

## ANTIRÉTROVIRAUX (1)

### SO1.1

#### **Dolutegravir + abacavir/lamivudine est supérieur à efavirenz/ténofovir/emtricitabine chez les adultes infectés par le VIH-1: résultats à 96 semaines de l'étude SINGLE**

Gilles Pialoux<sup>1</sup>, M.A. Khuong-Josses<sup>2</sup>, L. Hocqueloux<sup>3</sup>, F. Ajana<sup>4</sup>, M. Partisani<sup>5</sup>, J. Durant<sup>6</sup>, C. Granier<sup>7</sup>, B. Wynne<sup>8</sup>, K. Pappa<sup>8</sup>  
<sup>1</sup>Hôpital Tenon/UPMC, Paris, France, <sup>2</sup>Hopital Delafontaine, Département de Maladies Infectieuses et Tropicales, Saint Denis, France, <sup>3</sup>CHR de la Source, Département de Maladies Infectieuses et Tropicales, Orléans, France, <sup>4</sup>CH Tourcoing, Département de Maladies Infectieuses et Tropicales, Tourcoing, France, <sup>5</sup>Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre de Soins de l'Infection à VIH, Strasbourg, France, <sup>6</sup>Hôpital de l'Archet, Département de Maladies Infectieuses et Tropicales, Nice, France, <sup>7</sup>GlaxoSmithKline, Clinical Statistics, Stockley Park, Royaume-Uni, <sup>8</sup>GlaxoSmithKline, Medicine Discovery and Development, Research Triangle Park, North Carolina, États-Unis

**Introduction** : A 48 semaines, dolutégravir (DTG) 50 mg + abacavir (ABC)/lamivudine (3TC) une fois/jour était supérieur à efavirenz (EFV)/ténofovir (TDF)/ emtricitabine (FTC) (ATR),

**Méthodologie** : SINGLE est une étude de phase III, randomisée, multicentrique, en double aveugle et double placebo comparant l'efficacité et la tolérance de DTG + ABC/3TC à ATR chez les patients infectés par le VIH naïfs de traitement.

**Résultats** : 833 sujets ont été inclus. A S96, 80% des sujets du groupe DTG + ABC/3TC et 72% des sujets sous ATR avaient une CV < 50 cp/ml (algorithme SNAPSHOT, différence ajustée 8,0%, IC95% : 2,3% ; 13,8%) confirmant la supériorité, (p = 0,006). Cette différence était principalement due à un taux d'abandon plus élevé en raison d'événements indésirables (EI) dans le bras ATR, 11% vs 3% avec DTG + ABC/3TC. DTG + ABC/3TC a été mieux toléré qu'ATR pour les troubles du système nerveux (23 vs 50%, p < 0,001) et les troubles psychiatriques (32 vs 40 %, p = 0,021), tandis que les insomnies étaient plus fréquentes avec DTG + ABC/3TC (17 vs 11%, p = 0,021). Entre S48 et S96, il y a eu une hausse de 4% à 6% des échecs virologiques confirmés dans les deux bras, soit un total de vingt-cinq sujets. Aucune émergence de résistance primaire aux INI ou aux INTI n'a été observée à S96 dans le bras DTG + ABC/3TC, alors que des mutations de résistance primaire à l'EFV et aux INTI ont été observées chez six et un patient, respectivement, dans le groupe ATR.

**Conclusion** : A S96 l'association DTG + ABC/3TC a maintenu une suppression virologique statistiquement supérieure à ATR. Le profil de tolérance s'est maintenu en faveur du DTG + ABC/3TC, sans émergence de résistance primaire aux INI ou INTI.

## ANTIRÉTROVIRAUX (1)

### SO1.2

#### Bithérapie de NRTI en initiation de traitement antirétroviral chez des patients infectés par le VIH traités précocement

Fabienne Caby<sup>1</sup>, S. Seang<sup>1</sup>, Y. Keita<sup>1</sup>, S. Fourati<sup>1</sup>, C. Blanc<sup>1</sup>, R. Tubiana<sup>1</sup>, M.A. Valantin<sup>1</sup>, L. Schneider<sup>1</sup>, R. Calin<sup>1</sup>, C. Katlama<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hôpital Pitié-Salpêtrière/INSERM, Paris, France

**Contexte** : L'indication plus précoce du traitement antirétroviral soulève la question de stratégies alternatives à la trithérapie ART pour contrôler la réplication virale chez les patients ayant des CD4 élevés et une charge virale faible.

**Méthode** : Etude pilote observationnelle en cours ayant évalué les patients avec des CD4 >300/mm<sup>3</sup>, une charge virale plasmatique (CV) < 30.000 cp/ml, ayant initié entre 2011 et 2013 un traitement ARV par une bithérapie de NRTI. La proportion de patients ayant une CV < 50cp/ml à S24 constitue le critère principal d'évaluation. Les mesures de la CV sont effectuées à J0, S4, S8, S12, S24 et S48.

**Résultats** : 20 patients (TDF/FTC n=19, ABC/3TC n=1) ont été inclus ; leurs caractéristiques initiales (médiane ; IQR) sont: délai de diagnostic VIH :25 mois (8-65), ARN HIV:10.395cp/ml (4106-16566), ADN VIH : 464 cp/10<sup>6</sup> PBMC (195-1168) , CD4 592/mm<sup>3</sup> (405-798). Le suivi médian est de 12 mois (9-16)

Le pourcentage de patients avec CV < 50 cp/ml est de 88% (n= 15/17, 95% IC 0.70-0.90) à S12 et de 100% (n=20/20, 95%IC 0.84-1) à S24. La réduction médiane de la CV est de - 2.2 log<sub>10</sub> (2-2.4) à S4 et le délai médian de suppression virale de 4 semaines (4-12).

La diminution moyenne de l'ADN VIH est - 0.47 log<sub>10</sub>/10<sup>6</sup> PBMC avec une valeur médiane à S24 de 206 cp/10<sup>6</sup>PBMC (< 66-340) p=0.0006) dont 5 patients avec ADN VIH indétectable < 66 cp/10<sup>6</sup> PBMC.

L'augmentation des CD4 est de + 83/mm<sup>3</sup> (40-310). Aucun patient n'a interrompu le traitement. Il n'y a eu aucun effet indésirable grave.

**Conclusions** : Cette étude pilote suggère qu'une bithérapie de NRTI peut représenter une approche thérapeutique efficace chez des patients avec une charge virale faible et des lymphocytes CD4 élevés. Une étude d'intervention multicentrique, plus large est nécessaire.

## ANTIRÉTROVIRAUX (1)

### SO1.3

#### L'innocuité d'un régime antirétroviral est un meilleur gage de succès que sa simplicité

Benoit Trottier<sup>1</sup>, N. Machouf<sup>1</sup>, S. Lavoie<sup>1</sup>, S. Vézina<sup>1</sup>, M. Boissonnault<sup>1</sup>, E. Huchet<sup>1</sup>, D. Longpré<sup>1</sup>, L. Charest<sup>1</sup>, D. Legault<sup>1</sup>, M. Munos<sup>1</sup>, R. Thomas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Clinique Médicale l'Actuel, Montréal, Canada*

**Rationnel** : Récemment, plusieurs études ont démontré une supériorité des régimes à comprimés uniques (RCU) en termes d'adhérence, de coût, parfois même d'efficacité de par leur simplicité d'administration. Toutefois, par le passé, plusieurs analyses avaient démontré que la raison principale d'arrêt de traitement était la tolérance/toxicité et non pas la complexité d'un régime. Nous avons comparé ici la durabilité de différents régimes thérapeutiques en termes d'innocuité et de simplicité.

**Méthode** : Les patients ayant débuté de 2007-2012, un traitement par un des 4 régimes les plus fortement recommandés : RCU, efavirenz/emtricitabine/tenofovir (Atripla-ATP; n=187) ou 3 non-RCU, 2INTI +soit raltegravir (RAL; n=97), atazanavir/r (ATV/r; n=197) ou darunavir/r (DRV/r; n=105). Le premier critère d'évaluation était la durabilité (donc arrêt du premier régime). La probabilité de l'arrêt (Hazard Ratio, HR) a été analysé en utilisant un modèle de régression de Cox ajusté pour l'âge, sexe, CD4 et charges virales prétraitements, facteurs de risque et l'année de début du traitement.

**Résultats** : 586 patients ont été inclus. 94% hommes; âge médian=42 avec une médiane de suivi de 2,7 ans (IQR:1,4-3,8), de charge virale de 4.7 log (36% >100000 copies/ml) et de CD4 de 310 cells/mm<sup>3</sup> (16% < 200 cells/mm<sup>3</sup>). Globalement, 209 patients (36%) ont interrompu leur régime (33% RCU; 37% non-RCU; p=0,168). La durée de traitement était équivalente pour les 2 catégories. Toutefois, après ajustement des co-variables, les analyses multivariées démontrent que les patients qui débutent un régime à base de RAL (HR=0,58; p=0,050) sont moins susceptibles de modifier leur traitement de première ligne que ceux qui commencent par soit ATP (réf), DRV/r (HR=1,68; p=0,002) ou ATV/r (HR=0,95; p=0,828).

**Conclusion** : Nos observations suggèrent que l'efficacité des régimes RCU n'est pas nécessairement plus persistante que celle des non-RCU. Même avec une prise de plusieurs comprimés par jour, et une posologie «BID», une combinaison à base de RAL a été associée à une meilleure durabilité.

## ANTIRÉTROVIRAUX (1)

### SO1.4

#### Impact de différents traitements antirétroviraux (ARV) sur l'évolution des marqueurs d'inflammation et d'activation immunitaire plasmatiques chez les patients infectés par le VIH

Suhaib Hattab<sup>1</sup>, M. Guiguet<sup>1</sup>, G. Carcelain<sup>2</sup>, S. Fourati<sup>3</sup>, A. Guihot<sup>2</sup>, B. Autran<sup>2</sup>, C. Fabienne<sup>4</sup>, A.-G. Marcellin<sup>3</sup>, D. Costagliola<sup>1</sup>, C. Katlama<sup>5</sup>

<sup>1</sup>INSERM UMRS 943/UPMC, Paris, France, <sup>2</sup>INSERM UMRS 945/UPMC Univ Paris 06 UMRS 945/AP-HP, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Département d'Immunologie, Paris, France, <sup>3</sup>INSERM UMRS 943/UPMC Univ Paris 06 UMRS 943/AP-HP, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Service de Virologie, Paris, France, <sup>4</sup>INSERM UMRS 943/AP-HP, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Service des Maladies Infectieuses, Paris, France, <sup>5</sup>INSERM UMRS 945/UPMC Univ Paris 06 UMRS 945/AP-HP, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Service des Maladies Infectieuses, Paris, France

**Objectif** : Evaluer l'impact de différentes molécules antirétrovirales en 1<sup>ere</sup> ligne de traitement ARV sur les marqueurs d'inflammation et d'activation immunitaire.

**Méthodes** : Etude observationnelle quantifiant l'évolution des marqueurs d'inflammation (interleukine-6 (IL-6)), d'activation immunitaire (IP-10, MIG) et le CD14 soluble (sCD14) chez des patients ayant initié un traitement ARV avec une réponse virologique rapide et persistante pendant 2 ans en comparaison avec un groupe contrôle VIH-négatif. Des niveaux anormalement élevés de marqueurs ont été définis en référence aux valeurs du groupe témoin (moyenne+2SD). L'impact des différents régimes (TDF-FTC ou ABC-3TC, combiné avec EFV, ATV/r ou LPV/r) a été étudié dans un sous-groupe de 78 patients qui ont conservé leur 1<sup>ere</sup> ligne pendant 2 ans.

**Résultats** : 145 patients ont été inclus avec une charge virale médiane de 4.8 log<sub>10</sub> copies/ml (4.3-5.3) et des taux médian de CD4+ de 292/mm<sup>3</sup> (190-384). Après 2 ans, on observe une baisse significative des niveaux d'IL-6 (médiane= -0.54 pg/ml (-33%)), IP-10 (médiane= -420 pg/ml (-59%)) et MIG (médiane= -1135 pg/ml (-68%)). Seuls 3% des patients ont gardé des valeurs élevées d'IL6, mais 24% et 17% avaient toujours une élévation de l'IP10 et de MIG. Aucune diminution du sCD14 n'a été observée (médiane= -0.18\*10<sup>6</sup> pg/ml (-7%); p=0.10). L'âge était le seul facteur de risque associé à la persistance des niveaux élevés d'IP-10 (OR, 1.60; p=0.047) et MIG (OR, 1.91; p=0.008). La baisse d'IL-6 n'est pas influencé par les différents régimes; en revanche, on observe moindre diminution de l'IP-10 et de MIG sous ATV/r comparativement à EFV (IP-10Δ -55%, p=0.012; MIGΔ -131%, p=0.008).  
**Conclusion** : Si les marqueurs d'inflammation et d'activation immunitaire diminuent après 2 ans de cART efficace, le sCD14 reste élevé. Les patients âgés maintiennent une activation immunitaire résiduelle sous cART. Un traitement par ATV/r est associé à une moindre diminution des marqueurs d'activation qu'un traitement avec EFV.

## HÉPATITES B (1)

### SO2.1

#### Evaluation du coût annuel de l'hépatite B chronique non traitée au Sénégal

Yvan Jean Agbassi<sup>1</sup>, H. Lafarge<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>ACONDA-VS-CI, TB/VIH, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>2</sup>Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion, Institut Supérieur de Management de la Santé, Dakar, France, <sup>3</sup>Université Paris Dauphine, Economie de la Santé, Paris, France

**Contexte** : Au Sénégal, en 2011, le taux de prévalence du virus de l'hépatite B (VHB) était de 17%. Le coût du traitement de l'hépatite B chronique (HBc) dont l'efficacité varie entre 30 et 40 % est très élevée (1,5 million de FCFA). En conséquence, beaucoup de sénégalais sont susceptibles de développer des complications de l'HBc (cirrhose, cancers) car ne pas traiter l'HBc impose de traiter ultérieurement ses complications.

**But** : Contribuer à la définition d'une politique pertinente contre l'HBc au Sénégal.

**Objectif** : Evaluer le coût annuel de l'HBc non traitée

**Méthodes** : Nous avons procédé à une analyse de coûts par sections homogènes. Nous avons également utilisé un modèle séquentiel de population pour simuler le devenir d'une cohorte de 1000 patients contaminés. Nous avons effectué une enquête des dossiers médicaux au niveau de l'hôpital principal de Dakar (HPD) et de l'hôpital Aristide Ledantec (HALD) pour récolter les données de l'étude.

**Résultats** : Notre étude a permis d'estimer les coûts médicaux d'une cirrhose décompensée et d'un carcinome hépatocellulaire (CHC) respectivement de 1 281 000 et de 613 000 FCFA. Les coûts annuels de ces pathologies sont respectivement de 17 milliards et de 5,88 milliards de FCFA. Le coût attendu en pourcentage du budget du ministère de la santé est de l'ordre de 16% pour les cirrhoses décompensées et de 5% pour les CHC. Sur le plan humain, le nombre de cirrhoses décompensées attendues est de 13 304 et le nombre de CHC attendus est de 9 579. Le nombre d'années de vie perdues est de 10,2 pour 1000 habitants contaminés.

**Conclusion** : L'HBc non traitée constitue une menace économique forte et une menace humaine moyenne au Sénégal. Cette étude met à la disposition du PNLH, les coûts évitables par les stratégies de vaccination et de traitement de l'HBc.

## HÉPATITES B (1)

### SO2.2

#### Étude PREVAC B 2 : prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) et prévention de l'hépatite B chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie, en médecine générale en France

Anne Simondon<sup>1</sup>, J.-P. Aubert<sup>1,2</sup>, S. Bouée<sup>2</sup>, M. Catrice<sup>1</sup>, C. Compagnon<sup>2</sup>, A. Di Pumpo<sup>1</sup>, S. Heber-Suffrin<sup>2</sup>, J.-M. Livrozet<sup>2</sup>, C. Majerholc<sup>2</sup>, J.-M. Peter<sup>2</sup>, F. PrévotEAU du Clary<sup>2</sup>, P. Rolland-Santana<sup>2</sup>, O. Taulera<sup>2</sup>, A. Wajsbrot<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Université Paris Diderot, Département de Médecine Générale, Paris, France, <sup>2</sup>Groupe d'Etude et de Recherche Ville Hôpital, Paris, France

L'objectif principal de l'étude PREVAC B 2 était de mesurer, chez les migrants originaires d'un pays de forte endémie du VHB consultant les médecins généralistes (MG) français, la prévalence des différents profils sérologiques vis-à-vis du VHB. L'objectif secondaire était d'évaluer le taux de réalisation par le MG, à l'aide d'un logiciel expert, d'une action de prévention globale de l'hépatite B, au sein de ces populations.

Les investigateurs, répartis sur le territoire français, incluaient à l'aide d'un logiciel en ligne conçu pour l'étude, les adultes originaires de pays d'endémie du VHB venant les consulter, et renseignaient leur statut sérologique vis-à-vis du VHB. Le logiciel fournissait une aide à l'interprétation des sérologies, conseillait sur la conduite à tenir, et permettait d'éditer une brochure d'information adaptée au profil sérologique du patient. Les données sur toutes ces étapes de la conduite préventive étaient recueillies.

Du 06.07.2010 au 27.12.2011, 40 MG investigateurs ont inclus 598 patients. 9,1% [IC95%=6,7-11,5] étaient porteurs de l'antigène HBs, 53,9% [49,7-58,1] étaient protégés, 9,1% [6,7-11,5] portaient un anticorps antiHBc isolé, 18,6% [15,3-21,9] étaient indemnes de tout contact avec le VHB. 9,3% présentaient une sérologie non interprétable car incomplète. La conduite préventive complète associant l'obtention d'une sérologie interprétable, une information adaptée au statut sérologique, et une vaccination contre le VHB si nécessaire a pu être menée à son terme pour 68% des sujets inclus. Le taux de vaccination complète (trois injections) chez les patients pour qui elle était indiquée, est passé de 8% avant l'étude à 35% après l'étude.

Les prévalences élevées de contact et de portage du VHB dans ces populations sont confirmées. Une conduite préventive complète et adaptée au statut sérologique peut être menée par le généraliste pour 68% des sujets concernés, à l'aide d'un outil informatique dédié.

# HÉPATITES B (1)

## SO2.3

### Facteurs associés à la transmission mère-enfant de l'hépatite virale B au Cameroun

Oudou Njoya<sup>1</sup>, M.-J. Essi<sup>1</sup>, C. Fouwou<sup>1</sup>, M.O. Mekongo<sup>2</sup>, E.C.N. Ndam<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Université de Yaounde 1, LRHCS-FMSB/UYI, Yaoundé, Cameroun, <sup>2</sup>Université de Yaounde 1, Yaoundé, Cameroun

L'hépatite virale B (HVB) est un problème majeur au Cameroun du fait de sa forte prévalence (10%) et de ses conséquences, et la transmission mère-enfant (TME) y joue un rôle prépondérant, tant par la transmission verticale in utéro ou périnatale que par l'horizontale post-natale.

**Objectifs** : Décrire la prévalence de l'hépatite B chez les femmes enceintes (FE) ; leur Connaissances, attitudes et pratiques (CAP) sur la TME/VHB ; les CAP du personnel médical obstétrique (PMO).

**Méthodologie** : Etude transversale descriptive, menée dans 3 hôpitaux de Yaoundé : CHU, HD Efoulan, HD Cité-verte, de Janvier à mars 2013, auprès des FE âgées et du PM du service de maternité d'autre part. Les FE étaient soumises à une recherche des marqueurs sérologiques du VHB, et une enquête CAP menée en direction de ces FE et du PMO.

**Résultats** : 242 FE ont été dépistées et 235 interrogées, ainsi que 45 PMO. La prévalence de l'AgHBs chez les FE était de 16,11%. Conformément à l'algorithme établi, seules 189 FE ont été testées pour l'AchBc et, 64,02%, étaient positives.

Concernant l'enquête CAP, 55,3% des FE présentait un faible niveau de connaissances, tandis que 65,53%, avait des attitudes acceptables, et 91,49% de mauvaises pratiques. Le statut sérologique AgHBs était fonction du type de pratiques ( $p=0,009$ ).

Concernant le PMO, 42,22% avait un niveau de connaissances moyen, et 51,11% avait des attitudes acceptables. Toutefois, 60% avait des pratiques néfastes, tant pour leur propre prévention, pour la promotion de la santé des FE que pour la PTME/HVB.

**Conclusion** : Le faible niveau de connaissance complète des FE et du PM en service dans les 3 services de maternité des hôpitaux de l'étude constitue un réel moteur de la forte morbi-mortalité de l'HVB au Cameroun.

## HÉPATITES B (1)

### SO2.4

#### Variabilité génétique du virus de l'hépatite B et réponse antivirale sous optimale chez les patients co-infectés VIH-VHB en Afrique subsaharienne

Anders Boyd<sup>1</sup>, R. Moh<sup>2</sup>, P. Dény<sup>3</sup>, M. Issoufou<sup>3</sup>, C. Danel<sup>2</sup>, X. Anglaret<sup>2</sup>, S. Eholié<sup>2</sup>, P.-M. Girard<sup>4</sup>, F. Zoulim<sup>3</sup>, K. Lacombe<sup>1</sup>

<sup>1</sup>INSERM UMR-S 707, Paris, France, <sup>2</sup>Programme PACCI, Site ANRS, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>3</sup>Centre de Recherche sur le Cancer de Lyon, Equipements 15 et 16, INSERM, Unité 1052, CNRS, UMR 5286, Lyon, France, <sup>4</sup>Hôpital Saint-Antoine, Department of Infectious and Tropical Diseases, Paris, France

**Background and aims:** Incidence of immune and antiviral-associated S-gene mutations after initiating long-term antiretroviral therapy (ART) is unknown in HIV-hepatitis B virus (HBV) coinfecting patients with suboptimal HBV response, especially in sub-Saharan Africa.

**Methods:** A total of 200 ART-naïve HIV-HBV coinfecting patients, who initiated either lamivudine (LAM)- or tenofovir (TDF)/emtricitabine-containing ART ( $n=103$  and  $n=97$ , respectively), were selected from two randomized-control trials in Côte d'Ivoire. HBV-DNA was quantified using an in-house assay (detection limit:  $< 12$  copies/mL) while preS/S regions of positive samples were sequenced.

**Results:** At baseline, 139 patients had detectable HBV-DNA (median:  $3.86 \log_{10}$  copies/mL, IQR: 3.11-7.43); of whom 28.1% were HBeAg-positive, 31.4% had ALT  $> 35$  IU/mL, and 98.0% harbored genotype E. After a median 35.5 (IQR: 24.3-36.5) months, cumulative percent with undetectable HBV-DNA at the end of follow-up was 89.7% and was significantly associated with TDF vs. LAM-use ( $p=0.02$ ) and lower degrees of immunosuppression ( $p=0.01$ ). In patients with available sequences at baseline ( $N=49$ ), amino acid changes at positions recognized as immune- and antiviral-associated S-gene mutations were as follows: sP120A/L/T ( $n=3$ ), s145 ( $n=0$ ), sE164G/V ( $n=6$ ) and s194 ( $n=0$ ). At the end of follow-up, no incident amino acid changes at positions s120, s145, s164, or s195 were noted among patients with detectable HBV-DNA levels  $< 10^5 \log_{10}$  copies/mL ( $N=9/30$  with sequenced strains), while only two incident sE164D+sI195M mutations were observed in LAM-treated, but no TDF-treated, patients with HBV-DNA  $\geq 10^5 \log_{10}$  copies/mL ( $N=10/11$  with sequenced strains).

**Conclusions:** In HIV-HBV coinfecting patients with low transaminases levels, immune and antiviral-associated S-gene mutations are rare during suboptimal response.

## HÉPATITES B (1)

### SO2.5

#### Description des pratiques de dépistage et de prise en charge de l'hépatite virale B chez les patients infectés par le VIH sous traitement antirétroviral au sein de la collaboration leDEA West Africa (WADA)

Ahuatchi Patrick Coffie<sup>1,2</sup>, E. Messou<sup>3</sup>, G. Bado<sup>4</sup>, A. Patassi<sup>5</sup>, A. Minga<sup>6</sup>, D. Adama<sup>2</sup>, E. Aka<sup>3</sup>, M. Camara<sup>6</sup>, E. Allah-Kouadio<sup>7</sup>, E. Bissagnene<sup>2</sup>, A.B. Sawadogo<sup>4</sup>, D.K. Ekouevi<sup>8,9</sup>, F. Dabis<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Programme PAC-CI, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>2</sup>SMIT, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>3</sup>Centre de Prise en Charge, de Recherche, et de Formation. CePReF-Aconda-VS, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>4</sup>Hôpital de Jour, SMIT, CHU Souro Sanou, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, <sup>5</sup>Service des Maladies Infectieuses et de Pneumologie, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, <sup>6</sup>Centre Médical de Suivi de Donneurs de Sang/ CNTS/PRIMO-CI, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>7</sup>Service d'Hépto-Gastro- Entérologie, CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>8</sup>ISPED, Université Bordeaux Segalen & Centre INSERM U897- Epidémiologie-Biostatistique, Bordeaux, France, <sup>9</sup>Université de Lomé, Département des Sciences Fondamentales et Santé Publique, Lomé, Togo

**Contexte** : L'Organisation Mondiale de la Santé recommande depuis 2010, un dépistage systématique du virus de l'hépatite B (VHB) chez les patients VIH+ avant l'initiation du traitement antirétroviral (TARV). Notre objectif était de décrire les pratiques de dépistage et de prise en charge du VHB des patients infectés par le VIH sous TARV.

**Méthodes** : Etude descriptive dans cinq centres (3 en Côte d'Ivoire, 1 au Burkina-Faso et 1 au Togo) de la Collaboration WADA. Parmi les patients ayant initié un TARV en 2010-2012, 100 dossiers par année ont été tirés au sort dans chaque centre. Les informations cliniques et celles sur le dépistage de l'AgHBs ont été recueillies sur un questionnaire standardisé.

**Résultats** : Fin novembre 2013, 1152 dossiers ont été colligés. L'âge médian était de 37 ans [IIQ : 31-44], 65,8% étaient des femmes, la médiane des CD4 était de 237 cellules/mm<sup>3</sup> [IIQ : 102-371]. Le dépistage du VHB avait été réalisé chez 110 (9,5%) patients et 27 d'entre eux (24,5%) étaient AgHBs+ (Tableau). Ce dépistage a été réalisé de façon systématique chez 70 patients (63,6%), chez 15 (13,6%) dans le cadre d'un protocole de recherche, chez 12 (10,9%) pour hypertransaminémie, et chez 13 (11,8%) la raison n'était pas précisée. Le dépistage réalisé de façon systématique a augmenté au cours des années (2,3% en 2010, 5,3% en 2011 et 11,5% en 2012, p< 0,0001). Parmi les patients infectés par le VHB, 23 (85,2%) ont initié un TARV incluant le ténofovir et l'emtricitabine, les 4 autres un TAR incluant la lamivudine.

**Conclusion** : Malgré les recommandations internationales, le dépistage systématique du VHB chez des patients VIH+ avant l'initiation d'un TARV reste encore limité en Afrique de l'Ouest. Les tests rapides permettraient d'améliorer le dépistage du VHB chez les patients VIH+ ainsi qu'une meilleure prise en charge de ces patients.

| Centres  | Pays          | Effectif | Dépistage du VHB | Infectés par le VHB |
|----------|---------------|----------|------------------|---------------------|
| Centre 1 | Burkina-Faso  | 219      | 62 (28,3)        | 15 (24,2)           |
| Centre 2 | Côte d'Ivoire | 253      | 23 (9,0)         | 6 (26,1)            |
| Centre 3 | Côte d'Ivoire | 254      | 9 (3,5)          | 3 (33,3)            |
| Centre 4 | Côte d'Ivoire | 225      | 1 (0,4)          | 1 (100,0)           |
| Centre 5 | Togo          | 201      | 15 (7,5)         | 2 (13,3)            |
| Total    |               | 1152     | 110 (9,5)        | 27 (24,5)           |

[Pratiques de dépistage VHB dans cinq centres de la]

## ETHIQUE ET RECHERCHE

### SO3.1

#### Processus d'information des enfants vivant avec le VIH-1 en vue de leur participation à une recherche médicale: expérience de la cohorte sénégalaise MAGGSEN-ANRS 12279

Caroline Desclaux Sall<sup>1,2</sup>, C. Cames<sup>2,3</sup>, N. Mbaye<sup>4</sup>, P. Msellati<sup>3</sup>, H.S. Signaté<sup>5</sup>, A. Desclaux<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>IRD, Dakar, Sénégal, <sup>2</sup>Centre Régional de Recherche et de Formation à la Prise en Charge de Fann (CRCF), Dakar, Sénégal,

<sup>3</sup>Institut de Recherche pour le Développement, UMI 233 TRANSVIHMI, Montpellier, France, <sup>4</sup>ONG Synergie pour l'Enfance, Pikine, Sénégal, <sup>5</sup>Centre Hospitalier National Universitaire Albert Royer, Dakar, Sénégal

**Objectifs :** En recherche pédiatrique, le recueil du consentement concerne le représentant légal du mineur. Les recommandations internationales invitent à recueillir l'assentiment de l'enfant, généralement à partir de 7 ans. Dans les sociétés africaines, l'enfant est rarement consulté pour les décisions le concernant. De plus, l'enfant infecté par le VIH ignore souvent sa séropositivité. Cette étude décrit le dispositif d'information mis en place pour répondre aux besoins éthiques des enfants de plus de 7 ans inclus dans une étude de cohorte.

**Méthodologie :** L'analyse quantitative du dispositif a été menée à partir du recueil standardisé des modalités d'inclusion. L'analyse qualitative est issue de l'observation des séances d'information, collectives et individuelles sur l'étude et des réunions de recueil du consentement des représentants et de l'assentiment des enfants (verbal) dans les sites de la cohorte.

**Résultats obtenus :** Entre mars et octobre 2013, 202 processus d'inclusion ont été documentés.

|  | Enfants non informés de leur séropositivité | Enfants informés de leur séropositivité |
|--|---|---|
| <b>Âge des enfants</b>                       |   |   |
| 7-11   | 120 (78%)                                   | 8 (16%)                                 |
| 12-16  | 33 (22%)                                    | 41 (84%)                                |
| <b>Information du représentant à l'étude</b> |   |   |
| Individuelle                                 | 101 (66%)                                   | 26 (53%)                                |
| Collective                                   | 52 (34%)                                    | 23 (47%)                                |
| <b>Information de l'enfant à l'étude</b>     |   |   |
| Individuelle                                 | 0 (0%)                                      | 2 (4%)                                  |
| Collective                                   | 0 (0%)                                      | 15 (31%)                                |

[Information à l'étude des enfants de +7ans]

Une séance d'information préalable a été réalisée auprès des 17 enfants informés de leur séropositivité. Aucun représentant ne s'est opposé à la présence de l'enfant à la visite de recueil du consentement. Une information générale sur la recherche était à nouveau transmise à cette occasion. L'assentiment de l'enfant était ensuite sollicité par le soignant. Certains enfants, souvent non informés préalablement sur l'étude, ont exprimé des questions voire des réticences à participer à l'étude. *In fine*, tous les enfants ont donné leur assentiment ou n'ont pas montré d'objection. Les refus enregistrés (n=10) ont été à l'initiative des représentants.

**Conclusion :** Ces résultats montrent les difficultés auxquelles se heurte la recherche pédiatrique sur le VIH notamment à l'étape d'information des enfants. Certains enfants expriment le désir d'être plus associés à cette étape de la recherche, de comprendre les implications de leur participation. Les entretiens ultérieurs avec les enfants permettront de mieux comprendre leur expérience de la recherche.

## ETHIQUE ET RECHERCHE

### SO3.2

#### **Recueillir des données personnelles dans les programmes de réduction des risques. En Roumanie, les autorités publiques conditionnent l'échange des seringues par la présentation d'une pièce d'identité**

Ludmila Verdes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Association Roumaine contre le Sida, Monitoring, Evaluation et Recherche Communautaire, Bucarest, Roumanie*

Les programmes de réduction des risques pour les usagers de drogues (UD) en Roumanie ont commencé en 2000. Dans les projets financés par le Fonds Mondial, UNODC, Sidaction etc., l'enregistrement des bénéficiaires était fait par codification. Depuis que la Roumanie est devenue membre de l'Union Européenne et que les bailleurs internationaux ont arrêté leur financements, les ONG qui travaillent avec les UD ont se sont tournées vers des projets financés par des fonds européens ou nationaux dont l'implémentation oblige d'enregistrer tous les bénéficiaires avec plusieurs données personnelles (nom, prénom, numéro d'identification, adresse de domicile etc.).

Pendant les trois dernières années d'implémentation des projets européens, les employés de l'Association Roumaine contre le Sida (ARAS), une ONG qui travaille avec presque 5000 UD par an, ont été confrontés à de nombreuses difficultés administratives et à des dilemmes éthiques. Un premier dilemme était lié au fait de refuser la distribution des seringues pour ceux qui n'ont pas de pièce d'identité, dans les conditions où beaucoup d'UD de Bucarest sont sans abri et n'ont pas de carte d'identité. De plus, toutes les données sont téléchargées sur un site internet sécurisé auquel la police peut accéder pour faire des vérifications concernant le trafic ou la possession de drogues. Enfin, il est apparu que les ressources humaines et financières dans le département de monitoring des ONG sont insuffisantes pour vérifier et conserver autant de dossiers dans un milieu sécurisé.

Plusieurs démarches plaidantes ont été faites pour changer la loi de finances publiques et celle des services sociaux mais elles sont non résolues à ce jour. Une solution urgente est nécessaire, alors que la Roumanie est aujourd'hui confrontée à une épidémie VIH parmi les usagers des drogues (53.3% % UD séropositifs en 2012, en comparaison avec 1% en 2009).

## ETHIQUE ET RECHERCHE

### SO3.3

#### Actions urgentes pour stopper les violations de droits humains en lien avec le VIH/Sida : expérience d'une coalition d'ONG Sida et des droits humains

Moulay Ahmed Douraidi<sup>1</sup>, M. Karkouri<sup>1</sup>, H. Himmich<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Association de Lutte contre le Sida, Casablanca, Maroc

**Introduction :** Au Maroc, l'ALCS (Association de Lutte Contre le Sida) est convaincue qu'il est impossible de dissocier la lutte contre le sida du combat pour les droits humains (DH) et considère la mise en œuvre des directives internationales sur le VIH/sida et les DH capitale pour le succès de ses actions.

**Méthodologie :** L'ALCS s'est alliée à des ONG de défense des DH pour mener son activité de plaidoyer/défense des droits. La démarche adoptée est que, dès la remontée d'une information sur une violation de droits, une mobilisation communautaire est entreprise. Celle-ci comprend une campagne de plaidoyer qui comporte identification des buts, ressources et alliés, et mise en place d'un plan d'action qui commence par des actions urgentes.

**Résultats :** Depuis décembre 2012, la coalition d'ONG a permis de mener les actions suivantes :

- Décembre 2012, action contre une campagne de sérophobie à l'égard des professionnelles du sexe.
- Mars 2013, action pour l'arrêt immédiat des rafles xénophobes visant des migrants PVVIH
- Avril 2013, action contre l'obligation de soumettre les étrangers à des tests VIH pour le renouvellement des cartes de séjour
- Mai 2013, campagne dénonçant la violation d'informations portant sur la vie privée d'un détenu PVVIH islamiste, décédé en prison.
- Octobre 2013, action contre une campagne de xénophobie et sérophobie à l'égard d'un détenu PVVIH subsaharien hospitalisé au CHU Avicenne de Rabat.

Toutes les actions ont été relayées sur la presse et les réseaux sociaux et ont permis d'interpeller les hauts responsables du gouvernement, y compris le Premier Ministre, et d'obtenir parfois la cessation de ces violations....

**Conclusion :** La création de coalition des ONG sida avec les différents défenseurs de droits, est une nécessité pour une meilleure riposte au VIH/sida, pour agir sur les lois, les politiques, les normes sociales et l'environnement.

## ETHIQUE ET RECHERCHE

### SO3.4

#### Association et éthique de la recherche au Sud

Calice Talom Yomgne<sup>1</sup>

<sup>1</sup>REDS/GTIA, Yaoundé, Cameroun

Dans la plupart des pays Africains, et particulièrement dans l'espace Francophone l'activité de recherche sur le VIH/Sida est inscrite au rang des priorités dans le plan stratégique de lutte contre le Sida , mais cette activité reste confrontée à un problème majeur : l'absence de réglementation. Cette situation justifiant en partie pourquoi certains laboratoires délocalisent de plus en plus leurs essais cliniques sur l'Afrique; Ce n'est qu'en 1987 que certains comités nationaux d'éthique (CNE) ont été mis en place en Afrique. Cependant, la création de ces organes ne suffisait pas à elle seule à répondre à la mission qui était attendue d'eux. Aussi, au fil des années, bien des défaillances ont été constatées principalement dans son fonctionnement, il s'en est suivi des controverses qui au-delà de l'indignation qu'elles ont suscité de la part des chercheurs et des défenseurs des droits de la personne, ont conduit les acteurs associatifs de lutte contre le sida et des droits de l'homme à se pencher sur la question afin de comprendre les causes d'un tel problème. C'est pourquoi, il est apparu nécessaire de mettre en place en mai 2005 au Cameroun un collectif des organisations de la société civile Camerounaise pour travailler avec les chercheurs au respect des considérations éthiques qui entourent la recherche en santé. En 2009, à la faveur de la réunion des associations partenaires du programme « Informed Consent » de Sidaction, une Dynamique des associations et organisations de la société civile Africaine est née : La Coalition Africaine RESPECT. Même si l'on peut noter des résultats positifs, il reste qu'aujourd'hui cette dynamique fait face à des défis à relever entre autre le financement de leurs activités et l'élaboration des textes juridiques adaptés et contraignants pour encadrer l'activité de recherche en santé dans l'espace Francophone.

## COMORBIDITÉS (1)

### SO4.1

#### Profil métabolique et risque cardiovasculaire des personnes vivant avec le VIH débutant un traitement antirétroviral de deuxième ligne en Afrique (étude METABODY)

Assane Diouf<sup>1,2</sup>, J.M. Mben<sup>3</sup>, A. Héma<sup>4</sup>, L. Ciaffi<sup>5</sup>, S. Eymard-Duvernay<sup>5</sup>, G. Batista<sup>6</sup>, L. Ayangma<sup>7</sup>, A. Ndiaye<sup>1</sup>, T. Lowe<sup>3</sup>, A. Cournil<sup>5</sup>, ANRS 12250 - METABODY

<sup>1</sup>CRCF, Dakar, Sénégal, <sup>2</sup>Université de Montréal, Montréal, Canada, <sup>3</sup>Site ANRS, Yaoundé, Cameroun, <sup>4</sup>Hôpital de Jour, CHU Sanou Souro, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, <sup>5</sup>Unité Mixte Internationale (UMI) 233 -TransVIHMI, Institut de Recherche pour le Développement, Montpellier, France, <sup>6</sup>Centre de Traitement Ambulatoire (CTA), Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Fann, Dakar, Sénégal, <sup>7</sup>Centre de Traitement Ambulatoire, Hôpital Militaire de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

**Objectif :** Les désordres métaboliques et cardiovasculaires occupent une part croissante dans la mortalité et la morbidité des patients VIH positifs (PVVIH) sous traitement antirétroviral (TARV) mais sont peu documentés dans les pays à ressources limitées. L'objectif de cette étude était d'évaluer le profil métabolique et cardiovasculaire de PVVIH débutant un TARV de deuxième ligne en Afrique.

**Méthodes :** Dans le cadre d'un essai clinique randomisé multipays (Burkina Faso, Cameroun et Sénégal) évaluant trois stratégies de TARV de deuxième ligne, les caractéristiques à l'inclusion de 273 patients ont été analysées. La définition IDF/AHA/NHLBI du syndrome métabolique et le risque cardiovasculaire (RCV) à 10 ans de Framingham ont été utilisés. Les facteurs associés ont été identifiés à l'aide de modèles de régression logistique multivariés.

**Résultats :** A la mise sous TARV de deuxième ligne, la population a été exposée à un traitement de première ligne associant AZT ou d4T + 3TC + EFV ou NVP pendant une durée moyenne de 55 ± 24 mois. Elle était composée de 74,4% de femmes avec un âge moyen de 39 ± 10 ans. La prévalence du syndrome métabolique était de 10,8% et celle de la lipodystrophie de 11,4%. Le RCV moyen à dix ans était de 7,4% chez les hommes et 2,4% chez les femmes (p < 0,001).

Après ajustement sur les facteurs de risque connus, le TARV (durée et type de TARV) n'était associé ni au syndrome métabolique, ni au RCV.

**Conclusion :** Dans cette population, le RCV et le syndrome métabolique étaient relativement élevés par rapport aux patients naïfs mais n'étaient pas associés au TARV de première ligne. La prise en charge des perturbations métaboliques et autres facteurs de RCV devrait être mieux intégrée dans les dispositifs de suivi pour réduire la morbidité et la mortalité cardiovasculaire dans le long terme des PVVIH.

| Variable                          | Sexe masculin Moyenne ± écart type ou Prévalence | Sexe Féminin Moyenne ± écart type ou Prévalence | p       |
|-----------------------------------|--|---|---------|
| Age (années)                      | 45 ± 11  | 37 ± 9  | < 0,001 |
| IMC (kg/m <sup>2</sup> )          | 23,4 ± 3,8                                       | 24,8 ± 4,4                                      | 0,022   |
| HTA                               | 8,6%   | 6,4%  | 0,587   |
| Diabète                           | 1,4%   | 0,0%  | 0,256   |
| Tabagisme actuel                  | 8,6%   | 1,0%  | 0,004   |
| Cholestérol HDL bas <sup>a</sup>  | 30%  | 44,3%   | 0,035   |
| Hypertriglycéridémie <sup>β</sup> | 14,3%  | 10,3%   | 0,370   |
| Syndrome métabolique              | 8,7%   | 11,5%   | 0,517   |
| RCV modéré ou élevé (≥ 10%)       | 24,3%  | 2,0%  | < 0,001 |

[Paramètres métaboliques et facteurs de risque card]

## COMORBIDITÉS (1)

### SO4.2

#### Prévalence d'ostéoporose chez les personnes vivant avec le VIH, à Dakar, Sénégal

Amandine Cournil<sup>1</sup>, S. Eymard-Duvernay<sup>1</sup>, A. Diouf<sup>2</sup>, F. Li<sup>3</sup>, J. Tine<sup>2</sup>, A. Ndiaye<sup>2</sup>, M. Maynard<sup>2</sup>, S. Ndongo<sup>4</sup>, E. Delaporte<sup>1</sup>, N.F. Ngom Guèye<sup>3</sup>

<sup>1</sup>IRD / Université Montpellier 1, Montpellier, France, <sup>2</sup>Hôpital Universitaire de Fann, Centre Régional de Recherche et de Formation à la Prise en Charge Clinique, Dakar, Sénégal, <sup>3</sup>Hôpital Universitaire de Fann, Centre de Traitement Ambulatoire, Dakar, Sénégal, <sup>4</sup>Centre Hospitalier Universitaire Le Dantec, Dakar, Sénégal

**Objectif :** La déminéralisation osseuse est une complication métabolique reconnue de l'infection à VIH. Ces troubles sont peu documentés en Afrique Sub-saharienne, où la prévalence d'ostéoporose chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) n'est pas connue.

L'objectif est d'estimer la prévalence d'ostéoporose densitométrique chez des patients sénégalais de Dakar et d'identifier les facteurs associés à l'ostéoporose dans cette population.

**Méthode :** La densité minérale osseuse a été mesurée par absorptiométrie biphotonique au niveau lombaire et fémoral chez des patients (97 hommes et 96 femmes) sous traitement antirétroviral, âgés de plus de 50 ans. Des mesures ont également été réalisées chez 100 sujets de la population générale afin de constituer une référence spécifique à la population africaine. Le T-score a été calculé avec la référence caucasienne et la référence africaine pour prendre en compte les variations ethniques. L'ostéoporose est définie par un T-score  $\leq -2.5$  à au moins l'un des sites. Les facteurs de risque classiques et spécifiques à la population VIH ont été recueillis.

**Résultats :** L'âge médian est de 56 ans et 99% des femmes sont ménopausées. La prévalence d'ostéoporose (référence caucasienne) est de 16% chez les hommes et 35% chez les femmes. Les prévalences sont similaires en utilisant la référence africaine : 18% et 40% pour les hommes et les femmes respectivement. Douze personnes (6%) ont rapporté des antécédents de fracture de fragilité.

Un âge élevé, une corpulence faible et le sexe féminin sont associés au risque d'ostéoporose. Aucune des caractéristiques relatives à l'infection VIH n'est associée de manière indépendante au risque d'ostéoporose.

**Conclusions :** Il s'agit de la première étude de prévalence d'ostéoporose chez les PVVIH en Afrique sub-saharienne. Les prévalences observées sont élevées par rapport aux populations européennes non VIH aux mêmes âges. La proportion de fractures est actuellement faible, mais son évolution doit être surveillée.

|  | Hommes, n = 97   | Femmes, n = 96   |
|--|------------------|------------------|
| Age, médiane (Q1-Q3)                               | 56 (53-60)       | 57 (53-61)       |
| Indice de masse corporelle, médiane (Q1-Q3)        | 20.4 (18.3-22.6) | 24.1 (21.2-27.7) |
| Antécédent de fracture, n (%)                      | 7 (7%)           | 5 (5%)           |
| Antécédent familial de fracture, n (%)             | 4 (4%)           | 5 (5%)           |
| Durée de traitement ARV en années, médiane (Q1-Q3) | 7.2 (4.0-10.4)   | 5.5 (3.6-8.8)    |
| Nadir CD4 < 200 cellules/ $\mu$ L, n (%)           | 73 (77%)         | 62 (67%)         |
| CD4 < 350 cellules/ $\mu$ L, n (%)                 | 28 (36%)         | 19 (26%)         |

[Caractéristiques des patients]

## COMORBIDITÉS (1)

### SO4.3

#### Facteurs associés à la broncho-pneumopathie chronique obstructive dans une cohorte de personnes vivant avec le VIH à haut risque

Alain Makinson<sup>1,2,3</sup>, M. Hayot<sup>4</sup>, S. Eymard-Duvernay<sup>2</sup>, S. Abgrall<sup>5</sup>, E. Billaud<sup>6</sup>, T. Ferry<sup>7</sup>, C. Duvivier<sup>8</sup>, D. Zucman<sup>9</sup>, F. Ajana<sup>10</sup>, X. Quantin<sup>1</sup>, F. Bonnet<sup>11</sup>, O. Faucher<sup>12</sup>, J. Chas<sup>13</sup>, H. Lena<sup>14</sup>, J. Reynes<sup>1,2</sup>, V. Le Moing<sup>1,2</sup>, Equipe de Recherche ANRS EP48 HIV CHEST

<sup>1</sup>CHU Montpellier, Montpellier, France, <sup>2</sup>UMI 233 - TransVIHMI, Institut de Recherche pour le Développement, Université Montpellier 1, Montpellier, France, <sup>3</sup>Département de Médecine Interne, Clinique Mutualiste Beau Soleil, Montpellier, France, <sup>4</sup>INSERM U-1046, CHU Montpellier, Département de Physiologie Clinique, Montpellier, France, <sup>5</sup>CHU Avicennes, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Bobigny, France, <sup>6</sup>CHU Nantes, Nantes, France, <sup>7</sup>Hôpital de la Croix-Rousse, Hospices Civils de Lyon, Lyon, France, <sup>8</sup>Hopital Necker-Enfants Malades, Université Paris Descartes, Paris, France, <sup>9</sup>Hopital Foch, Suresnes, France, <sup>10</sup>Centre Hospitalier de Tourcoing, Tourcoing, France, <sup>11</sup>CHU Bordeaux, INSERM U897, Université de Bordeaux, Bordeaux, France, <sup>12</sup>CHU Sainte Marguerite, Marseille, France, <sup>13</sup>CHU Tenon, APHP, Paris, France, <sup>14</sup>CHU Rennes, Rennes, France

**Objectif :** La prévalence de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est élevée dans la population des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Les facteurs potentiellement associés à une BPCO ont été analysés dans une cohorte de PVVIH avec un tabagisme chronique.

**Méthodologie :** Les principaux critères d'inclusion étaient un âge  $\geq 40$  ans, un tabagisme actif ou sévère dans les 3 ans à plus de 20 paquets-années et un nadir de lymphocytes CD4  $< 350$  cellules/ $\mu$ l. La BPCO était définie par spirométrie selon les critères GOLD (rapport du volume expiratoire maximal seconde (VEMS) sur la capacité vitale forcée (CVF) après aérosol de bronchodilatateur  $< 0.70$ , gradué de 1 à 4). Un modèle de régression logistique évaluait l'association entre la BPCO et différents facteurs.

**Résultats :** Sur 353 sujets inclus, 19 ont été exclus (rapport post-bronchodilatateur VEMS/CVF non mesuré). L'âge médian était 50 ans (EI 46-53), 276 (83%) étaient des hommes, 84 (25%) avaient un antécédent d'usage de drogues intraveineuses, 294 (88%) une charge virale  $< 50$  copies/ml et les médianes des lymphocytes TCD4 à l'inclusion et au nadir étaient respectivement 574 (écart interquartile (EI) 396-764) et 178 (EI 76-261)/ $\mu$ l. La médiane de l'intoxication tabagique était de 30 paquets-années (EI 25-39) et 116 sujets (35%) avaient une histoire de consommation de cannabis. Une BPCO a été diagnostiquée chez 83 sujets (25%), dont 62 (75%) ignoraient leur statut. Les facteurs associés à une BPCO sont décrits dans le tableau.

| Analyse univariée                                  |                  |        | Analyse univariée                                 |                  |       | Analyse multivariée                                |                  |        |
|--|------------------|--------|---|------------------|-------|--|------------------|--------|
| Variable   | OR [IC95%]       | p      | Variable  | OR [IC95%]       | p     | Variable   | OR [IC95%]       | p      |
| Genre (femme)                                      | 0.85 [0.43;1.67] | 0.64   | Antecedent d'infections pulmonaires/pneumocystose | 1.87 [0.85;4.10] | 0.16  | Age (par 10 ans)                                   | 2.34 [1.48;3.70] | <0.001 |
| Age (par 10 ans)                                   | 2.17 [1.44;3.29] | <0.001 | Traitement antirétroviral                         | 1.01 [0.97;1.05] | 0.70  | Intoxication tabagique (par 10 ans d'augmentation) | 1.01 [0.99;1.03] | 0.30   |
| Intoxication tabagique (par 10 ans d'augmentation) | 1.11 [1.00;1.22] | 0.046  | Charge virale <50 copies/ml                       | 0.99 [0.46;2.13] | 0.98  | Consommation de cannabis (oui/non)                 | 1.69 [0.96;2.99] | 0.071  |
| Consommation de cannabis (oui/non)                 | 1.53 [0.92;2.55] | 0.10   | Nadir lymphocyte TCD4 < 200/ $\mu$ l              | 1.12 [0.68;1.86] | 0.65  | IMC<18.5 kg/m2                                     | 2.05 [0.94;4.46] | 0.071  |
| IMC<18.5 kg/m2                                     | 2.22 [1.07;4.60] | 0.032  | CD4 (pour 100 CD4)                                | 0.89 [0.81;0.98] | 0.024 | Antecedent d'infections pulmonaires/pneumocystose  | 2.07 [0.90;4.80] | 0.089  |
| Co-infection VHC                                   | 1.62 [0.95;2.75] | 0.066  |   |                  |       | Co-infection VHC                                   | 1.45 [0.81;2.62] | 0.21   |
|  |                  |        |   |                  |       | CD4 (pour 100 CD4)                                 | 0.90 [0.81;0.99] | 0.039  |

[facteurs associés à une BPCO (n = 334)]

**Conclusions :** La prévalence de la BPCO dans cette cohorte de PVVIH avec un tabagisme chronique était élevée, et la majorité des sujets ne connaissait pas leur statut. Le cannabis comme facteur associé à la BPCO mérite d'être plus exploré. Le diagnostic précoce de la BPCO chez les PVVIH fumeurs devrait être encouragé, ainsi que le sevrage du tabac et du cannabis.

## CASCADE DE SOINS

### SO5.1

#### Décentralisation de la prise en charge du traitement antirétroviral au niveau communautaire : expérience des points de distribution (PODI) communautaires à Kinshasa

L. Kalenga<sup>1</sup>, A. Luembo<sup>1</sup>, P. Luyeye<sup>1</sup>, J. Lukela<sup>1</sup>, A. Loko Roka<sup>1</sup>, E. Lampaert<sup>1</sup>, E. Goemaere<sup>2</sup>, A. De Weggheleire<sup>1</sup>, Mit Philips<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>MSF, Kinshasa, Congo, République Démocratique du, <sup>2</sup>MSF, Cape Town, Afrique du Sud, <sup>3</sup>MSF, Bruxelles, Belgique

**Contexte** : Des modèles alternatives de prise en charge pour les personnes vivant avec le VIH (PVV) ont dans d'autres contextes démontrés leur succès en termes de rétention et satisfaction des utilisateurs. Dans ce but, Médecins Sans Frontières et une organisation de PVV (RNOAC) ont piloté trois points de distribution (PODI) gérés par des pairs à Kinshasa. Ils assurent aux PVV stables (répondant aux critères préétablis) un réapprovisionnement d'antirétroviraux, un appui psychologique et stimulent l'entre-aide.

**Méthode** : Analyse des données des PVV transférés vers les PODI entre 2010 et 2012 en menant une analyse de Kaplan Meier pour estimer la rétention post-transfert. 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). Analyse du temps d'attente pour les patients a été faite.

**Résultats** : Entre 12/2010 et 05/2013, un total de 1935 PVV avait été transférés dans trois PODI de la ville de Kinshasa. A l'entrée aux PODI, le taux de CD4 variait entre 234 et 1394 (moyenne: 623) et leur durée moyenne de suivi au PODI au moment d'analyse était de 9 mois. L'analyse montrait une rétention de 96% (IC : 95 - 97) à 6 mois post-transfert pour l'ensemble des PVV suivis au PODI. A 12 mois, la rétention était de 89% (IC : 88 - 91). Vue le pilotage récent, seulement 381 PVV avaient déjà atteint un suivi de 12 mois.

**Conclusion** : Le modèle PODI constitue une stratégie qui améliore la rétention en soins des PVV stables. La proximité, la gestion par des pairs, la réduction du temps d'attente et la possibilité d'une référence dans une structure sanitaire compétente en font une stratégie privilégiée pour responsabiliser les patients, désengorger les structures hospitalières et maintenir d'avantage de la capacité pour des nouvelles initiations.

## CASCADE DE SOINS

### SO5.2

#### Traitement antirétroviral précoce dans les couples sérodifférents : le partage de l'information du statut VIH+ est-il un obstacle? (Temprano ANRS 12136)

Gérard Menan Kouamé<sup>1</sup>, R. Moh<sup>1,2</sup>, A. Badjé<sup>1,3</sup>, K. Jean<sup>4</sup>, J.-B. N'takpe<sup>1,3</sup>, D. Gabillard<sup>3,5</sup>, J. Le Carrou<sup>3,5</sup>, A. Kouame<sup>1</sup>, E. Messou<sup>1,6</sup>, A. Minga<sup>1</sup>, S. Eholie<sup>1,6</sup>, X. Anglaret<sup>1,3,5</sup>, C. Danel<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Programme PAC-CI, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>2</sup>UFR Sciences Médicales, Département de Dermatologie et d'Infectiologie, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>3</sup>Inserm U897, ISPED, Université Bordeaux 2, Bordeaux, France, <sup>4</sup>Inserm, CESP U1018, Université Versailles Saint-Quentin Villejuif, Paris, France, <sup>5</sup>Université Victor Segalen Bordeaux2, ISPED, Bordeaux, France, <sup>6</sup>Département de Dermatologie et d'Infectiologie, UFR Sciences Médicales, Abidjan, Côte d'Ivoire

**Contexte** : L'OMS recommande le traitement ARV aux personnes VIH+ ayant  $>500$  CD4/mm<sup>3</sup> vivant en couple stable avec un partenaire VIH-négatif. Nous avons évalué les implications de cette recommandation dans une population participant à un essai de traitement ARV précoce en Côte d'Ivoire.

**Méthodes** : Dans l'essai Temprano, les adultes ayant  $< 800$  CD4/mm<sup>3</sup> sont randomisés entre début immédiat des ARV et attente des critères OMS pour débiter le traitement. En 2012 les participants ont été interrogés sur le fait d'être en couple stable (relations sexuelles avec la même personne depuis  $\geq 6$  mois), le dévoilement du statut VIH au partenaire et la connaissance du statut VIH du partenaire.

**Résultats** : Des 929 personnes interrogées (78% femmes), 673 étaient en couple stable, dont 395 (59%) connaissaient le statut de leur partenaire (hommes 69%, femmes 55%,  $p < 0,01$ ) et 450 (67%) avaient dévoilé leur statut à leur partenaire (hommes 76%, femmes 64%,  $p < 0,01$ ). Les personnes ayant dévoilé leur statut connaissaient plus souvent celui de leur partenaire (10% vs. 82%,  $p < 0,001$ ). Au moment de l'enquête, 453 participants étaient déjà sous ARV, 250 avaient  $< 500$  CD4/mm<sup>3</sup> et devaient débiter les ARV indépendamment du statut du partenaire, et 226 étaient sans ARV avec des CD4  $> 500$  /mm<sup>3</sup>. Parmi ces dernières, 158 (70%) étaient en couple stable, dont 54 (24%) avaient un partenaire VIH+, 27(12%) un partenaire VIH- et 77(34%) un partenaire de statut VIH inconnu. Parmi ces dernières, 58(75%) n'avaient pas révélé leur propre séropositivité à leur partenaire.

**Conclusion** : Dans la population ayant  $>500$  CD4/mm<sup>3</sup>, 12% seraient mis sous ARV sur les critères OMS (couple stable, partenaire négatif) et 34% devraient inciter leur partenaire à se faire dépister. Les 3/4 de ces dernières n'ont pas dévoilé leur propre statut à leur partenaire. Le partage du statut dans le couple pourrait être un obstacle à ces recommandations.

## CASCADE DE SOINS

### SO5.3

#### Appropriation de mesures de renforcement d'observance par les patients en échec de seconde ligne d'ARV : THILAO ANRS 12269

Raoul Moh<sup>1,2</sup>, A. Benalycherif<sup>3</sup>, J. Le Carrou<sup>4</sup>, S. Karcher<sup>4</sup>, L. N'guessan<sup>1</sup>, D. Gabillard<sup>4</sup>, F. Ello<sup>5</sup>, Z. Diallo<sup>5</sup>, F. Eboumou<sup>5</sup>, A. Amani<sup>6</sup>, J. Goli<sup>6</sup>, E. Messou<sup>6</sup>, J. Zougrana<sup>7</sup>, I. Soré<sup>7</sup>, A.B. Sawadogo<sup>7</sup>, C. Michon<sup>8</sup>, J. Massumboko<sup>9</sup>, C. Danel<sup>1</sup>, P.-M. Girard<sup>10</sup>, X. Anglaret<sup>1,4</sup>, R. Landman<sup>3</sup>, S. Eholie<sup>2,5</sup>

<sup>1</sup>Programme PAC-CI, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>2</sup>UFR Sciences Médicales, Département de Dermatologie et d'Infectiologie, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>3</sup>Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée, Paris, France, <sup>4</sup>Inserm U897, ISPED, Université Bordeaux Segalen, Bordeaux, France, <sup>5</sup>Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>6</sup>Centre de Prise en Charge, de Recherche et de Formation (CePReF), ACONDA-VS-CI, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>7</sup>Hôpital de Jour, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, <sup>8</sup>Esther, Paris, France, <sup>9</sup>Esther, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>10</sup>Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital St Antoine, Paris, France

**Objectifs :** Décrire le choix des mesures d'observance chez des patients en échec virologique de seconde ligne de traitement antirétroviral (TAR) à base d'inhibiteur de protéase au cours d'une période de renforcement de l'observance.

**Méthodologie :** Thilao est une étude de cohortes d'adultes, infectés par le VIH-1, en échec virologique de seconde ligne d'inhibiteur de protéase après une 1<sup>ère</sup> ligne d'inhibiteur non nucléosidique de la reverse transcriptase. Des mesures de renforcement de l'observance leur sont proposées à l'inclusion (à leur convenance) et pour toute la durée de l'étude qui est de 16 mois, en Côte d'Ivoire, au Burkina Faso, au Mali et au Sénégal : implication d'un membre de l'entourage, pilulier, appels téléphoniques hebdomadaires, alarmes de rappel sur téléphones, SMS, visite à domicile, visites fréquentes au centre de suivi, groupe de parole, adaptation de prises ARV et non ARV ainsi que des séances d'éducation thérapeutique (ETP).

**Résultats :** Au 01/11/13, 45 patients étaient inclus dont 73% de femmes, âge médian 42 ans (39-49). 93% étaient demandeurs d'une aide de renforcement de l'observance. Le choix des mesures d'observance se répartissait ainsi : implication d'un membre de l'entourage (75%), pilulier (98%), appels téléphoniques hebdomadaires (89%), alarmes (82%), SMS (48%), visites à domicile (64%), visites fréquentes au centre de suivi (20%), groupe de parole (30%), adaptation de prises ARV (2%) et non ARV (0%). Le nombre de mesures choisies variait de 2 à 8 par patient et 1/3 d'entre eux avaient choisi 6 des 10 mesures proposées. Au cours du suivi médian de 5,1 mois (3,0-5,6), le choix des patients restait globalement stable. La complétude des visites réalisées/attendues variait entre 98 et 100%.

**Conclusion :** Parmi les mesures proposées aux patients, leur choix ont porté principalement sur le pilulier, l'implication d'un membre de l'entourage, les appels téléphoniques hebdomadaires, les alarmes et les visites à domicile.

## CASCADE DE SOINS

### SO5.4

#### **MORE CARE : efficacité et efficacité de rappels de rendez-vous médicaux par téléphonie mobile sur la présence d'enfants exposés ou infectés au VIH pour le suivi médical au Cameroun : essai contrôlé randomisé multicentrique**

Jean Joel Rim Bigna<sup>1,2</sup>, J.J.N. Noubiap<sup>3</sup>, C. Kouanfack<sup>4</sup>, C.S. Plottel<sup>5</sup>, S. Koulla-Shiro<sup>6,7</sup>

<sup>1</sup>Université de Yaoundé 1, Yaoundé, Cameroun, <sup>2</sup>Hopital de District de Gouffey, Gouffey, Cameroun, <sup>3</sup>Hopital Régional d'Édéa, Unité de Médecine Interne, Édéa, Cameroun, <sup>4</sup>Hôpital Central de Yaoundé, Hôpital de Jour, Yaoundé, Cameroun, <sup>5</sup>New York University Langone Medical Center, Medicine, New York, États-Unis, <sup>6</sup>Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Médecine Interne et Spécialités, Yaoundé, Cameroun, <sup>7</sup>Hôpital Central de Yaoundé, Unité des Maladies Infectieuses, Yaoundé, Cameroun

**Introduction :** L'absence aux rendez-vous médicaux (RDV-M) programmé en cas d'infection VIH augmente la mortalité, la résistance au traitement antirétroviral et une action sous-optimale des antirétroviraux. Objectif : Déterminer laquelle des méthodes de rappels de RDV-M envoyés aux tuteurs d'enfants exposés/infectés au VIH, est la plus efficace et la plus efficiente, entre appels sur téléphones mobiles (ATM), messages sur téléphones mobiles (SMS), ou la combinaison des deux, comparée à la prise en charge usuelle, augmente la présence aux RDV-M d'enfants exposés/infectés au VIH.

**Méthodes :** MORE CARE est un essai contrôlé randomisé multicentrique factoriel; réalisé en milieu urbain, semi-urbain et rural (Cameroun, Janvier-Mai 2013). Population: accompagnants d'enfants exposés/infectés au VIH. Nous avons utilisé une randomisation en bloc électroniquement généré. L'allocation était séquentielle et centralisée. Le médecin traitant, les équipes d'intervention et de notification de RDV-M et les analystes étaient en aveugle. Les SMS et ATM ont été émis entre 48 et 72 heures avant le RDV-M. Les mesures primaires étaient l'efficacité (capacité de produire la présence au rendez-vous) et l'efficacité (RDV-M<sub>présence = 2 ou absence = 1</sub> / Coût de communication x Temps dépensé).

**Résultats :** Nous avons randomisé 242 paires d'adultes-enfants. La présence au RDV-M, l'efficacité et l'effectif étaient : SMS+Appel (88,5%; 0,3; 61) ; Appel (85,0%; 1,5; 60) ; SMS (75,0%; 1,8; 60) ; Contrôle (50,8%; -, 61). Le tableau 1 présente la comparaison des efficacités et efficacités. Dans l'analyse synergique, les efficacités étaient : SMS+Appel 1,74; Appel 1,67; et SMS 1,48. Il n'y avait aucune synergie entre SMS et ATM.

| Groupes comparés  | SMS+Call vs.Control            | Call vs. Control               | SMS vs. Control               | SMS vs. SMS+Call              | Call vs. SMS+Call             | SMS vs. Call                  |
|---|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Comparaison des effets: risque relatif (intervalle de confiance de 95%)             | 1,74 (1,34 ; 2,27) ; p < 0,001 | 1,67 (1,28 ; 2,19) ; p < 0,001 | 1,48 (1,11 ; 1,97) ; p = 0,01 | 1,18 (0,99 ; 1,40) ; p = 0,08 | 1,04 (0,91 ; 1,20) ; p = 0,57 | 1,18 (0,99 ; 1,40) ; p = 0,21 |
| Comparaison des efficacités: différence de moyenne (intervalle de confiance de 95%) |                                |                                |                               | 1,5 (0,7; 2,4) ; p = 0,002    | 1,2 (0,7 ; 1,6) ; p < 0,001   | 0,4 (-0,6 ; 1,3) ; p = 0,47   |

[Comparaison: Effets et Efficacités]

**Conclusion :** La méthode la plus efficace était la combinaison de SMS et ATM. La méthode la plus efficiente était l'utilisation seule de SMS. Le rappel de RDV-M aux accompagnants d'enfants exposés/infectés au VIH, par téléphonie mobile, augmente leur présence au RDV-M.

**Enregistrement :** Pan-African-Clinical-Trials-Registry, PACTR201011000261458.

**Financement :** Fonds personnels de l'auteur correspondant.

## CASCADE DE SOINS

### SO5.5

#### Accompagnement psychosocial des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) : cas de la maison de l'observance de l'Association African Solidarité (AAS) à Ouagadougou au Burkina Faso

Kadiguia Kombasséré<sup>1</sup>, M. Ouédraogo<sup>1</sup>, P. Tiendrebéogo<sup>1</sup>, A.M. Rajaonarivelo<sup>1</sup>, F. Kompaoré / Sanou<sup>2</sup>, I. Tiendrebéogo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Association African Solidarité, Ouagadougou, Burkina Faso, <sup>2</sup>Centre Médical avec Antenne Chirurgicale (CMA) de Ziniaré, Ziniaré, Burkina Faso

**Objectifs:** La maison de l'observance a pour objectif d'apporter un soutien psychologique et médical aux personnes en difficulté d'absorption des médicaments ARV. Elle dispose d'une équipe médicale chargée du suivi des malades sur le plan clinique et d'une équipe psychosociale pour le soutien moral et social.

L'objectif de l'étude est d'évaluer l'impact des activités sur les patients après leur séjour à la Maison de l'Observance.

**Méthodologie:** Les stratégies de suivi de ses personnes après leur séjour sont les visites à domicile, entretiens personnalisés, entretiens psychologiques, bilans d'exams et consultations médicales. Il s'agira d'analyser les activités de suivi des patients 6 mois après leur sortie (Janvier à Juin 2013). Les techniques de collecte de données utilisées sont l'observation, l'entretien individuel, l'exploitation des registres, des rapports d'activités et la base de données ESOPE.

**Résultats:** Six mois après leur séjour, nous avons pu constater sur cent quarante deux (142) patients: 98% d'amélioration de l'état de santé par l'augmentation des CD4, la réduction de Charge Virale et la prise de poids ; 50% de partage de statut sérologique avec leur conjoint et/ou famille ; 70% de réconciliations familiales et d'amélioration de l'estime de soi ; 100% de compréhension et respect des prises du TARV; 100% de réduction de l'auto discrimination et d'acquisition de capacité pour l'auto prise en charge ; 85% des personnes ont repris leur activités qu'ils avaient abandonné à cause de leur maladie.

**Conclusion:** La Maison de l'Observance privilégie une approche globale de l'observance qui replace la prise des ARV dans le contexte psychologique, sociale et économique de la vie des PVVIH et de leur environnement. Ainsi, l'accompagnement psychosocial des PVVIH est un complément indispensable pour l'amélioration de leur état de santé donc tous les moyens doivent être mis en œuvre pour maintenir cette maison et renforcer ses capacités d'accueil.

## CASCADE DE SOINS

### SO5.6

#### Etude descriptive des patients vivant avec le VIH (PVVIH) perdus de vue après 2008 et revenus entre 2010 et 2012 dans le COREVIH Ile-de-France Centre (IDFc)

Laurent Fonquernie<sup>1,2</sup>, M.-A. Valantin<sup>2,3</sup>, A. Simon<sup>2,3</sup>, M. Mary-Krause<sup>4</sup>, Y. Keita<sup>2</sup>, R. Agher<sup>2</sup>, P. Louasse<sup>2</sup>, L. Lenclume<sup>2,3</sup>, M. Hamidi<sup>2,5</sup>, C. Lupin<sup>2,3</sup>, C. Blanc<sup>2,3</sup>, G. Pialoux<sup>2,5</sup>, P.-M. Girard<sup>1,2</sup>, C. Katlama<sup>2,3,4</sup>

<sup>1</sup>Hôpital Saint-Antoine, Paris, France, <sup>2</sup>Corevih IDFc, Paris, France, <sup>3</sup>Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris, France, <sup>4</sup>UMRS U943 Inserm, GH Pitié-Salpêtrière, Paris, France, <sup>5</sup>Hôpital Tenon, Paris, France

**Objectif :** Etude visant à caractériser les patients du COREVIH IDFc perdus de vue après 2008 et revenus dans notre circuit de soins entre 2010 et 2012.

**Méthode :** Etude descriptive menée sur 3 sites du COREVIH IDFc: Hôpitaux Pitié-Salpêtrière, Saint Antoine, et Tenon. Les patients revenus ont été identifiés grâce aux dossiers médicaux informatisés Nadis® et Diamm®. Les paramètres socio-démographiques, cliniques, immuno-virologiques, ainsi que le motif de la perte de vue (PDV) et du retour aux soins ont été analysés.

**Résultats :** Sur 9886 patients suivis en 2008 dans notre COREVIH, 261 (3%) ont été perdus de vue en 2009. Parmi eux, 59 (23%) patients sont revenus entre 2010 et 2012. La durée médiane de PDV était de 34 mois (IQR:25,5-39,1). Au retour, leurs caractéristiques étaient: âge médian: 47 ans (IQR :41-52), 42(71%) hommes, 33(60%) français et 19(32%) africains subsahariens. Le mode de transmission était: hétérosexuel: 30(49%), homosexuel: 16(27%), toxicomanie: 9(15%). Le motif de PDV était: décision personnelle: 14(24%), voyage à l'étranger: 9(15%), isolement social: 7(12%), prison: 6(10%), suivi ailleurs: 5(8%), autres: 7(12%), inconnu: 11(19%). La raison du retour dans le circuit de soins était: complication médicale: 15(25%), décision personnelle: 8(13%), sortie de prison: 4(7%), autres: 24(41%), inconnu: 8(13%). Durant la période, 39(66%) étaient en rupture complète de suivi médical.

Entre 2008 et la date de retour, le taux médian de CD4 a diminué de 504/mm<sup>3</sup> (IQR:310-737) à 304 (IQR:173-682) (p=0.002); 28(49%) avaient une charge virale < 50 cp/ml contre 23(40%) (p=0.03). Au retour aux soins, 31(52%) patients présentaient une complication opportuniste contre 22(37%) en 2008.

**Conclusion :** La perte de vue des PVVIH est souvent associée à une rupture de suivi, responsable d'une détérioration clinique et immuno-virologique. Au sein des services du COREVIH, il est nécessaire d'instaurer une stratégie de repérage périodique des patients susceptibles d'être perdus de vue.

# EPIDÉMIOLOGIE

## SO6.1

### Impact du VIH sur la situation sociale des PVVIH dans les départements français d'outre-mer en 2011 : résultats des enquêtes ANRS-Vespa2 et KABP (DFA et La Réunion)

France Lert<sup>1</sup>, C. Aubrière<sup>1</sup>, S. Halfen<sup>2</sup>, N. Lydié<sup>3</sup>, E. Rachou<sup>4</sup>, B. Spire<sup>5</sup>, R. Dray-Spira<sup>1</sup>, Groupe ANRS-Vespa-2

<sup>1</sup>INSERM U1018, Centre de Recherche en Epidémiologie et Santé des Populations, Villejuif, France, <sup>2</sup>Observatoire Régional de Santé d'Île-de-France, Paris, France, <sup>3</sup>Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, Saint-Denis, France,

<sup>4</sup>Observatoire Régional de Santé de La Réunion, Saint-Denis, Réunion, Île de la, <sup>5</sup>INSERM UMR912 (SESSTIM), Marseille, France

**Contexte et objectifs :** Les départements français d'Outre-mer (La Réunion, Martinique, Guadeloupe, Guyane) ont des épidémies VIH très différentes en niveau (beaucoup plus élevé en Guyane et Guadeloupe) et en structure (fortes proportions d'étrangers en Guadeloupe et Guyane, d'HSB à la Réunion et en Martinique). Ces départements sont marqués par un sous-développement de leur appareil productif et un sous-emploi important. Les conditions de vie difficiles dans lesquelles vivent les PVVIH reflètent-elles ce contexte général ou sont-elles majorées par la maladie VIH ?

**Méthodes :** Les indicateurs de situation sociale des PVVIH (type de ménage, conditions des étrangers, activité professionnelle, situation financière, accès aux soins) ont été comparés à ceux de la population générale en utilisant les données des enquêtes Vespa2 auprès des PVVIH suivies à l'hôpital (15% de la file active totale, N=598) et KABP (DFA et Réunion) en population générale. Ces enquêtes, toutes menées en 2011, comportaient des variables sociales communes. Une standardisation a été réalisée pour tenir compte du profil spécifique des PVVIH en termes d'âge, sexe, nationalité et niveau de diplôme.

**Résultats :** Selon le département, comparé à la population générale, les PVVIH vivent plus souvent seules (+15 à +25 points d'écart). Les étrangers séropositifs sont moins souvent détenteurs d'une carte de résident (-22 à -28 points) bien qu'issus d'une immigration aussi ancienne. Le taux d'actifs occupés est diminué de 10 à -24 points, laissant d'importantes proportions de PVVIH en situation financière difficile (+10 à +32 points). Leur régime d'assurance maladie repose plus souvent sur la CMU avec un niveau moindre de couverture complémentaire (-16 à -60 points), sans augmentation de renoncements aux soins.

**Conclusion :** Les conditions de vie détériorées des PVVIH dans les DOM traduisent un impact spécifique de l'infection VIH sur la situation sociale et appellent une prise en charge sociale renforcée.

## EPIDÉMIOLOGIE

### SO6.2

#### Initiation tardive du traitement antirétroviral chez les hommes migrants originaires d'Afrique subsaharienne et des Antilles non françaises infectés par le VIH vivant en France par rapport aux patients nés en France

Laure-Amélie de Monteynard<sup>1,2</sup>, R. Dray-Spira<sup>3,4</sup>, P. de Truchis<sup>5</sup>, S. Grabar<sup>1,6,7</sup>, O. Launay<sup>8</sup>, J.-L. Meynard<sup>9</sup>, M.-A. Khuong-Josses<sup>10</sup>, J. Gilquin<sup>11</sup>, D. Rey<sup>12</sup>, A. Simon<sup>13</sup>, J. Pavie<sup>14</sup>, A. Mahamat<sup>15</sup>, S. Matheron<sup>16</sup>, D. Costagliola<sup>1,2</sup>, S. Abgrall<sup>1,2,17</sup>

<sup>1</sup>UPMC Univ Paris 06, UMR-S 943, Paris, France, <sup>2</sup>INSERM, UMR\_S 943, F-75013, Paris, France, <sup>3</sup>Centre de Recherche en Épidémiologie et Santé des Populations, INSERM U1018, Villejuif, France, <sup>4</sup>Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines, UMRS 1018, Villejuif, France, <sup>5</sup>AP-HP, Hôpital Raymond-Poincaré, Département de Médecine Aigüe Spécialisée, Garches, France, <sup>6</sup>Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paris, France, <sup>7</sup>AP-HP, Groupe Hospitalier Cochin Broca Hôtel-Dieu, Unité de Biostatistique et Epidémiologie, Paris, France, <sup>8</sup>AP-HP, Hôpital Cochin, INSERM Centre d'Investigation Clinique-BT505, Université Paris Descartes, Paris, France, <sup>9</sup>AP-HP, Hôpital Saint Antoine, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Paris, France, <sup>10</sup>Centre Hospitalier Saint-Denis, Hôpital Delafontaine, Saint-Denis, France, <sup>11</sup>AP-HP, Hôpital Hôtel-Dieu, Unité d'Immunoinfectiologie, Paris, France, <sup>12</sup>Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Strasbourg, France, <sup>13</sup>AP-HP, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Service de Médecine Interne, Paris, France, <sup>14</sup>AP-HP, Groupe Hospitalier Saint-Louis, Service de Maladies Infectieuses, Paris, France, <sup>15</sup>Centre Hospitalier Andrée Rosemon, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Cayenne, France, <sup>16</sup>AP-HP, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Université Denis Diderot Paris 7, Paris, France, <sup>17</sup>AP-HP, Hôpital Avicenne, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Bobigny, France

**Objectif :** Evaluer les délais de l'entrée dans le soin jusqu'à l'initiation d'une combinaison antirétrovirale puissante (ARV) chez les migrants et les non migrants en France, en dehors de l'accès tardif au soin.

**Méthodologie :** Les patients infectés par le VIH-1 inclus dans la base des données hospitalières françaises sur l'infection à VIH entre 2002 et 2010 avec plus des CD4>200/μL et sans évènement SIDA ni traitement antirétroviral antérieur ou actuel ont été considérés. Selon trois strates de CD4 à l'inclusion (200-349, 350-499, ≥500), nous avons évalué le délai d'introduction des ARV, selon l'origine, le sexe et le groupe de transmission du VIH, en utilisant un modèle de Cox multivarié, ajusté sur l'âge, la charge virale plasmatique et la période d'inclusion, les co-infections VHB/VHC et la région de suivi.

**Résultats :** Parmi 13338 patients inclus, 9605(72%) étaient nés en France, 2873(21%) étaient originaires d'Afrique sub-saharienne ou des Antilles non Françaises (ASS/ANF) et 860(7%) d'autres régions. Dans chaque strate de CD4 à l'inclusion, les probabilités à un an d'introduction des ARV selon l'estimateur de Kaplan-Meier étaient significativement plus basses chez les migrants ASS/ANF que chez les non migrants. Après ajustement, les probabilités d'initiation des ARV étaient 15% (IC95%, 1-28) et 20% (IC95%, 2-38) plus faible chez les hommes ASS/ANF que chez les hommes homosexuels (HSH) non migrants pour les strates de CD4 à l'inclusion de 350-499 et ≥500 respectivement, tandis qu'aucune différence n'était observée entre les femmes ASS/ANF et les HSH non migrants.

**Conclusion :** Les hommes originaires d'Afrique sub-saharienne ou des Antilles non Françaises infectés par le VIH-1 vivant en France avec des CD4>350/μL à l'entrée dans le soin ont une probabilité plus faible que les HSH non migrants d'initier un traitement antirétroviral après le début de la prise en charge, malgré sa mise à disposition gratuite en France.

|  |                                       | 200-349 CD4/μL<br>(n=4328) | 350-499 CD4/μL<br>(n=3960) | ≥500 CD4/μL (n=5050) |
|--|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------|
| <b>Probabilités à un an (IC95%) de l'introduction des traitements antirétroviraux selon l'estimateur de Kaplan-Meier</b> | Non migrants                          | 77.4% (75.8-79.0)          | 39.0% (37.2-40.8)          | 19.7% (18.5-20.9)    |
|  | ASS/ANF                               | 72.5% (70.0-75.0)          | 31.4% (28.3-34.5)          | 14.3% (11.8-16.8)    |
|  | Autres régions                        | 77.7% (72.8-82.6)          | 40.1% (34.0-46.2)          | 12.2% (8.7-15.7)     |
| <b>RR ajustés [IC95%] de l'introduction des traitements antirétroviraux comparé aux HSH non migrants</b>                 | Hommes non homosexuels - Non migrants | 1.07 [0.98-1.18]           | 1.03 [0.93-1.15]           | 1.04 [0.92-1.18]     |
|  | Femmes - Non migrants                 | 1.05 [0.95-1.16]           | 1.00 [0.87-1.13]           | 1.14 [0.99-1.29]     |
|  | Hommes - ASS/ANF                      | 1.03 [0.92-1.15]           | 0.85 [0.72-0.99]           | 0.80 [0.62-0.98]     |
|  | Femmes - ASS/ANF                      | 1.07 [0.96-1.18]           | 1.07 [0.94-1.22]           | 1.05 [0.88-1.25]     |
|  | Hommes - Autres régions               | 1.05 [0.90-1.22]           | 0.99 [0.82-1.20]           | 0.95 [0.77-1.17]     |
|  | Femmes - Autres régions               | 1.37 [1.03-1.81]           | 1.27 [0.92-1.76]           | 1.00 [0.67-1.49]     |

[Probabilités et RR ajustés d'initiation des ARV]



## EPIDÉMOLOGIE

### SO6.3

#### Investigation du risque de transmission de rétrovirus simiens à l'homme en République Démocratique du Congo

Steve Ahuka-Mundéke<sup>1,2,3</sup>, A. Ayouba<sup>1</sup>, P. Mbala<sup>2,3</sup>, P. Abanda<sup>4</sup>, G. Bilulu<sup>5</sup>, A. Esteban<sup>1</sup>, O. Lunguya<sup>2,3</sup>, J.-J. Muyembe<sup>2,3</sup>, E. Delaporte<sup>1</sup>, M. Peeters<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UMI 233 - TransVIHMI, Institut de Recherche pour le Développement, Université Montpellier 1, Montpellier, France, <sup>2</sup>Institut National de Recherches Biomédicales, Kinshasa, Congo, République Démocratique du, <sup>3</sup>Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa, Kinshasa, Congo, République Démocratique du, <sup>4</sup>Zone de Santé de Bolenge, Mbandaka, Congo, République Démocratique du, <sup>5</sup>Zone de Santé de Kole, Sankuru, Kasai- Oriental, Kole, Congo, République Démocratique du

**Contexte** : Les SIV et SLTVs sont endémiques chez les primates non humains ( PNH ) en Afrique et présentent un risque potentiel d'anthropozoonose. En RDC nos connaissances sont encore incomplètes. Cette étude vise à caractériser les rétrovirus simiens (SIV et STLV ) chez les PNH sauvages et d'étudier la transmission inter-espèces à l'homme en RDC .

**Méthodes** : Entre 2009 et 2012 un total de 494 échantillons de sang ont été prélevés sur papier filtre à partir de PNH consommés comme viande de brousse ainsi que 89 échantillons de sang de personnes exposées aux PNH par la chasse. L'identification des espèces a été effectuée sur place et confirmée par analyses de l'ADNmt . Tous les échantillons ont été testés pour la recherche d'anticorps anti-SIV/HIV par Luminex et/ou INNOLIA. Les échantillons positifs ont été retestés par PCR et séquençage suivie par des analyses phylogénétiques; pol (400 pb) pour SIV et tax (200 pb) et LTR (450bp) pour PTLV pour confirmer l'infection rétrovirale.

**Résultats** : Dix espèces différentes de singes ont été analysées. Des réactions croisées SIV/VIH étaient présentes dans 91 (18%) échantillons de 9 espèces. Par séquençage, de nouvelles lignées SIV ont été caractérisées. Des infections par STLV ont été identifiées chez 49 (10%) échantillons de 8 espèces et a révélé des nouvelles lignées STLV-1 et 3 . Sur les 89 échantillons humains, 2 présentaient des anticorps SIV/VIH par tests Luminex et INNOLIA mais aucun SIV n'a été amplifié par PCR. Pour 5 personnes, la PCR tax et LTR suivie de l'analyse phylogénétique a montré de nouvelles souches HTLV-1B .

**Conclusion** : Notre étude montre qu'une proportion importante de singes sauvages en RDC est porteur de SIV/STLV et illustrent le fait que les humains sont encore régulièrement exposés à une pléthore de virus génétiquement très divergents.

## EPIDÉMOLOGIE

### SO6.4

#### Les populations vivant en zones rurales forestières sont exposées à un risque élevé d'infection VIH et de transmission inter-espèces de rétrovirus simiens

J. Chia<sup>1</sup>, Avelin Aghokeng<sup>1,2</sup>, E. Guichet<sup>1,2</sup>, A. Ayouba<sup>2</sup>, S. Ahuka-Mundeki<sup>2,3</sup>, N. Vidal<sup>2</sup>, E. Delaporte<sup>2</sup>, E. Mpoudi-Ngole<sup>1</sup>, M. Peeters<sup>2</sup>

<sup>1</sup>IMPM/CREMER/IRD, Yaoundé, Cameroun, <sup>2</sup>UMI 233 – TransVIHMI, Institut de Recherche pour le Développement, Université Montpellier 1, Montpellier, France, <sup>3</sup>Institut National de Recherches Biomédicales, Kinshasa, Congo, République Démocratique du

**Contexte :** Au sud Cameroun, les concessions forestières entraînent des modifications importantes de l'environnement. Afin d'évaluer leurs impacts sur l'épidémie du VIH et le risque d'autres transmissions inter-espèces de rétrovirus simiens à l'Homme nous avons mené une étude épidémiologique.

**Méthodologie :** 3288 échantillons, collectés dans 26 villages ont été testés pour la présence d'anticorps anti-VIH, SIV, SFV et HTLV. Les échantillons positifs ont été retestés par PCR suivi de séquençage et de phylogénie pour confirmation; RT et protéase (1800 pb) pour VIH, intégrase pour SIV (300 pb) et SFV (425 pb), tax (200 pb) et/ou LTR (450-900 pb) pour HTLV.

**Résultats :** La prévalence globale du VIH varie entre 6% et 9%, atteignant 20% chez les femmes entre 25 et 34 ans. 13 clusters de transmissions (20% des souches) avec 2 à 10 souches, essentiellement isolés chez des femmes, ont été observés. Le cluster de 10 souches concerne exclusivement des femmes, résidant dans 4 villages sur une route principale pour le transport du bois. La caractérisation génétique des 188 souches VIH-1 montre que CRF02-AG (58%) prédomine mais de nombreux autres sous-types/CRF (>12) et URFs (10%) co-circulent. L'infection HTLV est confirmée chez 30/2501 (1.2%), HTLV-1B prédomine, mais de nouvelles souches HTLV-1F et HTLV-3B proches des STLV circulant chez les primates ont été observées. 23 échantillons ont réagi faiblement avec les antigènes SIV mais aucun SIV n'a été amplifié par PCR. Une infection SFV avec un virus de chimpanzé, a été confirmée par PCR chez un chasseur de 65 ans.

**Conclusions:** Cette étude illustre l'importance de l'impact des modifications de l'environnement sur l'épidémie VIH et sur le risque d'émergence de nouvelles infections rétrovirales. La forte prévalence du VIH et les clusters de transmissions suggèrent que, si un nouveau SIV traverse la barrière d'espèces, les conditions de diffusion rapide sont présentes.

## EPIDÉMIOLOGIE

### SO6.5

#### **Nouvelle méthode pour estimer l'incidence de l'infection par le VIH dans les pays à ressources limitées à partir des données de surveillance sur les personnes initiant un traitement antirétroviral (TARV): une approche par rétrocalcul**

Jacques Deval Armstrong Ndawinz<sup>1</sup>, S. Billong<sup>2</sup>, C. Danel<sup>3</sup>, E. Delaporte<sup>4</sup>, D. Costagliola<sup>5,6,7</sup>, V. Supervie<sup>5,6</sup>

<sup>1</sup>Solthis, Paris, France, <sup>2</sup>Comité National de Lutte contre le Sida, Yaoundé, Cameroun, <sup>3</sup>PACCI, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>4</sup>IRD / Université Montpellier 1, Montpellier, France, <sup>5</sup>UPMC Univ Paris 06, Paris, France, <sup>6</sup>UMRS U943 Inserm, Paris, France, <sup>7</sup>APHP Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris, France

**Contexte :** Les estimations nationales de l'incidence du VIH dans la majorité des pays à ressources limitées sont obtenues via le logiciel EPP/Spectrum, développé par l'ONUSIDA. Nous avons développé une nouvelle méthode, basée sur le rétrocalcul, pour estimer l'incidence du VIH.

**Méthode :** Notre nouveau modèle de rétrocalcul repose sur l'idée que les nombres de nouvelles personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ayant initié un TARV sont le reflet des infections à VIH survenues dans le passé. Ainsi, à partir de ces nombres, redressés, on peut estimer l'incidence du VIH, si l'on connaît la distribution des délais entre l'infection et l'initiation du TARV et l'on prend en compte la mortalité avant l'initiation du TARV. Nous avons appliqué cette méthode au Cameroun. Les nombres de nouvelles PVVIH ayant initié un TARV ont été obtenus à partir du système de surveillance, et redressés à partir d'une enquête, la distribution des délais entre l'infection et l'initiation du TARV a été estimée à partir de données sur les taux de CD4 d'un échantillon de personnes ayant initié un TARV et la mortalité provient des données de la littérature.

**Résultat :** Nous avons estimé qu'au Cameroun l'incidence de l'infection à VIH a baissé de 63900 (IC 95%: 60200-67400) à 58500 (57400-59600) entre 1997 et 2000, puis s'est stabilisé au cours de la période 2000-2007, pour atteindre 57700 (48400-67100) en 2007. Au cours de la période 1997-2007, entre 32000 et 44000 nouvelles infections sont survenues chaque année chez les femmes et entre 20000 et 25000 chez les hommes. En 2007, le taux d'incidence était de 8 pour 1000 personnes chez les femmes et 4 pour 1000 personnes chez les hommes.

**Conclusion :** Nos estimations montrent que le nombre de nouvelles infections à VIH ne baisse pas au Cameroun et que les deux tiers des infections surviennent chez les femmes.

## HOMOSEXUALITÉ AU SUD

### SO7.1

#### Réponses associatives à lutte contre le VIH/Sida en direction des HSH en Afrique Francophone : santé publique ou promotion de l'homosexualité ? Résultats d'une enquête comparative

Lucille Gallardo<sup>1</sup>, D. Rojas Castro<sup>2,3</sup>, J.-M. Le Gall<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Université Paris Ouest, SOPHIAPOL-LASCO, Nanterre, France, <sup>2</sup>Association AIDES, Mission Innovation Recherche Expérimentation, Pantin, France, <sup>3</sup>Université Lyon 2, Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (GrEPS), Lyon, France

**Contexte** : Depuis 2000, plusieurs associations africaines de lutte contre le VIH/Sida ont initié des projets en direction des HSH. Les associations françaises AIDES et Sidaction ont, dans ce cadre, mis en place un programme de renforcement des capacités en Afrique francophone (2008-2012). Sur la base d'une étude qualitative menée par AIDES auprès d'associations soutenues par ce programme, nous nous intéresserons ici à l'intégration de trois de ces projets dans trois associations au Burundi, Burkina Faso et Togo.

En déconstruisant les rapports des acteurs associatifs aux projets engagés en faveur des HSH, nous interrogeons les modalités locales d'appropriation de la *bio-légitimité* nouvelle accordée aux homosexuels, dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida.

**Méthodologie** : Trente entretiens semi-directifs auprès des acteurs associatifs et des personnes accueillies par les projets, et des observations participantes ont été réalisés. Des questionnaires semi-ouverts ont été auto-administrés. L'analyse a consisté à un travail progressif de comparaison et de regroupement par thématiques, permettant de cibler les aspects les plus marquants pour les interlocuteurs.

**Résultats** : Dans les trois associations des stratégies particulières ont été mises en place par les leaders associatifs afin de favoriser l'intégration des projets à destination des HSH. Néanmoins ceux-ci ne font pas sens pour tous les acteurs associatifs et créent des tensions et logiques concurrentielles en interne. Les arguments de santé publique font généralement consensus et justifient l'annexion des HSH au reste des bénéficiaires, alors que le traitement spécifique accordé aux HSH dans les projets, ou encore les actions de plaidoyer en faveur des droits des homosexuels, ont tendance à être perçus comme de la « promotion de l'homosexualité »

**Conclusion** : Présentés aux acteurs associatifs concernés, ces résultats ont permis de lancer des débats et réflexions, et de capitaliser et objectiver des intuitions et questionnements partagés par un grand nombre d'acteurs de terrain.

# HOMOSEXUALITÉ AU SUD

## SO7.2

### Facteurs associés à la non utilisation du condom lors des derniers rapports homo et hétérosexuel chez des HSH à Ouagadougou, Burkina Faso

Dah Ter Tiero Elias<sup>1</sup>, J. Larmarange<sup>2</sup>, J.B. Guiard Schmid<sup>3</sup>, J. Orne Gliemann<sup>4</sup>, R. Becquet<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Association African Solidarité, HIV Aids, Ouagadougou, Burkina Faso, <sup>2</sup>IRD /CEPED, Hosted by Africa Centre for Health and Population Studies, Mtubatuba, Afrique du Sud, <sup>3</sup>Initiative Conseil Internationale- Santé, Ouagadougou, Burkina Faso, <sup>4</sup>ISPED / Université Bordeaux 2, Bordeaux, France

**Introduction** : L'utilisation du condom est l'une des mesures conseillée auprès des populations pour lutter contre l'acquisition ou la transmission sexuelle du VIH. Notre recherche avait pour but de déterminer les facteurs associés à la non utilisation du condom chez des HSH de Ouagadougou au Burkina Faso.

**Méthodes** : Une étude transversale autorisée par le comité d'éthique a été conduite d'avril à septembre 2013, auprès d'un échantillon de HSH qui résidaient à Ouagadougou, recrutés par la technique de « boule de neige », âgés d'au moins 18 ans et acceptant de participer à l'étude. Les données ont été recueillies par un questionnaire administré en face à face par deux enquêteurs formés. La recherche de facteurs associés s'est faite par régression logistique.

**Résultats** : Après les analyses univariées au seuil conservateur de 20%, et multivariées au seuil de 5%, la connaissance du statut sérologique du dernier partenaire sexuel est associée à la non utilisation du préservatif lors du dernier rapport homosexuel ajustée sur l'âge de l'enquêté, l'âge du dernier partenaire sexuel, le pôle d'activité sexuelle lors des douze derniers mois.

Concernant le dernier rapport hétérosexuel, seule la qualification donnée par l'enquêté à la dernière partenaire sexuelle est associée à la non utilisation du préservatif en analyse univariée au seuil de 20%.

**Conclusion** : La prise en compte des HSH est plus que jamais d'actualité dans la lutte contre le VIH dans les pays du sud. Elle passe par une analyse des facteurs associés à la non utilisation du condom, nécessaire pour la définition et l'élaboration et la mise en oeuvre d'interventions adéquates.

## HOMOSEXUALITÉ AU SUD

### SO7.3

#### Les défis liés à la prise en charge des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) - expériences de la clinique nocturne de santé sexuelle à Bamako

Alou Coulibaly<sup>1</sup>, B. Traoré<sup>1</sup>, B. Dembele Keita<sup>1</sup>, M. Traoré<sup>1</sup>, F. Diallo<sup>1</sup>, S. Koné<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ARCAD/SIDA, Bamako, Mali

**Contexte** : Au Mali, l'accès aux services de prévention et de soins des IST/VIH et le sida pour les HSH est très limité en raison d'obstacles structurels (fort rejet social, faible adaptation des services aux réalités de ce groupe). Il est nécessaire d'imaginer des stratégies innovantes adaptées aux réalités de ce groupe. C'est pourquoi, ARCAD/SIDA a initié en Aout 2010 une clinique nocturne de santé sexuelle pour mieux répondre aux besoins de ce groupe.

**Objectif** : Améliorer l'accès et l'utilisation des services de prévention, de dépistage et de soins des IST/VIH et le sida par les HSH.

**Stratégies** :

- La mobilisation communautaire,
- L'adaptation des horaires de services (16H-00H),
- Le rapprochement des services de leurs lieux de vie,
- La proposition de consultations proctologique,
- Le travail sur les compétences psychosociales des personnes,
- Le plaidoyer auprès des décideurs politiques, des corps armés et des journalistes.

**Résultats** : En 36 mois d'activités, nos actions ont permis d'atteindre un nombre important de HSH, de dépister et traiter 254 cas d'IST, de réaliser 900 dépistages VIH dont 141 positifs soit 15,66%.

Cependant les stratégies mises en place semblent insuffisantes pour permettre une réduction considérable des risques d'acquisition des IST/VIH et du sida. Ainsi, parmi les positifs, 27 étaient des clients avérés négatifs suivis par la clinique. Aussi, seulement 57,44% des positifs se sont présentés à la clinique pour le bilan d'inclusion dont 69 étaient éligibles au traitement ARV et tous ont été initiés. Nous avons enregistré 30,43% de perdus de vue à la date du 30 Juillet 2013.

**Conclusion** : A la lumière de ces résultats, il est aujourd'hui prioritaire de réfléchir à une collecte d'informations plus complète afin de mieux documenter les besoins de ce groupe.

**Mots clefs** : Défis, prise en charge, HSH, IST/VIH, clinique de nuit.

## HOMOSEXUALITÉ AU SUD

### SO7.4

#### **Caractéristiques sociodémographiques, pratiques sexuelles et prise de risques et incidence des principales IST/VIH chez des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) au bout de deux ans de counseling médical**

Marcel Mbeko Simaleko<sup>1</sup>, J.D.D. Longo<sup>1</sup>, S.M. Camengo Police<sup>2</sup>, C. Sana Ifolo<sup>1</sup>, R. Mamadou Betchem<sup>1</sup>, L. Somse<sup>1</sup>, M. Dieng<sup>3</sup>, C. Michon<sup>3</sup>, G. Gressenguet<sup>4</sup>, L. Bélec<sup>5</sup>, D. Piette<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Centre National de Référence des IST et de la Thérapie Antirétrovirale, Ministère de la Santé, Bangui, Centrafricaine, République,

<sup>2</sup>Service d'Hépatogastroentérologie et de Médecine Interne, Hôpital de l'Amitié, Ministère de la Santé, Bangui, Centrafricaine,

République, <sup>3</sup>GIP ESTHER, Paris, France, <sup>4</sup>Faculté de Médecine de Bangui, Enseignement Supérieur et de Nouvelles Technologies, Bangui, Centrafricaine, République, <sup>5</sup>Laboratoire de Virologie, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, France, <sup>6</sup>Université Libre de Bruxelles, Santé Publique, Bruxelles, Belgique

**Objectif :** Evaluer l'impact de deux ans de counseling médical sur les pratiques sexuelles et prises de risques et sur l'incidence des principales IST chez les HSH.

**Patients et méthode :** Il s'agit d'une étude descriptive. A partir d'une cohorte de 170 HSH enrôlés entre 2010 et 2012, les 99 hommes ayant un suivi médical et un counseling pendant au moins deux ans ont été inclus. Les informations ont été collectées au moyen d'une fiche individuelle comprenant les caractéristiques sociodémographiques, les pratiques sexuelles et prises de risques, les cas d'IST.

**Résultats :** On note une concentration des HSH dans 4 arrondissements de Bangui. La moyenne mensuelle du nombre de partenaires déclarée en 2010 était de 4 (DS: 3.4) tandis qu'en 2012, elle était de 3 (DS: 2.02). Il n'existe pas de variation statistiquement significative de la fréquence d'utilisation de préservatifs entre 2010 et 2012 même si on observe une tendance à la baisse (77% à 74%). Excepté la pénétration anale active qui a été réduite de manière significative ( $p < 0.001$ ), il n'y a pas de modification du nombre des autres pratiques: pénétration passive, fellation. La prévalence du VIH est passée de 29% à 41% ( $p < 0.001$ ); celle de l'hépatite de 9% à 12% ( $p < 0.001$ ) et celle de la syphilis de 8% à 21% ( $p < 0.001$ ). Les taux d'incidence étaient de 9/100 personnes-années pour le VIH, 7/100 personnes-années pour la syphilis et 2/100 personnes-années pour l'hépatite B.

**Conclusion :** Cette étude montre une absence de changement de pratiques sexuelles et prise de risques et une augmentation de l'incidence des IST. Le suivi essentiellement médical seul, ne permet pas d'obtenir un bon résultat. Il serait pertinent d'y associer des interventions basées sur des méthodes pédagogiques plus actives telles que les groupes d'entretiens, l'éducation par les pairs, l'entretien motivationnel.

**Support :** GIP ESTHER (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau) France-Centrafricaine

## HOMOSEXUALITÉ AU SUD

### SO7.5

#### **Intégration des minorités sexuelles dans les structures publiques de prévention et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Burundi**

Thierry Nahimana<sup>1</sup>, P. Ndashinze<sup>2</sup>, H. Lisoir<sup>3</sup>, F.L. Kankindi<sup>1</sup>, A.G. Baragunzwa<sup>1</sup>, A.P.P. Niyonzima<sup>1</sup>, C. Ntahonkiriye<sup>1</sup>, O.D. Mpfubusa<sup>1</sup>, E.D. Karerwa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CHU de Kamenge, CPAMP, Bujumbura, Burundi, <sup>2</sup>CHU de Kamenge, Directeur, Bujumbura, Burundi, <sup>3</sup>Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, Belgique

**Introduction** : Les homosexuels constituent un groupe de Minorités Sexuelles(MS) à très haut risque de contamination par le VIH. Au Burundi, la séroprévalence du VIH dans la population générale est de 1,9%. Chez les LGBT, elle est de 2,4 %. Ils sont stigmatisés par la société ce qui entraîne une faible fréquentation dans les structures de soin. II.

**Méthode** : Le CPAMP, en collaboration avec la Fondation Roi Baudouin et le Mouvement pour les libertés individuelles, a renforcé les capacités des prestataires de soins (Médecins et paramédicaux) sur la thématique des LGBT. Cinq hôpitaux publics de la mairie de Bujumbura avaient participé à cette formation. Des relais communautaires(RC) ont été identifiés parmi les LGBT actifs des associations activistes. Ils ont été formés sur le rôle qu'ils allaient jouer : servir de pont entre les structures de soins et la communauté des MS. Les LGBT ont bénéficié une formation sur les modes de transmission et de prévention du VIH au cours de la quelle un dépistage Initié par le prestataire a été réalisé. III.

**Résultats** : 73 prestataires ont été formés: 12 médecins, 55 infirmiers, deux psychologues et quatre médiateurs de santé. - 15 RC ont été identifiés et formés. - 647 LGBT ont été sensibilisés par les RC. - 4854 gels lubrifiants ont été distribués - 1170 préservatifs ont été distribués - 60 LGBT ont été formés sur les modes de transmissions et de prévention du VIH/SIDA - 93 LGBT ont été dépistés au VIH, 12 étaient séropositifs, soit 12.9%. - 10 cas d'infections sexuellement transmissibles ont été diagnostiqués et traités. IV.

**Conclusion** : Ce projet a permis d'amorcer l'intégration des MS dans les structures de PEC publique malgré l'hostilité des prestataires de soins et l'auto-stigmatisation des LGBT. Dans les perspectives ,nous allons plaider pour la dépénalisation de l'homosexualité au Burundi.

## HOMOSEXUALITÉ AU SUD

### SO7.6

#### **Favoriser l'accès à la prise en charge du VIH des MSM à travers la mise en place d'un outil d'analyse facilitant le suivi des perdus de vue dépistés positifs au VIH au centre access à Douala (Cameroun)**

Simon Patrick Biatch Tchamba<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Alternatives-Cameroun, Douala, Cameroun*

**Contexte** : Au Cameroun, les pratiques sexuelles entre personnes de même sexe sont pénalisées par la loi. Malgré la prise en compte des HSH dans le nouveau plan stratégique national de santé 2011-2015, il n'en demeure pas moins que la prévention sur le plan national continue à être hétéro centrée et les actions timides avec une séroprévalence élevée de 24% à Douala et 44% à Yaoundé parmi les HSH.

**Méthode** : Au cours de l'année 2012, le dépistage VIH a été organisé en stratégie fixe et mobile, avec pour cible les HSH. Un circuit de dépistage était préalablement défini à chaque campagne facilitant ainsi la circulation des personnes. Les personnes dépistées positives étaient orientées vers le Centre Access pour une prise en charge. C'est ainsi qu'au bout d'un mois après le déroulement de ces campagnes, les clients qui ne revenaient pas au Centre Access étaient considérés comme perdus de vue dépistés positifs. Après la mise sur pied d'un fichier Excel comportant les références du client, la recherche de ces derniers consistait à faire un appel téléphonique suivi d'une prise de rendez-vous pouvant aboutir à une visite à domicile. La synthèse des données étaient aussitôt compilés dans le dossier psychosocial.

**Résultat** : Au cours de l'année 2012, 685 personnes ont été dépistées au VIH à savoir 445 HSH, 96 APV Hommes, 85 FSF et 59 APV Femmes. 94 personnes ont été déclarées positifs (83 HSH, 4 APV Hommes, 1 FSF et 6 APV Femmes). 60 bénéficiaires étaient perdus de vue dépistés positifs (53 HSH, 1 APV Homme et 6 APV Femmes). Et 30 personnes (tous HSH) incluant 03 personnes dépistées positives en 2011 ont rejoint la file active.

**Conclusion** : L'outil d'analyse des perdus de vue dépistés positifs a favorisé l'inclusion et la prise en charge des MSM au sein de la file active.

## TUBERCULOSE / INFECTIONS OPPORTUNISTES

### SO8.1

#### Performance et coût-efficacité d'algorithmes diagnostiques de la tuberculose pulmonaire chez les personnes vivant avec le VIH à Niamey, Niger

S. Mohamadou<sup>1</sup>, E. Ouedraogo<sup>1</sup>, I. Dillé<sup>2</sup>, I. Diallo<sup>1</sup>, S. Mamadou<sup>2</sup>, E. Adehossi<sup>2</sup>, Y. Hanki<sup>2</sup>, O. Tchouso<sup>2</sup>, M. Arzika<sup>2</sup>, O. Gazere<sup>2</sup>, F. Amadou<sup>2</sup>, N. Illo<sup>2</sup>, Y. Abdourahmane<sup>2</sup>, M. Ide<sup>2</sup>, Z. Alhousseini<sup>3</sup>, G. Lurton<sup>4</sup>, Eric D'Ortenzio<sup>4</sup>, S. Diallo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Solthis, Niamey, Niger, <sup>2</sup>Ministère de la Santé Publique, Niamey, Niger, <sup>3</sup>CISLS, Niamey, Niger, <sup>4</sup>Solthis, Paris, France

**Objectifs :** Le dépistage et le diagnostic de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) reste un véritable enjeu de santé publique. Au Niger, le dépistage est non systématique et le recours aux examens complémentaires est très souvent limité par le coût, la microscopie après coloration de Ziehl-Nielsen (MZN) étant le seul examen gratuit. L'objectif de cette étude était d'évaluer la performance et le coût-bénéfice de plusieurs algorithmes diagnostiques de la tuberculose chez les PVVIH au Niger.

**Méthode :** Nous avons réalisé une étude prospective interventionnelle multicentrique à Niamey entre 2010 et 2013. La tuberculose a été recherchée chez les PVVIH avant mise sous ARV en effectuant systématiquement : un examen des crachats par MZN et par microscopie à fluorescence (MIF), une mise en culture des crachats, une radiographie pulmonaire (RP) et une échographie abdominale. La performance de ces différents tests a été calculée en utilisant la culture comme gold-standard. Le coût-efficacité de différents algorithmes a été évalué en calculant l'argent dépensé pour éviter qu'un patient mis sous ARV au cours de l'année ne meure de la tuberculose.

**Résultats :** Entre le 1er Novembre 2010 et le 30 Novembre 2012, 509 PVVIH ont été incluses avant initiation des ARV. Leur âge médian était de 36 ans, le sex-ratio de 0,83 et leur médiane de CD4 de 147/mm<sup>3</sup>. La tuberculose a été diagnostiquée chez 78 patients (15,3%), dont 35 formes pulmonaires, 24 ganglionnaires et 19 multi-focales. La performance diagnostique des différents examens est présentée dans le tableau 1. L'algorithme le plus coût-efficace était l'algorithme 2 (MIF+RP) avec un ratio coût-efficacité sans coût fixe de 532 947 FCFA.

|                                    | Sensibilité (IC 95%) | Spécificité (IC 95%) |
|------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Microscopie par Ziehl-Neelsen      | 35% (17%-57%)        | 97% (93%-99%)        |
| Microscopie par Immunofluorescence | 65% (43%-83%)        | 94% (90%-97%)        |
| Radiographie Pulmonaire            | 50% (29%-71%)        | 89% (84%-93%)        |
| Algorithme 1 (MZN+RP)              | 57% (34%-77%)        | 88% (84%-93%)        |
| Algorithme 2 (MIF+RP)              | 82% (59%-94%)        | 85% (79%-89%)        |

[Performance des algorithmes diagnostique]

**Conclusion :** Nous recommandons la réalisation systématique et gratuite d'un examen direct des crachats par MIF et d'une RP pour le dépistage de la tuberculose chez les PVVIH nouvellement diagnostiquée au Niger.

## TUBERCULOSE / INFECTIONS OPPORTUNISTES

SO8.2

### Apport du GeneXpert MTB/RIF dans le diagnostic de la tuberculose au CHU de Fann de Dakar (Sénégal)

Mouhamadou Lamine Dia<sup>1</sup>, N. Valin<sup>2</sup>, R. Kâ<sup>3</sup>, V. Lalande<sup>3</sup>, P. Campa<sup>2</sup>, K. Diop<sup>4</sup>, N.O. Touré<sup>5</sup>, M. Seydi<sup>6</sup>, M.F. Cissé<sup>1</sup>, A.I. Sow<sup>1</sup>, P.M. Girard<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Laboratoire de Bactériologie-Virologie, CHU de Fann, Dakar, Sénégal, <sup>2</sup>Service des Maladies Infectieuses, Hôpital Saint-Antoine, Paris, France, <sup>3</sup>Laboratoire de Bactériologie-Virologie, Hôpital Saint-Antoine, Paris, France, <sup>4</sup>Projet ESTHER Sénégal, Dakar, Sénégal, <sup>5</sup>Service des Pneumologie, CHU de Fann, Dakar, Sénégal, <sup>6</sup>Service des Maladies Infectieuses, CHU de Fann, Dakar, Sénégal

**Introduction** : La technique GeneXpert MTB/RIF permet directement à partir des échantillons l'amplification par PCR du gène *rpoB* des mycobactéries du complexe tuberculosis et de détecter des mutations associées à la résistance à la rifampicine. La simplicité de sa mise en œuvre, la rapidité de rendu des résultats et ses coûts modestes justifient son déploiement dans les pays à ressources limitées afin d'améliorer le diagnostic en routine de la tuberculose. Avec le soutien d'ESTHER, le CHU de Fann a mis en place une unité de mycobactériologie centrée sur cette technique. L'étude vise à évaluer l'apport du GeneXpert MTB/RIF à Fann.

**Méthodes** : Il s'agit d'une étude prospective portant sur les échantillons reçus dans l'unité de Nov 2012 à Nov 2013. Un algorithme de demande du GeneXpert a été validé par les cliniciens et les bactériologistes selon les recommandations OMS. Un formulaire a recueilli les données cliniques et biologiques. Un examen microscopique de Ziehl systématique était complété le cas échéant par un test GeneXpert.

**Résultats** : Deux cent quarante-huit échantillons (70% du service de pneumologie et 18 % du service d'infectiologie) dont 194 (78,2%) expectorations et 54 (21,8%) prélèvements extrapulmonaires ont été analysés chez des patients âgé de 36 ans (1-92) en moyenne.

La plupart des patients présentait une toux (89%) et/ou une fièvre (83%). Quarante deux patients (17%) étaient infectés par le VIH. L'examen microscopique des crachats était positif sur 10 échantillons (4%) alors que 81 échantillons (32,7%) étaient positifs au GeneXpert. Une résistance à la rifampicine a été notée sur trois échantillons (3,7%).

**Conclusion** : Le GeneXpert MTB/RIF est d'une sensibilité supérieure à celle de l'examen microscopique. Son utilisation au CHU de Fann a permis une amélioration significative de la prise en charge de la tuberculose, en particulier chez les patients dont l'examen microscopique s'était révélé négatif.

**Mots clés** : GeneXpert; *Mycobacterium tuberculosis*; Rifampicine, Sénégal

## TUBERCULOSE / INFECTIONS OPPORTUNISTES

### SO8.3

#### Performance des tests Xpert MTB/RIF pour le diagnostic de la tuberculose chez les enfants infectés par le VIH

Olivier Marcy<sup>1</sup>, M. Tejiokem<sup>2</sup>, H.D. Nguyen<sup>3</sup>, L. Borand<sup>1</sup>, P. Msellati<sup>4</sup>, B. Nacro<sup>5</sup>, S. Goyet<sup>1</sup>, A. Tarantola<sup>1</sup>, S. Godreuil<sup>6,7</sup>, C. Delacourt<sup>8</sup>, S. Blanche<sup>8</sup>, V. Ung<sup>9,10</sup>, Groupe de Travail ANRS 12229 PAANTHER 01

<sup>1</sup>Institut Pasteur, Unité d'Epidémiologie et de Santé Publique, Phnom Penh, Cambodge, <sup>2</sup>Centre Pasteur du Cameroun, Yaoundé, Cameroun, <sup>3</sup>Hôpital Pham Ngoc Thach, Ho Chi Minh Ville, Viêt-Nam, <sup>4</sup>UMI 233, IRD/UM1, Yaoundé, Cameroun, <sup>5</sup>CHU Sourou Sanou, Service de Pédiatrie, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, <sup>6</sup>Hôpital Universitaire Arnaud de Villeneuve, Montpellier, France, <sup>7</sup>INSERM U1058, Montpellier, France, <sup>8</sup>Hôpital Necker, Paris, France, <sup>9</sup>Université des Sciences de la Santé, Phnom Penh, Cambodge, <sup>10</sup>Hôpital National Pédiatrique, Phnom Penh, Cambodge

**Objectif :** Evaluation des performances et de la faisabilité du test moléculaire automatisé Xpert MTB/RIF pour le diagnostic de la tuberculose chez des enfants infectés par le VIH (VIH+).

**Méthodes :** Les enfants VIH+ suspects de tuberculose ont été inclus dans 8 hôpitaux au Burkina Faso, Cambodge, Cameroun, Vietnam et Burkina Faso d'avril 2011, mai, septembre et décembre 2012, respectivement, à juin 2013. Les prélèvements suivants ont été effectués, mis en culture après recherche de bacille alcool-acido-résistant (BAAR) à l'examen direct et analysés par Xpert MTB/RIF: 1) prélèvements standards : 2 tubages gastriques ou prélèvements de crachats ; 2) prélèvements alternatifs : 1 aspiration nasopharyngée, 1 prélèvement de selles et 1 string test chez les enfants d'âge ≥4 ans.

**Résultats :** Sur 211 enfants inclus, 203 (96,2%) - âge médian 7,3 ans (Intervalle interquartile [IIQ]: 4,2 - 9,9), 99 (48,8%) de sexe féminin, CD4 médian 14,9% (IIQ : 3,4 - 25,0), Z-score poids/âge médian -2,66 (IIQ : -3,68- -1,59) - ont eu au moins un échantillon collecté. 17 (7,3%) enfants étaient BAAR+ à l'examen direct. 92 (45,3%) enfants ont été mis sous traitement antituberculeux au décours des explorations. La tuberculose était confirmée par la culture chez 20 (9,8%) enfants, dont 14 avec un échantillon BAAR+. De plus, 24 (11,8%) enfants avaient une culture positive à mycobactérie non-tuberculeuse, dont 3 BAAR+. L'Xpert avait une sensibilité de 90,0% (18/20) et une spécificité de 98,7% (149/151) pour le diagnostic de tuberculose confirmée par la culture. Le nombre de cas détectés par l'Xpert était identique sur les prélèvements standards et alternatifs (19 cas).

**Conclusion :** Les tests Xpert MTB/RIF permettent une confirmation fiable et rapide du diagnostic de tuberculose chez les enfants VIH+. La proportion de tuberculoses avec une confirmation microbiologique reste faible et justifie le développement de méthodes et de d'algorithmes diagnostiques alternatifs.

## TUBERCULOSE / INFECTIONS OPPORTUNISTES

SO8.4

**Profil de résistance de *Mycobacterium tuberculosis* chez des patients infectés par le VIH à Abidjan, Côte d'Ivoire**

Timothée Ouassa<sup>1,2</sup>, G.Y. Loukou<sup>1,3</sup>, E. Messou<sup>4</sup>, M. Nguessan<sup>1</sup>, R. Moh<sup>5</sup>, C. Danel<sup>5</sup>, S. Domoua<sup>1,6</sup>, X. Anglaret<sup>5</sup>, H. Menan<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>2</sup>Centre de Diagnostic et de Recherche sur le Sida, Abidjan, Côte d'Ivoire,

<sup>3</sup>Institut National d'Hygiène Publique, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>4</sup>Centre de Prise en Charge, de Recherche, et de Formation. CePREF-

Aconda-VS, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>5</sup>Programme PAC-CI, Site ANRS Abidjan, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>6</sup>Centre

Hospitalier Universitaire de Treichville, Pneumophysiologie, Abidjan, Côte d'Ivoire

**Objectif :** Etablir le profil de résistance aux antituberculeux de souches de *Mycobacterium tuberculosis* isolées chez des patients infectés par le VIH à Abidjan.

**Matériel et méthodes :**

*Population d'étude :* Il s'agissait de sujets infectés par le VIH et inclus dans les projets de l'ANRS sur la période allant de 1999 à 2010 et chez lesquels a été demandé le diagnostic d'une tuberculose.

*Méthodes :* Les prélèvements reçus ont été cultivés à la fois sur milieu solide (Lowenstein-Jensen) et liquide avec Bactec 12B et MGIT (Becton Dickinson), ainsi que MP (bioMérieux). La différenciation entre mycobactéries du complexe *M. tuberculosis* et mycobactéries atypiques a été faite par niacine-test, NAP-test, et MGIT TBc (Becton Dickinson). L'antibiogramme a été réalisé en utilisant les kits Bactec 460TB SIRE puis Bactec MGIT 960 SIRE et a consisté à tester la Streptomycine, l'Isoniazide, la Rifampicine et l'Ethambutol.

**Résultats :** Le VIH1 était prédominant (95,3%), la proportion de patients infectés par le VIH2 ou présentant une double infection VIH1+VIH2 étant respectivement de 1,2% et de 3,5%.

Sur un total de 350 patients, 268 (76,6%) hébergeaient des souches sensibles aux 4 antituberculeux testés. Les 82 (23,4%) souches résistantes étaient composées de 36 multirésistantes (10,3%), 6 polyrésistantes (1,7%) et 40 monorésistantes (11,4%) dont 2 pour la rifampicine et 27 pour l'isoniazide.

La proportion de tuberculose à bacilles multirésistants était de 6,7% chez les patients clairement identifiés comme étant des nouveaux cas et de 12,5% chez ceux en retraitement.

**Conclusion :** S'il est normal que la proportion de cas de tuberculose à bacilles multirésistants soit plus élevée chez les patients en retraitement, le taux observé chez les nouveaux cas semble relativement important, en comparaison avec les données des dernières enquêtes réalisées en Côte d'Ivoire sur la prévalence de la tuberculose multirésistante.

**Mots clés:** *Mycobacterium tuberculosis*, résistance, VIH, Côte d'Ivoire

## TUBERCULOSE / INFECTIONS OPPORTUNISTES

### SO8.5

#### Existe-il une relation entre le paludisme et les variables démographiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques de patients suivis pour leur infection à VIH dans un centre de prise en charge à Abidjan

Ama Kounangui Marie Noelle Ano<sup>1</sup>, Y.T. Aba<sup>1</sup>, N.J. Kadiané<sup>1</sup>, E.S.C.L. Kouakou<sup>1</sup>, S.G. Dou<sup>1</sup>, H. Djébi<sup>1</sup>, E. Bissagnene<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Infectiologie, Bouaké, Côte d'Ivoire

En Afrique subsaharienne, l'infection à VIH et le paludisme constituent des causes majeures de consultation, d'hospitalisation et de décès.

**Objectifs** : Montrer une relation entre la prévalence du paludisme confirmé et les variables démographiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques des patients suivis pour leur infection à VIH.

**Méthodes** : Etude transversale et descriptive a été réalisée entre décembre 2009 et septembre 2010 chez 276 adultes VIH positifs fébriles. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi info 3.5.1.

**Résultats** : Age moyen de 40 ans. Le genre féminin était relativement plus représenté (53%). La majorité était scolarisée (70%) et résidait dans les communes d'Abidjan (81%). Les « sans profession » et les célibataires représentaient les couches sociales les plus touchées. Majorité (98%) des patients n'utilisaient aucune mesure de prévention contre les piqûres de moustiques. La plupart des patients était classée catégorie B et C selon la classification du CDC (94%). La prévalence du paludisme a été estimée à 9%, associée significativement à l'anémie (OR=0.51), au VIH-1 (OR=5.99), au taux de CD4 < 200 (OR=2.15), à la durée de suivi de 12 mois (OR=0.02) et aux traitements des IO (OR=2.97). Le paludisme grave était associé aux IO (OR=0.87), à l'absence de CTX (OR=0.08) et d'ARV (OR=0.06). La létalité globale était de 9%. Elle était plus élevée chez les patients d'au moins 16 ans (13.6% vs 2.9%, p=0.04), en cas de CD4 < 200 (12.2% vs 1.9%, p=0.03), d'anémie (14.0% vs 3.8%, p=0.04) et en l'absence de traitement ARV (41.7% vs 5.8%, p=0.001).

**Conclusions** : La prévalence du paludisme est liée, chez les PVVIH, au stade évolutif et aux modalités de la prise en charge de l'infection à VIH.

## HÉPATITES C : COINFECTION VIH / VHC

### SO9.1

#### **Forté séroprévalence du VHB et du VHC chez les porteurs du VIH parmi les donneurs de sang du Burkina Faso : une nécessité de dépistage avant d'initier la tritérapie**

Fati Kirakoya-Samadoulougou<sup>1</sup>, M. Sanou<sup>2</sup>, S. Samadoulougou<sup>3</sup>, F. Bakiono<sup>4</sup>, H. Dahourou<sup>5</sup>, A. Koumaré-Kiba<sup>5</sup>, Y. Nébié<sup>5</sup>, S. Ouattara<sup>5</sup>, I. Kaboré<sup>5</sup>

<sup>1</sup>IREC-FSP-UCL, Bruxelles, Belgique, <sup>2</sup>Université de Ouagadougou, Ouagadougou, Burkina Faso, <sup>3</sup>IREC-FSP-UCLFSP-UCL, Bruxelles, Belgique, <sup>4</sup>IREC, Bruxelles, Burkina Faso, <sup>5</sup>CNTS, Ouagadougou, Burkina Faso

Malgré leur forte endémie en Afrique de l'Ouest, l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) et C (VHC) ainsi que leur co-infection avec le VIH sont peu documentées au Burkina Faso (BF). Nous avons évalué leur épidémiologie au BF à partir des données de dépistage de routine du VIH, du VHB et du VHC chez 37 647 donneurs de sang dans 4 régions géographiquement éloignées. Le VHB et le VHC ont été diagnostiqués en utilisant le test Monolisa TM avec confirmation par le test Bioline SD. La séropositivité HIV-1/2 a été déterminée par les méthodes Genscreen ULTRA VIH Ag- Ab ou VIH Ag / Ab Combo suivies par le test de détection rapide Determine. Les séroprévalences ont été ajustées pour la distribution de l'âge et du sexe en utilisant une pondération basée sur les données de l'EDS 2010 du BF. La séroprévalence ajustée du VHB était de 10,3 % (IC à 95% = [9.3-11.2]) pour le pays, mais variait de 7,7% à 14,5% selon la région. Pour le VHC, elle était de 5,3 % [4.6-6.1] pour le pays et variait de 4,2% à 8,5% selon la région. Chez les donneurs séropositifs (n = 761), les séropositivités du VHC et du VHB étaient de 9,6% et 17,0%, soit plus élevées que les 6,5 % (rapport des cotes ajusté (RCA) = 1,5 [1,2-1,9 ], p=0,002) et 13,6% (RCA=1,3 [ 1,1-1,6 ], p = 0,013) observés chez les donneurs négatifs pour le VIH. Le BF reste un pays de forte endémicité pour le VHB et le VHC, mais avec de grandes disparités géographiques. Leur forte séroprévalence chez les porteurs du VIH suggère un dépistage systématique du VHB et du VHC avant d'initier la tritérapie chez les séropositifs pour le VIH.

## HÉPATITES C : COINFECTION VIH / VHC

### SO9.2

#### Equipe mobile hépatites : un nouveau concept au service des personnes atteintes et des acteurs extra-hospitaliers

André-Jean Remy<sup>1</sup>, H. Wenger<sup>1</sup>, Y. Roth<sup>1</sup>, A. Senezergues<sup>2</sup>, A. Desmars<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centre Hospitalier, Equipe Mobile Hépatites, Perpignan, France, <sup>2</sup>Centre Hospitalier, UCSA, Perpignan, France, <sup>3</sup>Centre Hospitalier, Pôle Abdomen Hémato-Oncologie, Perpignan, France

Le traitement de l'hépatite C a changé début 2011 avec la mise à disposition de deux antiprotéases spécifiques, en association avec l'interféron pégylé et la ribavirine. En juillet 2013, le service d'Hépatologie du Centre Hospitalier de Perpignan a mis en place l'équipe mobile hépatites, composé d'un infirmier coordinateur, d'un médecin (pour assurer les consultations avancées) et d'une secrétaire. Après un temps d'immersion pour découvrir les structures partenaires, d'identifier leurs besoins et de déterminer les personnes référentes, l'infirmier coordinateur leur a proposé un plan d'actions associant selon les cas :

1/ formation des personnels,

2/ TROD (tests de dépistage rapide hépatite C)

3/ FIBROSCAN portable,

4/ séances individuelles ou collectives d'éducation thérapeutique

5/ consultations d'hépatologie sur site.

Au 1<sup>er</sup> décembre 2013, 22 structures sont dorénavant et déjà devenues partenaires : CSAPA, CAARUD, UCSA, UM-CRA, CHRS, CLAT, Restos du Cœur etc.... L'équipe mobile a trouvé rapidement sa place pour le bénéfice des personnes atteintes par une hépatite chronique virale C ou B, particulièrement pour les patients précaires et/ou loin du parcours de soins habituel. Son action complète l'offre disponible, en couvrant les zones « blanches » que ce soit sur le plan géographique ou social. Après 6 mois de fonctionnement, le bilan est très positif : 9 permanences infirmières régulières, 88 FIBROSCAN et 79 TROD réalisés, 61 patients vus en consultation d'hépatologie ; 14 patients sont suivis individuellement en éducation thérapeutique et 8 ateliers collectifs ont été organisés. D'autres actions non prévues initialement se sont ajoutées comme par exemple un stand d'information sur les risques viraux au salon international du tatouage de Perpignan. Ce concept innovant, sans équivalent en France, permet de dépister, évaluer et traiter les personnes atteintes par le virus de l'hépatite C, en dehors de l'hôpital et dans leurs lieux de vie et/ou de prise en charge médico-sociale.

## HÉPATITES C : COINFECTION VIH / VHC

### SO9.3

#### Prévalence et incidence des infections par le VIH, VHB et VHC chez les donneurs de sang d'Abidjan, Côte d'Ivoire 1992 - 2012 (étude Preco-CI ANRS 12277)

Benjamin Séri<sup>1</sup>, P. Coffie<sup>1,2</sup>, A. Minga<sup>1,3</sup>, S. Konaté<sup>4</sup>, B. Dembélé<sup>4,5</sup>, D. Gabillard<sup>6</sup>, C. Lewden<sup>6</sup>, T. N'Dri Yoman<sup>1,7,8</sup>, S.P. Eholie<sup>1,7,9</sup>, A. Attia<sup>1,7,8</sup>, C. Danel<sup>1</sup>, X. Anglaret<sup>1,4,10</sup>

<sup>1</sup>Programme PAC-CI, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>2</sup>Université Félix Houphouët Boigny, UFR des Sciences Médicales, Département de Dermatologie et Infectiologie, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>3</sup>Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Centre de Suivi des Donneurs de Sang, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>4</sup>Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>5</sup>Université Félix Houphouët Boigny, UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>6</sup>ISPED / Université Bordeaux 2, Bordeaux, France, <sup>7</sup>Université Félix Houphouët Boigny, UFR des Sciences Médicales, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>8</sup>CHU de Yopougon, Service de Médecine et d'Hépatogastro-Entérologie, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>9</sup>CHU Treichville, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>10</sup>INSERM, Unité 897, Bordeaux, France

**Objectif :** Estimer la prévalence et l'incidence des infections à VIH, VHB et VHC, et leur évolution au cours du temps, chez les donneurs de sang du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) d'Abidjan.

**Méthodes :** Au CNTS, âge, sexe, et résultats des sérologies VIH, VHB (Antigène HBs) et VHC (Anticorps anti-HCV) sont recueillis prospectivement à chaque don. Nous avons analysé la base d'octobre 1992 à juillet 2012, pour estimer: (i) la prévalence des trois marqueurs au premier don; (ii) l'incidence de la séroconversion chez les donneurs négatifs au premier don ayant fait plusieurs dons dans la période. Prévalence et incidence ont été estimées par tranche de 3 ans et par sexe. Les chiffres d'Ac-anti-HCV ne sont montrés que depuis 2001.

**Résultats :** 422319 donneurs (hommes[H] 74%, femmes[F] 26%) ont effectué 1063825 dons pendant la période. Au premier don, la prévalence de la séropositivité VIH a décliné de 7,1% (H:5,9%; F:11,0%) en 1992-1994 à 1,1% (H:0,8%;F:2,0%) en 2010-2012; celles de VHB et VHC sont restées stables (AgHBs: 10,8% [H:11,7%;F:7,3%] en 1992-1994, 11,1% [H:12,5%;F:7,1%] en 2010-2012; Ac-anti-VHC: 2,4% [H:2,7%;F:1,6%] en 2001-2003, 3,1% [H:3,6%;F:1,7%] en 2010-2012). Chez les personnes négatives au premier don revenues au moins une fois (N=130320), les trois incidences de séroconversion ont décliné: VIH: 48,9/1000 personne-années (H:44,6;F:85,7) en 1992-1994, 0,7/1000PA (H:0,6;F:1,1) en 2010-2012; AgHBs: 73,1/1000PA (H:78,5;F:22,9) en 1992-1994, 2,4/1000PA (H:2,5;F:1,8) en 2010-2012 ; Ac-anti-HCV: 19,6/1000PA (H:23,0;F:8,4) en 2001-2003, 5,3/1000 PA (H:5,8;F:2,6) en 2010-2012.

**Conclusion :** En 20 ans, prévalence et incidence du VIH ont décliné spectaculairement chez les donneurs de sang. Les prévalences de positivité VHB et VHC sont restées stables à des taux élevés. Les incidences de positivité VHB et VHC ont décliné mais restent à des taux étonnamment élevés. Ceci invite à s'interroger sur la transmission de ces hépatites à l'âge adulte, et les moyens d'en prévenir les risques.

## HÉPATITES C : COINFECTION VIH / VHC

### SO9.4

#### Séroprévalence des hépatites B et C en fonction de l'infection au VIH chez les femmes enceintes à Buea, Cameroun

George Ikomey<sup>1</sup>, J. Atashili<sup>2</sup>, J. Fokam<sup>3</sup>, B. Tanjong<sup>2</sup>, M. Mesembe<sup>4</sup>, A. Eyoh<sup>4</sup>, E. Lyonga<sup>4</sup>, F. Besong<sup>2</sup>, M.-C. Okomo Assounmou<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Université de Yaoundé 1, Immunology, Yaoundé, Cameroun, <sup>2</sup>Université de Buea, Faculté des Sciences de la Santé, Buea, Cameroun, <sup>3</sup>Centre International de Référence Chantal BIYA pour la Recherche sur la Prévention et la Prise en Charge du VIH/SIDA, Yaoundé, Cameroun, <sup>4</sup>Université de Yaoundé 1, Faculté de Médecine et des Sciences Biomedicales, Yaoundé, Cameroun

**Contexte/ justificatif** : En dépit des évidences sur la forte endémicité des hépatites virales B (HVB) et C (HVC) dans plusieurs pays du Sud (PDS), peu de données sont disponibles sur leurs épidémiologies chez les femmes enceintes dans ces pays. En raison des risques de transmission verticale, le dépistage des HVB et HVC est recommandé en cas de grossesse, mais leur systématisation reste limitée due à l'inaccessibilité financière. Il serait donc nécessaire d'évaluer l'importance épidémiologique de ces hépatites virales, et en fonction du statut VIH.

**Méthodologie** : Etude transversale et analytique menée en 2010 chez 407 femmes enceintes âgées de 15-47 ans à Buea, Cameroun. Le diagnostic du VIH a été réalisé suivant l'algorithme en série et confirmé par ELISA.

**Résultats** : La séroprévalence du VHB était de 12,5% [IC95%: 3,5-29,0%] (4/32) chez les femmes vivant avec le VIH, contre 10,9% [IC95%: 7,2-15,6%] (25/230) chez celles séronégatives au VIH. Parmi les cas positifs au VHB, l'anti-HBc était présent chez 100% (4/4) des femmes séropositives au VIH et à 83,3% (20/24) chez celles séronégatives. La prévalence du VHC était de 3,3% [IC95%: 0,1-17,2%] (1/30) chez les femmes séropositives au VIH, contre 0,4% [IC95%: 0,0-2,4%] (1/228) chez celles séronégatives.

**Conclusion/ recommandations** : La forte endémicité du VHB chez les femmes enceintes souligne la nécessité d'un dépistage systématique du VHB durant la grossesse dans les PDS sans distinction du statut sérologique au VIH; contrairement au VHC dont les taux restent très bas. Une subvention du test d'AgHBs durant la grossesse favoriserait l'accessibilité. Ces recommandations permettraient une prise en charge efficiente en vue d'une réduction significative de la transmission verticale des hépatites virales.

## HÉPATITES C : COINFECTION VIH / VHC

SO9.5

**Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant sur le risque de transmission des hépatites virales B et C en milieu hospitalier au Togo**

Aklesso Bagny<sup>1</sup>, O. Bouglouga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CHU Campus Lomé, Hepato-Gastroenterologie, Lomé, Togo

**Objectif :** Apprécier les connaissances, les attitudes et les pratiques du personnel hospitalier par rapport aux risques infectieux des virus des hépatites virales B et C.

**Matériel et méthode :** Etude descriptive transversale menée au CHU Campus de Lomé auprès des personnels soignants présents au CHU Campus au cours des deux jours ouvrables consécutifs de l'enquête.

**Résultats :** Cent quinze personnes (60,5 %) avaient participé à l'enquête sur un total de 190 personnels soignants que compte le CHU Campus. Il y avait une prédominance masculine (61,7 %). L'âge moyen était de 37,9 ±10,7 ans. Le sang (94,8 %), les liquides de ponction (77,4 %) et le matériel de biopsie (53,9 %) étaient les produits contaminants les plus fréquemment rencontrés. La plupart des mesures de protection existantes contre les accidents exposant au sang (AES) n'étaient pas respectées, notamment le port de gants (75,5 %) ou de bavette (46,0 %). Les victimes d'AES représentaient 34,8 % des soignants, et parmi eux seuls 8,8 % avaient déclaré l'AES, et cela en raison des difficultés administratives (74,2 %) ou par simple ignorance (25,8 %). Les connaissances sur les modes de transmission des hépatites virales B et C étaient bonnes (98,3 %). Le taux de couverture vaccinale chez l'ensemble des soignants interrogés était de 51,3 %.

**Conclusion :** Il y a nécessité de poursuivre la formation et la sensibilisation des soignants sur les risques infectieux professionnels, en particulier vis-à-vis des hépatites virales B et C.

**Mots clés :** Hépatites virales B et C, milieu hospitalier africain, Togo

## HÉPATITES C : COINFECTION VIH / VHC

SO9.6

### Compétences du personnel de santé vis-à-vis des hépatites virales au Cameroun

Marie-José Essi<sup>1</sup>, J.B. Essono Mebouinz<sup>1</sup>, A.F. Abega Mekongo<sup>1</sup>, L. Noche<sup>1</sup>, B. Tchuiimi<sup>1</sup>, C.L. Nyanda<sup>1</sup>, O. Njoya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Université de Yaounde 1, LRHCS-FMSB/UYI, Yaoundé, Cameroun

**Contexte** : La compétence du personnel de santé (PS) en matière d'hépatite virale au Cameroun est un réel défi de santé publique. Avec une prévalence de 10 % pour l'hépatite virale B (HVB) et d'environ 13% pour l'hépatite virale C (HVC) dans la population générale, le Personnel soignant se place comme le maillon essentiel de la prise en charge globale de la maladie, tant dans l'éducation sanitaire des populations, que pour l'orientation thérapeutique des malades. Aussi une étude des connaissances, des attitudes et des pratiques (CAP) des PS a-t-elle été menée dans les 10 régions du Cameroun.

**Méthodologie** : Etude CAP transversale et évaluative, conduite de septembre 2011 à mars 2013, au sein des hôpitaux de chefs-lieux des 10 régions camerounaises. Elle a porté sur près de 700 personnels soignants, dans une démarche d'évaluation quantitative du niveau des connaissances, de la justesse des attitudes et de l'adéquation des pratiques avec la prévention et la promotion de la santé.

**Résultats** : De manière générale, seul 15,1% des PS avait un niveau global satisfaisant de connaissances sur les hépatites virales (HV) tant pour les différentes formes, la prévention, le diagnostic que pour le traitement ; jusqu'à 93,1% avait une perception erronée des HV et citait « *la jaunisse* » comme étant la dénomination endogène (pas de lien significatif avec le niveau d'instruction) ; et la quasi-totalité (95%) avait de mauvaises pratiques (non vacciné, pas de gants lors des soins, faible référence, etc.).

**Conclusion** : La faible compétence du PS vis-à-vis de l'hépatite virale constitue l'un des moteurs de la transmission de la maladie au Cameroun. Leur niveau de CAP ne leur permet : ni de s'auto-protéger, ni de transmettre aux populations les moyens d'en assurer elles-mêmes un meilleur contrôle.

## CANCER ET VIH

### SO10.1

#### Evolution de la survie après un cancer chez les personnes infectées par le VIH. Résultats de la cohorte FHDH-ANRS CO4

Mira Hleyhel<sup>1,2</sup>, A. Belot<sup>3,4,5</sup>, A.-M. Bouvier<sup>6</sup>, P. Tattevin<sup>7</sup>, J. Pacanowski<sup>8</sup>, P. Genet<sup>9</sup>, N. De Castro<sup>10</sup>, J.-L. Berger<sup>11</sup>, C. Dupont<sup>12</sup>, A. Lavolé<sup>13</sup>, C. Pradier<sup>14</sup>, D. Salmon<sup>15,16</sup>, A. Simon<sup>17</sup>, V. Martinez<sup>18</sup>, J.P. Spano<sup>19</sup>, D. Costagliola<sup>1,2</sup>, S. Grabar<sup>2,15,16</sup>

<sup>1</sup>UMR\_S 943 / UPMC, Paris, France, <sup>2</sup>INSERM, UMR\_S 943, Paris, France, <sup>3</sup>Hospices Civils de Lyon, Lyon, France, <sup>4</sup>Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice, France, <sup>5</sup>CNRS UMR 5558, Laboratoire de Biométrie et Biologie Evolutive, Villeurbanne, France, <sup>6</sup>INSERM UMR 866, Registre Bourguignon des Cancers Digestifs, FRANCIM, Centre Hospitalier Universitaire de Dijon, Dijon, France, <sup>7</sup>Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, Hôpital Pontchaillou, Rennes, France, <sup>8</sup>Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP), Hôpital Saint Antoine, Paris, France, <sup>9</sup>Centre Hospitalier d'Argenteuil, Argenteuil, France, <sup>10</sup>AP-HP, Hôpital Saint Louis, Paris, France, <sup>11</sup>Centre Hospitalier Universitaire de Reims, Reims, France, <sup>12</sup>AP-HP, Hôpital Ambroise-Paré, Boulogne, France, <sup>13</sup>AP-HP, Hôpital Tenon, Paris, France, <sup>14</sup>Centre Hospitalier Universitaire de Nice, Hôpital de l'Archet, Nice, France, <sup>15</sup>AP-HP, Groupe Hospitalier Cochin Broca Hôtel-Dieu, Paris, France, <sup>16</sup>Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paris, France, <sup>17</sup>AP-HP, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris, France, <sup>18</sup>AP-HP, Hôpital Antoine Bécclère, Clamart, France, <sup>19</sup>AP-HP, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, IUC, Paris, France

**Objectifs :** Etudier l'évolution de la survie après le diagnostic d'un cancer chez les personnes infectées par le VIH entre 1992 et 2009.

**Méthodologie :** Dans la base de données hospitalières françaises sur l'infection à VIH, les survies ont été étudiées après le diagnostic des trois cancers classant SIDA (sarcome de Kaposi (SK), lymphome non Hodgkinien (LNH), col de l'utérus) et les 4 cancers non classant SIDA les plus fréquents (maladie de Hodgkin, poumon, foie et canal anal). Les taux de survie selon l'estimateur de Kaplan-Meier ont été estimés 5 ans après le diagnostic dans 4 périodes: 1992-1996, 1997-2000, 2001-2004, 2005-2009. Des modèles de Cox ont été utilisés pour comparer la mortalité au cours des périodes, en ajustant sur le sexe, l'âge, l'origine et le groupe de transmission, la co-infection VHC, le statut SIDA et les CD4 au diagnostic.

**Résultats :** Nous avons identifié 941 cas de SK viscéraux et 2733 non viscéraux, 2309 cas de LNH, 181 cancers de col de l'utérus, 464 cas de maladie de Hodgkin, 444 cancers du poumon, 317 cancers du foie et 257 cancers du canal anal. L'amélioration de la survie était significativement associée aux périodes récentes de diagnostic pour le SK, le LNH, la maladie de Hodgkin et le cancer du foie, tandis que la survie était similaire pour les autres cancers, quelle que soit la période étudiée.

|  |                  | SK viscéral          | SK non viscéral      | LNH                  | Col de l'utérus      | Maladie de Hodgkin   | Poumon               | Foie                 | Canal anal           |
|--|------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Taux de survie à 5 ans (IC 95%)</b>                   | <b>1992-1996</b> | 14.5%<br>(11.7-17.6) | 35.9%<br>(33.4-38.3) | 14.8%<br>(12.7-17.2) | 75.3%<br>(57.8-86.3) | 46.4%<br>(35.5-56.5) | 13.3%<br>(4.2-27.5)  | 17.9%<br>(4.4-38.7)  | 46.9%<br>(12.0-76.3) |
|  | <b>1997-2000</b> | 51.5%<br>(43.5-58.9) | 81.2%<br>(76.7-85.0) | 37.9%<br>(33.5-42.3) | 87.5%<br>(74.3-94.2) | 62.8%<br>(52.7-71.3) | 9.8%<br>(4.6-17.2)   | 0%                   | 71.2%<br>(56.9-81.6) |
|  | <b>2001-2004</b> | 62.9%<br>(51.6-72.3) | 83.7%<br>(79.0-87.4) | 49.1%<br>(43.6-54.4) | 82.1%<br>(64.3-91.6) | 72.6%<br>(61.7-80.8) | 16.5%<br>(10.0-24.4) | 14.9%<br>(6.6-26.2)  | 67.2%<br>(55.3-76.6) |
|  | <b>2005-2009</b> | 82.8%<br>(71.7-89.9) | 91.9%<br>(87.7-94.6) | 64.9%<br>(59.2-70.0) | 73.2%<br>(57.8-83.7) | 87.3%<br>(80.0-92.0) | 16.8%<br>(9.4-25.9)  | 19.5%<br>(11.7-28.8) | 62.9%<br>(47.6-74.9) |
| <b>Risques relatifs ajustés de la mortalité (IC 95%)</b> | <b>1992-1996</b> | 2.36<br>(1.81-3.06)  | 3.36<br>(2.60-4.34)  | 1.40<br>(1.21-1.61)  | 1.37<br>(0.46-4.12)  | 1.41<br>(0.91-2.20)  | 1.04<br>(0.67-1.61)  | 0.86<br>(0.44-1.67)  | 3.07<br>(1.00-9.47)  |
|  | <b>1997-2000</b> | 1 (réf)              |
|  | <b>2001-2004</b> | 0.98<br>(0.64-1.50)  | 0.92<br>(0.64-1.33)  | 0.82<br>(0.68-0.99)  | 1.38<br>(0.43-4.45)  | 0.73<br>(0.43-1.23)  | 0.92<br>(0.68-1.25)  | 0.69<br>(0.44-1.08)  | 1.12<br>(0.59-2.14)  |
|  | <b>2005-2009</b> | 0.42<br>(0.23-0.77)  | 0.47<br>(0.29-0.76)  | 0.54<br>(0.43-0.67)  | 2.30<br>(0.80-6.66)  | 0.33<br>(0.18-0.59)  | 0.79<br>(0.58-1.07)  | 0.52<br>(0.34-0.79)  | 1.27<br>(0.63-2.55)  |
|  | <b>p global</b>  | <0.0001              | <0.0001              | <0.0001              | 0.4495               | <0.0001              | 0.4314               | 0.0163               | 0.2528               |

[Taux de survie et risques relatifs de mortalité]

**Conclusion :** La survie s'est améliorée au cours du temps pour plusieurs des cancers étudiés. Néanmoins, chez les personnes infectées par le VIH qui ont eu des cancers du foie et du poumon, les taux de survie à 5 ans étaient toujours < 20% dans la période récente et proches de ceux observés dans la population générale en France en 2001-2004, soit 10% (9%-12%) pour le cancer du foie et 13% (13%-14%) pour le cancer du poumon.



## CANCER ET VIH

### SO10.2

#### Performance des tests de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes VIH-séropositives en Afrique : influence de la numération des CD4+ - étude HARP

Bernard Sawadogo<sup>1</sup>, S. Delany-Moretlwe<sup>1</sup>, S. Doutra<sup>1</sup>, C. Gilham<sup>1</sup>, O. Lompo<sup>1</sup>, T. Omar<sup>1</sup>, V. Costes<sup>1</sup>, H. Kelly<sup>1</sup>, S. Zan<sup>1</sup>, P. Michelow<sup>1</sup>, M. Segondy<sup>1</sup>, P. Mayaud<sup>1</sup>, on behalf of the HARP Study Group

<sup>1</sup>Université de Ouagadougou, Ouagadougou, Burkina Faso

**Objectifs** : Evaluer, contre critère de jugement histologique (CIN), les stratégies de dépistage du cancer du col chez des femmes africaines séropositives.

**Méthodes** : Participantes recrutées au Burkina Faso (BF) et en Afrique du Sud (RSA) parmi des femmes VIH-1-séropositives, âgées de 25-50 ans dont 2/3 prenaient des antirétroviraux. Dépistage systématique incluant:

- (1) inspection visuelle par IVA/IVL;
- (2) frottis cervical ;
- (3) détection de l'ADN HPV par Digene HC2; et
- (4) colposcopie.

La positivité d'au moins un des examens entraînait la réalisation de biopsies cervicales des quatre-quadrants.

**Résultats** : 629 femmes au BF et 625 en RSA ont été incluses avec une distribution des taux de CD4 (cellules/ $\mu$ l) similaire dans les deux sites: 68% avec CD4+  $\geq$ 350 et 10% avec CD4+ < 200. La prévalence de HPV à haut-risque était de 44% au BF et 60% en RSA, diminuant avec l'augmentation des CD4+ (P-trend < 0,001). La positivité à l'examen IVA/IVL était de 24% au BF et 41% en RSA (P < 0,001). Une cytologie anormale de bas ( $\geq$ LSIL) et haut ( $\geq$ HSIL) grade était retrouvée plus fréquemment en RSA (87%/29%) qu'au BF (18%/5%). Respectivement, 53% et 89% de femmes au BF et en RSA ont eu une indication de biopsie, avec une prévalence des CIN2+ de 5% et 21%. La prévalence CIN2+ diminuait avec l'augmentation de CD4+ (tableau). La sensibilité des méthodes de dépistage diminuait avec l'accroissement des CD4+, alors que leur spécificité augmentait (tableau). Le test HPV et un résultat cytologique  $\geq$ LSIL constituaient les stratégies les plus sensibles au BF et en RSA, respectivement; un résultat  $\geq$ HSIL représentant le test le plus spécifique dans les deux pays. La combinaison des tests n'apportait globalement pas d'amélioration des performances.

**Conclusions** : Les stratégies de dépistage du cancer du col varient en fonction du taux de CD4+, ce qui sera évalué prospectivement dans l'étude HARP.

## CANCER ET VIH

### SO10.3

#### Infection à human papilloma virus, dysplasies et cancer du col de l'utérus chez les femmes infectées par le VIH à Dakar

Selly Ba<sup>1</sup>, P.S. Sow<sup>1</sup>, M. Toure<sup>1</sup>, B. Dembélé<sup>2</sup>, M.P. Sy<sup>1</sup>, F. Traoré<sup>1</sup>, F. Sall<sup>1</sup>, Q. Feng<sup>3</sup>, G.S. Gottlieb<sup>3</sup>, N.B. Kiviat<sup>3</sup>, S.E. Hawes<sup>3</sup>,  
UW-Dakar HIV and Cervical Cancer Study Group

<sup>1</sup>CHU de Fann, Dakar, Sénégal, <sup>2</sup>Institut Curie Hôpital Arisitide le Dantec, Dakar, Sénégal, <sup>3</sup>Université de Washington, Seattle, États-Unis

**Objectifs :** Déterminer l'incidence de l'infection à HPV et des dysplasies du col de l'utérus chez une cohorte de femmes séropositives.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude descriptive et longitudinale menée durant la période d'octobre 2005 à septembre 2011 . Etait incluse toute femme âgée de 18ans et plus, infectée par le VIH consentant à participer à l'étude. Les critères d'exclusion étaient une grossesse et un col anormal au premier entretien. Après l'inclusion, le suivi était régulier tous les quatre mois avec un frottis cervico vaginal , une biopsie , une sérologie HPV.

**Résultats :** 209 femmes infectées par le VIH (VIH-1 :79% (n=167) VIH-2 : 14% (n=29) VIH- 1,2 : 7% (n=13)) ont été colligées ,d'âge médian de 41 ans (20,66), mariées dans 54% des cas .84% de la cible n'utilisait aucune méthode contraceptive .Le taux médian de lymphocytes CD4 était de 375cellules / mm<sup>3</sup> .La durée médiane de suivi était de 2,45 ans . L'ADN de l'HPV était positive dans 70% ( n=147)( VIH- 1(75%) VIH-2 (62%) VIH -1,2 ( 77%) p=0,3), parmi elles 118 ( 80 % ) avaient une positivité de plusieurs types de HPV ; les sérotypes 61 ( 18 % ) , 62 ( 15% ) , 16 ( 14 % ) , 58 ( 16 % ) , 52(17%) et 54 ( 15% ) étaient dominants . A la cytologie , 30% (n=62) présentaient des anomalies cytologiques ( VIH -1 (33% ) VIH-2 (25%) VIH1-2(23%) p=0 ,7), dont 6% de ASCUS , 12% de lésions de faible grade (LSIL), 4% de lésions de haut grade (HSIL), 4% de carcinome in situ (CIS ) , et 4% de cancer invasif ( CIC ).

**Conclusion :** Le dépistage précoce des dysplasies du col de l'utérus et leur prévention par la vaccination s'avèrent nécessaire chez les séropositives.

## LE SUIVI BIOLOGIQUE

### SO11.1

#### Prévalence de l'insuffisance rénale et facteurs associés chez les patients traités par les antirétroviraux au CNHU Hubert Koutoukou Maga de Cotonou (Bénin)

Marcel Zannou<sup>1,2</sup>, J. Vigan<sup>3</sup>, C. Houngbé<sup>2</sup>, A. Azon-Kouanou<sup>1,2</sup>, J. Akakpo<sup>2</sup>, R. Prudencio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CNHU, Cotonou, Bénin, <sup>2</sup>CTA/CNHU, Cotonou, Bénin, <sup>3</sup>Service de Néphrologie du CNHU, Cotonou, Bénin

**Objectifs** : Déterminer la fréquence de l'IR chez les PVVIH sous traitement antirétroviral (TAR) et d'identifier les facteurs associés à cette IR.

**Méthodes** : Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique, conduite au Centre de Traitement Ambulatoire des PVVIH du CNHU-HKM de Cotonou d'Avril à Juillet 2013. Etaient inclus, les patients âgés de plus de 16 ans, prenant un TAR depuis au moins trois mois et ayant dans leur dossier médical la créatininémie à l'initiation du TAR. Une nouvelle créatininémie a été réalisée à l'inclusion dans l'étude. La protéinurie était recherchée à la bandelette. L'IR était définie par la créatininémie supérieure à 12 mg/L chez la femme et à 14ml/L chez l'homme. L'association entre l'IR et les facteurs de risque étudiés était analysée par la régression binomiale, les intervalles de confiance étaient calculés à 95% et le seuil alpha à 5%.

**Résultats** : 480 patients avaient participé à l'étude (73,3% de femmes ; âge moyen : 41,4 ± 9,16 ans, scolarisés : 64,6%). La prévalence de l'IR était de 9,8% (47 cas). Aucun facteur sociodémographique (sexe, âge, niveau d'instruction, lieu de provenance) n'était associé à l'IR. Les principaux facteurs associés étaient l'hypertension artérielle (OR : 2,81 [1,37-5,80] ; p< 0,01), l'existence d'une créatininémie élevée avant l'initiation du TAR (OR : 2,14 [1,03-4,46] ; p< 0,04) et la présence d'une protéinurie (OR : 4,4 [2,19-8,7] ; p < 0,01). La didanosine était également associée à l'apparition d'une IR, tandis que le Ténofovir ne l'était pas.

**Conclusion** : La prévalence de l'IR chez les patients recevant un TAR est élevée. Le dosage de la créatininémie dans le suivi biologique au cours du TAR reste une nécessité. La recherche de protéinurie devrait être intégrée au bilan minimum offert aux patients. Enfin le contrôle de la tension artérielle doit être systématique.

## LE SUIVI BIOLOGIQUE

### SO11.2

#### Échec virologique des traitements ARV après un an de suivi au Mali

Aliou Balde<sup>1</sup>, D.B. Fofana<sup>1</sup>, M. Sylla<sup>2</sup>, I.A. Maiga<sup>3</sup>, M. Cissé<sup>4</sup>, I. Sangaré<sup>5</sup>, F. Diallo<sup>6</sup>, F. Daou<sup>1</sup>, B. Traore<sup>1</sup>, D.K. Minta<sup>7</sup>, H.A. Traore<sup>8</sup>, M.Y. Maiga<sup>9</sup>, O. Koita<sup>1</sup>, C. Katlama<sup>10</sup>, V. Calvez<sup>11</sup>, A.G. Marcelin<sup>11</sup>, R. Murphy<sup>12</sup>, A.I. Maiga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CEREF/SEREFO, Bamako, Mali, <sup>2</sup>Pédiatrie, CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali, <sup>3</sup>GIP ESTHER, Bamako, Mali, <sup>4</sup>CESAC, Bamako, Mali, <sup>5</sup>USAC Commune I, Bamako, Mali, <sup>6</sup>USAC Commune V, Bamako, Mali, <sup>7</sup>Maladies Infectieuses, CHU Point-G, Bamako, Mali, <sup>8</sup>Medecine Interne, CHU Point-G, Bamako, Mali, <sup>9</sup>Gastro-entérologie, CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali, <sup>10</sup>Maladies Infectieuses, Hopital de la Pitié Salpêtrière, Paris, France, <sup>11</sup>Laboratoire de Virologie, Hopital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, France, <sup>12</sup>Maladies Infectieuses, Université Northwestern, Chicago, États-Unis

**Contexte :** L'année 2010 a vu le renforcement des capacités des laboratoires d'analyses par la mise à disposition d'appareils de charge virale par les autorités maliennes pour le suivi biologique des patients infectés par le VIH-1 sous traitement antirétroviral ou non.

**Objectif :** Etudier la prévalence des patients infectés par le VIH-1 en échec virologique après au moins un (1) an de traitement antirétroviral.

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale portant 404 patients d'au moins un an sous ARV parmi les 682 patients ayant bénéficié d'une charge virale (CV) entre Février et Décembre 2011 dans notre laboratoire. Ces patients provenaient de huit sites de prise en charge à Bamako et de trois sites régionaux de prise en charge à Kayes (1) et Ségou (2).

Les CV ont été réalisées sur la plateforme Abbott PCR en temps réel avec extraction manuelle.

**Résultats :** Le sexe féminin représentait 68,0%, l'âge médian était de 33 ans [IQR (25-42)], le taux de CD4 médian était de 325 cellules/mm<sup>3</sup> [IQR (201-535)] et la CV moyenne était de 119350,2 copies/ml. Le schéma AZT+3TC+NVP représentait 52,7% des régimes contenant 2INTI+1INNTI (81,7%) et le schéma AZT+3TC+LPV/r représentait 43,2% des régimes contenant 2INTI+1IP (18,3%). La prévalence des échecs virologiques (CV≥1000 copies/ml) était de 24,1%, 25,0%, 33,3% et 36,0% respectivement à 1 an, 2 ans, 3 ans et plus de 3 ans.

Par contre avec le seuil de CV≥50 copies/ml, la prévalence des échecs virologiques étaient de 39,0%, 39,3%, 46,0 et 47,9% respectivement à 1 an, 2 ans, 3 ans et plus de 3 ans.

**Conclusion :** Ces résultats montrent qu'avec le seuil de CV≥50 copies/ml, la prévalence des échecs virologiques est très élevée par rapport au seuil de l'OMS (CV≥1000 copies/ml).

## LE SUIVI BIOLOGIQUE

### SO11.3

#### Décentralisation de l'offre de la charge virale (CV) plasmatique en routine dans un pays à ressources limitées, cas de la Côte d'Ivoire : expérience du CeDReS de 2009 à 2013 projet ESTHER/CeDReS

Hervé Menan<sup>1</sup>, F. Koné<sup>1</sup>, V. Yapo<sup>1</sup>, T. Toni<sup>1</sup>, N.F. Ello<sup>2</sup>, J.M. Massumbuko<sup>3</sup>, G. Raguin<sup>4</sup>, A. Laurent<sup>4</sup>, C. Rouzioux<sup>5</sup>

<sup>1</sup>CEDRES, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>2</sup>Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT), CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire,

<sup>3</sup>Groupe d'Intérêt Public (GIP) Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique en Réseau (ESTHER), Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>4</sup>Groupe d'Intérêt Public (GIP) Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique en Réseau (ESTHER), Paris, France, <sup>5</sup>Laboratoire de Virologie, CHU Necker - Enfant, Paris ; Université Paris V, René Descartes, Paris, France

**Contexte** : En Afrique, la mesure CV plasmatique du VIH est peu ou pas accessible du fait du coût élevé et de la localisation des laboratoires. La disponibilité et la décentralisation de la CV sont primordiales pour la détection de l'échec thérapeutique.

**Objectif** : Réaliser en routine, dans un laboratoire central à Abidjan, la CV plasmatique du VIH des patients de plusieurs sites de prise en charge répartis sur l'étendue du territoire en Côte d'Ivoire.

**Méthodes** : Après un renforcement des capacités du CeDReS grâce à un appui financier du GIP ESTHER et technique du laboratoire de virologie de l'hôpital Necker, les médecins de 32 sites de prise en charge des PVVIH ont été formés à l'utilisation de la CV. Un système de transfert des échantillons des sites vers le CeDReS et de remise des résultats du CeDReS vers les sites a été mis en place. Des missions de supervision et de coaching ont été régulièrement effectuées sur les différents sites.

**Résultats** : Vingt cinq (n=25) sites dans 6 régions ont effectivement bénéficié de l'offre de la CV (Biocentric, Bandol, France). Au total 12119 CV ont été réalisées de décembre 2009 à juillet 2013. Le système d'acheminement des échantillons et d'envoi des résultats a bien fonctionné. Un taux de 94,6 % de réalisation des CV avec remise des résultats au médecin traitant et utilisation effective de la CV. Quelques retards ont parfois été observés dans le rendu des résultats.

**Conclusion** : La décentralisation de la CV est réalisable dans un contexte de PED à travers les réseaux de prise en charge clinique, la mise en place d'une logistique et le renforcement des capacités. Le système d'acheminement des échantillons et d'envoi des résultats pourrait servir de modèle à d'autres pays à ressources limitées.

**Mots clés** : VIH, charge virale, Côte d'Ivoire

## LE SUIVI BIOLOGIQUE

### SO11.4

#### Détermination de l'efficacité du traitement antirétroviral par évaluation virologique et pharmacologique sur prélèvement capillaire sur papier buvard (DBS) dans une cohorte de patients infectés par le VIH au Niger

Yacouba Nouhou<sup>1</sup>, M. Lê<sup>2</sup>, S. Moussa<sup>3</sup>, C. Delaugerre<sup>4</sup>, M. Daou<sup>3</sup>, Y. Hanki<sup>3</sup>, B. Madougou<sup>3,5</sup>, G. Peytavin<sup>6</sup>, E. Adehossi<sup>3</sup>, E. Rouveix<sup>7,8,9</sup>, M. Saidou<sup>10</sup>, P. de Truchis<sup>7,8,9</sup>

<sup>1</sup>CTA, Niamey, Niger, <sup>2</sup>Service Pharmacologie, APHP CHU X Bichat, Paris, France, <sup>3</sup>Hopital National de Niamey, Niamey, Niger, <sup>4</sup>Service Bactériologie-Virologie, APHP CHU St Louis, Paris, France, <sup>5</sup>Coordination ESTHER Niger, Niamey, Niger, <sup>6</sup>Service Pharmacologie, APHP CHU X Bichat, Paris, Niger, <sup>7</sup>APHP, Hopitaux Universitaires Paris IdF Ouest, Garches, France, <sup>8</sup>Entraide Santé 92, Boulogne, France, <sup>9</sup>GIP ESTHER, Paris, France, <sup>10</sup>Laboratoire de Référence de Virologie, CHU Lamordé, Niamey, Niger

**Objectifs :** Déterminer le taux d'échec virologique en 1<sup>ère</sup> et 2<sup>e</sup> ligne de traitement antirétroviral (ARV) chez des patients infectés par VIH suivis à Niamey (Niger), évaluer la faisabilité et l'efficacité de la détermination de charge virale (VL) et de la résistance génotypique (GR), couplée au dosage pharmacologique ARV, par prélèvement DBS.

**Méthodes :** Les patients traités depuis >1an par ARV en 1<sup>ère</sup> ligne (2nRTI+1INNRT) ou en 2<sup>e</sup> ligne (ABC+ddI+rLPV) étaient inclus, le DBS était réalisé (5 spots de 50ml), la VL était déterminée par NASBA Nuclisens EasyQ® HIV-1 v2.0 (BioMérieux, seuil 800c/ml), et le GR était effectué sur les VL détectées (Nuclisens EasyMAG, méthode consensus ANRS). Les concentrations d'ARV étaient déterminées par chromatographie liquide + spectrométrie de masse, prélevées 12h après prise (Cmin), et interprétés selon les seuils habituels après corrections selon sexe, hématoците, liaison aux protéines. **Résultats:** médianes (IQR).

**Résultats :** 245 patients inclus, 40% hommes, âgés de 41 (35-47) ans, infectés par le VIH depuis 5 (3-7) ans, avec des CD4 à 153(63-247)/ ml au début des ARV. Après 4 (2-6)ans d'ARV, le gain en CD4 était de +198 (97-369)/ml, 83% des patients avaient VL< 800c/ml, 87% des patients avec Cmin adéquates en 1<sup>ère</sup> ligne, corrélées au succès (p< 0,001). Un génotypage de résistance a pu être obtenu chez 72% des patients avec VL+, avec identification des mutations de résistance.

**Conclusion :** Cette 1<sup>ère</sup> étude de la réponse virologique au Niger montre une bonne réponse immunovirologique (81% avec VL< 800c/ml mesurée sur DBS) à 4 ans de traitement 1<sup>ère</sup> ligne. La bonne observance est confirmée par les dosages ARV, la majorité des échecs sont expliqués par la résistance génotypique sur DBS. L'utilisation des DBS pourrait améliorer le dépistage et la prise en charge précoce des échecs chez les patients suivis dans les pays à faible revenu.

## LE SUIVI BIOLOGIQUE

### SO11.5

#### Conséquences de la mesure de la charge virale sur papier buvard par méthode générique ou commerciale : expérience du suivi biologique des patients sous ARV au Nord Kivu, RDC

Laetitia Serrano<sup>1</sup>, J. Muwonga<sup>2</sup>, S. Edidi<sup>2</sup>, J.P. Kabuayi<sup>3,4</sup>, A. Kambale Kiputsu<sup>5</sup>, A. Okenge Nyuma<sup>3</sup>, E. Delaporte<sup>1</sup>, M. Peeters<sup>1</sup>, F. Boillot<sup>6,7</sup>

<sup>1</sup>IRD / Université Montpellier 1, Montpellier, France, <sup>2</sup>Laboratoire National de Référence du Sida, Kinshasa, Congo, République Démocratique du, <sup>3</sup>Programme National de Lutte contre le Sida et les IST, Kinshasa, Congo, République Démocratique du,

<sup>4</sup>Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida, Kinshasa, Congo, République Démocratique du, <sup>5</sup>Division Provinciale de la Santé, Goma, Congo, République Démocratique du, <sup>6</sup>Alter - Santé Internationale & Développement, Montpellier, France, <sup>7</sup>Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (L'Union), Paris, France

**Contexte :** L'OMS recommande la mesure de la charge virale (CV) pour le suivi virologique. En zone décentralisée le prélèvement sur papier buvard (DBS) et son envoi vers un laboratoire de référence en est un moyen et l'utilisation de tests génériques pourrait en diminuer le coût.

**Méthode :** Dans le cadre du projet IHC de prise en charge intégrée TB et VIH au Nord Kivu une étude a collecté en routine 169 DBS de patients sous ARV (>1 an). Après stockage à -12°C les échantillons étaient envoyés à Kinshasa et stockés à -80°C pour la mesure de CV (m2000rt, Abbott). Les échantillons étaient ensuite envoyés à Montpellier pour mesure de CV par test générique (Biocentric) et test de résistance.

**Résultats :** Sur 169 échantillons, 53 (31,4%) ont une CV >1000 copies/ml avec m2000rt versus 85 (50,3%) avec le test générique. Les résultats sont concordants pour seulement 117 (69,2%), la différence étant essentiellement liée aux échantillons ayant une CV entre 1000 et 5000 copies/ml, soit 47 (27,8 %) avec biocentric versus 12 (7,1%) avec m2000rt. Le génotype de résistance réalisé pour les échantillons >1000 copies/ml, a montré des mutations de résistance pour 25/53 et 26/85 dans le groupe m2000rt versus générique, respectivement. Au seuil de 5000 copies/ml (seuil réduisant l'impact de l'ADN proviral) pour le générique, seulement 38 (22,5%) échantillons sont considérés en échec virologique mais 8 patients résistants ne sont pas détectés.

**Conclusion :** Avec le générique au seuil de 1000 copies/ml, 1/3 de patients additionnels ont été génotypés ou seraient candidats au traitement de 2ème ligne de façon inappropriée. Cependant à 5000 copies/ml, 30 % des virus résistants ne sont pas identifiés. Dans le contexte de décentralisation, le test générique n'est donc pas adapté et induirait un surcoût programmatique considérable.

## LE SUIVI BIOLOGIQUE

SO11.6

**Le marché des technologies de CD4 et de charge virale et leur utilisation optimale : résultats de deux enquêtes annuelles conduites par l'OMS en 2012 et en 2013**

Vincent Habiyambere<sup>1</sup>, Joseph Perriens<sup>1</sup>

<sup>1</sup>OMS, VIH/SIDA, Genève, Suisse

**Objectif** : L'OMS conduit annuellement une enquête auprès des pays à ressources limitées pour étudier la couverture géographique et l'utilisation des technologies de laboratoire et faire des recommandations.

**Méthodologie** : Un questionnaire est envoyé aux 6 bureaux régionaux de l'OMS qui les soumettent à leurs pays respectifs. Le questionnaire rempli est ensuite envoyé par le pays au bureau régional qui le transmet au siège de l'OMS à Genève qui fait la compilation, le nettoyage et l'analyse des données, le rapport de l'étude et la dissémination des résultats.

**Résultats** : L'enquête a couvert 96 pays à ressources limitées où se trouvent 5.5 millions de PVVIH sur le total des 9.7 millions reportés fin 2012 soit 57% . En 2012, l'étude a trouvé au total 4,318 équipement de CD4 dont les 5 technologies dominant le marché à plus de 90% sont successivement BD Facscount, Pima, Partec Cyflow, BD FacsCalibur et Millipore Guava. L'année précédente Pima venait en troisième position. Concernant les performances, 10% et 5% des technologies CD4 n'étaient pas opérationnelles respectivement en 2011 et 2012 par manque de réactifs, machines en panne ou personnel non formé. L'étude a aussi trouvé au total 631 équipement de charge virale dont les 5 technologies dominant le marché sont successivement Abbott Realtime HIV-1, Cobas Ampliprep/Cobas taqman, Nuclisens easyQ, Amplicor Roche et Versant HIV 1. Concernant les performances, 11% et 14.4% des technologies charge virale n'étaient pas opérationnelles en 2011 et 2012 respectivement. En moyenne, il y a 1 test de CD4 par personne par an. Ce nombre est encore plus bas pour la charge virale.

**Conclusion** : Le nombre d'équipements de CD4 au points de prise en charge a augmenté entre 2011 et 2012. La faible performance des services de laboratoire pour des causes évitables appelle une action urgente des gouvernements et partenaires.

## TRANSMISSION MÈRE-ENFANT

### SO12.1

#### **Les personnes vivants avec le VIH /Sida face au désir de procréation suivi au Centre de Traitement Ambulatoire de Matam ( Guinée)**

Foromo Guilavogui<sup>1</sup>, O. Balde<sup>2</sup>, N.E. Lama<sup>3</sup>, M.M. Balde<sup>2</sup>, N. Keita<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hôpital Donka, Département de Médecine, Conakry, Guinée, <sup>2</sup>Hôpital Donka, Conakry, Guinée, <sup>3</sup>Hôpital Donka, Faculté de Médecine -Pharmacie -Odontostomatologie, Conakry, Guinée, <sup>4</sup>Hôpital Donka, Service de Gynécologie et d'Obstétrique, Conakry, Guinée

**Introduction** : Plus les PVVIH se sentent mieux grâce au TARV, ils évoquent au quotidien le désir de procréer, ce qui les pousse parfois à un changement de comportement.

Cette étude avait pour but d'étudier l'importance du désir de procréation au sein des Personnes Vivants avec le VIH.

**Matériel et méthodes** : Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif, d'une durée de quatre (4) mois, allant du 15 Août au 15 Novembre 2011 chez les PVVIH dont l'état clinique s'est amélioré par le TARV au CTA de Matam.

**Résultats** : Sur 390 PVVIH désirant avoir un enfant, 67,6% étaient du sexe féminin avec un sexe ratio de 2 F/H, la tranche d'âge de 26 à 31 ans était la plus touchée avec un âge moyen de 32 ans avec des extrêmes de 18 à 45 ans. Les mariés étaient les plus nombreux 44,1% dont 11,5% de marié polygame et 32,6% dans un système de monogames contre 34,1% de célibataires.

56,2% désiraient un enfant pour des nécessités culturelles, 36% à cause du nombre insuffisant ou du manque d'enfant. La majeure partie de nos patients soit 60,6% disent avoir discuté avec leur partenaire sur la question de procréation et 52,2% affirment que leur partenaire avait un avis favorable. Cependant 110 ne voulaient pas avoir d'enfants, 34%( 35/110) des ces femmes estimaient un nombre suffisant (< 3 enfants). Quant à la connaissance des bénéfices du préservatif 42,6% avaient une bonne connaissance des risques de contamination du partenaire et de l'enfant.

**Conclusion** : Il est maintenant impératif de prendre en compte le désir de procréation dans le suivi des PVVIH pour réduire les risques de propagation de l'infection à VIH.

**Mots clés** : *PVVIH/sida, désir de procréation, AMP, CTA de Matam.*

## TRANSMISSION MÈRE-ENFANT

SO12.2

**Dépistage anténatal du VIH : connaissances, attitudes, croyances et comportements des femmes enceintes. Analyse des pratiques actuelles et impact de la mise en place d'un dépliant informatif**

Mathieu Morin<sup>1</sup>, J. Potin<sup>1</sup>, C. Perrin<sup>2</sup>, N. Thiercelin<sup>1</sup>, F. Perrotin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CHU de Tours, Tours, France, <sup>2</sup>Université F Rabelais de Tours, Tours, France

**Objectif :** Evaluer l'impact d'un dépliant d'information sur le comportement et les connaissances des femmes enceintes concernant les risques de l'infection à VIH durant la grossesse.

**Matériels et méthodes :** Etude prospective comparative réalisée en deux phases sur des patientes se présentant pour la première fois en consultation prénatale à la maternité du CHU de Tours (n=539). Lors de la première phase, seul un auto-questionnaire anonyme a été remis, au cours de la seconde un dépliant informatif a été joint au questionnaire.

**Résultats :** Dans le cadre actuel 25,1% des femmes enceintes n'ont pas réalisé de test lors de leur grossesse. Ce chiffre passe à 12,9% lors que le test est systématiquement proposé .Il tombe à 8,2% avec la mise en place d'un dépliant informatif. Le test a été imposé à 28,7% des patientes. Certains risques de transmission du VIH, notamment ceux spécifiques à la grossesse, sont sous évalués. Un test négatif avant la grossesse est le principal motif refus du test anténatal. Le niveau d'étude supérieur des patientes constitue le seul facteur de refus du dépistage identifié.

**Conclusion :** La diffusion d'un dépliant informatif permet de faire progresser le dépistage anténatal, en augmentant le nombre de femmes qui réalisent le test, et en améliorant leurs connaissances sur les risques de transmission, en particulier de la mère à l'enfant. (Ce dépliant a déjà été imprimé par le COREVH Midi-Pyrénées Limousin à plus de 15 000 exemplaires pour diffuser dans la région. Il n'existe aucun autre dépliant sur ce sujet à l'heure actuelle en France.)

## TRANSMISSION MÈRE-ENFANT

### SO12.3

#### **Elimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en Guinée d'ici 2015: pourrait on y parvenir dans un contexte d'équilibre d'opportunités et de défis programmatiques?**

Abdoulaye Kaba<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ONUSIDA, Conakry, Guinée

La transmission du VIH de la mère à l'enfant reste toujours élevée en Guinée, soit 29,93%. En dépit du gap pour assurer le succès du programme d'eTME, la Guinée dispose des atouts pour réaliser sa vision avec couverture acceptable en infrastructures santé et en personnel offrir services d'e-TME ; des subventions de l'Etat, du Fonds mondial (FM), de l'UNICEF pour la mise en œuvre du plan d'e-TME. En outre, la progression de l'apport financier de l'Etat, l'admission de la Guinée à soumettre une requête au nouveau modèle de financement du FM.

L'objectif est de contribuer à l'analyse des déterminants pour la réalisation de l'eTME d'ici 2015.

La revue de la littérature de 2008 à 2012 et les estimations de cibles de 2008 à 2015, ont permis d'exprimer la situation et les écarts d'ici 2015.

En 2012, 89 structures de santé offrent la PTME sur 447 disponible en 2012, soit un écart de 358 d'ici 2015; 64% de femmes vues en CPN sont testés et connaissent leur résultat, parmi celles qui sont infectées plus de la moitié (56%) ne sont pas couvertes en prophylaxie antiretrovirale et le VIH est transmis à près de 30% des enfants nés dans ces conditions. Par ailleurs les dépenses consacrées à la PTME représentent 1,2% des dépenses totales de la réponse au VIH/sida en Guinée.

Le faible financement de l'eTME, pourrait être attribué au faible niveau des indicateurs. La répartition inégale des structures de santé, du personnel entre le milieu urbain et rural pourraient être aussi être associées. Le financement complémentaire du plan eTME, la focalisation des efforts aux populations peu couvertes pourraient aider à améliorer des indicateurs d'ici 2015.

Un leadership de l'Etat Guinéen à travers l'appropriation et la gestion optimale des ressources sont nécessaires pour la réalisation de l'e-TME d'ici 2015.

## TRANSMISSION MÈRE-ENFANT

SO12.4

### Les limites de l'allaitement protégé chez les femmes dépistées tardivement au Sénégal

Sokhna Boye<sup>1</sup>, K. Sow<sup>1</sup>, A. Desclaux<sup>1</sup>, M. Grunitzky<sup>1</sup>, A. Guéye<sup>2</sup>

<sup>1</sup>IRD, Dakar, Sénégal, <sup>2</sup>Aboya, Dakar, Sénégal

**Objectif** : Les stratégies récentes de PTME reposent sur l'allaitement protégé par des ARV débutés tôt pendant la grossesse. Les femmes dépistées tard devraient pratiquer l'alimentation artificielle. L'objectif de cette présentation est de décrire les raisons du dépistage tardif des femmes et leur expérience concernant l'allaitement de leur enfant au Sénégal.

**Méthodologie** : Les données sont issues d'une étude qualitative (projet ANRS 12271), réalisée par entretiens approfondis auprès de 35 femmes vVIH ayant eu l'expérience de la PTME. Dakar (Sénégal) et d'observations aux domiciles des mères. Les entretiens enregistrés ont été traduits du wolof et retranscrits puis analysés.

**Résultats** : Près de la moitié des femmes ont été dépistées après 3 mois de grossesse dont plus de cinq entre 4 et 9 mois. L'étude des itinéraires montre que ce dépistage tardif est dû au retard de la première consultation prénatale (CPN) (ce qui est fréquent au Sénégal) au cours de laquelle le test de dépistage du VIH leur est proposé. Dans ces cas, l'allaitement artificiel est conseillé par les soignants et les médiatrices. Mais, le lait n'étant plus donné gratuitement dans les services de santé, les récits montrent que ces femmes sont confrontées à des difficultés financières pour en acheter. Les stratégies qu'elles mettent en œuvre seront détaillées. Certaines substituent le lait à la bouillie de mil. Les médiatrices bricolent pour leur trouver du lait artificiel.

**Conclusion** : L'insuffisance de mesures spécifiques d'accompagnement pour les femmes dépistées tardivement limite la mise en œuvre de l'allaitement protégé et crée des situations à risque nutritionnel pour les nourrissons et à risque social pour leurs mères

## TRANSMISSION MÈRE-ENFANT

### SO12.5

#### Essai randomisé contrôlé de l'efficacité et de la tolérance d'une prophylaxie antirétrovirale (ARV) pre-exposition (PreP) infantile pour réduire la transmission postnatale du VIH-1 : essai ANRS 12174 PROMISE-PEP

Nicolas Meda<sup>1</sup>, N. Nagot<sup>2</sup>, C. Kankasa<sup>3</sup>, J.K. Tumwine<sup>4</sup>, A. Atu<sup>5</sup>, D. Jackson<sup>5</sup>, R. Vallo<sup>2</sup>, T. Tylleskar<sup>6</sup>, P. Van de Perre<sup>7</sup>, ANRS 12174  
<sup>1</sup>Centre MURAZ / Université de Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, <sup>2</sup>INSERM U1058, Université de Montpellier 1, Montpellier, France, <sup>3</sup>University Teaching Hospital, Dept of Paediatrics, Lusaka, Zambie, <sup>4</sup>Makerere University, Dept of Paediatrics, Kampala, Ouganda, <sup>5</sup>University of Western Cape, School of Public Health, Cape Town, Afrique du Sud, <sup>6</sup>University of Bergen, Centre for International Health, Bergen, Norvège, <sup>7</sup>INSERM1058, University of Montpellier 1, Montpellier, France

**Objectif :** Notre objectif était de tester l'efficacité et la tolérance d'une prophylaxie infantile par lopinavir/ritonavir (LPV/r) versus lamivudine (3TC) pour prévenir la transmission du VIH-1 pendant la durée recommandée de l'allaitement maternel (50 semaines).

**Méthodes :** Des nouveau-nés du Burkina Faso, d'Afrique du Sud, d'Ouganda et de Zambie nés de mères non-éligibles aux ARV (T-CD4>350/ $\mu$ L), non-infectés par le VIH à J7, allaités, ayant un poids de naissance >2000 g ont été randomisés au 3TC ou LPV/r. Le critère de jugement principal était l'infection VIH jusqu'à la 50<sup>ème</sup> semaine, diagnostiquée par un test PCR/ADN VIH-1 trimestriel. Les critères secondaires incluaient le décès, la survie sans VIH et la survenue d'événements indésirables graves.

**Résultats :** Entre 2009 et 2012, 1273 enfants ont été randomisés dont 636 dans le bras LPV/r et 637 dans le bras 3TC. Le taux médian de T-CD4 chez les mères avant l'accouchement était de 529 cellules/ $\mu$ L (EIQ : 432-669). Globalement, 1119 enfants (88,3%) ont complété l'étude. La durée médiane d'allaitement dans la cohorte était de 42 semaines (EIQ : 41-42). Au total, 17 nourrissons ont été infectés par le VIH (dont 8 après l'âge de 6 mois) : 8 dans le bras LPV/r et 9 dans le bras 3TC, donnant un taux d'infection à 50 semaines de 1,39% (IC95% : 0,7-2,76) et 1,53% (IC95% : 0,8-2,91), respectivement dans les groupes LPV/r et 3TC (p=0,83). Dix-huit enfants (2,83%) sont décédés dans le groupe LPV/r contre 15 (2,35%) dans le groupe 3TC (p=0,57), induisant une survie sans VIH de 96,5% (IC95% : 94,6-97,7) et 96,3% (IC95% : 94,4-97,5), respectivement. La tolérance des médicaments était similaire entre les deux groupes.

**Conclusion :** La stratégie PEP par LPV/r ou 3TC pendant un an est efficace et bien tolérée pour éliminer la transmission du VIH liée à l'allaitement en Afrique.

## TRANSMISSION MÈRE-ENFANT

### SO12.6

#### Fréquence des issues défavorable de grossesses selon l'exposition ou non aux antirétroviraux au 1<sup>er</sup> trimestre : étude nichée dans l'essai temprano ANRS 12136

Anani Badjé<sup>1,2</sup>, G.M. Kouamé<sup>1</sup>, R. Moh<sup>1,2,3</sup>, D. Gabillard<sup>1,2</sup>, J. Le Carrou<sup>1,2</sup>, E. Ouattara<sup>1,2</sup>, S. Eholié<sup>1,3</sup>, D.K. Ekouevi<sup>1,2</sup>, J.B. N'Takpé<sup>1,2</sup>, R. Becquet<sup>1,2</sup>, X. Anglaret<sup>1,2</sup>, C. Danel<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Programme PAC-CI, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>2</sup>Inserm U897, ISPED, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, France,

<sup>3</sup>Département de Dermatologie et d'Infectiologie, UFR Sciences Médicales, Abidjan, Côte d'Ivoire

**Contexte** : Le traitement antirétroviral (ARV) est recommandé de plus en plus précocement. L'impact des ARV sur les issues de grossesse est une question importante, peu étudiée en Afrique où la majorité des personnes infectées par le VIH sont des femmes.

**Objectifs** : Décrire et analyser les issues défavorables de grossesse selon l'exposition ou non aux ARV pendant le 1<sup>er</sup> trimestre.

**Méthodes** : Etude de cohorte nichée dans l'Essai Temprano. Dans cet essai, des adultes avec < 800 CD4/mm<sup>3</sup> et pas de critère OMS de débuter les ARV sont randomisés en deux stratégies : début immédiat du traitement ARV, ou début du traitement ARV différé jusqu'à obtention des critères OMS. Dans la deuxième stratégie, les femmes qui deviennent enceinte sans traitement débutent les ARV au 2<sup>ème</sup> trimestre. Les régimes de 1<sup>ère</sup> intention sont TDF-FTC-EFV et TDF-FTC-LPV/r. Nous comparons ici les issues défavorables de grossesse (petit poids de naissance < 2500g [PPN], décès néonatal, mort-né, fausse couche spontanée [FCS], infection à VIH, malformation congénitale) entre les femmes qui étaient déjà sous ARV au moment de la conception (expo-précoce) avec celles qui ont débuté les ARV au 2<sup>ème</sup> trimestre (expo-tardive).

**Résultats** : Un total de 172 grossesses (âge médian 30 ans, médiane de nadir de CD4 396/mm<sup>3</sup>) est survenues pendant le suivi dans l'essai. Il y a eu 58 (33,7%) issues défavorables, dont 27 PPN (15,7%), 21 FCS (12,2%), 4 décès (2,3%), 3 morts nés (1,7%), 2 infections par le VIH (1,2%) et 1 malformation congénitale (0,6%). Le détail par groupe d'exposition est est consigné dans le tableau.

| Issues de grossesse         | Expo précoce |      | Expo tardive |      | p    |
|-----------------------------|--------------|------|--------------|------|------|
|                             | n            | %    | n            | %    |      |
| PPN                         | 16           | 14,6 | 11           | 17,7 | 0,58 |
| FCS                         | 14           | 12,7 | 7            | 11,3 | 0,78 |
| Morts nés                   | 3            | 2,7  | 0            | 0,0  | 0,55 |
| Décès néonataux             | 2            | 1,8  | 2            | 3,2  | 0,62 |
| Enfants infectés par le VIH | 1            | 0,9  | 1            | 1,6  | 1,00 |
| Malformation congénitale    | 0            | 0,0  | 1            | 1,6  | 0,36 |
| TOTAL                       | 36           | 32,7 | 22           | 33,9 | 0,74 |

[Description et comparaison des issues de grossesse]

**Conclusion** : La proportion globale des issues défavorables n'était pas significativement différente entre les grossesses exposées ou non aux ARV au cours du 1<sup>er</sup> trimestre.

## TRANSMISSION MÈRE-ENFANT

### SO12.7

#### Connaissance, attitude et pratique des prestataires des soins de la salle d'accouchement en rapport avec la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à Lubumbashi

Albert Mwembo -Tambwe a Nkoy<sup>1</sup>, P. Kalenga Muenze<sup>1</sup>, P. Donner<sup>2</sup>, P. Humblet<sup>2</sup>, F. Chenge Mukalenge<sup>1</sup>, W. Dramaix<sup>3</sup>, P. Buekens<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Université de Lubumbashi, Katanga, Lubumbashi, Congo, République Démocratique du, <sup>2</sup>Ecole de Santé Publique/ULB, Bruxelles, Bruxelles, Belgique, <sup>3</sup>Ecole de Santé Publique/ULB, Katanga, Lubumbashi, Belgique, <sup>4</sup>Public Health Institut /Tulane University, Nouvelles Orleans, États-Unis

**Objectif :** Evaluer le niveau de Connaissance, Attitude et Pratique (CAP) des prestataires des maternités en rapport avec la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) à Lubumbashi.

**Méthodologie :** Ce travail repose sur une étude transversale descriptive réalisée dans 27 maternités de Lubumbashi en Avril 2010. L'échantillon était constitué de 153 prestataires travaillant dans ces maternités et qui ont été interrogés sur leur CAP en rapport avec la PTME. Pour faire cette évaluation, un score de 24 points a été classé en «suffisant» ou «insuffisant» selon qu'il était d'au moins 12 ou inférieur à 12.

**Résultats :** Le niveau de CAP de la PTME des prestataires des maternités à Lubumbashi est suffisant dans seulement 8,5 % des cas. La proportion de prestataires avec un niveau CAP suffisant était significativement plus élevé chez les universitaires que chez les non universitaires (Odds Ratio ajusté [ORa] = 8,6; Intervalle de Confiance [IC] 95% : 1,6-47,5) et dans les maternités où la PTME était intégrée (OR = 4,5 ; IC 95% : 1,3-18,4). Conclusion : Le niveau de Connaissance, Attitude et Pratique en matière de PTME est très bas chez les prestataires affectés dans les maternités à Lubumbashi. Il y a nécessité d'organiser des formations pour les prestataires de ces services.

**Mots clés :** Attitude, Connaissance, Infection du VIH, Prévention de la transmission mère-enfant, Lubumbashi.

## TRANSMISSION MÈRE-ENFANT

SO12.8

**Impact des modalités d'alimentation sur la survie sans VIH des enfants exposés. Essai Kesho Bora (Burkina-Faso, Kenya, Afrique du Sud)**

Amandine Cournil<sup>1</sup>, P. Van de Perre<sup>2</sup>, C. Cames<sup>3</sup>, I. De Vincenzi<sup>4</sup>, S. Luchters<sup>5</sup>, N. Méda<sup>6</sup>, K. Naidu<sup>7</sup>, M.-L. Newell<sup>8</sup>, J. Read<sup>9</sup>, K. Bork<sup>1</sup>, Kesho Bora Study Group

<sup>1</sup>IRD / Université Montpellier 1, UMI 233 - TRANSVIHMI, Montpellier, France, <sup>2</sup>INSERM U1058 - Université Montpellier 1, Département de Bactériologie-virologie, Montpellier, France, <sup>3</sup>IRD / Université Montpellier 1, UMI 233 - TRANSVIHMI, Dakar, Sénégal, <sup>4</sup>OMS, Département de Santé Reproductive, Genève, Suisse, <sup>5</sup>International Centre for Reproductive Health, Mombasa, Kenya, <sup>6</sup>Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, <sup>7</sup>Université de KwaZulu-Natal, KwaZulu-Natal, Afrique du Sud, <sup>8</sup>Africa Centre for Health and Population Studies, Université KwaZulu-Natal, KwaZulu-Natal, Afrique du Sud, <sup>9</sup>National Institute of Health, Bethesda, États-Unis

**Contexte** : Les enfants exposés au VIH et sevrés précocement ont un risque de mortalité plus élevé que ceux qui sont allaités plus longtemps, mais ils ont également un risque de d'infection réduit par rapport à l'allaitement prolongé, en absence de couverture antirétrovirale pendant l'allaitement. L'objectif est d'évaluer l'impact des modalités d'alimentation sur la survie sans VIH des enfants exposés, suivis jusqu'à 18 mois en présence ou non de prophylaxie antirétrovirale au cours de l'allaitement.

**Méthodes** : Les femmes enceintes infectées par le VIH étaient randomisées pour recevoir, soit une trithérapie antirétrovirale préventive jusqu'à l'arrêt de l'allaitement à 6 mois maximum (triple ARV), soit un régime court (zidovudine pendant la grossesse et dose unique de névirapine à l'accouchement). La survie sans VIH des enfants non infectés à 2 semaines a été évaluée selon l'alimentation à 3 mois (alimentation artificielle depuis la naissance, sevrage avant 3 mois, allaitement).

**Résultats** : Parmi 753 enfants, 28 ont été infectés au cours du suivi et 47 sont décédés, dont 8 parmi les enfants infectés. L'association entre survie sans VIH et modalités d'alimentation diffère selon le type de prophylaxie ARV ( $p = 0,04$  pour l'interaction). Aucune association n'est observée dans le bras court alors que dans le bras triple ARV, la survie sans VIH est diminuée chez les enfants sevrés avant 3 mois comparés à ceux qui étaient sevrés plus tard (Hazard ratio ajusté (aHR) :0.36; IC à 95% :0.15; 0.83) ; et à ceux qui recevaient une alimentation artificielle (aHR: 0.20; IC à 95%: 0.04; 0.94).

**Conclusions** : En présence d'ARV pendant l'allaitement, les enfants sevrés précocement ont une survie sans VIH plus faible que ceux qui sont allaités plus longtemps et protégés par les ARVs. Le sur-risque de mortalité n'est pas compensé par une réduction du risque d'infection.

## ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES NÉS AVEC LE VIH

### SO13.1

#### Les jeunes de 15-24 ans découvrant leur séropositivité VIH en France

Florence Lot<sup>1</sup>, Claire Montlahuc<sup>1</sup>, Josiane Pillonel<sup>1</sup>, Françoise Cazein<sup>1</sup>, Roselyne Pinget<sup>1</sup>, Caroline Semaille<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice, France

**Objectifs** : Analyser les principales caractéristiques sociodémographiques, cliniques et comportementales des jeunes de 15 à 24 ans ayant découvert leur séropositivité VIH sur la période 2003-2012.

**Méthodologie** : A partir des déclarations obligatoires d'infection à VIH reçues entre 2003 et 2012, le nombre de découvertes de séropositivité a été estimé chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, selon 3 classes d'âge (15-17, 18-21 et 22-24 ans), en tenant compte des délais de déclaration, de la sous-déclaration et des données manquantes.

**Résultats** : Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 10,2% des 68 000 découvertes de séropositivité estimées sur la période 2003-2012, proportion stable sur la période.

|  | 15-17 ans | 18-21 ans | 22-24 ans | Total 15-24 ans | 25-70 ans |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------------|-----------|
| Nb de découvertes de séropositivité VIH, 2003-2012 | 470       | 2 420     | 4 010     | 6 900           | 61 100    |
| Taux pour 1 000                                    | 0,2       | 0,7       | 1,6       | 0,9             | 1,6       |

[Découvertes de séropositivité VIH]

Le nombre de femmes de 15-24 ans a diminué de moitié entre 2003 et 2012, en raison d'une diminution des femmes nées en Afrique subsaharienne, alors que le nombre d'hommes a doublé (nombre d'HSH multiplié par 2,7). En 2012, un tiers des 15-24 ans sont des femmes (31%), principalement contaminées par transmission hétérosexuelle (97%), nées en Afrique subsaharienne (58%). Les hommes sont majoritairement des HSH (78%), nés en France (74%). En 2012, 14% des 15-24 ans sont diagnostiqués à un stade tardif (sida ou  $CD4 < 200/mm^3$ ) versus 29% chez les 25-70 ans. Les caractéristiques des jeunes de 18-21 et 22-24 ans sont proches, mais différent de celles des 15-17 ans. Les plus jeunes se distinguent notamment par une proportion de contaminations materno-fœtales plus importante et une proportion d'HSH plus faible.

**Conclusion** : Les jeunes de 15-17 et 18-21 ans sont moins touchés par le VIH que les adultes (cf. tab). Les tendances observées sont comparables à celles des adultes, avec notamment une très forte augmentation des découvertes de séropositivité chez les HSH. Des transmissions mère-enfant sont découvertes tardivement chez des jeunes de 15-17 ans nés en Afrique subsaharienne.

## ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES NÉS AVEC LE VIH

### SO13.2

#### **Analyse des parcours scolaires des adolescents infectés suivis au Centre de Prise en charge de Recherche et de Formation (CePReF) et au service pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Yopougon à Abidjan, Côte d'Ivoire, projet PRADO-CI / SIDACTION**

Marie Chantal Cacou<sup>1,2</sup>, H. Aka Dago-Akribi<sup>1,3</sup>, U.B. Bouah<sup>1,4</sup>, M. Oga<sup>5,6</sup>, D. Meless<sup>6,7</sup>, C. Moh<sup>4</sup>, V. Leroy<sup>8</sup>, A.E. Aka<sup>9</sup>, E. Messou<sup>9</sup>, M. Timité Konan<sup>10,11</sup>

<sup>1</sup>Université Félix Houphouet Boigny, Département de Psychologie, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>2</sup>CePReF Enfant, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>3</sup>CEPREF ENFANT, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>4</sup>ACONDA-VS-CI, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>5</sup>Université Alassane Ouattara, Département d'Anthropologie et de Sociologie, Bouaké, Côte d'Ivoire, <sup>6</sup>Programme PACCI, Site ANRS, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>7</sup>Université Félix Houphouet Boigny, Département d'Odonto-Stomatologie, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>8</sup>Université de Bordeaux 2, INSERM, Unité 897, Institut de Santé Publique, Épidémiologie et Développement (ISPED), Bordeaux, Côte d'Ivoire, <sup>9</sup>CEPREF, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>10</sup>Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Yopougon, Service de Pédiatrie, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>11</sup>Université Félix Houphouet Boigny, UFR Sciences Médicales, Abidjan, Côte d'Ivoire

**Objectifs :** L'école constitue l'instrument d'éducation et d'insertion sociale le plus actif dans les sociétés actuelles des pays à ressources limitées. L'insertion scolaire des enfants atteints du VIH-Sida est ainsi un outil pour leur future adaptation socio-économique. Cette étude vise à identifier leurs difficultés dans son utilisation.

**Méthodes :** Étude transversale auprès de 81 adolescents de 13 à 22 ans suivis au CePReF et au CHU de Yopougon à Abidjan. Données d'entretiens semi-directifs avec relevé des parcours scolaires. Analyse quantitative et qualitative sur les durées de scolarisation, niveaux, moments et facteurs d'échec, difficultés de vie scolaire.

**Résultats :** Dans ce contexte urbain, 95 % ont été scolarisés. On constate des retards importants : 40% des 13/15 ans et 27% des 16/18 ans sont encore au primaire. Les niveaux sont disparates, du primaire au supérieur pour les 16/18 ans par exemple, liés à la pathologie et à l'histoire de la famille. Les déscolarisations sont fréquentes au passage des cycles. Les parcours montrent surtout que l'absentéisme exclut les enfants des systèmes publics pour les reléguer dans des écoles privées de mauvais niveau. Les problèmes évoqués sont dans l'ordre : finances, changements d'école après décès des parents, maladies, prise des médicaments, image du corps dans les vêtements ou les cours d'éducation physique, enseignements sur le VIH, fatigue. Les parents et les projets professionnels (professions médicales pour plus de 60%) soutiennent l'école. L'épilepsie entraîne des déscolarisations dès le primaire. On a souvent des suppressions de prises de médicaments, invention d'explications, envoi chez des parents plus aisés.

**Conclusion :** Les parents scolarisent et maintiennent les enfants à l'école malgré les échecs. Cependant, les adolescents ont des difficultés spécifiques. L'école est ainsi un facteur d'inobservance. La prise en charge précoce permet d'améliorer la scolarisation. La vie scolaire doit être prise en compte et soutenue dans la prise en charge.

## ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES NÉS AVEC LE VIH

SO13.3

**Éducation à la sexualité dans les familles affectées par le VIH : le poids de la transmission verticale et du dévoilement du diagnostic**

Mylène Fernet<sup>1</sup>, M. Blais<sup>1</sup>, K. Proulx-Boucher<sup>1</sup>, N. Martin<sup>1</sup>, C. Racicot<sup>1</sup>, N. Lapointe<sup>2</sup>, J. Otis<sup>1</sup>, J. Samson<sup>2</sup>, B. Lebouché<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Université du Québec à Montréal, Sexologie, Montréal, Canada, <sup>2</sup>CHU Ste-Justine, Montréal, Canada, <sup>3</sup>Institut Thoracique de Montréal, Montréal, Canada

**Objectifs :** Examiner l'effet du statut sérologique de l'enfant et du dévoilement du diagnostic de la mère à l'enfant sur :

- 1) la prévalence de la communication mère-enfant au sujet de la sexualité, du point de vue des jeunes et sur
- 2) l'aisance des mères à discuter de sexualité.

**Méthodologie :** Une méthodologie mixte à été privilégiée. D'abord 55 enfants (12-28 ans ; m=16.2) et leur mère (n=33; 33-49 ans ; m=40.9) ont complété des questionnaires en face-à-face. Au total, 35 enfants connaissaient le diagnostic de leur mère et 11 avaient été infectés par transmission verticale. Des analyses descriptives et un modèle de régression multivariée (MRM) ont été réalisés en contrôlant pour le sexe, l'âge des enfants, l'origine ethnoculturelle, le pays de naissance et la religiosité des mères. Ensuite, 11 mères ont également accordées une entrevue semi-dirigée.

**Résultats :** Les thèmes les plus discutés étaient puberté (78,2%), ITSS (78,2%) et condoms (69,8%). Les Chi-carré révèlent que les enfants informés du diagnostic de leur mère sont plus nombreux à avoir communiqué sur la contraception, les condoms et les ITSS et à percevoir leur mère comme étant confortable, informée et habilitée à discuter de sexualité. Le MRM indiquent que la connaissance du diagnostic de la mère joue un rôle significatif uniquement pour la communication sur les ITSS. L'analyse des témoignages indique que les mères se sentent interpellées et responsables de protéger leurs enfants des ITSS et des grossesses non-désirées, mais préféreraient attendre que leur enfant initie la discussion sur la sexualité.

**Conclusions :** Les résultats soulignent l'importance de cibler les attitudes parentales à l'égard des discussions sur la sexualité, et ce, dans le respect des valeurs et croyances culturelles. Les interventions devraient tenir compte du statut sérologique de l'enfant et de la volonté de la mère à dévoiler son diagnostic.

## ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES NÉS AVEC LE VIH

### SO13.4

#### Prise en charge gynécologique d'adolescentes infectées dès la naissance (verticalement) par le VIH

Christine Gilles<sup>1</sup>, E. Van der Kelen<sup>1</sup>, Y. Manigart<sup>1</sup>, P. Barlow<sup>1</sup>, M. Hainaut<sup>1</sup>, J. Levy<sup>1</sup>, S. Rozenberg<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CHU Saint Pierre, Bruxelles, Belgique

Le Centre Pédiatrique de Référence SIDA du C.H.U. Saint Pierre suit une cohorte d'enfants infectés par le VIH depuis la naissance. Nous avons revu les dossiers des 60 adolescentes âgées de 14 ans ou plus lors de leur dernière consultation en pédiatrie. L'âge médian des adolescentes lors de ce dernier contact était de 19 ans (min : 14 ans - max : 24 ans). Trente trois d'entre elles (55%) ont été vues au moins une fois par un gynécologue pendant leur suivi en pédiatrie. Durant cette même période, 29 jeunes filles / 60 nous ont dit avoir une vie sexuelle active ; une seule de ces patientes n'a jamais été vue en consultation de gynécologie (refus). Vingt cinq (86 % des patientes sexuellement actives) utilisent un moyen de contraception. Quatre ont une vie sexuelle sans utilisation de contraception. Le dépistage cytologique du cancer du col était normal chez 15 patientes, mettait en évidence des dysplasies du col de type CIN 1 chez 5 patientes, les autres n'ayant jamais eu de dépistage. Cinq frottis sur 20 (25%) à la recherche de Chlamydia trachomatis étaient positifs. Six adolescentes sexuellement actives sur 30 (20%) ont eu une grossesse, 5 de ces grossesses étaient non désirées.

Ces chiffres nous montrent que les adolescentes infectées verticalement par le VIH doivent être adressées en consultation de gynécologie de façon systématique et suffisamment tôt afin de recevoir les meilleurs conseils en matière de vie sexuelle et reproductive.

## ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES NÉS AVEC LE VIH

SO13.5

**Rétention des adolescents infectés par le VIH sous traitement antirétroviral (ARV) suivis au service des maladies infectieuses et tropicales au CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire**

Affoue Gisele Kouakou<sup>1</sup>, A.B. Guindo<sup>1</sup>, A.P. Coffie<sup>1</sup>, C.M. Mossou<sup>1</sup>, N. Kassi<sup>1</sup>, Y.T. Aba<sup>1</sup>, D. Adama<sup>1</sup>, N.F. Ello<sup>1</sup>, E.F. Aoussi<sup>1</sup>, E. Ehui<sup>1</sup>, K.A. Tanon<sup>1</sup>, S.P. Eholié<sup>1</sup>, K.R. Aka<sup>1</sup>, E. Bissagnéné<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CHU de Treichville, Clinique des Maladies Infectieuses et Tropicales, Abidjan, Côte d'Ivoire

**Objectif** : Estimer la probabilité d'être toujours suivi à 24 mois des adolescents infectés par le VIH sous antirétroviraux au service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) d'Abidjan.

**Matériel et méthodes** : Il s'agissait d'une étude rétrospective, des adolescents (âge compris entre 10 et 19 ans) infectés par le VIH et sous antirétroviraux suivis entre 2004 et 2010 au SMIT du CHU de Treichville d'Abidjan, Côte d'Ivoire. La probabilité d'être toujours suivi (pas décédé et pas perdue de vue) a été estimée par la courbe de Kaplan-Meier.

**Résultats** : L'étude a concerné 60 adolescents dont 34 (57%) de sexe féminin. L'âge moyen était de 16 ans, le taux moyen de CD4 à l'initiation des ARV était de 228 cellules/mm<sup>3</sup> et 7 enfants (12%) étaient au stade clinique C de la classification du CDC. Les combinaisons thérapeutiques étaient composées de deux inhibiteurs de la transcriptase inverse (INTI) associés à l'efavirenz ou la névirapine dans 85% (51/60), ou aux inhibiteurs de protéase (nelfinavir ou lopinavir ou indinavir) dans 13% (8/60). Un patient a reçu un régime à base de trois INTI. L'évolution a été marquée par l'amélioration de l'état général des patients avec un gain moyen de CD4 de +198 cellules/mm<sup>3</sup> à 24 mois et un gain en poids de + 6kg.

La probabilité d'être toujours suivi à six mois était de 97% (IC 95% : 0,87-0,99), à 12 mois de 73% (IC 95% : 0,60-0,83) et à 24 mois de 70% (IC 95% : 0,56-0,80).

**Conclusion** : Le taux de rétention à 24 mois des adolescents semble superposable à celle des patients adultes. La période critique de perte ou de décès des adolescents se situe entre 6 et 12 mois après le début des ARV. Une prise en charge holistique incluant (médecin, nutritionniste, pédopsychiatre, éducateur spécialisé) pourrait améliorer leur rétention.

## POPULATIONS CLÉS

SO14.1

**Violences faites aux professionnelles du sexe des Ports d'Abidjan (Côte d'Ivoire), de Tema (Ghana), de Lomé (Togo), de Cotonou (Bénin) et d'Apapa (Nigéria)**

Hugues S. S. Guidigbi<sup>1</sup>, C. Ahoussinou<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Organisation du Corridor Abidjan, Cotonou, Bénin, <sup>2</sup>Institut National d'Analyse et de Communication des Ensembles Sociaux (INACESS), Cotonou, Bénin

La violence constitue l'une des facteurs contribuant à la vulnérabilité des professionnelles du sexe (PS). L'objectif de la présente étude est de déterminer la fréquence de ces violences et leurs effets sur l'observance par les PS des mesures de prévention du VIH dans les ports d'Abidjan (Côte d'Ivoire), de Tema (Ghana), de Lomé (Togo), de Cotonou (Bénin) et d'Apapa (Nigéria).

Il a été réalisé de juin à août 2013, une étude transversale et descriptive qui a inclus 1162 PS. Les données ont été collectées par interview direct à l'aide de questionnaire et analysée avec le logiciel SPSS pour Windows version 16.0.

L'âge médian des PS interviewées était de 26 ans et 10,2% des PS ont eu leur premier rapport sexuel payant avant 15 ans. Une professionnelle de sexe sur trois (36,2%) a déclaré avoir été victime de violences. Les professionnelles du sexe des ports de Tema (59,7%) et de Cotonou (47,2%) ont plus confié avoir été victimes de violence que celles des ports d'Abidjan (34,4%), de Lomé (33%) et Apapa (16,6%) ( $p < 0,001$ ). Les types de violence relatés sont des violences psychologiques à type de menaces, d'injures, de mépris (28,6%), des violences physiques à type de coups et blessures (21,7%) et les violences sexuelles telles que des rapports sexuels et/ou attouchements non consentis (11,8%). Les auteurs de ces violences sont surtout les clients (33% des cas), les collègues (26%), la police (21%) et les petits amis (13%). Le préservatif n'est utilisé que dans 30,4% des cas de violences sexuelles. L'étude a révélé une fréquence élevée des violences faites aux professionnelles du sexe. Il s'avère nécessaire que les programmes de prévention du VIH soient planifiés de manière globale en incluant des interventions de protection des professionnelles du sexe face aux violences.

## POPULATIONS CLÉS

SO14.2

**La pression des systèmes de soins sur les femmes pour qu'elles partagent leur statut VIH est-elle une violence de genre ?**

M Blandine Bila<sup>1,2</sup>, K. Sow<sup>3</sup>, C. Alfiéri<sup>2</sup>, A. Desclaux<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centre Nationale de Recherche Scientifique et Technologique, Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Ouagadougou, Burkina Faso, <sup>2</sup>Institut de Recherche pour le Développement, UMI 233 TRANSVIHMI, Ouagadougou, Burkina Faso, <sup>3</sup>Centre de Recherche et de Formation à la Prise en Charge de Fann, Dakar, Sénégal, <sup>4</sup>Institut de Recherche pour le Développement, UMI 233 TRANSVIHMI, Dakar, Sénégal

**Objectif :** L'élimination de la transmission mère-enfant de l'infection à VIH (ETME) implique le test VIH aux femmes enceintes. Séropositives, elles entrent dans le programme de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) dans lequel le *counselling* impose l'annonce de leur statut sérologique au conjoint.

Cette présentation analyse la rationalité de cette intervention et ses effets psychologiques et sociaux sur les femmes.

**Méthodologie :** Les résultats de deux études sur les aspects sociaux du partage de la sérologie entre conjoints dans la PTME (étude de cohorte de PvVIH au Sénégal, ANRS 12271) sont ici rassemblés. Des interviews sont réalisés avec des femmes séropositives autour de leurs expériences au contact des personnels de santé, des médiateurs communautaires en PTME, des personnes-ressources dans le domaine de la santé, au Sénégal et au Burkina Faso.

**Résultats :** Dans chaque pays, l'OMS et les programmes nationaux soutiennent fortement cette intervention pour trois raisons :

- (1) l'annonce du statut sérologique au conjoint est un moyen de prévention de la transmission sexuelle ;
- (2) l'annonce permet aux femmes d'obtenir l'assistance de leur conjoint, particulièrement dans la PTME ;
- (3) elle suscite l'intérêt des hommes pour le test VIH, et permet à ceux infectés d'accéder précocement au traitement.

Les effets psychologiques et sociaux délétères de cette pression sur les femmes sont ici documentés. Cette analyse met en relation la pression institutionnelle des femmes à l'annonce, avec la prise en compte de la dimension éthique et des conséquences sociales de cette annonce pour les femmes.

**Conclusion :** La stratégie légitimant la pression sur les femmes pour annoncer leur séropositivité au conjoint en vue de favoriser l'accès des hommes au test VIH, au delà du fait qu'elle n'est pas toujours automatique, peut être considérée comme une véritable violence de genre appliquée par le système de santé sur les femmes séropositives.

## POPULATIONS CLÉS

SO14.3

### **Evaluation de la prévalence de l'infection à VIH et des facteurs associés au VIH chez les personnes déficientes auditives au Cameroun : une étude transversale dans 3 villes**

Adonis Touko<sup>1</sup>, C. Mboua<sup>1,2</sup>, P. De Beaudrap<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Forum Camerounais de Psychologie, Yaoundé, Cameroun, <sup>2</sup>Université de Dschang, Dschang, Cameroun, <sup>3</sup>Institut de Recherche pour le Développement, UMI 233, Montpellier, France

**Introduction** : Les personnes handicapées représentent environ 15% de la population mondiale. En Afrique sub-saharienne, elles sont souvent plus pauvres et marginalisées, ont moins accès aux services de prévention et soins, et, par conséquent, sont plus à risque d'infection par le VIH. Parmi elles, les personnes déficientes auditives semblent particulièrement vulnérables en raison des barrières de communication induisant leur isolement social.

**Objectifs** : Décrire et analyser les facteurs de risque d'infection par le VIH chez les personnes déficientes auditives dans trois villes du Cameroun.

**Méthodes** : Enquête quantitative transversale conduite en 2009 auprès des personnes déficientes auditives de trois villes (Bafoussam, Douala et Kumba). Cette enquête a utilisé un questionnaire structuré portant sur les facteurs comportementaux associés au VIH. Les entretiens ont été menés en langage de signes par des enseignants auprès de malentendants. Un test du VIH gratuit et volontaire était réalisé en milieu hospitalier par le personnel de santé.

**Résultats** : 317 personnes ont été incluses, dont 55% d'hommes. L'âge médian était 20 ans (min-max : 10-49 ans). La prévalence du VIH était de 9,5% (IC95% : 6,7-13,2) globalement, 9,9% chez les hommes et 9,1% chez les femmes ( $p = 0.9$ ). Une majorité des sujets étaient célibataires (88%) et sexuellement expérimentés (80%). 53% déclaraient avoir eu  $\geq 2$  partenaires lors des 12 derniers mois. Seuls 55% des sujets rapportaient l'utilisation d'un condom lors du dernier rapport sexuel. Par ailleurs, 15% des hommes et 12% des femmes enquêtés déclaraient avoir eu au moins un rapport sexuel contre de l'argent lors des 12 derniers mois.

**Conclusion** : Ces résultats sont préoccupants, révélant une séro-prévalence deux fois supérieure à la moyenne nationale et une grande fréquence des comportements à risque. Il est par conséquent important d'utiliser ces données pour renforcer les interventions auprès des personnes déficientes auditives.

## POPULATIONS CLÉS

SO14.4

### Enquête sur les pratiques abusives auprès des travailleuses du sexe dans 9 villes de Roumanie

M.-N. Andreescu<sup>1</sup>, A. Bobosatu<sup>1</sup>, I. Todoran<sup>1</sup>, M. Dan<sup>2</sup>, L. Velica<sup>2</sup>, Ludmila Verdes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>APADOR-CH, Bucarest, Roumanie, <sup>2</sup>Association Roumaine contre le Sida, Monitoring, Evaluation et Recherche Communautaire, Bucarest, Roumanie

**Contexte** : En novembre 2011, plusieurs travailleuses du sexe (TS) de Bucarest ont été retenues par la police et forcées de faire un test de dépistage VIH. Pendant la même soirée, un reportage a été réalisé dans la section de police où étaient les TS sans leur demander l'autorisation, et la vidéo a été diffusée sur plusieurs chaînes TV. Compte-tenu de l'absence d'explications de la part des autorités, l'Association Roumaine contre le Sida (ARAS), en partenariat avec une organisation pour les droits de l'homme, ont mené une étude sur les pratiques abusives auprès des travailleurs du sexe dans 9 villes de Roumanie.

**Méthodes** : Une enquête transversale utilisant la méthodologie Time-Location Sampling a été menée par les équipes terrain locales de l'ARAS entre novembre et décembre 2011. Un questionnaire structuré a été administré, abordant les thèmes suivants: discriminations subies, interactions avec les représentants des autorités publiques, violences et agressions, profil des agresseurs, suite donnée aux agressions (ex: plainte à la police, demande d'aide à des ONG...).

**Résultats** : Au total, 173 TS ont répondu au questionnaire. Parmi les situations d'abus rencontrées par les TS, les situations d'abus de la police sont les plus inquiétantes (violence physique: 16%, rapports sexuels forcés: 7%, paiement illicite: 23%, dépistage VIH forcé: 7%, film sans consentement: 21%, confiscation de préservatifs: 32%). Une forte réticence pour déposer une plainte à la police est constatée (seules 7% l'ont fait). De plus, 44% des TS ont vécu des situations de rejet à cause de leur travail et 16% ont subi des refus d'accès aux services médicaux et sociaux.

**Conclusion** : Cette étude documente de nombreuses pratiques abusives envers les TS, déclenchant plusieurs débats dans les médias. Des actions informatives sur les droits et les réactions à avoir en cas d'abus ont été menées auprès des TS bénéficiaires des services de l'ARAS.

## POPULATIONS CLÉS

SO14.5

**Expériences de précarité chez des migrants Subsahariens en France suivis pour une infection VIH, une hépatite B ou consultant en médecine générale - enquête ANRS PARCOURS**

Annabel Desgrées du Loû<sup>1</sup>, J. Pannetier<sup>1</sup>, E. Rodary<sup>1</sup>, A. Gosselin<sup>1</sup>, N. Bajos<sup>2</sup>, R. Dray-Spira<sup>2</sup>, N. Lydie<sup>3</sup>, F. Lert<sup>2</sup>, Groupe PARCOURS

<sup>1</sup>IRD/CEPED, Paris, France, <sup>2</sup>Inserm, CESP U1018, Université Versailles Saint-Quentin Villejuif, Le Kremlin Bicêtre, France, <sup>3</sup>INPES, Saint Denis, France

**Objectif :** La migration comporte des ruptures résidentielles, professionnelles, familiales, et engendre des périodes de précarité. Dans deux groupes de migrants subsahariens atteints d'hépatite B chronique et d'infection VIH et dans un groupe de la population générale, nous décrivons différentes expériences de précarité depuis leur arrivée en France, leur place dans le parcours migratoire, et leurs conséquences sur prises de risque et accès aux soins.

**Méthode :** L'étude ANRS Parcours « *Parcours de vie, VIH et hépatite B chez les migrants subsahariens vivant en Ile de France* » a été menée en 2012-2013 dans 40 services hospitaliers de prise en charge du VIH et des hépatites et 30 services de médecine générale. Elle a permis de documenter les biographies (résidentielles, familiales, sexuelles, professionnelles, administratives et de santé) auprès de trois échantillons aléatoires de migrants originaires d'Afrique subsaharienne : 925 vivant avec le VIH, 780 porteurs d'une hépatite B (non VIH) et 763 n'ayant aucune de ces pathologies.

**Résultats :** Les premières analyses montrent que, malgré une grande hétérogénéité sociale (30% de personnes très instruites et 25% peu ou pas scolarisées), les expériences de précarité sont fréquentes chez les migrants subsahariens, dans les trois groupes : 20% à 40% n'ont qu'un titre de séjour de trois mois ou aucun ; Depuis leur arrivée en France, 40% des femmes et plus de 50% des hommes ont déjà connu une période d'un an « sans papier ». Un homme sur dix et une femme sur 20 a dû dormir dans la rue. Une personne sur trois déclare avoir déjà du renoncer à des soins de santé.

**Discussion - conclusion :** La communication analysera les expériences de précarité dans les parcours migratoires dans les trois groupes en recherchant les facteurs individuels qui peuvent y être attachés, et leur position par rapport à la maladie.

|   | Groupe VIH (N= 925) |              | Groupe hépatite B (N=780) |              | Groupe médecine générale (N=763) |              |
|---|---------------------|--------------|---------------------------|--------------|----------------------------------|--------------|
| Répartition par sexe  | Hommes (38%)        | Femmes (62%) | Hommes (72%)              | Femmes (28%) | Hommes (44%)                     | Femmes (56%) |
| Année d'arrivée en France (moyenne)                             | 1997                | 2000         | 2000                      | 2002         | 1999                             | 1998         |
| A vécu au moins un an "sans papiers" depuis l'arrivée en France | 62%                 | 51%          | 70%                       | 55%          | 50%                              | 43%          |
| A déjà dû dormir dans la rue                                    | 10%                 | 7%           | 9%                        | 4%           | 14%                              | 5%           |
| A déjà eu des rapports sexuels transactionnels                  | 7%                  | 8%           | 2%                        | 4%           | 4%                               | 4%           |
| A déjà subi des rapports sexuels forcés                         | 6%                  | 20%          | 3%                        | 17%          | 3%                               | 19%          |
| A déjà renoncé à des soins (en France)                          | 21%                 | 27%          | 30%                       | 31%          | 37%                              | 35%          |
| Age 18-44 ans   | 44%                 | 69%          | 70%                       | 80%          | 60%                              | 60%          |
| Age 45-60 ans   | 56%                 | 31%          | 30%                       | 20%          | 40%                              | 40%          |

[Indicateurs socio-démographiques- Parcours]

## HÉPATITES B (2)

### SO15.1

#### Une expérience de prévention "ciblée" de la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B (PTME-VHB) à Tokombéré, district rural de l'Extrême Nord du Cameroun

J. Birguel<sup>1</sup>, R. Taowé<sup>1</sup>, M. Ratoua<sup>1</sup>, J. Mangavé<sup>1</sup>, T. Ayouba<sup>1</sup>, A. Deudeu<sup>1</sup>, S. Karsikam<sup>1</sup>, J.-P. Adoukara<sup>1</sup>, C. Aurenche<sup>1</sup>, F. Beaufils<sup>2</sup>, I. Gilles<sup>2</sup>, C. Huraux-Rendu<sup>2</sup>, M. Loriette<sup>2</sup>, A. Ducancelle<sup>3</sup>, F. Lunel-Fabiani<sup>3</sup>, S. Akhavan<sup>4,5</sup>, V. Thibault<sup>4,5</sup>, Jean-Marie Huraux<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Hôpital Privé de Tokombéré, Maroua, Cameroun, <sup>2</sup>Association Tokombéré Santé, Créteil, France, <sup>3</sup>Institut de Biologie en Santé-CHU d'Angers - CHU d'Angers, Laboratoire de Virologie, Angers, France, <sup>4</sup>APHP Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Service de Virologie, Paris, France, <sup>5</sup>UPMC, ER1 ETIV, Paris, France

**Objet :** En cette zone de haute prévalence du cancer du foie et de l'AgHBs, on a tenté une PTME-VHB ciblée consistant à dépister les femmes enceintes AgHBs positives pour administrer une 1<sup>ère</sup> dose de vaccin VHB au nouveau-né, avant les 3 doses du programme élargi de vaccination (PEV) à valence VHB.

**Méthodes :** Au sein de 7 formations sanitaires du District, toute femme enceinte (FE) venant en consultation prénatale (CPN) pour dépistage du VIH se voit proposer un dépistage rapide de l'AgHBs (Vikia-HBSAG). Grâce au maillage du District par les agents itinérants et les responsables de santé villageois, le nouveau-né d'une mère AgHBs-positif peut recevoir dans les 72 heures une injection d'Engerix B10.

**Résultats :** De janvier 2009 à juin 2013, 16 685 FE ont été vues en CPN, soit en moyenne 3 sur 4 des FE dites "attendues". 13 208 (79,2%) ont été dépistées en AgHBs, et 2408 (18,2%) étaient positives. Seules 1425 de ces FE AgHBs positives (59,2%) ont été revues à l'accouchement, avec pour 1198 d'entre elles (84,1%) vaccination du bébé par Engerix B10 à la naissance.

**Conclusion :** Les 4 "goulets" de la PTME-VHB reflètent ceux de la PTME-VIH :

- (1) 1/4 des FE, vivant en montagne, échappent aux CPN;
- (2) le dépistage d'AgHBs, bien accepté, n'est pas le goulet le plus important;
- (3) seules 3 FE AgHBs-positives sur 5 sont revues, les autres accouchant "à-la-case" sans prévenir le responsable villageois, ou dans un District autre que Tokombéré;
- (4) la vaccination des nouveau-nés dépasse parfois 90%, mais fluctue avec les aléas des approvisionnements.

La vaccination universelle des nouveau-nés, bien plus simple que la vaccination "ciblée", est très légitimement recommandée.

Toutefois, sans Ig anti-HBs, son efficacité est à évaluer, particulièrement pour les bébés de mère AgHBe-positif, les plus à risque d'échec de la vaccination. L'expérience de Tokombéré le permettra.

## HÉPATITES B (2)

SO15.2

### Dépistage du VHB et vaccination du personnel à l'Hôpital Général de N'Djaména

Joseph Mad-Toïngué<sup>1</sup>, A.M. Moussa<sup>1</sup>, N. Mbaïdoum<sup>1</sup>, H. Aumaîtres<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hôpital Général de N'Djaména, N'Djaména, Tchad, <sup>2</sup>Centre Hospitalier de Perpignan/GIP ESTHER, Perpignan, France

**Introduction** : Le Tchad est parmi les pays à forte prévalence du VHB avec un taux supérieur à 8 % dans la population générale. Le risque d'infection est particulièrement important en milieu de soins. L'HGRN a entrepris le dépistage du VHB au sein de son personnel afin de connaître la prévalence, de vacciner les agents éligibles et d'assurer la prise en charge de ceux porteurs du virus.

**Méthodologie** : La population cible est de 440 personnes. Le processus a débuté en février 2012 par l'acquisition des intrants, l'élaboration du protocole et mise en place du dispositif ainsi que la sensibilisation des agents. Les marqueurs utilisés sont l'antigène HBs et l'anticorps anti HBc. Seuls les personnes ne portant ni l'un ni l'autre des marqueurs ont été vaccinés.

**Résultats** : Au total, 289 agents ont été dépistés dont 119 femmes soit 41,2% et 170 hommes soit 58,8%. 21 personnes inscrites ne se sont pas présentées au prélèvement (7,3%). Parmi les 268 personnes testées 11 personnes dont 4 hommes et 7 femmes avaient un résultat indéterminé (4,1%) et 206 avaient un résultat positif à la recherche d'anticorps anti HBc soit 77,6%. Le portage de cet anticorps est de 76,7% pour les femmes et 82,5% pour les hommes. Concernant l'antigène Hbs, 29 agents en sont porteurs dont 22 hommes et 7 femmes. Ainsi le taux de portage de cet antigène est de 10,8%. Il est respectivement de 13,9% pour les hommes et 6,4% pour les femmes. A l'issue du dépistage 51 agents ont été éligibles à la vaccination et ont tous reçu 2 doses de vaccin.

**Conclusion** : La prévalence de l'infection par le VHB est très élevée au sein du personnel de la santé. Face à cette situation il paraît important d'adopter à l'échelle nationale des mesures de prévention et de prise en charge des professionnels.

## HÉPATITES B (2)

SO15.3

**Les usages genrés du secret dans les maladies chroniques : les personnes originaires d'Afrique subsaharienne face au VIH et à l'hépatite B dans l'étude ANRS parcours 2012-2013**

Julie Pannetier<sup>1</sup>, N. Bajos<sup>2</sup>, R. Dray-Spira<sup>2</sup>, F. Lert<sup>2</sup>, N. Lydie<sup>3</sup>, A. Desgrées du Loû<sup>4</sup>, Groupe Parcours

<sup>1</sup>CEPED, CEPED, Paris, France, <sup>2</sup>Inserm, CESP U1018, Université Versailles Saint-Quentin Villejuif, France, Le Kremlin Bicêtre, France, <sup>3</sup>INPES, Saint Denis, France, <sup>4</sup>IRD /CEPED, Paris, France

**Objectif** : Dire ou taire son infection dessine les contours des soutiens de l'entourage. Les enjeux autour de la gestion du secret sont liés aux représentations qui entourent la maladie, mais aussi, au statut social et économique de la personne qui le porte et à son rapport à la santé, eux-même construits notamment par les rapports de genre. Nous proposons ici de comparer les usages du secret des femmes et des hommes originaires d'Afrique Sub-saharienne en France et dans leur pays d'origine, autour de deux pathologies : le VIH et l'hépatite B.

**Méthode** : L'enquête ANRS PARCOURS « *Parcours de vie, VIH et hépatite B chez les migrants subsahariens vivant en France* » menée en 2012-2013 a permis de collecter des informations sur les parcours de vie et de santé de 572 femmes et 353 hommes vivant avec le VIH et de 221 femmes et 559 hommes ayant une hépatite B chronique, nés dans un pays d'Afrique subsaharienne et suivis dans un service hospitalier d'Ile de France.

**Résultats** : Le VIH est plus gardé secret que l'hépatite B. Dans les deux maladies les hommes maintiennent plus fréquemment le secret total sur leur infection que les femmes (36% contre 25% pour le VIH et 25% contre 7% pour l'hépatite B). C'est au/à la conjoint(e) que femmes et hommes se confient principalement. Les femmes partagent plus que les hommes le secret de leur infection avec d'autres proches, notamment avec leur mère ou leur sœur. Les hommes de la famille autres que le conjoint, surtout lorsqu'ils résident dans le pays d'origine, sont tenus à distance de la maladie.

**Perspectives** : Le secret sur la maladie répond à des logiques genrées. On analysera l'articulation entre caractéristiques de santé, conditions de vie et rapports de genre sur la dynamique de la révélation pour chaque pathologie.

|   | VIH            |                | Hépatite B      |                 |
|---|----------------|----------------|-----------------|-----------------|
|   | Femmes (N=572) | Hommes (N=353) | Femmes (N= 221) | Hommes (N= 559) |
| N'a dit son infection à personne                | 25%            | 36%            | 7%              | 25%             |
| <b>Personne informée au moment de l'enquête</b> |                |                |                 |                 |
| conjoint(e)                                     | 74%            | 70%            | 79%             | 67%             |
| mère  | 17%            | 10%            | 30%             | 23%             |
| père  | 5%             | 5%             | 15%             | 13%             |
| une soeur                                       | 35%            | 15%            | 37%             | 19%             |
| un frère  | 16%            | 15%            | 27%             | 30%             |
| enfant(s)                                       | 13%            | 5%             | 25%             | 9%              |

**[Secret et partage sur l'infection]**

## HÉPATITES B (2)

SO15.4

### Couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les enfants hospitalisés âgés de 3 mois à 6 ans, au Sénégal, Cameroun et République Centrafricaine

Loïc Chartier<sup>1</sup>, R. Njouom<sup>2</sup>, C. Bekondi<sup>3</sup>, A. Seck<sup>4</sup>, A. Pondy<sup>5</sup>, P. Bata<sup>6</sup>, M. Ba<sup>7</sup>, M.-A. Rey-Cuille<sup>8</sup>, F. Simon<sup>9</sup>, M. Vray<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Institut Pasteur, Infection et Epidémiologie, Paris, France, <sup>2</sup>Centre Pasteur du Cameroun, Virologie, Yaoundé, Cameroun, <sup>3</sup>Institut Pasteur de Bangui, Bangui, Centrafricaine, République, <sup>4</sup>Institut Pasteur de Dakar, Dakar, Sénégal, <sup>5</sup>Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya, Yaoundé, Cameroun, <sup>6</sup>Centre Pédiatrique de Bangui, Bangui, Centrafricaine, République, <sup>7</sup>Hôpital Albert Royer, Dakar, Sénégal, <sup>8</sup>Institut Pasteur, Paris, France, <sup>9</sup>Hôpital Saint-Louis, Virologie, Paris, France

**Objectifs :** Suite aux recommandations de l'OMS, le vaccin contre le virus de l'hépatite B (VHB) a été intégré dans le PEV en 2005 au Cameroun et Sénégal, et en 2008 en République Centrafricaine (RCA). Une étude observationnelle a été réalisée pour évaluer la couverture vaccinale chez les enfants dans ces trois pays selon différentes approches afin d'identifier les facteurs associés à la vaccination.

**Méthode :** Entre Avril 2009 et Mars 2010, tous les enfants âgés entre 3 mois et 6 ans, hospitalisés quelle que soit la raison, avec un prélèvement sanguin prévu dans le cadre de leur hospitalisation, ont été inclus. Un test ELISA était systématiquement réalisé pour les anti-HBs et anti-HBc, et pour les AgHBs chez les sujets anti-HBs- et anti-HBc+. Un taux d'anti-HBs<sup>3</sup>10 mIU/ml était considéré comme un marqueur de protection et le reflet d'une vaccination en l'absence d'anti HBc.

**Résultats :** 1783 enfants ont été recrutés, (56% de garçons, âge médian 21 mois). La couverture vaccinale selon la sérologie vs les carnets était respectivement de 68% vs 72%, 46% vs 66% et 13% vs NA au Cameroun, Sénégal et RCA. Parmi les enfants vaccinés selon le carnet, 90% avaient des anti-HBs+ au Cameroun contre 65% au Sénégal ( $p < 0.001$ ). La proportion d'enfants infectés était plus importante en RCA (5.1% contre 0.7% au Cameroun et 0.2% au Sénégal,  $p < 0.001$ ). Les facteurs associés à la vaccination étaient l'âge, le niveau socio-économique, le statut nutritionnel et l'éducation de la mère.

**Conclusion :** Nos résultats confirment l'impact positif de la vaccination avec une proportion d'enfants infectés significativement plus faible au Cameroun et au Sénégal. Néanmoins, la couverture vaccinale doit être améliorée. Des contrôles sérologiques doivent être mis en place régulièrement pour contrôler la qualité des vaccins administrés et la réalité de l'administration suivant les schémas recommandés.

## ADDICTIONS

### SO16.1

#### Evaluation économique d'un programme pilote d'accès aux soins médicaux concernant des consommateurs de drogues injectables au Sénégal

Mame Basty Koita Fall<sup>1</sup>, M. Maynard<sup>1</sup>, J.M. Tine<sup>1,2</sup>, M. Badiane<sup>1</sup>, B. Ndiaye<sup>3</sup>, A. Leprêtre<sup>4</sup>, I. Ba<sup>5</sup>, M. Clouzeau<sup>1</sup>, P.M. Girard<sup>4</sup>, CRCF Groupe

<sup>1</sup>CRCF de Fann, CRCF/SMIT, Dakar, Sénégal, <sup>2</sup>Service des Maladies Infectieuses du CHNU de FANN, Dakar, Sénégal, <sup>3</sup>Pharmacie Centrale, CHNU Fann, Dakar, Sénégal, <sup>4</sup>IMEA, Paris, France, <sup>5</sup>Centre Hospitalier Psychiatrique de Thiaroye, Dakar, Sénégal

**Objectif** : Décrire les coûts d'une prise en charge médicale, hors traitements de substitution aux opiacés, d'un programme de réduction des risques (RdR) infectieux auprès de consommateurs de drogues injectables (CDI) à Dakar.

**Méthodologie** : Analyse des données économiques des soins médicaux dispensés de Mars 2011 à Octobre 2013 au Centre Régional de Recherche et de Formation, lieu de référence des CDI dans le cadre du programme RdR.

**Résultats** : En 32 mois, 240 consultations médicales ont été réalisées auprès de 111 CDI (90,5% d'hommes). L'âge moyen était de 45,6 ans sans différence significative selon le sexe. Ces CDI étaient majoritairement des consommateurs d'héroïne (85%) consommant principalement leur produit en fumant (55%), en s'injectant (27%), en sniffant (18%). Le motif évoqué des consultations était dans 12% un premier contact, 66% un problème médical, 22% pour un suivi.

159 visites ont abouti à une prescription médicamenteuse concernant des traitements symptomatiques (49%), antibiotiques (21%), cardiovasculaires (7%), antiparasitaires (5%), neuropsychologiques (4%). Un traitement antirétroviral a été initié chez 2 UDI parmi les 4 dépistés positifs et un traitement antituberculeux a été initié chez 5 UDI. 101 bilans biologiques et 25 examens radiologiques ont été réalisés ainsi que 31 consultations de spécialistes. Les différents coûts (cf. Tableau) montrent qu'au total le programme RdR a dépensé 24,22 euros /CDI durant cette période, les couts étaient dans 48% des médicaments, dans 33% de la biologie, dans 11% de l'imagerie et dans 8% des consultations spécialisées.

| Rubrique                                    | Cout moyen (DS*) | Cout médian | Extrêmes      | Coût total |
|---|------------------|-------------|---------------|------------|
| Médicaments (N=159 prescriptions)           | 8,12 (7,61)      | 6,56        | 0,15 - 49,42  | 1292       |
| Biologie (N=101 examens)                    | 17,41 (9,37)     | 21,34       | 1,52 - 59,45  | 888        |
| Imagerie médicale (N=24 examens)            | 12,25 (2,36)     | 12,19       | 10,67 - 22,86 | 294        |
| Référence spécialistes (N=31 consultations) | 6,93 (1,66)      | 7,62        | 4,57 - 7,62   | 215        |

[Description des coûts (en euros)]

**Conclusion** : Le travail de proximité réalisé par le programme RdR a permis un accès à certains soins de santé des CDI soutenables financièrement par des organisations nécessitant une multidisciplinarité médicale. Cependant la prise en charge de l'hépatite C et la mise à disposition de traitements de substitution aux opiacés restent des enjeux majeurs dans les pays à faibles ressources.

## ADDICTIONS

### SO16.2

#### Quels besoins de prise en charge pour les personnes pratiquant le slam ?

Daniela Rojas Castro<sup>1,2</sup>, G. Quatremère<sup>3</sup>, S. Fournier<sup>4</sup>, N. Foureur<sup>5</sup>, V. Labrouve<sup>6</sup>, X. Pascal<sup>7</sup>, M. Jauffret-Roustide<sup>7</sup>

<sup>1</sup>AIDES, Mission Innovation Recherche Expérimentation, Paris, France, <sup>2</sup>GRePS (EA 4163), Université Lumière 2, Lyon, France,

<sup>3</sup>AIDES, Mission Innovation Recherche Expérimentation, Pantin, France, <sup>4</sup>SIDACTION, Paris, France, <sup>5</sup>Association de Médecine Gay et Gay Friendly, Paris, France, <sup>6</sup>AIDES, Pantin, France, <sup>7</sup>CERMES3 (Inserm U988), Paris, France

**Contexte :** Lorsqu'en 2011 différents acteurs du champ de la santé, institutionnels et militants associatifs, ont vu émerger une pratique dans le milieu homosexuel masculin consistant en une injection de substances psychostimulantes dans un contexte sexuel, les enjeux en termes de santé publique étaient peu clairs. AIDES, en collaboration avec Sidaction, l'Inserm et l'Association des médecins gays, a décidé de coordonner une étude pour mieux appréhender ce phénomène appelé *slam* et identifier les demandes et besoins des slameurs.

**Méthode :** Une enquête de type ethnographique a été réalisée selon la méthode du *Rapid Assessment Process*. Cette approche permet de réaliser un bilan rapide multidimensionnel d'un phénomène peu documenté grâce au travail collectif d'une équipe multidisciplinaire (anthropologue, sociologues, psychologue de la santé, dermato-vénérologue) et de la présence d'un *insider* (un slameur) pendant l'ensemble du processus de recherche.

**Résultats :** 23 personnes ont été interrogées : 17 (ex)slameurs et 6 informateurs clefs. 9/14 slameurs déclaraient être VIH+, âgés de 25 à 57 ans.

Comme pour l'usage de produits psychostimulants de manière générale, la capacité à contrôler la fréquence de l'usage dépend d'un ensemble de facteurs. Des complications médicales et psychosociales peuvent intervenir, particulièrement en lien avec l'injection (abcès, risques infectieux) et au niveau neuropsychiatriques.

Concernant la prise en charge, les personnes souhaitent une amélioration du niveau de connaissances des médecins au sujet de cette pratique, une écoute non jugeante sur les thématiques drogue et sexualité, un accompagnement qui pourrait prendre la forme d'une orientation vers des spécialistes.

**Conclusions :** Cette étude invite à réinterroger la manière de mener des actions de prévention du VIH et des hépatites chez les gays et sur les pratiques professionnelles des acteurs du soin concernant la manière d'aborder les questions de drogues et sexualité et dans le suivi médical des personnes VIH+.

## ADDICTIONS

### SO16.3

#### Programme communautaire de réduction des risques auprès des personnes usagères de drogues dans la région de Tétouan, Maroc

Mohammed El Khammas<sup>1</sup>, H. Himmich<sup>1</sup>, L. Ouarsas<sup>2</sup>, R.A. Hasnoui<sup>3</sup>, H. El Mernissi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ALCS, Casablanca, Maroc, <sup>2</sup>ALCS, Agadir, Maroc, <sup>3</sup>ALCS, Tétouan, Maroc

**Contexte :** Au Maroc, la consommation de drogues, essentiellement l'héroïne, s'est considérablement développée ces dernières années, avec comme conséquence une prévalence chez les personnes usagères de drogues (PUD) de 11.4% pour le VIH et de 80% pour le VHC[1].

Le Maroc est l'un des rares pays africains à mettre en place des programmes d'échange des seringues (PES) que l'ALCS a démarré en 2009 à Tétouan, une des trois régions les plus touchées par ce phénomène. En 2012 ce programme a été élargi à d'autres sites avec d'autres activités à caractère communautaire.

**Méthodologie :** Une cartographie d'intervention a été réalisée. L'équipe a été formée et renforcée par des personnes de la communauté. Le programme se déroule dans un local situé à proximité de la population concernée, et grâce à une unité mobile. Le centre est accueillant avec une offre de collations, douche et nettoyage des vêtements. Les activités sont décidées et co-animées, par les PUD. Le dépistage volontaire du VIH est proposé.

**Résultats :** La cartographie a permis d'identifier 18 sites de regroupement de PUD. De septembre 2012 à septembre 2013, 1402 PUD (95.% de sexe masculin), dont 251 injecteurs, ont bénéficié du programme lors de 690 interventions; Durant cette période, 47080 préservatifs, 53539 papiers aluminium et 44860 seringues ont été distribués avec un taux de récupération de 20,5%. 9 rencontres d'auto-supports, 14 ateliers d'expression (musique, théâtre, dessin, sport), 1 sortie conviviale ont eu lieu. Sur 86 tests VIH effectués, 8 se sont révélés positifs. Le réseau des partenaires locaux comprend 10 associations de quartier, 6 associations féminines, un syndicat de médecins et un de pharmaciens

**Conclusion :** L'acceptabilité et le succès de ce programme sont dûs à son caractère communautaire, au professionnalisme de l'équipe et au travail en réseau. Il sera bientôt complété par un programme de substitution par la méthadone.

## ADDICTIONS

SO16.4

**L'auto-sevrage par le voyage hors du milieu chez les consommateurs de drogues injectables (cocaïne/héroïne) à Dakar, Sénégal**

Albert Gautier Ndione<sup>1</sup>, A. Desclaux<sup>1</sup>, M. Maynard<sup>2</sup>, A. Leprêtre<sup>3</sup>, I. Ba<sup>4</sup>

<sup>1</sup>IRD, Dakar, Sénégal, <sup>2</sup>Hôpital Fann, CRCF, Dakar, Sénégal, <sup>3</sup>IMEA, Paris, France, <sup>4</sup>Hôpital Psychiatrique de Thiaroye, Dakar, Sénégal

**Objectifs :** Les consommateurs de cocaïne/crack et héroïne injectables (CDI) à Dakar vivent une vulnérabilité sociale, sanitaire (atteinte par le VIH, le VHB et le VHC), et du fait de l'absence de proposition adaptée du système de soins pour « rompre avec les drogues », dans un contexte d'approche répressive des addictions. Dès lors, les usagers de drogues en quête de thérapie s'organisent entre pairs et mettent en place des pratiques d'auto-sevrage.

**Méthodologie :** Une étude (IRD, CRCF), basée sur une approche qualitative (entretiens répétés et observation auprès de 19 usagers), menée en 2013 a exploré les pratiques d'auto-sevrage des usagers de drogues injectables à Dakar. Les questions explorées concernent les canaux d'information sur l'auto-sevrage utilisés par les usagers, les modalités pratiques, les produits utilisés, et les appréciations des usagers sur les pratiques d'auto sevrage.

**Résultats :** Les usagers de drogues ont plusieurs sources d'information allant du partage « bouche à oreille dans leur milieu » à l'information issu des expériences thérapeutiques et des sénégalais « venant d'Europe ». Notre présentation décrit et analyse la pratique d'auto-sevrage par le voyage hors du milieu des drogues pour créer une rupture de la consommation. Les itinéraires conduisent vers des milieux où la vente est méconnue. Les outils du recours sont des médicaments pour supporter les douleurs, pour dormir ou pour remplacer l'alimentation difficile pendant le sevrage. La pratique rapportée conduit rarement à un sevrage, mais permet d'obtenir un temps de repos, une modération, ou une maîtrise de la consommation.

**Conclusion :** Des structures de soins adaptées, proposant les traitements de substitution aux opiacés et un accompagnement psycho-social, dans le cadre de programmes de réduction des risques, semblent nécessaire pour des personnes qui, faute de réponse à leur demande de sevrage, se tournent vers ces pratiques informelles mal maîtrisées.

## ADDICTIONS

### SO16.5

#### **Situation épidémiologique du VIH chez les usagers de drogues : enquête ANRS Coquelicot et DO VIH/sida**

Marie Jauffret-Roustide<sup>1</sup>, F. Cazein<sup>2</sup>, J. Pillonel<sup>2</sup>, L. Weill-Barillet<sup>2</sup>, L. Léon<sup>2</sup>, Y. Le Strat<sup>2</sup>, F. Lot<sup>2</sup>, S. Brunet<sup>3</sup>, C. Semaille<sup>2</sup>, F. Barin<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>InVS-Cermes3 (InsermU988), Paris, France, <sup>2</sup>InVS, Saint-Maurice, France, <sup>3</sup>François Rabelais University-Inserm ERI19-CHU Bretonneau-CNR VIH, Tours, France

Les usagers de drogues (UD) sont particulièrement exposés à la transmission du VIH par le partage du matériel d'injection. En France, deux sources de données permettent de documenter la situation épidémiologique du VIH dans cette population, l'enquête ANRS Coquelicot et la Déclaration Obligatoire du VIH coordonnée par l'InVS.

L'enquête Coquelicot s'est déroulée en 2011 à partir d'un échantillon aléatoire d'UD recrutés dans des structures spécialisées de cinq agglomérations. Le taux de participation est de 75% et 1 568 personnes ont été enquêtées. La majorité sont des hommes (79%) et la moyenne d'âge est de 39 ans. En 2011, la séroprévalence du VIH est de 10%, et stable comparée à l'enquête Coquelicot 2004. La séroprévalence du VIH est particulièrement élevée à Marseille (17%) et nulle à Lille. Les pratiques d'exposition au risque VIH varient selon l'âge. Chez les moins de 30 ans, 53% des UD ont injecté dans le dernier mois *versus* 33% chez les UD âgés de plus de 30 ans.

Les données de la DO du VIH montrent que parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2012, 1% ont été contaminées par usage de drogues injectables (UDI), soit environ 80 UDI dont 8% ont moins de 25 ans et 19% ont 50 ans ou plus. La proportion d'UDI dans la DO VIH est stable depuis 2008. La moitié d'entre eux (51%) sont nés à l'étranger, essentiellement en Europe de l'Est et en Europe centrale. Près de 40% des UDI ayant découvert leur séropositivité ont été diagnostiqués à un stade avancé de l'infection (< 200 CD4 ou stade sida).

Ces données épidémiologiques récentes montrent une stabilisation du VIH chez les UD entre 2004-2012. Toutefois, l'importance des pratiques d'injection en particulier chez les plus jeunes amène à rester vigilants concernant la politique de prévention du VIH dans cette population.

## VIVRE AVEC LE VIH

### SO17.1

#### Vivre avec le VIH à 50 ans et plus - recherche-action autour du vieillissement des personnes vivant avec le VIH à l'association française AIDES

Guillemette Quatremère<sup>1</sup>, D. Rojas Castro<sup>1,2</sup>, M. Bos<sup>1</sup>, T. Brigand<sup>1</sup>, F. Pilorgé<sup>1</sup>, F. Barbier<sup>1</sup>, C. Boisserolles<sup>1</sup>, J.-M. La Gall<sup>1</sup>, A. Toullier<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AIDES, Paris, France, <sup>2</sup>GREPS, Université Lyon 2, Lyon, France

**Introduction** : Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sont de plus en plus nombreuses à dépasser la cinquantaine. Cette nouvelle réalité est une bonne nouvelle mais génère des questions et préoccupations. AIDES, association de lutte contre le sida, a réalisé un projet communautaire pour mieux connaître les situations et besoins des PVVIH>50 ans fréquentant l'association ainsi qu'à envisager des solutions adéquates en mobilisant les personnes.

**Méthode** : Le projet s'est articulé autour d'un pôle de recherche communautaire et d'un pôle de mobilisation étroitement liés :  
- L'enquête « VIH, hépatites et vous ? » (2010) a été utilisée pour faire un état des lieux de la situation socio-économique des PVVIH>50 ans.

- 52 PVVIH (médiane 53 ans) ont été interrogées pour mieux comprendre ce que vivent et anticipent les PVVIH>50 ans.

- Une conférence de consensus communautaire sur le vieillissement (CCCV) a réuni, pendant 2 jours, 39 PVVIH>50 et 31 professionnels (associations, médecins, travailleurs sociaux, chercheurs, pouvoirs publics) pour co-construire des pistes d'actions (avril 2013).

**Résultats** : Les déterminants de santé des PVVIH>50 ans ont été impactés par le VIH (et ses traitements) et par le vieillissement. Ainsi, les PVVIH>50 ans déclarent un état de santé dégradé et des difficultés financières, sociales et affectives (e.g. isolement, sexualité altérée) fortes. De nouvelles préoccupations apparaissent au sujet des ressources financières à la retraite, de l'accès et de la stigmatisation dans les hébergements collectifs, du suivi médical adapté à l'avancée en âge. Face à ces constats, des recommandations ont été co-construites dans des ateliers thématiques lors de la CCCV.

**Conclusion** : Cette recherche-action, qui mobilise et donne la parole aux personnes concernées, a montré son efficacité face à la nécessité d'inventer collectivement pour anticiper et répondre aux besoins de cette première génération confrontée au vieillissement, dont la qualité de vie est impactée de manière multidimensionnelle.

## VIVRE AVEC LE VIH

### SO17.2

#### Niveau et déterminants de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH en France : quels changements depuis 2003 ? Une comparaison entre les enquêtes nationales ANRS Vespa et Vespa2

M. Suzan-Monti<sup>1,2,3</sup>, T. Douab<sup>1,2,3</sup>, Fabienne Marcellin<sup>1,2,3</sup>, A. Vilotitch<sup>1,2,3</sup>, C. Protopopescu<sup>1,2,3</sup>, M. Préau<sup>1,3,4</sup>, L. Sagaon-Teyssier<sup>1,2,3</sup>, F. Lert<sup>5,6</sup>, M.P. Carrieri<sup>1,2,3</sup>, R. Dray-Spira<sup>5,6</sup>, B. Spire<sup>1,2,3</sup>, et le Groupe d'Etude Vespa2

<sup>1</sup>Université de Marseille / INSERM, Marseille, France, <sup>2</sup>Université de Marseille, UMR\_S912, IRD, Marseille, France, <sup>3</sup>ORS PACA, Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France, <sup>4</sup>Groupe de Recherche en Psychologie Sociale, Université Lyon 2, Lyon, France, <sup>5</sup>Centre de Recherche en Epidémiologie et Santé des Populations, Inserm U1018, Villejuif, France, <sup>6</sup>Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, UMRS 1018, Villejuif, France

**Objectifs :** L'évolution récente de l'épidémie VIH en France est marquée par des modifications structurelles de la population des personnes infectées (PVVIH) et une relative amélioration de la représentation sociale de l'infection. L'évolution du vécu des PVVIH demeure cependant peu documentée. Nous avons comparé le niveau et les déterminants de la qualité de vie (qdv) des PVVIH entre 2003 et 2011.

**Méthodes :** Les enquêtes ANRS Vespa (2003) et Vespa2 (2011) sur les conditions de vie des PVVIH diagnostiquées depuis au moins 6 mois et suivies à l'hôpital ont permis de collecter des données socio-comportementales et médicales et d'évaluer la qdv (échelle SF-36 dans Vespa, SF-12 dans Vespa2). Les scores de qdv physique (PCS) et mentale (MCS) ont été comparés entre Vespa (n=2072) et Vespa2 (n=2267) (ANOVA). Les déterminants socio-démographiques, cliniques et psychosociaux de ces scores ont ensuite été identifiés dans les deux enquêtes, en prenant en compte le biais potentiel lié à la présence de données manquantes (Heckman).

**Résultats :** Entre Vespa et Vespa2, on observe une diminution modérée du PCS (moyenne[écart-type]=49,6[0,2] versus 47,5[0,2], p< 0,0001) et une augmentation modérée du MCS (42,3[0,3] versus 44,3[0,3], p< 0,0001). Dans les deux enquêtes, les difficultés financières et le vécu d'attitudes de rejet de la part du personnel soignant sont indépendamment associés à une moins bonne qdv physique et mentale. La qdv physique diminue avec l'âge et le non-emploi. Les migrants originaires d'Afrique sub-saharienne ont une qdv mentale plus élevée que les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH).

**Conclusions :** Le niveau et les déterminants de la qdv des PVVIH suivies à l'hôpital en France ont peu évolué entre 2003 et 2011. La relation médecin-patient demeure un facteur clé du vécu des PVVIH. Des études complémentaires sont nécessaires pour analyser les déterminants de la qdv dans des sous-populations spécifiques (HSH, migrants).

## VIVRE AVEC LE VIH

### SO17.3

#### Une socio-anthropologie de la “rémission” ou “guérison” est-elle possible ?

Judith Hermann-Mesfen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AMU / INSERM / ANRS, UMR 912 SESSTIM, Marseille, France

Quoique la guérison soit un thème des sciences sociales de la santé, son étude n'a guère été systématisée. Et finalement, on ne sait que peu de chose du processus au cours/au terme duquel les malades redeviennent « normaux », retrouvent leur santé. Dans cette présentation je voudrais montrer que ce fait, appelé “guérison” ou “rémission”, mérite d'être décrit et analysé, et qu'il peut constituer et/ou être envisagé comme un objet d'étude pour les sciences sociales.

Au Nord, les chercheurs ont décrit et analysé la « fin de la maladie » pour différentes pathologies (cancer, maladie neurobiologiques, santé mentale). Dans le cas du cancer, il apparaît que la manière dont la fin de la maladie est dénommée (rémission, survivants d'un cancer, guérison) dépend principalement de facteurs culturels. Les éléments médicaux ou biologiques ne sont pas les seuls déterminants de la guérison.

En Ethiopie, certaines personnes vivant avec le VIH se soumettent au rituel de l'eau bénite dans l'espoir de guérir miraculeusement du sida. La comparaison des différentes représentations et constructions de la guérison (traitements religieux du sida et biomédical du cancer) illustre la variété et l'enchâssement dans le social et le culturel du processus-terme « guérison » ou « guérir ».

Dès lors, il ressort que cette « guérison » et ses multiples définitions pourrait être interrogée sur la base de comment et quand :

(1) une personne/sujet se considère remise et retourne à la vie « normale » ;

(2) un groupe social/culturel envisage cela ;

(3) les systèmes de soins/santé établissent, conceptualisent et nomment ce processus.

Enfin, il apparaît que l'ensemble de ces acteurs (ex/malade, le groupe social, les systèmes de santé, etc.) co-définissent et/ou co-construisent la guérison.

## VIVRE AVEC LE VIH

### SO17.4

#### Facteurs associés à l'estime de soi chez des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) issues de files actives associatives au Maroc

Mohamed Loukid<sup>1</sup>, A. Benmoussa<sup>2</sup>, A. Bernier<sup>3</sup>, M.-K. Hilali<sup>1</sup>, E. Henry<sup>3</sup>, L. Ouarsass<sup>4</sup>, M. Karkouri<sup>5</sup>, J. Otis<sup>6</sup>, M. Préau<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Université Cadi Ayyad, Faculté des Sciences Semlalia, Laboratoire d'Ecologie Humaine, Département de Biologie, Marrakech, Maroc, <sup>2</sup>Association de Lutte contre le Sida (ALCS), Casablanca, Maroc, <sup>3</sup>Coalition Plus Sida, Paris, France, <sup>4</sup>Association de Lutte contre le Sida (ALCS), Agadir, Maroc, <sup>5</sup>Université Hassan II, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc, <sup>6</sup>Université du Québec à Montréal, Chaire de Recherche du Canada en Education à la Santé (CReCES), Montréal, Canada, <sup>7</sup>Université Lumière Lyon 2, Institut de Psychologie, Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (EA 4163 GRePS), Lyon, France

**Introduction :** Le VIH impacte la condition physique et psychosociale des PVVIH et peut compromettre l'estime de soi qui, liée à la santé globale, joue un rôle fondamental dans la dynamique adaptative de l'individu face à son environnement. L'objectif de ce travail était d'étudier les facteurs associés à l'estime de soi parmi des PVVIH au Maroc.

**Méthodes :** Une enquête transversale a été menée, en 2011 auprès de 300 PVVIH bénéficiant des services de l'Association de Lutte Contre le Sida (ALCS) au Maroc et connaissant leur statut sérologique depuis au moins 6 mois. Une échelle d'estime de soi validée ( $\alpha$  ordinal=0,88) a servi de variable dépendante dans un modèle de régression linéaire multiple.

**Résultats :** Les facteurs positivement et indépendamment associés à l'estime de soi sont l'échelle de l'efficacité perçue du traitement ( $\beta=0,14$  ;  $p=0,009$ ), la satisfaction sexuelle ( $\beta =0,13$  ;  $p=0,019$ ) et l'orientation sexuelle (hétérosexuels vs autres orientations ( $\beta =0,11$  ;  $p=0,05$ )). Le sentiment de solitude ( $\beta =-0,19$  ;  $p=0,001$ ), l'échelle de la gravité perçue de l'infection ( $\beta =-0,17$  ;  $p=0,006$ ), le fait de penser que partager son statut sérologique était une erreur ( $\beta =-0,15$  ;  $p=0,007$ ) et la croyance d'avoir le VIH pour le reste de la vie ( $\beta =-0,15$  ;  $p=0,008$ ) sont négativement et indépendamment associés à l'estime de soi ( $R^2$  ajusté=0,26).

**Conclusion :** Les représentations et perceptions des PVVIH à l'égard de la gravité du VIH et du partage de leur séropositivité impactent négativement l'estime de soi. Celle-ci est en lien avec plusieurs dimensions de la santé globale comme la satisfaction sexuelle et le sentiment de solitude. Il est nécessaire qu'elle soit mieux intégrée dans les programmes. Nos résultats donnent des pistes pratiques sur la délivrance de ses services et des leviers d'actions, notamment en termes de représentations des personnes sur leur infection et le traitement.

## PHYSIOPATHOLOGIE DU VIH

### SO18.1

**La détection intermittente de VIH-1 dans le sperme est associée à la taille du réservoir ADN-VIH et à la consommation de cannabis chez des HSH ayant une charge virale sanguine indétectable (Evarist - ANRS EP49 study)**

M. Suzan-Monti<sup>1,2,3</sup>, M. Leruez-Ville<sup>4,5</sup>, A. Vilotich<sup>1,2,3</sup>, L. Mascard<sup>5</sup>, B. Spire<sup>1,2,3</sup>, C. Rouzioux<sup>4,5</sup>, D. Costagliola<sup>6,7</sup>, Jade Ghosn<sup>4,8</sup>  
<sup>1</sup>INSERM, UMR912 (SESSTIM), Marseille, France, <sup>2</sup>Aix Marseille Université, UMR\_S912, IRD, Marseille, France, <sup>3</sup>ORS PACA, Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France, <sup>4</sup>Université Paris Descartes, EA 3620, Université Paris Descartes PRES Sorbonne Paris-Cité, Paris, France, <sup>5</sup>APHP, Laboratoire de Microbiologie, Centre Hospitalier Universitaire Necker Enfants Malades, Paris, France, <sup>6</sup>INSERM, UPMC UMRS 943, Paris, France, <sup>7</sup>UPMC Univ Paris 06, UMRS 943, Paris, France, <sup>8</sup>APHP, Unité Fonctionnelle de Thérapeutique en Immuno-Infectiologie, Centre Hospitalier Universitaire Hôtel-Dieu, Paris, France

**Objectifs** : Déterminer la fréquence de détection du VIH-1 dans le sperme d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) ayant une charge virale sanguine contrôlée (>6 mois) et caractériser les déterminants associés.

**Méthodes** : Les HSH ont été inclus dans 6 services VIH parisiens. La charge virale HIV-ARN a été quantifiée dans le plasma sérial (CVsperme) et sanguin (CVsang) à partir d'échantillons appariés prélevés à j0 et j28. Les données socio-comportementales et médicales ont été recueillies par auto-questionnaire, ou un questionnaire médecin, respectivement. Une analyse statistique de type GEE a été réalisée pour caractériser les facteurs associés à la détection de VIH-1 dans le sperme.

**Résultats** : 157 patients ont été inclus, avec les caractéristiques suivantes : médiane CD4/mm<sup>3</sup> à l'inclusion = 637[496;792]; durée médiane de la CVsang indétectable (< 50 copies/mL) = 3.3 ans[1.8;5.6]. La CVsang résiduelle était indétectable dans 225/300 échantillons (75%) par RT-PCR ultra-sensible (< 10copies/mL). La CVsperme était détectable dans 23/304 échantillons, correspondant à 21 individus, soit une prévalence de 7.6%. Trente trois patients (21%) avaient une IST à l'inclusion. Le nombre médian de partenaires occasionnels (3 derniers mois) était de 6[3-13] et 51.1% des patients déclaraient des pénétrations non protégées avec un partenaire principal ou occasionnel. Après ajustements multiples, les facteurs associés à la détection de VIH-1 dans le sperme sont la taille du réservoir ADN-VIH et la consommation de cannabis lors des relations sexuelles.

**Conclusion** : Cette étude longitudinale démontre une détection intermittente de VIH-1 dans le sperme des HSH ayant une CVsang contrôlée. Les déterminants associés indiquent i) la nécessité d'un dépistage répété dans cette population pour favoriser diagnostic et prise en charge précoces pour limiter la taille du réservoir; ii) le possible rôle du cannabis dans ce phénomène doit être pris en compte dans le développement des actions de prévention envers cette population.

## PHYSIOPATHOLOGIE DU VIH

SO18.2

### **La résistance à l'infection VIH des partenaires séronégatifs chez les couples sérodiscordants serait associée à une forte expression des protéines CD107a et CD107b par les LT CD8<sup>+</sup>**

Abdou Padane<sup>1</sup>, M. Camara<sup>1,2,3</sup>, M. Seydi<sup>2</sup>, W. Jennes<sup>3</sup>, A.A. Diallo<sup>4</sup>, M. Fall<sup>4</sup>, P.A. Diaw<sup>4</sup>, P.S. Sow<sup>2</sup>, S. Mboup<sup>4</sup>, L. Kestens<sup>3</sup>, N. Dieye<sup>4</sup>

<sup>1</sup>CHU Le Dantec, Laboratoire de Bactériologie et Virologie, Immunologie, Dakar, Sénégal, <sup>2</sup>Cheikh Anta Diop University, Clinic of Infectious Diseases, CHU Fann, Dakar, Sénégal, <sup>3</sup>Institute of Tropical Medicine, Laboratory of Immunology, Department of Microbiology, Antwerp, Belgique, <sup>4</sup>Cheikh Anta Diop University, Laboratory of Immunology, CHU Le Dantec, Dakar, Sénégal

**Rappel :** Certains individus, malgré le fait d'être exposés à multiple reprise aux virus de leurs partenaires infectés par le VIH-1 demeurent VIH-séronégatifs de façon persistante. Différents mécanismes peuvent influencer la résistance des partenaires exposés séronégatifs (ESN) des couples VIH-1 sérodiscordants. Les réponses CTL spécifiques du VIH joueraient un rôle primordial dans la protection contre l'infection à VIH.

**Méthodes :** Dix partenaires ESN des couples VIH-1 sérodiscordants ont été enrôlés à la Clinique des maladies infectieuses du CHU de Fann, Dakar, Sénégal. Trente patients VIH -1 séropositifs (10 partenaires index non-transmetteurs des couples sérodiscordants et 20 partenaires constituant les 10 couples concordants) et 10 témoins non exposés VIH séronégatifs ont été inclus comme contrôles. Les niveaux d'expression des protéines CD107a et b, et de production d'IFN- $\gamma$  dans les sous classes de cellules T CD8<sup>+</sup>CD107a/b<sup>+</sup> ont été mesurés par cytométrie de flux en l'absence ou en présence de stimulation avec le SEB.

**Résultats :** Les sujets VIH-séronégatifs (10 sujets ESN et 10 témoins VIH séronégatifs) ont montré des pourcentages significativement plus faible de cellules T CD8<sup>+</sup> exprimant les marqueurs CD107a /b<sup>+</sup> comparés aux patients infectés par le VIH-1 (2,9% vs. 11,6% ; P = 0,016). Fait intéressant, nous avons observé des fréquences plus élevées de cellules T CD8<sup>+</sup> exprimant les marqueurs CD107a et b chez les partenaires exposés séronégatifs des couples VIH sérodiscordants en comparaison avec les témoins négatifs non exposés au VIH (11,6% vs. 1,3% ; P = 0,018).

Des conclusions similaires ont été retrouvées avec les cellules T CD8<sup>+</sup>CD107a /b<sup>+</sup>IFN- $\gamma$ <sup>+</sup>.

**Conclusion :** Globalement, nos résultats suggèrent que l'activation des CTL chez les sujets ESN, mesurée par l'expression des protéines CD107a/b<sup>+</sup>IFN- $\gamma$ <sup>+</sup> pourrait être considérée comme un facteur de protection antivirale.

**Mots clés :** VIH, VIH exposés séronégatifs, CD8, CD107a et b, corrélats de protection.

## PHYSIOPATHOLOGIE DU VIH

### SO18.3

#### Identification de l'origine des VIH 1 groupe O et P chez les gorilles du Cameroun

Mirela d'Arc<sup>1,2</sup>, A. Ayouba<sup>1</sup>, V. Boué<sup>1,3</sup>, A. Esteban<sup>1</sup>, L. Florian<sup>1,3</sup>, F. Rouet<sup>3</sup>, A. Aghokeng<sup>1,4</sup>, S. Locatelli<sup>1</sup>, L. Etienne<sup>1</sup>, E. Delaporte<sup>1</sup>, E. Mpoudi-Ngole<sup>4</sup>, M. Peeters<sup>5</sup>

<sup>1</sup>UMI 233 – TransVIHMI, Institut de Recherche pour le Développement, Université Montpellier 1, Montpellier, France, <sup>2</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brésil, <sup>3</sup>Centre International de Recherches Médicales, Franceville, Gabon, <sup>4</sup>Projet PRESICA and IMPM/CREMER, Yaoundé, Cameroun, <sup>5</sup>UMI 233 - TransVIHMI, Institut de Recherche pour le Développement, Université Montpellier 1, Montpellier, France

**Contexte :** Jusqu'à présent l'analyse des SIVgor suggérait que les gorilles sont très probablement le réservoir du VIH-1P mais pour VIH-1O les souches isolées étaient distantes de celles de l'homme. Pour confirmer que les gorilles est le réservoir du VIH-1P et pour élucider l'origine du VIH-1O, nous avons approfondi nos études chez les gorilles sauvages en Afrique centrale et caractérisé de nouvelles souches.

**Méthodologie :** Entre 2009 et 2013, 2611 échantillons fécaux de gorilles sauvages ont été collectés sur 30 sites différents : 14 au Cameroun (n=1696) et 16 au Gabon (n=915). Des tests sérologiques ont été réalisés sur tous les échantillons et des analyses moléculaires sur les prélèvements séropositifs. Les génomes complets de 2 nouveaux SIVgor ont été séquencés.

**Résultats :** 70 échantillons provenant de 18 gorilles prélevés sur 4 sites au Cameroun étaient séropositifs. Au Gabon, aucun échantillon était positif. De nouvelles souches de SIVgor proche des VIH-1 groupes P et O et présentant une importante diversité génétique ont été observées. Deux génomes complets ont été séquencés : SIVgor-BPID01, au sud-ouest Cameroun, est apparenté au VIH-1P sur >95% de son génome. Ce nouveau variant est observés chez deux populations distinctes de gorilles avec une prévalence du SIVgor de 50%. SIVgor-BQID02, isolé chez un gorille du centre Cameroun, est un recombinant proche du VIH-1O sur 75% de son génome et du SIVgor. Les distances génétiques entre SIVgor-BPID01/VIH-1P (17%) et SIVgor-BQID02/VIH-1O (12%) sont similaires ou inférieures à celles observées entre SIVcpz et leurs homologues VIH-1 M et N (26 et 16%).

**Conclusions :** S : Bien que l'infection SIVgor soit moins répandue chez les gorilles que SIVcpz chez les chimpanzés, le gorille a très probablement transmis SIVgor à l'homme à deux reprises. Ces nouveaux résultats montrent que deux espèces simiennes sont impliquées dans l'origine du VIH-1.

## ANTIRÉTROVIRAUX (2)

### SO19.1

#### Essai clinique randomisé multicentrique évaluant 3 combinaisons d'antirétroviraux de 2<sup>ème</sup> ligne en Afrique : résultats de l'étude 2LADY ANRS 12169/EDCTP

Louise Fortes Déguénonvo<sup>1</sup>, J. Mben<sup>2</sup>, F. Kaboré<sup>3</sup>, G. Bado<sup>3</sup>, N. Ngom<sup>4</sup>, L. Ciaffi<sup>5</sup>, C. Ndour<sup>1</sup>, A. Sawadogo<sup>3</sup>, S. Eymard Duvernay<sup>5</sup>, S. Izard<sup>5</sup>, A. Calmy<sup>6</sup>, J. Reynes<sup>5</sup>, V. Le Moing<sup>5</sup>, S. Koulla-Shiro<sup>7</sup>, E. Delaporte<sup>5</sup>, pour le 2LADY Study Group  
<sup>1</sup>CRCF de Fann, Dakar, Sénégal, <sup>2</sup>Site ANRS Cameroun, Yaoundé, Cameroun, <sup>3</sup>Hôpital de Jour, CHU Sanou Souro, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, <sup>4</sup>Centre de Traitement Ambulatoire (CTA), Hôpital Universitaire Fann, Dakar, Sénégal, <sup>5</sup>UMI 233 IRD, Montpellier, France, <sup>6</sup>Unité VIH, Maladies Infectieuses, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse, <sup>7</sup>FMSB/UY1, Service Maladies Infectieuses, Hôpital Central de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

**Contexte** : En cas d'échec de 1<sup>ère</sup> ligne, l'OMS recommande d'utiliser un inhibiteur de protéase boosté par le ritonavir (IP/r). Cependant les données validant le choix de l'IP/r et des molécules associées sont rares.

**Méthode** : Un essai clinique randomisé, contrôlé, ouvert, de non infériorité à 48 semaines a été conduit dans 3 pays d'Afrique subsaharienne (Cameroun, Burkina-Faso, Sénégal) pour comparer trois régimes de deuxième ligne :

Bras A: ténofovir(TDF)/emtricitabine(FTC)+lopinavir/ritonavir(LPV/r), référence OMS,

Bras B: abacavir(ABC)+didanosine(ddl)+LPV/r,

Bras C: TDF/FTC+darunavir/ritonavir(DRV/r).

Les patients  $\geq 18$  ans sous trithérapie avec un INNRTI étaient éligibles en cas d'échec virologique confirmé (charge virale (CV)  $\geq 1.000$  copies/mL) et d'observance  $>80\%$ . Le critère de jugement principal était une CV  $\leq 50$  copies/mL à S48.

**Résultats** : 454 patients ont été randomisés entre 2010 et 2012 (médiane de traitement préalable 50 mois, médiane CD4  $183/\text{mm}^3$  et médiane CV  $4.5 \log_{10}$ ). Près de 99% présentaient des mutations de résistance aux molécules de première ligne. A S48, globalement 65.2% (n=294) avaient une CV  $\leq 50$  copies/mL et respectivement 83.2% (n=375) et 90.9% (n=410) une CV  $\leq 200$  et CV  $\leq 1000$  copies/mL.

En ITT (FDA *snapshot*), dans le bras A, 105 (69.1%) participants avaient une CV  $< 50$  copies/mL, versus 92 (63.4%) et 97 (63.0%) dans les bras B et C. La différence était de 5.6% (IC95% -5.1; 16.4) et de 6.1% (IC95% -4.5; 16.7) entre le bras de référence A et les bras B et C respectivement. (Résultats semblables per protocole).

Aucune différence concernant le gain des CD4 ( $+ 127 /\text{mm}^3$ ) et les événements indésirables graves n'a été observée.

**Conclusions** : Chez les patients en échec de 1<sup>ère</sup> ligne avec de multiples mutations de résistances, tous les régimes testés ont montré des résultats satisfaisants. Au seuil de 50 copies la non infériorité des bras B et C n'est pas démontrée, la recommandation de l'OMS (bras A) reste donc une option valide.

## ANTIRÉTROVIRAUX (2)

SO19.2

### Efficacité du raltegravir 800mg une fois par jour chez des patients infectés par le VIH-1 en succès virologique

Fabienne Caby<sup>1</sup>, Manuela Bonmarchand<sup>1</sup>, Cathia Soulié<sup>1</sup>, Gilles Peytavin<sup>2</sup>, Boris Revollo<sup>1</sup>, Roland Tubiana<sup>1</sup>, Marc Antoine Valantin<sup>1</sup>, Anne Genevieve Marcelin<sup>1</sup>, Christine Katlama<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France, <sup>2</sup>Hopital Bichat, Paris, France

**Objectifs** : Evaluer la capacité du raltegravir administré à la dose de 800 mg X1/jour (RAL QD) à maintenir le succès virologique.

**Méthodes** : Les patients infectés par le VIH-1 ont été inclus dans cette étude observationnelle si RAL QD était introduit en succès virologique défini par au moins deux charges virales plasmatiques ARN VIH-1 < 50 copies/mL dans les 6 mois précédent. Le critère d'évaluation principal était la proportion de patients avec l'ARN VIH-1 < 50 copies/mL à S24.

**Résultats** : Soixante-et-onze patients ont été inclus et suivis jusqu'à S48. Parmi eux, 17(24%) recevaient préalablement RAL 400mg X2/jour depuis 8[1-28]mois. A l'inclusion, ils étaient traités depuis 14[1-22]ans et avaient une virémie supprimée depuis 62[6-179]mois. Le traitement ARV associé à RAL QD était tenofovir/emtricitabine chez 40(56%) patients, abacavir/lamivudine chez 13(18%) patients, etravirine chez 7(10%) patients, atazanavir chez 7(10%) patients, nevirapine chez 3 patients et efavirenz pour 1 patient. La proportion de patients avec l'ARN VIH-1 < 50 copies/mL était 99[96-100]% à S24 et 96[91-100]% à S48. Soixante-neuf concentrations résiduelles de RAL QD ont été réalisées chez 61 patients (Mediane 58 Q1-Q3 [29-171]ng/mL). Trois échecs virologiques ont été observés sous des concentrations résiduelles de RAL QD supérieures à l'IC95 et à l'origine de résistance au raltegravir dans deux cas. Les 3 échecs sont survenus sous un régime comportant 2 INTI en association avec RAL QD, chez des patients ayant tous échappé sous INTI dans le passé à l'origine de mutations de résistance sur le gène de la transcriptase inverse.

**Conclusion** : Dans cette étude, l'administration de RAL 800mg X1/jour permet de maintenir le succès virologique à S48 si le régime antiretroviral associé est pleinement actif. Ceci requiert la connaissance complète de l'historique des traitements ARV reçus et des résultats des tests génotypiques préalables.

## ANTIRÉTROVIRAUX (2)

SO19.3

### Changements de traitement antirétroviral chez les personnes vivant avec le VIH au Sénégal : incidence, causes et facteurs prédictifs

Fatou Lama Dièye<sup>1</sup>, A. Diouf<sup>1,2,3</sup>, M. Ndoye<sup>1</sup>, M. Maynard<sup>1</sup>, B. Ndiaye<sup>4</sup>, M.B.K. Fall<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CRCF, Dakar, Sénégal, <sup>2</sup>Clinique des Maladies Infectieuses (CMI), Université Cheikh Anta DIOP, Dakar, Sénégal, <sup>3</sup>Université de Montréal, Québec, Canada, <sup>4</sup>Pharmacie Centrale, CHU Fann, Dakar, Sénégal

**Objectif** : Un nombre restreint de molécules antirétrovirales (ARV) est disponible dans les pays à ressources limitées réduisant ainsi les options thérapeutiques. Notre objectif était d'évaluer à Dakar (Sénégal), l'incidence des changements de traitement ARV (TARV); de décrire leurs causes et d'identifier les facteurs prédictifs.

**Méthodes** : Étude de cohorte rétrospective chez 331 PVVIH mises sous ARV entre 2009 et 2011 et suivies jusqu'en mars 2012. Les facteurs prédictifs ont été recherchés parmi les caractéristiques à l'inclusion par un modèle multivarié de Cox.

**Résultats** : A la mise sous ARV, l'âge médian était de 41 ans avec 61% de femmes. L'IMC médian était de 18 kg/m<sup>2</sup> et le taux de CD4 médian de 93 cellules/μl. Étaient au stade 3 ou 4 de l'OMS 78,6% des patients, 49,2% présentaient une anémie, 5,6% une hypercréatininémie et 3% des transaminases élevées.

Après une durée moyenne d'exposition aux ARV de 20 mois, l'incidence globale des changements de TARV était de 10,5/100 personnes-années (IC95% = 8,4 - 12,6) : passant de 30/100 PA durant le premier semestre (IC95% = 21,4 - 38,6) à 8,7/100 PA (IC95% = 5,7 - 11,6) au delà; p < 0,001. Parmi les 65 changements survenus, 41 étaient attribués à une mauvaise tolérance du TARV, cinq aux échecs thérapeutiques, trois à une grossesse, deux à l'initiation d'un traitement antituberculeux et deux à la découverte d'un antigène HBs positif. Les facteurs prédictifs étaient le sexe féminin, la maigreur, le statut VIH-1 ou VIH1+2 (tableau).

**Conclusion** : En pays à ressources limitées, l'incidence des changements de TARV est élevée en début de traitement soulignant la nécessité d'une évaluation plus rigoureuse des PVVIH avant la mise sous ARV. Le soutien nutritionnel et à l'observance ainsi que l'usage de l'EFV en première intention même chez les femmes en âge de procréer pourraient participer à réduire les changements de TARV inutiles.

| Caractéristiques des patients   | Analyse univariée Risque relatif (IC95%) | Analyse multivariée Risque relatif (IC95%) | Catégories de référence      |
|---------------------------------|--|--|------------------------------|
| Age (années)                    | 0,99 (0,97 - 1,02)                       |  |                              |
| Sexe féminin                    | 1,85 (1,08 - 3,19)                       | 1,85 (1,07 - 3,19)                         | sexes masculin               |
| VIH-1 ou VIH-1 + 2              | 2,80 (0,88 - 8,94)                       | 3,57 (1,11 - 11,46)                        | VIH-2                        |
| Stade 3 ou 4                    | 1,22 (0,63 - 2,35)                       |  | stade OMS 1 ou 2             |
| IMC (kg/m <sup>2</sup> ) ≤ 18,5 | 2,06 (1,17 - 3,62)                       | 2,20 (1,24 - 3,88)                         | IMC > 18,5 kg/m <sup>2</sup> |
| Taux de CD4 ≤ 200/μl            | 1,77 (0,94 - 3,32)                       | 1,63 (0,86 - 3,29)                         |                              |
| Taux d'hémoglobine (g/dl)       | 0,91 (0,93 - 1,26)                       | 0,99 (0,88 - 1,14)                         |                              |
| Créatininémie (mg/l)            | 0,99 (0,95 - 1,13)                       |  |                              |
| Transaminases (UI/l)            | 0,99 (0,99 - 1,01)                       |  |                              |

[ : Résultats de l'analyse (modèles de Cox)]

## ANTIRÉTROVIRAUX (2)

SO19.4

### Inégalité de genre face à l'échec du traitement antirétroviral chez des patients naïfs infectés par le VIH-1 dans des hôpitaux de district ruraux au Cameroun (Stratall ANRS 12110/ESTHER)

Charlotte Boullé<sup>1</sup>, C. Kouanfack<sup>2</sup>, G. Laborde-Balen<sup>1</sup>, S. Boyer<sup>3,4,5</sup>, A. Aghokeng<sup>1,6</sup>, M.P. Carrieri<sup>3,4,5</sup>, S. Kazé<sup>2</sup>, M. Dontsop<sup>2</sup>, J.-M. Mben<sup>2</sup>, S. Koulla-Shiro<sup>2</sup>, G. Peytavin<sup>7</sup>, B. Spire<sup>3,4,5</sup>, E. Delaporte<sup>1,8</sup>, C. Laurent<sup>1</sup>, Stratall ANRS 12110/ESTHER

<sup>1</sup>IRD, Université Montpellier 1, UMI 233 TransVIHMI, Montpellier, France, <sup>2</sup>Hopital Central de Yaounde, Yaoundé, Cameroun, <sup>3</sup>Inserm U912 (SESSTIM), Marseille, France, <sup>4</sup>Université Aix Marseille, IRD, UMR-S912, Marseille, France, <sup>5</sup>Observatoire Régional de la Santé Provence Alpes Côte d'Azur, Marseille, France, <sup>6</sup>Laboratoire de Virologie IRD/IMP/CREMER, Yaoundé, Cameroun, <sup>7</sup>APHP, Hopital Bichat, Paris, France, <sup>8</sup>CHU Montpellier, Département des Maladies Infectieuses et Tropicales, Montpellier, France

**Objectif** : En Afrique, peu de données sur l'efficacité du traitement antirétroviral (ARV) désagrégées par sexe et ajustées sur l'observance sont disponibles. Notre objectif était d'évaluer les différences, entre hommes et femmes, en termes d'observance, de concentrations plasmatiques (Cpl) des ARV, de réponse immuno-virologique, de mortalité, de progression clinique et d'émergence des résistances au Cameroun.

**Méthodologie** : Etude de cohorte de patients suivis en 2006-2010 dans 9 hôpitaux de district. La charge virale (CV) et les CD4 étaient mesurés à l'inclusion puis tous les 6 mois. Un génotypage de résistance était réalisé lorsque CV>5000 copies/mL. L'observance était évaluée à l'aide de questionnaires et de scores validés puis classée en 4 catégories : 100%; 80-99%; < 80%; interruptions. Les Cpl des ARV ont été mesurées par UPLC-MS/MS sur 375 échantillons à M6. L'association du sexe avec les différents critères a été étudiée par des modèles multivariés mixtes ou à temps accélérés.

**Résultats** : Parmi 459 patients, 324 (70,6%) étaient des femmes. A l'inclusion, les femmes étaient plus jeunes, avaient un IMC et une hémoglobémie plus faibles que les hommes. Les deux sexes étaient comparables en termes de stade OMS, CD4, CV, et recevaient des traitements ARV similaires. L'observance n'était pas associée au sexe. Les Cpl des ARV n'étaient pas significativement différentes entre les deux sexes (Tableau) et la proportion d'hommes et de femmes ayant une Cpl efficace d'INNTI était similaire (80,0% vs 83,0%, p=0,501). En revanche, le sexe masculin était associé à une moins bonne réponse virologique, immunologique et clinique mais pas à l'émergence de résistances (Tableau).

| Cpl ARV (ng/mL)          | Femmes (médiane, EIQ)              | Hommes (médiane, EIQ)               | p             |
|--------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| AZT / d4T                | 37 (<10-133) / 30 (<10-94)         | <10 (<10-61) / 24 (0-62)            | 0,253 / 0,307 |
| 3TC                      | 34 (<10-89)                        | 23 (0-78)                           | 0,471         |
| EFV / NVP                | 1554 (828-2524) / 4541 (3602-5781) | 1639 (1155-2495) / 4231 (3479-5196) | 0,590 / 0,186 |
| Sexe masculin            |                                    | IC 95%                              | p             |
| Échec virologique        | aOR = 2,13                         | 0,59 ; 1,64                         | 0,004         |
| Mortalité                | aTR = 0,14                         | 1,28 ; 3,54                         | 0,001         |
| Progression clinique     | aTR = 0,18                         | 0,04 ; 0,47                         | 0,003         |
| Gain de CD4              | aB = -31,1                         | 0,06 ; 0,56                         | 0,061         |
| Émergence de résistances | aTR = 0,98                         | -63,5 ; 1,4                         | 0,943         |

[Résultats principaux]

**Conclusions** : Nos résultats montrent un risque accru d'échec du traitement ARV chez les hommes. Cette différence ne semble pas liée à une différence d'observance. Des études complémentaires sont nécessaires pour déterminer les causes de la vulnérabilité particulière des hommes.

## ANTIRÉTROVIRAUX (2)

SO19.5

### Efficacité de la bithérapie raltégravir et étravirine chez des patients virologiquement contrôlés sans interaction médicamenteuse défavorable

Ruxandra Calin<sup>1,2</sup>, M.P. Lê<sup>3</sup>, G. Peytavin<sup>3</sup>, M.-A. Valantin<sup>1,2</sup>, A. Simon<sup>4</sup>, M. Wirden<sup>5</sup>, F. Caby<sup>1,2</sup>, M. Kirstetter<sup>1,2</sup>, R. Tubiana<sup>1,2</sup>, C. Katlama<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hôpital Pitié-Salpêtrière, Maladies Infectieuses, Paris, France, <sup>2</sup>INSERM U943 /Université Pierre et Marie-Curie, Paris, France,

<sup>3</sup>IAME, Inserm UMR 1137, Université Paris 7 et APHP- UF 301 Laboratoire de Pharmacologie GH X Bichat-CI Bernard, Paris, France, <sup>4</sup>Hôpital Pitié-Salpêtrière, Médecine Interne, Paris, France, <sup>5</sup>Hôpital Pitié-Salpêtrière, Virologie, Paris, France

**Contexte** : Les stratégies d'épargne des IP/r et INTI sont des traitements antirétroviraux (ARV) de choix pour leur bonne tolérance métabolique chez les patients VIH+ virologiquement contrôlés.

**Objectifs** : Evaluer l'efficacité virologique et la surveillance pharmacologique d'une bithérapie par RAL+ETR chez des patients avirémiques sous antirétroviraux.

**Méthodes** : Etude monocentrique, observationnelle incluant tous les patients VIH+ à partir de Janvier 2008 avec CVp < 50 copies/mL traités par RAL+ETR (400/200mg bid) en relais d'un traitement par INTI+IP/r ou INNTI. L'échec virologique est défini comme deux CVp consécutives > 50 copies/mL. Parallèlement, une requête des concentrations résiduelles (C12h) plasmatiques disponibles entre 2011-2012 est réalisée concernant tous les patients sous RAL+INNTI dans l'ensemble de la file active.

**Résultats** : 91 patients ont été inclus avec suivi médian sous RAL/ETV (IQR) de 2,1 ans (1,5-2,9). La proportion de patients en succès virologique en analyse per protocole est de 95.6% (65/68, IC95%: 88 à 98) à M12 et 80.5% (29/36, IC95%: 65 à 90) à M24. Sept échecs virologiques sont survenus avec un délai médian (IQR) de 15 mois (13-17) et CVp médiane (IQR) de 576 copies/mL (259-5371). Six des sept patients ont un échec antérieur aux INNTI avec identification de mutations de résistance à ETR chez 4 des 7 patients. Dans l'étude pharmacologique, 213 C12h de RAL sont disponibles en association à un INNTI (77,5% ETR, 10,5% efavirenz et 12% nevirapine) avec une C12h médiane (IQR) de 157 ng/mL (69-390), sans différence significative entre le sous-groupe +ETR et le groupe témoin avec RAL+2INTI (C12h 162 ng/mL (80-360), p=0.67).

**Conclusion** : La bithérapie de RAL+ETR représente une option sans IP/r et INTI permettant le maintien du contrôle virologique chez des patients infectés par des souches VIH sensibles. En raison du métabolisme particulier du RAL qui évite les CYP450, l'association à un INNTI est possible sans interaction défavorable sur l'efficacité antivirale.

## PÉDIATRIE (1)

SO20.1

### Renforcement du conseil et dépistage systématique de l'infection à VIH à l'initiative du prestataire (CDIP) : modèle d'intégration des services sur les structures sanitaires soutenues par ICAP en Côte d'Ivoire

Louise Wemin<sup>1</sup>, J. Bashi<sup>1</sup>, N. Grah<sup>1</sup>, B. Thome<sup>2</sup>, H. Brou<sup>1</sup>, P. Patnaik<sup>2</sup>, I. Viho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ICAP-Côte d'Ivoire, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>2</sup>ICAP, Mailman School of Public Health, Columbia University, New-York, États-Unis

**Introduction :** Le renforcement du dépistage s'avère nécessaire pour une prise en charge précoce des enfants infectés par le VIH. Notre étude présente le modèle d'intégration du CDIP pédiatrique réalisé dans les structures sanitaires des régions du Loh Djiboua et du Worodougou-Béré.

**Méthode :** Depuis Juillet 2011, ICAP avec le financement du CDC/PEFPAR a développé en Côte d'Ivoire un protocole pour le renforcement de la mise en œuvre du CDIP pédiatrique dans les structures soutenues en zone rurale. La mise en œuvre a été progressive dans 13 structures sanitaires : HG Fresco, CMS Gbagbam, CSU Niambezaria, CSU Tieningboué (Juillet-Décembre 2011), HG Lakota, HG Mankono, CSU Sifié, HG Kani (Janvier-Mars 2012) et CSU Gbagbam, CSU Koudoulié, CSU Zikisso, CSU Dianra, CSU Sarhala (Avril-Juin 2012). Les prestataires ont été formés à la réalisation du CDIP en ciblant les portes d'entrée essentielles : enfants des adultes dépistés VIH+ (dépistage famille), en hospitalisation, en consultation pédiatrique et en vaccination-pesée. Les résultats présentés proviennent des données agrégées des rapports mensuels d'activités soins et traitement rédigés en routine.

**Résultat :** Comparé au trimestre précédent la période d'intervention ( $T_0$ =trimestre0), le nombre de CDIP pédiatrique réalisé a augmenté de 1,9 fois au trimestre 1 ( $N_{T_0}$ =228 vs.  $N_{T_1}$ =439) et 14,1 fois au trimestre 5 ( $N_{T_0}$ =228 vs.  $N_{T_5}$ =3,217). Le nombre total des enfants dépistés VIH+ a augmenté de 5,1 fois au trimestre 5 ( $N_{T_0}$ =7 vs.  $N_{T_5}$ =36). Le nombre cumulé des enfants VIH+ enrôlé dans les soins a augmenté  $N_{T_0}$ = 71 to  $N_{T_5}$ =121.

**Conclusion :** Le renforcement des prestataires de soins au CDIP améliore l'offre de dépistage des enfants dans les structures sanitaires. Cette stratégie augmente le dépistage précoce des enfants VIH+ et améliore leur accès aux soins et traitement.

## PÉDIATRIE (1)

SO20.2

**Enjeux d'un système de collecte d'échantillon sur papier buvard pour le diagnostic précoce de l'infection à VIH par la PCR ADN chez 4964 enfants de moins de 18 mois nés de mère séropositives au Mali**

Fatoumata S.M. Maïga<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Ministère de la Santé, Cellule Sectorielle de Lutte Contre le Sida, Bamako, Mali, <sup>2</sup>Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Cellule Sectorielle de Lutte Contre le Sida, Bamako, Mali

**Introduction** : Dans le cadre de la lutte contre le VIH chez l'enfant, le diagnostic précoce par PCR est une des priorités au Mali, non seulement pour apprécier l'efficacité de la PTME mais aussi pour le traitement précoce de l'enfant infecté. Il a démarré en 2008 dans 10 sites pilotes.

**Objectif** : Diagnostiquer précocement l'infection à VIH chez l'enfant par la PCR ADN à partir de 6 semaines de vie et à moindre coût.

**Méthodologie** : Elle a consisté à : l'identification des points focaux, la formation des agents sur la technique de prélèvement sur papier buvard, la mise en place d'un circuit d'acheminement des échantillons au laboratoire et le retour des résultats aux sites, la disponibilité des kits DBS, l'appui financier, la saisie dans une base de données et l'interprétation des résultats.

**Résultats** : Cette évaluation s'est déroulée de novembre 2008 à septembre 2013 chez tous les enfants nés de mères séropositives de moins de 18 mois qu'ils aient bénéficiés ou non de la PTME.

Tous les prélèvements ont été acheminés au laboratoire de référence.

Les sites de prélèvement étaient au nombre de 53 et 152 sites PTME avaient accès.

Pour la période 4964 enfants de moins de 18 mois ont pu bénéficier de la PCR ADN au Mali dont 473 positifs soit 9,53%.

Parmi eux 3020 enfants avaient bénéficiés de la prophylaxie ARV dont 84 positifs soit 2,78%.

La durée moyenne entre l'envoi et le retour des résultats était de 6 jours et le coût moyen d'envoi 8 Euro par enfant.

**Conclusion** : Il est indispensable de diagnostiquer précocement tous les enfants nés de mères séropositives dès 6 semaines de vie. Ce qui permet de traiter précocement afin de réduire la mortalité et la morbidité liée à l'infection à VIH.

## PÉDIATRIE (1)

SO20.3

### Prévalence et incidence de l'échec virologique au sein d'une cohorte d'enfant sous première ligne de traitement antiretroviral Yaoundé, Cameroun : analyse de cohorte retrospective

Anne Esther Njom Nlend<sup>1</sup>, S. Tatang Moyo<sup>1</sup>, C. Zeudja<sup>1</sup>, A. Nga Motaze<sup>1</sup>, S. Lyeb<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hôpital de la Caisse Nationale de Pécuniosité Sociale, Yaoundé, Cameroun

**Objectif** : Décrire la prévalence et l'incidence de l'échec virologique chez les enfants sous première ligne de traitement antirétroviral (TAR) à Yaoundé.

**Méthodes** : Il s'agit d'une analyse de cohorte rétrospective d'enfants sous première ligne de TAR depuis plus de 6 mois. La charge virale était mesurée par PCR en temps réel méthode Biocentrics après 24 semaines de TAR adhérent. L'échec virologique (EV) était définie par la permanence d'une charge virale supérieure aux seuils de 5000 voire 1000 copies/ml malgré un renforcement de l'adhérence. L'incidence de la survenue de l'EV a été mesurée chez les patients ayant eu au moins une CV indétectable.

**Résultats** : Nous avons inclus 143 enfants de 6 mois à 18 ans, âge médian 9,5 ans. Le sex ratio était de 1.07 garçons pour une fille. L'âge médian à l'initiation du TAR était de 3,5ans [IQR 1.2-6.5]. 76% des enfants ingéraient un TAR à base de Névirapine (NVP) tandis que 24% recevait un traitement à base d'Efavirenz. La durée de traitement variait de 6 à 120 mois, médiane 36 mois, rang interquartile [24;72] et plus 1/3 enfant était sous TAR de première ligne depuis  $\geq 5$  ans (60 mois). 102/143 (71%) était en suppression virale et 14,7 % en EV au seuil de 5000 copies. Le taux d'EV s'élevait à 20% au seuil de 1000 copies/ml. Le taux d'échec virologique était 2 fois plus fréquent sous régime à base d'EFV vs NVP, mais non significatif ( $p=0,1$ ). L'incidence de l'EV sous TAR de 1ère ligne variait de à 5,5 à 7.8 p 100 enfant-année.

**Conclusion** : 15% à 20% des enfants sous première ligne de TAR sont en échec virologique à Yaoundé à 36 mois de TAR selon les seuils OMS de 2010 et 2013 ; ceci renforce l'impératif du monitoring de la charge virale des enfants sous TAR dans les pays à ressources limitées.

## PÉDIATRIE (1)

SO20.4

**Traitement antirétroviral pédiatrique de deuxième ligne : l'expérience de la Clinique Louis Pasteur, partenaire ESTHER, Porto Novo, Bénin**

V. Dossou-Gbete<sup>1</sup>, Laurent Hustache-Mathieu<sup>2</sup>, D. Bettinger<sup>3</sup>, C. Chervet<sup>2</sup>, J. Amoussou<sup>1</sup>, L. Dossou-Gbete<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinique Louis Pasteur, Porto Novo, Bénin, <sup>2</sup>CHU de Besançon, Service de Maladies Infectieuses, Besançon, France, <sup>3</sup>CHU de Besançon, Laboratoire de Virologie, Besançon, France

**Introduction** : Peu de données existent concernant les enfants vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral de deuxième ligne au Bénin. Ce travail décrit les caractéristiques de 13 enfants suivis en 2012 à la Clinique Louis Pasteur à Porto Novo (site partenaire ESTHER).

**Méthodes** : Les données des enfants sont issues du logiciel ESOPE pédiatrique.

**Résultat** : 5 filles et 8 garçons d'âge moyen 10 ans (5-17 ans) reçoivent un traitement de 2<sup>ème</sup> ligne depuis 24 mois (6-36 mois). L'inhibiteur de protéase est le Lopinavir boosté (11 cas) ou l'Atazanavir boosté (2 cas). Le délai entre la confirmation de l'échec virologique (2 charges virales réalisées à 3 mois d'intervalle) du traitement de première ligne et la mise en route du traitement de deuxième ligne est de 12 mois (2-39 mois). Au moment du changement, la charge virale est à 4,74 log (3,48- 5,72). Seuls 6 enfants ont une charge virale disponible à M6 : 4 sont < 40 copies et 2 < 1000 copies.

**Discussion** : Le faible nombre d'enfants ne permet aucune conclusion. Cependant, le délai de passage en deuxième ligne illustre les difficultés de réalisation de la charge virale, les retards d'approvisionnement en antirétroviraux, la difficulté à mobiliser les familles autour d'un nouveau projet de soin et l'isolement de certains enfants. Malgré les difficultés rencontrées, les enfants restent scolarisés (9) ou en apprentissage (1).

**Conclusion** : A l'heure où la troisième ligne reste théorique, le passage en deuxième ligne de traitement chez l'enfant doit être facilité. L'observance doit être renforcée et le couple parents- enfant accompagné dans cette nouvelle étape.

## PÉDIATRIE (1)

SO20.5

**Coût de la prise en charge hospitalière des enfants vivant avec le VIH à Dakar. Une sous-étude de la cohorte Maggsen ANRS 12279**

Marie Varloteaux<sup>1,2</sup>, B. Taverne<sup>2,3</sup>, C. Cames<sup>3,4</sup>, H. Sy<sup>5</sup>

<sup>1</sup>IRD UMI 233, Montpellier, France, <sup>2</sup>Centre Régional de Recherche et de Formation à la Prise en Charge de Fann (CRCF), Dakar, Sénégal, <sup>3</sup>IRD UMI 233 TransVIHMI, Montpellier, France, <sup>4</sup>Centre Régional de Formation et de Recherche de Fann, Dakar, Sénégal, <sup>5</sup>Centre Hospitalier National Universitaire Albert Royer, Dakar, Sénégal

**Contexte :** Très peu d'informations sont disponibles sur le coût de la prise en charge du VIH pédiatrique en Afrique. Dans la plupart des pays, dont le Sénégal, les antirétroviraux (ARV) sont gratuits mais d'autres dépenses liées à la prise en charge sont supportées par les familles.

**Objectif :** Estimer les coûts directs de l'hospitalisation des enfants infectés par le VIH (VIH+) à Dakar.

**Méthode :** Etude prospective conduite chez tous les enfants VIH+, hospitalisés de mai 2013 à mars 2014. Le coût de l'hospitalisation est estimé par un relevé quotidien des différentes dépenses : médicaments, examens complémentaires, dépenses de la « vie quotidienne » de l'accompagnant et de l'enfant, forfait journalier et frais de déplacements ; ne sont pas comptabilisés les médicaments ARV (fournis par l'Etat). Ces données sont recueillies à partir des dossiers médicaux et par entretiens avec les accompagnants.

**Résultats préliminaires :** Chez 22 enfants inclus, l'âge médian est 108 mois (min=20 ; max=204); la durée médiane d'hospitalisation est 13 jours (3 ; 71) ; le coût moyen d'une journée d'hospitalisation est 16 € (ET=5,57). Les coûts se répartissent entre : médicaments : 35%, examens complémentaires : 19%, forfait journalier : 33%, vie quotidienne et déplacement 13 %.

**Conclusion :** Dans un pays où 60% de la population dépense moins de 1,4 euros/j, les séjours hospitaliers souvent fréquents d'un enfant pèsent lourdement sur les ressources d'une famille affectée par le VIH. L'exemption des paiements des soins pour les enfants VIH+ doit être une priorité de santé publique pour garantir leur accès aux soins sur le long terme.

## PÉDIATRIE (1)

### SO20.6

#### Une initiative réussie d'amélioration de la qualité dans le suivi des enfants exposés au VIH : l'expérience de l'Ola During Children's Hospital (ODCH), l'Hôpital Pédiatrique de Référence de Freetown, Sierra Leone

K. Bangura<sup>1,2</sup>, C. Dézé<sup>3</sup>, S. Conteh<sup>1,4</sup>, D. Baion<sup>2,4</sup>, M. Sesay<sup>1,4</sup>, T. Hiv Clinic Team<sup>2</sup>, F. Lamontagne<sup>5</sup>, E. D'Ortenzio<sup>3</sup>, L. Gigout<sup>5</sup>, V. Wolfman<sup>5</sup>, Sophie Calmettes<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Programme National de Lutte contre le VIH/Sida, Freetown, Sierra Leone, <sup>2</sup>Hôpital Pédiatrique Ola During, Freetown, Sierra Leone,

<sup>3</sup>Solthis, Paris, France, <sup>4</sup>Ministère de la Santé, Freetown, Sierra Leone, <sup>5</sup>Solthis, Freetown, Sierra Leone

**Objectif :** Depuis 2011, le dépistage précoce du VIH par PCR pour les enfants nés de mère séropositive (exposés), est réalisé en Sierra Leone, avec l'appui du CDC et d'UNICEF. Pour compléter ces efforts, Solthis et le MoHS/NACP ont établi depuis octobre 2012 une stratégie de renforcement de capacités basée sur la Démarche d'Amélioration de la Qualité pour améliorer le suivi des enfants exposés jusqu'à 18 mois.

En l'absence de médecin, cette stratégie a été initiée avec l'équipe paramédicale de la clinique VIH d'ODCH, à travers la réorganisation de la clinique, du tutorat clinique 2 fois par semaine, l'établissement de rdv spécifiques, d'outils techniques et d'un plan de suivi-évaluation.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une analyse rétrospective d'une cohorte de 214 enfants exposés inclus entre octobre 2012 et octobre 2013. Le suivi des enfants a été évalué trimestriellement pendant 1 an (T4 2012, T1-T2-T3 2013). Les enfants dépistés positifs à l'entrée dans la cohorte étaient exclus.

#### Résultats :

- 214 enfants exposés ont initié le suivi.
- 43% (n=92) ont été perdus de vue définitivement, 2 décédés, 1 transféré, 1 séroconversion et 8 ayant atteint 18 mois
- Le taux de rétention à 6 mois s'améliore de 49% pour les enfants inclus au T4-2012 à 70% pour les inclus au T2-2013 (p < 0,001)
- 65/81 enfants âgés de 9 mois ont bénéficié d'une sérologie : 56 négatifs, 9 positifs en attente de résultat de 2<sup>ème</sup> PCR
- 8/9 enfants âgés de 18 mois ont bénéficié d'une sérologie, tous étaient négatifs.

| Indicateurs   | T4-2012 | T1-2013 | T2-2013 | T3-2013 | P value (test de tendance de Cuzick) |
|---|---------|---------|---------|---------|--------------------------------------|
| Proportion des enfants revenant régulièrement à leur visite mensuelle                             | 47%     | 63%     | 76%     | 72%     | <0.001                               |
| Proportion des enfants dont l'état nutritionnel a été évalué lors d'au moins une visite mensuelle | 70%     | 95%     | 89%     | 92%     | <0,001                               |
| Proportion des enfants dont le mode d'alimentation est documenté                                  | 79%     | 91%     | 93%     | 94%     | <0,001                               |
| Proportion des enfants recevant une dose de cotrimoxazole adaptée à leur âge                      | 77%     | 94%     | 98%     | 100%    | 0,001                                |
| Proportion des enfants recevant une dose de névirapine adaptée à leur âge                         | 79%     | 85%     | 93%     | 97%     | <0,001                               |

[Evolution des indicateurs de qualité oct12-oct13]

**Conclusion :** Les résultats à un an de la qualité des soins et du taux de positivité sont encourageants et montrent la faisabilité d'une telle stratégie en l'absence de médecin. Les priorités futures sont le maintien de la qualité des soins, l'amélioration du taux de rétention et la transition vers l'option B+.

## PÉDIATRIE (1)

SO20.7

**Séroprévalence du VIH, AgHBs et VHC entre les donneurs de sang bénévoles recrutés parmi les fidèles des églises versus ceux recrutés dans certains quartiers de Kinshasa**

Faustin Kitetele Ndolumingu<sup>1</sup>, P. Akilimali<sup>2</sup>, T.R. Nsimba<sup>3</sup>, S. Yuma<sup>4</sup>, P. Lelo<sup>1</sup>, C. Akele<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Hopital Pediatrique de Kalembembe, Unité des Maladies Infectieuses, Kinshasa, Congo, République Démocratique du, <sup>2</sup>Ecole de Santé Publique de Kinshasa, Kinshasa, Congo, République Démocratique du, <sup>3</sup>Hopital Pediatrique de Kalembembe, Laboratoire, Kinshasa, Congo, République Démocratique du, <sup>4</sup>Programme National de Transfusion Sanguine, Kinshasa, Congo, République Démocratique du, <sup>5</sup>Hopital Pediatrique de Kalembembe, Kinshasa, Congo, République Démocratique du

**Objectif :** Comparer la séroprévalence du VIH, de l'AgHBs et VHC entre les donneurs de sang bénévoles recrutés parmi les fidèles des églises et ceux recrutés dans certains quartiers de Kinshasa.

**Méthodes :** Etude rétrospective réalisée sur base des résultats des échantillons de sang prélevés par l'équipe de l'hôpital pédiatrique Kalembembe chez 1473 donneurs de sang bénévoles recrutés parmi les fidèles des églises et dans certains quartiers au cours des campagnes de sensibilisation menées entre janvier et septembre 2013 à Kinshasa, RD Congo.

**Résultats :** Sur 1473 échantillons inclus dans l'étude, 83,1% (n=1224) appartenaient à des donneurs du sexe Masculin, l'âge moyen était de 35,1 ans [18-60], 51,7% (n=761) des donneurs étaient âgés entre 26 et 45 ans.

Dans l'ensemble, la séroprévalence pour le VIH, l'AgHBs et le VHC était respectivement de 3,1% (n=46), 5,0% (n=74) et 8,5% (n=125).

Comparativement aux fidèles des églises, les donneurs recrutés dans les quartiers avaient une séroprévalence du VIH beaucoup plus élevée (3,9% vs 1,8%, p=0,029), celle de l'AgHBs quasi similaire (5,1% vs 4,9%, p=0,918) et également celle de l'HVC (9,2% vs 7,3%, p=0,221)

La séroprévalence des coinfections VIH - AgHBs, VIH - VHC et AgHBs était respectivement de 2,8%, 5,6% et 4,3% chez les donneurs recrutés dans les quartiers, alors qu'elle était respectivement de 0,1%, 0% et 3,7% chez les fidèles des églises. Aucune triple association HIV-AgHBs-VHC n'avait été notée dans les deux groupes.

**Conclusion :** Dans notre étude, contrairement au VIH qui a une séroprévalence faible chez les fidèles des églises, la séroprévalence des hépatites est élevée dans les mêmes proportions dans les deux groupes.

La sensibilisation, l'éducation et le dépistage de routine pourraient améliorer la prévalence de portage des marqueurs viraux au sein de la population.

La recherche du caractère infectieux en cas de portage des marqueurs viraux des hépatites pourraient compléter l'étude.

## RÉSISTANCE

### SO21.1

#### Evaluation en population générale de la résistance primaire aux antirétroviraux 12 ans après l'implantation d'un programme d'accès à grande échelle à Chiradzulu, Malawi

Ahidjo Ayoub<sup>1</sup>, F. Mouacha<sup>1</sup>, D. Maman<sup>2</sup>, S. Masson<sup>2</sup>, E. Szumilin<sup>3</sup>, C. Masiku<sup>4</sup>, B. Chilema<sup>5</sup>, E. Delaporte<sup>1</sup>, M. Peeters<sup>1</sup>, J.F. Etard<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>UMI 233 - TransVIHMI, IRD, Université Montpellier 1, Montpellier, France, <sup>2</sup>Epicentre, Paris, France, <sup>3</sup>Médecin sans Frontières, Paris, France, <sup>4</sup>Médecin sans Frontières, Lilongwe, Malawi, <sup>5</sup>Community Health Sciences Unit, Malawi Ministry of Health, Lilongwe, Malawi

**Introduction** : Le district de Chiradzulu, dans le sud du Malawi, fut le premier site du pays dispensant gratuitement les ARV dans des structures publiques en 2001. Aujourd'hui plus de 27,000 patients y reçoivent des ARV. Ici, nous étudions la présence de mutations de résistances chez les patients nouvellement diagnostiqués.

**Méthodes** : Une étude d'incidence et de couverture ART en population fut conduite entre février et mars 2013 pour évaluer les résultats et l'impact du programme de Chiradzulu. En utilisant une méthode d'échantillonnage en grappe, tous les individus âgés de 15 à 59 ans vivant dans les 4,125 foyers sélectionnés furent invités à participer à l'étude. Chaque individu ayant donné son consentement écrit fut interviewé et testé pour le VIH. Le taux de CD4 et la charge virale furent aussi déterminés. Le génotype de chaque individu VIH+, nouvellement diagnostiqué avec un taux de CD4>500cell/μl et charge virale>1,000 copies/ml fut effectué sur plasma afin d'évaluer les résistances primaires aux ARV.

**Résultats** : Parmi les 7 473 individus ayant participé, 1234 (17.0%, 95%CI 16.1-17.8) étaient HIV+. Parmi les participants VIH+, 76.8% (95%CI 74.3 - 79.5) avaient déjà été diagnostiqués et 63.8% (95%CI 61.0-66.4) étaient sous ARV. Le test de résistance a été obtenu pour la totalité des 78 patients éligibles (29 H, 49 F). La mutation K103N a été observée chez 3 personnes, 2 hommes (27 et 35 ans) et 1 femme de 34 ans, n'ayant jamais eu d'enfants. La mutation I85V a été observée chez un homme de 37 ans.

**Conclusion** : A la différence de résultats provenant de certains programmes ayant la même ancienneté en Afrique de l'Est, la prévalence de mutations de résistance chez les patients nouvellement diagnostiqués en population générale est faible dans le district de Chiradzulu.

## RÉSISTANCE

### SO21.2

#### Etudes des mutations de résistance aux anti rétroviraux et diversité génétique du VIH1 chez des patients Marocains en echec thérapeutique

Hicham Oumzil<sup>1</sup>, A. Simohamed<sup>2</sup>, E. Elharti<sup>1</sup>, G. Dabo<sup>3</sup>, S. Lemrabet<sup>1</sup>, H. Eloudyi<sup>1</sup>, K. Filali Marhoum<sup>3</sup>, M. Malmousi<sup>4</sup>, Z. Ouagari<sup>5</sup>, S. Benchekroum<sup>6</sup>, M. Maamar<sup>7</sup>, H. Harmouch<sup>7</sup>, M. Akrim<sup>1</sup>, R. Elaouad<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut National d'Hygiène, Laboratoire National de Référence du VIH, Rabat, Maroc, <sup>2</sup>Hôpital Européen George Pompidou, Laboratoire de Virologie, Paris, France, <sup>3</sup>CH Ibn Rochd, Service de Maladies Infectieuses, Casablanca, Maroc, <sup>4</sup>Hôpital Hassan II, Centre Référent VIH, Agadir, Maroc, <sup>5</sup>Centre Référent VIH, Hôpital Hassan II, Agadir, Maroc, <sup>6</sup>Hôpital d'Enfants, Service Pédiatrie I, Rabat, Maroc, <sup>7</sup>CH Ibn Sina, Service de Médecine Interne, Rabat, Maroc

La présente étude a pour but d'évaluer le profil des mutations de résistance aux anti rétroviraux observés chez des patients en échec virologique et de documenter la diversité génétique du VIH au Maroc.

Entre 2004 et 2010, 194 sujets échantillons ont été adressés au Laboratoire National de Référence du VIH à l'INH, pour demande de génotypage. Les prescriptions du bilan immuno-virologique provenaient de 4 centres référents de prise en charge de l'infection à VIH. L'interprétation des données de la résistance a été réalisée sur la base de données Stanford et l'algorithme de l'Agence nationale pour la recherche sur le sida (ANRS).

Chez l'ensemble des patients, la durée médiane de traitement était de 18 mois. Sur le plan immunologique, la médiane du rapport TCD4/TCD8 était de 0,3. La CV médiane était de 44374 copies/ml de plasma. Soixante douze pourcent (72%) recevaient un traitement de première ligne. Soixante huit pourcent (68%) des patients présentaient au moins une mutation de résistance aux anti TR et anti Pr. Dans l'ensemble, les mutations les plus fréquentes associées à la résistance aux inhibiteurs de la TR (Nucléosidique et Non Nucléosidique) sont représentées par la M184V (40.28%) et la K103N/R (28, 77%). D'autres mutations dites TAMs (mutations sélectionnées de la thymidine) ont été détectées aux niveaux des codons M41L/V(10.79%), D67N(17.66%),K70E/G/R(17.66%), T215F/Q/S(19.42%) et K219E/F/Q (15.82%). Pour les inhibiteurs de protéase, les mutations M46I/L, I54V/T/S étaient les plus fréquentes:16,54%, 15,82% respectivement. L'analyse de la diversité génétique des souches circulantes montre une prédominance du sous-typeB avec (65 %), suivi du CRF 02-AG (19%).D'autres sous types non- B sont également trouvés:D/B (4%), D, AG /B, A, CRF01AE, C, A/C, G (1%). Le taux élevé des mutations trouvées dans cette étude montre la nécessité d'une surveillance virologique structurée.

## RÉSISTANCE

### SO21.3

#### Prévalence de la résistance chez les patients infectés par le VIH-1 et en échec de leur traitement antirétroviral de 1<sup>ère</sup> ligne après 36 mois de suivi au Mali

Aliou Balde<sup>1</sup>, D.B. Fofana<sup>1</sup>, M. Sylla<sup>2</sup>, I.A. Maiga<sup>3</sup>, M. Cissé<sup>4</sup>, F. Diallo<sup>5</sup>, F. Daou<sup>1</sup>, B. Traore<sup>1</sup>, D.K. Minta<sup>6</sup>, H.A. Traore<sup>7</sup>, A.I. Maiga<sup>1</sup>, O. Koita<sup>1</sup>, C. Katlama<sup>8</sup>, V. Calvez<sup>9</sup>, A.G. Marcelin<sup>9</sup>, R. Murphy<sup>10</sup>

<sup>1</sup>CEREFO/SEREFO-USTTB, Bamako, Mali, <sup>2</sup>Pédiatrie, CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali, <sup>3</sup>GIP ESTHER, Bamako, Mali, <sup>4</sup>CESAC, Bamako, Mali, <sup>5</sup>USAC Commune V, Bamako, Mali, <sup>6</sup>Maladies Infectieuses, CHU Point-G, Bamako, Mali, <sup>7</sup>Medecine Interne, CHU Point-G, Bamako, Mali, <sup>8</sup>Maladies Infectieuses, Hopital de la Pitié Salpêtrière, Paris, France, <sup>9</sup>Laboratoire de Virologie, Hopital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, France, <sup>10</sup>Maladies Infectieuses, Université Northwestern, Chicago, États-Unis

**Contexte** : Au Mali, 29 096 patients étaient sous traitement antirétroviral en Mars 2013 avec une majorité sous première ligne. Le changement de schéma thérapeutique est basé dans la plupart des cas sur les échecs immunologiques et cliniques à cause du manque d'outils de suivi biologique.

**Objectif** : Déterminer la prévalence des mutations de résistance chez les patients infectés par le VIH-1, en échec de leur traitement antirétroviral de 1<sup>ère</sup> ligne à base d'une combinaison de 2INTI+1NNTI.

**Méthodes** : Les charges virales (CV) ont été réalisées sur la plateforme Abbott PCR en temps réel et les tests génotypiques ont été réalisés pour les patients VIH-1 ayant une CV $\geq$ 1000 copies/ml. Les séquences de 84 patients en échec après au moins 36 mois sous ARV ont été analysées. Les résultats des tests de résistance ont été interprétés avec la dernière version de l'algorithme de l'ANRS.

**Résultats** : La majorité de nos patients était de sexe féminin (61,0%). Les médianes étaient de : 33 ans pour l'âge [IQR (4-52)], 60 mois pour la durée sous ARV [IQR (36-132)], 296 cellules/mm<sup>3</sup> pour les CD4 [IQR (6-1319)], 28 266 copies/ml pour la CV [IQR (273-2938495)] et 1 pour le score de sensibilité génotypique [IQR (0-4)]. Les patients étaient résistants à au moins une molécule d'ARV dans 92,0% des cas. La prévalence des mutations de résistance était de 79,7% et 82,1% respectivement pour les INTI et INNTI. Par ailleurs, l'Etravirine et la Rilpivirine qui n'étaient pas utilisées en première ligne de traitement, la prévalence des mutations était respectivement de 34,0% et 49,0% pour ces molécules.

**Conclusion** : Cette étude montre un niveau élevé de résistance aux INNTI de seconde génération chez les patients ayant été initiés avec un régime à base d'INNTI de première génération avec une durée médiane sous ARV de 60 mois.

## RÉSISTANCE

### SO21.4

#### Fréquence et profils des mutations associées à la résistance aux ARV de 1<sup>ère</sup> ligne chez les patients en échec virologique au Burkina Faso, Cameroun et Sénégal dans l'essai 2Lady ANRS12169/EDCTP

Emilande Guichet<sup>1,2</sup>, A. Aghokeng<sup>1,2</sup>, L. Serrano<sup>1</sup>, G. Bado<sup>3</sup>, C. Toure Kane<sup>4</sup>, A.B. Sawadogo<sup>3</sup>, C.T. Ndour<sup>5</sup>, S. Koulla-Shiro<sup>6</sup>, S. Eymard Duvernay<sup>1</sup>, M. Peeters<sup>1</sup>, L. Ciaffi<sup>1</sup>, E. Delaporte<sup>1</sup>, 2Lady Study Group

<sup>1</sup>UMI 233 - TransVIHMI, IRD, Université Montpellier 1, Montpellier, France, <sup>2</sup>IMPM/CREMER, Yaoundé, Cameroun, <sup>3</sup>Hopital de Jour de Bobo-Dioulasso, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, <sup>4</sup>Laboratoire de Bactériologie-Virologie CHU A Le Dantec, Dakar, Sénégal, <sup>5</sup>UCAD, Dakar, Sénégal, <sup>6</sup>Université Yaoundé 1, Yaoundé, Cameroun

**Contexte :** L'identification des patients en échec thérapeutique de 1<sup>ère</sup> ligne de traitement antirétroviral (TARV) est un challenge dans les pays du Sud où l'accès au suivi virologique reste limité. Notre objectif est de décrire les mutations associées à la résistance aux ARV chez les patients éligibles pour un TARV de 2<sup>ème</sup> ligne, dans l'essai 2Lady.

**Méthodes :** Dans le cadre d'un essai clinique randomisé visant à évaluer 3 régimes de TAR de 2<sup>ème</sup> ligne, 454 plasma de patients en échec virologique ( $2 \times CV > 1000$  copies/ml) à la suite TAR de 1<sup>ère</sup> ligne (3TC+AZT/d4T+EFV/NVP) ont été génotypés : 304 au Cameroun, 91 au Burkina-Faso et 59 au Sénégal. L'analyse des mutations a été réalisée selon l'algorithme de l'ANRS v.23 (2013).

**Résultats :** Au total, 446 échantillons ont été génotypés avec succès. 440/446 (98,7%) patients sont porteurs d'un virus résistant à la 1<sup>ère</sup> ligne de TARV (durée médiane 50 mois). 420/440 (95,5%) sont résistants aux INTI+INNTI, 8/440 (1,8%) aux INTI seuls et 6/440 (1,4%) aux INNTI seuls. La mutation M184V concerne 433/440 (98,6%) cas. Elle est couplée à des mutations de résistance au d4T/AZT dans 245/433 (55,7%) cas. Finalement, 243/440 (55,2%) patients, n'ont plus aucune molécule active de la 1<sup>ère</sup> ligne prescrite et 85 d'eux ont aussi accumulé des mutations associées à une résistance à l'ABC, dont ABC+DDI chez 29/85 (34,1%). Enfin, on reporte mutations de résistances associées à l'ETR et TDF chez respectivement 56/440 (12,7%) et 5/440 (1,1%) patients.

**Conclusion :** Le passage en 2<sup>o</sup> ligne de TARV basé sur l'approche pragmatique de  $2 \times CV > 1000$  copies/mL après renforcement de l'observance montre une excellente performance pour détecter les patients en échec virologique avec des résistances. Notre étude soulève également l'importance de l'identification précoce des patients en échec pour conserver des options thérapeutiques et éviter la transmission des résistances.

## RÉSISTANCE

### SO21.5

#### Etude de la résistance aux ARVs chez les enfants < 18 mois infectés par le VIH-1 en 2012 au Togo

Mounerou Salou<sup>1</sup>, C. Butel<sup>2</sup>, A. Konou<sup>1</sup>, N. Vidal<sup>2</sup>, P. Ehlan<sup>1</sup>, T. Nyasenu<sup>1</sup>, K. Ali-Edje<sup>1</sup>, K. Lawson-Evi<sup>3</sup>, D. Azoumah<sup>4</sup>, K.E. Djadou<sup>5</sup>, E. Takassi<sup>3</sup>, S. d'Almeida<sup>6</sup>, R. Tchama<sup>6</sup>, A. Singo-Tokofai<sup>6</sup>, P. Pitchen<sup>7</sup>, E. Delaporte<sup>2</sup>, M. Prince-David<sup>1</sup>, M. Peeters<sup>2</sup>, A. Dagnra<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>BIOLIM/FSS/UL, Lomé, Togo, <sup>2</sup>IRD UMI 233 TransVIHMI, Montpellier, France, <sup>3</sup>CHU-Olympio, Lomé, Togo, <sup>4</sup>CHU-KARA, Kara, Togo, <sup>5</sup>CHR, Tsévié, Togo, <sup>6</sup>PNLS, Lomé, Togo, <sup>7</sup>CNLS, Lomé, Togo

La prise en charge de l'enfant infecté est contrainte par la résistance aux ARV transmise. Notre objectif est de documenter la résistance aux INNRT et INRT chez les enfants < 18 mois nés de mères séropositives exposées ou non à la PTME au Togo.

**Matériel et méthodes** : Cette étude transversale inclut les prélèvements DBS d'enfants dépistés en 2012, naïfs de TAR au diagnostic. L'analyse génotypique a été faite selon le protocole ANRS. Pour chaque échantillon les données épidémiologiques et l'historique des traitements du couple mère-enfant étaient disponibles.

**Résultats** : Parmi 115 DBS collectés, 95 (82,6%) ont été analysés. L'âge médian des enfants (n=95) était 6 mois (IQR 2-11 mois). Les mutations associées à la résistance étaient observées chez 64/95 enfants (67,4%), dont 51/95(53,7%) uniquement aux NNRTI, 5/95(5,3%) uniquement aux NRTI et 8/95(8,4%) aux 2 classes. Parmi 38 enfants dont le couple mère-enfant avait été exposé aux ARVs 30(79%) avaient des mutations versus 32,4% (11/34) pour les non exposés. Parmi 76 mères qui déclaraient allaiter, 21 étaient sous ARVs avec 14 (66,7%) enfants résistants versus 32/55 (58,2%) pour celles sans TAR. La prévalence de résistance aux INNRT diminue avec l'âge, 82,6%, 39,1%, 37,5% et 40% pour les classes d'âge 0-3 mois, 4-6 mois, 7-12 mois et 13-18 mois. Parmi les 64 enfants ayant des mutations associées à la résistance, 31 (48,4%), 21 (32,8%) et 12 (18,7%) ont au moins 1, 2 ou 3 mutations respectivement.

**Conclusion** : La majorité des enfants infectés malgré la prophylaxie PTME, le sont avec des souches résistantes aux inhibiteurs de la RT. La prévalence de la résistance est aussi élevée chez les enfants n'ayant pas reçu de prophylaxie. Ces données confirment les recommandations de l'OMS qui préconisent de traiter les enfants < 3ans avec un schéma thérapeutique en première ligne comportant un inhibiteur de la protéase.

## RÉSISTANCE

### SO21.6

#### Profils de résistance génotypique chez des enfants en échec virologique et suivis selon les recommandations nationales en Côte d'Ivoire

D'Aquin Toni Thomas<sup>1</sup>, J. Dechi<sup>2</sup>, E. Messou<sup>3</sup>, S. Essien<sup>2</sup>, H. Chenal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CIRBA, Virologie, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>2</sup>CIRBA, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>3</sup>CEPREF, Abidjan, Côte d'Ivoire

**Objectifs** : La résistance du VIH-1 aux antiretroviraux (ARV) chez les enfants dans les pays en développement est peu décrite. Les objectifs de cette étude sont : (i) Rechercher l'existence de mutation de résistance aux ARV chez les enfants en échec virologique; (ii) Déterminer les facteurs associés à l'échec ; (iii) Caractériser les sous-types de VIH-1 circulant.

**Méthodes** : Les enfants sous traitement ARV (TAR) depuis au moins six mois selon les recommandations nationales ont été inclus en 2013. Un bilan biologique comprenant la charge virale VIH-1 plasmatique (CV) a été réalisé tous les 6 mois. Un génotypage a été réalisé en cas d'échec virologique ( $CV \geq 3 \log_{10}$  copies/mL) et des données ont été collectées. Les arbres phylogénétiques ont été effectués avec le logiciel Mega4.

**Résultats** : Sur 270 patients, 68 étaient en échec virologique. L'âge médian était de 11 ans (1-17). La durée médiane sous TAR était de 6 ans (1-12). Les médianes des lymphocytes CD4 et de la CV étaient de 477 cellules/mm<sup>3</sup> (33-1388) et de 4,4  $\log_{10}$  copies/mL (3-6,6) respectivement. Les premières lignes de TAR représentaient 49% et les secondes 51%. L'observance a été associée à 80% d'échec virologique ( $p < 0,0001$ ). Les résultats de PCR sont positifs pour 60 patients. Quarante huit (80%) des isolats étaient des CRF02\_AG. Quarante huit étaient résistants à au moins une molécule ARV. Sur la protéase, 15% avaient une résistance croisée aux inhibiteurs de la protéase. Sur transcriptase inverse, 55% étaient résistants à au moins un inhibiteur nucléosidique et un non nucléosidique de la transcriptase (INNTI). La résistance à la lamivudine/emtricitabine était de (79%) et celle des INNTI de (49%).

**Conclusion** : Notre étude confirme l'association entre l'échec virologique et la sélection de mutations de résistance chez les enfants. Le monitoring virologique est indispensable pour la gestion des échecs thérapeutiques.

## RÉSISTANCE

### SO21.7

#### La résistance du VIH au dolutegravir (DTG) diminue simultanément l'intégration de l'ADN virale dans les cellules hôtes et la réplication virale : implications pour les réservoirs du VIH

Mark A. Wainberg<sup>1</sup>, T. Mesplede<sup>1</sup>, P. Quashie<sup>1</sup>, M. Oliveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centre SIDA de l'Université McGill - Hôpital Général Juif, Montréal, Canada

**Contexte** : Aucun patient naïf aux INSTIs n'a encore développé la résistance contre le dolutegravir (DTG). Pour démontrer le profil de résistance du DTG, nous avons effectué une sélection de résistance en culture de tissus pour ce médicament.

**Méthodologie** : Nous avons cultivé le VIH-1 de différents sous-types en culture de tissu pendant des périodes prolongées, en augmentant graduellement des concentrations de DTG. L'ADN virale a été séquencé et la pertinence biologique des mutations a été confirmée de manière biologique et par mutagenèse dirigée.

**Résultats** : Nous avons observé que les mutations R263K ou G118G dans l'intégrase suivie des mutations H51H ou E138K ont paru le plus fréquemment. La mutation R263K qui a été détectée aussi dans l'étude clinique SAILING conférait un niveau approximatif de 2 à 5 fois de résistance au DTH et une chute du niveau de 30% dans l'activité d'intégrase enzymatique et la capacité de réplication virale. Bien que la H51Y n'a pas affecté de manière significative l'activité enzymatique ou la résistance au DTG, la combinaison de R263K et de H51Y ont augmenté la résistance au DTG de 8 fois avec une perte de capacité de réplication virale et activité enzymatique de 80%. Pendant plus que trois ans, aucune mutation compensatoire n'a été détectée.

**Conclusions** : Ces résultats contredisent la situation habituelle dans laquelle les mutations secondaires augmentent les niveaux de résistance aux médicaments et simultanément augmentent la réplication virale ainsi que la fonction enzymatique. Nos résultats expliquent comment la résistance primaire au DTG n'a pas été démontrée dans les études cliniques chez les patients naïfs. L'utilisation de DTG devra être considérée dans les stratégies pour éliminer les réservoirs du VIH chez l'homme, peut-être en poursuivant une stratégie d'interruption de traitement suivie par la réintroduction de DTG en thérapie.

## DÉPISTAGE

### SO22.1

#### Confirmation diagnostique et classification des patients VIH-2 et doublement réactifs au VIH-1&2 au sein de la cohorte VIH-2 de la collaboration leDEA Afrique de l'Ouest (WADA)

Boris Kevin Tchounga<sup>1,2</sup>, P.J.A. Coffie<sup>1,3</sup>, A. Inwoley<sup>4</sup>, D. Minta<sup>5</sup>, E. Messou<sup>6</sup>, G. Bado<sup>7</sup>, A. Minga<sup>8</sup>, D. Hawerlander<sup>9</sup>, C. Kane<sup>10</sup>, S.P. Eholie<sup>3</sup>, F. Dabis<sup>2</sup>, K.D. Ekouevi<sup>1,2,11</sup>, Collaboration Internationale leDEA West Africa

<sup>1</sup>Programme PAC-CI, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>2</sup>Université Bordeaux Segalen, ISPED, Centre INSERM U897- Epidémiologie-Biostatistique, Bordeaux, France, <sup>3</sup>Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>4</sup>Centre de Diagnostic et de Recherche sur le SIDA et les Affections Opportunistes, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>5</sup>Centre de Prise en Charge des Personnes Vivant avec le VIH, Hôpital du Point G, Bamako, Mali, <sup>6</sup>Centre de Prise en Charge de Recherche et de Formation. CePReF-Aconda-VS, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>7</sup>Hôpital de Jour, Bobo Dioulasso, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, <sup>8</sup>Centre Médical de Suivi de Donneurs de Sang/ CNTS/PRIMO-CI, Abidjan, Côte d'Ivoire, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>9</sup>Centre Intégré de Recherches Biocliniques d'Abidjan CIRBA, Côte d'Ivoire, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>10</sup>Laboratoire de Bactériologie-Virologie, Département GC&BA-ESP/UCAD, CHU A Le Dantec, Dakar, Sénégal, <sup>11</sup>Département des Sciences Fondamentales et Santé Publique, Université de Lomé, Lomé, Togo

**Introduction** : L'Afrique de l'Ouest se caractérise par la circulation du VIH-1 et du VIH-2 à l'origine de coinfections dont le diagnostic biologique n'est pas aisé. De plus, le choix d'une première ligne de traitement reste difficile du fait de l'accès limité aux secondes lignes. L'objectif de cette étude était de confirmer la classification des patients VIH-2 et doublement réactifs VIH-1&2 au sein de la cohorte leDEA Afrique de l'Ouest, en vue d'améliorer leur prise en charge.

**Méthode** : Une enquête transversale a été réalisée chez les patients diagnostiqués VIH-2 ou doublement réactifs VIH-1&2 selon les algorithmes nationaux. Un prélèvement sanguin a été effectué chez chaque participant puis testé avec deux tests immuno-enzymatiques différents : Immunocomb® (ImmunoComb HIV 1&2 BiSpot - Alere) et un test ELISA peptidique, non commercial (ELISA maison) utilisé en routine au laboratoire de référence de l'étude (CeDReS Abidjan).

**Résultats** : L'étude a inclus 547 patients dans trois pays (Burkina-Faso, Côte d'Ivoire et Mali), 57,0% d'entre eux étaient classés VIH-2 et 43,0% doublement réactifs VIH-1&2 d'après les algorithmes nationaux. La moitié des patients avait des CD4>500 cellules/mm<sup>3</sup>, 68,6% étaient sous antirétroviraux. Parmi les 312 patients initialement classés VIH-2, 269 (86,0%) et 283 (90,7%) ont été confirmés VIH-2 respectivement avec les tests Immunocomb® et Elisa maison. Des 235 patients initialement doublement réactifs VIH-1&2, 108 (46,0%) et 128 (54,5%) ont été reclassés mono-infectés par le VIH-1 respectivement avec les mêmes tests. En croisant les résultats des deux tests, 54 patients (22,9%) ont été confirmés doublement réactifs et 103 (43,8%) ont été reclassés VIH-1 (tableau 1).

**Conclusion** : Les patients doublement réactifs VIH-1&2 devraient être systématiquement testés de nouveau, de manière standardisée et avec des tests plus performants, avant leur mise sous traitement. Cela permettrait à environ 43% d'entre eux d'initier un traitement efficace pour le VIH-1, préservant ainsi une seconde ligne de traitement.

| Immunocomb®   | Elisa maison |           |           |            |
|---------------|--------------|-----------|-----------|------------|
|               | VIH-1        | VIH-2     | VIH-1&2   | TOTAL      |
| VIH-1 (n / %) | 103/ 43,8%   | 0/ 0,0%   | 5/ 2,1%   | 108/ 46,0% |
| VIH-2         | 1/ 0,4%      | 33/ 14,0% | 0/ 0,0%   | 34/ 14,5%  |
| VIH-1&2       | 24/ 10,2%    | 15/ 6,3%  | 54/ 22,9% | 93/ 39,5%  |
| TOTAL         | 128/ 54,4%   | 48/ 20,4% | 59/ 25,1% | 235/ 100%  |

[Classification croisée des patients initialement V]

## DÉPISTAGE

### SO22.2

#### Evaluation de la capacité d'identification d'une infection par VIH-1 et/ou VIH-2 de trousse d'orientation diagnostique et de trousse de confirmation

Agnès Gautheret-Dejean<sup>1,2</sup>, J. Bocobza<sup>1</sup>, M. Desmonet<sup>1</sup>, S. Brunet<sup>3</sup>, F. Damond<sup>4</sup>, J.-C. Plantier<sup>5</sup>, V. Lemée<sup>5</sup>, G. Moreau<sup>1</sup>, M. Wirden<sup>1</sup>, F. Barin<sup>3</sup>

<sup>1</sup>CHU Pitié Salpêtrière, Service de Virologie, Paris, France, <sup>2</sup>Université Paris Descartes, Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Laboratoire de Microbiologie, Paris, France, <sup>3</sup>Centre Hospitalo-Universitaire Bretonneau, Laboratoire de Virologie et CNR du VIH, Tours, France, <sup>4</sup>Hôpital Bichat Claude Bernard, Laboratoire de Virologie, Paris, France, <sup>5</sup>Centre Hospitalo-Universitaire Charles Nicolle, Laboratoire de Virologie et Laboratoire Associé au CNR du VIH, Rouen, France

**Objectifs :** Déterminer le type de VIH (1 et/ou 2) qui infecte un patient est primordial pour une prise en charge optimale. Certaines trousse d'orientation diagnostique et de confirmation permettent cette différenciation. L'objectif était d'évaluer leur capacité d'identification d'une infection par VIH-1 et/ou VIH-2.

**Méthodologie :** Analyse de 116 échantillons (114 sérums, et 2 plasmas) de sujets infectés par VIH-1 (61), VIH-2 (47) ou VIH-1 et VIH-2 (8) au stade chronique de l'infection. Le génotype des VIH-1 était déterminé par séquençage nucléotidique. Chaque échantillon était testé avec : SD Bioline HIV-1/2 3.0, ImmunoFlow HIV1/HIV2 (sérum/plasma) et ImmunoFlow HIV1/HIV2 WB (sang total), Genie III HIV-1/HIV-2, ImmunoComb HIV1&2 BiSpot et CombFirm, INNO-LIA HIVI/II Score, HIV-2 Blot 1.2 et HIV Blot 2.2, New Lav Blot I et II. Le sérotype était déterminé par la technique du CNR du VIH à Tours.

**Résultats :** L'infection par VIH-1 ou VIH-2 était détectée avec une sensibilité allant de 90% à 100%. En revanche, la capacité de détection d'une co-infection variait, avec une sensibilité de 12,5% à 100%. Des résultats négatifs étaient observés pour le VIH-1 groupe O avec SD Bioline HIV-1/2 3.0 (1 sérum), ImmunoFlow HIV 1/HIV 2 (1 sérum) et Genie III (2 sérums). La spécificité de détection d'une infection par VIH-1, VIH-2 ou d'une co-infection était variable (36% à 100%). Un bon compromis était obtenu avec ImmunoComb BiSpot, INNO-LIA HIVI/II Score et le sérotypage.

**Conclusion :** Cette étude a permis de mettre en évidence plusieurs points :

- (i) aucune trousse n'a une sensibilité et une spécificité de 100%, mais un bon compromis était obtenu avec ImmunoComb BiSpot, INNO-LIA HIVI/II Score et le sérotypage,
- (ii) le VIH-1 groupe O posait des problèmes pour SD Bioline HIV-1/2 3.0, ImmunoFlow HIV1/HIV2 et Genie III, et
- (iii) les co-infections étaient parfois difficiles à mettre en évidence.

## DÉPISTAGE

### SO22.3

#### Prévalence de faux positifs dans la cohorte de personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Wilfried Marius Dandy Wanikomane<sup>1</sup>, B. Abraham<sup>2</sup>, A. Naissem<sup>3</sup>, P. Mbelesso<sup>1</sup>, H. Honisse<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CNHUB, Hôpital de Jour, Bangui, Centrafricaine, République, <sup>2</sup>Service des Maladies Infectieuses du CH de Brive, Brive-La-Gaillarde, France, <sup>3</sup>GIP ESTHER, Bangui, Centrafricaine, République

**Introduction et objectif :** L'enrôlement dans la file active des personnes vivant avec le VIH est conditionné à un résultat positif au test de dépistage rapide de troisième génération. Cette étude vise à déterminer la prévalence des patients faux positifs dans la cohorte d'adultes suivis à l'HDJ du Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui.

**Matériels et méthodes :** 80 patients enrôlés et suivis régulièrement depuis au moins 3 ans, non traités à la trithérapie antirétrovirale, ayant une charge virale indétectable et un taux de CD4 $\geq$ 500/mm<sup>3</sup> sont inclus entre juin 2012 et Mai 2013. Le Western Blot est réalisé pour confirmer ou non toute séropositivité au test ELISA.

**Résultats :** Sur un total de 80 patients d'âge médian de 36 ans avec un sexe ratio F/H de 3. Huit (10%) des personnes enrôlées ont un statut sérologique négatif. Le Test de Dépistage Rapide est le seul test initialement utilisé pour justifier l'enrôlement dans 90% (72/80) de cas. La moyenne de TCD4 est de 660/mm<sup>3</sup> [500-1612]. La tuberculose pulmonaire et le zona ont motivé le premier dépistage dans respectivement 25% (2/8) et 37,5% (3/8). La chimio prophylaxie au Cotrimoxazole est instituée dans 2 (25%) des patients.

**Conclusion :** La fréquence des faux positifs au VIH est élevée dans la cohorte d'adultes à Bangui, conséquence d'une absence de confirmation par le Western blot. D'où la nécessité absolue de définir un algorithme de diagnostic afin d'éviter l'enrôlement de personnes ayant un statut sérologique négatif dans la file active des PVVIH.

## DÉPISTAGE

### SO22.4

#### **Le dépistage du VIH à l'occasion du don de sang : une excellente opportunité de prise en charge précoce (étude Preco-CI ANRS 12277, Côte d'Ivoire)**

Yao Abo<sup>1,2</sup>, C. Lewden<sup>1,3,4</sup>, A. Minga<sup>1,2,3</sup>, J. Le Carrou<sup>3,4</sup>, P. Coffie<sup>1</sup>, L. Dohoun<sup>1,2</sup>, J.M. Yeboue<sup>1,2</sup>, X. Anglaret<sup>1,3,4</sup>, C. Danel<sup>1,3</sup>, T. N'dri-Yoman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Programme PAC-CI, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>2</sup>Centre Médical de Suivi des Donneurs de Sang, CNTS, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>3</sup>Inserm, U897, Bordeaux, France, <sup>4</sup>ISPED, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, France

**Contexte** : l'OMS préconise le dépistage et le traitement antirétroviral précoce pour réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH. Le centre médical de suivi des donneurs de sang (CMSDS) d'Abidjan recrute les patients selon diverses portes d'entrée [(don de sang (DS), autre dépistage volontaire (CDV), patients référés (PR)]. Ce travail a pour objectif de décrire les caractéristiques des patients VIH positifs naïfs de traitement antirétroviral consultant pour la première fois au CMSDS selon leur provenance.

**Méthode** : Etude prospective incluant les patients infectés par le VIH ayant eu un premier contact au CMSDS d'Abidjan entre 1992 et 2013. Les caractéristiques cliniques et socio démographiques sont recueillies et saisies dans une base de données informatisée. Nous comparons ici les caractéristiques au premier contact dans les trois groupes : DS, CDV et PR.

**Résultats** : Sur la période de l'étude, 3453 patients ont eu un premier contact avec le CMSDS. Il s'agissait majoritairement de femmes (64%). La médiane d'âge était 35 ans [EIQ:30-42]. La médiane (IQR) de lymphocytes CD4 était de 336/mm<sup>3</sup> (211-513)(DS), 280/mm<sup>3</sup>(135-461)(CDV) et 218/mm<sup>3</sup>(91-375)(PR)( $p=10^{-4}$ ). La proportion de personnes avec hémoglobine < 7g/dl étaient de 1,4% (DS), 4,8% (CDV), et 7,4% (PR)( $p=10^{-4}$ ). La proportion de personnes avec ALAT>5 fois la normale était de 0,2% chez les DS, 0,5% chez les CDV et 0,9% chez les PR ( $p=7.10^{-4}$ ). La médiane (IQR) d'IMC était de 22,1 kg/m<sup>2</sup> (20,1-24,8)(DS), 20,3 kg/m<sup>2</sup> (18,0-23,2) (CDV), et 21,1kg/m<sup>2</sup> (18,7-23,9)(PR)( $p=0,5$ ).

**Conclusion** : Au premier contact avec les soins, les donneurs de sang dépistés VIH+ sont moins immunodéprimés, et présentent moins de cytolyse et moins d'anémie que les patients issus du CDV ou référés. Ces patients ont toutes les chances de bénéficier d'un début de traitement antirétroviral plus facile avec des complications moindres. Dans les banques de sang, le lien entre dépistage du VIH et soins immédiat doit être favorisé.

## FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE AU LONG COURS ET COÛTS DES MÉDICAMENTS

SO23.1

**Mobilisation endogène de ressources pour le financement des programmes et activités de lutte contre le VIH/Sida : exemple du Fonds National de Lutte contre le Sida (FNLS) avec la parafiscalité sur le tabac en Côte d'Ivoire**

Kouadio Bertin N'Guessan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fonds National de Lutte contre le Sida, Abidjan, Côte d'Ivoire

**Contexte et objectifs :** Avec une séroprévalence du VIH/sida de 3,9%, la Côte d'Ivoire vit une épidémie généralisée avec une forte dépendance du pays des financements étrangers (92%) et un gap financier de plus 140 milliards de FCFA pour la période 2012-2015.

- Contribuer à la réduction du gap financier à travers une initiative Public-Privé.
- Négocier et obtenir la perception d'une taxe sur le tabac pour le financement des programmes et activités de lutte contre le sida. Ce projet de financement innovant a été accepté depuis 2009 et est actuellement effectif.

**Méthodologie :**

- Plaidoyer auprès du Ministère de l'Economie et des Finances
- Séances de travail avec la Direction Générale des Impôts (DGI) pour déterminer le taux d'imposition,
- Prélèvement et reversement des montants sur un compte dédié FNLS,
- Prise d'un arrêté conjoint par les ministres en charge de la Lutte Contre Le Sida et de l'Economie et des Finances

**Résultats :**

- Existence d'une loi de finance (annexe fiscale) instituant une parafiscalité sur le tabac pour la lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire depuis 2010
- Collaboration formelle entre la DGI, les douanes ivoiriennes et le FNLS
- Signature d'un arrêté fixant le FNLS comme bénéficiaire des montants collectés
- Montant annuel collecté depuis 2012 : au moins 1 200 000 000 Frs CFA/an.

**Conclusion :**

- Bonne compréhension des enjeux du financement et de la parafiscalité par les deux ministères
- Possibilité de collaboration entre le public et privé pour la lutte contre le sida en Afrique.
- Les ressources collectées contribuent à combler annuellement une part du gap financier.
- Les ressources nationales pour financer la lutte peuvent être collectées à plusieurs niveaux.
- De nouvelles assiettes fiscales sont en négociation.

## FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE AU LONG COURS ET COÛTS DES MÉDICAMENTS

### SO23.2

#### Financer l'accès gratuit et universel aux traitements antirétroviraux à long terme : évolution du coût des médicaments antirétroviraux au Brésil

Constance Meiners-Chabin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ministère de la Santé, Brasília, Brésil

**Objectifs** : Depuis 1996, le Brésil offre l'accès gratuit et universel à la prise en charge du VIH/sida. Parmi 580 000 personnes ayant un dépistage positif, presque 315 000 sont sous traitements antirétroviraux fournis par le Ministère de la Santé (MS). Cette analyse porte sur l'évolution du coût des médicaments antirétroviraux (ARV) et ses déterminants, dans une perspective de long terme.

**Méthodologie** : Les données rétrospectives des transactions commerciales pour l'approvisionnement en ARV au Brésil sont utilisées pour calculer la dépense totale et le coût moyen annuels (exprimés en dollars de 2011) entre 1998 et 2011. Ces données sont stratifiées par classe de médicaments (princeps ou générique) et ligne thérapeutique. L'analyse statistique est complétée par une revue de la littérature et des entretiens avec des représentants du MS.

**Résultats** : De 1999 à 2003, la dépense totale en ARV chute de 57%, malgré une augmentation de 72% du nombre de patients, ce qui correspond à une baisse de 75% du coût annuel par patient. Plus récemment, le coût annuel moyen reprend de la vitesse, atteignant des valeurs 35% supérieures à celles de 2003. La thérapie de troisième ligne au Brésil coûtant entre neuf et dix fois plus que celles de première et deuxième lignes, 4% des patients représentent presque 20% de la dépense totale en ARV.

**Conclusion** : La tendance à la baisse du coût moyen annuel des ARV atteint un point d'inflexion en 2003, quand les économies dues à la production locale des génériques et aux rabais des laboratoires princeps, ne permettent plus de compenser la nécessité d'incorporer des nouveaux ARV très coûteux. Cette constatation met en évidence le rôle des brevets pharmaceutiques comme obstacle majeur à un traitement de qualité dans les pays en développement. Elle appelle aussi à une plus grande efficacité de la production des ARV génériques au Brésil.

# FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE AU LONG COURS ET COÛTS DES MÉDICAMENTS

## SO23.3

### Réformer la législation sur les brevets pharmaceutiques pour améliorer l'accès aux nouveaux traitements contre le VIH et l'hépatite C : l'exemple Sud Africain

Céline Grillon<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Act Up-Paris, Paris, France

Depuis l'adoption au sein de l'OMC de l'accord *sur les aspects des droits de propriété intellectuelle* qui touchent au commerce (ADPIC) en 1994, l'octroi de brevets sur les produits pharmaceutiques pour une durée de 20 ans est devenu un standard des règles du commerce international. Conscients des risques que les monopoles qui résultent de ces brevets font peser sur l'accès aux produits de santé, les Etats membres de l'OMC ont déclaré que l'accord ADPIC devait être interprété et mis en œuvre d'une manière qui appuie leur droit de protéger la santé publique, et aménagé des flexibilités à cet effet.

Bénéficiant d'un délais d'application de l'accord ADPIC jusqu'en 2005, l'Inde a pu produire des versions génériques des médicaments anti-rétroviraux. Cette concurrence a permis de réduire les prix de plus de 90% (bien au-delà des tarifs préférentiels concédés par les laboratoires pharmaceutiques aux pays en développement) et d'en élargir considérablement l'accès, notamment en Afrique. Mais ce délais est depuis expiré. La question se pose dès lors de l'accès aux nouveaux médicaments, particulièrement aux régimes d'antirétroviraux de troisième intention et aux nouveaux médicaments contre l'hépatite C.

L'Afrique du Sud a entamé un processus de réforme de sa loi sur les brevets, avec pour objectif de mieux intégrer les flexibilités de l'accord ADPIC et leur utilisation pour promouvoir l'accès aux produits pharmaceutiques. A travers l'exemple de l'actuel processus de réforme sud-africain, et en nous référant à la législation indienne qui est l'une des plus protectrices de la santé publique, nous souhaitons présenter les différentes flexibilités de l'accord ADPIC : libre définition des critères de brevetabilité, licences obligatoires, importations parallèles, etc. et leur utilisation aux fins d'améliorer l'accès aux produits de santé.

## FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE AU LONG COURS ET COÛTS DES MÉDICAMENTS

### SO23.4

#### Evaluation du coût des combinaisons ARV (cARV) chez des patients présentant un ARN-VIH < 50 copies/ml dans les services de maladies infectieuses et de médecine interne du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

Marc-Antoine Valantin<sup>1,2,3</sup>, Y. Keita<sup>3</sup>, R. Tubiana<sup>1,2,3</sup>, R. Calin<sup>1</sup>, L. Schneider<sup>1</sup>, F. Bourdillon<sup>1</sup>, A. Simon<sup>1,3</sup>, R. Agher<sup>1,3</sup>, P. Louasse<sup>3</sup>, D. Costagliola<sup>2</sup>, C. Katlama<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>CHU Pitié-Salpêtrière, Paris, France, <sup>2</sup>INSERM U943 /Université Pierre et Marie-Curie, Paris, France, <sup>3</sup>CorevIH Ile de France Centre, Paris, France

**Objectif :** Evaluer les coûts des cARV selon le barème de la CPAM en 2012 et décrire les facteurs associés.

**Méthode :** Etude descriptive incluant des patients sous cARV ayant un ARN-VIH < 50cp/ml au 31/12/2012. Les coûts extrêmes ont été comparés au coût intermédiaire dans 2 modèles de régression logistique. Les analyses ont été réalisées sous SAS version 9.3.

**Résultats :** Sur 3732 patients recevant une cARV en 2012, 3085(83%) ont été étudiés. Le coût médian d'une cARV était de 1032€/mois(394-4627), 364(12%) patients recevaient une cARV < 750€/mois, 274(9%) patients une cARV >1500€/mois et 2447(79%) une cARV dont le prix est compris entre 750-1500€/mois. Les caractéristiques de chacun des groupes sont résumées dans le tableau ci-dessous.

|  | <€750/mois (n=364)    | [€750-€1500] (n=2447) | >€1500/mois (n=274)   | Total (n=3085)        |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| cARV en €/patient/mois, (médiane[IQR]) | 691(565-746)          | 1041(880-1129)        | 1902(1733-2143)       | 1032(880-1239)        |
| Age, année(médiane[IQR])               |                       |                       |                       |                       |
| Antécédent d'IO                        | 47(41-55) 16%         | 47(41-54) 21%         | 52(46-58) 45%         | 48(42-55) 23%         |
| Durée cARV, année(médiane[IQR])        | 12(5-16) 250(143-351) | 10(4-16) 213(103-322) | 17(10-20) 106(34-188) | 11((5-16) 207(97-320) |
| Nadir CD4, /mm3(médiane[IQR])          |                       |                       |                       |                       |
| Diagnostic du VIH <1996                | 39%                   | 37%                   | 72%                   | 40%                   |
| 1996-2005                              | 41%                   | 37%                   | 13%                   | 35%                   |
| >2005                                  | 19%                   | 26%                   | 15%                   | 25%                   |
| monoIP                                 | 25%                   | 0,5%                  | 0                     | 3%                    |
| Bithérapies                            | 35%                   | 8,5%                  | 13,5%                 | 12%                   |
| Tithérapie cARV                        | 40%                   | 90,3%                 | 27%                   | 78,5%                 |
| >3molécules                            | 0                     | 0,7%                  | 59,5%                 | 6%                    |

[Caractéristiques des groupes]

En analyse multivariée, comparé au groupe « intermédiaire » :

· Dans le groupe cARV < 750€/mois, les patients avaient un nadir de CD4<sub>≥</sub>200/mm<sup>3</sup> (OR:1,5;(1,1-2,0)) et un ARN-VIH < 100000 copies/ml à l'initiation de la cARV (OR:2,0;(1,3-3,3)).

· Dans le groupe cART >1500€/mois, les patients avaient un âge >50 ans (OR:1,6;(1,2-2,0)), une histoire thérapeutique plus lourde (OR:20,5;(12,4-33,7)), un antécédent d'IO (OR:1,4;(1,1-1,9)) et un diagnostic de VIH < 1996 plus fréquent (OR:1,7;(1,2-2,5)).

**Conclusion :** Le coût des cARV varie en fonction des caractéristiques immuno-virologiques des patients. Une réflexion sur le coût de la cARV doit accompagner la prescription et la poursuite du traitement antirétroviral à efficacité et tolérance équivalentes.

# FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE AU LONG COURS ET COÛTS DES MÉDICAMENTS

SO23.5

Evaluation du coût direct de la prise en charge des hépatites virales B et C au CHU de Cocody-Abidjan

Kouamé Koffi<sup>1</sup>, S. Oga<sup>2</sup>, R. Attia<sup>2</sup>, D. Monnet<sup>1</sup>, L. Kouadio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CHU Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>2</sup>UFR Sciences Pharmaceutiques, Abidjan, Côte d'Ivoire

**Introduction** : Les hépatites virales B et C sont les premières causes de cirrhoses et cancers du foie en Côte d'Ivoire. Face à la menace de ce fléau, l'Etat de Côte d'Ivoire par le biais du Programme National de la Lutte contre les Hépatites Virales (PNLHV), a mis à la disposition des patients des hépatites virales notamment ceux du Centre Hospitaliers et Universitaires (CHU) de Cocody, l'Interféron alpha 2a pegylé et la Ribavirine qui étaient délivrés gratuitement.

Mais la biologie et les traitements complémentaires liés aux nombreux effets secondaires de l'interféron et/ou la ribavirine sont restés à charge du patient.

L'objectif de ce travail était d'estimer les coûts directs à la charge.

**Méthodes** : Une étude descriptive transversale a été menée de février 2012 à septembre 2013 au service d'hépatogastroentérologie. Elle a porté sur 48 patients sous interféron et/ou ribavirine; n'ont pas été inclus dans cette études les patients co-infectés VIH et ceux en cours de traitement.

Un questionnaire a été établi à partir des directives nationales de prise en charge des hépatites virales en Côte d'Ivoire et du Résumé des Caractéristiques du Produit (Interféron alpha 2a pegylé et Ribavirine). Les données ont été recueillies à partir des dossiers des patients.

**Résultats** : Sur les 48 patients, 37 ont pu finir leur traitement. Il ya 28 (58,3%) patients dont la charge virale était indétectable ; le taux d'abandon était de 22,9%.

Les coûts directs à la charge du patient ayant achevé le traitement varient entre 258 450FCFA et 2220550FCFA : ceux liés aux effets secondaires entre 1365FCFA et 824965FCFA ; le volet biologie oscille entre 98700FCFA et 1198200FCFA.

**Conclusion** : Cette étude révèle la nécessité d'une prise en charge globale des hépatites virales B et C en intégrant, et la biologie et les traitements complémentaires liés aux effets secondaires de l'interféron et/ou la ribavirine.

## PRÉVENTION (BIOMÉDICALE 1)

SO24.1

### Faible incidence et succès virologique dans une étude en population au Malawi 12 ans après le début d'un programme d'accès aux ARV

David Maman<sup>1</sup>, S. Masson<sup>2</sup>, B. Chilema<sup>3</sup>, C. Masiku<sup>4</sup>, E. Szumilin<sup>5</sup>, A. Ayoub<sup>6</sup>, B. Riche<sup>7</sup>, J.F. Etard<sup>6,8</sup>

<sup>1</sup>MSF - Epicentre, Departement de Recherche Clinique, Paris, France, <sup>2</sup>Epicentre, Departement de Recherche Clinique, Paris, France, <sup>3</sup>Community Health Sciences Unit, Malawi Ministry of Health, Lilongwe, Malawi, <sup>4</sup>MSF/Malawi, Lilongwe, Malawi, <sup>5</sup>MSF/France, Paris, France, <sup>6</sup>IRD UMI 233 TransVIHMI, Montpellier, France, <sup>7</sup>Hospices Civils de Lyon, Lyon, France, <sup>8</sup>Epicentre, Paris, France

**Introduction:** The rural district of Chiradzulu, in Malawi, was the site of the first antiretroviral (ART) program implemented in Malawi in 2001. ART became available there in early 2001, full decentralization of care was completed in 2003, and task shifting allowing nurses to initiate ART started in 2006. By the end of June 2013, 27,000 patients were receiving ART. Here we present findings of the Chiradzulu HIV Impact in Population Study (CHIPS), which directly measured HIV Incidence, population viral load and coverage at each step within the cascade of care in early 2013, after 15 years of a district-wide program.

**Methods:** The study was conducted between February and May 2013. Using a multistage cluster sampling method, we recruited all individuals age 15 to 59 living in 4,125 selected households. All consenting participants who tested positive also had their CD4 count and viral load measured. The Lag-Avidity and biorad assays were used to distinguish recent from long-term infection.

**Results:** Of 8,271 individuals eligible for the study 7,269 agreed to participate and were tested for HIV (94.1% inclusion for women and 80.3% for men). Overall HIV prevalence was 17.0% (95%CI 16.1 - 17.8). Overall incidence was 3.9 new cases per 1,000 Person-Years (PY) (95%CI 0.0-7.7 per 1,000PY).

Coverage at steps along the HIV care cascade was found to be as follows. Among the total HIV-infected population, 76.7% (95%CI 74.4 - 79.1) had been previously diagnosed, 71.2% (95%CI 68.6-73.6) were in care, 65.8% (95%CI 62.8-68.2) were on ART and 61.8% (95%CI 59.0-64.5) had a viral load below 1,000 copies.

**Conclusion:** This study is suggesting that high levels of population viral suppression and low incidence can be achieved in high-prevalence settings in sub-Saharan Africa. However, no causal relation between population viral suppression and low incidence can be made from this cross-sectional study.

## PRÉVENTION (BIOMÉDICALE 1)

### SO24.2

#### Estimation du risque de transmission hétérosexuel du VIH par acte sexuel sous traitement antirétroviral (TARV) : revue systématique de la littérature et modélisation bayésienne

Virginie Supervie<sup>1,2</sup>, J.-P. Viard<sup>3,4</sup>, D. Costagliola<sup>1,2</sup>, R. Breban<sup>5</sup>

<sup>1</sup>INSERM U943 / UMR S943, Paris, France, <sup>2</sup>UPMC Univ Paris 06, UMR S943, Paris, France, <sup>3</sup>APHP, Centre de Diagnostic et de Thérapeutique, Hôpital de l'Hôtel-Dieu, Paris, France, <sup>4</sup>Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Faculté de Médecine, EA3620, Paris, France, <sup>5</sup>Unité d'Epidémiologie des Maladies Emergentes, Institut Pasteur, Paris, France

**Objectif** : Estimer le risque de transmission hétérosexuelle du VIH par acte sexuel non protégé lorsque le partenaire séropositif est sous TARV depuis >6 mois et a un suivi médical, incluant la mesure de la charge virale (CV), régulier.

**Méthode** : Revue de la littérature à partir de Medline, Cochrane, Embase, et WebofScience. Critères d'inclusions: études examinant la transmission du VIH chez des couples hétérosexuels sérodifférents où le partenaire infecté est sous TARV et fournissant le nombre de transmission du VIH, la CV du partenaire traité, l'activité sexuelle et la fréquence d'utilisation du préservatif. Estimation bayésienne du risque de transmission du VIH à partir des données issues des études sélectionnées.

**Résultats** : Six études (sur 5976) ont été incluses. Dans ces études, >70% des partenaires séropositifs avaient une CV contrôlée. Tout au plus, une transmission du VIH a été notifiée chez 1672 couples où le partenaire séropositif était sous TARV depuis >6 mois (suivi total: 1936,8 personnes-années); les données étaient insuffisantes pour déterminer si l'unique transmission s'est produite avant ou après 6 mois de TARV. Nous avons estimé que la borne supérieure du risque de transmission du VIH sous TARV depuis >6 mois à 8,7:100000 ou 13:100000, selon le moment de survenue de l'unique transmission. Pour que cette borne supérieure soit < 1:100000, il faudrait collecter 12 fois plus de données et ne pas observer de transmission. Le risque cumulé de transmission du VIH excéderait 1% après 195 à 389 actes sexuels. Par ailleurs, le TARV serait plus protecteur que le préservatif contre l'infection à VIH avec une probabilité >80%.

**Conclusions** : Les données actuelles supportent un risque de transmission du VIH par acte sexuel sous TARV depuis >6 mois < 13:100000. Nos estimations utilisent des données issues d'études où la prise en charge du VIH était similaire à celle observée en Occident.

## PRÉVENTION (BIOMÉDICALE 1)

SO24.3

### Perceptions des modes de transmission du VIH et implications pour des activités de *treatment as prevention*

Tatiana Kourline<sup>1</sup>, Muhle Dlamini<sup>2</sup>, Velibanti Dlamini<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médecins Sans Frontières, Nhlngano, Swaziland, <sup>2</sup>Swaziland National AIDS Program, Mbabane, Swaziland

**Contexte et objectifs :** Depuis 2012, le Ministère de la Santé du Swaziland développe des stratégies de *Treatment as Prevention* (TasP), afin de réduire la transmission du VIH. Dans ce cadre, Médecins sans Frontières (MSF) mène une recherche opérationnelle sur PTME B+. Lors de sensibilisations communautaires sont identifiées des représentations erronées répandues des modes de transmission du VIH. Cette analyse des perceptions des modes de transmission a été menée pour informer les activités TasP de MSF.

**Méthodologie :**

· Interviews individuelles ( $n=32$ ), groupes discussions avec informateurs clés (patients, personnels soignants, acteurs communautaires,  $n=47$ )

· Observations de sensibilisations communautaires, consultations cliniques et sessions de formation ( $n=7$ )

**Résultats :** Parallèlement aux messages d'éducation à la santé présentant la transmission du VIH par voie sexuelle et recommandant l'usage du préservatif, les perceptions dominantes sont de deux ordres. D'une part, le liquide séminal d'un homme séropositif ne contiendrait pas de VIH : seul le sang et les liquides vaginaux et pré-éjaculatoires seraient infectieux (faisant écho à des conceptions ethnomédicales historiques répandues en Afrique Australe). D'autre part, l'infection ne pourrait avoir lieu qu'au travers de "coupures" sur les parties génitales.

**Conclusion :** Cette analyse révèle d'importantes perceptions erronées quant aux modes de transmission du VIH, affectant négativement les approches de prévention. MSF adresse, avec le Ministère de la Santé, ces perceptions problématiques, dans des dialogues sur les modes de transmission du VIH. Les représentations portent essentiellement sur la procréation et la possibilité de concevoir des enfants séronégatifs. Les stratégies de TasP (PTME, réduction de la charge virale) répondent à ces inquiétudes systématiques. Une attention plus soutenue doit alors être portée aux informations parallèles aux messages d'éducation à la santé, particulièrement dans des contextes de délégation des tâches. L'approche communicationnelle doit répondre aux savoirs socioculturels préexistants. Une investigation plus large de ces représentations devrait avoir lieu, dans d'autres contextes.

## PRÉVENTION (BIOMÉDICALE 1)

### SO24.4

#### Impact des différents traitements prophylactique en PPE: résultats d'une étude prospective canadienne sur les prophylaxies post exposition sexuelle

Réjean Thomas<sup>1</sup>, S. Vézina<sup>1</sup>, M. Boissonnault<sup>1</sup>, E. Huchet<sup>1</sup>, S. Lavoie<sup>1</sup>, L. Charest<sup>1</sup>, D. Murphy<sup>1</sup>, D. Sissoko<sup>1</sup>, B. Trottier<sup>1</sup>, N. Machouf<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinique Médicale l'Actuel, Montréal, Canada

**Rationnel** : La prophylaxie post exposition sexuelle (PPEs) pose de nombreux défis autant aux cliniciens qu'aux patients. Une meilleure compréhension du recours ainsi que des effets des PPEs est nécessaire pour améliorer notre pratique. Sachant que les effets secondaires (ES) des ARV altèrent souvent l'adhérence au traitement, nous avons voulu comparer les différents régimes utilisés en PPEs.

**Devis** : Étude de cohorte prospective des consultations pour PPEs à la clinique l'Actuel de 2000-2012. Nous avons étudié les facteurs associés à l'adhérence au traitement prophylactique par des analyses multivariées de régression logistique (backward stepwise).

**Résultats** : n=2287 consultations PPEs. Les patients étaient surtout des HARSAH (80%), avec un âge médian de 32 ans, consultant suite à un rapport anal non-protégé (38%), la source était VIH-connue dans 26% des cas. Le risque était évalué à modéré/élevé dans 81% des cas. Une prophylaxie de 28 jours a été prescrit à 1750 patients (78% des consultations), principalement combinée de CBV/LPV (N=243), TVD/LPV (N=1248) ou TVD/RAL (N=51). L'adhérence globale au traitement était de 1206/1750 (69%, ITT). L'adhérence était meilleure chez les patients traités par TVD +soit LPV (73%), soit RAL (77%) que par CBV/LPV (57%; p=0,010). 38% des patients ont rapporté des ES, principalement gastro-intestinal (32%) et fatigue (11%). Seul 6% des patients ont cessé leur PPE prématurément: ceux traités par CBV/LPV 10%, par TVD/LPV 5% et par TVD/RAL 2% (p< 0,001). L'adhérence au traitement augmentait avec l'âge (OR=1,03; IC<sub>95%</sub>:1,01-1,04) et était inférieure chez les femmes (OR=0,54;IC<sub>95%</sub>:0,37-0,78) et les patients traités par CBV/LPV vs. TVD/LPV (OR=0,48;IC<sub>95%</sub>:0,36-0,66). Pas de différence entre TVD/LPV et TVD/RAL (OR=0,90; IC<sub>95%</sub>:0,45-1,82).

**Conclusion** : Le taux d'adhérence à la PPEs était assez élevé dans notre cohorte avec très peu d'arrêts prématurés. Cette étude montre que le choix du traitement peut influencer l'adhérence: TVD (combiné au LPV ou RAL) cause moins d'ES et d'arrêt de traitements que CBV/LPV.

## COMORBIDITÉS (2)

### SO25.1

#### Risques à 10 ans d'accident cardiovasculaire fatal, et des maladies cardiovasculaires chez les PVV de Mbuji-Mayi sous trithérapie antirétrovirale de première ligne : comparaison avec des patients adultes non infectés par le VIH-SIDA

Didier Mukeba Tshialala<sup>1,2</sup>, J.B. Nachega<sup>3</sup>, V. Arendt<sup>4</sup>, G. Gilson<sup>5</sup>, M. Moutschen<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Université de Mbuji-Mayi, Médecine Interne, Mbuji-Mayi, Congo, République Démocratique du, <sup>2</sup>Centre de Recherche Public de la Santé (CRP-Santé), Centre d'Investigation et d'Epidémiologie Clinique (CIEC), Luxembourg, Luxembourg, <sup>3</sup>Johns Hopkins Bloomberg, School of Public Health, Baltimore, États-Unis, <sup>4</sup>Centre Hospitalier de Luxembourg, Maladies Infectieuses et Travel Clinic, Luxembourg, Luxembourg, <sup>5</sup>Centre Hospitalier de Luxembourg, Laboratoire de Biochimie, Luxembourg, Luxembourg, <sup>6</sup>Centre Hospitalier Universitaire de Liège, Maladies Infectieuses, Liège, Belgique

**Objetifs** : La classification du risque des maladies cardiovasculaires, du diabète et de l'hypertension artérielle ; la comparaison du risque à 10 ans d'accident cardiovasculaire fatal entre les PVV et les patients non infectés par le VIH-SIDA à Mbuji-Mayi en RDCongo.

**Méthodes** : Etude transversale, observationnelle portant sur 445 PVV dont 95,50% traités avec Stavudine+Lamivudine+Nevirapine et 592 patients non infectés par le VIH ; tous n'ayant pas d'antécédents personnels cardiovasculaires ni de dyslipidémie connus. La classification du risque des maladies cardiovasculaire, du diabète et de l'hypertension artérielle sur base du tour de taille ainsi que le risque à 10 ans d'accident cardiovasculaire fatal ont été respectivement déterminé selon le schéma adapté des lignes directrices Canadiennes pour la classification du poids chez les adultes et le modèle SCORE pour les régions européennes à risque faible. Les résultats ont été analysés par les tests de chi-carré, la régression logistique, le t-student et le Wilcoxon Rank-Sum.

**Résultats** : Pour le risque accru des maladies cardiovasculaire, les PVV ont une prévalence de 18,70% versus 12,50% pour les patients non infectés par le VIH-SIDA ( $P=0,008$ ) ( $OR=1,61$  ;  $IC\ 95\% : 1,14-2,25$ ). Et pour le risque considérablement accru, les PVV ont une prévalence de 24,0% versus 15,90% pour les patients non infectés par le VIH-SIDA ( $P < 0,001$ ) ( $OR=1,68$  ;  $IC\ 95\% : 1,23-2,29$ ).

En revanche, pour ce qui est du risque à 10 ans d'accident cardiovasculaire fatal, les PVV ont un risque moyen de 0,83% versus 0,85% pour les patients non infectés par le VIH-SIDA ( $P=0,792$ ).

**Conclusion** : L'infection à VIH-SIDA chez les PVV de Mbuji-Mayi est associée au risque accru et celui considérablement accru des maladies cardiovasculaires, du diabète et de l'hypertension artérielle. Mais le risque à 10 ans d'accident cardiovasculaire fatal ne semble pas être statistiquement différent entre les deux groupes des patients.

## COMORBIDITÉS (2)

### SO25.2

#### Surpoids, obésité à l'initiation et à 24 mois de traitement antirétroviral chez des patients infectés par le VIH à Abidjan, Côte d'Ivoire, cohorte nichée dans l'essai Temprano ANRS 12 136

Calixte Haba Hebane Guehi<sup>1</sup>, D. Gabillard<sup>2</sup>, R. Moh<sup>3</sup>, E. Ouattara<sup>2</sup>, S.O. Koulé<sup>1</sup>, B.J. Séri<sup>1</sup>, H. Ahibo<sup>4</sup>, J. Lecarrou<sup>2</sup>, A. Badjé<sup>3</sup>, S. Eholié<sup>3,5</sup>, X. Anglaret<sup>2,3</sup>, C. Danel<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>USAC, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>2</sup>INSERM U897, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, France, <sup>3</sup>Programme PAC-CI, Site ANRS, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>4</sup>CeDReS, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>5</sup>Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT), CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire

**Contexte** : Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risques cardiovasculaires. Peu d'études ont été faites en Afrique chez des patients infectés par le VIH et peu immunodéprimés, sur l'évolution de l'IMC sous antirétroviraux. Notre objectif était de décrire l'évolution des catégories d'IMC à 24 mois de traitement antirétroviral.

**Méthodes** : L'essai randomisé Temprano ANRS 12 136 a pour objectif d'étudier les bénéfices et risques de traitements antirétroviraux précoces, chez des adultes, infectés par le VIH 1, ayant des CD4 < 800 CD4/mm<sup>3</sup> et pas de critère pour débiter les ARV selon les recommandations OMS les plus récentes. Les patients des bras ARV précoces de l'essai randomisés avant le 1er décembre 2010, et ayant reçu 24 mois de traitement ont été inclus dans la présente étude. Les personnes décédées, perdue de vue, enceintes ou ayant des données manquantes avant M24 ont été exclues. Les catégories de corpulence étaient les suivantes : maigre < 18.5, 18.5≤normal< 25, 25≤surpoids< 30, obèse ≥30 kg/m<sup>2</sup>.

**Résultats** : 755 patients adultes (78% de femmes; CD4 médian: 442/mm<sup>3</sup>, Médiane IMC initial : 22 Kg/m<sup>2</sup>) ont débuté un traitement ARV. 597 patients ont eu 24 mois de suivi 9,7% étaient maigres, 62,7% normaux, 20,4% en surpoids et 7,2% obèses à l'initiation du traitement. A l'initiation du traitement, les principaux facteurs associés à l'obésité étaient le sexe féminin, l'âge plus élevé, les patients hypertendus, ayant une hypercholestérolémie et une hypertriglycéridémie. Entre M0 et M24, on observait une augmentation significative des proportions de surpoids (20.4% vs 24.8%, p=0.01), d'obèses (7.2% vs 9.2%, p= 0.03)

**Conclusion** : La prévalence du surpoids et de l'obésité avant et sous antirétroviraux est importante dans cette population de personnes infectées par le VIH nécessitant une prise en charge nutritionnelle adaptée pour réduire les facteurs de risques cardiovasculaires.

## COMORBIDITÉS (2)

SO25.3

**L'hypertension artérielle chez les personnes vivant avec le VIH : un problème sous estimé et mal contrôlé dans une cohorte Africaine ; Burkina Faso, 2013**

Nongodo Firmin Kaboré<sup>1</sup>, A. Héma<sup>1</sup>, J. Zoungrana<sup>1</sup>, A.G. Poda<sup>1,2</sup>, I. Soré<sup>1</sup>, G. Bado<sup>3</sup>, A.S. Ouédraogo<sup>2,3</sup>, M.S. Ouédraogo<sup>2,4</sup>, P.M. Ilboudo<sup>1</sup>, A.K. Bako<sup>1</sup>, S. Koussé<sup>1</sup>, A.B. Sawadogo<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>CHU Souro Sanou, Maladies Infectieuses et Tropicales/ Hôpital de Jour, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, <sup>2</sup>Université Polytechnique de Bobo Dioulasso, Institut des Sciences de la Santé, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, <sup>3</sup>CHU Souro Sanou, Laboratoire d'Analyses Biomédicales, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, <sup>4</sup>CHU Souro Sanou, Médecine Interne, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, <sup>5</sup>Université de Ouagadougou, Unité de Formation et de Recherche en Science de la Santé, Ouagadougou, Burkina Faso

**Objectif :** Déterminer la prévalence et les facteurs associés à l'HTA chez les patients infectés par le VIH, à l'hôpital de jour (HDJ) de Bobo-Dioulasso.

**Méthodes :** Etude transversale descriptive et analytique portant sur les PvVIH suivis à l'HDJ de Bobo-Dioulasso et âgés d'au moins 18 ans à la date du 30/04/2013. Les données ont été extraites de la base de données des consultations médicales. Ont été considérés comme hypertendus, tous les patients déclarés comme tels par le médecin sur la base de données, plus tous les patients non déclarés hypertendus dont la moyenne des 2 dernières mesures de la tension artérielle donnent une systoliques  $\geq 140$  mmHg et/ou une diastolique  $\geq 90$  mmHg. Les tests de Khi-2 et de Student ont été utilisés pour les comparaisons, avec un seuil de signification de 0,05.

**Résultats :** La file active comptait 3747 patients âgés d'au moins 18 ans dont 73,1% de femmes, avec 87% des patients qui étaient sous traitement ARV. L'âge moyen était 45,7 ans chez les hommes contre 40 ans chez les femmes ( $p < 0,001$ ). La prévalence globale de l'HTA était de 12,4%. Elle était plus élevée chez les hommes (16,9% vs 10,8%,  $p < 0,001$ ). A l'analyse multivariée, les facteurs associés à l'HTA étaient un âge  $\geq 35$  ans, le sexe masculin, un IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> et une clairance de la créatinine  $< 60$  ml/min/1,73m<sup>2</sup>. Seulement 64,5% des hypertendus de la file active bénéficiaient d'une prise en charge, avec 23,6% par des mesures hygiéno-diététiques (MHD) uniquement et 40,9%, par médicaments anti-HTA  $\pm$  MHD. Cette prise en charge a permis d'avoir 21,3% de chiffres tensionnels contrôlés.

**Conclusion :** L'HTA est sous diagnostiquée dans notre cohorte et sa prise en charge n'est pas optimale. Les facteurs de risque sont les mêmes que ceux retrouvés en population générale.

## COMORBIDITÉS (2)

### SO25.4

#### **Modification de la thérapie antirétrovirale en alternative au traitement par statines pour les patients séropositifs pour le VIH présentant un risque cardiovasculaire bas ou intermédiaire : l'essai prospectif ETRALL**

Laura Ciaffi<sup>1</sup>, D. Genne<sup>2</sup>, M. Cavassini<sup>3</sup>, C. Delhumeau-Cartier<sup>1</sup>, F. Montecucco<sup>4</sup>, G. Wandeler<sup>5</sup>, J. Fehr<sup>6</sup>, M. Stroekle<sup>7</sup>, P. Schmidt<sup>8</sup>, A. Hill<sup>9</sup>, R. Spycher Elbes<sup>1</sup>, A. Calmy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unité HIV, Maladies Infectieuses, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse, <sup>2</sup>Département de Maladies Infectieuses, Hôpital de La Chaux de Fonds, La Chaux de Fonds, Suisse, <sup>3</sup>Département de Maladies Infectieuses, Hôpital Universitaire de Lausanne, Lausanne, Suisse, <sup>4</sup>Division de Médecine de Laboratoire, Département de Médecine de Laboratoire et Génétique, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse, <sup>5</sup>Département de Maladies Infectieuses, Hôpital Universitaire de Berne, Berne, Suisse, <sup>6</sup>Département de Maladies Infectieuses et Epidémiologie Hospitalière, Hôpital Universitaire de Zürich, Zurich, Suisse, <sup>7</sup>Département de Maladies Infectieuses, Hôpital de Bâle, Bale, Suisse, <sup>8</sup>Département des Maladies Infectieuses, Hôpital de St Gall, St Gall, Suisse, <sup>9</sup>Pharmacology Research Laboratories, Université de Liverpool, Liverpool, Royaume-Uni

**Contexte** : La modification des molécules du traitement antirétroviral (ARV) est une stratégie recommandée pour la prise en charge de l'hyperlipidémie chez les patients HIV positifs. Notre objectif est d'évaluer si le remplacement d'un inhibiteur de la protéase boosté par du ritonavir (IP/r) ou de l'éfavirenz (EFV) par l'étravirine (ETR) remplit des objectifs comparables au traitement par statines.

**Méthodes** : L'étude était conduite durant 12 semaines dans 7 sites en Suisse. Les critères d'inclusion étaient : une virémie VIH < 50 copies/mL, un traitement ARV stable contenant soit IP/r ou l'EFV, un traitement par statine en cours en prévention primaire. Un mois après l'interruption de la statine (S4), l'IP/r ou l'EFV étaient remplacés par l'ETR. Le critère de jugement primaire était la proportion de patients sous ETR ne présentant plus les indications aux statines après 12 semaines (EACS/ATPIII 2004).

**Résultats** : Nous avons inclus 31 patients, en majorité masculins (80%) d'âge médian 52 ans (46-60). La médiane de CD4 était de 709 cell/mm<sup>3</sup> (543-851). Vingt et un (68%) étaient sous EFV et 10 (32%) sous IP/r. La médiane de LDL-c était de 2.89 mmol/L (IQR 2.59-3.54). Quatre semaines après l'arrêt des statines (S4), 29 (93.5%) présentaient un LDL-c  $\geq$  3 mmol/L les qualifiant pour la modification des ARV ; 27 ont débuté l'ETR. Nous avons observé une réduction significative du cholestérol total (-0.88 mmol/L, IQR -1.38 - -0.31), du LDL-c (-0.49, IQR -1.16 - 0.17;) et des triglycérides (-0.51 mmol/L IQR -1.16 - -0.06) entre les semaines 4 et 12. Quinze (56%) des participants sous ETR ne qualifiaient plus pour un traitement par statine selon les recommandations de l'EACS 2013 (p= 0.0001).

**Conclusion** : La modification du traitement antirétroviral a permis d'éviter l'adjonction d'un traitement additionnel de statines chez plus de la moitié des patients VIH présentant un risque cardiovasculaire bas ou intermédiaire.

## COMORBIDITÉS (2)

### SO25.5

#### Les atteintes rénales chez les patients VIH positif au CHU du Point G. Bamako, Mali

Nouhoum Coulibaly<sup>1</sup>, A.M. Traoré<sup>2</sup>, A.S. Kaya<sup>3</sup>, T. Cissé<sup>3</sup>, D.K. Minta<sup>3</sup>, S. Doumbia<sup>2</sup>, H.A. Traoré<sup>4</sup>, M.K. Maiga<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CHU du Point G, Médecine, Bamako, Mali, <sup>2</sup>Service de Néphrologie et d'Hémodialyse CHU du Point G, Médecine, Bamako, Mali,

<sup>3</sup>Service de Maladies Infectieuses CHU du Point G, Bamako, Mali, <sup>4</sup>Service de Méd CHU du Point G, Bamako, Mali

La néphropathie liée au VIH est aujourd'hui bien codifiée. Il s'agit de La néphropathie associée au VIH (HIVAN), la glomérulonéphrite aiguë lupus like, la micro-angiopathie thrombotique.

Notre travail était de type transversale à collecte rétrospective de variables cliniques et paracliniques à partir des dossiers de patients adultes VIH positif, référés pour insuffisance rénale (IR) ou d'IR découverte en cours d'hospitalisation dans les services de Néphrologie et d'infectiologie du CHU du Point G sur une période de 26 mois.

Pour 1614 malades hospitalisés, 767 patients étaient VIH+. L'IR était notée chez 150 patients (19,5% des VIH+). La comorbidité IR-VIH+ se répartissait entre 147 patients VIH<sub>1</sub> vs 3 patients VIH<sub>2</sub>. Le sex ratio (F/H)= 0,9. Les antécédents médicaux répertoriés

portaient sur l'HTA (11 cas), le diabète (2 cas), la drépanocytose (5 cas), la TBpulmonaire (2 cas). L'immunodépression était avancée chez 85,3% des cas. Le TARV était déjà en cours chez 118 cas.

Les signes urinaires d'appel concernaient la brûlure mictionnelle (14 cas), la dysurie (10 cas), polyurie (6 cas), pollakiurie (4 cas) et l'anurie (1 cas). L'hypovolémie était majoritairement notée (79,3%). Les médicaments néphrotoxiques (MNT) les plus courants étaient le cotrimoxazole (31,3%), les  $\beta$ lactamines (22,7%), les aminosides (14,7%) et les antituberculeux (16%). Les principaux facteurs aggravant associés à l'IR étaient les MNT (90%), la DEC (79,3%), les infections urinaires (27,3%). La fonction rénale normale (14,7%), l'IR débutante (12%) et IR terminale (10,7%) sont notés avant institution du TARV vs IR débutante (18%) et IR modérée (50,7%) et IR terminale (16%) sous TAR.

L'évolution était favorable dans 46,7%. La létalité a été de 51,3%.

L'IR-VIH+ quelque soit le caractère et la cause, reste fréquente. Cet aspect de la complication évolutive mérite une attention soutenue dans notre contexte où le ratio malade VIH et service d'hémodialyse reste inquiétante.

## COMORBIDITÉS (2)

SO25.6

**Morbidité grave selon le sexe, à l'ère des multithérapies antirétrovirales, cohorte ANRS CO3 Aquitaine**

Mojgan Hessamfar<sup>1,2</sup>, C. Colin<sup>2</sup>, M. Bruyand<sup>1,2,3</sup>, M. Decoin<sup>1,2,3</sup>, F. Bonnet<sup>1,2,4</sup>, D. Neau<sup>1,4</sup>, P. Mercié<sup>1,2,4</sup>, C. Cazanave<sup>1,4</sup>, J.-L. Pellegrin<sup>1,4</sup>, F. Dabis<sup>1,2,4</sup>, P. Morlat<sup>1,2,4</sup>, G. Chêne<sup>1,2,4</sup>, Groupe d'Epidémiologie Clinique du Sida en Aquitaine (GECSA)

<sup>1</sup>CHU Bordeaux, Bordeaux, France, <sup>2</sup>Inserm U897, ISPED, Université Bordeaux Segalen, Bordeaux, France, <sup>3</sup>COREVIH Aquitaine, Bordeaux, France, <sup>4</sup>Université Bordeaux Segalen, Bordeaux, France

**Objectif :** Etudier la fréquence d'hospitalisation des patients infectés par le VIH et l'incidence des morbidités graves selon le sexe.

**Méthodes :** La morbidité grave, définie comme un événement nécessitant une hospitalisation  $\geq 48$ h, a été étudiée chez les patients inclus dans la cohorte Aquitaine suivis entre 2000 et 2008.

**Résultats:** Parmi 4987 patients (27% de femmes), suivis pour une médiane de 8,7 ans, 1473 (30%) ont été hospitalisés au moins une fois, cumulant 3049 hospitalisations. Entre 2000 et 2008, le taux d'incidence des hospitalisations a diminué chez les hommes et les femmes, de 155 à 80/1000 personnes années (PA) et de 125 à 71/1000 PA, respectivement ( $p < 0.001$ ). Cette tendance a été observée pour tous les événements morbides sauf les événements hépatiques, stables chez les hommes (15 à 13/1000 PA) et augmentant chez les femmes (2,5 à 11,5/1000 PA), les événements cardiovasculaires augmentant chez les hommes (6 à 10/1000 PA) et les femmes (6 à 14/1000 PA) et les cancers non classant sida, augmentant chez les hommes (4 à 7/1000 PA), stables chez les femmes (2,5/1000 PA).

La proportion des patients avec  $\geq 1$  événement morbide sévère a diminué de 10 à 5,2% entre 2000 et 2008, alors que parmi eux la proportion de ceux avec  $> 5$  événements augmentait de 7,8 à 13,6%.

La toxicomanie IV, l'âge  $> 50$  ans, l'ARN-VIH  $> 10000$  copies/mL, les CD4  $< 500/\text{mm}^3$ , le stade Sida, la co-infection VHC et les facteurs de risque cardiovasculaires (diabète, HTA, tabagisme) étaient tous significativement liés à la survenue d'événements morbides sévères.

**Conclusions :** La morbidité liée au VIH reste variée mais nécessite moins d'hospitalisations dans les années récentes. Les patients hospitalisés sont plus souvent polypathologiques. Les femmes sont désormais plus souvent affectées par les événements hépatiques et cardiovasculaires et devraient bénéficier des stratégies de prévention adaptées autant que les hommes.

## HÉPATITE C

### SO26.1

#### Troubles psychiatriques/addictifs chez les sujets coinfectés par le VIH et le VHC : implications pour le suivi à distance du traitement anti-VHC. Cohorte ANRS CO13 HEPAVIH

L. Michel<sup>1</sup>, M. Winnock<sup>2</sup>, C. Protopopescu<sup>3</sup>, M.-A. Loko<sup>4</sup>, E. Rosenthal<sup>5</sup>, B. Spire<sup>3</sup>, B. Marchou<sup>6</sup>, K. Barange<sup>6</sup>, A. Kahvedjian<sup>7</sup>, D. Salmon<sup>7</sup>, M.-A. Valantin<sup>8</sup>, P. Morlat<sup>9</sup>, D. Neau<sup>10</sup>, I. Poizot-Martin<sup>11</sup>, K. Lacombe<sup>12</sup>, C. Lascoux-Combes<sup>13</sup>, C. Duvivier<sup>14</sup>, F. Dabis<sup>2</sup>, Patrizia Maria Carrieri<sup>15</sup>

<sup>1</sup>Centre Pierre Nicole, Inserm U669, Paris, France, <sup>2</sup>Inserm, U897, Bordeaux, France, <sup>3</sup>Inserm UMRS912, Marseille, France, <sup>4</sup>INSERM, Unité 897, Bordeaux, France, <sup>5</sup>Hôpital l'Archet, Nice, France, <sup>6</sup>Hôpital Purpan, Toulouse, France, <sup>7</sup>Hôpital Cochin, Paris, France, <sup>8</sup>Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris, France, <sup>9</sup>Hôpital Saint-André, Bordeaux, France, <sup>10</sup>Hôpital Pellegrin, Bordeaux, France, <sup>11</sup>Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille, France, <sup>12</sup>Hôpital Saint-Antoine, Paris, France, <sup>13</sup>Hôpital Saint-Louis, Paris, France, <sup>14</sup>Hôpital Necker, Paris, France, <sup>15</sup>INSERM, UMR912 (SESSTIM), AMU, UMR\_S912, IRD, Observatoire Régional de la Santé PACA, Marseille, France

**Contexte** : Les troubles psychiatriques et addictifs représentent un obstacle majeur au traitement de l'hépatite C chez les sujets monoinfectés par le VHC. Ils ont été pour l'instant peu explorés chez les sujets coinfectés par le VIH et le VHC.

**Objectif** : Evaluer transversalement la présence de troubles psychiatriques et addictifs avec les critères du DSM-IV (MINI 5.0), ainsi que les facteurs associés, chez les patients coinfectés suivis dans les centres de la cohorte HEPAVIH.

**Résultats** : 286 patients ont bénéficié d'une évaluation complète, leur âge moyen était de 51 ans, 71% étaient des hommes, 98% étaient traités par ARV et 90% présentaient une charge virale indétectable. Traitement de l'hépatite C : 24% étaient naïfs, 30% traités sans succès, 15% en cours de traitement et 30% traités et guéris. Sur le plan psychiatrique, 39% ne présentaient aucun trouble, 26% un épisode dépressif majeur actuel, 19,9% un trouble anxieux généralisé, 4,9% une phobie sociale, 4,6% un épisode (hypo)maniaque, 3,6% un trouble panique, 1,4% un trouble psychotique, 17,7% une dépendance aux drogues et 14% un abus/dépendance à l'alcool. Enfin, 35,7% présentaient un risque suicidaire léger à sévère. L'abus/dépendance aux drogues était plus fréquent chez les sujets naïfs d'un traitement anti-VHC ; l'abus/dépendance à l'alcool et un trouble post-traumatiques étaient plus fréquents chez ceux en échec de traitement ; ceux en cours de traitement présentaient le risque suicidaire le plus faible et les proportions les plus faibles de trouble anxieux généralisé et de troubles (hypo)maniaques vie entière. Ceux traités et guéris présentaient par contre plus fréquemment un trouble anxieux généralisé mais recevaient aussi moins souvent des antidépresseurs.

**Conclusion** : Les troubles psychiatriques et addictifs restent un obstacle au traitement. La guérison de l'hépatite n'est cependant pas synonyme de disparition des troubles psychiatriques. L'échec du traitement accroît le fardeau psychologique de l'hépatite.

## HÉPATITE C

### SO26.2

#### Profil des patients à traiter en 2013/2014 : retour d'informations de base HEPADAT/AIDS

M.-A. Valantin<sup>1,2</sup>, Isabelle Poizot-Martin<sup>3,4</sup>, A. Naqvi<sup>5</sup>, V. Obry-Roguet<sup>3,4</sup>, L. Cuzin<sup>6</sup>, E. Billaud<sup>7</sup>, A. Cheret<sup>8</sup>, D. Rey<sup>9</sup>, C. Jacomet<sup>10</sup>, C. Duvivier<sup>11,12</sup>, L. Cotte<sup>13,14</sup>

<sup>1</sup>CHU Pitié-Salpêtrière, Paris, France, <sup>2</sup>UPMC Univ Paris 06, UMR S943, Paris, France, <sup>3</sup>Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille, France, <sup>4</sup>Inserm U912 (SESSTIM), Marseille, France, <sup>5</sup>Hôpital l'Archet, Nice, France, <sup>6</sup>Hôpital Purpan, Toulouse, France, <sup>7</sup>Hotel Dieu, Nantes, France, <sup>8</sup>CH Tourcoing, Tourcoing, France, <sup>9</sup>Hôpitaux Universitaires Strasbourg, Strasbourg, France, <sup>10</sup>Hôpital Gabriel Montpied, Clermont-Ferrand, France, <sup>11</sup>Hôpital Necker, Paris, France, <sup>12</sup>Institut Pasteur, Paris, France, <sup>13</sup>Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon, France, <sup>14</sup>Inserm U1052, Lyon, France

**Argumentaire** : En 2013, la situation épidémiologique des patients VIH/VHC à traiter est encore mal connue.

**Méthode** : Analyse descriptive transversale menée sur la cohorte HEPADAT/AIDS portant sur les patients venus au moins une fois entre le 01/01/2012 et le 31/12/2012 dans l'un des 10 centres participant. Fibrose hépatique évaluée selon les règles suivantes : prise en compte du dernier score de fibrose quelque soit la méthode; en cas d'évaluation par plusieurs techniques de mesure:

PBH>FS>test biologique (Critères pour l'élastométrie: valide si IQR≤30% et TR≥50%, ≤7kPa: F0-F1; 7-14.5kPa: F2-F3; ≥14.5kPa: F4).

**Résultats** : Parmi les 17776 patients VIH+ de la cohorte Dat/AIDS, 2511 présentaient un ac-antiVHC+ soit 14%. Ces 2511 patients avaient un âge médian de 49 ans (IQR:45-53), étaient majoritairement des hommes (72%) et 54% avaient un passé de UDIV. La durée estimée de l'infection VIH était de 21 ans (IQR:15-25), 88% des patients avaient un ARN-VIH< 50 copies/ml et 57% des CD4>500/mm<sup>3</sup>. Parmi les 2036 patients restant (guérison spontanée du VHC : 475/2511(19%) patients) présentant un ARN-VHC+, 644(32%) patients ont guéri après un traitement antiVHC. Au 31/12/2012, il restait 1342 patients ARN-VHC+: 703(52%) patients naïfs (PtN), 493(37%) patients en échec de traitement antiVHC (PtET) et 132(10%) patients en cours de traitement antiVHC. L'évaluation de la fibrose hépatique et du génotype était disponible chez 439/703(64%) PtN et 434/493(90%) PtET. Les patients génotype 1 et 4 représentaient 80% (353/439) des PtN et 87% (377/434) des PtET. Chez ces patients, 41% (357/873) présentait une fibrose hépatique avancée (F3/F4) : 127/439 (29%) PtN et 230/434 (53%) PtET.

**Conclusion** : Les patients à traiter (F3/F4) représentent 40% des 870 patients dont le niveau de fibrose est connu, majoritairement des patients en échec de traitement antiVHC et de génotype 1&4. La situation immuno-virologique de ces patients est compatible avec l'instauration d'un traitement antiVHC.

## HÉPATITE C

### SO26.3

#### Consommation de cannabis et diminution du risque d'insulinorésistance : une analyse longitudinale (ANRS HEPAVIH CO-13)

Patrizia Carrieri<sup>1,2,3</sup>, A. Vilotitch<sup>1,2,3</sup>, L. Serfaty<sup>4</sup>, M. Winnock<sup>5</sup>, I. Poizot-Martin<sup>6</sup>, M.-A. Loko<sup>5</sup>, C. Lions<sup>1,2,3</sup>, C. Lascoux-Combe<sup>7</sup>, D. Salmon-Ceron<sup>8</sup>, B. Spire<sup>1,2,3</sup>, F. Dabis<sup>5</sup>, Groupe de Travail HéPAVIH ANRS CO-13

<sup>1</sup>INSERM, UMR912 (SESSTIM), Marseille, France, <sup>2</sup>AMU, UMR\_S912, IRD, Marseille, France, <sup>3</sup>Observatoire Régional de la Santé PACA, Marseille, France, <sup>4</sup>Service d'Hépatologie, Hôpital Saint-Antoine, Inserm U680, Université Pierre-et-Marie-Curie, Paris, France, <sup>5</sup>INSERM, U897 and ISPED, Université Bordeaux Segalen, Bordeaux, France, <sup>6</sup>Aix-Marseille Univ, APHM Hôpital Sainte-Marguerite, Service d'Immuno-hématologie Clinique, Inserm U912 (SESSTIM), Marseille, France, <sup>7</sup>Hopital Saint-Louis, Paris, France, <sup>8</sup>Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Cochin, APHP- Université Paris Descartes, Paris, France

**Objectifs :** Les patients co-infectés par le VIH et le VHC présentent un risque élevé de diabète et d'insulinorésistance (IR). Des études en population générale ont montré que le cannabis pouvait protéger de l'IR mais cet effet n'a jamais été étudié chez les patients co-infectés.

**Méthodologie :** Parmi les patients de la cohorte HEPAVIH, nous avons sélectionné ceux ayant au moins une mesure d'IR (mesurée par l'HOMA-IR) au cours des 60 mois de suivi et l'auto-questionnaire correspondant. Les patients diabétiques ont été exclus. Une régression logistique mixte a permis d'étudier la relation entre consommation régulière de cannabis et IR (indice du HOMA-IR > 2,77).

**Résultats :** Parmi les 813 patients inclus dans l'analyse (correspondant à 1580 visites), 394 (48 %) présentaient un HOMA-IR > 2,77 à au moins une visite au cours du suivi. A l'inclusion, 554 (68 %) des patients étaient des hommes et l'âge médian était de 46 ans. La médiane [IQR] de l'HOMA-IR était 2,17 [1,41 ; 3,59] et 229 (28 %) avaient déclaré une consommation régulière de cannabis dans les 6 mois précédant la visite. La majorité des patients présentait un génotype VCH de type 1 (54,7 %) et 21,1 % de type 3. A l'inclusion, 8,1 % des patients avaient un indice de masse corporelle > 27 kg/m<sup>2</sup>.

Les consommateurs réguliers de cannabis présentaient un risque moindre d'HOMA-IR > 2,77 (OR [IC<sub>95%</sub>] = 0,5 [0,3-0,8]) même après ajustement multiple (Table 1). Une analyse de sensibilité avec un seuil de 3,8 pour l'HOMA-IR confirmait l'association (OR [IC<sub>95%</sub>] = 0,5 [0,3-0,8]). La consommation élevée de café (> 3 tasses/jour) était aussi associée à un risque moindre d'IR (Tab.1)

**Conclusions :** La consommation régulière du cannabis semble réduire le risque d'insulino-résistance chez les patients co-infectés. Des essais cliniques pourraient étudier cet effet préventif avec l'administration d'une formulation pharmaceutique du cannabis, moins dangereuse que le cannabis fumé.

|   |               |       |
|---|---------------|-------|
| Sexe : Femme vs Homme   | 0,5 (0,3-0,8) | 0,002 |
| Indice de masse corporelle - kg/m <sup>2</sup> < 18,5 vs 18,5- 25 | 0,4 (0,2-0,8) | 0,004 |
| > 25 vs 18,5- 25  | 3,7 (2,2-6,0) | 0,000 |
| CD4 cell count - mm <sup>3</sup> : < 200 vs > 350                 | 2,4 (1,2-4,6) | 0,012 |
| 200 - 350 vs > 350  | 1,4 (0,9-2,2) | 0,123 |
| Charge virale plasmatique VIH : Détectable vs Indétectable        | 0,6 (0,4-0,9) | 0,016 |
| Exposition au D4T: Oui vs non                                     | 1,8 (1,2-2,8) | 0,004 |
| Consommation régulière de cannabis : Oui vs Non                   | 0,4 (0,2-0,6) | 0,000 |
| Fibrose sévère (Elastometrie >12,5 kPa) : Oui vs non              | 1,6 (1,1-2,2) | 0,008 |
| Consommation de Café (Au moins 3 tasses/jour) : Oui vs Non        | 0,4 (0,3-0,7) | 0,001 |

[Facteurs indépendamment associés à un HOMA-IR > 2.77]

# HÉPATITE C

SO26.4

## Prise en charge des patients infectés par le VHC au Vietnam

The Anh Ngo<sup>1</sup>, N.T. Trinh<sup>2</sup>, H.V. Bui<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hôpital Viet Tiep, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Hai Phong, Viêt-Nam, <sup>2</sup>Université de Médecine de Hanoi, Maladies des Infectieuses et Tropicales, Hanoi, Viêt-Nam

**Introduction** : L'hépatite C chronique est un de problèmes majeurs de la santé publique. Dans le monde, il y a environ 170 million personnes atteintes chroniquement le VHC. Au Vietnam, on estime qu'il existe 1,5% de la population ou plus infecté par ce virus. Depuis quelques années, le traitement par pegIFN/RBV a été mis en place dans la prise en charge des patients ayant l'hépatite C chronique au Vietnam, mais il n'y a pas encore des études suffisantes à évaluer son efficacité.

**Objectifs** : Evaluation l'efficacité de la régime PegIFN/RBV chez les patients ayant infection chronique par le VHC au Vietnam.

**Méthode** : Une étude pilote, transversale réalisée pendant un an (de juin 2012 au juin 2013) à l'hôpital national des maladies infectieuses et l'hôpital Viet Tiep, Haiphong. Avant de traitement, les patients ont bénéficié de bilans biologique, virologique, la biopsie hépatique y comprise.

**Résultats** : Pendant un an, 93 patients (homme: 78%, âge moyen: 46,2) infectés par le VHC étaient pris en charge dans le Service de Maladies Infectieuses. Les génotypes les plus fréquents sont le génotype 1 (66.0%) et le génotype 6 (32%). Plus de 53.8% (50/93) de patients ayant le stade de fibrose supérieur de F2 ont été traités par PegIFN/RBV. Le eRVR se trouve chez 82% (41/50) à la 4<sup>e</sup> semaine de traitement. Il y a 2 cas (4%) ne peuvent pas continuer à traiter par antiviraux à cause des effets secondaires sévères (anémie et fatigue). Chez 48 patients terminés le traitement, 100% atteints la SVR mais il y a un cas de rechute après 4 semaines d'arrêt du traitement. Les effets secondaires les plus fréquents sont la fièvre, la fatigue, l'infection au point d'injection et l'anémie.

**Conclusion** : Bien que les effets secondaires soient nombreux, l'efficacité du traitement antiviral pour l'hépatite C chronique au Vietnam est considérable.

**Mot clés** : VHC, PegIFN, ribavirin.

## HÉPATITE C

SO26.5

### L'hépatite C aiguë chez les patients VIH(+): la vraie vie

Nadia Ben Lasfar<sup>1</sup>, M. Valette<sup>1</sup>, R. Bikré<sup>1</sup>, É. Senneville<sup>1</sup>, F. Ajana<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CH Dron, Tourcoing, France

Notre étude vise la description de l'évolution de l'hépatite virale C aiguë (HCA) chez les patients VIH(+)(PIVIH) de notre cohorte. De 1998 à Juillet 2013, notre base de données comptait 1804 PIVIH. L'HCA, sur un suivi de 6 mois, est définie par la séroconversion anti-VHC associée à une élévation des transaminases ou la positivation de l'ARNVHC. L'évolution de l'HCA, selon les facteurs de clearance virologique, ont été analysés (âge, génotype du virus C, gène IL28B, statut immuno-virologique du VIH). Chaque variable est exprimée en médiane.

Ainsi, 33 HCA ont été colligés dont 31 hommes (93 %). L'âge médian était de 48 ans (25-82). L'HCA avait été diagnostiquée dans les 6 ans (1-19) du suivi VIH avec une mise sous HAART datant de 1 an (1 mois - 18 ans). L'ARNVIH était de 23 copies / ml (0-85710) avec un nadir de CD4 de 246/mm<sup>3</sup> (8-634). La transmission homosexuelle prédominait (22 patients, 66 %). Le génotype (G) du VHC était 1 chez 11 patients (33 %) suivi du G4 (9 -27 %). Le gène IL28 B était CC chez 12 patients (36 %), CT chez 10 (30 %) et TT chez 3 (9 %), 19 patients (63%) ont débuté l'interféron pégylé + ribavirine dans les 8 semaines (2-20) de l'HCA et poursuivi ce traitement durant 48 semaines. 13 patients (68%) ont obtenu une réponse virologique soutenue et 5 étaient répondeurs nuls. 5 patients avaient une clairance spontanée et 7 patients sans traitement de l'HCA ont évolué vers la chronicité.

L'efficacité du traitement de l'HCA est bien confirmée dans la vraie vie. Cela doit nous imposer de traiter toute HCA survenant chez le patient VIH(+).

## VIH ET HÉPATITES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

SO27.1

**Canada : agir en justice pour obtenir des programmes de seringues en prison (PSP)**

Cécile Kazatchkine<sup>1</sup>, S.K.H. Chu<sup>1</sup>, R. Elliott<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Réseau Juridique Canadien VIH/Sida, Toronto, Canada

**Objectifs** : Près de 20 ans après qu'un comité d'experts ait reconnu le besoin de mettre en place des PSP et en dépit de preuves abondantes et de demandes répétées des organismes communautaires, les prisonniers canadiens continuent de se voir refuser l'accès à du matériel d'injection stérile. Le nombre de nouvelles infections au VIH et à l'hépatite C continue de croître en prison ce qui est largement lié au partage de seringues usagées. Le refus de mettre en place des PSP porte atteinte à la santé publique et aux droits des prisonniers.

**Méthode** : Depuis des années, de nombreuses organisations de défense des droits humains, des prisonniers et de lutte contre le VIH plaident pour la mise en place de PSP auprès de comités parlementaires, de professionnels de santé publique et pénitentiaires ainsi qu'à travers des campagnes médiatiques et d'éducation.

**Résultats** : Mais le gouvernement canadien continue de dénoncer les PSP et de promouvoir une politique de « tolérance zéro » en matière de drogue en prison. Pourtant, et malgré d'importants investissements pour lutter contre la drogue, le niveau de consommation entre les murs demeure constant. En septembre 2012, un ancien prisonnier et quatre organisations, dont le Réseau juridique canadien VIH/sida, ont initié une action en justice fondée sur la *Charte canadienne des droits et des libertés* et accompagnée d'une campagne de sensibilisation. Un site internet ainsi qu'une série de vidéos de prisonniers, anciens prisonniers et leurs proches, ont été créés pour informer le public de la nécessité des PSP.

**Conclusion** : Les diverses actions entreprises autour de la poursuite ont permis d'identifier un plaignant ayant été infecté par l'hépatite C en prison et de construire une base de soutien en faveur des PSP. L'objectif ultime de l'action en justice est d'obliger les institutions correctionnelles fédérales canadiennes à mettre en place des PSP.

## VIH ET HÉPATITES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

### SO27.2

#### Peut-on parler de « secret médical » en milieu carcéral ? Contrôle et diffusion d'une information : la séropositivité au VIH/Sida

Lara Mahi<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Laboratoire Sphiapol, Nanterre, France, <sup>2</sup>Jeune Chercheur Sidaction, Paris, France

« Il faut toujours se cacher, mentir... c'est épuisant. [...] Le pire c'est le sida. Personne n'en parle. » Wassim G., incarcéré en maison d'arrêt, traduit là un état général : en prison, le sida, on n'en parle pas. On le cache. Dès lors, deux dynamiques s'affrontent autour de la notion de contrôle. D'une part, pour les PvVIH, une volonté de contrôler la diffusion des informations sur leur état sérologique et, d'autre part, pour leurs co-détenus et les personnels pénitentiaires, une volonté de contrôler les risques de transmission en identifiant les personnes infectées.

Peut-on parler de secret médical en milieu carcéral ?

Nous nous sommes rendu, pendant six mois, dans trois établissements pénitentiaires français revêtant des caractéristiques distinctes (type d'établissement, date de construction, taille, implantation géographique, etc.). Nos observations ont été menées dans les Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), dans les espaces du quotidien (coursives, ateliers de travail, certaines cours de promenade, etc.) ainsi que dans les espaces de l'administration pénitentiaire (postes de contrôle, réunions pluridisciplinaires uniques, etc.). Nous avons complété ce matériau par la réalisation d'entretiens répétés auprès de 74 personnes vivant avec une maladie chronique (VIH/sida, VHB, VHC, cancer, diabète, etc.).

Nos résultats font état des différentes stratégies mises en place

1/ par les PvVIH pour contrôler la diffusion de leurs informations de santé ;

2/ par les praticiens de santé pour protéger le secret médical ;

3/ par les détenus et par les personnels pénitentiaires pour identifier les personnes infectées.

Au-delà de ces stratégies individuelles, nous verrons comment l'organisation des services de soin en milieu carcéral produit, en elle-même, de la stigmatisation.

Nos analyses invitent à dépasser le seul cadre de l'univers carcéral pour penser les représentations associées au VIH ainsi que les processus de stigmatisation des personnes infectées.

## VIH ET HÉPATITES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

### SO27.3

#### Rôle des Educateurs de Pairs (EP) et des Conseillers Communautaires (CC) dans la mise en oeuvre des activités VIH en milieu carcéral en Côte d'Ivoire

Jeanne D'Arc Assemien<sup>1</sup>, R. Abro<sup>2</sup>, I.R. Koussan<sup>1</sup>, B. Angora<sup>3</sup>, K. Bakayoko<sup>4</sup>, N. Yapi<sup>5</sup>, J.M. Masumbuko<sup>1</sup>, A. Laurent<sup>6</sup>, M. Dossou-Yovo<sup>7</sup>, M. Dieng<sup>6</sup>, D. Lacoste<sup>8</sup>, C. Michon<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Esther, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>2</sup>Ruban Rouge, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>3</sup>CSUS MACA, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>4</sup>SeMI, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>5</sup>ANAP, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>6</sup>Esther, Paris, France, <sup>7</sup>Esther, Cotonou, Bénin, <sup>8</sup>CHU Bordeaux, Hôpital de Pellegrin, Bordeaux, France

**Introduction** : Initiée en novembre 2008, la prise en charge du VIH/Sida a débuté dans 03 prisons puis dans six nouvelles en 2013 en Côte d'Ivoire. Cette étude a pour but de décrire le rôle des Educateurs de Pairs (EP) et des conseillers au sein des différentes Maisons d'Arrêt et de Correction (MAC) dans 08 localités différentes sur financement fond mondial.

**Le projet** : Les activités de prévention et de continuum des soins sont assurées dans les 8 prisons par 16 conseillers issus des ONG locales et 80 détenus EP à cet effet. Elles comprennent: sensibilisation de groupe des nouveaux et des anciens détenus et gardiens par les EP. Counseling individuel, aide à l'observance, préparation à la sortie incluant l'information du détenu sur les différents centres de prise en charge selon sa destination à sa sortie avec des fiches de référence et de contre référence (aux détenus sortants) assurés par les conseillers. Bilan initial et mise sous traitement au besoin des séropositifs par le personnel médical.

**Méthodes** : Une visite du terrain a permis de faire un état des lieux des infirmeries des MAC suivi de la mise en place avec le recrutement des conseillers avec la présentation du projet aux différentes autorités sanitaires/judiciaires. Une formation des conseillers et des éducateurs de pairs (recrutés parmi les détenus) a été faite pour permettre une meilleure mise en œuvre.

**Résultats** : De Janvier à Septembre 2013 dans 08 prisons :

| Indicateurs   | Résultats |                                      |
|---|-----------|--------------------------------------|
| Nbre de détenus sensibilisés                                | 14000     |                                      |
| Nbre de détenus conseillés                                  | 9696      |                                      |
| Nbre de détenus dépistés et ayant retiré leur résultat      | 7282      | Taux d'acceptation 75%               |
| Nbre de détenus VIH +                                       | 247       | Prévalence parmi les dépistés : 3,4% |
| Nbre de détenus ayant initiés le traitement ARV             | 90        |                                      |
| Nbre préparation à la sortie (données d'Abidjan uniquement) | 184       |                                      |
| Nbre de détenus libérés et référés dans un centre de PEC    | 33        |                                      |

[resultats de janvier à septembre 2013]

**Conclusion** : Le travail des conseillers et des éducateurs de pairs détenus a permis d'améliorer le dépistage du VIH, la prise en charge médicale et la continuité des soins des détenus. Ce projet a également permis de rendre plus fonctionnelles les infirmeries de certaines prisons et de renforcer les capacités du personnel médical et psychosocial. L'implication des autorités sanitaires permettra de pérenniser ce dispositif.

## VIH ET HÉPATITES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

SO27.4

### **Inventaire des mesures de réduction des risques infectieux en détention dans 4 Etats Européens : l'enquête PRIDE Europe**

Laurent Michel<sup>1</sup>, C. Brentari<sup>2</sup>, P.M. Carrieri<sup>3</sup>, S. van Malderen<sup>4</sup>, T. Kolind<sup>5</sup>, F. Nava<sup>6</sup>, N. Weltzien<sup>7</sup>, H. Stöver<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Inserm U669, Paris, France, <sup>2</sup>Coordinatrice de projets européens santé-justice, Trento, Italie, <sup>3</sup>INSERM UMR912 (SESSTIM), Marseille, France, <sup>4</sup>Direction de l'administration pénitentiaire, Bruxelles, Belgique, <sup>5</sup>Centre for alcohol and drug research, Aarhus, Danemark, <sup>6</sup>Federsed, Padova, Italie, <sup>7</sup>Administration pénitentiaire, Vienne, Autriche, <sup>8</sup>University of applied sciences, Francfort, Allemagne

**Contexte** : La population carcérale est à haut risque sur le plan infectieux (fréquence des conduites addictives, des affections virales, de troubles psychiatriques et d'une précarité sociale dans un contexte contraint favorisant les prises de risques). La nécessité du respect d'un principe d'équivalence entre milieu libre et détention pour les soins, incluant les mesures de prévention, est soulignée par l'Organisation Mondiale de la Santé depuis 1993 mais est globalement peu appliqué. Une première enquête réalisée en France en 2010 sur la disponibilité et l'accessibilité des outils de réduction des risques infectieux dans l'ensemble des prisons avait montré l'importance du décalage entre réalité du dispositif et recommandations nationales et surtout internationales (OMS et UNODC). L'objectif de ce travail est d'étendre, en reprenant la même méthodologie, l'enquête française à 4 autres pays européens, afin de faire un état des lieux international de la réduction des risques infectieux en détention.

**Méthodologie** : Envoi « suivi » d'un questionnaire à chaque responsable d'unité sanitaire de l'ensemble des établissements pénitentiaires de Belgique, Italie, Danemark et Autriche. Exploration de la disponibilité et de l'accessibilité des outils de réduction des risques prévus au niveau national et préconisés au plan international (information-éducation-communication, dépistage, préservatifs et lubrifiants, traitements de substitution aux opiacés, désinfectants, prophylaxie post-exposition, vaccination hépatite B, accès aux antirétroviraux, programmes d'échange de seringue, mesures de réduction des risques liés tatouage et piercing, protocole de désinfection du matériel de coiffure). Calcul d'un score d'observance aux recommandations nationales et internationale.

**Résultats** : Résultats sont attendus au printemps 2014, conditionnés par le niveau de réponse aux questionnaires, très variable d'un pays à l'autre. Ils devraient permettre, tant au niveau national qu'international de souligner le décalage entre les recommandations et leur application, et favoriser ainsi un plaidoyer pour une mobilisation des pouvoirs publics sur ce qui représente une question majeure de santé publique.

## SANTÉ SEXUELLE

### SO28.1

#### Prévention des abus sexuels chez les enfants

Dorice Djigang Njomo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Réseau National des Associations de Tantine, Santé Sexuelle, Yaoundé, Cameroun*

Suite à une étude menée par le RENATA et la GTZ en 2009, il ressort que 5,2 % des femmes et des filles sont violées au Cameroun cela fait environ 500 000 victimes parmi lesquelles 18 % sont victimes d'inceste. L'enquête révèle également que 12 % de ces victimes étaient âgées de 10 ans quand elles ont été violées. Le viol est en hausse et évolue de manière exponentielle dans tous les groupes d'âge. Le viol et l'inceste représentent 8 % des cas de grossesses précoces et non désirées chez les mères adolescentes. Ainsi une campagne nationale est lancée contre le viol et l'inceste, avec plusieurs activités, y compris la sensibilisation du public.

**Objectifs :** Basé sur le fait que la plupart des activités menées dans nos communautés n'ont pas été directement adressées aux enfants de 0-10 ans et sur le fait que les enfants de cet âge représentaient jusqu'à 10% des victimes de viol.

**Méthodes :** Les activités ont été organisées sous la forme d'atelier de formation, les cérémonies officielles avec les partenaires gouvernementaux, des séances de sensibilisations (8 séances de 30 min) avec des enfants dans les écoles. Une étude a été réalisée afin d'avoir une idée sur les perceptions que ces enfants ont déjà. (les panneaux d'affichage ou les papiers d'affichage), les images, etc ont été utilisés pour la sensibilisation dans les différentes écoles.

**Résultats :**

- Les enfants sont en mesure de dénoncer toute tentative d'agression sexuelle ou de harcèlement sexuel
- Les enfants sont conscients sur la façon de se protéger des violeurs
- Plus de 200 enseignants de l'école ont été formés et sensibilisés

**Conclusions :** Cette expérience a été très riche à la fois pour le RENATA et pour les différents bénéficiaires du projet connu sous le nom des enfants, les enseignants et les parents.

## SANTÉ SEXUELLE

SO28.2

### Importance d'une éducation sexuelle pour les adolescents infectés par le VIH : trois ans expérience du programme grandir de Sidaction à Espoir Vie-Togo

Atsou Alley<sup>1</sup>

<sup>1</sup>OGN Espoir Vie-Togo, Ministère de la Santé, Lomé, Togo

**Contexte** : En 2006, grâce à Sidaction, Espoir Vie-Togo avait débuté le traitement ARV des enfants. Aujourd'hui, ces enfants sont adolescents. Bien qu'informés de leur diagnostic, ils exposent leurs partenaires (grossesses indésirées, IST). Au regard des problèmes d'identification, et de sexualité constatés, un accompagnement pour une sexualité à moindre risque s'impose dans une perspective de santé publique.

**Méthodologie** : Nous avons choisi la formation pour amorcer l'éducation sexuelle des adolescents. Depuis 2011, chaque année une vingtaine de couples parents- adolescents sont formés séparément. La première session s'adresse aux parents et la deuxième aux adolescents. Les formations sont complétées par le suivi individuel qui permet de maintenir le contact et le dialogue pour mieux orienter au besoin.

**Résultats** : En 2013 Espoir Vie-Togo compte 263 enfants dont 70 ont l'annonce de leur diagnostic ; 58 adolescents entre 12 et 19 ans et 55 parents ont été formés en éducation sexuelle. Les mamans, 81,81% étaient plus intéressées par le sujet plus que les hommes (19,19%). 10% des adolescents formés sont passés à l'acte sexuelle entre 15 et 19 ans ; 33,48% regarde la pornographie ; 22% se masturbe. Aucun adolescent n'a pu partager son diagnostic ni exiger le préservatif au premier rapport sexuel, alors que 89,74% préfèrent ne pas se confier aux parents. A l'issue des formations, 98,70% des parents sont prêts à parler de préservatifs à leurs enfants.

**Conclusion** : Un programme d'éducation sexuelle pour adolescents infectés par le VIH est possible en Afrique subsaharienne malgré les pesanteurs socioculturelles. C'est une perspective de santé publique. Notre expérience révèle que 10% des adolescents passent à l'acte sexuel sans préservatifs entre 15 et 19 ans bien que se sachant séropositifs.

## SANTÉ SEXUELLE

SO28.3

Initiative pilote aides adolescents sur le VIH/SIDA dans de 2 services de santé scolaire et universitaire de Côte d'Ivoire

Koffi Georges Kouadio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ONG MESSI, Abidjan, Côte d'Ivoire

**Contexte et justification :** L'infection VIH/SIDA est d'actualité en Côte d'Ivoire et touche plusieurs franges de la population. Les jeunes en milieu scolaire et universitaire bénéficient d'une assistance spécifique à travers 50 Services de Santé Scolaire et Universitaire (SSSU). L'objectif général de la mise en œuvre de l'approche pilote « aides ado » visait à intégrer des jeunes au sein des SSSU afin de réduire la vulnérabilité des jeunes face aux IST/VIH/sida et aux grossesses non désirées en passant par la mise en place des Cellules d'Ecoute et de Conseils.

**Méthodologie :** Une étude pilote transversale d'Avril 2012 à Mai 2013 dans les 2 capitales Ivoiriennes. Dans chacune de ces villes, un tirage aléatoire simple a permis de choisir 5 adolescents par ville.

**Résultats :** 2 cellules d'écoutes et de conseils d'Aides Adolescents mises en place en Juin 2012. Ces cellules composées de 10 aides ados dont 04 filles et 06 garçons avaient pour objectif d'offrir une structure d'accueil, d'orientation et d'accompagnement aux jeunes. 11 888 jeunes adolescents soit 7868 garçons (66%) et 4020 filles (34 %) ont été éduqués sur les IST/VIH/sida et la Santé de la reproduction. 53,16% jeunes filles et 46,84% garçons ont effectué leur test de dépistage avec 18 filles (3,24%) et 10 garçons (2,04%) dépistées positives. Tous ont été pris gratuitement en charge.

**Conclusion :** Cette initiative pilote dans 2 SSSU a donné plus de sérénité et d'assurance aux jeunes d'aborder leur problème de santé jadis jugés tabous et a permis une meilleure compréhension des moyens de prévention des IST/VIH/sida. Il est important de pérenniser cette expérience et de l'étendre aux autres SSSU du pays.

## SANTÉ SEXUELLE

### SO28.4

#### Facteurs associés à la survenue de grossesse chez les femmes sous traitement antirétroviral à l'hôpital de jour de Bobo Dioulasso, Burkina Faso

Armel Podā<sup>1,2</sup>, A. Héma<sup>3</sup>, N.F. Kaboré<sup>3</sup>, J. Zoungrana<sup>3</sup>, E. Kamboulé<sup>3</sup>, I. Soré<sup>3</sup>, G. Bado<sup>3</sup>, A.-S. Ouédraogo<sup>2,4</sup>, A.B. Sawadogo<sup>3,5</sup>  
<sup>1</sup>CHU Souro Sanou, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, <sup>2</sup>Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSA), Université Polytechnique de Bobo Dioulasso (UPB), Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, <sup>3</sup>Service des Maladies Infectieuses, Hôpital de Jour, CHU Souro Sanou, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, <sup>4</sup>Laboratoire de Bactériologie Virologie, CHU Souro Sanou, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, <sup>5</sup>Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR SDS), Université de Ouagadougou, Ouagadougou, Burkina Faso

**Objectifs :** Déterminer les facteurs associés à la survenue de grossesse chez les femmes sous ARV dans la cohorte de l'hôpital de jour de Bobo-Dioulasso (HDJ) au Burkina Faso.

**Méthodes :** Une étude de cohorte rétrospective a été effectuée incluant toutes les femmes en âge de procréer initiant un traitement antirétroviral à HDJ entre janvier 2005 et juin 2011. Les facteurs associés à la survenue de grossesse ont été déterminés en utilisant le modèle des risques proportionnels de Cox.

**Résultats :** Au total 1763 femmes en âge de procréer mises sous ARV ont été incluses dans l'étude. Elles étaient âgées de 18 à 48 ans avec un âge médian de 35 ans (IIQ : 30 - 40). Ces patientes étaient majoritairement non scolarisées (42,5% ; n=749), sans emploi (75,7% ; n=1334) et 44,6% (n=787) d'entre elles vivaient en couple. Le nombre médian d'enfants par femme était 2 (IIQ : 1 - 3). A l'initiation des ARV, la médiane des CD4 était de 126 cellules/ $\mu$ l (IIQ : 70 - 213 cellule/ $\mu$ l). Nous avons observé 222 grossesses soit une densité d'incidence de 5 grossesses pour 100 personnes-années (IC 95% : 4,2-5,5). A l'analyse multivariée, les facteurs indépendants associés à la survenue de grossesse à l'initiation des ARV étaient le jeune âge (Risque Relatif Ajusté (RRA) : < 30 ans à 2,51 (IC à 95% 1,56-4,03)), la vie en couple vs célibataire (RRA=1,6 ; IC à 95% 1,00-1,74), avoir moins de 2 enfants vivants (RR=1,55 ; IC à 95% 1,14-2,12) et un taux de lymphocytes TCD4 supérieur à 200 cellules/ $\mu$ l (RRA=1,82 ; IC à 95% 1,29-2,57)

**Conclusions :** Les programmes de sensibilisation sur les grossesses devraient s'intéresser en priorité aux femmes jeunes ayant peu d'enfants et à celles ayant un taux de lymphocytes TCD4 supérieur à 200 cellules/ $\mu$ l.

## PHARMACOLOGIE ET MONITORING

SO29.1

**Quelle vigilance face aux génériques d'antirétroviraux non préqualifiés par l'OMS mais commercialisés en Afrique ?**

David Zucman<sup>1</sup>, S. Camara<sup>2</sup>, M. Vasse<sup>3</sup>, S. Dimi<sup>1</sup>, A. Goudjo<sup>4</sup>, G. Peytavin<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Hôpital Foch, Réseau Ville-Hôpital, Suresnes, France, <sup>2</sup>Hôpital Foch, Pharmacie, Suresnes, France, <sup>3</sup>Hôpital Foch, Service de Biologie, Suresnes, France, <sup>4</sup>France Expertise Internationale, Paris, France, <sup>5</sup>Hôpital Bichat, Pharmacie-toxicologie, Paris, France

**Introduction** : La majorité des antirétroviraux commercialisés dans les Pays pauvres sont des génériques qui ont permis de sauver des millions de vies. Pour garantir leurs qualités, l'OMS a établi une liste de préqualification. Le cas rapporté est celui d'un sujet français ayant reçu dans une capitale Africaine une prophylaxie post-exposition par trithérapie de génériques comportant LPV/r (200/50 mg, Arga-L<sup>®</sup>, McNeil & Argus, Inde) non inscrit sur la liste de préqualification de l'OMS. A son retour, nous avons déterminé la qualité des comprimés et leur biodisponibilité chez le sujet puis chez 4 volontaires sains en comparaison de la référence Kaletra<sup>®</sup>.

**Méthodes** : Analyses pharmacologiques réalisées par couplage LC-MS/MS après prétraitement des comprimés (écrasement et solubilisation) et du plasma (extraction liquide-liquide) prélevé 12 heures après la dose unique de LPV/r générique (400/100 mg) puis une semaine plus tard de LPV/r princeps (400/100 mg) pris au dîner.

**Résultats** : Les comprimés de génériques contiennent LPV et RTV à des quantités comparables (LPV 215 mg et RTV 58 mg) à celles du princeps.

**Conclusion** : Malgré une composition qualitative et quantitative correcte, les C12h de LPV montrent une biodisponibilité très faible du générique. L'utilisation d'Arga-L<sup>®</sup> chez des patients infectés par le VIH peut provoquer des échecs virologiques avec émergence de mutations de résistance. L'achat des génériques antirétroviraux dans le respect de la liste de pré-qualification de l'OMS ([www.who.int/prequal](http://www.who.int/prequal)) est essentiel au risque de conséquences désastreuses en termes de santé publique.

Tableau :

| Formulation   | Générique Arga-L <sup>°</sup> | Générique Arga-L <sup>°</sup> | Princeps Kaletra <sup>°</sup> | Princeps Kaletra <sup>°</sup> |
|---------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| C12h          | LPV (ng/ml)                   | RTV (ng/ml)                   | LPV (ng/ml)                   | RTV (ng/ml)                   |
| sujet n°1 PEP | <10                           | <10                           | non détectable                | non détectable                |
| sujet n°2     | 108                           | 13                            | 3693                          | 99                            |
| sujet n°3     | 396                           | 14                            | 5882                          | 96                            |
| sujet n°4     | 158                           | 20                            | 4074                          | 197                           |
| sujet n°5     | 896                           | 30                            | 3289                          | 67                            |
| médiane (IQR) | 158 (108-396)                 | 14 (13-20)                    | 3884 (3592-4526)              | 98 (89-124)                   |

[taux plasmatiques résiduels de RTV et LPV]

## PHARMACOLOGIE ET MONITORING

### SO29.2

#### **Association entre les concentrations plasmatiques de l'efavirenz et de la nevirapine et l'efficacité virologique et la tolérance des antirétroviraux chez les patients co-infectés par la tuberculose et le VIH dans l'essai ANRS12146/12214 -CARINEMO**

Elisabeth Baudin<sup>1</sup>, N. Bhatt<sup>2,3</sup>, B. Meggi<sup>2</sup>, C. Silva<sup>1</sup>, V. Furlan<sup>4</sup>, A.-M. Taburet<sup>4</sup>, M. Bonnet<sup>1</sup>, A. Barrail-Tran<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Epicentre, Paris, France, <sup>2</sup>Institut National de la Santé, Ministère de la Santé, Maputo, Mozambique, <sup>3</sup>Institut de Recherche Clinique Evandro Chagas, Fondation Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brésil, <sup>4</sup>Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Hôpital Bicêtre, Hôpitaux Universitaires Paris Sud, Pharmacie Clinique, Paris, France

**Introduction** : Dans le cadre de l'essai ANRS12146-CARINEMO (patients co-infectés tuberculose (TB)/VIH au Mozambique) les concentrations plasmatiques de la névirapine (initiée à pleine dose 200mg 2/j) et de l'efavirenz (600mg/j) ont été étudiées pendant et après le traitement antituberculeux, et leur effet sur l'efficacité virologique et la tolérance analysé.

**Méthodology** : Les concentrations de névirapine et efavirenz 12h post-ingestion étaient mesurées toutes les 12 semaines durant 48 semaines (s), pendant et après le traitement antituberculeux, et comparées aux seuils thérapeutiques. Dans un sous-groupe de patients, les concentrations ont été mesurées toutes les semaines du premier mois. L'évolution des concentrations dans le temps a été étudiée avec un modèle mixte. La relation entre les concentrations résiduelles et l'échec virologique à 48 semaines d'une part, et la survenue d'hépatites ou d'effets indésirables du système nerveux central, ont été étudiées à l'aide de modèles de régression logistique binaire.

**Résultats** : 526 patients ont été inclus dont 57% d'hommes et une médiane de CD4 de 92 cellules/mm<sup>3</sup>.

Les concentrations de nevirapine ne diminuent pas à l'issue de la 1<sup>e</sup> semaine de traitement (5721ng/mL) mais diminuent à 12s sous traitement antituberculeux (4003ng/mL) par rapport aux concentrations après l'arrêt du traitement ( $p < 0.001$ ). Les concentrations d'efavirenz sont plus élevées en présence d'antituberculeux qu'après leur arrêt ( $p < 0.001$ ).

Une concentration de nevirapine inférieure au seuil thérapeutique à 12s augmente le risque d'échec virologique [ORa 3.44 (IC à 95%: 1.65-7.17,  $p=0.001$ )]. Les concentrations d'efavirenz au-dessous du seuil thérapeutique à 12s [OR 5.25 (IC à 95%: 2.1-13.2,  $p=0.0002$ )] sont associées avec l'apparition d'hépatite mais pas celle des effets neurologiques centraux.

**Conclusion** : Bien que l'initiation à pleine dose de la névirapine évite d'avoir des concentrations infrathérapeutiques en début de traitement, elle n'empêche pas l'échec virologique à 48s. Ces résultats confirment la recommandation OMS de l'efavirenz à 600 mg chez les patients co-infectés TB/VIH.

## PHARMACOLOGIE ET MONITORING

### SO29.3

#### Efficacité, tolérance et pharmacocinétique d'ATV/r (300/100 mg qd) dans une cohorte de femmes enceintes infectées par VIH-1

Minh Lê<sup>1,2</sup>, C. Charpentier<sup>2,3</sup>, C. Soulié<sup>4</sup>, H. Ichou<sup>5</sup>, J. Potier<sup>1</sup>, R. Tubiana<sup>6</sup>, S. Matheron<sup>7</sup>, R. Landman<sup>7</sup>, L. Mandelbrot<sup>8</sup>, G. Peytavin<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hôpital Bichat, Pharmacologie Clinique, Paris, France, <sup>2</sup>IAME, Inserm UMR 1137, Université Paris 7, UF 301, Paris, France,

<sup>3</sup>Hôpital Bichat, Virologie, Paris, France, <sup>4</sup>APHP, Hôpital Pitié Salpêtrière, Virologie, Paris, France, <sup>5</sup>APHP, Hôpital Louis Mourier,

Virologie, Paris, France, <sup>6</sup>APHP, Hôpital Pitié Salpêtrière, Maladies Infectieuses, Paris, France, <sup>7</sup>Hôpital Bichat, Maladies

Infectieuses, Paris, France, <sup>8</sup>APHP, Hôpital Louis Mourier, Gynécologie-Obstétrique, Paris, France

**Objectifs :** Déterminer chez les femmes enceintes VIH+ les concentrations plasmatiques d'ATV 24h post-dose (C24h), déterminer l'impact de différentes co-variables sur sa pharmacocinétique et décrire l'efficacité et la tolérance d'un traitement contenant ATV/r

**Méthodologie :** Cohorte multicentrique, transversale, non interventionnelle de 2006 à 2013, recrutant les femmes enceintes VIH-1+ qui ont reçu un traitement ARV contenant ATV/r (300/100mg qd) avec des données démographiques, immunologiques, virologiques et obstétriques disponibles durant les trois trimestres de la grossesse, pendant l'accouchement et *post-partum*. Les C24h d'ATV sont interprétées selon l'intervalle 150-850 ng/mL (bornes d'efficacité-tolérance). Les données biologiques et cliniques des nouveau-nés sont aussi recueillies. Les résultats sont présentés en médiane (IQR25-75%).

**Résultats :** 103 patientes (88% africaines, 31% nullipare, 26% naïves, 13% traitées pour PTME) sont recrutées : 34 ans (31-37), infectées depuis 7 ans (3-9), traitées depuis 5 ans (2-8), avec un nadir CD4 197/mm<sup>3</sup> (101-290). Les traitements associés sont : FTC/TDF 44(42%), 3TC/AZT 25(24%) et 3TC/ABC 23(22%).

| Paramètres immuno-virologiques  | Instauration ATV/r                            | 1er Trimestre                                 | 2ème Trimestre                               | 3e Trimestre                               | Accouchement                               | Post-Partum                   |
|---|---|---|--|--|--|-------------------------------|
| CD4, n<br>Médiane, /mm <sup>3</sup><br>(IQR25-75%)                    | 67<br>415<br>(228-568)                        | 35<br>442<br>(361-599)                        | 72<br>440<br>(328-609)                       | 75<br>482<br>(311-613)                     | 25<br>512<br>(396-608)                     | 50<br>508<br>(376-776)        |
| ARN-VIH, n<br><50c/mL,n(%)<br>>400c/mL,n(%)<br>Médiane<br>(IQR25-75%) | 67<br>39 (58%)<br>8 (12%)<br>259<br>(162-479) | 38<br>27 (71%)<br>5 (12%)<br>162<br>(98-5126) | 74<br>62 (84%)<br>3 (3%)<br>181<br>(102-293) | 84<br>74 (88%)<br>0 (0%)<br>79<br>(62-107) | 53<br>49 (92%)<br>0(0%)<br>143<br>(84-203) |                               |
| Paramètres pharmacocinétiques   | Global  | 1er Trimestre                                 | 2ème Trimestre                               | 3e Trimestre                               | Accouchement                               | Post-Partum                   |
| C24h d'ATV maternelle, n<br>Médiane<br>(IQR25-75%)                    | 272<br>687 ng/ml<br>(431-1133)                | 30<br>592 ng/ml<br>(238-961)                  | 71<br>631 ng/ml<br>(244-1005)                | 78<br>665 ng/ml<br>(471-1063)              | 48<br>740 ng/ml<br>(492-1344)              | 45<br>914 ng/ml<br>(557-1152) |
| C24h d'ATV foetale, n<br>Médiane<br>(IQR25-75%)                       |   |   |  |  | 28<br>146<br>(64-295)                      |                               |
| Ratio sang de cordon/maternel ATV,n<br>Médiane<br>(IQR25-75%)         |   |   |  |  | 28<br>0,20<br>(0,11-0,38)                  |                               |

[Paramètres immuno-virologiques, pharmacocinétiques]

Pas de différence significative de C24h d'ATV n'a été retrouvée entre T3 et *post-partum* ( $p=0.50$ ), ni d'influence de la prise de TDF et 9% étaient < 150 ng/mL. Aucune transmission materno-fœtale, 16 nouveau-nés prématurés, 3 morts *in utero* et 1 grossesse en cours sont rapportés. Les nouveau-nés (n=82 disponibles) présentent : âge gestationnel 38 semaines (37-39), poids 2970 gr (2755-3358), score APGAR 10 (10-10), 24 hyperbilirubinémies de grade 2 et 5 de grade 3. Seulement une patiente a présenté un hyperbilirubinémie grade 3.

**Conclusion :** Dans cette population de patientes enceintes VIH+, principalement africaine, le traitement ARV reposant sur ATV/r (300/100 mg qd) a démontré un bon profil d'efficacité et de tolérance. Aucun ajustement de dose n'a été requis lors de cette étude. L'utilisation d'ATV/r reste un traitement de choix dans la prise en charge du VIH chez la femme enceinte.

## PÉDIATRIE (2)

SO30.1

**Enfants VIH+ hospitalisés pour malnutrition aiguë sévère: effet bénéfique des antirétroviraux sur la survie**

Charlotte Loze<sup>1</sup>, C. Yonaba<sup>2</sup>, P. Ouedraogo<sup>3</sup>, F. Kouéta<sup>4</sup>, B. Pereira<sup>1</sup>, C. Jacomet<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CHU Clermont Ferrand, 63, Clermont Ferrand, France, <sup>2</sup>CHU Ouagadougou, Ouagadougou, Burkina Faso, <sup>3</sup>Hôpital Saint Camille, Ouagadougou, Burkina Faso, <sup>4</sup>CHU Charles de Gaulle, Ouagadougou, Burkina Faso

**Objectifs:** 3.1 millions d'enfants sont VIH+ en Afrique sub-Saharienne. 1/ Décrire l'évolution clinique des enfants VIH+ hospitalisés pour MAS. 2/ Rechercher les facteurs de risques de mortalité dont la non prescription des antirétroviraux (ARV).

**Méthodes:** Etude rétrospective de tous les enfants VIH+ de moins de cinq ans, hospitalisés pour MAS du 01/01/ 2010 au 30/04/2013 dans 3 centres hospitaliers à Ouagadougou (BF). Les variables démographiques, cliniques et thérapeutiques ont été saisies à partir des dossiers cliniques. Toutes les analyses ont été réalisées sous STATA V12.

**Résultats:** 89 dossiers, 45 garçons et 44 filles, d'âge médian de 18 mois [80] - 5 ans] ont été répertoriés avec une durée médiane de suivi de 27 jours [1 - 102]. 76% des enfants étaient fébriles, 87.5% ont présenté une diarrhée, 79.7% une pneumopathie, 62.7% des vomissements et 49.4% une candidose buccale. 77 (86.5%) ont été diagnostiqués VIH+ au cours de la MAS (délai médian J1 [-951; +48]). Tous ont bénéficié du protocole nutritionnel OMS 2012. 55 (61.7%) ont été traités par ARV dans un délai médian de 16 jours [-689 ; +55]. Ils différaient cliniquement de ceux non traités par la présence de plus de vomissements ( $p=0.015$ ), la prescription plus fréquente de fer ( $p=0.02$ ), de cotrimoxazole ( $p=0.02$ ) et d'amoxicilline ( $p=0.04$ ). La mortalité globale fut de 34% (31/89). En analyse univariée, une réduction de mortalité était associée à la prescription d'ARV ( $p=0.03$ ), d'amoxicilline ( $p=0.019$ ), de cotrimoxazole ( $p=0.03$ ), de vitamine A ( $p=0.002$ ). En analyse multivariée avec ajustement sur la présence de pneumopathie et candidose, les variables améliorant la survie sont la prescription d'amoxicilline HR= 0.36 [0.14-0.93], d'antipaludéens HR= 0.22 [0.09-0.54] et des ARV HR=0.30[0.13-0.69].

**Conclusion:** Le taux de mortalité est de 34% chez les enfants VIH+ hospitalisés pour MAS. Ce taux est réduit de 2/3 par le traitement ARV.

## PÉDIATRIE (2)

SO30.2

**Prévention de la douleur induite par les soins chez des enfants infectés par le VIH: formation théorique et pratique dans des associations togolaises de prise en charge**

David Masson<sup>1</sup>, C. Dorin<sup>1</sup>, C. Tran<sup>1</sup>, A. Prat<sup>1</sup>, R. Zio<sup>1</sup>, B. Tourniaire<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Programme Grandir - Sidaction & Initiative Développement, Paris-Poitiers, France, <sup>2</sup>Unité Douleur - Hôpital Trousseau, Paris, France

**Contexte** : Les enfants infectés par le VIH sont fréquemment soumis à des soins douloureux (ponctions veineuses ou perfusion). Certains développent une phobie des aiguilles voire une véritable phobie des soins. Le programme Grandir (Sidaction/Initiative Développement) a réalisé, en mai 2013, une formation innovante pour prévenir la douleur induite par les aiguilles chez des enfants togolais.

**Description** : Avec le support technique de l'Unité douleur de l'hôpital Trousseau (Paris) l'équipe du programme Grandir a conçu un module de formation et a formé 23 soignants (médecins et infirmiers) travaillant dans 7 centres de soins au Togo. La formation théorique a été complétée par une mise en pratique sur trois sites. 22 enfants âgés de 3 mois à 15 ans ont bénéficié de mesures lors d'une ponction veineuse pour bilan biologique programmé : anesthésie cutanée par Lidocaïne-prilocaine et techniques de distraction adaptées à l'âge. Les petits nourrissons ont reçu, en outre, 2ml de solution de glucose concentré ou ont été mis au sein avant et pendant le geste.

**Résultats**: Ces mesures ont été efficaces, totalement (absence d'agitation et de mimique douloureuse) ou partiellement (mimique douloureuse sans pleurs ni agitation) dans 82% (18/22) des cas. Les échecs furent observés chez certains nourrissons, en raison d'une application trop brève de la crème anesthésiante, de matériel de ponction inadapté et/ou échec de la distraction. Pour tous les soignants, ces méthodes (médicamenteuses et non médicamenteuses) sont applicables en routine.

**Conclusion** : La prévention de la douleur induite par les piqûres est possible et pourrait être intégrée dans le suivi des enfants infectés par le VIH. Ces techniques offrent, pour un coût réduit (< 500FCFA par geste), plus de confort aux soignants et aux enfants et pourraient contribuer à réduire la phobie des soins chez certains, augmentant ainsi l'adhésion au projet thérapeutique.

## PÉDIATRIE (2)

### SO30.3

#### Acceptabilité des formulations pédiatriques d'antirétroviraux (sirop versus oro-dispersibles) chez les enfants de moins de 6 ans à Abidjan, en Côte d'Ivoire, 2013

Sophie Dattéz<sup>1,2</sup>, S. Kouadio<sup>3</sup>, M.A.C. Oga<sup>3</sup>, K. Malateste<sup>1,2</sup>, E. Kangah<sup>3</sup>, C. Amani-Bossé<sup>3</sup>, M. Amorissani-Folquet<sup>4</sup>, D. Avit<sup>3</sup>, M. Timité-Konan<sup>5</sup>, V. Leroy<sup>1,2</sup>, pour le Groupe d'Etude MONOD

<sup>1</sup>Inserm U897, ISPED, Université Bordeaux Segalen, Bordeaux, France, <sup>2</sup>ISPED, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, France, <sup>3</sup>Programme PAC-CI, Site ANRS de Côte d'Ivoire, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>4</sup>Centre Hospitalier Universitaire de Cocody, Service de Pédiatrie, Abidjan, Côte d'Ivoire, <sup>5</sup>Centre Hospitalier Universitaire de Yopougon, Service de Pédiatrie, Abidjan, Côte d'Ivoire

**Introduction** : Les solutions buvables sont considérées comme le «gold standard» dans les traitements pédiatriques. En Côte d'Ivoire, certaines solutions (ABC, 3TC) sont remplacées depuis 2012 par des formes oro-dispersibles pour des raisons de facilité de conservation et de coût. Cette substitution se fait en l'absence d'étude de faisabilité. Nous avons comparé l'acceptabilité des familles (personne en charge des soins et enfant) du TAR en fonction des différentes formulations dans des conditions d'utilisation réelles d'utilisation TAR à Abidjan.

**Méthodes** : L'étude s'est déroulée sur les sites de l'essai MONOD-ANRS 12206 à Abidjan en mai-juin 2013. Il s'agissait d'une étude de type transversale concernant tous les enfants de moins de 6 ans, ayant un TAR en cours (soluble puis oro-dispersible) depuis au moins un mois et dont les parents ont accepté oralement de participer à l'étude. Un questionnaire standardisé, administré à la personne en charge des soins par une assistante sociale a comparé les items relatifs à la facilité d'emploi du TAR (test de chi-2 apparié).

**Résultats** : Au total, 50 enfants ont été inclus, 42% < 2 ans, 41% 2-4 ans et 17% ≥ 4 ans. La forme préférée des personnes en charge des soins et des enfants est nettement la forme oro-dispersible par rapport à la forme soluble: facilité de transport, 86% vs. 2% (p= 0.69), de conservation, 80% vs. 2% (p= 0.62), d'utilisation, 74% vs. 0%, de dosage, 86% vs. 0%, d'administration à l'enfant, 58% vs. 10% (p= 0.92), discrétion, 68% vs. 10% (p= 0.55) et acceptation de l'enfant, 50% vs. 8% (p= 0.05). Cependant, les comprimés oro-dispersibles restent encore difficiles à administrer pour 12% des mères et à avaler pour 17% des enfants.

**Conclusion** : Les formes oro-dispersibles représentent une grande facilité d'utilisation pour le TAR des enfants à l'échelle programmatique mais des efforts résiduels demeurent pour améliorer leur palatabilité.

## PÉDIATRIE (2)

SO30.4

**Le VIH-2, infection orpheline? Difficultés de prise en charge des enfants vivant avec le VIH-2 à Dakar, Sénégal : une étude qualitative**

Chloé Stengel<sup>1</sup>, Alice Desclaux<sup>1</sup>, Haby Signaté Sy<sup>2,3</sup>, Eric Delaporte<sup>4</sup>

<sup>1</sup>IRD UMI 233 TransVIHMI, Dakar, Sénégal, <sup>2</sup>Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Dakar, Sénégal, <sup>3</sup>Centre Hospitalier National Universitaire Albert Royer, Dakar, Sénégal, <sup>4</sup>IRD UMI 233 TransVIHMI, Montpellier, France

**Introduction** : Le VIH2 se caractérise par sa rareté, sa répartition géographique quasi limitée à l'Afrique de l'Ouest et une réplication virale plus lente en comparaison au VIH1. Il présente une résistance naturelle à certains antirétroviraux. Les connaissances sont limitées sur les stratégies optimales de sa prise en charge.

**Objectif** : Décrire les difficultés de la prise en charge des enfants vivant avec le VIH2 (EvVIH2) telles qu'observées par les soignants et l'entourage familial.

**Méthode** : Etude observationnelle portant sur la file active d'EvVIH2 de deux structures de soins dakaroises.

- Premier volet : analyse des données des dossiers médicaux des EvVIH2 (n=19).

- Deuxième volet : entretiens avec les parents/tuteurs (n=9) et les soignants (n=22).

**Résultats** : Sur dix-neuf enfants, un seul a bénéficié d'un protocole de PTME du VIH, trois d'un traitement antirétroviral adéquat et un seul présente une charge virale indétectable.

Les difficultés de la prise en charge relèvent de plusieurs niveaux. Pour les soignants, elles concernent des savoirs empiriques et théorique limités et parfois discordants, l'indisponibilité du monitoring biologique et une offre thérapeutique en ARV très limitée. De plus, le silence qui règne autour du VIH2 représente un obstacle à l'amélioration de sa prise en charge. Les spécificités du VIH2 sont rarement abordées entre soignants ou avec les patients et leurs familles.

**Conclusion** : Aux difficultés de la prise en charge des EvVIH s'ajoutent celles spécifiques au VIH2, faisant de l'infection à VIH2 pédiatrique une infection doublement orpheline.

Une meilleure diffusion de l'information sur le VIH2 semble indispensable pour modifier les représentations des parents et des soignants et favoriser la recherche et l'intervention dans ce domaine. Alors que la recherche clinique spécifique sur le VIH2 commence à se développer pour les adultes, des messages d'information sur ce type viral à la fois justes et utiles restent à définir.