberculosis* : tuberculose latente (TBI), tuberculose active (TBa), ou non infecté. L'expression des marqueurs cellulaires CD38 et HLA-DR par les lymphocytes T CD8+ ainsi que les taux plasmatiques des marqueurs solubles sCD14, D-Dimères et IL-6 ont été mesurés pour chaque individu, et comparés entre les différents groupes (Mann-Whitney U-test, p significatif <0.05). Ces marqueurs ont été à nouveau testés chez les sujets infectés par le VIH présentant une TBI et ceux non-infectés par *M. tuberculosis*, après suppression de la virémie sous ARV.

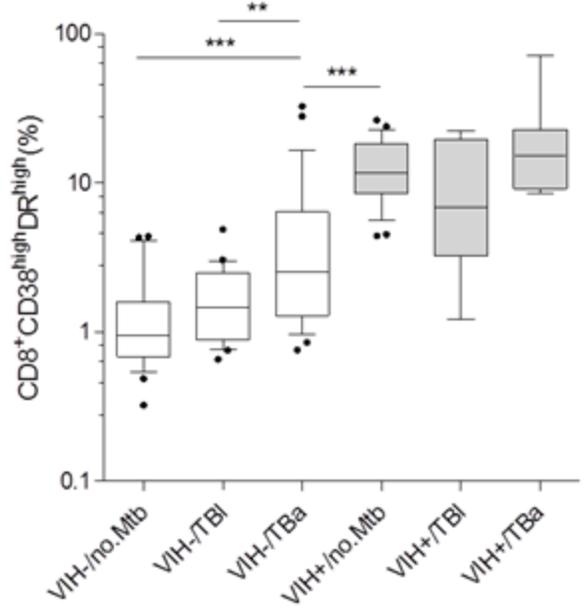
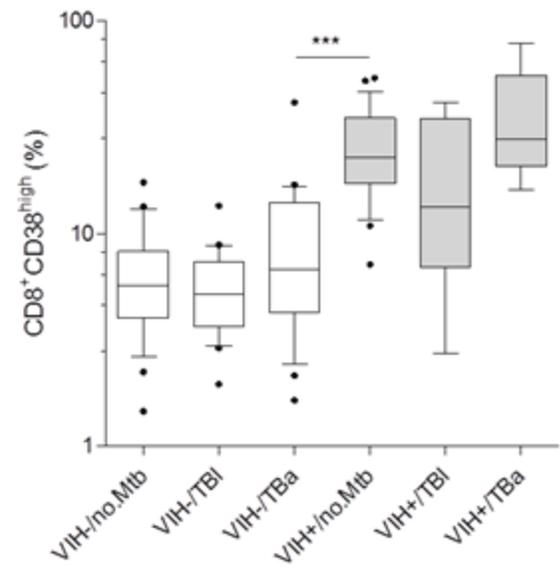
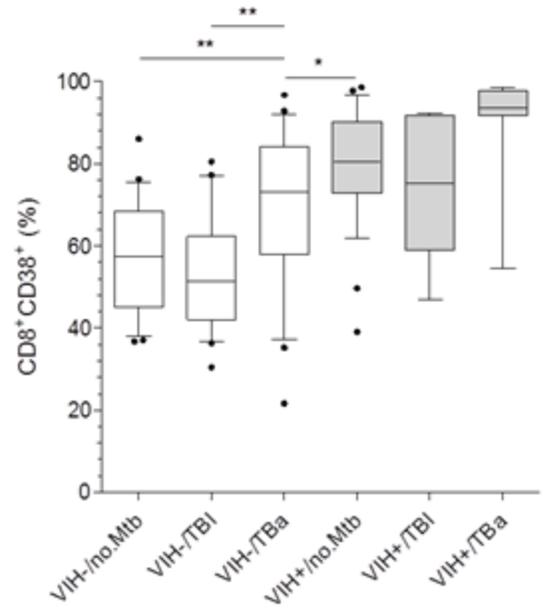
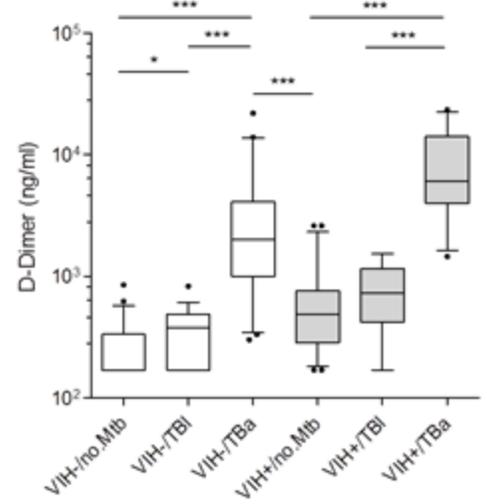
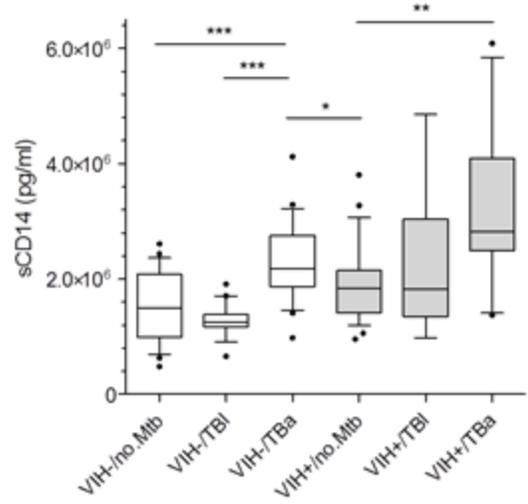
Résultats: La TBa est associée à une augmentation des marqueurs d'activation immune, tant chez les sujets infectés que chez ceux non-infectés par le VIH. Pour les sujets non-infectés par le VIH, le groupe présentant une TBI avait un taux significativement plus important de D-Dimères que le groupe non infecté par *M. tuberculosis*. Pour les sujets infectés par le VIH, la TBI n'était pas associée à une élévation des marqueurs d'activation, même après suppression de la virémie. Les taux de sCD14 et D-Dimères étaient significativement plus élevés chez les sujets TBa mono-infectés que chez ceux mono-infectés par le VIH.

Discussion: Le VIH et la TBa sont associés à une élévation des marqueurs d'activation immune, avec un effet cumulatif en cas de co-infection. L'implication de la TBI dans l'AIG est moins claire et des études à plus grands effectifs sont requises. Selon nos résultats, les marqueurs solubles pourraient offrir une meilleure sensibilité que les marqueurs cellulaires pour la détection de l'AIG induite par *M. tuberculosis*.

Soumettre un tableau ::

	VIH-/non.Mtb n=26	VIH-/LTBI n=21	VIH-/TB n= 27	p value (Kruskal-Wallis)
Age; médiane [écart]	31 [21-60]	36 [23-60]	37 [19-81]	0.48
Homme (%)	12 (46)	9 (43)	18 (67)	0.18
Caucasien (%)	24 (92)	16 (76)	8 (30)	<0.0001
Sub-Saharien (%)	0 (0)	3 (14)	11 (41)	NA
	VIH+/non.Mtb n=29	VIH+/LTBI n=8	VIH+/TB n=11	
Age; médiane [écart]	34 [22-67]	33 [25-66]	39 [28-52]	0.64
Homme (%)	21 (72)	5 (63)	7 (63)	0.46
Caucasien (%)	13 (45)	3 (38)	1 (9)	0.11
Sub-Saharien (%)	10 (34)	4 (50)	8 (12)	0.09
Taux de CD4 ⁺ ; médiane [écart]	589 [1-1065]	520 [98-606]	141 [25-587]	0.0088
%CD4 ⁺ ; médiane [écart]	24 [0.09-42]	20 [8-28]	14 [5-41]	0.37
CD4 ⁺ /CD8 ⁺ ; médiane [écart]	0.4 [0.0-8.0]	0.33 [0.1-0.6]	0.2 [0.1-1.8]	0.5
Charge virale; médiane [écart]	49200 [58-154000]	39265 [1765-464000]	100520 [20-712000]	0.77

Soumettre un schéma ::



Thème : Tuberculose

Code : S10.O4

Facteurs associés à la co-infection tuberculose multi-résistante et virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Togo

Anoumou Dagnra ^{1,*}Komi Adjoh ²Akouda patassi ³Essozimna Kadanga ¹Kodjo Dissé ¹Boukoulmé Hainga ⁴
¹LNR des Mycobactéries, ²PNLT, ³service des maladies infectieuses, CHU S.O, ⁴PNLT, PNL, Lomé, Togo

Votre résumé : Introduction. La tuberculose multi-résistante (TB-MDR) est un problème majeur de santé publique à cause de sa fréquence et des difficultés liées à son traitement. L'objectif de cette étude était de rapporter la fréquence de TB-MDR associée ou non VIH et de rechercher les facteurs associés à la TB-MDR/VIH.

Méthode. L'étude a été réalisée dans 2 populations : les patients tuberculeux en retraitement et les patients infectés par le VIH (PVVIH) et présentant pour la première fois des signes cliniques et radiologiques en faveur d'une tuberculose pulmonaire nouveau-cas (PVVIH-TPNC). Les échantillons de crachats ont été traités par GenExpert pour le diagnostic de la tuberculose et la résistance à la rifampicine. En cas de résistance à la rifampicine, un antibiogramme par la méthode de proportion sur milieu liquide (MGIT, BACTEC 960, Becton Dickinson), a été réalisé pour établir le profil de résistance aux antituberculeux de première ligne. Chez les patients en retraitement de la tuberculose, le dépistage du VIH a été effectué selon l'algorithme national en utilisant les tests rapides : DETERMINE (alere) et TRIDOT (J. Mitra).

Résultats .Un total de 404 patients ont été inclus dans l'étude répartis en 268 cas de tuberculose en retraitement et 152 cas de (PVVIH) suspects de tuberculose pulmonaire nouveau cas (PVVIH-TPNC). La tuberculose a été dépistée chez 268 patients réparties en 216 patients en retraitement et 52 PVVIH-TPNC avec une fréquence respective de 85,7% (216/268) et 34,2% (52 /152). Parmi les 268 cas de tuberculose diagnostiquée, la résistance à la rifampicine (TB-MDR) a été observée dans 28 cas (6,9%) dont 26 cas chez les patients en retraitement (12,3%). Chez les 196 patients en retraitement chez qui la sérologie VIH a été réalisés, 40 ont été positifs (20,4%). En fonction de l'infection à VIH, la fréquence de la TB-MDR était de 25% chez les patients en retraitement (10/40) contre 1,3% chez les PVVIH-TPNC (2/152) avec une différence statistiquement significative. Dans le groupe des patients en retraitement, le risque de développer une TB-MDR est 4 fois plus élevé chez les patients en échec du traitement que dans les autres types de retraitement (rechute ou reprise de traitement). Comparée aux résultats de l'antibiogramme par la méthode de proportion, la résistance à la rifampicine par GenExpert a été confirmée à 100%.

Conclusion. L'échec du traitement antituberculeux de première ligne est un facteur majeur associé de la co-infection TB-MDR/VIH.

Thème : Tuberculose

Code : S10.O5

Evaluation du profil clinique et évolution de la tuberculose entre enfant infecté et non infecté par le VIH

Taty Tshimanga ^{1,*}Faustin KITETELE ²

¹Soins Intensifs / Néonatalogie, Hopital Pédiatrique de KALEMBELEMBE/ Département de pédiatrie; cliniques universitaires de KINSHASA-Université de Kinshasa, ²Maladies infectieuses, Hopital Pédiatrique de Kalembembele, Kinshasa, République Démocratique Du Congo

Votre résumé : EVALUATION DU PROFIL CLINIQUE ET EVOLUTION DE LA TUBERCULOSE ENTRE ENFANT INFECTE ET NON INFECTE PAR LE VIH

Kitetele F^{1,2}, Lusiana J^{1,2}, Lelo P^{1,2}, Tshikandu T², **Tshimanga T**^{1,4} Mboma B², Akele C¹, Behets F³

1. Hôpital Pédiatrique de Kalembembele, Kinshasa/RDC 2.Ecole de santé Publique, Université de Kinshasa/RDC 3. School of Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill, North Carolina/USA 4. Département de pédiatrie , Cliniques Universitaires de Kinshasa de l'Université de Kinshasa/RDC

OBJECTIF:

Pour évaluer le profil et l'évolution clinique de la tuberculose (TB) chez les enfants infectés et non infectés par le VIH

MATERIEL ET METHODES :

Etude rétrospective des enfants soignés pour tuberculose à l'hôpital pédiatrique de Kalembembele entre janvier 2008-décembre 2012. Les données ont été collectées sur l'utilisation de la séropositivité, la présentation de la tuberculose et du résultat du traitement

RESULTAT :

Durant la période de l'étude 1009 enfants étaient suivis pour la tuberculose. L'âge moyen était de 4,33 ans avec 46,6% pour le sexe féminin. La sérologie à VIH après consulting a été réalisée chez 809 patients dont 441 (54,5%) s'est révélé positif.

Du point de vue clinique, parmi les enfants infectés par le VIH suivis pour la tuberculose 252 (57,1%) étaient âgés de plus de 5 ans , 106(24,0%) entre 6-10 ans et 83 (18,9%) entre 11-15 ans . parmi eux 52(11,6%) souffraient d'une tuberculose extra pulmonaire 5 (1,1%) avaient une baciloscopie positive, 28(6,3%) décédés durant le traitement parmi lesquels 17(60,7%) étaient âgés de 0,08 à 5 ans et 18(4%) ont abandonné le traitement .

En comparant les enfants infectés et non infectés, le profil de l'âge était presque similaire (76.4%, 16.3% and 7.3%), les enfants avec BK positif et le taux d'abandon était similaire (5.2% vs 4.0%). Cependant le taux de tuberculose extra pulmonaire était supérieur (19,9% vs 11,6%), pas de décès chez les enfants non infectés.

CONCLUSION :

Dans notre population l'infection à VIH est une des causes considérable de la morbidité et mortalité chez les enfants avec coïnfection tuberculeuse. Encourager le dépistage VIH chez les enfants soignés pour tuberculose et vice versa, serait un atout considérable dans la prise en charge de la tuberculose en milieu endémique.

Infections HPV et lésions cervicales chez les femmes VIH+ en Afrique subsaharienne : données issues des études transversales et longitudinales du projet HARP

Helen Kelly ^{1,*}Jean Ngou ²Tanvier Omar ³Olga Goumbri-Lompo ⁴Clare Gilham ⁵Precious Magooa-Mahalpe ⁶Florencia Djigma ⁴Bernard Sawadogo ⁴Admire Chikandiwa ⁶Marie-Noelle Didelot ⁷Nicolas Meda ⁴Nicolas Nagot ⁷Helen Weiss ⁵
Sinead Delany-Moretlwe ⁶Michel Segondy ⁷Philippe Mayaud ⁵

¹Recherche Clinique, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni, ²Recherche Clinique, Université de Montpellier, Montpellier, France, ³Recherche Clinique, Wits Reproductive Health and HIV Institute, Johannesburg, Afrique Du Sud, ⁴Centre de Recherche Internationale pour la Santé et Centre Hospitalier Universitaire, Ouagadougou, Burkina Faso, ⁵London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni, ⁶Wits Reproductive Health and HIV Institute, Johannesburg, Afrique Du Sud, ⁷Université de Montpellier, Montpellier, France

Votre résumé : Objectifs : Décrire l'épidémiologie des infections par HPV à haut-risque (HR-HPV) et des lésions du cancer du col dans une cohorte de femmes VIH+ en Afrique subsaharienne [Burkina Faso (BF) et Afrique du Sud (AS)].

Design de l'étude et méthodes : Inclusion de 1200 femmes VIH+ (600/site) suivies jusqu'à 16 mois (M16), 67% sous traitement antirétroviral (ARV). Dépistage par: test HPV (génotypage InnoLipa), cytologie par Pap test, inspection visuelle par IVA/IVL et coloscopie. Biopsies si au moins un test de dépistage positif. Marqueurs VIH (CD4, charge virale) et dépistage des IST.

Résultats : Inclusion de 1249 femmes (BF: 625, AS: 624). La prévalence de HR-HPV était de 51,8% (BF: 43,7%, AS: 59,7%), les types HR-HPV les plus fréquents étaient HPV52(22,2%), HPV16(14,0%), HPV35(13,6%) et HPV51(13,8%). La prévalence des CIN2+ était de 14,1% (BF : 5,7%, AS : 22,4%). Chez les femmes sous ARV, la prévalence de HR-HPV et des lésions CIN2+ était plus élevée chez les femmes traitées depuis moins de 2 ans par rapport à celles traitées depuis plus de 2 ans. Chez les femmes non traitées, la prévalence de CIN2+ était inversement corrélée au nombre de CD4+.

Au cours du suivi, chez les femmes HR-HPV+ à l'inclusion, le taux de persistance de l'infection par le même génotype était de 48%, le taux d'infection avec un autre génotype était de 26% et le taux de clairance était de 26%. Chez les femmes sans HR-HPV à l'inclusion l'incidence de l'infection par HR-HPV était de 49%. Au BF, la persistance HR-HPV était plus élevée chez les femmes non traitées par ARV par rapport aux femmes traitées (aPR=1.48 ; 95%IC :1.17-1.87). En AS, la persistance HR-HPV était plus élevée chez les femmes traitées pour moins de 2 ans par rapport aux femmes traitées depuis plus de 2 ans (aPR=1.34 ; 95%IC :0.98-1.84), et chez les femmes sous ARV avec charge virale plasmatique (CVP) ≥ 1000 c/ml vs. < 1000 c/ml (aPR=1.43 ; 95%IC : 1.01-2.02). L'incidence des CIN2+ était de 3,6% (BF:1,6%; SA :5,8%). Les femmes avec infection HR-HPV persistante présentaient un risque accru de CIN2+ incidente (aOR=8.34, 95%IC: 3.32-21.11).

Conclusion :Prévalence, persistance et incidence des infections HR-HPV et des lésions cervicales sont très élevées dans cette population, surtout en AS. Un traitement ARV prolongé et un taux élevé et stable de CD4+ ont un effet favorable sur le contrôle de l'infection HR-HPV et CIN2+.

LaoCol-VP : Performances de careHPV™ versus le frottis cervical pour la détection des lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH au Laos

Phimpha Paboriboune^{1,*}Keokethong Phongsavanh²Phetsamone Aroulangsy³Oukham Aphayarath²Khamphang Sourinphoumy⁴Prasit Phimmasone⁵Phichit Phandolack⁶Mixivang Xayaovong¹Nicole Ngo-Giang-Huong⁷Bruno Flaissier¹ Valentina Sanchez Picot⁸Christophe Longuet⁸

¹Ministere de la Sante, CICML, ²Hopital, Setthathirath, ³Univercite de Medecine, Labo d'Anapath, Vientiane, ⁴Hopital, Savanakhet, Savan, ⁵Hopital, Mahosot, Vientiane, ⁶Hopital, LaungPrabang, LaungPrabang, Lao, République Démocratique Populaire, ⁷Institut de Recherche et Développement, Virologie, Chiang Mai, Thaïlande, ⁸Fondation Merieux, Direction Medicale, Lyon, France

Votre résumé : **Contexte:** Au Laos, où le cancer du col utérin est le deuxième cancer le plus fréquent chez les femmes de 15 à 44 ans, seulement 3,9% des femmes bénéficient d'un dépistage par frottis cervical (5.6% des femmes vivant avec le VIH et 2.2% des femmes non infectées par le VIH). Le dépistage des papillomavirus humains (PVH) à haut risque oncogène a montré un intérêt dans les pays industrialisés. Un test simplifié, ne nécessitant pas d'infrastructure complexe, *careHPV™* ; pourrait contribuer au dépistage du cancer du col dans les pays à ressources limitées.

Objectif : Evaluer les performances de *careHPV™* versus le frottis cervical conventionnel (FCC) pour la détection des lésions cervicales précancéreuses et cancéreuses chez les femmes vivant avec le VIH au Laos.

Méthodes : Une étude transversale multicentrique a été menée de février 2014 à mai 2015. Elle a été systématiquement proposée aux femmes de 25 à 65 ans suivies en consultation dans quatre centres de prise en charge du VIH au Laos. Après consentement informé, les tests *careHPV™*, FCC et colposcopie, avec biopsie si besoin, ainsi qu'un génotypage PVH par PapilloCheck™, ont été effectués simultanément pour toutes les participantes. Chaque analyse a été faite en insu des autres résultats. Les traitements chirurgicaux nécessaires ont été fournis gratuitement.

Résultats : Au total 644 femmes ont été recrutées. Au moment de l'étude, l'âge médian est de 36 ans [IQR: 31-41] ; le délai médian depuis le diagnostic du VIH est de 4 ans [IQR: 1 à 6] ; 93% des femmes sont sous antirétroviraux avec une durée médiane de 3,5 ans ; le niveau des CD4 est de 368 /mm³ (nadir 149/mm³). Au total 35,3% des femmes ont un test *careHPV™* positif ; 19% une colposcopie anormale. Parmi elles 52 ont des lésions CIN1, 21 CIN2, 22 CIN3: et 5 carcinomes invasifs. Les performances comparatives des tests de dépistage *careHPV™* et FCC seront présentés.

Conclusion : Quelle que soit la méthode retenue, il est recommandé de renforcer le dépistage du cancer du col chez les femmes au Laos, particulièrement chez celles qui vivent avec le VIH

Evaluation de la minéralisation osseuse des femmes ménopausées et infectées par le VIH

Gninlgninrin Apollinaire Horo ^{1,*}baly ouattara ²eugène messou ³edèle aka ⁴mamourou kone ⁵didier ekouevi ⁶
¹GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE , UNIVERSITE FELIX HOUPHOUET BOIGNY , ²rhumatologie, université felix houpouet boigny, ³maladies infectieuses et tropicales, cepref, ⁴gynecologie obstetrique, université felix houpouet boigny, ⁵gynecologie obstetrique, unversité felix houpouet boigny, abidjan, Côte d'Ivoire, ⁶sante publique, université de lomé, lomé, Togo

Votre résumé : Les sujets d'âge avancé, sous anti-rétroviraux depuis une longue période ont un risque de déminéralisation accélérée de la masse osseuse.

Objectif : déterminer la prévalence des anomalies de la densité osseuse et les facteurs associés d'une population de femmes ménopausées en fonction du statut VIH.

Méthode : étude transversale sur une période de 5 mois du 1^{er} décembre 2013 au 30 avril 2014 dans un centre de suivi VIH à Abidjan. 138 femmes répondant aux critères d'inclusion suivants : avoir au moins 45 ans, être ménopausée (aménorrhée de plus de 12 mois), avoir un statut VIH documentée et donnée son consentement ont été retenues. L'ostéodensitométrie a été mesurée sur le rachis lombaire par absorptiométrie biphotonique à rayon X selon les critères de l'organisation mondiale de la santé (OMS).

Résultats : L'âge moyen des femmes était de 55,5 ans. La durée moyenne de la ménopause était de 8 ans [1-25] an. L'infection par le VIH₁ était la plus fréquente (84,4%). La numération lymphocytaire T (CD4) moyenne au dépistage était de 232,0 ± 148 éléments/mm³ et 513,5 ± 238 éléments/mm³ après traitement antirétroviral. 29,7% d'anomalies de la densité minérale osseuse ont été mis en en évidence. La régression logistique a mis en évidence comme facteurs associés à la déminéralisation : être infectée au VIH (OR=4,61, [1,55-13,72], p≤ 0,006, IC 95%), être ménopausée depuis plus de 10 ans (OR=6,24, [1,84-21,11], p≤ 0,003, IC 95%), avoir une hypocalcémie (OR=0,94, [0,90-0,98], p≤ 0,003, IC 95%).

Conclusion : L'évaluation de la minéralisation osseuse et la recherche de facteurs de risque fracturaire doivent donc faire partie des éléments de surveillance des pathologies du vieillissement du patient infecté par le VIH particulièrement dans les pays à ressources limités

Evolution du risque cardiovasculaire chez les patients infectés par le VIH-1 en fonction du sexe dans l'essai
Temprano ANRS 12 136

Calixte Haba Hebane Guehi ^{1,*}Delphine Gabillard ²Raoul MOH ³Hugues AHIBOH ⁴Anani Badjé ³Jean Baptiste N'Takpé ³
Menan Gérard Kouamé ³Serge Paul Eholié ⁵Xavier Anglaret ⁶Christine Danel ⁶

¹USAC, Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, Abidjan, Côte d'Ivoire, ²Unité INSERM 897, Université de Bordeaux, Bordeaux, France, ³Programme PAC-CI, ⁴CeDRoS, ⁵Service des maladies infectieuses et tropicales, CHU Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire, ⁶INSERM U897, Université de Bordeaux, Bordeaux, France

Votre résumé : Motif de l'étude: Le risque cardiovasculaire (RCV) est peu évalué chez les personnes infectées par le VIH en Afrique Sub-Saharienne. Notre objectif était de décrire l'évolution du risque cardiovasculaire (RCV) selon le sexe et de rechercher les facteurs associés à une augmentation de ce risque à 30 mois.

Méthodes : L'analyse a porté sur les adultes inclus dans l'étude Temprano ANRS 12136, comparant traitement précoce vs tardifs avec des CD4<800/mm³, sans critères de mise sous ARV (Danel C, et al, NEJM 2015). Le suivi était de 30 mois. Les scores de Framingham 2008 avec et sans biologie ont été mesurés à l'inclusion et comparés entre eux à l'aide du test de concordance kappa, leur évolution comparée entre M0 et M30, selon le sexe. Le score de Framingham 2008 sans biologie utilisait les variables sexe, âge, tabac, pression artérielle systolique (traitée ou non), indice de masse corporelle (ou cholestérol total et HDL pour Framingham avec biologie) et le diabète. Nous avons classé le RCV en faible (<10%), modéré (10-20%) et élevé (>20%). La recherche de facteurs associés à l'augmentation du RCV entre M0 et M30 a été effectuée par un modèle logistique avec le logiciel SAS 9.4.

Résultats : Parmi les 2056 patients inclus, 78% étaient des femmes, l'âge médian de 35 ans, les CD4 médian à 464/mm³, 6,3% une HTA, 6,8% avaient une obésité, 7,8% déclaraient fumer, 19% avaient un Cholestérol Total>5 mmol/l, 1% un diabète sucré. La concordance entre les équations de Framingham avec et sans biologie à l'inclusion était excellente (k= 0.82 [0.77- 0.84]). A 30 mois, 47 étaient décédés, 58 étaient perdus de vue, et 227 n'ont pas fait la visite M30, 24 avaient des données manquantes à M0 ou M30, 81 % avaient débuté les ARV. Chez les 1700 patients avec des données disponibles à M0 et à M30, le score de Framingham sans biologie évoluait comme suit entre M0 et M30 (voir tableau): La durée sous ARV n'était pas associée à l'élévation du risque entre M0 et M30 en analyse multivariable.

Conclusion : Le risque cardiovasculaire à 10 ans était plus élevé chez les hommes mais l'augmentation du risque entre M0 et M30 plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Dans les pays à ressources limitées, l'équation de Framingham sans biologie serait un moyen accessible pour l'évaluation du risque de maladies cardiovasculaires.

Soumettre un tableau ::

Evolution du risque cardiovasculaire à 10 ans selon le sexe. Essai Temprano (N=1700)

Framingham sans biologie RCV à 10 ans	Femmes (n=1340)		p	Hommes (n=360)		p
	M0	M30		M0	M30	
Risque élevé	0%	1,2%	0,0001	4,7%	5,8%	0,47
Risque modéré	1,8%	2,0%		13,3%	12,8%	
Risque faible	98,2%	96,8%		81,9%	87,4%	

Thème : Prise en charge

Code : S12.O1

Impact des directives de traitement du VIH de l'OMS sur les pratiques des prescripteurs des pays en voie de développement

Marco Vitoria¹Nathan Ford²Daniel Low-Beer²Boniface Dongmo Nguimfack²Sigrid Thierry³Vincent Habiyambere^{1,*}
¹VIH/SIDA, ²Département du VIH/SIDA - OMS/Genève, Organisation mondiale de la Santé (OMS), Geneva, Suisse, ³ Epidémiologie, Consultante indépendante, Vesoul, France

Votre résumé : Objet: L'OMS a publié des directives d'utilisation des ARV en 2002 et les a mises à jour successivement en 2003, 2006, 2010, 2013 et en 2015. Cette étude a pour objectif de mesurer l'impact des nos directives sur l'utilisation des ARV dans les pays en voie de développement.

Methodes: Nous avons conduit une enquête sur l'utilisation des ARV chaque année dans plus de 80 pays depuis 2006. Des analyses transversales année par année ont été complétées par des analyses longitudinales sur 18 pays ayant répondu systématiquement à notre enquête depuis 2009. Chaque enquête a couvert plus de 80% de personnes sous ARV.

Résultats: L'analyse longitudinale montre que la combinaison d'ARV la plus utilisée en 1^{ère} intention chez les adultes et adolescents a varié en fonction des nouvelles directives : d4T+3TC+NVP a été le plus prédominant depuis le début, puis AZT+3TC+NVP à partir de 2011 conformément aux directives de 2010, et enfin TDF+3TC+EFV à partir de 2013 conformément aux recommandations OMS de 2013. Ainsi, la proportion des traitements à base de d4T a diminué de 52% en 2008 à 1% en 2014 ; celle d'AZT a diminué de 42% en 2011 à 30% en 2014 et celle de TDF a augmenté de 11% en 2011 à environ 70% en 2014. La combinaison TDF+XTC+EFV continuera son ascension car les nouvelles recommandations de l'OMS l'ont retenue comme traitement de premier choix en 1^{ère} intention chez les adultes et les adolescents.

Ces avancées vers les traitements plus efficaces et plus sûrs ont été possibles grâce à l'adoption des directives de l'OMS dans les politiques nationales et la disponibilité des génériques à fixe dose combinée préqualifiés par l'OMS et accessibles à des prix plus bas environ 100 dollars par personne par an.

Malgré ces effets positifs, notre étude montre une multitude de régimes d'ARV : en 2014, il y avait 73, 124 et 97 traitements successivement de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} intention chez les adultes ; 42, 56 et 28 traitements successivement de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} intention chez les enfants. Un nombre élevé de traitements conduit à la segmentation du marché et enlève la possibilité de tirer profit de l'économie d'échelle lors des approvisionnements au niveau national.

Conclusion:Pour plus d'efficacité lors des approvisionnements et pour faciliter la formation du personnel, nous recommandons aux pays de réduire le nombre de régimes ARV selon les recommandations de l'OMS. Ceci facilitera la possibilité de mettre plus de patients sous ARV vers l'objectif 90-90-90 en 2020.

Thème : Prise en charge

Code : S12.O2

Prévalence et caractéristiques des patients infectés par le VIH perdus de vue au cours du 2ème semestre 2014 dans le Service des maladies infectieuses de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière

Nadine Ktorza ^{1,*}Amelia Denis ²Rachid Agher ²Christine Blanc ¹Yasmine Dudoit ¹Ludovic Lenclume ¹Patricia Bourse ¹Philippe Louasse ²Roland Tubiana ¹Marc Antoine Valantin ¹Christine Katlama ¹
¹Maladies Infectieuses, ²COREVIH, PITIE SALPETRIERE, PARIS, France

Votre résumé : Un suivi au moins semestriel est recommandé pour les patients VIH. Les patients en rupture de suivi nécessitent un repérage systématique pour permettre leur retour dans le système de soins.

Objectifs:

Evaluer la prévalence des patients réellement perdus de vue (PDV) parmi les patients sans recours hospitalier depuis >6 mois. Caractériser cette population PDV selon des critères médicaux, démographiques et psychosociologiques. Evaluer la CV des patients non PDV revenus avec un délai >6 mois entre 2 consultations.

Méthode: Etude observationnelle descriptive monocentrique.

3000 patients ont consulté au cours du 1^{er} semestre 2014, 336 (11%) n'ont pas de recours enregistré au 2^{ème} semestre. Les patients pour lesquels aucune information n'a été obtenue constituent la population des PDV.

Etapes de recherche des PDV chez les patients sans recours depuis >6 mois :

Tableau

Résultats:

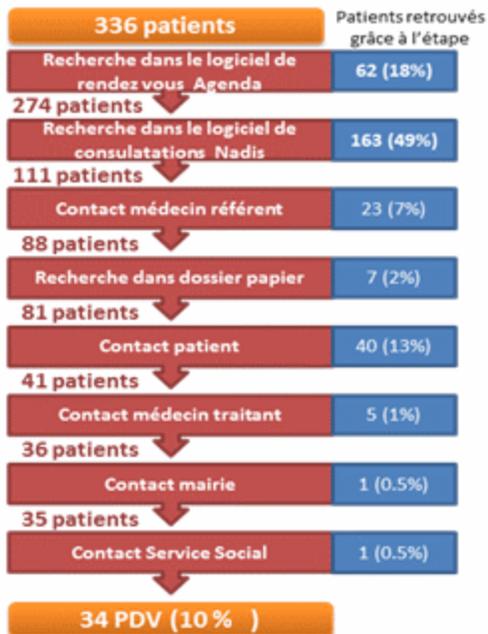
Après recherche, 34 patients ont été classés PDV:10% des patients non revus au 2ème semestre 2014 et 1% du total de la file active.

Nous avons donc retrouvé 302/336 patients : 186 (62%) sont revenus consulter en 2015 dont 157 spontanément:59 dans un délai de 6 à 8 mois, 37 entre 8 et 10 mois, 35 entre 10 et 12 mois et 26 au-delà de 12 mois, dont respectivement 2%,11% , 11% et 15% avec une CV>50 cp/ml. 12(4%) sont revenus suite à un contact dans le cadre de l'enquête. 89(29%) étaient suivis ailleurs en France, 16(5%) étaient partis à l'étranger, 9(3%) étaient décédés, 17(9%) avaient eu un recours non enregistré,1 était en prison, 1 ne désirait plus se faire suivre.

Caractéristiques des 34 PDV aux dernières nouvelles : âge médian: 41 ans. 22 (65%) sont des hommes. 16 (47%) sont originaires d'Afrique subsaharienne, 27(79%) prenaient un traitement ARV, 9(35%) ont une CV>50cp/ml. 41% n'avaient pas de logement personnel, 35% un problème psychiatrique, 26% étaient en situation irrégulière, 26% sans emploi, 21% avaient déjà été en rupture de soins dans le passé, 9% avaient une addiction au cannabis, 6% à une autre drogue, 8% un alcoolisme chronique, 6% avaient fait un séjour en prison.

Conclusion: la prévalence des patients PDV est faible:1% de la file active du 1^{er} semestre 2014. 8% de patients consultant avec un délai > 6 mois avaient une CV >50 cp/ml. 12(4%) sont revenus grâce à une sollicitation dans le cadre de l'enquête. La prévalence élevée de marqueurs de précarité sociale et de comorbidité psychiatrique chez les PDV incitent à une prise en charge renforcée chez ce type de patients.

Soumettre un tableau ::



Thème : Prise en charge

Code : S12.O3

Impact de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) sur le partage du statut sérologique VIH entre partenaires sexuels au CHU Sylvanus Olympio (CHU SO), Lomé - Togo

Abdou Gafarou Gbadamassi^{1,*}Akouda Patassi²Rabiatou Darago²Christian Courpotin³Anoumou Dagnra⁴Xavier Assamagan⁵

¹Pneumologie-Phtisiologie et Maladies Infectieuses, ²CTA / Maladies Infectieuses, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, ³Expert, OPALS, Paris, France, ⁴LNR, CHU Sylvanus Olympio, ⁵Coordination, Expertise France Togo, Lomé, Togo

Votre résumé : Objectif : Le but de cette étude était de démontrer l'apport de l'ETP sur le partage du statut VIH entre les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) adultes suivis au CHU SO et leurs partenaires sexuels.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective menée auprès de 355 PVVIH âgés de plus de 15 ans initiant la trithérapie antirétrovirale (TARV) entre le 02 juin 2010 et 30 novembre 2010 au CHU SO. Au décours du diagnostic éducatif, effectué chez tous les 355 PVVIH au cours de la période, 139 patients avaient affirmé n'avoir plus ou pas de partenaire(s) sexuel(s). Par contre, 216 patients avaient affirmé n'avoir pas encore partagé leur statut avec leur(s) partenaire(s) sexuel(s). Ces derniers avaient alors bénéficié de séances d'ETP de groupe centrées sur le partage du statut VIH. Un test VIH était proposé gratuitement au partenaire avec qui le statut avait été partagé. Les 216 patients ont été répartis dans 14 groupes d'ETP. Les groupes étaient fixes. A chaque séance un groupe était tenu par deux éducateurs formés. Les frais de déplacement des patients étaient assurés par l'aide financière d'Expertise France (Ex GIP ESTHER). Il y avait 2 à 3 séances d'ETP de groupe par mois jusqu'au 31 mai 2012. Un système de rappel téléphonique de rendez-vous de la séance, de relance téléphonique en cas d'absence, ainsi que des visites à domicile avait été mis sur pied.

Résultats : Au cours de la période d'étude, chaque groupe a bénéficié de 4 séances chacun avec un total de 156 femmes de 30 à 57 ans et 60 hommes de 34 à 57 ans. 6 patients ont été perdus de vue et non retrouvés (5 femmes et un homme). Au décours de la période des 24 mois, 101/151 (66,8%) femmes contre 42/59 (71,1%) des hommes ont partagé leur statut avec leur partenaire sexuel ($p < 0,05$). La sérologie des 143 partenaires, avait permis de déterminer 18 couples sérodifférents et 125 couples séropositifs. La séropositivité des femmes dans les couples sérodifférents était de 15/18 (83,3%) contre 3/18 (16,7%) chez les hommes ($p < 0,001$). **Conclusion :** L'ETP peut constituer un des moyens efficaces au partage du statut sérologique du VIH entre partenaires sexuels, gage d'une bonne observance. **Mots clés :** ETP, partage du statut VIH, observance, Lomé.

Thème : Prise en charge

Code : S12.O4

Accès à une couverture maladie parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile de France

Nicolas Vignier^{1,*}Olivier Bouchaud²Andy Ravalihasy³Anne Gosselin³Julie Pannetier³France Lert⁴Nathalie Bajos⁴
Nathalie Lydié⁵Annabel Desgrées du Loû³Rosemary Dray-Spira¹

¹Equipe de recherche en épidémiologie sociale, IPLESP, INSERM, UMR_S 1186, Paris, ²Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpitaux Universitaires Paris Seine St Denis, Bobigny, ³CEPED, IRD, ⁴CESP, INSERM, ⁵INPES, Paris, France

Votre résumé : Objet de l'étude

Un des déterminants majeur de l'accès aux soins est l'obtention d'une couverture maladie. L'objectif de ce travail était d'étudier les déterminants de l'accès et de la perte de celle-ci parmi les immigrés d'Afrique subsaharienne après leur arrivée en France.

Méthodes

L'enquête ANRS-Parcours a été menée en 2012-2013 en Ile de France auprès de 3 échantillons aléatoires de personnes nées en Afrique subsaharienne en Ile de France : 749 suivis à l'hôpital pour une infection VIH (PVVIH), 619 suivis à l'hôpital pour une hépatite B chronique (PVHBC) et 547 consultants dans des centres de médecine générale (PMG).

Les facteurs associés à l'obtention et à la perte d'une première couverture maladie ont été analysés année par année à l'aide d'un modèle de régression logistique multivariée à temps discret.

Résultats

Au moment de l'enquête, 2,9/4,0/8,3% des PVVIH/PVHBC/PMG n'avaient pas de couverture maladie ; 21,9/18,6/22,3% étaient bénéficiaires de la CMU et 6,8/23,5/11,0% de l'AME. Parmi les bénéficiaires de la sécurité sociale, 61,6/67,8/66,6% avaient une assurance complémentaire privée.

La majorité des participants avaient accédé à une couverture maladie l'année de leur arrivée (IQR 1-2), sans différence entre les 3 groupes.

Les participants avaient plus de chance d'avoir accédé rapidement à une couverture maladie si ils étaient arrivés en France après 2000 (OR=1.59 [1.29-1.95]). Cet accès était aussi facilité par le contact avec le système de soins à l'occasion d'une grossesse (OR=1.56 [1.15-2.12]), d'une hospitalisation (OR=3.43 [1.80-6.53]), du diagnostic du VIH (OR=2.76 [2.13-3.58]) ou de l'hépatite B (OR=3.10 [2.21-4.34]).

Les freins à l'obtention de la couverture maladie étaient l'absence de titre de séjour (OR=0.45 [0.29-0.71]) et l'absence de ressources (OR=0.52 [0.33-0.80]).

La perte de la couverture maladie concerne 1 à 2% des participants par an les 4 années qui suivent son obtention, et est associée à la perte ou l'absence de titre de séjour.

Conclusion

L'accès à une couverture maladie est rapide pour la majorité des migrants après leur arrivée en France et semble s'être amélioré après la mise en place de la CMU et de l'AME en 2000 (date de la loi instituant ces régimes). La précarité sociale et/ou administrative constitue quant à elle un frein à l'accès à une couverture maladie, alors que les contacts avec le système de soins un facteur favorisant. La perte du droit au séjour est un déterminant important des ruptures de couverture maladie.

L'infection par le VIH-1 et sa progression sont associées à une forte expression de Tim-3 par les cellules T

Moustapha Mbow ^{1,*}Mbade Ngom ²Makhtar Camara ¹Geraldine Daneau ³Luc Kestens ³Souleymane Mboup ¹Tandakha Ndiaye Dieye ¹

¹Unité d'Immunologie du laboratoire de Bactériologie et Virologie de l'hôpital Aristide le Dantec, Centre Hospitalier National de l'Université Cheikh Anta Diop, ²Unité d'Immunologie du laboratoire de Bactériologie et Virologie de l'hôpital Aristide le Dantec, Centre Hospitalier National de l'Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal, ³Immunologie, Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique

Votre résumé : Objectif de l'étude: L'infection par le VIH est caractérisée par une déficience immunitaire progressive suite à une réponse aberrante ou inefficace des cellules T. Cependant, les mécanismes sous-jacents de la dérégulation des fonctions immunitaires ne sont encore bien élucidés. Il a été suggéré que Tim-3 (T-cell Ig domain and mucin domain), impliquée dans l'inhibition des fonctions cellulaires, serait associée à une régulation du système immunitaire au cours des infections virales ou des maladies auto-immunes. C'est ainsi que nous nous sommes proposés de déterminer l'expression de Tim-3 au niveau des cellules T au cours de l'infection par le VIH.

Méthodes : Nous avons recruté une population d'étude de 39 personnes réparties en deux groupes selon le statut infectieux (témoins, n = 10 ; VIH+, n = 29 patients). Les patients infectés par le VIH ont été répartis en trois groupes selon la progression de la maladie : témoins, n = 10 ; CD4 < 200µl, n = 8 ; CD4 compris entre 200µl et 500µl, n = 9 ; CD4 > 500µl, n = 12. Pour chaque sujet, les cellules mononuclées du sang périphérique ont été recueillies pour la détermination de Tim-3 en utilisant la cytométrie de flux. Les résultats obtenus ont été analysés par le logiciel FlowJo version 10.01 et les tests statistiques réalisés par les logiciels SPSS 17.00 et Graph Pad Prism 5.03.

Résultats obtenus: Nos résultats ont montré que l'expression de Tim-3 par les cellules T CD4⁺ et CD8⁺ était significativement plus élevée chez les patients infectés par le VIH par rapport aux contrôles. Cette expression de Tim-3 au niveau des cellules T CD4⁺ et T CD8⁺ était aussi plus importante chez les patients présentant de faibles taux de CD4⁺ par rapport aux patients immunocompétents et aux contrôles (P < 0,001 et P = 0.002 respectivement). Ceci a été confirmé par la corrélation inverse entre le taux de CD4⁺ et l'expression de Tim-3 par les cellules T CD4⁺ et T CD8⁺ (r = -0.546; P = 0.003 et p = et r = -0,395, P = 0,038 respectivement).

Conclusion: En définitive, la forte expression du marqueur d'exhaustion Tim-3 suggère que cette molécule contribue à l'altération des fonctions effectrices des cellules T au cours de l'infection par le VIH et sa progression. Ainsi Tim-3 peut être utilisé comme biomarqueur pour la sévérité de l'infection par le VIH et l'utilisation de ses antagonistes pourrait être importante dans la prise en charge de l'infection.

Thème : Physiopathologie

Code : S13.O2

Rôle du polymorphisme de la molécule d'adhésion CD209L (L-SIGN) dans l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine VIH-1 et le développement de la maladie

Naouar Fayssel^{1,*}Rajaa Bensghir²Ahd Ouladlehsen²Houria Abdelghaffar³Laila Amar¹Imane Zaidane¹Hassan Lamdini² Mustapha Sodqi²Hanâ Baba¹Meriem Khyatti¹Soumaya Benjelloun¹Lamia Miri¹Kamal Marhoum El Filali²Sayeh Ezzikouri¹Lahcen Wakrim¹

¹Département de recherche, Institut Pasteur du Maroc, ²Service des maladies infectieuses, CHU, Casablanca, ³Laboratoire de biochimie, environnement & agroalimentaire, Faculté des Sciences et Techniques, Université, Mohammedia, Maroc

Votre résumé : L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) demeure l'un des principaux problèmes de santé du 21^{ème} siècle à l'échelle mondiale. Cette pandémie a été responsable de plus d'un millions de décès en 2014. Plusieurs facteurs génétiques ont été associés à la susceptibilité à l'infection et à la physiopathologie du SIDA. Dans ce contexte, les molécules d'adhésion DC-SIGN et L-SIGN (Dendritic Cell-Specific Intercellular adhesion molecule-3-Grabbing non-integrin) sont connues pour moduler l'infection du VIH-1 par la capture des virions et leur transmission aux cellules immunitaires par un processus appelé trans-infection. La région neck de la molécule L-SIGN est importante pour une liaison efficace avec la protéine de l'enveloppe du VIH-1. L-SIGN est polymorphe sur l'exon 4 codant pour cette région. Elle contient un nombre variable de répétitions en tandem. Notre travail a porté sur une étude génétique d'association de ce polymorphisme à l'infection par le VIH-1 chez des patients infectés par le VIH-1 (n = 139) et des patients témoins séronégatifs (n = 109). Les différents génotypes L-SIGN ont été identifiés par PCR après extraction de l'ADN à partir des cellules mononuclées du sang périphérique. Le test χ^2 et le test exact de Fisher ont été utilisés pour l'analyse statistique de cette association. Un total de 9 génotypes a été identifié dans la région neck de la molécule. La distribution génotypique entre les patients infectés et les témoins a montré que la fréquence du génotype 6/5 est significativement plus élevée chez les sujets infectés par le VIH par rapport aux témoins. Ce qui suggère que ce génotype pourrait être associé à la susceptibilité à l'infection par le VIH.

Mots-clés: L-SIGN. VIH-1. Association génétique. Polymorphisme.

Etude pilote de l'élimination du VIH et du VHB de la mère à l'enfant à N'djamena, Tchad

Ali Mahamat Moussa ^{1,*}Fissou Henry Yandai ²Djidda Abakar Oumar ³Khadidja Attimer ³Ngouam Sile ³Mahamat Pierre ⁴Ali Doutoum ²Goudjo Abdon ⁵Jean Louis Demarquez ⁶

¹ Point Focal de Lutte contre Les Hépatites, Ministère de La Santé Publique, ²Service de Laboratoire, ³Service de Pédiatrie, ⁴Gynécologie, Hopital de La Mere et de L'Enfant, ⁵Ministère de La Santé Publique, AFD, Ndjamen, ⁶CHU Bordeaux, CHU, Bordeaux, Tchad

Votre résumé : Introduction : Selon l'ONU-SIDA et l'OMS plus de 712 enfants sont infectés chaque jour par le VIH. Le VIH et le VHB ont les mêmes modes de transmissions. La majorité des infections du VIH et du VHB chez l'enfant sont dues à la TME pendant la grossesse, à l'accouchement ou à l'allaitement. L'objectif de cette étude de déterminer les taux d'infection à VIH et à VHB chez les parturientes et l'élimination de la TME Mère - Enfant.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective effectuée de 2013 à 2014. Les parturientes reçues pour accouchement, sans connaissance des statuts sérologiques du VIH et du HBV ont reçues de counseling aux dépistages. Sur les consentantes, 2 ml du sang ont été recueillies par ponction veineuse. Le dépistage du VIH a été effectué par les tests Determine™ HIV_{1/2} Ag/Ab Combo et Immuno Comb II Bispot HIV_{1/2}. Celui du HBV par le test AgHBs Determine. Les femmes positives au VIH ont reçue de Duovir-N avant l'accouchement et leur enfant des ARV selon le protocole nationale PTME. Les nouveau-nés des femmes porteuses de l'AgHbs ont reçues du vaccin Euvax B à la naissance. Les nouveau-nés exposés au VIH ont été dépistés à la sixième semaine par PCR.

Résultats : Des 10000 parturientes prévues, 9693 (99,93%) ont été enquêtées, 85 (0,87%) ont refusé le test de dépistage. Pour le VIH, 444 (4,58%) parturientes ont été séropositives, parmi lesquelles, 272 (2,83%) des nouveaux cas et 172 (1,8%) des anciens sous TARV. Par contre, 384 (4%) parturientes ont été positives à l'AgHbs et dont 36 (0,37%) cas de co-infectées VIH et HBV. 434 nouveaux nés des mères porteuses du VIH ont reçu le traitement prophylactique ARV, et 382 nouveaux nés des mères porteuses de l'AgHbs ont reçu la première dose du vaccin anti VHB à la naissance suivie par les 3 doses de PEV avec le pentavalent.

Conclusion

Cette étude a révélé un taux important des femmes non dépistées pendant la CPN, et rattrapées par l'approche PTME de sauvetage en salle d'accouchement. L'évaluation de cette stratégie est en cours pour pouvoir déterminer les taux de transmission des virus de la mère à l'enfant et l'immunisation des nouveau-nés par le vaccin. Nous pensons que cette approche pourra être vulgarisée à l'échelle nationale.

Cascade d'accès au traitement antirétroviral et rétention des enfants infectés par le VIH dans la collaboration leDEA West Africa (pWADA)

Valériane Leroy^{1,7} Kouadio Kouakou² Karen Malateste³ Lorna Renner⁴ Sylvie N'Geche⁵ Fatoumata Dicko⁶ A. Ephoevi-Ga⁷ Sophie Desmonde¹ Madeleine Amorissani-Folquet⁸ Syriathou Koumakpai⁹ Haby Signaté-Sy¹⁰ Fla Kouéta¹¹ Tanoh Eboua¹²
¹U897, Inserm, Bordeaux, France, ²Service de pédiatrie, CIRBA, Abidjan, Côte d'Ivoire, ³Institut d'Epidémiologie et Santé Publique, Université de Bordeaux, Inserm, Bordeaux, France, ⁴Service de pédiatrie, Hopital Korlebu, Accra, Ghana, ⁵Service de pédiatrie, CEPREF-Enfants, Abidjan, Côte d'Ivoire, ⁶Service de pédiatrie, CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali, ⁷Service de pédiatrie, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, ⁸Service de pédiatrie, CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire, ⁹Service de pédiatrie, CHNU Hubert Maga, Cotonou, Bénin, ¹⁰Service de pédiatrie, CHU Albert Royer, Dakar, Sénégal, ¹¹Service de pédiatrie, CHU Charles de Gaulle, Ouagadougou, Burkina Faso, ¹²Service de pédiatrie, CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire

Votre résumé : Objet de l'étude: L'attrition dans le continuum de soins des enfants infectés par le VIH depuis leur diagnostic jusqu'à l'initiation du traitement antirétroviral (TAR) n'est pas bien connue. Nous avons effectué une analyse de la cascade de rétention pré-TAR et post-TAR à 12 mois chez les enfants du réseau leDEA en Afrique de l'Ouest (pWADA).

Méthodes: Nous avons regroupé les données des cohortes pédiatriques du réseau pWADA. Tous les enfants infectés par le VIH-1, âgés de 0-19 ans et naîfs de TAR à l'inscription dans les programmes de soins VIH ont été inclus de 2004 à 2014. Nous avons décrit les proportions d'enfants initiant un TAR et les occasions manquées de TAR (décès, perte de vue [PDV]) depuis l'entrée de programme ou le diagnostic du VIH, puis la rétention sous TAR 12 mois après initiation, dans les différentes catégories d'âge.

Résultats: Nous avons inclus 7,706 enfants dans 11 sites (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali, Sénégal, Togo) ; 56,7% étaient des filles, l'âge médian était de 6 ans (intervalle interquartile [EIQ]: 2;12 ans), la médiane de CD4 était de 439/mm³ ou 17%. Globalement, 63,3% des enfants ont débuté un TAR; 2,8% sont décédés, 8,0% n'ont pas débuté de TAR, et 25,9% étaient PDV avant le TAR. La durée médiane de suivi entre inclusion et TAR était de 2 mois (EIQ: 0-9 mois). 12 mois après initiation du TAR, 93,2% restaient traités, 3,6% étaient décédés et 3,2% étaient PDV. Les enfants âgés de 15-19 ans et ceux âgés de <2 ans avaient les plus faibles taux d'initiation du TAR par rapport aux autres âges. Chez les enfants <2ans, l'accès au TAR était de 42,3% et la rétention sous TAR de 92,2% à 12 mois. Ces proportions respectives étaient de 79,8% et 94,2% chez les enfants de 2-5 ans; 80,3% et 94,0% chez les enfants de 5-10 ans; 78,8% et 92,4% chez les enfants de 10-15 ans ; et 68,2% et 83,3% chez les enfants de 15-19 ans.

Conclusion: De nombreux obstacles à l'initiation du TAR demeurent chez les enfants ouest-africains, avec un risque important de perte de vue avant le début du TAR, qui peut aussi représenter une mortalité non identifiée. Malgré les directives de l'OMS depuis 2010 pour prioriser l'accès au TAR chez les enfants de <2 ans, leur accès reste limité. En outre, les adolescents âgés de 15-19 ans ont également un accès et une rétention sous TAR plus bas que les autres âges. Les enfants aux extrémités du spectre de l'âge pédiatrique ont besoin d'interventions plus efficaces et ciblées pour améliorer leur prise en charge.

Thème : Enfants et adolescents

Code : S14.O3

Echec virologique et résistance aux ARV au sein de la population pédiatrique togolaise sous traitement antirétroviral

Mounerou Salou ^{1,*}Anoumou Dagnra ¹Christelle Butel ²Nicole Vidal ²Elom Takassi ³Abla A. konou ¹Spero Houndenou ⁴
Sylvia Dapam ⁵Assetina Singo-Tokofaï ⁶Mireille Prince-David ¹Eric Delaporte ²Martine Peeters ²

¹Laboratoire Biolim, Université, Lomé, Togo, ²UMI 233, Institut de Recherche pour le Développement (IRD), INSERM U1175 and Université de Montpellier, IRD, Montpellier, France, ³Pédiatrie, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, ⁴AED Kara, Kara, ⁵Espoir Vie Togo, ⁶PLNS/IST Togo, Lomé, Togo

Votre résumé : Introduction: À l'échelle mondiale, l'accessibilité des enfants et adolescents au traitement antirétroviral (TAR) reste faible comparée à celle des adultes. Aussi, sont ils plus à risque en termes d'échec virologique et d'émergence des mutations de résistance au cours du TAR.

Objectifs: Documenter la résistance aux ARV au sein des patients d'âge pédiatrique ayant acquis l'infection à VIH par voie verticale et bénéficiant du TAR au Togo

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude transversale menée de juin à septembre 2014 au Togo. A l'occasion du bilan de suivi de routine, la charge virale (CV) a été offerte aux enfants et adolescents sous TAR>12 mois.

La charge virale HIV-1 a été réalisée à partir du plasma sur l'équipement m2000rt (Abbott). A partir des prélèvements DBS, le génotypage de résistance a été entrepris lorsque la CV>1000 copies/ml

Résultats : Nous avons inclus 283 patients infectés par le VIH-1 dont 167(59,02%) adolescents et 116(40,9%) enfants ; 20 patients avaient un âge < 5ans. La durée médiane de TAR était de 48 mois (IQR 28-68 mois). La combinaison thérapeutique (AZT+3TC + NVP/EFV) était la plus utilisée (80,6%) (228/283) et 28 patients (9,9%) avaient un TAR à base d'inhibiteurs de protéase (IP). La charge virale était indétectable (<40 copies/ml) pour 102 (36%) patients, comprise entre 40 et 1000 copies/ml pour 35(12,4%) et elle était > 1000 copies/ml pour 146 (51,6%). Le génotypage de résistance a été possible pour 125 patients (85,6%) sur les 146 dont 110/125(88%) avaient des mutations associées à la résistance aux classes des inhibiteurs de la Reverse Transcriptase, 3 (2,7%) étaient résistants aux (INRT+ +INNRT+ IP) et 7(5,6%) étaient sensibles. Au total, sur la base des données du génotypage, 86%(108/125) des enfants et adolescents en échec virologique étaient soit en monothérapie ou n'avaient plus de molécules actives dans leur trithérapie au moment du prélèvement.

Conclusion : La trithérapie antirétrovirale dans les conditions actuelles de prise en charge est inefficace pour les enfants et les adolescents au Togo. L'accessibilité au suivi virologique est une urgence afin de détecter précocement l'échec virologique et éviter ainsi une issue dramatique au TAR à long terme.

Mots clés : HIV, échec virologique, résistance, enfants, adolescents, traitement antirétroviral

Morbidité différentielle à 12 mois entre un traitement basé sur l'EFV vs LPV/r chez des enfants en succès virologique 12 mois après traitement basé sur le LPV/r initié <2 ans à Abidjan et à Ouagadougou

Tanoh Kassi François EBOUA ^{1,*}Karen MALATESTTE ²Nina DESCHAMP ³Caroline YONABA ⁴Clarisse BOSSE ⁵
Véronique MEA ⁶Sylvie OUEDRAOGO ⁷Sylvie NGBECHE ⁸Ludovic KAM ⁹YE Diarra ¹⁰Madeleine FOLQUET
AMORISSANI ⁶Divine AVIT ¹¹Désiré DAHOUROU ¹²Marguerite TIMITE-KONAN ¹¹Valériane LEROY ¹³

¹Mère-enfant, CHU Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire, ²Santé publique, ISPED, Bordeaux, France, ³Programme de recherche, ANRS PAC-CI, Abidjan, Côte d'Ivoire, ⁴Mère enfant, CHU Yalgado, Ouagadougou, Burkina Faso, ⁵ Recherche, ANRS PAC-CI, ⁶mère enfant, CHU Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire, ⁷mère enfant, CHU Charles de Gaulle, Ouagadougou, Burkina Faso, ⁸mère enfant, CePREF Enfant, Abidjan, Côte d'Ivoire, ⁹mère enfant, CHU Yalgado, Ouagadougou, ¹⁰mère enfant, CHU Charles de Gaulle, Ouagadougou, Burkina Faso, ¹¹Recherche, ANRS PAC CI, Abidjan, Côte d'Ivoire, ¹²Recherche, Centre de recherche internationale en Santé, Ouagadougou, Burkina Faso, ¹³Recherche, INSERM Université de Bordeaux, Bordeaux, France

Votre résumé : Objet de l'étude : Mesurer et comparer l'incidence des événements morbides cliniques et biologiques survenus chez des enfants ayant initié un traitement antirétroviral précoce (TAP) avant l'âge de deux ans à Abidjan et Ouagadougou selon le bras de traitement pendant la phase randomisée de l'essai MONOD.

Méthodes : Tous les enfants âgés de moins de deux ans ayant initié un TAP à base de Lopinavir (LPV/r) associé à une prophylaxie par Cotrimoxazole et une éducation thérapeutique pendant 12-15 mois dans la cohorte MONOD et en succès virologique ont été randomisés dans deux bras de traitement : l'un à base LPV/r en deux prises par jour (traitement initial) et l'autre à base d'EFV en une prise par jour (traitement simplifié) et suivis pendant 12 mois. Nous avons mesuré l'incidence globale, l'incidence par bras et par types d'événements morbides avec les intervalles de confiance à 95% pour 100 enfant-années (EA) suivis, dans la période randomisée. Une régression de Poisson a permis d'identifier les facteurs associés à la survenue d'au moins un événement morbide à 12 mois.

Résultats : Entre juin 2012 et avril 2014, 52 enfants ont été randomisés dans le bras LPV/r et 54 dans le bras EFV. Au total 154 événements morbides dont 9 graves (5,8%) ont été diagnostiqués chez 62 enfants, soit une incidence globale de 138,7 pour 100 EA suivis (IC à 95% 136,5 – 140,9). Les principaux événements cliniques survenus étaient le paludisme (34,4%), les infections broncho-pulmonaires (18,8%), les gastroentérites (17,5%), les infections ORL (12,3%), la malnutrition (3,3%). L'événement biologique grade 3 ou 4 le plus fréquent était la neutropénie (10,4%). Il n'y avait pas d'association significative entre la survenue d'au moins un événement clinique et le bras de traitement (aIRR : 1,60 ; IC95% : 0.96-2.67), ajusté sur le site et la personne en charge de l'enfant.

Conclusion : Malgré la simplification du traitement antirétroviral précoce, la survenue d'événements morbides ne différait pas significativement dans les deux bras de traitement à 12 mois de suivi.

Mots clés : Morbidité-traitement antirétroviral–enfants-Afrique de l'Ouest.

Thème : Santé sexuelle et IST

Code : S15.O1

Sexualité précoce chez les adolescents en milieu scolaire urbain au Burkina Faso : fréquence, connaissance des IST et facteurs associés

Adjima Sagna ^{1,*}Yempabou Sagna ²

¹Maternité, Centre Médical de Kossouka, Kossouka, ²Médecine Interne, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

Votre résumé : Objectifs : évaluer la sexualité des adolescents en milieu scolaire, identifier les facteurs associés à une sexualité précoce (≤ 15 ans) et déterminer les connaissances de ces adolescents sur les infections sexuellement transmissibles (IST).

Méthodes : étude transversale réalisée auprès des adolescents de 12 à 18 ans dans la ville de Koudougou au Burkina Faso au cours du mois d'octobre 2013. Un questionnaire anonyme auto administré a été distribué dans 15 classes d'un échantillon aléatoire de 5 établissements d'enseignement secondaire. L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel PASW Statistics 18 ; nous avons retenu 5% comme seuil de signification.

Résultats : des 700 fiches distribuées, 629 élèves dont 392 filles et 237 garçons (sex ratio H/F= 0,6) ont répondu au questionnaire. L'âge moyen était de $15,5 \pm 1,7$ ans et ne différait pas selon le sexe. 474 élèves (75,4 %) habitaient avec leurs parents (père et/ou mère). Parmi eux, 13 (2,1 %) ont déclaré avoir déjà fumé de la cigarette dont 2 régulièrement, 77 (12,2 %) de l'alcool dont 4 régulièrement, et 3 (0,5%) avoir déjà consommé de la drogue. Parmi les IST citées (syphilis, VIH/SIDA, gonococcie, hépatite virale B ou C), 24/629 élèves (3,8 %) ne savaient pas que l'infection à VIH est une IST. 70 élèves (11,1%) dont 31/392 filles et 39/237 garçons ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels, dont 41 (6,5 %) avant l'âge de 15 ans. L'âge moyen du premier rapport sexuel était de 15 ans quel que soit le sexe. Le nombre moyen de partenaires sexuels au cours des 6 derniers mois était de $1 \pm 0,7$ pour les filles et de $1,3 \pm 0,8$ pour les garçons ($p = 0,04$). La cigarette, l'alcool et la drogue étaient les facteurs indépendamment associés à cette sexualité précoce. 58/70 élèves (82,9 %) ont déclaré utiliser des préservatifs dont 37/58 (63,8 %) à chaque rapport. 26/31 filles (83,9%) utilisaient le préservatif ou la pilule comme méthode contraceptive et 4/31 (12,9%) n'en utilisaient aucune. Parmi les élèves ayant déjà eu des rapports sexuels, 41 (58,6%) ne connaissaient que l'infection à VIH comme IST.

Conclusion : malgré une fréquence de 11,1 % de sexualité précoce, il existe une insuffisance d'utilisation du préservatif et une connaissance insuffisante des IST. L'identification des différents facteurs associés à la précocité des premières relations sexuelles devrait permettre aux professionnels une prise en charge plus ciblée et plus précoce de ces adolescents particulièrement à risque.

Thème : Santé sexuelle et IST

Code : S15.O2

Connaissances et pratiques en santé sexuelle d'une cohorte d'adolescents infectés par le VIH suivi au centre ADIS de l'ONG RACINES à Cotonou

Hermann ADJIDE ^{1,*}Rachelle DAGBETO ²Doris AGBOTON ²Hortense HOUSSIN ²Arsène ADIFFON ³

¹Département Santé, ONG RACINES (Recherches Actions Initiatives pour un Nouvel Espoir), ²Département Santé, ONG RACINES Recherches Actions Initiatives pour un Nouvel Espoir, ³Coordination, ONG RACINES (Recherches Actions Initiatives pour un Nouvel Espoir), Cotonou, Bénin

Votre résumé : Contexte

L'adolescence est une période où les jeunes s'intéressent à la sexualité mais il y a peu de cadres où ils sont entendus et conseillés à ce sujet. Pour y pallier, un programme de santé sexuelle est offert aux adolescents VIH+ du centre ADIS de Cotonou

Objectifs

Identifier les connaissances et pratiques en santé sexuelle de 25 adolescents VIH+ inclus dans un programme de santé sexuelle et reproductive afin de leur apporter des informations et services fiables

Méthodes

Etude qualitative rétrospective effectuée au centre de PEC des PVVIH de ADIS Cotonou de mars à Août 2015 auprès des adolescents infectés par le VIH âgés 12 à 19 ans et ayant pris part au programme de santé sexuelle et reproductive dans ladite période. Il s'agit de 25 adolescents qui ont participé au moins une fois aux 12 séances de groupe de parole en santé sexuelle et à des entretiens individuels avec le psychologue et la sage-femme. Les pratiques et connaissances en santé sexuelle et reproductive de ces adolescents ont été évaluées lors de ces entretiens et les séances de groupe de parole

Résultats

25 adolescents dont 19 âgés de 12 à 14 ans et 6 âgés de 15 à 19 ans étaient inclus dans le programme. 5,2% d'adolescents de 12 à 14 ans et 33,3% d'ados de 15 à 19 ans ont parlé une fois de sexualité avec leur parent contre 38,8% d'ados de 12 à 14 ans, et 83,3% d'ados de 15 à 19 ans en ont parlé avec leur pair. 36% des ados ont eu leur 1^{er} rapport sexuel et ceci sans utilisation de préservatif à un âge moyen de 13,7ans mais 52% d'ados ont eu au moins une fois une autre pratique sexuelle. Aucun ado de 12 à 14 ans n'a de connaissances fiables tant sur le contrôle de la qualité du préservatif que sur son utilisation tandis que 66,6% des ados de 15 à 19 ans l'ont. Aucun ado de 12 à 14 ans n'a contracté une IST dans la période d'étude tandis que 16,7 % d'ados de 15 à 19 ans ont été pris en charge pour une IST. Après les 12 séances de groupe de parole en santé sexuelle et reproductive en 6 mois et les séances individuelles avec le psychologue et la sage-femme, 100% des ados ont une connaissance fiable sur le fonctionnement des organes génitaux de l'homme et la femme, sur les IST, sur le contrôle de la qualité du préservatif et la négociation de son port avec son/sa partenaire

Conclusions

Cette étude montre qu'il faut débiter tôt l'éducation sexuelle chez les ados dans les centres de prise en charge mais qu'il faut aussi éduquer les parents afin qu'ils prennent la relève dans les foyers

Thème : Santé sexuelle et IST

Code : S15.O3

L'efficacité préventive des ARV sur la transmission sexuelle : une information ignorée dans la sensibilisation à la PTME, mais centrale dans la prise en charge des PvVIH

Ndeye Maguette Ndaw^{1,*}Ndeye Khoudia Sow²

¹CRCF, ²ministère de la santé et de l'action sociale/CRCF, Dakar, Sénégal

Votre résumé : Objet : L'efficacité des ARV sur la transmission du VIH a conduit à l'adoption de l'option B+ et de l'approche « Test and treat » pour toutes les PvVIH. L'impact sur les discours de sensibilisation a été peu étudié. L'objectif de cette présentation est d'analyser l'usage de l'argumentaire biomédical concernant l'efficacité préventive des ARV dans la sensibilisation sur le VIH et dans la PTME par les acteurs communautaires.

Méthode : Les données sont issues d'une recherche socio-anthropologique (ANRS 12271) visant à décrire les effets sociaux de l'adoption de l'option B+ dans 5 sites PTME au Burkina Faso et au Sénégal. Elles ont été recueillies lors de 50 focus group et 125 entretiens semi-directifs avec 90 FvVIH ayant une expérience de la PTME (dont la majorité avec l'option B+), des médiatrices, des leaders de PvVIH et 14 « bajenu gox ».

Résultats : Dans leurs discours, les acteurs de la sensibilisation font régulièrement référence à l'efficacité des ARV pour la réduction du risque de TME du VIH durant la grossesse et l'allaitement. Selon eux, cet argument encourage les femmes à accepter le test VIH. Lors du counseling post-test pour les femmes VIH+, l'argument de l'efficacité des ARV est également utilisé pour réduire la souffrance et minimiser la perception des effets péjoratifs du VIH. Mais les acteurs communautaires spécialisés dans la sensibilisation ne font pas référence à l'effet préventif des ARV sur la transmission sexuelle. Parallèlement, les médiatrices issues des associations de FvVIH où cette question est souvent débattue, n'hésitent plus à en parler aux femmes VIH+. Elles répondent ainsi aux femmes qui ne peuvent pas négocier l'usage du préservatif, redoutent les conséquences du partage du statut avec leur conjoint, et craignent les relations sexuelles non protégées. Cet argument permet aussi aux médiatrices de renforcer leur adhésion et le respect de l'observance aux ARV.

Conclusion : Les discours de sensibilisation sur le VIH ont intégré l'efficacité des ARV pour la TME, mais leurs effets sur la transmission sexuelle demeurent mal connus ou tabou pour les agents de santé et acteurs communautaires en population, alors que les médiatrices y font référence auprès des FvVIH. L'absence de recommandations internationales et nationales précises qui définissent les contours de la communication sur ces aspects laisse libre recours à des interprétations divergentes qui fragilisent la lutte contre le VIH pour les femmes au Burkina Faso et au Sénégal.

Thème : Santé sexuelle et IST

Code : S15.O4

Perception du risque VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Checkpoint de Lausanne

Vanessa Christinet^{1,*}Florent Jouinot¹Eric Periat¹Guido Biscontin¹Jean-Philippe Cand¹

¹Checkpoint, centre santé sexuelle , Fondation Profa , Lausanne, Suisse

Votre résumé : Introduction

Le Checkpoint-Vaud est un centre de santé sexuelle communautaire pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Durant les consultations, nous remarquons que les usagers ont tendance à sous-estimer leur risque de contracter le VIH.

Nous avons voulu vérifier cette hypothèse à l'aide de la base de données BerDa contenant des données récoltées par un questionnaire auto-administré rempli par les usagers du Checkpoint avant toute consultation de dépistage volontaire du VIH.

Méthode

Le questionnaire comprend un grand nombre de questions permettant l'évaluation du risque d'infection par le VIH de chaque usager. Il contient aussi l'auto-estimation du risque par l'utilisateur.

Nous avons mesuré le pourcentage d'utilisateurs ayant un risque élevé sur la base des différentes réponses aux questions (rapports anaux non protégés avec un partenaire occasionnel ou anonyme ou avec un partenaire stable dont le statut VIH était inconnu ou avec lequel, le cas échéant, il n'y avait pas d'accord défini sur les partenaires occasionnels).

Nous avons comparé ce pourcentage de personnes à haut risque avec le pourcentage d'utilisateurs s'auto-estimant à haut risque pour le VIH.

Résultat

Au cours de l'année 2013, 756 questionnaires ont été analysés. Dans 30% des dossiers analysés, le risque d'infection par le VIH a été considéré comme élevé. Nous avons ensuite comparé ce pourcentage au pourcentage d'utilisateurs s'auto-évaluant à haut risque pour le VIH chez ce même groupe de personnes qui était de 4% ($p < 0.001$).

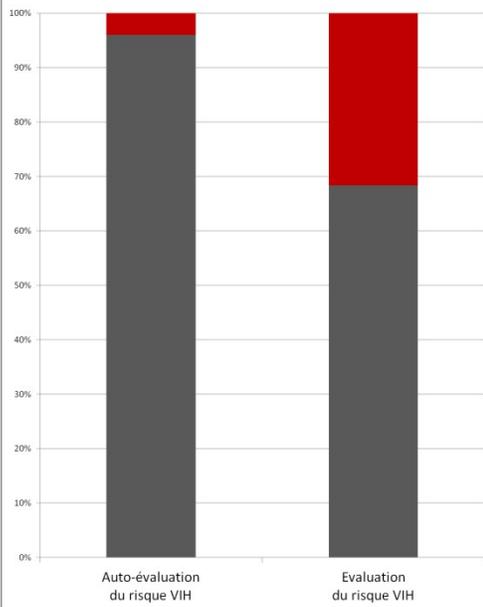
Conclusion

En conclusion, on observe que seulement 4% des utilisateurs consultant au Checkpoint estiment avoir un risque élevé de contracter le VIH alors qu'en réalité ce sont 30% d'entre eux qui sont hautement à risque de contracter cette infection. Cela reflète très probablement la sous-estimation du risque VIH par les utilisateurs perçue par le personnel du Checkpoint lors des consultations. De ce fait, nous pensons qu'il est important de baser le conseil de prévention VIH sur une anamnèse adaptée et approfondie tenant compte des différentes perceptions de risque VIH, respectivement des interprétations subjectives propres à chacune des situations.

Comme perspective, il est probable que parmi les 4% d'utilisateurs se considérant hautement à risque de contracter le VIH, il y ait des candidats à la PrEP. Ceci est un autre aspect essentiel méritant investigation dans le but de réduire au maximum la transmission du VIH au sein d'une population particulièrement exposée au virus.

Soumettre un tableau ::

Risque VIH



Source : BerDa
N= 756 usagers HSH du Checkpoint Vaud

■ Risque élevé
Pénétration anale non protégée avec au moins un partenaire anonyme/occasionnel ou un partenaire stable sans accord explicite sur les partenaires en dehors du couple au cours des 12 dernier mois.

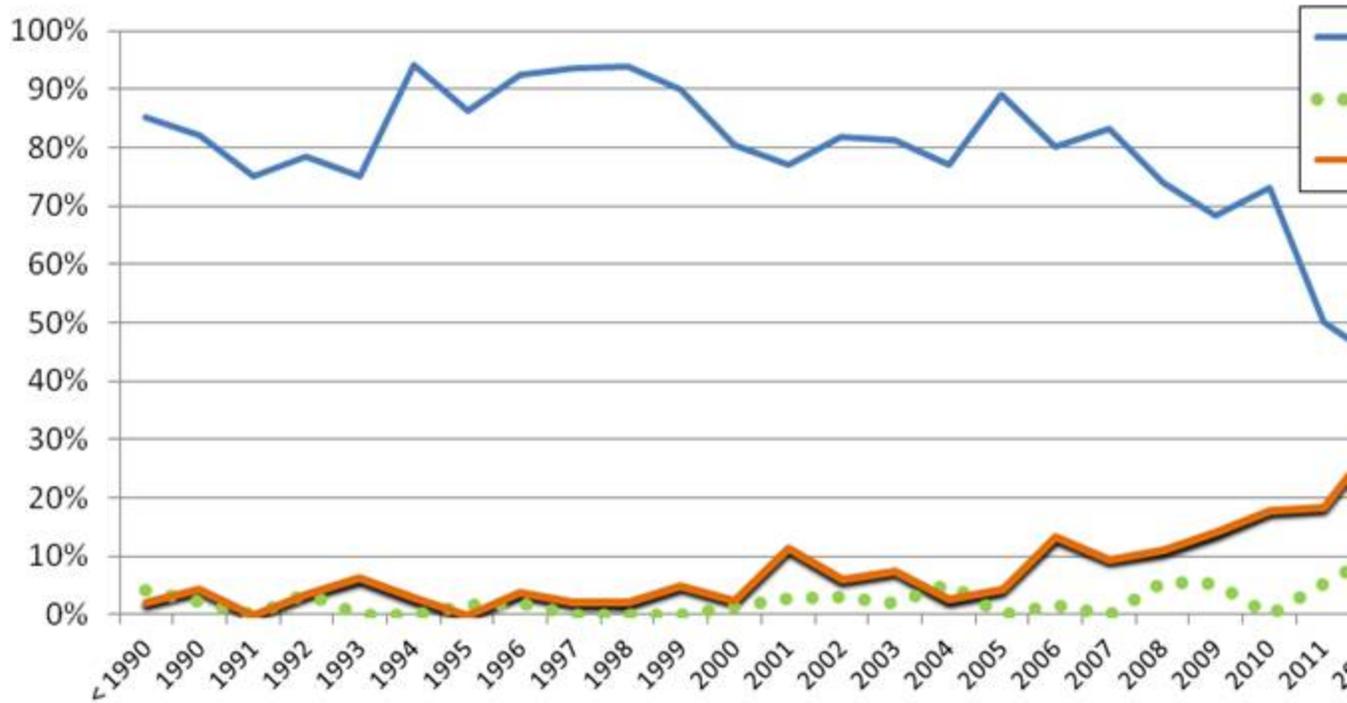
Le visage de l'hépatite C est-il en train de changer à Montréal ?

Benoît Trottier^{1,*}Nima Machouf²Chrissi Galanakis²Danièle Longpré¹Sylvie Vézina¹Marc Poliquin¹Emmanuelle Huchet¹
Stéphane Lavoie¹Caroline Bédard¹Réjean Thomas¹
¹Médecine, ²Recherche, Clinique médicale l'Actuel, Montréal, Canada

Votre résumé : Introduction: À Montréal, l'épidémie d'infection au virus de l'hépatite C (VHC) est menée par les utilisateurs de drogues par injection (UDI). Cependant, depuis quelques années, la transmission sexuelle du VHC semble augmenter. L'objectif de cette étude est d'évaluer les changements épidémiologiques du VHC à Montréal. **Devis.** Tous les patients suivis à la clinique médicale l'Actuel (le plus grand centre extra-hospitalier de traitement du VIH et des hépatites à Montréal) ont été inclus dans cette étude rétrospective. Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques proviennent d'une base de données électronique. Les analyses bi variées des facteurs de risque sont faites par χ^2 et ANOVA sur SPSS. **Résultats:** 1628 patients ont été inclus. Nous comptons annuellement entre 45 et 50 nouveaux diagnostics de VHC à l'Actuel. Les principaux facteurs de risque sont l'usage de drogues par injection (75%), la transmission sexuelle (7%) et la provenance de pays endémiques (4%). De 1990 à 2007 la distribution des facteurs de risque semble stable. Par contre, depuis 2007, nous observons une baisse de la proportion d'UDI et une augmentation des cas transmis sexuellement. Si 24% des VHC chez les HARSAH étaient acquis sexuellement avant 2007, cette proportion s'élève à 70% depuis ($p < 0,001$); de plus, 72% ont été diagnostiquées chez des patients co-infectés avec le VIH (vs. 57% pré-2007; $p = 0,047$). Chez les hétérosexuels, la proportion d'UDI a baissé de 86% à 70% durant la même période avec une augmentation des transmissions sexuelles (2% → 7%) et de celles provenant de pays endémiques (2% → 6%; $p < 0,001$) mais contrairement aux HARSAH, combinée à une diminution de la co-infection au VIH (20% co-infectés pré-2007 vs. 8% post-2007; $p < 0,001$). Les causes possible de l'augmentation de la transmission sexuelle sont : 1) l'usage du cristal meth (son utilisation a doublé depuis 2007 dans notre population source, 10% en 2007 vs. 19% en 2014); 2) l'augmentation des ITS et la diminution de l'usage du condom (en 2009, 16% des cas avaient un diagnostic d'ITS concomitante → 71% en 2012; $p = 0,02$). **Conclusion:** Le portrait épidémiologique du VHC semble changer à Montréal avec une augmentation des cas de transmission sexuelle. Chez les HARSAH particulièrement, les relations sexuelles non protégées semblent dorénavant être le principal facteur de risque de l'infection au VHC et la transmission sexuelle ne se limite pas aux patients co-infectés par le VIH.

Soumettre un tableau ::

Évolution des facteurs de risque pour l'infection au virus de l'hépa



Année du diagnostic l'infection au virus de l'hépatite C

Thème : Hépatites virales B

Code : S16.O2

Infection à VIH et fibrose hépatique chez des travailleuses du sexe et des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes à Abidjan, Côte d'Ivoire

N'zebo Marcellin Nouaman^{1,*} Antoine Jaquet² Aristophane TANON³ Ahuatchi Patrick COFFIE⁴ Koumavi Didier EKOUEVI⁴ Camille ANOMA⁵ François DABIS² Alain ATTIA⁶

¹Programme Pacci, Programme Pacci, site ANRS Côte d'Ivoire, Abidjan, Côte d'Ivoire, ²Université de Bordeaux, ISPED, Centre INSERM U897- Epidémiologie-Biostatistique, Bordeaux, France, Université de Bordeaux, Bordeaux, France, ³Service des maladies infectieuses et tropicales, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire, Université Félix Houphouët Boigny Abidjan, ⁴Programme PACCI, CHU Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire, CHU de Treichville, ⁵ONG Clinique de Confiance d'Abidjan, Côte d'Ivoire, ONG Clinique de Confiance d'Abidjan, Côte d'Ivoire, ⁶Service d'hépatogastroentérologie, CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire, Université Félix Houphouët Boigny Abidjan, Abidjan, Côte d'Ivoire

Votre résumé : **Contexte:** En Afrique Sub-Saharienne, les hépatites virales (HV) constituent les principales causes de fibrose hépatique (FH). Cependant, peu de données relatives à la FH sont disponibles parmi les populations à risque des HV et du VIH.

Objectif: Documenter les facteurs associés à la présence d'une FH parmi des travailleuses du sexe (TS) et des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) à Abidjan.

Méthodes: Enquête transversale de novembre 2014 à mars 2015 auprès des TS et HSH fréquentant la Clinique de Confiance d'Abidjan. La FH a été évaluée en mesurant l'élasticité hépatique (EH) à l'aide du Fibroscan® et des marqueurs sériques (score APRI). Une valeur d'EH $\geq 7,1$ kpa (score METAVIR $\geq F2$) associée à un score APRI $\geq 0,5$ a été retenue pour définir une FH significative. Les sujets ont été testés pour l'antigène HBs, pour les anticorps anti-VHC et la quantification des charges virales (CV) en cas de tests positifs. Le score AUDIT-C (OMS) a été administré pour identifier les sujets avec une consommation excessive d'alcool (score ≥ 4). Un modèle de régression logistique a été utilisé pour identifier les facteurs associés à la FH significative.

Résultats: 587 personnes incluses (62,9% de TS); âge médian de 29 ans [EIQ=24-36]. La prévalence de la FH était de 2,7% (IC_{95%}[1,4-4,0]). La prévalence du VIH était de 46,0% (IC=42-50); plus élevée chez les HSH que les TS (56,9% vs. 39,6%, $p < 10^{-2}$). Le CD4 médian chez les VIH+ était de 572 [EIQ=[492-589]] et 221 (81,9%) étaient sous traitement antirétroviral. Les prévalences des VHB et VHC étaient respectivement de 7,8% (IC=5,7-10,0) et de 0,5% (IC=0,1-1,1). La prévalence du VHB était plus élevée chez les HSH que chez les TS (10,3% vs. 6,1%, $p=0,05$). La CV VHB était détectable chez 26 (56,5%) patients AgHBs+ (CV médiane 486 UI/ml [EIQ=161-10000]). La consommation excessive d'alcool a été rapportée par 151 (25,7%) patients. En analyse multivariée, les infections à VHB [RC=5,2 (IC=1,5-18,3)], à VIH [RC=5,9 (IC=1,6-22,4)], un âge > 35 ans [RC=4,2 (IC=1,3-17,4)] et l'usage fréquent de médicaments traditionnelles [RC=23,5 (IC=1,8-299,1)] étaient significativement associées à la présence de FH.

Conclusion: Les infections à VHB, VIH, l'âge > 35 ans et le recours à la médecine traditionnelle ont été identifiés comme des facteurs indépendants associés à une FH significative au sein de cette population vulnérable en Afrique de l'Ouest. Des programmes de prévention et de prise en charge du VHB permettraient de prévenir la survenue de FH et ses complications.

Thème : Hépatites virales B

Code : S16.O3

Une PCR temps réel semi-quantitative pour le diagnostic du virus de l'hépatite B : une approche simple pour l'identification et le suivi des patients infectés présentant une faible répllication virale

Joany Castera ¹Pierre-Alain Rubbo ¹Dramane Kania ²Maud Lemoine ³Philippe Van de Perre ⁴Edouard Tuaillon ^{4,*}
¹Omunis, Clapiers, France, ²Unité VIH et Maladies Associées, Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, ³
Department of Medicine, Imperial College London, London, Royaume-Uni, ⁴UMR 1058 INSERM/EFS/Université de
Montpellier, "Pathogenesis and control of chronic infections", Montpellier, France

Votre résumé : **Contexte:** Le traitement de l'infection par le virus de l'Hépatite B (VHB) peut-être différé ou évité chez les porteurs inactifs de l'infection. Un seuil à 2000 UI/ml a récemment été retenu par l'OMS [1]. Le développement de tests de diagnostic simplifiés, adaptés aux contraintes des pays à faibles ressources est nécessaire pour améliorer l'accès à la charge virale VHB. Dans cette étude, les performances d'un test PCR en temps réel semi-quantitatif, basé sur un seul standard positif, ont été comparées à une méthode de référence pour l'identification des patients infectés par le VHB présentant une faible répllication virale.

Matériel et méthodes: Cent dix échantillons cliniques positifs pour l'ADN VHB et 24 échantillons contrôles ont été sélectionnés rétrospectivement. L'extraction d'ADN a été réalisée à partir de 250 µl de sérum en utilisant le kit d'extraction Viral NA (Biocentric, Bandol, France) et l'extracteur automatisé Nordiag (Biocentric, Bandol, France). Le niveau d'ADN de VHB a été évalué à l'aide du test semi-quantitatif (Omunis, Clapiers, France) sur le thermocycleur LightCycler 480 (Roche Diagnostics GmbH, Mannheim, Germany). La capacité du kit PCR semi-quantitatif à distinguer les échantillons de patients infectés par le VHB en phase faiblement répllicative des échantillons à forte/moyenne virémie a été explorée en comparant le ratio Ct échantillon/Ct standard aux résultats du test de référence Roche CobasAmpliPrep/CobasTaqMan (CAP/CTM HBV Test v2.0).

Résultats: La totalité des échantillons testés positifs ou négatifs avec le test CAP/CTM ont aussi été trouvés positif ou négatif. L'approche semi quantitative a permis d'identifier correctement tous les échantillons faiblement virémique VHB (<2000 UI/ml) et 58 sur 61 (95%) échantillons de charges virales VHB moyennes à fortes. Les 3 échantillons mal classés présentaient des charges virales proches du seuil clinique de 2000 UI/ml.

Conclusions: Cette étude préliminaire montre que le test PCR semi-quantitatif possède une sensibilité élevée permettant d'identifier les sujets infectés par le VHB faiblement virémique. Ce test sur plateformes ouvertes utilisant une approche simplifiée de la PCR en temps réel pourrait contribuer à faciliter l'implantation et l'accès à la mesure de la charge virale VHB dans les pays à faibles ressources.

Références:

[1] *Guidelines for the Prevention, Care and Treatment of Persons with Chronic Hepatitis B Infection*. Geneva: World Health Organization, 2015.

Thème : Hépatites virales B

Code : S16.O4

Traitement du VHB au Sénégal: Nécessité d'une connexion entre le diagnostic et la prise en charge

Amina Sow-Sall^{1,*}Gora lô¹Papa Souleymane Toure²Madocky M Diop³Da Veiga Joaoa³Halimatou Diop-Ndiaye¹Birahim Pierre Ndiaye¹Fatou Diop¹Papa Omar Thiaw³Ndeye Coumba Toure-Kane¹Mamadou Mourtalla Kâ³Souleymane Mboup¹

¹Laboratoire de Bactériologie-Virologie, Dakar, ²UFR Santé de Thiès, ³UFR Santé de Thiès, Thiès, Sénégal

Votre résumé : Objectif : Evaluer la prévalence l'hépatite B et les besoins de traitement en particulier dans des zones éloignées des structures de santé au Sénégal. Cette étude s'inscrit dans le cadre du projet Prolifica (*Prevention of liver Fibrosis and Cancer in Africa*).

Méthodologie

Il s'agit d'une étude prospective réalisée entre 2012 et 2015 dans la région Thiès située à 70 Km de la capitale. Deux stratégies de recrutement ont été utilisées : une avancée dans les villages, usines de la région, différents quartiers de la ville et à l'université suivie d'une stratégie orientée par la clinique dans les services de gastroentérologie et médecine interne. La recherche de l' AgHBs a été effectuée sur un prélèvement capillaire, avec le point of care *determine* AgHBs (Alere), chez tout individu âgé d'au moins 18 ans. La connexion des individus porteurs de l' AgHBs s'est faite vers une structure hospitalière ou des tests complémentaires ont été effectués après signature d'un consentement éclairé en vue de la mise en route d'un traitement antiviral avec le ténofovir (TDF) selon les critères de l' EASL en vigueur. La charge virale (CV) a été évaluée avec une technique maison utilisant la PCR en temps réel.

Résultats

Sur 4762 individus dépistés, 3660 viennent de la stratégie avancée et 1102 des hôpitaux. L'âge médian était de 44 ans et le sexe ratio était de 0.95. L' AgHBs a été positif chez 916/4762 individus dont 57.73% sont de sexe masculin. Les prévalences de l' AgHBs étaient de 8.39 % dans les villages, 11.40 % dans les usines, 10.40 % en ville, 5.48% à l'université de Thiès et près de 51.53 % dans les services de gastro-entérologie et médecine interne. La connexion pour la prise en charge a concernée près de 78 % des patients AgHBs + et a permis la mise sous TDF 123 patients. La CV des patients sous TDF est passée d'une moyenne de 7 log copies/ml à J0 à 2 log copies /ml après 24 mois de traitement.

Conclusion

Ce travail montre une prévalence globale de AgHBs à 9.6 % en stratégie avancée au Sénégal et l'intérêt de la connexion entre le dépistage et la prise en charge rapide. Cependant le traitement et surtout le suivi devraient être subventionnés afin de prévenir la survenue de complications telles que les cirrhoses et carcinomes hépatocellulaire entre autres.

Thème : Hépatites virales B

Code : S16.O5

Le niveau de la fibrose de foie reste stable chez la plupart des patients co-infectés par le VIH et le virus de l'hépatite B au cours du traitement antirétroviral comprenant du tenofovir

Anders Boyd ^{1,*} Julie BOTTERO ² Pierre-Marie GIRARD ² Caroline LASCOUX-COMBE ³ Patrick MIALHES ⁴ Hayette ROUGIER ² Karine LACOMBE ²

¹Inserm UMR_S1136, ²SMIT, Hôpital Saint-Antoine, ³SMIT, Hôpital Saint-Louis, Paris, ⁴SMIT, Hôpital de la Croix-Rousse, Hospices Civils de Lyon, Lyon, France

Votre résumé : Objet de l'étude : Chez les patients mono-infectés par le virus de l'hépatite B (VHB), l'utilisation du tenofovir (TDF) au long cours est associée à une réduction du niveau de la fibrose hépatique. Cependant, l'effet du TDF sur l'évolution de la fibrose est largement inconnu chez les patients co-infectés VIH-VHB, pour qui l'immunosuppression pourrait influencer la régénération du foie.

Méthodes : 168 patients co-infectés VIH-VHB ayant participé à la Cohorte VIH-VHB française et ayant démarré un traitement antirétroviral (ART) comprenant du tenofovir ont été inclus. La fibrose a été évaluée de façon prospective par marqueurs non-invasifs sériques (FibroTest®) ou élastométriques (FibroScan®) à l'initiation du traitement et tous les 6 à 12 mois au cours du suivi. Les déterminants de la régression ou progression de la fibrose ont été évalués par les modèles multi-états du type Markov.

Résultats obtenus : A l'initiation du traitement, 134 (80,2%) patients avaient une charge virale de l'ADN VHB détectable (médiane 4,93 log₁₀ IU/mL, IIQ = 2,94-7,15) et 104 (61,9%) ont eu une sérologie de l'antigène HB « e » positive. Après un suivi médian à 59,8 mois (IIQ = 36,1-92,7), l'ADN VHB était indétectable (< 60 UI/ml) chez 142 (84,5%) patients. Parmi les 54 patients ayant une fibrose F3-F4 à l'initiation du traitement, 10 patients (18.5%) ont une régression de fibrose stable (≤ F2) et 19 patients une régression transitoire avec réaggravation secondaire (35.2%). Parmi les 114 patients ayant une fibrose ≤ F2 à l'initiation du traitement, 28 (24.6%) ont aggravé leur fibrose (≥ F3) alors que 19 patients (16.7%) ont une aggravation transitoire mais réversible de la fibrose. En analyse multivariable, un taux de CD4+ ≥ 350 /mm³ et l'âge moins élevé étaient associés à une régression de la fibrose, alors que l'âge plus élevé, le sexe masculin et un traitement concomitant par un inhibiteur de protéase étaient associés à une progression de la fibrose.

Conclusion : Le niveau de fibrose reste stable chez la plupart de patients co-infectés VIH-VHB sous ART comprenant du tenofovir malgré une suppression du VHB optimale. Une immunosuppression moins sévère est associée à la régression de la fibrose et plaide en faveur d'une introduction précoce des antirétroviraux chez les patients co-infectés VIH-VHB.

Thème : Hépatites virales C

Code : S16.O6

Intervention communautaire et pédagogique sur les risques liés à l'injection pour les usagers de drogues par voie intraveineuse : impact sur le dépistage de l'hépatite C (ANRS-AERLI)

Perrine Roux ^{1,*}Daniela Rojas-Castro ²Khadim Ndiaye ¹Marie Debrus ³Camélia Protopopescu ¹Jean-Marie Le Gall ²Aurélie Haas ²bruno spire ¹Marie Suzan ¹Patrizia Carrieri ¹

¹SESSTIM UMR 912, INSERM, Marseille, ²AIDES, Pantin, ³Médecins du Monde, Paris, France

Votre résumé : Objet de l'étude : L'étude ANRS AERLI (Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection) a consisté à évaluer une intervention communautaire proposant aux usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) des sessions pédagogiques individuelles sur les risques liés à l'injection. Cette étude a permis de mettre en évidence l'efficacité de cette intervention en termes de réduction des pratiques à risque de transmission du VIH-VHC et des complications cutanées. Dans cette population, la prévalence du VHC est très élevée et peu de personnes connaissent leur sérologie VHC. C'est pourquoi cette analyse vise à étudier également l'impact de cette intervention AERLI sur l'accès au dépistage VHC. Méthodes : Cette recherche communautaire est une étude d'intervention clustérisée ayant recruté des UDVI dans des structures bas-seuil en France, 8 centres « témoin » et 9 centres « intervention ». Les participants ont reçu un entretien téléphonique à l'inclusion (M0), à 6 mois (M6) et à 12 mois (M12). Les UDVI du groupe intervention ont reçu au moins une session éducative au cours des 5 premiers mois. Les analyses statistiques ont utilisé un modèle en 2 étapes de type Heckman pour prendre en compte le biais de non-randomisation et ensuite étudier les facteurs associés au dépistage VHC au cours des 6 derniers mois. Résultats : Au total 271 UDVI ont été recrutés, 127 dans le groupe témoin et 144 dans le groupe intervention. Parmi ces derniers 113 ont reçu au moins une intervention éducative. Pour cette analyse, nous avons sélectionné 114 UDVI « témoin » et 88 UDVI « intervention » éligible pour le dépistage VHC. Dans le groupe intervention, 44% des participants déclaraient à l'inclusion avoir été testés pour le VHC au cours des 6 derniers mois contre 85% à M12. Dans le groupe témoin, ce pourcentage était de 51% à l'inclusion et de 78% à M12. L'analyse multivariée a montré que les UDVI ayant reçu au moins une intervention éducative pendant le suivi étaient plus à même d'avoir eu accès au dépistage VHC comparés aux UDVI du groupe témoin (OR [95%CI]=4.13 [1.03;16.60]). Ce résultat est valable après avoir ajusté sur le fait d'injecter de la buprénorphine (meilleur accès au dépistage VHC) et le fait d'injecter du sulfate de morphine (moins de dépistage VHC). Conclusion: L'intervention éducative AERLI n'est pas seulement efficace sur les pratiques à risque et les complications mais aussi sur l'accès au dépistage VHC.

Diffusion et efficacité virale de maraviroc, raltégravir et rilpivirine dans les fluides génitaux de patients infectés par le VIH

Le Minh ^{1,*}Linda Belarbi ²Gilles Peytavin ¹Marie-Laure Chaix ³Emmanuel Dulioust ⁴Nadia Mahjoub ³Dominique Salmon ⁵
Jean-Paul Viard ⁶Odile Launay ⁷Jade Ghosn ⁶

¹Laboratoire de Pharmaco-Toxicologie, IAME, UMR1137, APHP, Hôpital Bichat, ²Département des Maladies Infectieuses, APHP, Hôpital Cochin, ³Laboratoire de Virologie, INSERM U941, APHP, Hôpital Saint-Louis, ⁴Laboratoire de Biologie de la Reproduction, ⁵Service de Médecine Interne, APHP, Hôpital Cochin, ⁶Service de Thérapeutique en Immuno-Infectiologie, APHP, Hôpital Hôtel-Dieu, ⁷PRES Sorbonne Paris-Cité, Université Paris Descartes, Paris, France

Votre résumé : Objet de l'étude : décrire la diffusion du maraviroc (MVC), raltégravir (RAL) et rilpivirine (RPV) dans le liquide séminal (LS) et les sécrétions cervico-vaginales (SCV), et déterminer l'efficacité antivirale des traitements contenant ces antirétroviraux (ARV) sur les charges virales (CV)(ARN-VIH-1) de patient(e)s VIH-1(+).

Méthodes : Etude multicentrique chez des patients adultes VIH-1(+), recevant MVC et/ou RAL et/ou RPV + autres ARV depuis >1 mois, déclarant une bonne observance. Pour les femmes : un test de grossesse négatif, absence de rapport sexuel ou de lavage/traitement intra-vaginal 48h avant le prélèvement ; pour les hommes : abstinence sexuelle 48 heures avant le prélèvement. Les patients ayant des symptômes évocateurs d'une infection génitale étaient exclus. Les paires de prélèvements sanguin et de liquides génitaux étaient collectées 12h après la dernière prise (MVC et RAL) ou 24h après la dernière prise (RPV) puis 3h après la prise. Les concentrations d'ARV (inhibiteurs de la transcriptase inverse (INTI), RAL, MVC et RPV) et les CV étaient respectivement déterminées dans le plasma, les SCV (buvard) et le LS par UPLC-MS/MS et par AmpliPrep/COBAS® TaqMan® HIV-1 Test v2.0 (limite de quantification : 20c/mL pour plasma et SCV et 100c/mL pour LS). Les concentrations moyennes, les rapports d'accumulation ($R_{c/p}$) de (SCV ou LS)/Plasma, et les fractions libres (f_u) étaient calculés.

Résultats : 54 patients ont participé (29 femmes) : 45 ans (40-49). Parmi eux, 15 patients ont reçu MVC, 27 RAL et 20 RPV correspondant à 110 Cplasma totales et 105 libres; 58 SCV et 52 LS. Les f_u montrent une très forte liaison de RPV aux protéines plasmatiques alors qu'elle est plus modérée pour MVC et RAL. Les INTI, RAL et RPV montrent une bonne diffusion dans les SCV et LS. Les $R_{c/p}$ des INTI des SCV sont > LS. Non boosté, MVC semble mieux diffuser dans LS que dans SCV, alors que pour RAL, les $R_{c/p}$ sont comparables entre SCV et LS. Le faible $R_{c/p}$ de RPV pourrait être compensé par sa longue demi-vie. Une CV plasmatique >20c/mL est observée chez 15 patients (dont 9 avec Cplasma d'ARV sub-optimales). Deux patients présentent une discordance entre CV plasma et compartiments : 1 LS (1680c/mL) et 1 SCV (46c/mL) malgré une CV plasma <20c/mL (Cf Tableau).

Conclusion : Les INTI, MVC, RAL et RPV montrent une bonne diffusion dans les compartiments génitaux. Chez la majorité des patients, une bonne exposition plasmatique des ARV permet d'obtenir une CV indétectable dans SCV et LS.

Soumettre un tableau ::

Légende du tableau : Medianes (IQR25-75%), n des paramètres ($R_{c/p}$, fu) différents ARV étudiés rangées par ordre décroissant. 3TC lamivudine, ABC abacavir, ETR étravirine, FTC emtricitabine, G-RAL raltégravir glucuroconjugué.

ARV	Rapport de concentration SCV/plasma total ($R_{c/p}$)	ARV	Rapport de concentration LS/plasma total ($R_{c/p}$)	ARV	Fraction libre (fu) ARV
TFV	24.4 (18.9-43.0), n=16	G-RAL	4.6 (0.8-11.7), n=14	MVC	0.34 (0.30-0.39), n=29
3TC	15.2 (8.3-30.8), n=8	RAL	2.5 (1.9-3.3), n=14	RAL	0.18 (0.14-0.22), n=55
G-RAL	12.4 (3.6-35.0), n=13	3TC	2.1 (1.9-67.9), n=3	ETR	0.01 (0.01-0.02), n=14
MVC	7.9 (4.5-26.7), n=9	FTC	2.0 (1.1-3.1), n=16	RPV	0.01 (0.01-0.01), n=40
RAL	7.5 (2.7-16.1), n=13	RPV	1.6 (0.7-4.0), n=10	ABC	
ABC	6.8 (4.8-71.6), n=7	TFV	1.6 (0.7-4.0), n=16	FTC	
FTC	5.4 (3.8-13.7), n=16	ETR	0.7 (0.4-1.1), n=2	3TC	
RPV	1.8 (0.7-3.3), n=10	MVC	0.5 (0.4-1.1), n=6	G-RAL	
ETR	0.9 (0.8-0.9), n=5	ABC	0.5 (0.4-31.7), n=3	TFV	

Thème : Suivi virologique et pharmacologique

Code : S17.O2

Modification in vitro et in vivo de la biodisponibilité orale des antirétroviraux après traitement par antibiotiques

Joe Miantezila Basilia^{1,*}Flore Dossou-Yovo²Gilles Peytavin³Bruno Eto⁴Gaston Tona Lutete⁵Philippe Pochart¹
¹EA4065 Ecosystème intestinal, Probiotiques, Antibiotiques, ED MTCI Université Paris Descartes, ²Laboratoire de Biologie, CNAM, ³Laboratoire de pharmacocinétique, Hôpital Bichat Claude Bernard, ⁴TransCell-Lab, Faculté de Médecine Xavier Bichat, Paris, France, ⁵Unité de Pharmacologie Clinique, Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique Du Congo

Votre résumé : Introduction :

Les antibiotiques sont habituellement utilisés chez les patients VIH traités par les antirétroviraux pour soigner les infections opportunistes bactériennes ou pour prévenir la survenue de ces infections lorsque le taux des lymphocytes CD4 est bas. Certains antibiotiques entraîneraient une modification de l'absorption orale des antirétroviraux via la perturbation du microbiote et du mucus intestinal.

Objectif :

Déterminer *in vitro et in vivo* l'impact de la prise de métronidazole et de cotrimoxazole sur la biodisponibilité orale d'atazanavir, de ritonavir, d'emtricitabine et de ténofovir.

Méthodes :

Nous avons utilisé des méthodes histologiques pour mesurer l'épaisseur du mucus intestinal, la q-PCR pour l'analyse du microbiote et l'HPLC couplée à la masse pour le dosage des antirétroviraux. Les chambres de perméation de Ussing ont permis de mesurer le passage transmembranaire des antirétroviraux chez le rat traité par métronidazole ou cotrimoxazole. Les antirétroviraux ont été administrés oralement aux rats avant et après 9 jours d'antibiothérapie. L'analyse non compartimentale et le Test de Wilcoxon sur séries appariées ont permis de comparer les paramètres pharmacocinétiques.

Résultats :

Par rapport au groupe contrôle, l'épaisseur du mucus intestinal a augmenté au niveau du côlon proximal et distal. Elle était de $121.1 \pm 38.4 \mu\text{m}$ et $170.2 \pm 35.0 \mu\text{m}$ ($p < 0.05$) au niveau du côlon distal respectivement après traitement par métronidazole et par cotrimoxazole. La conductance transmembranaire était réduite au niveau du côlon proximal et distal. Nous avons observé une réduction des concentrations maximales d'atazanavir de 56 % après 9 jours de traitement par cotrimoxazole (C_{max} : $1441 \pm 395 \text{ ng.mL}^{-1}$ versus $635 \pm 568 \text{ ng.mL}^{-1}$, $p < 0.01$). L'aire sous la courbe était significativement plus faible ($AUC_{(0-180)}$: $204388 \pm 16020 \text{ ng.mL}^{-1} \cdot \text{minutes}$ versus $86285 \pm 17140 \text{ ng.mL}^{-1} \cdot \text{minutes}$, $p < 0.01$). Des résultats similaires étaient observés avec le ritonavir, l'emtricitabine et le tenofovir.

Conclusion :

Après traitement par cotrimoxazole chez l'animal, l'épaisseur du mucus intestinal a augmenté, la diffusion passive d'atazanavir et du ritonavir a diminué. *In vivo*, les paramètres pharmacocinétiques d'atazanavir, du ritonavir et du tenofovir ont été significativement plus faibles après traitement par cotrimoxazole. Ces résultats montrent une diminution de la biodisponibilité orale des antirétroviraux chez l'animal après traitement par cotrimoxazole.

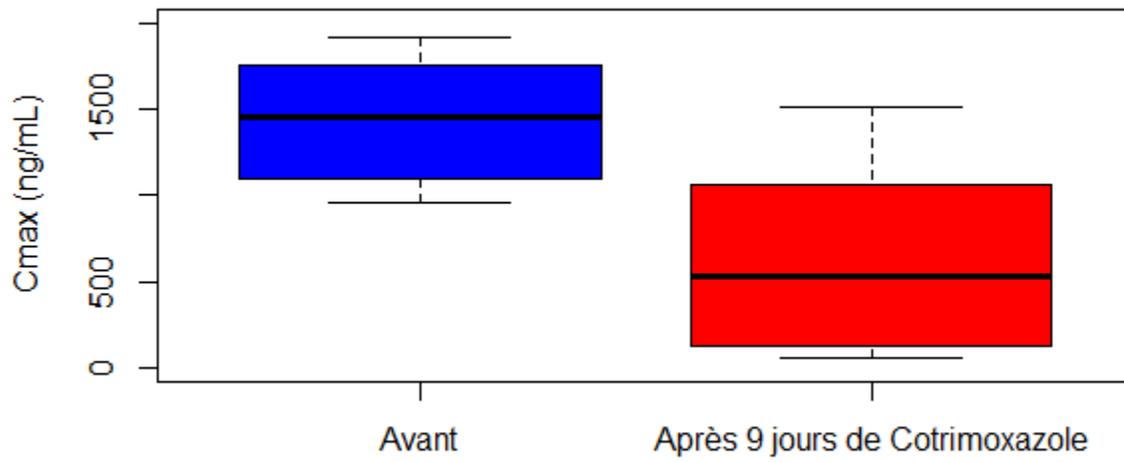
Soumettre un tableau ::

Molécules	Paramètres PK	Avant Cotrimoxazole (moyenne±écart-type)	Après Cotrimoxazole (moyenne±écart-type)	p-value
Atazanavir (n=6)	AUC ₍₀₋₁₈₀₎	204388±16020	86285±17140	0.0088
	Cmax	1441±395	635±568	0.0056
Ritonavir (n=6)	AUC ₍₀₋₁₈₀₎	79160±11617	18845±4595	0.0154
	Cmax	759±485	195±185	0.0105
Emtricitabine (n=4)	AUC ₍₀₋₁₈₀₎	111521±18368	47254±7220	0.1247
	Cmax	1302± 700	625± 181	0.089
Tenofovir (n=4)	AUC ₍₀₋₁₈₀₎	50528±10090	9889±2776	0.056
	Cmax	674±392	183± 146	0.047

Aires sous courbe (AUC₍₀₋₁₈₀₎ en ng.mL⁻¹.minutes) et Cmax (ng.mL⁻¹) observées pour différentes molécules antirétrovirales avant et après 9 jours de traitement par Cotrimoxazole chez le rat

Soumettre un schéma ::

Diminution d'Atazanavir Cmax après Cotrimoxazole



Les interactions pharmacologiques entre la thérapie antirétrovirale et la contraception hormonale

Yannick Manigart ^{1*}emily blavier ¹christine gilles ¹deborah konopnicki ²serge rozenberg ¹stephane dewit ³

¹gynécologie, ²inféctiologie, ³inféctiologie, CHU Saint Pierre, bruxelles, Belgique

Votre résumé : INTRODUCTION :

Les traitements antirétroviraux combinés sont fréquemment utilisés chez les femmes séropositives pour le VIH en âge de procréer. Les connaissances sur les interactions médicamenteuses entre la contraception hormonale et ces nouvelles thérapies antirétrovirales sont limitées. Les études sur la contraception hormonale chez ces patientes séropositives pour le VIH traitées évaluent l'efficacité contraceptive en mesurant les taux de progestérone et d'estrogène dans le sang mais la plupart n'évaluent pas l'inhibition de l'ovulation par l'échographie endovaginale. Dans notre étude nous utilisons cette technique pour évaluer l'effet de 4 thérapies antirétrovirales sur l'efficacité de la contraception orale.

METHODE

Il s'agit d'une étude clinique prospective non randomisée et ouverte débutée en janvier 2015. 12 femmes VIH positives entre 18 et 40 ans, ayant des cycles réguliers et sans contre-indications à l'utilisation de la contraception orale ont été incluses. Toutes avaient une CV < à 20 copies/ml sous traitement depuis minimum 30 jours. Les antirétroviraux contenaient de la rilpivirine, de l'elvitegravir « boosté », du darunavir ou de l'atazanavir. Toutes les patientes ont reçu une pilule contenant 30 µg d'éthinylestradiol et 150 µg de levonorgestrel pendant 2 mois. L'objectif principal est d'observer l'inhibition de l'ovulation suite à la prise de ce contraceptif. Pour ce faire, on a mesuré la progesterone (en considérant une progesterone ≥3ng/ml comme predictive d'une ovulation) et avons réalisé une échographie pelvienne chaque semaine du jour 29 au jour.

RESULTATS

Depuis juillet 2015, 7 patientes ont mené l'étude à terme.

Elles sont toutes d'origine sub-saharienne, ont une moyenne d'âge de 32 ans et un taux de CD4 moyen de 565 cells/µL.

Toutes les patientes avaient un taux de progestérone >3ng/ml avant de débiter la pilule. Après 1 mois de prise de contraception orale les taux de progestérone de toutes les patientes ont chutés en dessous de 0.8 ng/ml ce qui démontre donc une inhibition de l'ovulation. L'échographie pelvienne n'a pu mettre en évidence ni une activité ovarienne ni une stimulation de l'endomètre. Aucun effet secondaire n'a été rapporté.

CONCLUSION

Cette étude préliminaire suggère que l'efficacité de la pilule contraceptive contenant 30 µg d'éthinylestradiol et 150 µg de lévonorgestrel n'est pas affectée par la prise concomitante d'une thérapie antirétrovirale à base de rilpivirine, d'elvitegravir « boosté », de darunavir ou d'atazanavir.

Thème : Suivi virologique et pharmacologique

Code : S17.O4

L'accès aux tests de charge virale s'améliore timidement mais le potentiel de mettre en oeuvre les recommandations de l'OMS est disponible dans les pays en voie de développement

Vincent Habiyambere ^{1,*}Nathan Ford ¹sigrid Thierry ²Ekaterina Milgotina ³Paula J Fernandes ³Daniel Low-Beer ¹

¹VIH/SIDA, Organisation mondiale de la Santé (OMS), Geneva, Suisse, ²Epidémiologie, Consultante indépendante, Vesoul, France, ³Diagnostics, GSS Health, Baltimore, États-Unis

Votre résumé : Objet: Les directives 2015 de l'OMS recommandent que chaque PVVIH sous ARV ait au moins un test de charge virale (CV) par an pour évaluer si le traitement est encore efficace. L'objet de cette étude d'évaluer si cette recommandation est réalisable dans les pays en voie de développement.

Méthodes : nous avons conduit une enquête dans environ 127 pays en voie de développement en 2012, 2013, et en 2014. Le questionnaire couvrait l'accès aux tests de CD4 et tests de CV. Nous avons fait une analyse transversale chaque année et une étude longitudinale de 3 dernières années.

Résultats : Le taux de réponse était de 67% en 2012, 78% en 2013 et en 2014. Le nombre d'équipement pour mesurer la CV a augmenté de 10 appareils par pays en 2012 à 12 appareils de charge virale en 2013 et à 15 appareils par pays en 2014. Les plateformes techniques les plus prédominantes sont ceux qui sont utilisés couramment pour les deux : charge virale et diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants.

La capacité de production de tests de charge virale a aussi augmenté de 9 million de tests de charge virale en 2012 à 12.9 million de tests de charge virale en 2014. Ceci correspondait à une capacité de 2.1, 2.2 et 1.2 tests de CV par patient respectivement en 2012, 2013 et en 2014.

Cependant, l'utilisation de cette capacité théorique est faible dans les pays: seuls 4 pays sur 74 pays ont utilisé 100% de leur capacité. Le taux de couverture de charge virale pour les PVVIH sous ARV est passé de 36% en 2012 à 53% en 2014. Au niveau des pays, seuls 4 pays sont passés de moins 30% de couverture en 2012 à 100% de couverture en 2014. L'Afrique sub-Saharienne a la plus grande proportion de pays n'ayant pas atteint 1 test par patient par année est plus élevé atteignant plus de 80%.

Les causes identifiées sont rupture de stock de réactifs, non-installation de certains équipements, appareils non réparés, manque de maintenance des appareils et manque de formation du personnel.

Conclusion: la capacité théorique de charge virale est insuffisante dans plusieurs pays, mais celle qui existe n'est même pas utilisée à son niveau optimal. La couverture de charge virale est basse surtout en Afrique. Nous recommandons aux programmes nationaux de résoudre les problèmes identifiés dans cette étude et mettre tous les moyens en oeuvre pour augmenter la couverture de la charge virale de tous les patients sous ARV et par là même, augmenter l'utilisation de la capacité qui est actuellement sous utilisée.

Thème : Suivi virologique et pharmacologique

Code : S17.O5

Différence de charge virale plasmatique entre les patients infectés par un VIH-1/O ou par un VIH-1/M à l'initiation d'un traitement antirétroviral : quelle réponse au traitement ? Etude ANRS12168 DYNAMO

Charles Kouanfack ^{1,*}Muriel Vray ²Anfumbom Kfutwah ³Avelin Aghokeng ⁴Rose Mougnotou ⁵Guillemette Unal ⁶Lénaig Le Fouler ²Laura Schaeffer ²Nathalie Noumsi ¹Elodie Alessandri-Gradt ⁷Eric Delaporte ⁴François Simon ⁸Jean-Christophe Plantier ⁷

¹Hôpital Central, Yaoundé, Cameroun, ²Institut Pasteur de Paris, Paris, France, ³Centre Pasteur du Cameroun, Yaoundé, Cameroun, ⁴Institut de Recherche pour le Développement, Montpellier, France, ⁵Site ANRS, Hôpital Central, Yaoundé, Cameroun, ⁶Site ANRS, Hôpital Central, Yaoundé, ⁷CHU et Université de Rouen, Rouen, ⁸Hôpital Saint Louis et université Paris-Diderot, Paris, France

Votre résumé : Les VIH-1 groupes O (VIH- 1/O) sont endémiques au Cameroun. Ils sont caractérisés par une grande diversité génétique intra-groupe et sont très divergents par rapport au VIH1/M. Les propriétés génétiques et antigéniques qui en résultent, ont des répercussions sur le diagnostic, le suivi virologique et la prise en charge thérapeutique des patients infectés, en particulier une résistance naturelle aux INNTI, utilisés au Cameroun en première ligne. L'étude ANRS12168 DYNAMO a pour objectif de comparer, sur une période de 24 mois, les réponses clinique, virologique et immunologique à un traitement par 2INTI+1IP/r initiés chez des patients naïfs de tout traitement antirétroviral, infectés par un VIH-1/O ou par un VIH-1/M.

Le traitement a été démarré chez les patients selon les critères de recommandations du CNS du Cameroun. Afin de pouvoir comparer les résultats, les patients ont été appariés sur la classe d'âge, les CD4, le sexe, le taux d'hémoglobine et le statut VHB (1 VIH-1/O pour 2 VIH-1/M). Le critère de jugement principal était le pourcentage de patients ayant une charge virale indétectable (CV<60cp/ml) à M12.

47 patients VIH-1/O et 94 patients VIH-1/M ont été inclus. A l'inclusion, la médiane de CV était significativement plus basse ($p<0.001$) chez les patients VIH-1/O (4.3 Log (3.8-4.7)) que chez les patients VIH-1/M (5.1 Log (4.8-5.9)). A M12, 88% des patients VIH-1/O avaient une CV<60cp/ml vs 84% des patients VIH-1/M (p -value ajustée=0.38) en analyse Per Protocol et 60.5% des patients VIH-1/O avaient un gain de plus de 50% de CD4 par rapport à J0, contre 78.8% des patients VIH-1/M ($p=0.07$).

A M24, des résultats préliminaires montrent que 95% des patients VIH-1/O auraient une CV<60cp/ml vs 83% des patients VIH-1/M (p -value ajustée=0.13) et 78.4% des patients VIH-1/O auraient un gain de plus de 50% de CD4 par rapport à J0, contre 88.7% des patients VIH-M ($p=0.27$).

DYNAMO est la seule étude comparant la réponse aux traitements de première ligne entre les patients infectés par VIH-1/O et ceux infectés par un VIH-1/M. Les résultats obtenus montrent que les patients VIH-1/O positifs ont une réponse virologique identique aux patients VIH-1/M avec le schéma proposé. Mais cette étude montre également des différences de charges virales à l'initiation du traitement et de réponse immunologique entre les deux groupes. Une analyse des mécanismes responsables de cette différence est nécessaire pour mieux comprendre l'histoire naturelle du VIH.

Corrélation entre les niveaux d'ARN VIH-2 et d'ADN VIH-2

Mélanie Bertine¹Gilles Collin¹Florence Damond¹Véronique Avettand²Jean-Christophe Plantier³Alexandre Storto¹Marine Naudin⁴Sophie Matheron⁵Descamps Diane¹Charlotte Charpentier^{1,*}

¹Laboratoire de Virologie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, ²Laboratoire de Virologie, Hôpital Necker, Paris, ³Laboratoire de Virologie, CHU Rouen, Rouen, ⁴CMG-EC de l'INSERM U897 / ANRS, Université de Bordeaux, Bordeaux, ⁵Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris, France

Votre résumé : Objet de l'étude : Peu de données sont disponibles concernant la caractérisation du réservoir du VIH-2. L'objectif de cette étude est d'évaluer la taille du réservoir cellulaire VIH-2 dans différentes populations de patients infectés par le VIH-2.

Méthodes : L'ADN VIH-2 total a été quantifié chez des patients naïfs d'antirétroviraux et chez des patients traités en échec virologique inclus dans la cohorte ANRS VIH-2 CO5. Les quantifications de l'ARN plasmatique et de l'ADN cellulaire ont été réalisées en utilisant des techniques de PCR en temps réel « maison ». Pour l'ADN VIH-2 cette technique était adaptée de la trousse HIV-2 RNA Biocentric® avec une limite de quantification à 7,5 c/PCR pour l'ADN.

Résultats : Parmi les 57 patients naïfs d'antirétroviraux la médiane de cellules CD4 était de 475/mm³ (IQR=381-659), les charges virales ARN et ADN VIH-2 étaient en dessous du seuil de quantification pour 63% et 12% des patients, respectivement. La médiane de la charge virale plasmatique était de 1446 c/mL (IQR=276-4632) ; la médiane de l'ADN VIH-2 total était de 2,7 log₁₀ c/10⁶PBMC (IQR=2,5-3,2). Nous n'avons pas observé de différence dans les médianes d'ADN ou d'ARN VIH-2 entre les patients infectés par le groupe A et ceux infectés par le groupe B (p=0,22 ; p=0,16). Parmi les 50 patients en échec virologique, traités en médiane depuis 8 ans (IQR=4-13), la médiane de cellules CD4 était de 232/mm³ (IQR=137-361), 14% et 2% d'entre eux avaient une charge virale plasmatique et un ADN VIH-2 inférieur au seuil de quantification, respectivement. La médiane de la charge virale plasmatique était de 832 c/mL (IQR=192-4011) ; la médiane de l'ADN VIH-2 total était de 3,2 log₁₀ c/10⁶PBMC (IQR=2,6-3,5). Les valeurs d'ARN et d'ADN VIH-2 étaient significativement plus élevées chez les patients infectés par le groupe A que chez ceux infectés par le groupe B (3,3 vs. 2,7 log₁₀c/10⁶PBMC, p=0,03 ; 1658 vs. 659 c/mL, p=0,04). Nous avons observé une corrélation positive entre les valeurs d'ARN et d'ADN VIH-2 : r=0,74 ; IC95%=0,57-0,85 (n=42).

Conclusion : Ces données montrent pour la première fois une corrélation entre les valeurs d'ARN et d'ADN VIH-2. La taille du réservoir est plus élevée chez les patients traités en échec que chez les patients naïfs, comme décrit dans l'infection VIH-1.

Thème : L'engagement communautaire

Code : S18.O1

L'engagement communautaire au service d'un testing pour lutter contre les refus de soins et discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH auprès de dentistes et gynécologues en France

Sarah Benayoun¹*Daniela Rojas Castro¹Caroline Douay²Antoine Henry³Franck Barbier⁴Guillemette Quatremère¹
Théau Brigand²Fabrice Pilorgé²Laurent Pallot⁵Axelle Romby⁶Laure Feldmann⁷Adeline Toullier²

¹Mission Innovation Recherche Expérimentation, ²Plaidoyer, ³Communication, ⁴Nouvelles stratégies de santé, ⁵AIDES, Pantin, ⁶Direction de la santé publique, ⁷Centre municipal de santé Docteur Pesqué, Mairie d'Aubervilliers, Aubervilliers, France

Votre résumé : Introduction

Des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) rapportent des refus de soins et des discriminations dans leur accès à des soins dentaires et gynécologiques, du fait de leur pathologie. Afin d'objectiver ces refus, les militants de AIDES ont réalisé un testing communautaire en avril 2015.

Méthode

Pour établir l'existence de traitements différenciés dans l'accès aux soins entre des PVVIH et des personnes présumées séronégatives, AIDES a utilisé une méthodologie fondée sur l'observation de prises de rendez-vous en situation réelle. Ainsi 44 militants ont appelé 440 cabinets dentaires et 116 cabinets de gynécologie identifiés aléatoirement parmi 20 villes françaises. Un même cabinet était contacté par deux militants distincts ayant les mêmes caractéristiques sociodémographiques et ne se distinguant que par leur statut sérologique au VIH. Chaque appelant s'est appuyé sur un script établi en concertation avec des militants, des PVVIH et des professionnels de santé.

Une hotline a été mise en place pour les aider à compléter l'outil de recueil de données.

Grâce à des séances de préparation puis de débriefing, les militants ont pu se former à la bonne utilisation des outils, s'approprier les résultats et les défendre auprès de leurs sénateurs. Désormais, ils peuvent aussi accompagner les victimes de refus de soins.

Résultats

Dans les cabinets dentaires, on relève 33,6 % de refus de soins directs ou déguisés (découragement, réorientation, dissuasion économique), et 16,8 % de discriminations (protocole spécifique d'hygiène, atteinte au secret médical, etc.) imputables au VIH. Pour les cabinets de gynécologie, on observe respectivement 6 % et 17,2 %.

Conclusions

L'engagement des militants a permis de mettre en évidence des atteintes à la déontologie médicale et à l'éthique, traduisant une forte méconnaissance du VIH et de l'application des mesures de précaution standard d'hygiène de la part des professionnels de santé. Ces constats confirment la nécessité de poursuivre le recueil de données pour combattre les refus de soins et de mobiliser les communautés autour de ces enjeux.

Un processus exemplaire de mobilisation communautaire : l'exemple du programme « Gundo-So »

Adeline Bernier^{1*}, Jorge Flores-Aranda¹, Adam Yattassaye², Bintou Dembélé², Samba Diop³, Lyne Massie⁴, Marie Préau⁵,
Joanne Otis⁴

¹Programme Recherche Communautaire, Coalition PLUS, Paris, France, ²ARCAD-SIDA, ³SEREF0/CEREF0, Bamako, Mali, ⁴Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada, ⁵GRéPS, Université Lumière Lyon 2, Lyon, France

Votre résumé : *Contexte* : Le partage du statut sérologique est un enjeu majeur pour les femmes vivant avec le VIH (FVVIH), puisqu'il peut avoir des conséquences positives (soutien social et financier, dépistage du partenaire...) mais peut également engendrer des situations de discrimination et de rejet. Au Mali, c'est un enjeu d'autant plus fort que les FVVIH se trouvent souvent dans une situation de dépendance économique et de faible pouvoir de décision. Ainsi, un programme québécois d'accompagnement des FVVIH (Pouvoir Partager / Pouvoirs Partagés, ou PP/PP), a été adapté au Mali au sein d'ARCAD-SIDA, structure communautaire d'accompagnement et de prise en charge des PVVIH.

Description : Le processus d'adaptation s'est inscrit dans une démarche communautaire, i.e. les FVVIH ont été impliquées à toutes les étapes du processus. Trois comités incluant des FVVIH ont été créés pour l'adaptation. De plus, une commission regroupant 4 FVVIH animatrices a été créée pour suivre le processus. L'adaptation s'est réalisée en deux étapes : phase test pour réaliser l'adaptation des outils et produire un guide d'animation intermédiaire, puis une phase pilote pour tester la nouvelle version et rétroalimenter à partir du vécu des FVVIH et des animatrices, afin de produire la version finale du guide d'animation. De nombreux temps d'échanges avec les différents partenaires, les comités et les animatrices ont été organisés.

Leçons apprises : La présence de FVVIH dans les différents comités et la commission de suivi ont permis une vraie appropriation des enjeux liés à l'adaptation et une vraie mobilisation communautaire sur ce projet, permettant l'adaptation des outils et la production d'un guide d'animation. Tout au long du processus, les FVVIH ont pu exprimer leurs interrogations, leurs suggestions et leurs craintes. De plus, le processus a permis le changement des pratiques des travailleurs sociaux sur la thématique du partage du statut. Enfin, il a permis un vrai renforcement de capacités de certaines FVVIH. Par exemple, certaines FVVIH ayant bénéficié du programme sont aujourd'hui devenue animatrices du programme.

Conclusion : La mobilisation communautaire encouragée par le mode d'organisation du processus d'adaptation de ce programme a permis la création d'un programme d'accompagnement des FVVIH sur la question du partage du statut sérologique adapté au contexte malien. Aujourd'hui, le programme a été développé dans plusieurs sites d'ARCAD-SIDA et est proposé à de nombreuses FVVIH.

L'engagement communautaire et le rôle des médiateurs pour faciliter l'accès à la charge virale dans les formations sanitaires décentralisées au Sénégal

Ndeye Ngoné Have ^{1,7}Abdoul Magib CISSE ²Ibrahima BA ¹Amadou Moustapha DIA ¹Fatou NIASSE TRAORE ³Mohamed COULIBALY ³Magatte NDIAYE ³Gabrièle LABORDE-BALEN ⁴Bernard TAVERNE ⁵Philippe MSELLATI ⁶Abdoulaye Sidibé WADE ³Safiatou THIAM ⁷

¹association, Réseau national des associations de personnes vivant avec le VIH, ²pédiatrie, Ministère de la santé EPS Mbour, ³Santé publique, Ministère de la Santé/Division de lutte contre le sida et les IST (DLSI), ⁴Santé publique, CRCF/ANRS/IRD U 233-INSERM U 1175, Dakar, Sénégal, ⁵anthropologie, IRD U 233-INSERM U 1175, Montpellier, France, ⁶Epidémiologie, IRD U 233-INSERM U 1175, Abidjan, Côte d'Ivoire, ⁷Santé publique, Ministère de la santé/comité national de lutte contre le sida (CNLS), Dakar, Sénégal

Votre résumé : **Contexte :** Au Sénégal, le Réseau National des Personnes Vivant avec le VIH (RNP+), dispose d'une coordination nationale à Dakar et d'un réseau de médiateurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ce dispositif reste encore assez peu utilisé par le système de santé, alors que différents programmes sont confrontés aux difficultés de circulation du matériel et des informations. Ainsi, l'accès à la charge virale plasmatique (CV), pourtant gratuite et recommandée par le programme national, reste difficile dans les régions en dehors de Dakar, en l'absence d'un circuit entre les sites de prise en charge, les laboratoires régionaux et le laboratoire de référence à Dakar (Laboratoire de bactériovirologie de Dakar).

Méthode : Dans le cadre d'une enquête nationale épidémiologique pédiatrique transversale (EnPRISE), financée par Expertise France, les associations du RNP+ et leurs médiateurs ont été mobilisés pour contribuer à la collecte et au transport des DBS à partir de Dakar vers tous les sites pédiatriques et inversement.

Résultats : Dans les structures, les médiateurs ont participé à l'information, la sensibilisation et à l'accueil des parents et des enfants en vue de l'enquête, puis à la collecte des informations socio-démographiques. Ils ont organisé le transport des prélèvements depuis les sites de suivi jusqu'aux capitales régionales. Ensuite, les 13 médiateurs régionaux ont centralisé les prélèvements des différents sites, pour les acheminer vers Dakar, en respectant le délai de 15 jours, entre la date des prélèvements et celle de leur arrivée au laboratoire. L'organisation a été coordonnée par le RNP+ et les responsables du projet, par communication téléphonique, entre le niveau national, le niveau régional et le niveau périphérique. L'acheminement des DBS a été réalisé par les transports en commun.

Conclusion : L'enquête a montré que les médiateurs communautaires peuvent jouer un rôle décisif dans l'accès à la charge virale des patients suivis dans les centres de santé périphériques au Sénégal. La présence des médiateurs communautaires sur l'ensemble du pays, leur engagement et leur organisation en réseau, avec une coordination nationale, constituent une ressource efficace. En l'absence d'un autre dispositif organisé, cette ressource peut être mobilisée par le système de santé, et intégrée dans tous les programmes concernant la prise en charge décentralisée des personnes vivant avec le VIH au Sénégal.

Thème : L'engagement communautaire

Code : S18.O4

Le centre Oasis : service adapté, approche communautaire, de soutien pour les populations clés

Pascal Tiendrebeogo ^{1,*} Abdoulazziz TRAORE ¹ Issoufou TIENDREBEOGO ¹

¹ASSOCIATION AFRICAN SOLIDARITE, Ouagadougou, Burkina Faso

Votre résumé : CONTEXTE

L'Association African Solidarité est un exemple d'organisation communautaire qui a réussi à s'implanter comme un important acteur local dans la lutte contre le sida au Burkina Faso. Cette organisation a développé un programme de prévention et de soins pour soutenir les hommes ayant de relations sexuelles avec d'autres hommes et les travailleuses de sexe. Ainsi, pionnière dans cette approche, elle a offert des services de conseil-prévention, de soutien psychosocial, de soins médicaux suivant l'objectif 90-90-90.

METODOLOGIE

L'association a créé des unités de prévention ciblées avec l'approche paire éducation au centre. Ces unités au nombre de 2 (HSH et TS) fonctionnent avec une table de permanence qui reçoit les personnes référées pour les services de dépistage, de soins et de prise en charge, et des acteurs de proximité qui sensibilisent, distribuent les préservatifs-gels et réfèrent au centre. Les prestations offertes sont le dépistage de VIH, le diagnostic et le traitement des cas d'IST, la consultation gynécologique, proctologique et psychologique, la prescription des ARV et le conseil juridique.

RESULTATS

Pour 2050 TS et 820 HSH dépistés en 2014, 59 TS et 16 HSH ont été déclarés séropositifs ; l'organisation a enrôlé 58 TS et 16 HSH (soit 98% et 100%) séropositifs dans le registre du centre et a mis sous traitement ARV 54 TS et 15 HSH (soit 93%). La fréquentation des services, le respect des ordonnances, ainsi que les résultats biologiques montrent une bonne observance de la majorité des personnes sous traitement ARV.

CONCLUSION :

L'approche mise en place permet de référer un maximum de TS et HSH au centre. Le circuit décrit pour les services prend en compte les besoins des populations en terme d'horaire, de soins et de traitement. Ces activités réalisées par étapes permettent l'arrimage des populations clés dans le continuum de soins et facilite l'atteinte des objectifs 90-90-90. Cette expérience a été partagée avec des structures œuvrant dans le même domaine sur la prise en charge médicale et la prévention : REVS+ , ALAVI, VIE POSITIVE

Thème : L'engagement communautaire

Code : S18.O5

Impact de l'engagement communautaire dans la promotion et l'application du droit au travail des personnes et des communautés vulnérables et à risques face au VIH/Sida dans l'Extrême-Nord du Cameroun

Paul Patrick Endele ¹, Foguito Fogue ¹, Jean Noel TAMEKUE ¹, Abdoulaye Sali ²

¹Santé et Droits humains, Positive-Generation, Yaoundé, ²Santé et Droits humains, Afsu-Maroua, Maroua, Cameroun

Votre résumé : Contexte

Au Cameroun, la prévalence du VIH/Sida est de 4,3%. Malgré de nombreux programmes de communication pour le changement de comportement en direction des communautés, les personnes vivant avec le VIH/Sida continuent d'être victimes de violation de leurs droits. Cette situation est plus marquée dans le domaine du travail où subsistent un stigma et une discrimination généralisé du fait du statut réel ou supposé.

C'est la situation qui prévaut dans la région de l'Extrême-nord du pays où, du fait des pesanteurs socio-culturelles et de la sous scolarisation, les PVVIH continuent de subir dans le mutisme une violation permanente de leurs droits dans le domaine du travail. En effet, les données (48,6% des cas enregistrés) de la clinique juridique de Positive-Generation, démontrent que c'est dans cette région que l'on enregistre l'une des plus forts taux de licenciements abusifs et de démissions forcées d'une part et d'autre part la non liquidation des droits du travailleur. Paradoxalement, on y enregistre le taux le plus bas de contentieux liés au travail dans les différentes juridictions.

D'après certains leaders communautaires locaux, cela s'explique par le fait que les populations ne comprennent pas toujours des messages qui sont véhiculés, parce que plusieurs d'entre elles ne parlent que des langues locales. Par ailleurs, du fait de leur vulnérabilité économique, ces derniers n'osent pas porter plainte.

Objectifs

Amener les communautés à dénoncer des cas de violations du droit au travail en relation avec leur statut sérologique à travers des sensibilisations en langue locale (le Ffuldéd, le Mbororo) et apporter un accompagnement juridique et ou judiciaire aux personnes victimes de ces violations de leurs droits.

Méthodologie

La méthodologie a consisté à la mise en œuvre de plusieurs activités. Il s'agit notamment :

- Atelier de formation des communicateurs communautaires ;
- élaboration de messages en langues locales ;
- mise en œuvre de causeries éducatives ;
- recueil et documentation des cas de violations ;
- orientation vers la clinique juridique ;
- accompagnement juridique et ou judiciaire.

Résultats obtenus

La formation a permis d'obtenir les résultats suivants :

- 18 animateurs communautaires formés capables de traduire et transmettre en langue locale les messages à faire passer ;
- 68 causeries éducatives menées en deux mois (le reste en cours) ;
- 544 personnes sensibilisées directement ;
- 8 cas de violations relevés ;
- 6 cas de conciliation ;
- 2 cas pendant devant les tribunaux.

Thème : L'engagement communautaire

Code : S18.O6

Participation au dialogue pays des populations clés dans le cadre du nouveau modèle de financement du Fonds Mondial : Cas du Cameroun

Serge Thierry Amba Enkoame ^{1,*}Serge douomong Yotta ¹Rostand Vondab Tentchimou ¹

¹Affirmative Action, Yaounde, Cameroun

Votre résumé : Le fond mondial dans son nouveau modèle de financement exige un dialogue pays entre tous les acteurs de lutte contre les maladies concernées. Une place est accordée aux populations clés dans ce processus d'élaboration de la Note Conceptuelle (NC). Dans certains pays, ces populations font l'objet de pénalisation juridique. C'est le cas du Cameroun où les populations clés du programme VIH (MSM, TS et UDI) font l'objet de pénalisation dans le code de procédure pénale. Le Cameroun a été choisi pour cette phase pilote de la mise en œuvre du nouveau modèle de financement du Fonds Mondial.

Affirmative Action, avec l'appui du MSMGF et de la GIZ, a permis aux populations clés du Cameroun de participer activement au dialogue pays en deux phases :

Première phase : regroupement des organisations des populations clés et des PVVIH en vue d'identifier leurs besoins qu'ils aimeraient voir dans la note conceptuelle. A l'issue de cette phase, un document de plaidoyer nommé « Amélioration du positionnement des MARPs dans les financements du Fonds Mondial au Cameroun » et une taskforce KP- PVVIH a été mis sur pied en vue de faire le suivi des recommandations.

Deuxième phase : participation à la rédaction de la Note Conceptuelle TB- VIH du Cameroun. Huit (08) membres de la taskforce KP-PVVIH ont pris part aux travaux de rédaction de la Note accompagné par un (01) consultant mobilisé pour l'occasion.

Résultats obtenus à l'issue de ces travaux :

Une Analyse plus détaillé du contexte des ressources humaines à permis d'identifier les limites du système sanitaire et par conséquent renforcer le caractère complémentaire voir palliatif du système communautaire dans des domaines innovant tels que : la Dispensation communautaires des ARV aux populations clés dans le cadre de la prise en charge, l'amélioration de l'environnement socioculturel et juridique pour meilleur accès des populations clés aux services de lutte contre le VIH et la TB.

Le système communautaire a ainsi été renforcé dans sa position d'alternative complémentaire au système sanitaire pour un meilleur impact de la riposte contre le VIH/Sida et la TB auprès de la population en générale et auprès des populations clés en particulier;

l'Intégration des données statistiques concernant les populations clés et vulnérables;

l'Allocation de 10% du budget total aux services en direction des populations clés ;

Une Note Conceptuelle accepté par le Fonds Mondial pour la période 2016 – 2017

Stratégie de délégation des tâches : exemple d'une région prioritaire au Sénégal

Fatou Niasse Traore ^{1,*}Assane Drame ²Abdoulaye Sidibé Wade ¹Mohamed Coulibaly ¹Pape Manoumbe Ndiaye ¹
Abdoulahath Mangane ¹

¹Division de Lutte contre le Sida et les IST, Dakar, ²District Sanitaire, Bignona, Sénégal

Votre résumé : Contexte : Le district sanitaire de Bignona, situé dans une région à épidémie de type généralisée est caractérisée par son accès difficile et sa situation d'insécurité. Elle est aussi confrontée à une insuffisance en ressources humaines qualifiées. Ainsi une stratégie de délégation des tâches est développée par la Division de lutte contre le sida (DLSI), le district et la région médicale pour pallier au déficit en ressources humaines et améliorer l'accès des services à la population et réduire les dépenses liées au transport.

Méthodes : La stratégie a démarré par des missions de prospection pour l'identification des zones prioritaires. Des fiches techniques ont été élaborées pour définir les tâches à déléguer, et un dispositif d'approvisionnement mis en place ainsi qu'un système de coaching avec des sessions de formation et de suivi des prestataires.

Résultats : La stratégie a permis de décentraliser et rapprocher les services au niveau de 14 postes de santé qui sont localisés à proximité des populations.

De manière opérationnelle les infirmiers ont mis à contribution les agents de santé communautaires.

Il a été noté une augmentation globale du nombre de personnes suivis dans les postes de santé avec 78 patients suivis dont 1% de PDV

La file active des patients suivis était de 447 avec une rétention de 60%, un taux de perdus de vue de 30% et un taux de décès de 11% en 2013. Après la mise en œuvre de la délégation des tâches, Le district de Bignona a enregistré en 2014, 669 patients suivis avec une rétention de 78,5%, un taux de PDV de 5,6% et un taux de décès de 9,2%

Limites

Toutefois il a été noté un déficit de transmission des informations du patient entre le poste et le centre ce qui entraîne une insuffisance du suivi médical et biologique par le centre de santé.

Conclusion: La délégation des tâches a permis la réduction de la charge de travail, la réduction des PDV, la normalisation de la PEC et le respect du système de référence de la pyramide sanitaire et l'amélioration de l'accessibilité. Cependant elle doit être encadrée.

Expérience pilote de la décentralisation de la prise en charge globale du VIH au Niger

Roubanatou Abdoulaye-Mamadou ¹*Emmanuel OUEDRAOGO ¹Abdoulazize SOUMAILA ¹Harouna MAMANE ¹Nathanaël YAHANNON ¹Ibrahim DIALLO ¹Jacques NDAWINZ ²Guillaume BRETON ²Sanata DIALLO ²Sophie CALMETTES ²
Oumarou SEYBOU ³Idrissa SOUMANA ³

¹SOLTHIS, Niamey, Niger, ²SOLTHIS, Paris, France, ³Ministère de la Santé Publique, Niamey, Niger

Votre résumé : Objectifs de l'étude : Le projet « Capacités d'Accès aux Soins et Système d'Information Sanitaire », financé par l'initiative 5% de France Expertise Internationale, est mis en œuvre au Niger par l'ONG Solthis en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et d'autres institutions. Ce projet a pour but de renforcer les capacités i) du personnel soignant pour améliorer la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en zone décentralisée; ii) des acteurs nationaux pour améliorer la qualité, la disponibilité et l'utilisation des données.

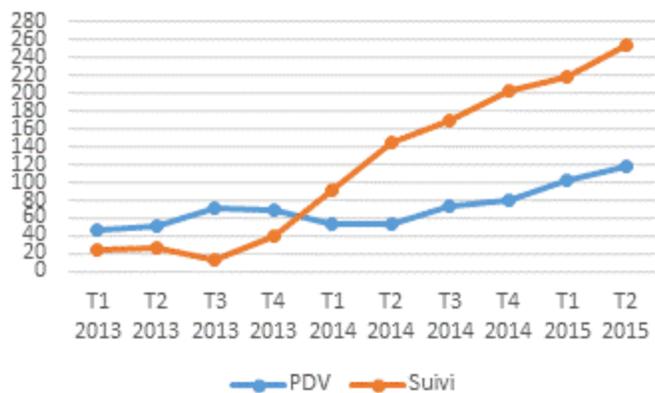
Méthode : Il s'agit d'un projet pilote d'une durée de 3 ans (2013-2015), réalisé au niveau de 06 hôpitaux de districts (HD) des régions de Dosso et Tillabéry. La méthodologie utilisée est une approche de qualité à 03 niveaux d'appui : les organes institutionnels, les HD et le personnel soignant. Après une analyse participative des besoins, les activités menées ont consisté à renforcer les systèmes et services de santé à travers des sessions de formation ou recyclage des acteurs de santé, des missions de parrainage aux équipes pluridisciplinaires des HD, l'appui à distance et l'organisation de réunions de coordination pour une meilleure appropriation régionale et nationale.

Résultats : Entre janvier 2013 et juin 2015, 515 professionnels de santé ont été formés et leurs compétences renforcées. Chacun des 6 HD a bénéficié en moyenne de 06 missions de 02 jours d'appui. Tous les HD ont été dotés du plateau technique spécifique pour le suivi des PVVIH et le circuit d'approvisionnement des intrants a été consolidé. Un système informatique de collecte des données de suivi des PVVIH a été mis en place dans chacun des 6 HD. La saisie des données est régulière et des missions de supervisions permettent de faire le contrôle de qualité des données saisies. L'analyse de cette base montre une effectivité de la décentralisation de la prise en charge globale du VIH. Par exemple, le nombre de PVVIH suivies dans les 6 HD est passé de 24 au premier trimestre (T1) 2013 à 92 au T1 2014 puis à 218 au T1 2015, soit un taux d'accroissement annuel de 137% entre 2014 et 2015. Par ailleurs, ce taux d'accroissement annuel a varié de 45% à 650% entre les sites.

Conclusion : La politique nationale de décentralisation de la prise en charge des PVVIH, stratégie qui consiste à améliorer l'accessibilité des populations à des services et soins de qualité, est une stratégie à promouvoir sous réserve de mesures d'accompagnement.

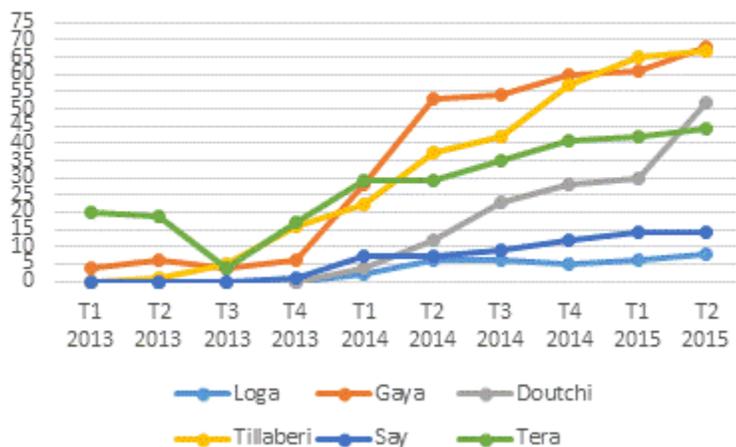
Soumettre un tableau ::

Graphique 1: Evolution du nombre total des patients suivis sous ARV et des perdus de vue des six sites décentralisés



Soumettre un schéma ::

Graphique 2: Evolution des files actives des six sites décentralisés



Vers la transformation des médiatrices communautaires PVVIH en agents de santé ? Analyses au Sénégal et au Burkina Faso

Khoudia Sow ^{1,*}Blandine Bila ²

¹MSAS, CRCF, Dakar, Sénégal, ²IRSS, Ouagadougou, Burkina Faso

Votre résumé : Objet : L'appui des médiatrices issues d'associations de PvVIH dans la prise en charge des femmes enceintes VIH+ s'est généralisé dans les structures de santé. Cette étude vise à analyser l'effet de la mise en œuvre de l'option B+ en termes de reconfigurations des rôles entre les professionnels de santé et les médiatrices ?

Méthode : Dans le cadre du projet ANRS 12271, une méthode qualitative a été utilisée dans 5 sites PTME à Dakar, Sédhiou, Ziguinchor, Ouagadougou, Bobo Dioulasso, combinant des réunions d'informations, 50 focus group, et 125 entretiens semi-directifs avec 90 FvVIH ayant l'expérience de la PTME (dont la majorité avec l'option B+), des médiatrices FvVIH, des spécialistes de la sensibilisation sur la PTME, des professionnels de santé et des leaders de PvVIH.

Résultats : Soulagés par la réduction du risque de transmission du VIH à l'enfant grâce aux ARV, les soignants allègent leur implication dans le suivi des femmes dépistées en les référant de plus en plus précocement aux médiatrices qu'ils utilisent pour diverses activités de soins. Avec l'adoption de l'option B+, les médiatrices communautaires FvVIH sont de plus en plus sollicitées pour des activités qui relèvent de la prise en charge médicale. Elles sont impliquées dans l'annonce du statut VIH+ aux femmes. Elles leur expliquent le contenu des prescriptions médicales, les accompagnent pour s'approvisionner en ARV, pour accoucher, leur prodiguent des conseils et surveillent l'observance thérapeutique. Ayant acquis une expertise profane sur les médicaments les plus prescrits, elles vérifient les ordonnances, signalent aux prescripteurs des anomalies de protocole et orientent parfois les femmes vers d'autres soignants lorsque des symptômes jugés graves ne leur semblent pas être correctement traités. Beaucoup d'entre elles se considèrent désormais comme des agents de santé dont elles adoptent de plus en plus les attitudes. Certaines ne font plus référence à leur statut VIH+. Elles sont nombreuses à réduire leurs rapports avec les associations de PvVIH qui se plaignent de « perdre leurs membres ».

Conclusion : Dans un contexte de réduction de l'implication des professionnels de santé auprès des FvVIH, ces données témoignent de la professionnalisation et de la « médicalisation » des médiatrices qui se transforment peu à peu en auxiliaires de santé, au risque de réduire l'originalité de leur contribution, une évolution dont les effets méritent d'être discutés.

Le stock de sécurité en ARV – mécanisme d'accès aux traitements et de collaboration communautaire des états de l'Afrique de l'ouest

Carlos BRITO ¹Joy BACKORY ²Alfred DANNOURA ^{3,*}

¹Contrôle des épidémies et des maladies, Organisation ouest-africaine de la santé, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, ² Equipe régionale d'appui, ONUSIDA, Dakar, Sénégal, ³Consultant international, Bruxelles, Belgique

Votre résumé : Le stock de sécurité régional en ARV a été établi en avril 2014 suite aux recommandations des 15 pays de la CEDEAO. Ce dispositif, géré par l'OOAS, est destiné au dépannage de ces pays face à des situations de tension en ARV. Il est hébergé par la NPSP de la Côte d'Ivoire (CI). Son ambition plus large est de contribuer au renforcement des systèmes nationaux de gestion d'approvisionnement, d'encourager la coopération bi- et multilatérale et de promouvoir l'industrie locale des ARV.

Depuis sa mise en œuvre, ce mécanisme a été sollicité 7 fois et a servi à deux reprises. Or, son utilisation a révélé l'existence de plusieurs défis structurel, organisationnel, conjoncturel et opérationnel.

Par conséquent, nous avons décidé d'effectuer une évaluation intermédiaire du dispositif : c'est en effet l'objet de la présente étude qui a été menée sur 3 niveaux :

- 1- Une étude conceptuelle et structurelle du dispositif, notamment son architecture, ses choix stratégiques : positionnement, stratégies de gestion, hébergeur, liste de molécules et perspectives d'évolution
- 2- Une évaluation des objectifs opérationnels, comprenant processus, procédures et système d'échange d'information
- 3- Une évaluation des objectifs spécifiques, particulièrement l'étude d'impact du dispositif et de ses résultats.

Pour ce faire, une méthodologie spécifique a été déployée. Cette méthodologie est basée sur une revue documentaire élargie, un questionnaire d'enquête adressé aux 15 pays bénéficiaires ainsi qu'une phase de terrain comprenant notamment l'observation du fonctionnement et des entretiens structurés avec les personnes-clés de la structure d'accueil (NPSP de la CI) et de deux pays bénéficiaires (CI et Sénégal). Après analyse et synthèse des données, un rapport de mission sera discuté auprès d'un groupe élargi comprenant OOAS, pays membres et partenaires de développement et de financement de la lutte anti-VIH/SIDA.

Nos résultats montrent l'importance stratégique du dispositif, qui constitue une démarche pionnière dans la lutte régionale anti-VIH/SIDA. Cependant, malgré la réalisation partielle de certains objectifs, plusieurs défis entravant son fonctionnement optimal subsistent. Notamment, les questions liées au système d'échange d'information entre dispositif et pays, à l'organisation interne, à la gestion du stock et son turnover, à la pré-qualification des fournisseurs et aux procédures nécessitent d'apporter des réponses originales pour en renforcer la réactivité, la performance et l'efficacité.

Qualité de vie des personnes vivant avec le VIH au Cameroun : évolution des résultats du programme camerounais d'accès aux antirétroviraux entre 2006 et 2014 (ANRS-EVAL et ANRS-EVOLCAM)

Luis Sagaon Teyssier ^{1,*}Yasser Bouklouch ¹Marie Suzan-Monti ¹Marion Mora ¹Véronique Boyer ¹Christian Laurent ²Bruno Spire ¹Laurent Vidal ¹Sylvie Boyer ¹Groupe EVOLCAM Groupe EVOLCAM ¹

¹UMR912 SESSTIM (INSERM/IRD/AMU); ORS-PACA, MARSEILLE, ²UMI233 IRD, Montpellier, France

Votre résumé : Objectifs: La montée en charge des services de prise en charge du VIH dans un contexte de raréfaction des ressources financières internationales soulève de nouvelles interrogations sur leur capacité à répondre à l'augmentation de la demande, tout en maintenant une qualité satisfaisante des soins. Cette étude analyse l'évolution de la qualité de vie (QdV) des PVVIH dans des hôpitaux camerounais de la région Centre et Littoral, ainsi que les facteurs associés, en utilisant des données à 8 ans d'intervalle.

Méthodes: Les enquêtes ANRS-EVAL (2006) et ANRS-EVOLCAM (2014) ont été réalisées, respectivement, auprès de 3170 PVVIH et 2162 PVVIH. Les données ont été collectées par questionnaire en face-à-face avec des questions portant sur les conditions de vie, QdV, vécu du traitement, observance et sexualité. Une base de données commune aux deux enquêtes a été construite pour les rendre comparables en termes des caractéristiques socioéconomiques, sociodémographiques et cliniques par la technique dite *Inverse Propensity Score Weighting*. Cette base est composée de 2392 patients (50,6% ANRS-EVAL) inclus dans 9 hôpitaux des régions Centre et Littoral. Les composantes physique et mentale du SF-12 ont été utilisées pour étudier leur évolution entre 2006 et 2014.

Résultats: L'analyse montre l'absence de différence significative pour la QdV mentale entre 2006 et 2014 (coeff: 0.75 p=0.173). Néanmoins, les facteurs associés diffèrent entre les deux enquêtes. L'observance apparaît en 2014 comme un facteur protecteur de la QdV mentale (haute observance, coeff : 2.5, p<0.021 vs moyenne observance/arrêt) par rapport à 2006. En revanche, une différence significative en 2014 en termes de QdV physique (coeff :-1.28 p=0.012) indique une dégradation de cette dimension qui s'explique principalement par une moindre QdV physique dans un des hôpitaux les plus importants de la région Centre (coeff : -4,43 p<0.003).

Conclusion: La stabilité de la QdV mentale des PVVIH au Cameroun entre 2006 et 2014 reflète un processus associé principalement aux caractéristiques individuelles. En revanche, la dégradation de la QdV physique reflète des différences entre hôpitaux qui pourraient mettre en cause le fonctionnement et/ou la qualité de certaines structures de prise en charge. Cette dégradation de la QdV associée à certaines structures pourrait être le reflet des effets de la récente crise économique et de problèmes plus profonds en termes d'indicateurs cliniques des PVVIH au Cameroun.

Analyse situationnelle de l'infection à VIH pédiatrique au Togo : accès aux soins et utilisation des services de traitement antirétroviral

Agbeko Foli ^{1,*}ELOM TAKASSI ²MAWUTO FIAWOO ²YAWO ATAKOUMA ²

¹PEDIATRIE, CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE SOKODE , SOKODE, ²PEDIATRIE, CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SYLVANUS OLYMPIO, LOME, Togo

Votre résumé : Objectif

Analyser les performances dans la mise en œuvre du traitement antirétroviral chez l'enfant infecté par le VIH au Togo en 2013.

Méthodologie

Dans une enquête menée du 22 Juillet au 15 Août 2014, une revue documentaire a été effectuée au Togo sur la situation de l'offre des soins de dépistage et du traitement antirétroviral chez l'enfant, puis sur l'utilisation des services pédiatriques. Les performances et goulots d'étranglement des différentes prestations du paquet de soins à administrer à l'enfant affecté et infecté par le VIH ont été analysés selon la méthode de Tanahashi.

Résultats

L'offre du dépistage précoce de l'infection à VIH chez l'enfant était faible (27,66%) liée principalement aux limites en ressources humaines qualifiées et en réactifs. La proportion de centres pratiquant le Conseil – Dépistage à l'Initiative du prestataire en Pédiatrie était insignifiante (1,96%). La couverture en TARV pédiatrique était faible (56,00%) par insuffisance de ressources humaines formées. Seulement 49,00 % des femmes enceintes attendues en PTME ont bénéficié du dépistage dont 46,5% de séropositives ont reçu les ARV en 2013 et 38% pour les nouveaux – nés exposés. 13% des enfants exposés bénéficiaient du diagnostic précoce dans les deux premiers mois de vie. La TME s'élevait à 17,86%. Le nombre d'enfants mis sous TARV progressait lentement à 2 377 / 21 000 attendus en 2013. La couverture en traitement ARV pédiatrique était estimée à 24%. Les enfants infectés par le VIH suivis représentaient 6,3% des PVVIH enregistrés. La répartition par type de structure montrait pour les formations sanitaires publiques (55,5%), associatifs (30,6%) et confessionnels (13,6%). L'incidence de la TB chez les enfants PVVIH était de 15/ 3 275 (0,4%). Les enfants représentaient 17% des co-infectés TB-VIH. Le taux de perdus de vue sous TARV était de 8,4% et la létalité liée au VIH était de 2,4%. Le taux de survie des enfants sous TARV à 12 mois était de 87,20%.

Conclusion

Les performances en prise en charge du VIH pédiatrique au Togo sont faibles liées à une insuffisance de passage à l'échelle. La délégation de tâches aux paramédicaux avec coaching pourrait accélérer cette riposte.

Mots-clés : VIH - enfants

Thème : Epidémiologie

Code : S20.O1

Méconnaissance des statuts sérologiques vis-à-vis du VIH, du VHB et du VHC des patients reçus dans les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde (MdM) en France

Marie-Dominique Pauti ^{1,*}Marielle Chappuis ¹Anne Tomasino ¹Céline Mathieu ²Cécile Mari ²Jean-François Corty ¹

¹Direction des Missions France, Médecins du Monde, Paris, ²Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées, Toulouse, France

Votre résumé : En France, les populations migrantes et/ou précaires sont des populations particulièrement vulnérables face à des pathologies infectieuses comme les hépatites et le VIH. Elles sont, pour la plupart, en grandes difficultés d'accès à la prévention.

La Mission France de MdM a pour objectif de faciliter l'accès à la prévention, aux soins et aux droits dans le système de droit commun des populations vulnérables et de témoigner. La population reçue dans les CASO est à 94.5 % étrangère et vit dans des conditions extrêmement précaires. En 2000, MdM a mis en place un observatoire de l'accès aux soins des Missions France pour enrichir les connaissances sur les populations accueillies. Un dossier social et médical standardisé a été mis en place dans tous les CASO. Le questionnaire médical aborde la connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VHB, du VHC et du VIH.

En 2014, les 20 CASO ont réalisé 37 087 consultations médicales pour 22 894 patients différents. Lorsque les professionnels de santé interrogent les patients sur leur statut sérologique (50% des cas), **un peu moins de 24 % connaissent leur statut vis-à-vis des hépatites B et C et environ 29 % concernant le VIH**, résultats qui mettent en évidence une importante méconnaissance des statuts sérologiques parmi les personnes rencontrées.

Le défaut de connaissance des statuts sérologiques est significativement plus fréquent parmi les ressortissants étrangers par rapport aux français : seuls 22 % connaissent leur situation vis-à-vis des hépatites B et C (vs 42 % des français), proportion qui atteint 28 % pour le VIH (vs 44 %).

C'est parmi les étrangers originaires du Proche et Moyen-Orient, d'Europe hors UE et du Maghreb que la part des personnes ignorant leurs statuts sérologiques est la plus élevée. La dégradation des conditions de logement est également associée à une méconnaissance plus importante du statut sérologique des étrangers.

La méconnaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH est significativement plus importante chez les hommes. Cette différence n'est pas retrouvée pour les hépatites, suggérant un moindre dépistage chez les femmes des hépatites B et C que du VIH dans les pays d'origine, durant la grossesse notamment.

La durée de séjour en France est un élément favorisant l'accès au dépistage du VIH et des hépatites.

Ces résultats soulignent toute la nécessité de développer des projets spécifiques de prévention envers les populations que nous recevons à Médecins du Monde.

Thème : Epidémiologie

Code : S20.O2

Professionnelles de sexe au Mali : lien entre l'âge moyen du 1^{er} rapport sexuel, l'âge moyen de la 1^{ère} utilisation du préservatif et la prévalence du VIH

Salimata SOW ¹Bouyagui Traoré ¹Salimata Sow ^{1,*}

¹Ministère de la santé, Cellule sectorielle de lutte contre le Sida, Bamako, Mali

Votre résumé : Introduction

L'étude ISBS "Integrated STI/VIH and Behavioral Surveillance - ISBS" est destinée à promouvoir la mise en place d'un système de surveillance régulière de la prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels y afférents afin de déterminer au fil du temps la prévalence des IST/VIH et les comportements associés au sein des groupes dont les comportements sont jugés à risque élevé ;

Objectif

Apprécier la corrélation qui existe entre l'âge moyen du 1^{er} rapport sexuel, l'âge moyen de la 1^{ère} utilisation du préservatif et la prévalence du VIH chez les professionnelles de sexe des maisons closes du Mali de 2003 à 2009

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une enquête transversale sur les comportements associés à la sérologie du VIH.

Sites de l'étude : Gao, Mopti, Kayes, Ségou, Sikasso, Bamako et Koutiala.

Les composantes comportementales du questionnaire ont examiné les informations spécifiques telles que :

- 1) les caractéristiques sociodémographiques ;
- 2) l'origine et les mouvements migratoires ;
- 3) les pratiques sexuelles ;
- 4) les comportements de santé en matière d'IST ;
- 5) les connaissances et attitudes en matière d'IST/VIH/SIDA

Résultats

Au total 2430 professionnelles de sexe des maisons closes du Mali ont été enquêtées entre 2003 et 2009

L'âge moyen au 1^{er} rapport sexuel était de 16 ans en 2003 ; 16,25 ans en 2006 et 16,4ans en 2009

L'âge de la 1^{ère} utilisation du préservatif était respectivement de 24 ans, 23,5 ans et 22,1 ans en 2003, 2006 et 2009

La prévalence observé du VIH était de 31,6% en 2003 ; 35,3% en 2006 et 24,2% en 2009

On a observé un accroissement significatif de la prévalence du VIH en 2006 (35.3%) comparée aux précédentes mesures (31.9% en 2003). Il faut signaler que l'âge moyen du 1^{er} rapport sexuel reste stable (16,2 ans) alors que l'âge moyen de la 1^{ère} utilisation du préservatif diminue au fil des années (23,2 en moyenne).

Conclusion

Cet accroissement reste inquiétant si l'on considère le taux de renouvellement des filles qui, pour la plupart ont moins de 3 ans d'exercice. D'où la nécessité d'avoir une bonne couverture de cette cible en terme d'intervention de prévention.

La période critique se situe entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge de la première utilisation du préservatif. Cela est inquiétant car les partenaires des PS constituent une population passerelle de propagation du VIH dans la population générale.

Mots clés : PS, VIH, préservatif, partenaires sexuels, rapports sexuels

Email : sowsali@yahoo.fr0

Thème : Populations clés

Code : S20.O3

Facteurs associés à la non-utilisation du préservatif avec les clients par les travailleuses du sexe au Burkina Faso

Benoit Césaire Samadoulougou ^{1,*}Odette Ky-Zerbo ¹Henri Gautier Ouédraogo ²Halidou Bansé ³Ashley Grosso ⁴Marcel Lougué ⁵Erin Papworth ⁴Simon Tiendrébéogo ⁶Stefan Baral ⁴Séni Kouanda ⁶

¹Recherche action, Programme d'appui au monde associatif et communautaire (PAMAC), ²Biomédical, Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS), ³AIDS empowerment and treatment international (AIDSETI), Ouagadougou, Burkina Faso, ⁴Johns Hopkins University, Baltimore, États-Unis, ⁵Programme d'appui au monde associatif et communautaire (PAMAC), ⁶Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS), Ouagadougou, Burkina Faso

Votre résumé : Object de l'étude

L'épidémie du VIH au Burkina Faso est mixte avec une tendance à se concentrer au sein des populations clé, notamment les travailleuses du sexe (TS). L'utilisation du condom est un élément de la prévention de la transmission du VIH. L'objet de cette communication est d'analyser les raisons de la non utilisation du préservatif par les TS lors du dernier rapport sexuel avec les clients.

Méthodes

Il s'agit d'une étude transversale conduite auprès des TS de cinq villes du Burkina Faso (Ouagadougou, Bobo Dioulasso, Koudougou, Ouahigouya et Tenkodogo) de janvier 2013 à juin 2014. Les TS âgées d'au moins 18 ans ont été recrutées par la méthode Respondent Driven Sampling (RDS). Après le recueil du consentement, un questionnaire comportemental a été administré à chaque participante.

Résultats

Au total 1073 TS ont été recrutées. En moyenne au cours du dernier mois, les TS ont eu des rapports sexuels avec 22,8 (95%IC : 21,0 ; 24,6) nouveaux clients et 23,2 (95%IC : 21,5 ; 24,9) clients réguliers. La non utilisation du condom lors du dernier rapport sexuel avec un nouveau client et un régulier est respectivement retrouvée chez 9,3% et 12,3% des TS. Quel que soit le type de client, les facteurs communs associés à la non utilisation du condom lors du dernier rapport sexuel sont l'oubli, la non disponibilité du condom au moment du rapport sexuel, le refus du condom par le client, la considération du client comme un partenaire sûr, la proposition de plus d'argent, le retrait du condom par le client. La nature forcée du rapport sexuel est aussi associée à la non utilisation du condom avec un nouveau client ($p=0,002$). Pour les clients réguliers, les autres facteurs associés sont le manque de temps pour trouver le condom ($p<0,000$), la faiblesse du revenu ($p<0,000$), l'absence ou la difficulté d'accès aux condoms ($p=0,023$).

Conclusion

La non utilisation du condom lors des rapports sexuels avec les clients reste un comportement à risque courant chez les TS au Burkina Faso. Il est donc nécessaire que les programmes de lutte contre le VIH dans le milieu du travail du sexe mettent l'accent sur les activités de prévention, notamment la sensibilisation et la mise à disposition des condoms.

Thème : Populations clés

Code : S20.O4

Dépistage du VIH par les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) : perceptions et facteurs associés au Burkina Faso

Odette Ky-Zerbo ^{1,*}Gautier Henri Ouedraogo ²Kouadio Marcel Lougue ¹Benoit Cesaire Samadoulougou ¹Erin Papworth ³ Benjamin Liestman ³Ashley Grosso ³Simon Tiendrébéogo ²Halidou Banse ⁴Aoua Kone ⁴Stefan Baral ³Seni Kouanda ² ¹PAMAC, ²IRSS, Ouagadougou, Burkina Faso, ³Université John Hopkins, Baltimore, États-Unis, ⁴AIDSETI, Ouagadougou, Burkina Faso

Votre résumé : Introduction. Les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) seraient 19 fois plus infectés que la population générale en Afrique de l'Ouest et du Centre. Le test VIH est important pour la prévention et la prise en charge et l'OMS recommande que les populations clés soient testées au moins une fois l'an. Peu d'études se sont intéressées à l'utilisation des services de test VIH (STV) par les HSH en Afrique francophone. Notre objectif est d'analyser la pratique et les perceptions des HSH sur les services de test du VIH (STV) au Burkina Faso.

Méthodologie. Dans le cadre de l'étude Research to prevention (R2P), une étude comportementale et biologique auprès des HSH a été conduite dans les deux plus grandes villes du Burkina Faso (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) en 2013. La méthode respondent driven sample (RDS) a été utilisée pour la collecte des données quantitatives. Ont été inclus des hommes ayant au moins 18 ans, et déclarant avoir eu des rapports sexuels avec pénétration anale avec d'autres hommes au cours des douze derniers mois. Des entretiens individuels approfondis et des focus groupes ont également été conduits. Les données quantitatives ont été analysées avec SPSS 12 et les données qualitatives ont été codées pour analyse.

Résultats. Au total, 628 HSH d'un âge moyen de 22 ans ont participé à l'étude. Et 472 (75%) avaient déjà fait le test dont 53% testés plus d'une fois. Les participants déjà testés sont plus souvent ceux qui ont parlé de leur homosexualité dans le cadre familial ($p=0,004$), les membres d'association ($p< 0,001$) et ceux qui ont le niveau supérieur ($p=0,01$). Ceux âgés de moins de 20 ans semblent avoir moins accès au test ($p< 0,001$). Du point de vue des HSH, la non utilisation régulière des STV est due à la peur du résultat et à la crainte d'être isolé dans la communauté en cas de séropositivité.

Ils trouvent également le contenu du counseling inadapté à leurs besoins.

Conclusion. La stigmatisation des HSH, et particulièrement de ceux infectés par le VIH est un obstacle à la demande du test VIH, surtout chez les plus jeunes. Une définition des services de test acceptables par les HSH au Burkina Faso est nécessaire.

**Cartographie et estimation de la population des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH),
étape essentielle pour la mise en œuvre de la prévention combinée (PC) au Maroc**

Amina Latifi ^{1,*}Pierre Huygens ²Boutaina Selma El Omari ³kamal Alami ⁴Aziza Bennani ¹Abderrahman Maaroufi ⁵

¹programme national de lutte contre le sida, ministère de la santé, rabat, Maroc, ²ULB, Bruxelles, Belgique, ³UGFM, ministère de la santé, ⁴ONUSIDA, ⁵DELM, ministère de la santé, rabat, Maroc

Votre résumé : Contexte: Le Maroc est considéré comme un pays à faible épidémie de VIH dans la population générale mais avec une épidémie concentrée parmi les populations clés notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) dans certaines régions du sud (> 5%) à Souss Massa. Un modèle d'implantation et de mise en œuvre de la prévention combinée chez ces populations au niveau d'Agadir a été adopté centré sur leurs besoins et articulé autour des réseaux d'acteurs sociaux et techniques. La cartographie, première étape de cette approche consiste à localiser et estimer la taille des HSH dans la ville d'Agadir et répertorier les services disponibles adaptés à cette population, en prévision de développer un paquet d'activités intégrées.

Méthode : la cartographie a été réalisée en 4 étapes : 1) revue de la littérature, 2) l'identification des "points chauds" et 3) services adaptés ou de adaptables, 4) le recensement par comptage direct des HSH et PS qui a permis de préparer l'estimation de taille par la méthode de capture-recapture et de déterminer la proportion de ces populations cachées.

Résultats : 1 689 HSH ont été identifiés avec une estimation (67%) des non-gay, (33%) des gays. total de 43 sites HSH ont été identifiés : la majorité (22) dans la ville d'Agadir, 11 sites dans les zones populaires et 10 dans les zones périphériques. La majorité des HSH (1030) ont été identifiés dans les sites ouverts (31/43 sites) contre seulement 502 dans les sites fermés. Présence de mineurs HSH dans la majorité des sites (23/43). La violence contre les HSH a été rapportée sur la plupart des sites. L'estimation finale de la taille des HSH obtenue par la méthode de capture-recapture révèle le chiffre de 9441 personnes pour le Grand Agadir, qui est près de 5 fois plus que les estimations précédentes.

Conclusions: Même si un grand nombre de ressources existent pour opérationnaliser la prévention combinée pour les HSH dans le grand Agadir, l'estimation de la taille suggère que la population HSH est plus importante que prévu et que ce n'est qu'une frange visible, qui est actuellement couverte par la prévention. Un grand nombre de sites et de zones HSH ont été identifiés grâce à la cartographie versus peu de services fournis, montrant la nécessité de mener des actions prioritaires qui suivent une approche coût-efficacité comme «Corridor de la prévention ».

Thème : Populations clés

Code : S20.O6

Incidence de l'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Afrique de l'Ouest : étude de cohorte prospective multi-pays (CohMSM ANRS 12280)

Clotilde Couderc^{1,*}Bintou Dembélé Keita²Camille Anoma³Abdoulaye Sidibé Wade⁴Abdoulaye Ouédraogo⁵Alou Coulibaly²Sylvain Ehouman³Abdou Khoudia Diop⁴Martine Somda⁶Yves Yomb⁷Emilie Henry⁸Bruno Spire⁹Christian Laurent¹

¹TransVIHMI, IRD UMI 233 / Inserm U 1175 / Université de Montpellier, Montpellier, France, ²ARCAD-SIDA, Bamako, Mali, ³Espace Confiance, Abidjan, Côte d'Ivoire, ⁴Division SIDA/IST, Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la prévention, Dakar, Sénégal, ⁵Centre Muraz, ⁶REVS+, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, ⁷Alternatives-Cameroun, Douala, Cameroun, ⁸Coalition PLUS, Paris, ⁹SESSTIM UMR 912, Inserm/IRD/Université Aix-Marseille, Marseille, France

Votre résumé : Objet de l'étude. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande depuis septembre 2015 d'ajouter la prophylaxie pré-exposition (PrEP) à une offre de prévention combinée pour les personnes à risque élevé d'infection par le VIH (incidence supérieure à 3 pour 100 personne-années en absence de PrEP). Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) représentent une des populations clés de l'infection par le VIH et sont directement concernés par cette recommandation. Néanmoins, peu de données sont disponibles au sein de cette population en Afrique. Nous avons donc estimé l'incidence de l'infection par le VIH chez des HSH de quatre pays d'Afrique de l'Ouest.

Méthodes. Une étude de cohorte prospective a été réalisée en 2013-2014 à Bamako (Mali), Abidjan (Côte d'Ivoire), Dakar (Sénégal) et Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Etaient éligibles les hommes de plus de 18 ans, rapportant au moins une relation sexuelle avec un autre homme au cours des trois derniers mois, séronégatifs pour le VIH (statut confirmé à l'inclusion dans l'étude). Un suivi de six mois leur a été proposé incluant un test de dépistage du VIH trimestriel (M3 et M6) accompagné de conseils pré- et post-test et de la mise à disposition de préservatifs. Si nécessaire, un traitement des infections sexuellement transmissibles était fourni.

Résultats. Au total, 440 HSH séronégatifs ont été recrutés. Parmi eux, 316 (71,8%) ont eu au moins un test de dépistage au cours du suivi : 168 (53,2%) au Mali, 73 (23,1%) en Côte d'Ivoire, 54 (17,1%) au Sénégal et 21 (6,6%) au Burkina Faso. L'âge médian était de 23,7 ans (écart interquartile [EIQ] : 20,8-28,0). Ces hommes ont été suivis pour une durée totale de 167,9 personne-années. Les tests de dépistage de suivi ont été réalisés après un délai médian depuis l'inclusion de 3,2 mois (EIQ : 3,0-3,6) et 6,3 mois (EIQ : 6,0-6,6). Huit séroconversions ont été observées (six au premier test de suivi et deux au second test), soit un taux d'incidence de 4,8 pour 100 personne-années (intervalle de confiance à 95% : 2,4-9,5).

Conclusion. L'incidence du VIH observée dans cette étude place les HSH de ces pays d'Afrique de l'Ouest parmi les populations éligibles à la PrEP selon les critères recommandés par l'OMS. Des recherches opérationnelles sont maintenant nécessaires pour guider la mise en œuvre de programmes spécifiques de prévention et de prise en charge globale incluant la PrEP dans ce contexte.

Incidence élevée du VIH chez les patients ayant déjà eu recours à la Prophylaxie Post Exposition sexuelle à Montréal

Nima Machouf¹Chrissi Galanakis¹Sylvie Vézina²Danièle Longpré²Michel Boissonnault²Emmanuelle Huchet²Louise Charest²Daniel Murphy²Benoît Trottier²Réjean Thomas^{2,*}

¹Recherche, ²médical, Clinique médicale l'Actuel, Montréal, Canada

Votre résumé : Introduction: L'incidence du VIH est estimée à 0,44/100pa chez les HARSAH. Nous pensons que les utilisateurs de la prophylaxie post exposition sexuelle (PPE-s) constituent une sous population encore plus à risque pour le VIH, mais peu d'études existent sur ce sujet. Nous avons donc tenté d'évaluer l'incidence du VIH chez cette clientèle. **Devis:** Suivi longitudinal des patients de la cohorte PPE-s (2001-2014) de la Clinique l'Actuel. Tout patients avec ≥ 5 mois de suivi post PPE-s étaient inclus et évalués pour la séroconversion. Les personnes-années (pa) de suivi ont été calculées de la consultation PPE-s jusqu'au dernier test VIH disponible ou jusqu'au début d'une nouvelle PPE ou PrEP. Les déterminants de la séroconversion ont été analysés à l'aide de la régression de Cox sur SPSS. **Résultats:** 1350 patients ont été inclus dans cette étude et suivis pendant 3,4 année (IQR 1,8-5,3) totalisant 5075 pa de suivi. 96% étaient de sexe masculin et 91% HARSAH avec en moyenne 33 ans (étendue 18-74 ans). 67% des patients ont eu une seule PPE-s et 33% ont eu des PPE-s à répétition. 200 patients (15%) ont eu ≥ 1 épisode de syphilis et 129 patients (10%) sont passés à la PrEP durant la période d'observation. Avec 89 séroconversions (7%) au cour de la période d'observation, le taux d'incidence du VIH a été estimé à 1,75/100pa ($IC_{95\%}$ 1,43-2,16/100pa) pour cette clientèle. L'incidence du VIH était 2,76 fois plus élevée chez les patients dont le risque était considéré élevé lors de la PPE-s que ceux jugés à faible risque. Les séroconvertis étaient tous des HARSAH, avec une moyenne d'âge de 33 ans (étendue 21-51 ans). Les jeunes (aHR=0.96; p=0.002), ceux qui ont eu une syphilis durant le suivi (aHR=4.55; p<0.001) et ceux avec risque modéré/élevé lors de la PPE-s (aHR=2.40, p=0.04) avaient un plus grand risque de séroconversion. **Conclusions:** Les utilisateurs de la PPE ont un risque accru d'infection au VIH. Les jeunes patients, avec histoire de syphilis et comportements à risque élevés lors de la PPE-s sont les plus vulnérables par rapport au VIH. Certains utilisateurs de la PPE-s devraient songer à passer à la PrEP comme solution alternative.

Caractérisation épidémiologique et moléculaire des virus des hépatites B, C et D dans la population centrafricaine

Edgarthe Ngaïganam¹ Grâce à Dieu Kovoungbo¹ Aubin Béré¹ Vianney Tricou² Claudine Bekondi³ Alexandre Manirakiza⁴ Muriel Vray⁵ Narcisse Patrice Komas^{1,*}

¹Laboratoire des hépatites virales/Département de virologie, ²Département de Virologie, ³Laboratoire des virus oncogènes/Département de Virologie, ⁴Service d'Epidémiologie, Institut Pasteur de Bangui, Bangui, Centrafricaine, République, ⁵Service d'Epidémiologie, Institut Pasteur, Paris, France

Votre résumé : Contexte : Les maladies hépatiques dues à trois (3) virus hépatotropes (hépatite B, C et D) ainsi que leur co-infection avec le VIH constituent un défi majeur pour la santé publique. Cette étude a été réalisée pour combler l'absence de données sur les prévalences d'infection par ces virus et de leur co-infection avec le VIH en Centrafrique.

Démarche expérimentale : Les données sociodémographiques et les prélèvements sanguins sur papier buvard de la quatrième enquête par grappes à indicateurs multiples couplée avec la sérologie de VIH de 2010 ont été utilisés. Ces données ont été recueillies auprès de 5738 femmes et 4884 hommes suivant un échantillonnage en grappes des populations de chacune des 16 préfectures du pays et de la ville de Bangui. Les tests ELISA Abbot-Murex (VHB), DiaSorin (VHD) et Monolisa (VHC) ont été réalisés sur un total de 3372 échantillons tirés au hasard et représentatifs de l'ensemble des prélèvements. Les acides nucléiques des échantillons séropositifs ont été extraits (kits QIAGEN) puis soumis à une amplification par PCR (VHB) ou RT-PCR (VHC, VHD et VIH). Les amplicons ont ensuite été séquencés et analysés.

Résultats : La prévalence des infections par VHB, VHC et VHD était de 11,6%, 0,6% et 2,2% respectivement. La prévalence de l'infection par le VHB était très élevée dans toutes les préfectures (4 préfectures avaient des prévalences comprises entre 14% et 18%). Cette étude a également montré que le taux d'AgHBs était assez uniforme au sein des différentes tranches d'âges : 0 à 15 ans (13%), 16 à 25 ans (10%), 26 à 35 ans (10%), 36 à 45 ans (12%) et supérieur ou égale à 46 ans (12%). De plus, le taux d'AgHBs en milieu rural (11,6%) était proche de celui en milieu urbain (11,5%). Il n'a pas été mis en évidence de différence de prévalence de l'AgHbs en fonction du niveau scolaire : Non scolarisés (12%), niveau primaire (12%), secondaire (11%) et supérieur (11%). Les prévalences des co-infections VIH/hépatites virales étaient de 1,3%, 0,1% et 0,4% respectivement pour VIH/AgHBs, VIH/anti-VHC et VIH/AgHBs/anti-VHD. Le génotype E du VHB était prédominant ainsi que le clade 1 du VHD.

Conclusion : Ces résultats montrent que les populations des différentes préfectures de la République Centrafricaine sont uniformément infectées par le VHB, VHC et VHD avec des prévalences particulièrement élevées pour l'hépatite B. Ces résultats plaident en faveur de la mise en place d'un programme national de lutte contre les hépatites virales dans le pays.

Thème : Hépatites virales C

Code : S21.O2

Hépatite C chez les usagers de drogues à Haiphong, Vietnam : résultats de l'étude DRIVE-IN (ANRS 12299)

Khue Pham Minh ¹,^{*}Huong Duong Thi ¹,Giang Hoang Thi ¹,Jean-Pierre Moles ²,Don Des Jarlais ³,Marianne Peries ²,Laurent Michel ⁴,Thoa Nguyen Thi ⁵,Vinh Vu Hai ⁶,Tuyet Thanh Nham Thi ⁷,Oanh Khuat Thi Hai ⁷,Didier Laureillard ²,Nicolas Nagot ²
¹Faculté de Santé Publique, Université de Médecine et de Pharmacie de Haiphong, Vietnam, Hai Phong, Vietnam, ²INSERM U1058 "Pathogenèse et Contrôle des Infections Chroniques", Université de Montpellier, Montpellier, France, ³Mount Sinai Beth Israel, New York, États-Unis, ⁴Inserm U1178, Centre Pierre Nicole, Paris, France, ⁵Centre Provincial pour le Control du VIH/SIDA de Haiphong, ⁶Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Viettiep, Hai Phong, ⁷Centre de Support des Initiatives pour le Développement Communautaire, Hanoi, Vietnam

Votre résumé : Objectif:

La prévalence et l'incidence de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) chez les usagers de drogues injectables (UDI) sont mal connues au Vietnam. La prévalence peut varier de 31% à 97%, selon les études. L'objectif de ce travail est de décrire la prévalence et l'incidence de l'infection par le VHC chez des UDI à Haiphong.

Méthodes:

Les UDI ont été inclus dans l'étude DRIVE-IN à Haiphong par la méthode "respondent-driven sampling" (RDS), basée en communauté dans le local d'un groupe d'auto-support. Les critères d'inclusion étaient l'âge >18 ans, l'auto-déclaration d'injection de drogues confirmée par un test urinaire et la présence de marques d'injection. Un échantillon de cette population a ensuite été intégré dans un suivi de cohorte permettant d'estimer l'incidence. Tous les participants ont été testés pour le VHC à l'inclusion puis au sixième mois de suivi pour ceux qui étaient séronégatifs à l'inclusion. Les résultats étaient rendus aux participants sur site une semaine après le test.

Résultats:

603 participants ont été recrutés en moins de 3 semaines par RDS, dont 49 hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), 45 travailleuses du sexe (TS), 90 injecteurs récents (IR : injection < 2 ans) et 419 UDI plus anciens (injection ≥ 2ans). L'équilibre a été atteint après une ou deux vagues post-graines, avec des homophilies pour les principales caractéristiques proches de 0 sauf pour les femmes, qui avaient tendance à recruter d'autres femmes (incluant des TS). L'âge moyen était de 37 ans. La prévalence globale de l'infection VHC était de 66.8% chez les participants à la phase RDS (66.7%, 49.0%, 35.6% et 75.7% respectivement chez les TS, HSH, IR et usagers anciens). La prévalence de l'infection VIH était de 25.0% ; 91.5% des sujets infectés par le VIH l'étaient également par le VHC. Parmi les 250 participants inclus dans la cohorte, 98 étaient séronégatifs pour le VHC à l'inclusion. Au sixième mois, 14/98 participants (16.3%) présentaient une séroconversion du VHC, avec une incidence de 31.8/100 personne-années (IC95%, 15.1-48.5).

Conclusion:

La prévalence et l'incidence de l'infection par le VHC restent très élevées chez les UDI à Haiphong, y compris chez les injecteurs récents, contrastant avec une baisse de la prévalence VIH. Ces résultats suggèrent la nécessité d'analyser les pratiques à risque de ces infections et d'améliorer les interventions de prévention sur le plan communautaire.

Mot-clefs: UDI, VHC, Vietnam, Haiphong

Thème : Hépatites virales B

Code : S21.O3

Forte prévalence et grande diversité des virus des hépatites chez les patients suspects de fièvre jaune en République Démocratique du Congo

Sheila Makiala Mandanda ^{1,*}Frédéric Le Gal ²Nadine Ngwaka ¹Elie Pukuta ³Steve Ahuka ¹Berthold Bivigou Mboumba ⁴Eric Maurice Leroy ⁴Jean-Jacques Muyembe-Tamfum ¹Pierre Becquart ⁵

¹Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK), Kinshasa, République Démocratique Du Congo, ²CNR associé Hépatite Delta, Hôpitaux Universitaires Paris-Seine-Saint-Denis, Paris, France, ³Institut National de Recherches biomédicales (INRB), Kinshasa, République Démocratique Du Congo, ⁴Centre International de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF), Franceville, Gabon, ⁵Institut de recherche pour le développement (IRD), Montpellier, France

Votre résumé : Contexte : La majorité des patients ictériques (plus de 95%) identifiés dans le cadre de la surveillance de la fièvre jaune en République Démocratique du Congo (RDC) présentent une sérologie négative pour les anticorps dirigés contre le virus de la fièvre jaune. Aucune exploration étiologique n'a été réalisée chez ces patients, qui restent par conséquent sans diagnostic.

Objectif : Ce travail avait pour objectif de rechercher les virus des hépatites A (VHA), B (VHB), C (VHC), Delta (VHD) et E (VHE) qui sont potentiellement responsables d'ictère fébrile aigu.

Méthodes : Un total de 498 sérums de patients issus de la surveillance de la fièvre jaune en RDC de janvier 2003 à janvier 2012 a été inclus dans l'étude. La séroprévalence de l'infection par les virus de l'hépatite A, B, C, delta et E a été évaluée par la détection par ELISA d'immunoglobulines (Ig) M anti-VHA, de l'antigène (Ag) HBs et d'IgM anti-HBc, de l'Ag et des anticorps anti-VHD, des Ag et anticorps anti-VHC et des IgM et IgG anti-VHE respectivement. La charge virale et les génotypes ont été déterminés pour le VHB et le VHD.

Résultats : Le diagnostic d'hépatite a été posé chez 218 patients (43,7% des patients). Le pourcentage de patients atteints était de 16,6% pour l'hépatite A, de 24,6% pour l'hépatite B, de 2,3% pour l'hépatite C et de 10,4% pour l'hépatite E. La fréquence des co-infections hépatite B et Delta était de 25%. La valeur médiane de la charge virale du VHB était de $4,19 \cdot 10^5$ UI ($769-9,82 \cdot 10^9$ UI) et celle de la charge virale du VHD était de $2,62 \cdot 10^5$ ($56-5,15 \cdot 10^7$ UI). Les génotypes A, E et D du VHB et le génotype 1 du VH Delta ont été identifiés.

Conclusion : Ces résultats témoignent de la nécessité de renforcer les capacités de diagnostic de routine et des hépatites en particulier dans les institutions hospitalières en RDC et ont permis de mettre en évidence pour la première fois des co-infections VHB et VHD chez des patients en RDC.

Mots clés : Ictère, fièvre jaune, hépatite, RDC

Thème : Hépatites virales B

Code : S21.O4

Impact de l'infection du virus de l'hépatite B sur la morbidité sévère à 30 mois, chez des patients infectés par le VIH-1 suivis dans l'essai Temprano ANRS 12136

Menan Gérard KOUAME ^{1,*}Raoul Moh ²Anani Badjé ¹Jean-Baptiste N'takpe ¹Delphine Gabillard ³Jérôme Lecarrou ³Anders Boyd ⁴Sarah Maylin ⁵Serge Eholié ²Xavier Anglaret ³Christine Danel ³

¹Programme PAC-CI site ANRS de Côte d'Ivoire, ²Service des Maladies Infectieuses et Tropicale, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire, ³Unité Inserm VIH Afrique, Université de Bordeaux, ISPED, Bordeaux, ⁴INSERM, UMR_S1136, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, ⁵Laboratoire de Virologie, Hôpital Saint-Louis, AP-HP, Paris, France

Votre résumé : Contexte: En Afrique de l'Ouest, la coinfection VIH/VHB est d'environ 10 %, mais son impact sur la morbidité sévère est peu connu. Notre objectif est de comparer la morbidité sévère à 30 mois chez les patients coinfectés VIH/VHB, avec HBV DNA détectable, à celle des patients AgHBs négatifs ou coinfectés avec HBV DNA indétectable à l'inclusion dans l'étude Temprano ANRS 12136.

Méthodes : L'analyse a porté sur les patients inclus dans l'étude Temprano ANRS 12136 (*Danel et al NEJM 2015*), essai randomisé multicentrique chez des adultes infectés par VIH1, avec des CD4<800/mm³ et sans critère de début de traitement ARV selon les dernières recommandations OMS, randomisés en 4 bras ; (i) ARV selon les recommandations OMS (ARV OMS) (ii) ARV OMS et prophylaxie par 6 mois d'INH (iii) ARV immédiat, (iv) ARV immédiat et 6 mois d'INH. Le suivi était de 30 mois. A l'inclusion étaient réalisées CD4 et charge virale VIH, ALAT, Ag HBs, charge virale VHB (si AgHBs positif, technique PCR, seuil < 2 copies/ml). La morbidité sévère était définie comme décès (quelle qu'en soit la cause), SIDA, maladie tumorale non SIDA ou maladie bactérienne invasive non SIDA et maladies hépatiques biologique ou clinique de grade 3, 4 de l'échelle ANRS. Une analyse de survie a été réalisée (logiciel SAS 9.4).

Résultats: Parmi 2056 patients inclus, 78% étaient des femmes, 64% au stade OMS1, l'âge médian de 35 ans et le suivi cumulé était de 4755 patient-années, 193 (9%) était co-infectés VHB/VIH. Les hommes étaient plus souvent coinfectés (13% vs 8% ; p=0,004). Dans 42% des cas (73/173), la charge virale B était >2000 copies, médiane 840 copies/ml (IIQ : 2-36600 copies/ml). La probabilité de morbidité sévère à 30 mois n'était pas différente selon le statut Ag HBs positif ou non (9,8% vs 8,3% p= 0,41). Les 121 patients avec un HBV DNA détectable à l'inclusion ont présenté 17 événements morbides sévères (14%) contre 178 (9%) événements chez les 1935 chez les patients HBV DNA indétectables ou AgHBs négatifs (p=0,05). En analyse multivariées, le risque de morbidité sévère était plus important chez les patients des bras ARV selon recommandations OMS et des bras sans INH et chez ceux ayant un HBV DNA > 2000 copies/ml (HR=2,20 [1,29 ; 3,76] ; p=0,003)

Conclusion : Après 30 mois de suivi, les patients coinfectés avec un HBV DNA >2000 copies avaient une morbidité deux fois plus élevée, montrant l'importance d'un traitement antirétroviral précoce adapté chez des patients coinfectés par le VHB.

Thème : Résistance

Code : S22.O1

Forte proportion d'échec virologique en milieu décentralisé au Sénégal

Halimatou Diop^{1,*}Abou Abdallah Malick Diouara²Seynabou Lo³Aristide Ekollo Mbangue²Ndèey Aminata Diaw Diouf²
Coumba Toure kane²Souleymane Mboup²

¹Laboratoire de Bactériologie-Virologie, CHU Aristide le Dantec, Université Cheikh Anta DIOP de Dakar, ²Laboratoire de Bactériologie-Virologie, CHU Aristide le Dantec, Université Cheikh Anta DIOP, Dakar, ³CHR de Saint-louis, saint-louis, Sénégal

Votre résumé : Objectif

La préoccupation principale au cours du traitement ARV, qui est administré « à vie », est le risque d'émergence, avec le temps, de virus résistants aux antirétroviraux (ARV). Afin de limiter l'émergence de ces virus résistants et de réduire leur impact, il est nécessaire de continuer la surveillance chez les patients sous traitement et ceux initiant une thérapie antirétrovirale. Les dernières recommandations de l'OMS de même que les objectifs de l'ONUSIDA stipulent l'utilisation de la charge virale pour la détection précoce de la résistance. Ce travail vise à déterminer le taux de résistance en niveau décentralisé et dans les cohortes d'adultes de la capitale ne bénéficiant pas d'un suivi structuré.

Méthodologie

Entre Janvier et Mars 2015, des patients sous traitement ARV de première ligne depuis au moins 12 mois ont été recrutés dans 2 sites de prise en charge du VIH à Dakar et à Saint-Louis (Nord du Sénégal) après consentement dans le cadre du projet WANETAM. A partir d'un prélèvement de sang veineux, le plasma a été recueilli puis congelé à -20°C avant d'être transféré au laboratoire de bactériologie-Virologie du CHU Aristide le Dantec. La charge virale (CV) a été réalisée avec le kit Generic HIV Charge virale (Biocentric, France) et le génotypage de résistance a été effectué sur tous les échantillons à charge virale >3 log copies/ml avec la technique de l'ANRS/AC11. Les séquences ont été analysées en utilisant la dernière version de l'algorithme d'interprétation des résistances génotypique de l'ANRS et l'analyse phylogénique a été réalisée à l'aide du logiciel Seaview v4.5.4.

Résultats

Un total de 306 patients a été inclus dont 151 provenant du CTA du CHU de Fann et 155 du CHR de Saint-Louis. Le sex-ratio était de 0.52 en faveur des femmes et l'âge médian était de 44 ans (extrêmes :21-74 ans). Le taux de CD4 médian des 3 derniers était de 532 cellules/mm³ et 81% des patients présentaient une CV indétectable (<2.47 log copies /ml). Les taux d'échec virologique étaient respectivement de 3.97% (6/151) et de 20.5% (32/155) au CTA et à Saint-louis. Les mutations les fréquemment retrouvées étaient la M184V (53%) et le K103N (40 %). L'analyse phylogénétique a révélé la prédominance du CRF02_AG avec 73.3% des souches.

Conclusion

Cette étude a montré un taux d'échec virologique beaucoup plus important en milieu décentralisé d'où la nécessité de renforcer l'observance et d'assurer un suivi virologique régulier chez ces patients.

Thème : Résistance

Code : S22.O2

Echecs virologiques chez les enfants infectés par le VIH-1 et sous traitement ARV au CHU Gabriel Toure

Ban Traore ^{1,*}Moussa Sanogo ¹Almoustapha I Maiga ¹Mariam Sylla ²Joséphine Brice ³Djeneba B Fofana ¹Niaboula Kone ²Aliou Balde ¹Samba A Sangare ⁴Robert Murphy ⁵Christine Katlama ³Souleymane Diallo ¹Vincent Calvez ⁶Geneviève A Marcelin ⁶

¹SEREF0, Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako, ²Pédiatrie, CHU GT, Bamako, Mali, ³Des maladies infectieuses, Pitié-Salpêtrière, Paris, France, ⁴Laboratoire d'Analyse Médicale, CHU GT, Bamako, Mali, ⁵Department of Infectious Diseases, Northwestern University, Chicago, États-Unis, ⁶Département de Virologie, Pitié-Salpêtrière, Paris, France

Votre résumé : Objectif : La prise en charge des enfants a commencé en 2001 au Mali. Après à l'installation d'un automate de charge virale au laboratoire du CHU- Gabriel Touré, nous nous sommes proposé de déterminer la prévalence des échecs virologiques chez les enfants infectés par le VIH-1 sous ARV.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude transversale sur les échecs virologiques chez les enfants infectés par le VIH1 suivis au service de pédiatrie du CHU GT et sous traitement ARV depuis au moins 6 mois. L'observance de nos patients a été évaluée par la technique de l'auto-questionnaire et entretien. L'évaluation aboutissait à trois réponses possibles : Mauvaise, bonne, excellente La Technique Abbott HIV-1 RealTime Quantitative Assay a été utilisée pour mesurer la charge virale.

Résultats : Notre étude a porté sur 205 enfants dont 123 de sexe masculin soit 60% et la tranche d'âge de 11-15 ans (IQR.....) était la plus représentée. Les patients sous le schéma thérapeutique AZT/3TC/NVP étaient 71,7%, suivis de AZT/3TC/EFV (14,9%) puis ABC/3TC/LPV/r (8,8) et AZT/3TC/LPV/r(4,9). La majorité de nos patients étaient observant au traitement ARV (80,49%). Les patients ayant un taux de lymphocytes T CD4 supérieur à 500 cellules/mm³ étaient les plus observant, comparé au groupe des patients ayant un taux de CD4 entre 200-350 (p=0,0003). L'observance baisse en fonction de la durée sous traitement ARV. Les taux d'échec virologique à 6 mois, 12 mois et 24 mois du traitement ARV étaient respectivement de 34,42%, 32,29% et 44,27%.

Conclusion : Nous remarquons une augmentation considérable du taux d'échec virologique chez les enfants en fonction de la durée du traitement ARV. Il serait de proposer des tests de résistance pour les enfants virologiques avant de changer de traitement.

Thème : Résistance

Code : S22.O3

Mutations de résistance et impact de la diversité génétique chez les patients sous traitement antirétroviral en Afrique de l'ouest et Centrale

Villabona Arenas Christian Julian ^{1,*}Nicole Vidal ¹Emilande Guichet ¹Laetitia Serrano ¹Anoumou Dagnra ²Eric Delaporte ¹
Olivier Gascuel ³Martine Peeters ¹

¹UMI233, TRANSVIH, IRD, INSERM, UM, Montpellier, France, ²BIOLIM, FSS, UL, Lomé, Togo, ³LIRMM, IBC, CNRS, UM, Montpellier, France

Votre résumé : Objectif: L'accélération de l'accès aux traitements antirétroviraux (TAR) dans les pays du Sud repose sur des stratégies de 1^{ère} et 2^e ligne standardisés. Le suivi biologique demeure généralement limité avec pour conséquence un diagnostic tardif de l'échec virologique et l'accumulation de nombreuses mutations de résistance. La diversité génétique du VIH retrouvée au Sud peut aussi avoir un impact sur l'émergence des résistances aux TAR. Notre objectif est d'étudier en détail l'impact de la diversité génétique, en particulier pour les variants prédominants en Afrique de l'Ouest et Centrale, sur l'apparition des mutations de résistance dans les conditions de prise en charge sub-optimale des patients dans les pays du Sud.

Méthodes: Des séquences de patients (Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, République démocratique du Congo, Sénégal, Tchad, Togo) naïfs de TAR (n=2214) ou en échec (n=1674) ayant reçu un traitement (2INRT+1INNRT) selon l'approche de Santé Publique de l'OMS ont été étudiées. Les tests exacts de Fisher avec corrections (Benjamini-Hochberg) ont été utilisés pour évaluer les associations ($p < 0.05$) de résistance avec le sous-type et des acides aminés additionnels.

Résultats: Les sous-types/CRF prédominants pour les patients traités/naïfs sont CRF02 (44%/24%), A (6%/8%), CRF06 (6%/7%), CRF01 (5%/8%), C (5%/25%) et G (5%/2%). La durée médiane de TAR est de 26 mois (IQR=22-51). Toutes les mutations des inhibiteurs RT de la liste IAS ont été observées, excepté la F227C, pour les patients traités. Leur fréquence est différente selon les sous-types ; K65R/V106M, M41L et V90I/K103N sont plus fréquentes chez le sous-type C, CRF06 et CRF02 respectivement. T215Y et V179D/G190A sont moins fréquentes chez CRF01 et CRF02, respectivement. Nous observons aussi 9 autres mutations (1.4%>5.2%) présentes dans les algorithmes Stanford et ANRS: D67G, T69D/N, L74I, V75M, I132L, D218E, F227L et K238T. Quatre mutations additionnelles (1%>2.6%) sont observées: I94L, L109I, T139R et T165L. Le nombre de mutations et la fréquence de TAMS augmentent avec la durée du TAR.

Conclusion: Ici nous avons documenté la fréquence des mutations et la sélection éventuelles de mutations additionnelles dans les conditions de diagnostic tardif de l'échec TAR tel qu'il est observé dans les pays du Sud. Les différences observées n'ont pas d'impact majeur sur les recommandations actuelles des 1^{ère} et 2^e lignes de TAR en Afrique de l'ouest et Centrale.

Thème : Résistance

Code : S22.O4

Mutations du VIH conférant une résistance aux ARV chez les nouveau-nés nés de mères infectées par le VIH en RDC

Jérémie Muwonga ^{1,7} Steve AHUKA ² Laetitia Serrano ³ Adolphine Kalume ⁴ Charline Yungi ⁴ Samuel Edidi ⁴ Etienne Mpoyi ⁵ Franck Fwamba ⁶ Eric delaPorte ³ Martine Peeters ³ Donatien Kayembe ⁷ François Lepira ⁸

¹Division laboratoire, Programme National de lutte contre le VIH/SIDA, ²Virologie, INRB, Kinshasa, République Démocratique Du Congo, ³Unité Mixte Internationale, IRD, Montpellier, France, ⁴Biologie moléculaire, LNRS/PNLS, ⁵DPC/HIV AIDS, OMS, ⁶Direction nationale, PNLS, ⁷Biologie clinique, ⁸Médecine Interne, UNIKIN, Kinshasa, République Démocratique Du Congo

Votre résumé : Contexte

Le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant est de 15 à 45% si aucune intervention n'est entreprise pour le réduire. Les interventions de prévention de cette transmission, qui comprennent la dispensation des ARV à la mère et à l'enfant, réduisent de beaucoup ce risque. En cas de contamination de l'enfant, des souches résistantes aux ARV éventuelles chez la mère peuvent être transmises à celui-ci.

Objectif

Documenter la résistance aux INNRT et INRT chez les enfants nés de mères séropositives en RDC.

Méthodologie

Nous avons étudié les échantillons de sang prélevés sur papier buvard (DBS) dans le cadre du diagnostic précoce chez les enfants nés de mères séropositives, collectés entre le 1^{er} juillet 2012 et le 30 Juin 2013 dans 9 des 11 provinces de la RDC, et qui ont eu un résultat positif à la PCR. L'analyse génotypique a été faite selon le protocole ANRS, et l'algorithme de Stanford a été utilisé pour documenter les mutations de résistance. Pour chaque échantillon, les données épidémiologiques et l'historique des traitements du couple mère-enfant étaient disponibles.

Résultats:

Sur 249 échantillons DBS de nouveau-nés infectés avec le VIH, 215(86,3%) ont été génotypés, dont 87(40,5%) ne présentaient pas de mutation de résistance; 26(12,1%) avaient au moins une mutation mais qui n'engendrait pas de résistance aux INTI et INNTI; 5(2,3%), possédaient au moins une mutation qui engendrait potentiellement une résistance aux INTI et/ou INNTI; 97(45,1%) arboraient au moins une mutation rendant la souche résistante à un ou plusieurs INTI et/ou INNTI.

Conclusion

Une proportion importante d'enfants infectés nés des mères séropositives en RDC héritent des souches du VIH-1 résistantes à un ou plusieurs INTI et/ou INNTI. Ainsi, devrait s'appliquer la recommandation de l'OMS qui préconise de traiter les enfants de moins de 3 ans avec une première ligne comportant une trithérapie qui inclut un inhibiteur de la protéase

Mots clés : nouveau-nés, résistance aux ARV, RDC

Le rôle des experts scientifiques dans la lutte contre la criminalisation du VIH : l'exemple canadien

Cécile Kazatchkine ^{1,*}Richard Elliott ¹

¹Réseau juridique canadien VIH/sida, Toronto, Canada

Votre résumé : Objectif

Au Canada, une personne vivant avec le VIH peut être poursuivie au criminel pour n'avoir pas dévoilé sa séropositivité avant un rapport sexuel comportant « une possibilité réaliste de transmission. » En 2012, la Cour suprême du Canada a jugé qu'une personne pouvait être condamnée même s'il y avait port de condom ou charge virale indétectable.

Méthode

En réponse à cette décision qui contredit les dernières données scientifiques, six éminents experts en VIH canadiens ont développé l'*Enoncé de consensus canadien sur le VIH et sa transmission dans le contexte du droit criminel* pour informer le système judiciaire. Fondé sur une revue de la littérature, l'Enoncé de consensus a été publié en 2014 dans le *Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale* et a été endossé par près de 80 experts à travers le pays.

Résultats

Parce que la notion de risque est supposée être au cœur du test juridique, l'Enoncé de consensus canadien est devenu un outil extrêmement important pour des organisations comme le Réseau juridique canadien VIH/sida qui se battent pour une application du droit criminel respectueuse des droits humains et fondée sur les données scientifiques. L'énoncé a été largement relayé par la société civile, que ce soit dans les médias, auprès des décideurs politiques mais aussi des experts appelés à témoigner devant les tribunaux et des acteurs judiciaires. Il existe déjà des signes d'un impact positif.

Conclusion

Garantir une application du droit criminel fondée sur les données scientifiques est essentiel pour prévenir les discriminations contre les personnes vivant avec le VIH. Et comme le démontre l'Enoncé canadien, la contribution des experts scientifiques dans ce domaine est primordiale.

Identité, expériences sexuelles et stigmatisation chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) à Bamako, 2015

Tako Ballo ^{1,*}Nouhoum TELLY ²Maria Lahuerta ³

¹MSHP, CSLS, ²ICER, ICAP, Bamako, Mali, ³Université, ICAP, Columbia, Afrique Du Sud

Votre résumé : Identité, expériences sexuelles et stigmatisation chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) à Bamako, 2015

Tako Ballo, Nouhoum Telly, Maria Lahuerta, Bouyagui Traoré, Seydou Doumbia, Padmaja Patnaik.

CONTEXTE : Le Mali pays à épidémie généralisée avec 1,1% de prévalence EDS IV a une concentration de l'épidémie dans les groupes dits à risque tels que les Travailleuses de Sexe, les Vendeuses ambulantes, les Coxeurs, les Routiers avec respectivement des prévalences de 24,2% ; 3,7% ; 3,5% et 2,7% (ISBS 2009). Une enquête qualitative réalisée en 2013 a montré que les HSH sont cachés et ont des besoins non couverts.

METHODE : enquête transversale par échantillonnage déterminé selon le répondant (RDS: Respondent-Driven Sampling) sur 552 HSH, âgés d'au moins 18 ans résidents depuis plus de 6 mois à Bamako. Administration de questionnaire en mode face-à-face selon une interview assistée par ordinateur et analyse pondérée des données sur RDS Analyst.

RESULTATS : sur 552 HSH enquêtés 164 (29,71%) s'identifiaient du genre féminin; 442 (80,07%) étaient majoritairement attirés par le sexe masculin; 283 (51,27%) étaient bisexuels; 419 (75,91%) ont signalé avoir eu leur premier rapport sexuel avec un ami, un collègue, une connaissance. Parmi les 551 (99,82%) ayant eu des rapports sexuels anaux avec un homme dans les 6 derniers mois 13% l'avait fait avec plus de 4 partenaires, la proportion de partenariat sexuel simultané est estimé à 66,1%. Au total 181 HSH (32,79%) sont en désaccord sur l'idée d'un besoin d'aide professionnelle pour changer d'orientation sexuelle et 74,64 n'ont jamais reçu quoique ce soit pour faire des relations sexuelles avec d'autres hommes. Sur 422 des HSH enquêtés ayant confié qu'ils entretenaient des relations sexuelles avec d'autres hommes, 95,73% ont déclaré avoir fait cette confiance à un pair. une proportion de 81,88% ont déjà été victime de chantage lié à la pratique sexuelle. Parmi les 149 qui ont affirmé avoir été victimes de harcèlement/abus, 90,6% ont été victimes d'abus verbale dont 74,48% infligés par des amis/connaissances.

CONCLUSION : les HSH sont au Mali et ont des réseaux assez importants et diversifiés. La perception sur la pratique sexuelle et les conditions socioculturelles contraignent les HSH à se cacher (bisexualité, multi partenariat, absence de recherche de soins spécifiques) tout cela augmente le risque d'infection par les IST et VIH.

MOTS CLES : HSH, identité, expériences sexuelles et stigmatisation.

Thème : Stigmatisation et discrimination

Code : S23.O3

Problématique des services non adaptés à la prévention et l'accompagnement des personnes trans face au VIH et aux hépatites à Abidjan

Anzoua Atta Brin Caubinant Alves ^{1,*}

¹Queer et Trans* Inclusion, Abidjan, Côte d'Ivoire

Votre résumé : GENESE

S'intéresser aux transgenres nécessite de comprendre la notion de genre inclusif, d'identité, d'attraction et de pratique sexuelle. En effet, la majorité des personnes au genre non conforme ont des rapports sexuels avec des personnes de même sexe et se sentent étrangères dans leur corps malgré qu'elles acceptent difficilement leur différence. Ce critère d'auto-identification étant fondamental, les discriminations relatives à l'étiquetage de la personne en tant que transgenre et le degré d'auto-acceptation de l'identité de genre peuvent avoir une influence décisive sur la santé. Le sentiment d'appartenir à un groupe social donné et la construction d'une conscience collective permettent parfois de se soustraire aux effets de l'auto-stigmatisation. Pourtant fort est de constater que la santé relative aux personnes trans* n'est pas incluse.

ACTIVITES ET RESULTATS

Au vu de plaintes récurrentes, d'arrestations, d'articles et de vidéos dégradantes liées aux personnes de genre non conforme, un sondage a donc été fait sur un échantillon de 80 personnes à l'aide de questionnaire administré à celles-ci. Il en ressort que 75% de trans* ignorent leur statut sérologique, ce qui montre le faible taux de communication, le manque de sensibilisation et de dépistage dans ce groupe. 65% d'entre eux reconnaissent avoir des rapports sexuels avec des personnes de même sexe, 30% ont des rapports sexuels mixtes et 5% ont des rapports avec des personnes de sexe opposé ce qui montre une forte prise de risque en ce qui concerne la prévalence des IST et du VIH car elles ont en général des rapports sexuels non protégés, ce qui a pour cause l'augmentation de leur vulnérabilité surtout que 70% d'entre elles sont usagers de drogues. 60% sont sans activité ni emploi et 70% sont des professionnels de sexe. De ce qui découle, nous avons décidé de mettre en place des actions en direction de cette communauté qui n'est pas prise en compte dans les programmes de santé et de droits au niveau national.

PERSPECTIVES

En vue de favoriser l'émergence du mouvement trans*, cette enquête aura permis de comprendre l'urgence de développer des programmes adaptés et qui seront conduits par elles-mêmes. Ceci a d'ores et déjà conduit à la création d'une association dénommée Association Queer et Trans* Inclusion dont le leadership est détenu par elles. Grâce à d'autres collaborations, nous envisageons conduire une étude sur l'identité trans en Côte d'Ivoire.

Des obstacles aux soins révélés et renforcés par le coût des nouveaux antiviraux contre l'hépatite C

Marie-Dominique Pauti¹François Berdougo^{2,*}Brigand Theau³Caroline Douay³Caroline Izambert⁴Gaëlle Krikorian⁵
Marianne L'Henaff⁶Yann Mazens⁷Pascal Revault⁸

¹Direction des Missions France, ²Médecins du Monde, Paris, ³AIDES, Pantin, ⁴Act up Paris, ⁵IRIS : Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux, ⁶Collectif Hépatites Virales (CHV), Paris, ⁷SOS Hépatites, Bagnolet, ⁸COMEDE, Bicêtre, France

Votre résumé : La lutte contre l'hépatite C connaît une révolution avec l'arrivée de nouveaux antiviraux à action directe (AAD) qui permettent de lutter efficacement contre l'épidémie. En novembre 2014, au terme de négociations avec le laboratoire Gilead commercialisant le sofosbuvir, un de ces AAD, le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) a fixé son prix à 41 000 Euros/cure de 3 mois. Les critères de sélection des patients pouvant en bénéficier avec une prise en charge à 100%, définis dans l'arrêté du 18 novembre 2014, sont beaucoup plus restrictifs que ceux recommandés initialement dans le premier rapport d'experts interdisciplinaires, sur la *Prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C*, publié en mai 2014.

Pendant des mois, notre collectif interassociatif a multiplié les prises de parole publiques, les rencontres avec les institutionnels (CEPS, Haute Autorité de Santé...), s'inquiétant que le prix des thérapeutiques soit invoqué pour refuser des soins à l'ensemble de la population et créer un dangereux précédent en ne basant pas toujours la délivrance de médicaments sur les besoins en santé des personnes mais sur des critères non médicaux : mode de vie, situations administrative ou socio-économique. Le collectif a finalement mis en place un observatoire des obstacles à l'accès aux soins des personnes vivant avec une infection chronique VHC dans un objectif de documentation et de plaidoyer.

Nos observations montrent que l'arrivée des AAD s'accompagne d'obstacles et de retards aux soins pour certains patients remplissant pourtant les critères médicaux de mise sous traitement. Malgré les réunions de concertation pluridisciplinaires, des patients qui présentent des facteurs de vulnérabilité (allophones, hébergement précaire, pas encore de protection maladie...) semblent moins légitimes à recevoir un traitement. La remise en cause des critères médicaux recommandés initialement par des groupes d'experts illustre les limitations de l'accès inconditionnel aux soins et aux traitements.

Le prix du Sovaldi a révélé et renforcé un tri des patients en situation de précarité, plus marginalisés, fondé sur les modes de vie perçus, les représentations sociales et les situations administrative ou socio-économique des patients.

Ces résultats augurent des difficultés d'accès aux nouveaux traitements bien au-delà des hépatites. Au-delà des situations individuelles, des recherches en sciences sociales préciseraient les mécanismes à l'œuvre.

Acceptabilité d'un traitement antirétroviral générique chez les patients VIH positifs suivis à l'Hôpital Universitaire de Genève

Matteo Reymond ^{1,*}Nathalie Vernaz ²Cécile Delhumeau ³Alexandra Calmy ³

¹Faculté de Médecine, Université de Genève, ²Direction médicale et qualité; Direction des finances, ³Service des maladies infectieuses, Hôpital Universitaire de Genève, Genève, Suisse

Votre résumé : Introduction

Les médicaments génériques sont une alternative pour contrôler les coûts de la prise en charge des personnes séropositives pour le VIH. Afin de mieux comprendre la place qu'ils pourraient prendre à l'avenir, nous avons interrogé les patients VIH positifs sur le sujet.

Méthode

Un questionnaire a été proposé à tous les patients se présentant à l'accueil de l'unité VIH/SIDA ambulatoire de l'Hôpital Universitaire de Genève, comportant 36 questions sur les données socio-économiques, les connaissances sur les génériques en général, et sur l'acceptabilité d'un traitement antirétroviral (ARV) générique. Les caractéristiques sociodémographiques des patients ont été décrites dans l'échantillon total puis dans chacun des 3 groupes d'acceptabilité des ARV génériques: « favorable », « défavorable » et « sans réponse ». Une analyse descriptive des réponses et une régression logistique ont permis d'identifier les facteurs favorisant cette acceptabilité.

Résultats

100 patients majeurs, VIH positifs traités depuis plus d'un mois ont répondu au questionnaire, dont 35% de femmes. 48% étaient favorables à la prise d'un traitement ARV générique si le médecin le proposait, 27% y étaient défavorables et 25% n'ont pas donné de réponse. Parmi ces 25%, tous rapportaient des connaissances faibles à propos des génériques. Par ailleurs, 52% de l'ensemble des patients déclaraient avoir de faibles connaissances sur le sujet. Le manque d'information était d'ailleurs la raison d'hésitation à prendre un traitement ARV générique le plus souvent évoquée (39% des patients). Parmi les patients sous Atripla® (19%), seuls 16% étaient favorables à la prise de deux comprimés par jour si cela pouvait permettre la prise d'un des composés (l'efavirenz) en version générique. Il existait une différence significative entre les populations favorable, défavorable, et sans réponse en ce qui concerne l'implication vis-à-vis des coûts de la santé ($p=0.001$) et des connaissances à propos des génériques ($p<0.0001$), en faveur des sujets acceptant les génériques. La régression logistique montre que les bonnes connaissances sur les médicaments génériques sont significativement prédictives de leur acceptabilité (OR 5.67 (IC 95% 2.34-13.76)).

Conclusion

La moitié des patients est favorable à l'idée de prendre un traitement ARV générique si le médecin le proposait, et le facteur clé influençant cette acceptabilité est la connaissance des patients à propos des médicaments génériques.

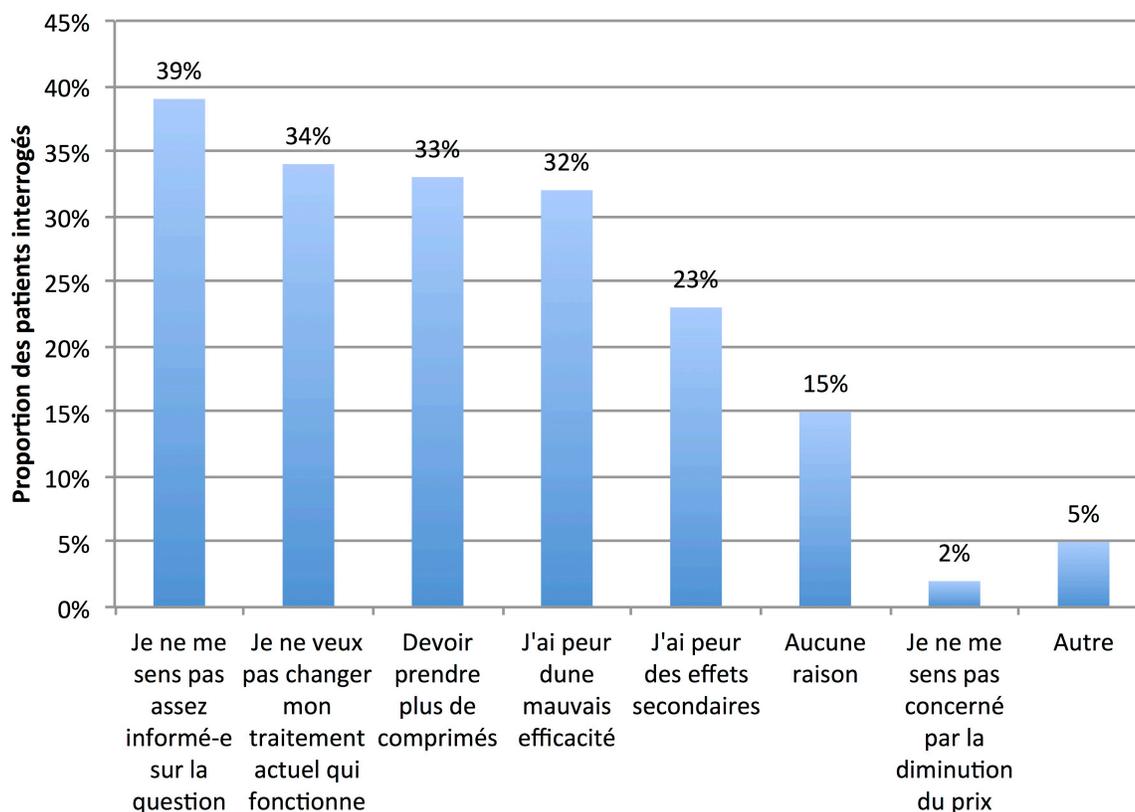
Soumettre un tableau ::

Tableau 1. Déterminants de l'acceptabilité des médicaments génériques par régression linéaire

Variable	Régression univariée		Régression multivariée	
	OR (IC 95%)	Valeur P	OR (IC 95%)	Valeur P
Age	1.60 (0.71-3.61)	0.256	1.36 (0.55-3.34)	0.504
Sexe	1.23 (0.54-2.81)	0.615	1.70 (0.67-4.30)	0.264
Temps depuis le diagnostic	0.48 (0.54-2.62)	0.665		
Temps de traitement	1.07 (0.49-2.36)	0.860		
Niveau d'éducation	1.09 (0.50-2.38)	0.835		
Origine	1.11 (0.46-2.72)	0.812		
Nombre de changements de traitement	1.01 (0.46-2.23)	0.974		
Connaissances sur les génériques	5.43 (2.31-12.77)	<0.0001	5.67 (2.34-13.76)	<0.0001
Importance du coût du traitement	1.56 (0.70-3.50)	0.277		

Soumettre un schéma ::

Figure 2: Raisons invoquées pour expliquer les hésitations à accepter la prise d'ARV génériques



Regard des personnes vivant avec le VIH sur la gratuité du paquet de soins VIH offerts dans les cohortes de soins : contribution à la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso

Leticia Sakana ^{1,*}Clément Meda ²Hervé Hien ¹Silvie Youl ³Siaka Sia ⁴Seydou Ganama ⁵Dramane Bayane ⁶Jean Testa ¹
Nicolas Meda ¹

¹Santé Publique, Centre MURAZ, ²Santé Publique, Direction Régionale de la Santé des Hauts Bassins, ³District Sanitaire de Ndorola, ⁴District Sanitaire de Karangasso Vigué, ⁵District sanitaire de Do, ⁶District Sanitaire de Dafra, Bobo Dioulasso, Burkina Faso

Votre résumé : OBJET DE L'ETUDE : De nombreux efforts ont été accomplis par le gouvernement burkinabé pour assurer un meilleur accès aux soins aux personnes vivant avec le VIH (PvVIH). L'accès au traitement a été rendu gratuit au vu des conditions économiques précaires de la majorité de la population. La présente étude a pour objectif de connaître la perception des PvVIH sur la gratuité du paquet de soins VIH offerts et leur éventuelle contribution financière aux soins dans la ville de Bobo-Dioulasso.

METHODES : Une enquête transversale a été menée auprès de tous les patients du 3 au 18 Novembre 2015 dans deux Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale de Bobo Dioulasso. Les critères d'inclusion étaient avoir eu au moins un an de traitement antirétroviral; avoir plus de 18 ans et avoir donné son consentement à répondre aux questions. Lors des entretiens individuels, les domaines suivants ont été explorés : 1) dans quels domaines le patient reçoit gratuitement une prise en charge, 2) la perception des patients par rapport à la gratuité, le montant annuel déboursé par le patient 3) les éventuels soutiens reçus dans le cadre du suivi.

RESULTATS : L'enquête a concerné au total 96 patients dont 78,1% étaient de sexe féminin ; 48,9% d'entre eux travaillaient dans le secteur informel. La distance médiane du domicile avec le centre de prise en charge était de 3 km (Minimum 1- Maximum 560). 79,2% avaient bénéficié d'un dépistage gratuit. Seulement 3,2% avaient payé pour une consultation, 20,2% ont déclaré avoir payé une ordonnance médicale dans le cadre de leur suivi. La majorité (92,4%) a déclaré payer pour les examens complémentaires. Parmi les patients, 28,1% avaient déjà été hospitalisés, 69,2% ont reçu gratuitement des médicaments pendant leur hospitalisation. Tous les patients ont déclaré recevoir gratuitement les ARV. Le coût moyen de la contribution des patients pour leur prise en charge était de 15 167 FCFA. La quasi-totalité des patients soit 98,9% ont déclaré être satisfaits de la politique de gratuité mise en place au Burkina Faso.

CONCLUSION : La gratuité des ARV est une réalité dans les centres de prise en charge. Mais les patients continuent à dépenser pour les examens complémentaires et le déplacement. Cela constitue de nombreuses charges pour de nombreux patients, au regard de leur condition économique. Ces résultats doivent interpeler le programme d'Assurance Maladie Universelle pour inclure des frais directs liés aux soins des PvVIH dans leur panier de soins.

Le nouveau modèle de financement du Fonds mondial. Les enjeux politiques d'un outil de dépolitisation : Sénégal, Côte d'Ivoire, Cameroun

Fred Eboko ^{1,*}

¹Centre Population & Développement - CEPED, Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Paris, France

Votre résumé : La conjonction entre la crise financière internationale et la crise de la gouvernance du Fonds mondial ont conduit au changement de la direction de cette institution et à l'avènement d'un nouveau modèle de financement (NMF / *New Funding Model – NFM*), mis en place en 2014.

Objet

Le NFM propose aux pays récipiendaires des montants calculés *a priori*, sur la base de plusieurs indicateurs épidémiologiques et économiques. En connaissance de cause, chaque pays doit construire sa « note conceptuelle » pour obtenir le financement. Il inclut une participation domestique de 15% au minimum du montant total. Cette étude tente de déconstruire la « participation » des pays à ce nouveau modèle de régulation de l'action publique. Il s'agit de :

- Décrire et analyser le travail de concertation et de négociation entre les acteurs des CCM. Et les rapports de pouvoir entre ces acteurs.
- Comprendre les logiques des pouvoirs publics, entre dépendance et instrumentalisation politique des subventions du Fonds mondial.

Méthodes

Les enquêtes sont effectuées sur la base d'entretiens approfondis avec les différents types d'acteurs au sein des CCM. Ces entretiens portent sur les trajectoires des individus et des institutions qu'ils représentent au sein des CCM, des rapports aux autres acteurs, des mécanismes de leur représentativité, puis de leur participation à l'élaboration de « la note conceptuelle ».

Résultats

Les spécificités nationales du fonctionnement des CCM ne reflètent que partiellement les niveaux de dépendance à l'aide financière internationale (Sénégal : 75% dont 55% du FM ; Côte d'Ivoire : 93% dont 6% du FM ; Cameroun : 74% dont 47% du FM), mais sont plutôt marqués par des trajectoires politiques, économiques et épidémiologiques différenciées, qui orientent la gouvernance dans chacun des pays. La participation « obligatoire » des populations clés constituent l'exemple type de « la démocratisation sous tension » à l'intérieur des CCM.

Conclusion

La « participation active » du Sénégal contraste avec la situation camerounaise, faite de tensions dans un contexte général de gouvernance quasi anomique. La Côte d'Ivoire montre une situation dont le caractère transitoire commande de la prudence mais d'où émergent des velléités de reprise en main des pouvoirs publics ivoiriens face au PEPFAR américain.

Thème : Populations clés

Code : S25.O1

Défis et perspectives de l'accompagnement social dans le suivi de consommateurs de drogues au Sénégal

Ameth Sougou ^{1,*}Mélie Lassmann ¹Idrissa Ba ¹Alice Desclaux ²Rose-Andrée Faye ¹Ibrahima Ndiaye ¹Bara Ndiaye ³

Maryvonne Maynard ¹

¹CEPIAD, Hôpital de Fann, ²UMI TransVIHMI, IRD, ³Pharmacie, Hôpital de Fann, Dakar, Sénégal

Votre résumé : Contexte

Le Centre de Prise en charge Intégrée des Addictions de Dakar (CEPIAD) est un centre ambulatoire permettant une prise en charge médicale (avec traitement de substitution aux opiacés ou TSO) et psychosociale incluant des activités de convivialité visant à l'autonomisation et la réinsertion des usagers. Après six mois de fonctionnement, la satisfaction des usagers du centre a été évaluée afin de mieux apprécier si le dispositif de prise en charge répondait aux attentes des usagers en particulier dans le domaine social.

Méthodologie

La satisfaction des usagers a été évaluée chez des consommateurs de drogues injectables par un questionnaire standardisé décrivant plusieurs composantes de la prise en charge globale du patient telles que l'information des patients, la communication avec les professionnels de santé, l'accueil, les relations patients-professionnels, la qualité de vie. Par ailleurs, les interventions sociales réalisées ont été analysées à partir des registres sociaux du centre.

Résultats

48 patients ont été interrogés (dont 5 femmes) et autant de patients sous TSO que sans. Plus de 79 % consomment de l'héroïne, 8 % de la cocaïne (ou crack), et 13 % déclarent ne plus consommer de drogues injectables. Le score global de satisfaction est de 74 %. Les scores les plus faibles ont été obtenus pour la diversité des activités de convivialité (62%), l'évolution de la situation professionnelle (62 %) et l'accompagnement (65 %).

L'aide à la réinsertion professionnelle, l'aide pour financer des projets, la plus grande diversité des activités de convivialité sont des sujets qui préoccupent particulièrement les usagers. L'examen des registres sociaux révèle que de nombreuses interventions ont été réalisées pour améliorer la prise en charge médicale des patients (accompagnement dans le parcours de soins pour des patients VIH positifs ou tuberculeux), pour des médiations avec les forces de sécurité ou le milieu pénitentiaire, la recherche de partenaires pour des financements de micro crédit visant à promouvoir la réinsertion professionnelle ainsi que des médiations familiales.

Conclusion

De nombreux défis restent à relever pour améliorer au niveau du CEPIAD la prise en charge psycho-sociale des consommateurs de drogues fréquemment sujets à une discrimination et une stigmatisation. Cette amélioration nécessite une équipe pluridisciplinaire, la mise en place de réseaux sociaux et l'intégration effective de la prise en charge VIH et de la tuberculose dans le centre.

Thème : Populations clés

Code : S25.O2

VIH chez les personnes usagères de drogue en Côte d'Ivoire : prévalence, pratiques à risque, accès aux soins et au dépistage

Julie Bouscaillou^{1,*}Jérôme Evanno²Myrtille Prouté¹André Inwolé³Mathhieu Kabran³Samedi Djé Bi⁴Souleymane Sidibé⁵
Marguerite Thiam-Niangoin⁶Roger Nguessan⁷Pascale Blanchetière²Niklas Luhmann¹

¹Médecins du Monde, Paris, France, ²Médecins du Monde, ³CEDRES, ⁴Croix Bleue, ⁵Programme National de Lutte contre la Tuberculose, ⁶Programme de Lutte contre le Sida - Personnes hautement vulnérables, ⁷Comité Interministériel de Lutte Anti Drogue, Abidjan, Côte d'Ivoire

Votre résumé : Contexte.

L'usage de drogue est en constante augmentation depuis quinze ans en Afrique de l'Ouest, mais une réponse adaptée à l'épidémie de VIH chez les personnes usagères de drogue (PUD) tarde à s'organiser, notamment du fait de la méconnaissance des PUD et de leurs besoins. Notre étude s'intéresse aux besoins en termes de prévention et de prise en charge du VIH chez les PUD d'Abidjan en Côte d'Ivoire, pays le plus touché d'Afrique de l'Ouest.

Méthodes.

Un échantillon représentatif d'adultes usagers d'héroïne et/ou de cocaïne/crack a été obtenu par Respondant Driven Sampling. Un questionnaire socio-comportemental standardisé face à face, collectait des informations concernant les comportements à risque, les antécédents de dépistage, et l'accès aux soins. Un prélèvement de sang veineux permettait la recherche d'anticorps anti-VIH 1 et 2 et le dosage des CD4. Après une analyse descriptive, la prévalence du VIH a été estimée pondérée pour prendre en compte la méthode d'échantillonnage. Les facteurs associés au VIH ont été étudiés par régression log-binomiale multivariée.

Résultats.

Population : 450 PUD ont été recrutés en mai 2014, dont 10.9% de femmes, 15.8% de travailleur(e)s du sexe (TS), et 9.1% d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH). La consommation majoritaire correspondait à un usage de crack et d'héroïne fumés, l'injection était minoritaire (12.7% au moins une fois, 3.6% lors du dernier mois).

VIH et facteurs de risque : L'étude retrouvait une prévalence pondérée du VIH de 9.5%. Chez les hommes (prévalence 7.7%), la prévalence était significativement plus élevée chez les TS (OR ajusté 2.9 [95CI 1.06-7.98]) et les HSH (OR ajusté 11.5 [95CI 4.22-31.42]). Chez les femmes (prévalence 26.5%), seul un âge croissant était associé au VIH.

Accès au dépistage et aux soins : Un dépistage pour le VIH au cours des 12 derniers mois était déclaré par 99 (22.2%) PUD (tous rapportaient un test négatif), et plus fréquemment par les HSH (37.5%, p 0.014) et les TS (31.4%, p 0.042).

Néanmoins, 7 de ces 99 personnes étaient VIH+ dans l'enquête, dont 6 HSH. Seuls 8.8% (3 sur 34) des candidats aux ARV (CD4<350 et/ou coinfection VHB, VHC ou tuberculose) étaient sous traitement.

Conclusion.

Avec une prévalence trois fois plus importante qu'en population générale, les PUD d'Abidjan sont particulièrement affectées par le VIH en lien avec une transmission sexuelle. L'accès au dépistage et aux soins reste très limité pour cette population.

Thème : Populations clés

Code : S25.O3

Facteurs de vulnérabilité individuels et structurels de l'exposition au VIH et au VHC chez les usagers de drogues en France-Enquête ANRS-Coquelicot 2013

Marie Jauffret-Roustide ^{1,*}Marie Molinier ¹Lucie Léon ²Yann Le Strat ²Francis Barin ³Josiane Pillonel ²

¹Cermes3, Paris, ²InVS, Saint-Maurice, ³CHU Bretonneau, Tours, France

Votre résumé : Objet de l'étude : La politique de réduction des risques a eu un impact positif sur la transmission du VIH chez les usagers de drogues (UD), mais des progrès restent à faire sur le VHC. L'enquête ANRS-Coquelicot vise à étudier les facteurs de vulnérabilité vis-à-vis de l'exposition au risque infectieux chez les UD.

Méthode: L'enquête ANRS-Coquelicot est une enquête épidémiologique transversale multicentrique avec plan de sondage incluant recueil de données socio-comportementales et biologiques. 1718 usagers ayant injecté ou sniffé au moins une fois au cours de la vie ont été inclus dans 5 villes (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux et Marseille) en 2011-2013. Un volet socio-anthropologique complémentaire incluant entretiens semi-directifs (100) et observations ethnographiques est en cours.

Résultats : La prévalence globale des anti-corps anti-VHC au sein de cette population est de 45% et celle du VIH de 10%. Les UD russophones ont une prévalence deux fois plus élevée que celle des francophones (89% vs 44%). De manière globale, la prévalence du VHC est également corrélée à un faible niveau d'études (49% des UD ayant un niveau d'études primaire ou secondaire sont porteurs du VHC vs 32% chez ceux ayant fait des études supérieures) et aux antécédents d'incarcération (53% des UD ayant été incarcérés sont porteurs du VHC vs 36%). La prévalence du VHC est deux fois plus élevée chez les séropositifs pour le VIH (88%) que chez les séronégatifs (40%). Les pratiques de partage du matériel d'injection sont très élevées car 24% des UD déclarent avoir partagé leur seringue au cours du dernier mois et 43% le petit matériel. Un tiers des UD déclare avoir eu des difficultés à se procurer du matériel d'injection dans les 6 derniers mois.

Le volet socio-anthropologique met en évidence que cette vulnérabilité est renforcée par l'environnement social du risque. Au niveau individuel, la précarité des conditions de vie, en particulier vis-à-vis du logement rend complexe l'injection dans un contexte sécurisé. Au niveau des politiques publiques, les contraintes budgétaires contraignent certaines structures à limiter l'accès au matériel d'injection.

Conclusion: L'exposition au risque infectieux des UD est actuellement préoccupante en France. Le niveau des pratiques à risque est très élevé et l'accès aux seringues est encore difficile, malgré la politique de réduction des risques. L'environnement social du risque doit être pris en compte afin d'adapter les politiques de prévention.