



IUSTI
INTERNATIONAL UNION AGAINST
SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS
AFRICA

IUSTI -AFRIQUE

JOURNAL D'INFORMATION

AOÛT 2010

NUMÉRO # 5

Dans ce numéro:

**Message du
Directeur Régional**

Dépistage de la Syphilis:

Ghana



16ième ICASA

Addis Abeba, Ethiopie 2011



**Mise à jour sur la
Prévention des IST/VIH:**

Le Condom féminin



**Perspectives sur le
Vaccin HPV :**

Afrique du Sud



**Conseil et Dépistage du
VIH (CDV):**

Afrique du Sud



**Enquête sur les
comportements sexuels,
édition de 2009 :**

Zambie



**Intégration du dépistage
du VIH en activité de
routine:**

Lilongwe, Malawi



**Rapport sur le Congrès
Mondial de l'IUSTI 2009**



**Consultation conjointe
de l'OMS et du CDC:**

Manille



19ième ISSTD

Québec, Canada 2011



**12ième Congrès Mondial
de l'IUSTI**

New Delhi, Inde 2011



**Informations sur
l'adhésion à
l'IUSTI-Afrique**

Message du Directeur Régional

Je suis ravi de pouvoir partager avec vous ce bulletin de l'IUSTI Afrique qui, comme d'habitude, a été mis en place avec soin et dévouement par Mme Aulette Goliath, la Secrétaire administrative de notre région. Je tiens également à remercier les collègues qui ont contribué au présent numéro du bulletin et, en particulier, je tiens à exprimer mon immense gratitude à Fernand Guédou (Bénin) et Komivi Aho (Togo) qui ont traduit tous les articles en français.

L'année dernière a été une année mémorable pour l'IUSTI Afrique en ce que nous avons tenu avec succès sur le sol africain le Congrès mondial de l'IUSTI. Le Congrès de Cape Town a reçu beaucoup d'éloges au niveau international pour son organisation, son contenu scientifique et son atmosphère conviviale. À tous les délégués africains, venus au Congrès, je vous présente ma sincère gratitude car il n'y aurait pas eu de réunion sans votre présence. En particulier, il était important d'assister à la formation d'un nouveau bureau central de l'IUSTI Afrique qui, je l'espère, sera en mesure de porter le travail régional de l'IUSTI à un nouveau niveau. Une revue complète des activités de la conférence et des réalisations est contenue dans ce bulletin.

Après une coupe du monde 2010 couronnée de succès, l'Afrique du Sud a été à nouveau et

récemment au cœur des nouvelles, cette fois avec les nouveaux résultats excitants de l'essai clinique CAPRISA 004. Les résultats de cet essai portant sur un microbicide à base de ténofovir ont été rendus publics lors de la XVIIIème Conférence internationale sur le Sida à Vienne en Juillet. L'essai en double aveugle contrôlé par placebo a comparé le gel de ténofovir avec un gel placebo dans la prévention de l'infection à VIH chez des femmes de 18-40 ans, sexuellement actives et séronégatives pour le VIH, dans la province sud-africaine du KwaZulu Natal. Il a été demandé aux femmes de se présenter à des visites de suivi mensuel pendant 30 mois. L'étude a montré une réduction significative de l'incidence de



Le Directeur Régional regardant le match Hollande vs Uruguay de la Coupe du Monde 2010

l'infection à VIH dans le bras du gel de ténofovir. Plus précisément, l'incidence du VIH était de 5,6 pour 100 années-femmes dans le bras du gel de ténofovir contre 9,1 pour 100 années-femmes dans le bras de gel de placebo. Parmi celles qui ont le plus fortement adhéré au traitement en termes d'utilisation du gel, l'incidence du VIH était de 54% inférieure dans le bras de ténofovir ($p = 0,025$). Ce bénéfice a été supérieur à celui obtenu à travers le meilleur contrôle des IST dans l'étude Mwanza signalée dans le milieu des années 1990 et est comparable à l'effet de réduction du risque de VIH observé chez les hommes et enregistré dans les récents essais de la circoncision masculine conduits en Afrique du Sud, en Ouganda et au Kenya. Lorsque l'adhésion au gel a été faible, les bénéfices en termes de réduction de l'incidence du VIH ont également diminué, soulignant l'importance d'une adhésion élevée à l'utilisation de gel, si l'on voudrait faire de cette approche une intervention couronnée de succès. D'autres études sont nécessaires pour confirmer ces résultats avant que cette approche puisse être utilisée à grande échelle comme une méthode contrôlée par la femme pour la prévention du VIH chez les femmes à haut risque.

L'essai CAPRISA 004 marque une étape décisive dans la lutte contre les IST et le VIH, mais la bataille se poursuit et il y a encore beaucoup de travail à faire!

David Lewis



Prof. Yaw Adu-Sarkodie

Dépistage de la syphilis pendant la grossesse au Ghana: le rôle des nouveaux tests de diagnostic rapide sur les lieux de soins

Dassah Edward, Baafuor Opoku Kofi Adu et Yaw-Sarkodie, École des sciences médicales,
Université Kwame Nkrumah des sciences et de la technologie, Kumasi, Ghana

Karly Louie, Philippe Mayaud et David Mabey, London School of Hygiene & Tropical
Medicine, Royaume-Uni

Points clés

- Au niveau mondial, le nombre annuel de morts fœtales et périnatales dues à la syphilis maternelle est plus grand que le nombre de décès d'enfants de moins de 15 ans contre le VIH / SIDA. Beaucoup de bébés souffrent également de graves malformations permanentes dues à la syphilis congénitale.
- Le Ghana a connu une forte hausse de la prévalence de la syphilis maternelle au cours des dernières années.
- La politique existante de dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes au Ghana n'a pas été largement mise en œuvre.
- Les nouveaux tests rapides de diagnostic au lit du patient ou sur les lieux de soins (SLS) pour la syphilis, qui sont faciles à utiliser avec une formation et un équipement minimum, devraient faciliter la mise en œuvre de la politique de dépistage.
- Des recherches sont nécessaires sur l'impact, le rapport coût-efficacité et les aspects opérationnels de déploiement des tests rapides de diagnostic SLS au Ghana.

Contexte

La syphilis maternelle non traitée, une infection causée par la bactérie *Treponema pallidum*, est responsable d'un taux annuel de décès fœtaux et périnataux estimé à 360.000 dans le monde entier. D'autres 270.000 bébés souffrent de graves malformations permanentes en raison de la syphilis congénitale. Ce niveau de mortalité annuelle est supérieure à celui du VIH / sida chez les enfants (âge <15 ans). En outre, la syphilis est associée à une transmission accrue du VIH aux partenaires sexuels. Les issues défavorables de la grossesse en raison de la syphilis seraient tout à fait évitables si les femmes enceintes étaient dépistées et traitées avec l'antibiotique le moins cher, la pénicilline. Cela contribuerait à répondre aux Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) Nos 4, 5 et 6.

Chez les femmes enceintes dans les pays en développement, entre 1% et 19% des tests de syphilis sont positifs. Au Ghana, le programme national de surveillance sentinelle pour VIH / IST a signalé une augmentation spectaculaire de la séroprévalence moyenne de la syphilis de 0,4% en 2003 à 6,5% en 2008, avec une prévalence par site allant de 0% à 30,5% dans 40 cliniques impliquant 18.366 consultantes prénatales. Cette forte augmentation de la prévalence de la syphilis maternelle est préoccupante et peut être due à une épidémie de redéploiement de la syphilis vénérienne ou la réémergence du pian (syphilis endémique) dans certaines régions du Ghana ou aurait pu être provoquée artificiellement par un récent changement dans les algorithmes de dépistage du système de surveillance.

Politique de dépistage et de traitement de la syphilis

Les politiques de dépistage prénatal de la syphilis ont été adoptées dans de nombreux pays africains, mais elles sont rarement mises en œuvre à grande échelle et de façon durable. Au Ghana, une politique a été élaborée il y a 10 ans pour faire le dépistage de routine de la syphilis à toutes les femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales, avec traitement de celles trouvées positives, par la pénicilline, un médicament sûr, peu coûteux et largement disponible. Toutefois, la couverture du dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes est encore très faible dans les cliniques prénatales au Ghana. Une étude sur 210 établissements de santé dans la région Ashanti a révélé que seulement 3,3% de dépistage prénatal de routine est offert pour la syphilis. Il est donc important d'identifier les obstacles et les défis à la mise en œuvre de la politique de dépistage prénatal de la syphilis sur le terrain.

Les raisons de la faible mise en œuvre peuvent inclure: (i) la méconnaissance de la politique par les fournisseurs de services; (ii) le manque de formation, de soutien logistique, des lignes directrices et de protocoles; (iii) des tests de dépistage requérant la réfrigération et du personnel de laboratoire qualifié, (iv) le retard dans la réservation pour les visites dans les cliniques prénatales, et (v) le manque d'indicateurs de suivi et d'évaluation clairs et de recherche insuffisante pour éclairer l'action programmatique. En règle générale, l'éducation et la formation adéquates, la continuité des approvisionnements en test de dépistage, consommables et médicaments, la surveillance et le contrôle de qualité sont essentiels pour un programme de dépistage maternel de la syphilis réussi et durable.

Les tests de diagnostic de la syphilis

La plupart des personnes atteintes de syphilis sont asymptomatiques ou présentent des lésions transitoires, si bien que les tests sérologiques (sérum sanguin) sont la méthode préférée pour la détection. Les tests RPR (rapid plasma reagin) ou VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory), simples et à bon marché, permettant de détecter les anticorps cardiolipines qui sont retrouvés dans les cas de syphilis aiguë ou récente, sont utilisés pour le dépistage et le diagnostic. Toutefois, ces tests ne sont pas spécifiques de *Treponema pallidum* et sont désignés comme des tests non tréponémiques. Ils peuvent conduire à des diagnostics de faux positifs au sein des femmes enceintes et ainsi à des traitements inutiles. En outre, alors qu'ils sont faciles à réaliser, en principe, les tests VDRL et RPR exigent des installations de base (réfrigération et électricité) et une certaine formation en raison des problèmes d'interprétation subjective de la réaction du test, et doivent aussi être effectués par lots pour des raisons économiques.

Dans un deuxième temps, les tests non tréponémiques devraient être confirmés par des tests qui peuvent détecter les antigènes spécifiques de *Treponema* tels que le test *T. pallidum* hémagglutination (TPHA) ou *T. pallidum* particules-agglutination (TPPA). Ces tests spécifiques ne sont pas largement disponibles dans les pays en développement car ils sont dépendants de laboratoire et exigent un personnel qualifié, de réfrigération pour l'entreposage de réactifs et de l'électricité pour faire fonctionner des matériels tels qu'un réfrigérateur, une centrifugeuse et un agitateur. En règle générale, les établissements de santé dans les zones rurales ne sont pas équipés pour traiter de tels échantillons de sang si bien que ceux-ci sont transportés vers des établissements régionaux ou centraux pour les tests, ou les patients sont référés à ces établissements. Les résultats des tests ne sont donc disponibles que des jours ou semaines plus tard et les échantillons peuvent être perdus dans le processus, si bien qu'il est fréquent que les patients ne reviennent pas pour obtenir leurs résultats ou pas à temps pour le traitement. Cela peut conduire à des issues cliniques indésirables, à la poursuite de la transmission de l'infection et à des gaspillages de ressources. L'algorithme d'analyse pour la surveillance au Ghana avant 2004 était de dépister avec RPR ou VDRL et de confirmer avec TPHA. Cependant, cela a été récemment modifié pour utiliser un simple et rapide test de diagnostic SLS, spécifique au *Treponema*, qui ne peut cependant pas faire de distinction entre les espèces *Treponema* qui causent la syphilis ou le pian.

De nouvelles approches de dépistage de la syphilis

La nouvelle génération de tests rapides SLS peut être utilisée en dehors du laboratoire et ne nécessite pas de matériel ou de l'électricité. Ils se présentent comme des cassettes individuelles en plastique, sont simples à utiliser et plus objectifs à lire, avec une formation minimale. En outre, ils peuvent utiliser le sang total par une piqûre au doigt, ainsi que le sérum ou le plasma, et les résultats sont disponibles dans les 15 minutes. Les tests SLS utilisent des méthodes de détection des anticorps spécifiques tréponémiques pour le dépistage de la syphilis. Ces tests se sont révélés être très sensibles et spécifiques, donnant des résultats fiables et reproductibles, même lorsqu'ils sont effectués par le personnel de santé avec une formation minimale dans une gamme de contextes cliniques. Les tests SLS offrent une occasion sans précédent pour faire le dépistage aux femmes enceintes à tous les niveaux du service de santé, ainsi que la possibilité d'augmenter la couverture du dépistage et de réduire les pertes de grossesse et la mortalité infantile dues à la syphilis non traitée.

Toutefois, en comparaison avec les tests non tréponémiques, les tests SLS ne peuvent pas distinguer entre les infections actives et anciennes traitées, ce qui peut limiter leur utilité dans les régions de forte prévalence de syphilis ou du pian (telles que certaines zones des régions centrale, orientale et Ashanti), ou lorsque les patients doivent être dépistés à plusieurs reprises, comme dans les grossesses successives. Par conséquent, l'évaluation de leur impact et leur rapport coût-efficacité dans l'élimination de la syphilis congénitale à travers des programmes d'intensification est recommandée par l'Initiative de Diagnostic des MST de l'Organisation Mondiale de la Santé. La recherche se révèle nécessaire au Ghana, où le Service de Santé du Ghana a lancé un programme remanié pour lutter contre la syphilis maternelle au moyen de tests SLS, mais où les tréponématoses endémiques également coexistent.



La syphilis congénitale peut être prévenue par le dépistage des femmes enceintes

Les besoins en recherche

Afin de renforcer le programme de dépistage de la syphilis maternelle au Ghana, les besoins de recherche suivants sont mis en évidence.

Epidémiologie

- Décrire l'épidémiologie locale de la syphilis au Ghana telles que la séroprévalence de la syphilis et ses pathologies associées
- Déterminer si les variations de la prévalence de la syphilis sont associées à des issues défavorables de la grossesse en lien avec la syphilis
- Mesurer l'impact de la syphilis maternelle sur l'issue des grossesses

Dépistage maternel

- Identifier et comprendre les obstacles au dépistage de la syphilis maternelle, depuis la politique jusqu'à la prestation de services, y compris l'expérience des prestataires de services et des clients
- Évaluer la performance opérationnelle des stratégies actuelles de dépistage et de traitement de la syphilis maternelle
- Évaluer la couverture du dépistage et du traitement de la syphilis maternelle utilisant les nouveaux tests de diagnostic SLS par rapport aux stratégies actuelles de dépistage au niveau des soins primaires
- Déterminer le rapport coût-efficacité de l'utilisation des tests de diagnostic SLS.
- Surveiller la réduction à long terme de la mortalité infantile et d'autres issues défavorables de la grossesse

Ressources utiles

- ♦ Ministère de la Santé, Ghana. Lignes directrices de la politique nationale en matière d'infections de l'appareil reproducteur. Service de Santé du Ghana, Accra, Ghana, 2004.
- ♦ Programme National de Lutte contre le Sida. Rapports annuels. Service de Santé du Ghana, Accra, Ghana, 2007 et 2008.
- ♦ Programme National de Lutte contre le Sida / Service de Santé du Ghana. Rapports d'enquêtes sentinelles VIH. Accra, Ghana, 2003-2008.
- ♦ Britwum-Nyarko A. Dépistage prénatal de la syphilis: politique versus pratique dans la région Ashanti. Mémoire de maîtrise, Département de santé communautaire, Université Kwame Nkrumah des sciences et de la technologie, Kumasi, Ghana, 2008.
- ♦ OMS. L'élimination mondiale de la syphilis congénitale: rationnelle et stratégie pour action. Organisation Mondiale de la Santé, 2007. En ligne: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595858_eng.pdf
- ♦ OMS / TDR Initiative pour le Diagnostic des Maladies Sexuellement Transmissibles. Évaluation de tests de diagnostic rapide: la syphilis. Nature Reviews Microbiology, 2006; S33-40.

Ce rapport est tiré des résultats d'un programme financé par le Department for International Development (DFID) via le Research Programme Consortium on Sexual Reproductive Health and HIV.



ICASA 2011 En Ethiopie

16^{ème} conférence internationale sur le SIDA et les infections sexuellement transmises en Afrique (ICASA).

Du 4 au 8 Décembre 2011 à Addis Ababa en Ethiopie

La république fédérale démocratique d'Ethiopie est honorée d'annoncer que la prochaine conférence d'ICASA sera tenue en 2011 à ADDIS ABABA en ETHIOPIE.

ICASA offre un forum pour les échanges d'expérience et les leçons apprises dans la prévention et traitement du VIH en Afrique et dans le monde entier.

La conférence rassemblera des milliers d'individus travaillant pour prévenir de nouvelles infections du VIH à travers une combinaison d'activités de prévention, de soins et de traitement en Afrique. Elle offrira l'occasion de partager des leçons et expériences acquises dans des réponses basées sur les faits contre le VIH

SIDA et les infections sexuellement transmises (STIS) en Afrique. La conférence internationale sur le VIH SIDA et les infections sexuellement transmises en Afrique (ICASA) est la principale conférence biennale sur le VIH pour la région d'Afrique. Au cours de l'ICASA, des scientifiques africains, des professionnels de santé, des leaders sociaux, des hommes politiques et des communautés se rencontreront pour partager des expériences et des mises à jour sur la réponse à la pandémie du VIH/SIDA sur le continent et dans le monde.

Contact: Mr. Sisay Fantahun, Coordinator ICASA 2011, P. O. Box 12326, Addis Ababa, Ethiopia
Tel: +251 -11554 87 73 or +251 -11554 87 73, E-mail: sisayf@etharc.org

Website: <http://icasa2011addis.org/>

Download brochure at: http://icasa2011addis.org/downloads/icasa_brochure.pdf



Mags Beksinska

Le condom féminin: Nouveaux développements dans la conception et la technologie

Mags Beksinska, Jenni Smit

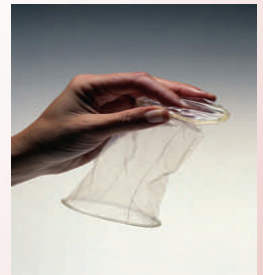
Unité de Santé des Adolescents, des Mères et des Enfants,
Unité de Recherche en Santé de la Reproduction et du VIH, Durban, Afrique du Sud

Le condom féminin (CF) a été accueilli avec enthousiasme en 1992 comme la première méthode laissée à l'initiative de la femme pour la prévention de la grossesse et des maladies. Depuis 2006, différents types de CF sont devenus disponibles ou en développement dans la perspective de réduire le coût, et / ou d'améliorer l'acceptabilité. De nouveaux modèles de CF à base de latex, de latex synthétique et le polyuréthane sont actuellement disponibles dans certains pays ou sont encore en phase de développement et seront disponibles au cours des cinq prochaines années.

Les condoms féminins disponibles à ce jour

Le condom féminin en polyuréthane :

Le premier CF fait par le Female Health Company (FHC), est connu sous le nom de Reality® et est maintenant également dénommé FC Female Condom® ou FC1 et est commercialisé sous divers noms de marques¹. Ce CF est fabriqué à partir de polyuréthane qui est inodore, provoque rarement des réactions allergiques, et, contrairement au latex, peut être utilisé avec des lubrifiants aussi bien à base d'huile que d'eau. Le FC1 a deux anneaux flexibles, l'un à l'extrémité fermée du préservatif qui est utilisée pour insérer le dispositif et permet de maintenir le préservatif en place pendant l'acte sexuel. Un anneau à l'extrémité ouverte du préservatif reste en dehors du vagin, est à plat sur la zone génitale et assure que le préservatif est en place. Il est de 17 cm de long lorsqu'il est déroulé.



Le FC Female Condom/
FC1 en polyuréthane

Ce condom a reçu l'approbation de la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis. Elle a eu également l'approbation de l'Union Européenne et la marque CE. L'intention de la FHC est de remplacer progressivement ce dispositif avec le préservatif FC2 à base de nitrile synthétique qui est discuté dans la section suivante.

Le condom féminin FC2 a été également développé par le FHC et est devenu disponible dans certains pays en 2005¹. La marque CE a été attribuée et FC2 a achevé le processus d'examen technique par l'OMS en 2007²; l'OMS a approuvé FC2 pour les achats en vrac par tous les organismes des Nations Unies. Le FC2 a été approuvé par la FDA américaine en 2009.



Le préservatif féminin en
latex synthétique FC2

Le FC2 est similaire au préservatif original Reality en polyuréthane, dans la spécification, la fonction et l'apparence originale, mais est fait de caoutchouc ou latex synthétique (nitrile). Le latex synthétique est un matériel solide et la performance et l'acceptabilité de FC2 sont comparables à celles de FC1 en polyuréthane³⁻⁴. Le faible coût de la matière rend ce CF moins cher à produire. Le prix actuel est d'environ les deux tiers de celui d'un préservatif en polyuréthane.

Le condom féminin VA w.o.w Female condom®

Le CF VA wow (worn of women), aussi connu comme le préservatif féminin Reddy, est fait de latex et recouvre une éponge à l'extrémité fermée du préservatif.⁵ La structure d'ancrage externe qui reste en dehors du vagin a la forme d'un cadre triangulaire. L'éponge est utilisée pour l'insertion et le préservatif est de 90mm de longueur. Le CF VA a reçu l'approbation de l'UE et porte la marque CE. Pour le moment, ce CF n'a pas encore l'approbation de l'OMS ou de la FDA américaine. Le préservatif VA est actuellement disponible dans certains pays d'Afrique et au Brésil et est commercialisé dans ces pays sous la marque L'amour. Il est livré lubrifié à l'huile de silicone, mais ne peut être utilisé qu'avec d'autres lubrifiants à base d'eau.



Le condom féminin Reddy
w.o.w VA / L'amour



Le condom féminin en slip

Les condoms féminins en slip :

Les préservatifs féminins en slip sont les préservatifs qui sont sécurisés dans un slip. Le slip a ici la même fonction que l'anneau extérieur ou le cadre des autres CF mentionnés précédemment. Le slip est réutilisable et le nouveau préservatif est inséré et bien enfoncé dans le slip et retiré après utilisation. Il y a deux préservatifs genre slip disponibles actuellement. Le « Natural Sensations » en polyéthylène est un slip tanga ré-utilisable avec les préservatifs remplaçables. Il est disponible au Panama, Costa Rica, République Dominicaine, Venezuela et Espagne et dispose d'enregistrement CE. Le condom-slip Silk Parasol (Janesway) est d'une conception similaire avec des préservatifs de recharge achetés séparément. Ces préservatifs sont plus chers que les CF sans slip et sont moins disponibles. Ces préservatifs ne sont pas approuvés par l'OMS ou la FDA.

Le condom féminin Cupidon :

Le préservatif féminin Cupidon, fait par Cupidon Ltd, fabricant de préservatifs masculins, est fabriqué à partir de latex avec une éponge en mousse pour l'insertion. Le cadre extérieur est octogonal. Ce condom est offert dans une couleur naturelle et rose et est de 155 mm de longueur. Il est l'un des plus récents CF et est actuellement disponible uniquement en Inde.⁶



Le condom féminin Cupid

Les condoms féminins en développement

Le préservatif « **PATH Woman's Condom** » est actuellement en développement⁷. Elle est faite d'uréthane et s'insère comme un tampon avec un bouchon soluble fait de PVA (alcool de polyvinyle similaire à C-film). Le corps du préservatif est caché dans le bouchon qui se dissout après l'insertion. Il est non-lubrifié et peut être utilisé avec des lubrifiants aussi bien à base d'eau que d'huile ou même aucun, selon les préférences des utilisateurs. Il sera commercialisé avec un sachet de lubrifiant à base de silicone. Ce préservatif a été développé avec un processus guidé par l'utilisateur, évalué par des couples dans 4 pays pour les paramètres clés d'acceptabilité tels que la facilité d'insertion, le confort, la sensation et la stabilité. Les essais d'acceptabilité ont montré que le « PATH Woman's Condom » est acceptable aux utilisatrices⁸. Il est transféré à un fabricant chinois en 2008, et il est prévu que la phase finale de la conception progresse pour l'approbation par l'OMS et la FDA américaine au cours des 2 prochaines années.



Le PATH Woman's Condom

Références:

1. Female Health Company. FC and FC2 Female Condoms: <http://femalehealth.com/Product%20FC%20Details1.htm> Female Health Company, Sep. 2007.
2. Female Condom Technical Review Committee: who.int/reproductive-health/publications/fc2/fc2report.pdf
3. Beksinska ME, Smit J, Mabude Z, et al. Performance of the Reality Polyurethane Female Condom and a synthetic latex prototype: A randomized cross-over trial among South African Women. *Contraception* 2006;73: 386-393.
4. Smit J, Beksinska ME, Mabude Z, et al. Acceptability of the Reality Polyurethane Female Condom and a synthetic latex prototype: A randomized cross-over trial among South African Women. *Contraception* 2006;73: 394-398.
5. Medtech products -VA w.o.w female condom: Medtechproducts.net
6. Cupid Female Condom: <http://www.cupidltd.com/>
7. PATH WOMAN'S CONDOM: http://www.path.org/files/TS_wc_features-specs.pdf
8. Coffey PS, Kilbourne-Brook M, Austin G, et al. Short-term acceptability of the PATH Woman's Condom among couples at three sites. *Contraception* 2006 ;73:588-593



Dr. Etienne Müller

Le vaccin contre les papillomavirus humains (VPH) : perspectives de l'Afrique du Sud

Dr. Etienne Müller

Sexually Transmitted Infections Reference Centre (STIRC),
National Institute for Communicable Diseases (NICD), Johannesburg,
Afrique du Sud

Les papillomavirus humains (VPH) sont une des causes les plus importantes des infections sexuellement transmissibles chez les hommes et les femmes dans le monde entier en raison de leur association avec des cancers ano-génitaux¹. En dehors du cancer de col de l'utérus, le VPH est aussi l'agent causal le plus fréquent des verrues génitales et des autres lésions intraépithéliales squameuses (SIL)². Il y a plus de 100 sous-types du VPH dont 40 types anogénitaux selon le séquençage partiel ou complet des fragments d'ADN³. Au moins 16 types de VPH à haut risque (oncogènes), tels que VPH 16, 18, 31 et 45, sont impliquées dans le cancer col de l'utérus⁴. Les sous-types de VPH à moindre risque, tels que les VPH de types 6 et 11, sont responsables de plus de 90% des verrues génitales et 10% des anomalies de bas grade du col utérin^{5, 6}. Le cancer du col utérin est le cancer le plus fréquent chez les femmes en Afrique du Sud (35/100 000 femmes) et le deuxième cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde⁷. Il y a une incidence mondiale estimée à 470 000 cas de cancer du col de l'utérus par an, avec environ 233 000 décès⁸. Les pays en développement comptent pour presque 80% des cas de cancer du col de l'utérus dans le monde entier en 2002 et 80%-85% des décès par cancer du col de l'utérus chez la femme proviennent de ces régions (figure 1)^{9,10}. Le cancer du col est une cause majeure de décès chez les femmes noires en Afrique du Sud qui courent un risque accru de contracter le cancer du col de l'utérus par rapport aux femmes blanches et sont 2,5 fois plus susceptibles de succomber à la maladie¹¹. En 2000, le ministère de la santé Sud-Africain a reconnu le cancer du col de l'utérus comme une priorité de santé nationale et a introduit une politique nationale de dépistage du col utérin. Cette politique permet à des femmes fréquentant les services du secteur public trois frottis de Papanicolaou (Pap) gratuits dans leur vie, espacés de 10 ans et à partir de l'âge de 30 ans¹². Une étude menée par Clifford et al. (2005) a démontré que la prévalence du VPH était approximativement cinq fois plus élevée en Afrique sub-saharienne qu'en Europe, avec une prévalence intermédiaire en Amérique du Sud et Asie¹³.

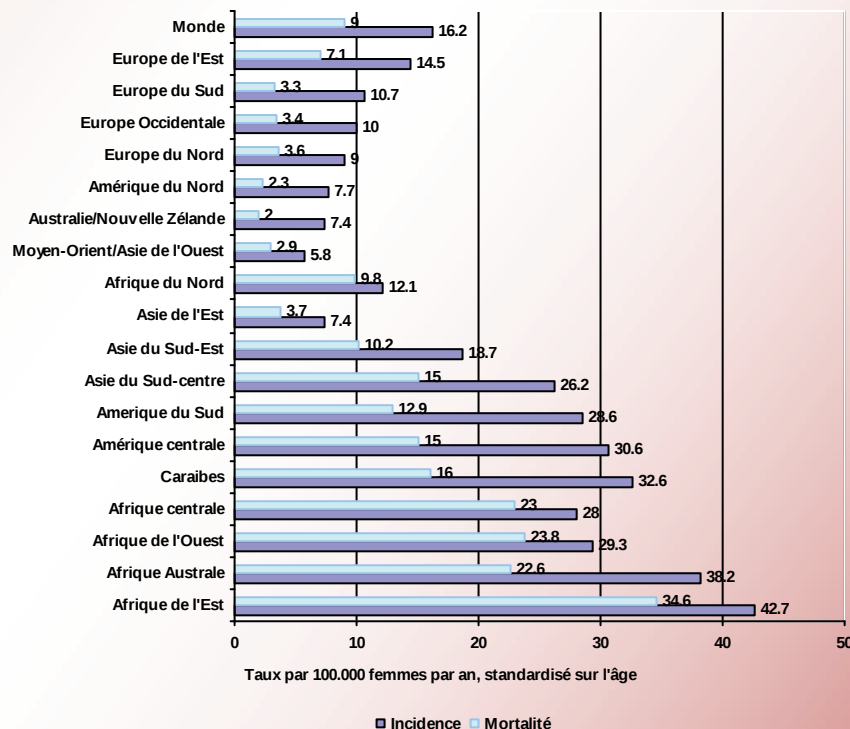


Figure 1: Cas de cancer du col de l'utérus et des décès au niveau mondial, selon l'Agence Internationale pour la Recherche sur le Cancer (2002)⁹

Perspectives sur le Vaccin HPV: Afrique du Sud

Il existe actuellement deux options du vaccin prophylactique de recombinaut non-infectieux contre le VPH (tableau 1). Les deux vaccins sont préparés à partir de pseudo-particules virales (« virus-like particles » (VLP)) hautement purifiées des protéines de la capside majeure (L1) des types respectifs de VPH. Le premier vaccin contre le VPH, appelé Gardasil® (Merck & Co.), est un vaccin quadrivalent qui cible les VPH de types 6, 11, 16 et 18. Un deuxième vaccin VPH prophylactique similaire, appelé Cervarix™ (GlaxoSmithKline) a été approuvé et enregistré auprès du Conseil de contrôle des médicaments (MCC) au début de 2008. Ce vaccin bivalent a été spécifiquement mis au point par GSK pour prévenir les infections et les lésions des VPH de types 16 et 18. Les deux vaccins, Gardasil® et Cervarix,™ protègent contre les deux types responsables de plus de 70% des cas de cancer du col de l'utérus et environ 50% des anomalies cervicales de haut grade¹¹. Gardasil® a l'avantage supplémentaire d'offrir une protection contre les verrues génitales, qui sont très coûteuses à prendre en charge en raison de la fréquence élevée des cas, en particulier dans les pays ayant une prévalence élevée du VIH, et peuvent réduire considérablement la qualité de vie.

Les deux vaccins sont très sécuritaires et bien tolérés et efficaces et ont démontré une efficacité de plus de 80% contre les infections persistantes à VPH types 16 et 18 après 3 doses de vaccin VPH^{14 15}. Harper et al. (2006) ont signalé que les taux d'anticorps ont diminué d'environ un log entre le pic après la troisième dose et 18 mois après la vaccination pour se stabiliser, conférant des taux d'anticorps suffisants pour au moins 5 ans après vaccination¹⁴. L'efficacité du vaccin pour les lésions précancéreuses causées par les VPH de types 16 et 18 était de 98% pour le Gardasil® et 90% pour le Cervarix™^{16, 17}. Le vaccin Gardasil® a également démontré une efficacité de 97% contre les néoplasies intraépithéliales vulvaires et vaginales causées par les VPH de types 16 et 18 et 96% de protection contre les verrues génitales^{18, 19}. Aucune donnée n'est disponible sur l'effet protecteur croisé du vaccin Gardasil® bien qu'une certaine protection croisée ait été observée pour le vaccin Cervarix™ [VPH types 45 (60%), 31 (36%) et 52 (32%)]¹⁷. L'efficacité et l'innocuité de la vaccination contre le VPH chez les personnes immunodéprimées et l'innocuité du vaccin chez les femmes enceintes ne sont pas encore établies.

Tableau 1: Caractéristiques des deux vaccins contre le VPH

Variable	Gardasil®	Cervarix™
Fabricant	• Merck & Co.	• GlaxoSmithKline Inc.
VLP des génotypes	• 6, 11, 16, 18	• 16, 18
Substrat (Système d'expression antigénique)	• Levures	• Baculovirus
Adjuvant	• Sulfate hydroxyphosphate d'aluminium (225µg) breveté	• hydroxyde d'aluminium (500µg) breveté, plus 50 µg de lipide A monophosphoryl 3-désacylé
Dose et calendrier	• 0,5 mL en injection intramusculaire à 0, 2 et 6 mois	• 0,5 mL en injection intramusculaire à 0, 1 et 6 mois
Durée de la réponse immunitaire	• 96% séropositif aux VPH types 6, 11 et 16 à 24 mois • 68% séropositif au VPH type 18 à 24 mois	• 100% séropositif aux VPH types 16 et 18 à 51-53 mois
Infection persistante par VPH types 16 et 18†	• Efficacité vaccinale 93,5% (IC95% 83%-98%) ²³	• Efficacité vaccinale 80,4% (IC95% 70%-87%) ¹⁷
CIN (2 ou plus) liés aux VPH types 16 et 18	• Efficacité vaccinale 98% (IC95% 93%- 100%) ¹⁶	• Efficacité vaccinale 90.4% (IC95% 53%-99%) ¹⁷
VIN et VaIN (2 ou plus) liés aux VPH types 16 et 18	• Efficacité vaccinale 97% (IC95% 79%-100%) ¹⁸	• Pas de donnée
Protection contre les verrues génitales	• Efficacité vaccinale 96% (IC95% 86%-99%) ²⁴	• Pas de donnée

Remarque: IC = intervalle de confiance; VLP = virus-like particles (pseudo-particules virales); CIN = néoplasie intraépithéliale cervicale; VIN = néoplasie intraépithéliale vulvaire; VaIN = néoplasie intraépithéliale vaginale

† = L'infection persistante est définie comme 4 mois dans l'essai de Gardasil et comme 6 mois dans l'essai de Cervarix

Perspectives sur le Vaccin HPV: Afrique du Sud

Le Conseil consultatif pour le VPH en Afrique du Sud a proposé quelques recommandations pour la mise en œuvre de vaccins contre le VPH en Afrique du Sud (tableau 2) ²⁰. La vaccination contre le VPH devrait être offerte aux femmes jusqu'à l'âge de 26 ans pendant le déroulement du programme de vaccination sur une base ad hoc. Les recommandations actuelles suggèrent que la vaccination soit déterminée pour chaque population individuelle mais, idéalement, les filles devraient être systématiquement vaccinées avant l'âge des premiers rapports sexuels. L'âge suggéré pour la vaccination contre le VPH est 11-12 ans, mais cela pourrait être aussi bas que 9-10 ans, à la discrétion du médecin. Harries et al (2009) ont mené des entrevues en profondeur au niveau de la politique, des services de santé et de la communauté dans la province du Western Cape, afin de déterminer les principaux défis et obstacles à l'introduction du vaccin contre le VPH. La majorité des répondants estime que l'âge de la vaccination devrait commencer à l'extrémité inférieure de la tranche d'âge en raison de la fréquence élevée des abus et violence sexuels en Afrique du Sud²¹. Les femmes âgées ne bénéficieront de la vaccination que si elles veulent éviter de nouvelles infections au VPH. L'efficacité des vaccins dans la prévention des cancers ano-génitaux chez les hommes n'a pas encore été établie et la vaccination dans cette population n'est pas actuellement recommandée. La vaccination des hommes pourrait indirectement protéger les femmes non-vaccinées en réduisant la transmission du VPH par l'augmentation de l'immunité de groupe. Toutefois, à ce stade une telle intervention ne sera pas une option rentable.

Tableau 2: Les recommandations de vaccination contre le VPH au Conseil consultatif pour le VPH de l'Afrique du Sud ²⁰

Recommandations pour la mise en œuvre de vaccins contre le VPH en Afrique du Sud

- Toutes les filles dans la population devraient être vaccinées à l'âge de 9-12 ans. Dans les premières années du programme: "rattraper" la vaccination des filles de 20 à 26 ans: la surveillance d'après 20 ans est indiquée.
- Donner 3 doses à 0 mois, 2 et 6, aucun rappel n'est proposé (pas de littérature soutenant la proposition des rappels).
- Offrir le vaccin aux victimes de viol et de violence sexuelle
- Poursuivre le dépistage cervical conformément à la politique.
- Les garçons ne sont pas la cible de la prévention du cancer du col de l'utérus et ne doivent pas être vaccinés dans un premier temps.

En général, à compter du moment où un nouveau vaccin est autorisé, il faut entre 10-20 ans pour qu'il soit distribué dans le secteur de la santé publique dans les pays développés²². En raison de l'évolution naturelle du cancer du col induit par le VPH, il prendra également environ 20 ans pour que l'effet protecteur induit par un vaccin soit clairement démontré. Cet effet ne deviendra apparent que lorsque le vaccin est introduit sur une grande échelle dans le secteur public, où le dépistage du col de l'utérus et les options thérapeutiques sont actuellement limités. Les vaccins contre le VPH ont déjà été approuvés par le secteur privé et il y a eu un large soutien dans les médias et le gouvernement. Toutefois, le rapport coût-efficacité de la mise en œuvre d'une stratégie de vaccination contre le VPH en Afrique du Sud sera mis au défi par les prix élevés des vaccins²¹. En Afrique du Sud, le vaccin pourrait coûter environ R2 100 pour les trois injections de 0,5 ml par voie intramusculaire à 0, 2 et 6 mois²⁰. Les coûts estimés et les avantages de la vaccination devraient être comparés à ceux des autres interventions. L'ampleur des bénéfices en Afrique du Sud serait grande, compte tenu de l'incidence élevée, la mortalité et les coûts de traitement de maladies causées par les VPH 6, 11, 16 et 18. Le plus grand avantage de la vaccination contre le VPH en Afrique du Sud serait le potentiel de réduction des décès par cancer du col utérin. Toutefois, un taux de couverture de plus de 70% serait nécessaire pour avoir un impact significatif sur l'incidence du cancer du col de l'utérus²⁰. Rien n'est encore clair quant à l'impact que l'immunodépression liée au VIH aura sur l'efficacité protectrice des deux vaccins contre le VPH dans les pays à forte prévalence de VIH. On estime qu'environ 300 000 Sud-Africains devraient se faire vacciner chaque année, portant le coût à environ R630 millions par an. Mais il pourrait être possible de négocier un prix réaliste du vaccin une fois que la vaccination contre le VPH a été adoptée par le gouvernement comme une politique nationale de santé publique. Même si un programme de vaccination devait être mis en œuvre, le dépistage actuellement recommandé qui est d'un frottis cytologique tous les 10 ans, à partir de 30 ans, devrait encore continuer et le gouvernement devrait étudier des stratégies de dépistage alternatives telles que le test d'ADN de VPH.

Références

1. Bosch FX, Lorincz A, Munoz N, et al. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002; 55: 244-65.
2. Koutsky L, Kiviat NB. Genital Human Papillomaviruses. In: Holmes K, et al., eds. *Sexually Transmitted Diseases*. New York: McGraw-Hill, 1999.
3. Orth G, Favre M. Human papillomaviruses. *Clin Dermatol*. 1985; 3: 27-42.

4. Clifford GM, Smith JS, Aguado T, et al. Comparison of HPV type distribution in high-grade cervical lesions and cervical cancer: a meta-analysis. *Br J Cancer* 2003; 89: 101-05.
5. Clifford GM, Rana RK, Franceschi S, et al. Human papillomavirus genotype distribution in low grade cervical lesions: comparison by geographic lesions and with cervical cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14: 1157-64.
6. Molijn A, Kleter B, Quint W, et al. Molecular diagnosis of human papillomavirus (HPV) infections. *J Clin Virol* 2005; 32S: S43-51.
7. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a global Perspective. Washington, DC: AICR, 2007.
8. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, et al. Estimating the world cancer burden: Globocan 2000. *Int J Cancer* 2001; 94: 153-56.
9. Ferlay J, Bray F, Pisani P, et al. GLOBOCAN 2002. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC CancerBase No 5, version 2.0. Lyon, France: IARC Press, 2004. Available at: <http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/types/cervix/incidence/#source13>
10. Lowy DR, Schiller JT. Prophylactic human papillomavirus vaccines. *J Clin Invest* 2006; 116: 1167-73.
11. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures. Series 2006 <http://www.cancer.org/docroot/home/index.asp>
12. Moodley J, Kawonga M, Bradley J, et al. Challenges in implementing a cervical screening programme in South Africa. *Cancer Detect Prev* 2006; 30: 361-8.
13. Clifford GM, Gallus S, Herrero R, et al. Worldwide distribution of human papillomavirus types in cytologically normal women in the International Agency for Research on Cancer HPV prevalence surveys: a pooled analysis. *The Lancet* 2005; 366: 991-8.
14. Harper DM, Franco EL, Wheeler CM, et al. Sustained efficacy up to 4.5 years of a bivalent L1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomized control trial. *Lancet* 2006; 367: 1247-55.
15. Villa LL, Costa RL, Petta CA, et al. Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16 and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomized double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial. *Lancet Oncol* 2005; 6: 271-278.
16. Future II Study Group. Effect of prophylactic human papillomavirus L1 virus-like-particle vaccine on risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2, grade 3, and adenocarcinoma in situ: a combined analysis of four randomized clinical trials. *Lancet* 2007; 369: 1861-8.
17. Paavonen J, Jenkins D, Bosch FX, et al. Efficacy of a prophylactic adjuvanted bivalent L1 virus-like-particle vaccine against infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: an interim analysis of a phase III double-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 369: 2161-70.
18. Joura EA, Leodolter S, Hernandez-Avila M, et al. Efficacy of a prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine against high-grade vulval and vaginal lesions: a combined analysis of three randomized clinical trials. *Lancet* 2007; 369: 1693-702.
19. Gardasil (quadrivalent human papillomavirus [types 6, 11, 16, 18] recombinant vaccine) [product monograph]. Kirkland (QC):Merck Frosst Canada Ltd.;2006.
20. South African Society of Obstetricians and Gynaecologists. HPV Advisory Board of South Africa. The HPV Prophylactic Vaccine. (2008) www.sasog.co.za/B_SouthAfricanHPVAdvisoryBoard.asp
21. Harries J, Moodley J, Barone MA, et al. Preparing for HPV vaccination in South Africa: Key challenges and opinions. *Vaccine* 2009; 27: 38-44.
22. Cohen SA. A Long and Winding Road: Getting the HPV Vaccine to Women in the Developing World. *The Guttmacher Policy Review* 2007; 10: 15-19.
23. Villa LL, Costa RLR, Petta CA, et al. High sustained efficacy of a prophylactic quadrivalent human papillomavirus types 6/11/16/18 virus-like particle vaccine through 5 years follow-up. *Br J Cancer* 2006; 95: 1459-66.
24. Garland SM, Hernandez-Avila M, Wheeler CM, et al. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. *N Engl J Med* 2007; 356: 1928-43.

La Campagne de Conseil et Dépistage du VIH (CDV) (Afrique du Sud)

Prof David Lewis, directeur régional IUSTI

Mr. Jacob Zuma, Président de l'Afrique du Sud, a pris un certain nombre d'engagements à l'égard des politiques nationales sur le VIH / SIDA lors de la Journée mondiale du sida le 1er Décembre 2009. L'un de ces gages est que le pays s'engagera dans une campagne de conseil et dépistage du VIH (CDV) à grande échelle, sous la direction du Conseil National de l'Afrique du Sud pour le sida (SANAC) et du Département national de la santé (DNS).



Figure 1. Le Conseil et dépistage pour le VIH se fera à travers toute l'Afrique du Sud

La campagne a débuté en avril et vise à tester 15 millions de personnes, âgées de 12 ans et plus, d'ici à Juin 2011 et à mettre l'Afrique du Sud sur la voie d'atteindre ses objectifs nationaux de réduction des nouvelles infections de 50% et de fourniture de traitement à 80% des personnes qui en sont dans le besoin d'ici à 2011.

La campagne va essayer de provoquer un changement positif de comportement dans la population, encourager les individus et les communautés à assumer la responsabilité de leur santé en connaissant leur statut sérologique.

Les objectifs de la campagne CDV sont de mobiliser les gens à connaître leur statut, d'accompagner les populations avec des messages clés de prévention afin de les encourager à prendre des mesures proactives pour un mode de vie sain, d'augmenter la fréquence des comportements visant la quête de la santé et d'accroître l'accès aux traitements, aux soins et aux services de prévention.

Bien que la campagne sera coordonnée par le DNS et le « SANAC », elle sera également soutenue par un certain nombre d'initiatives de plusieurs organisations non-gouvernementales (ONGs) et le secteur privé. Pour ne citer qu'un exemple, la Treatment Action Campaign (TAC) qui, au cours des dix dernières années, a joué un rôle déterminant dans la campagne pour une meilleure santé des personnes vivant avec le VIH, fournira par exemple des messages de CDV à au moins 730.000 personnes à travers diverses initiatives. La campagne CDV sera promue à travers des affiches, des magazines, les médias et des entrevues à la radio. Des préservatifs seront distribués dans un certain nombre de lieux faciles d'accès tels que les places de stationnement des taxis, les salons de coiffure et les écoles.



Figure 2. La promotion du Condom sera une composante essentielle de la campagne du CDV



Figure 3. La campagne va résulter en l'initiation de l'antiretrovirothérapie avec suivi des CD4 chez de nouveaux individus

Des campagnes porte à porte auront lieu au niveau communautaire, consistant en la distribution de préservatifs et en l'éducation au CDV.

Le lancement national de la Campagne CDV a eu lieu le dimanche 25 avril 2010 à l'hôpital de Ntatspruit à Ekurhuleni, dans la province de Gauteng. Le Chef de l'Etat, le Ministre de la Santé, les ministres nationaux et les Membres des Conseils Exécutifs provinciaux, ainsi que les hauts dirigeants des ministères et secteurs de la société civile étaient présents. Les lancements provinciaux ont ensuite eu lieu le vendredi 30 avril 2010 sous la direction des premiers ministres provinciaux et des conseils provinciaux pour le sida (APC). Au cours des mois suivants, la campagne s'est concentrée de manière intensive sur tous les 52 districts de santé du pays, tel que déterminé par la capacité des provinces.

Ce rapport a été basé sur les informations disponibles sur le site SANAC. Des informations complémentaires sont disponibles à http://www.sanac.org.za/hctportal/index.php?option=com_content&view=article&id=19

Enquête sur le comportement sexuel en Zambie : édition de 2009.

Dr Pierre Yassa, Zambie et Professeur David Lewis, Directeur régional IUSTI pour l'Afrique

Le Gouvernement de la République de Zambie, par l'intermédiaire du Bureau central de statistique et le ministère de la Santé, le Conseil national pour le sida et l'Université de Zambie et avec l'assistance technique de MEASURE Evaluation, a récemment mené l'Enquête nationale sur le comportement sexuel (édition 2009), la cinquième de cette série d'enquêtes auprès des ménages et visant à suivre les connaissances, attitudes et comportements en matière de VIH / sida en Zambie.

L'objectif principal de l'enquête est d'obtenir des estimations nationales d'un certain nombre d'indicateurs clés importants pour le suivi des progrès du programme national de lutte contre le VIH / SIDA / MST. L'enquête fournit des indicateurs sur les connaissances, attitudes et comportements sexuels en matière de VIH / SIDA / IST, ainsi que des informations sur les orphelins et enfants vulnérables, et l'assistance aux ménages et collectivités touchés par la pandémie de VIH / SIDA. L'enquête de 2009 a fourni des estimations nationales qui peuvent être désagrégées par lieu de résidence (rural / urbain), groupes d'âge (adolescents, jeunes, jeunes adultes et adultes), et selon le sexe (hommes, femmes).

Le taux de réponse des ménages pour l'enquête 2009 a été de 93% et les répondants devaient être âgés de 15 ans et plus. La connaissance du VIH / SIDA a été quasi universelle chez les adultes zambiens, comme en témoigne le fait que 99% des adultes avaient entendu parler du VIH / sida et environ 95% des personnes interrogées dans les deux zones urbaines et rurales savaient que le VIH / SIDA pourrait être évité (donc en augmentation par rapport aux 81% obtenus en 2000). Les proportions de répondants qui ont mentionné spontanément l'«ABC» de la prévention du VIH ont diminué depuis l'enquête de 2005. Bien que plus de 80% des répondants aient reconnu que l'utilisation systématique du préservatif est un moyen pour prévenir la transmission du VIH, seulement 45% des femmes et 53% des hommes ont indiqué que les préservatifs étaient «très efficaces». Plusieurs répondants continuent d'accepter de fausses idées courantes telles que la transmission du VIH par les moustiques (36%), la sorcellerie (36%) ou le fait de manger ensemble (21%).



Une pancarte sur le test de VIH en Zambie

Les jeunes de la Zambie



Dans l'ensemble, la proportion de répondants qui ont exprimé des jugements négatifs envers les personnes vivant avec le VIH / sida (PVVIH) a diminué de 33% en 2005 à 25% en 2009. Des baisses semblables ont été observées chez les jeunes de 15-24 ans, bien que la proportion exprimant la stigmatisation, les jugements négatifs et le manque

Enquête sur les comportements sexuels: *Zambie*

d'acceptation envers les PVVIH soit encore élevée (24% pour les hommes, 28% pour les femmes). La proportion de répondants qui savaient où aller pour faire un test de VIH a augmenté de 84% en 2005 à 94% en 2009. Bien qu'améliorée par rapport au 13% signalé en 2005, la proportion des sujets ayant fait le test reste faible, avec seulement 46% des répondants de l'enquête de 2009 déclarant avoir précédemment fait le test. La proportion de femmes ayant fait le test de VIH lors des soins prénatals au cours des 2 dernières années a augmenté de 14% en 2005 à 67% en 2009.



Un pair éducateur, donnant des explications sur le test de VIH en Zambie

L'âge médian du premier rapport sexuel avec pénétration chez les 15-24 ans était de 19,5 ans pour les hommes et 17,5 ans pour les femmes, suggérant, par rapport aux résultats de l'enquête de 2000, que les jeunes tendent à retarder le début de l'activité sexuelle avec pénétration. La proportion de l'ensemble des répondants de 15-49 ans déclarant avoir des partenaires multiples a diminué de 9% en 2000 à 4% en 2009. Les hommes ont plus de partenaires multiples (9%) que les femmes (<1%). Parmi ceux qui ont plusieurs partenaires sexuels au cours de l'année écoulée, 87% étaient des partenariats simultanés, avec des proportions plus élevées dans les régions rurales (90%) que dans les régions urbaines (81%). Environ 42%

des hommes et 35% des femmes ont rapporté l'utilisation du préservatif lors de leur dernière relation sexuelle. Parmi les sujets de 15-19 ans, plus de femmes (41%) que d'hommes (30%) ont déjà eu de rapports sexuels. Au cours des 9 dernières années, il y a eu une diminution du nombre de jeunes déclarant avoir commencé les activités sexuelles avant l'âge de 15 ans (17% pour l'enquête de 2000, 8% pour celle de 2009). La proportion de jeunes âgés de 15-24 ans ayant des rapports sexuels avec un partenaire non régulier a augmenté, tandis que l'utilisation du préservatif avec un partenaire non régulier a diminué. Les rapports sexuels avec des partenaires non réguliers ont été plus fréquemment rapportés chez les jeunes hommes que les jeunes femmes (72% vs 28%).

Environ 26% des femmes interrogées dans les zones urbaines et 20% dans les zones rurales ont déclaré avoir déjà été forcées à avoir des rapports sexuels contre leur volonté. La plupart des auteurs étaient soit des partenaires avec qui elles vivent (44%) ou leur petit ami (27%). Environ 17% des femmes avaient eu des rapports sexuels à sec au cours des 12 derniers mois, une pratique qui était plus fréquente dans les zones rurales (21%) qu'en milieu urbain (10%).

En ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles (IST), les connaissances des répondants sont restées élevées comme dans les enquêtes précédentes, avec une connaissance plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Toutefois, la proportion de ceux qui connaissaient au moins un des symptômes des IST chez les hommes ou les femmes a diminué par rapport à l'enquête de 2005. Par rapport à 2000, il y avait une diminution de la proportion globale de répondants qui ont signalé des symptômes récents d'une IST (plus précisément, écoulement ou ulcère génital) de 4% à 2%, respectivement. La baisse a été principalement observée dans les zones urbaines et est restée constante dans les zones rurales à 3%. L'analyse des tendances par sexe révèle que moins d'hommes, en particulier dans les zones urbaines, ont signalé des symptômes des IST en 2009 alors que la proportion des femmes ayant des symptômes d'IST a légèrement augmenté dans la même période, d'autant plus dans les zones rurales.



Une affiche de sensibilisation sur le VIH-SIDA en Zambie

L'enquête de 2009 peut être consultée dans son intégralité à <http://www.cpc.unc.edu/measurement/publications/tr-10-73>



Dr. Sam Phiri

Intégration du conseil et dépistage du VIH comme activité de routine dans la prise en charge des infections sexuellement transmissibles: l'expérience de Lighthouse à Lilongwe au Malawi

Dr Sam Phiri

Directeur exécutif du Centre Lighthouse, Lilongwe au Malawi

Introduction:

Les infections sexuellement transmissibles (IST) se sont montrées facilitatrices de l'acquisition et de la transmission du VIH. Par conséquent, la prise en charge des cas d'IST est un outil d'intervention préventive biomédicale du VIH. Les lignes directrices nationales du Malawi pour les IST ont inclus le conseil et dépistage du VIH (CDV) dans la prise en charge syndromique des IST. Cependant, il y a des défis opérationnels au niveau des établissements de santé pour sa mise en œuvre à l'échelle nationale, notamment ceux liés aux infrastructures et aux ressources humaines. À l'un des hôpitaux de santé publique en milieu urbain (l'hôpital de Bwaila) à Lilongwe, seulement 43% des clients atteints d'IST qui ont été référés pour le CDV ont fait le dépistage du VIH avant Juin 2009. Le CDV était fourni dans un bâtiment différent de celui où le service de prise en charge des cas d'IST est fourni. Pour combler l'écart, le Centre Lighthouse a intégré les services de CDV dans la prise en charge des infections sexuellement transmissibles dans un seul bâtiment, à l'hôpital de Bwaila, en conformité avec les directives nationales de traitement des IST. Le Lighthouse est un centre d'excellence pour la prévention du VIH intégrée au traitement, aux soins et au soutien et qui est basé à Lilongwe. Les services sont fournis à Lighthouse à l'hôpital central de Kamuzu et au centre Martin Preuss à l'hôpital de Bwaila. Au 31 Mars 2010, le centre avait 12 206 patients en vie et sous les médicaments antirétroviraux (ARV) sauvant la vie.

Méthodes:

La prise en charge clinique des cas d'IST est fournie par les prestataires de services du district de santé de Lilongwe alors que le CDV est fourni par les conseillers dédiés de Lighthouse. Les deux équipes ont été intégrées pour former une équipe de prise en charge des cas d'IST. Depuis Juin 2009, le Lighthouse a placé les conseillers en CDV (non médical) dans la clinique des ISTs à l'hôpital de Bwaila. Tous les patients atteints d'IST ont été sensibilisés sur les avantages du CDV en utilisant un outil standard d'éducation de pré-test en groupe (Group pre-Test Education (GPTE)). Dans le cadre de la prise en charge de leurs IST, tous les patients atteints d'IST sont dirigés vers une salle de CDV au sein de la clinique d'IST pour le test. Il est donné aux patients atteints d'IST la possibilité de «refuser». Peu de temps après le conseil et le dépistage, les patients sont retournés dans les salles cliniques pour la prise en charge des IST et les personnes séropositives sont référées au Centre Martin Preuss pour la thérapie antirétrovirale (ARV) ou autres services de soutien.



Le Centre Preuss Martin à l'Hôpital Bwaila (Clinique Lighthouse, Lilongwe au Malawi)

Intégration du dépistage du VIH en activité de routine:

Lilongwe, Malawi

Résultats:

Entre Juin et Novembre 2009, un total de 4738 patients atteints d'IST ont été enregistrés à la clinique des IST de Bwaila dont 223 (5%) connaissaient déjà leur statut sérologique VIH avant leur arrivée à la clinique. Un total de 4218 (89%) a subi le CDV dont 972 (23%) étaient séropositifs. Tous les patients VIH positifs ont été signalés à Martin Preuss pour l'évaluation pré-ARV et ARV ainsi que l'initiation et le suivi du traitement.

Leçons apprises:

La proportion de patients atteints d'IST et connaissant déjà leur statut VIH est encore très faible, malgré l'incorporation du CDV dans les lignes directrices de 2008 pour la prise en charge des cas au Malawi. L'intégration des services de CDV dans la prise en charge des IST au sein du même établissement augmente l'acceptance du CDV. Un mécanisme de référence devrait être mis en place pour les patients IST qui sont VIH positifs pour leur accès aux services de soins pour VIH.

Remerciements:

Je remercie Denis Ndau, point focal à Lighthouse pour les services de CDV à l'endroit des patients atteints d'IST, l'ensemble du groupe de Lighthouse, les partenaires financiers de Lighthouse, l'équipe du Bureau du District sanitaire de Lilongwe, pour leur engagement et leur dévouement à des innovations pour la prévention du VIH intégrée au traitement, aux soins et au soutien au Malawi.



Les conseillers de Lighthouse, faisant une démonstration sur le test rapide de VIH avec le sang total



Un groupe représentatif de l'équipe de Lighthouse de Lilongwe, Malawi



LE RAPPORT DU CONGRES MONDIAL DE L'IUSTI 2009

*Professeur David Lewis,
Directeur du Congrès et Directeur régional de IUSTI AFRIQUE*

LE 11^E CONGRES MONDIAL DE IUSTI 2009

Introduction

Le 11^{ème} congrès mondial de l'union internationale contre les infections sexuellement transmissibles (IUSTI) eut lieu à Waterfront à Cape Town en Afrique du Sud dans le bâtiment du Nedbank (autrefois Board of Executives) du 9 au 12 Novembre 2009. C'est la première réunion de IUSTI en Afrique pendant 10 ans et est centrée à la fois sur les IST traditionnels et le VIH et a porté sur les aspects clinique, santé publique, comportemental et de laboratoire.



Figure 1.
Professeur David Lewis ouvrant le 11^{ème} Congrès Mondial de l'IUSTI

La cérémonie d'ouverture

La cérémonie d'ouverture eut lieu au soir du lundi 9 Novembre au cours de laquelle le Dr Francis Ndowa (OMS Genève) a discuté du fardeau mondial des ISTs (figure 2)



Figure 3.
Professeur David Mabey discutant de ce que nous avons appris de la recherche sur les IST en Afrique

L'équipe qui organise la conférence

La conférence était organisée et présidée par le professeur David Lewis du centre de référence des infections sexuellement transmissibles de l'Institut national pour les maladies transmissibles, service du laboratoire national de santé (Afrique du sud). Figure 1). Le programme scientifique était organisé par le professeur David Lewis et le Professeur Christophe Fairley, Université de Melbourne et Directeur du centre de santé sexuelle de Melbourne en Australie. Le Docteur Janet Wilson de l'hôpital général de Leeds au Royaume Uni aida avec la collecte de fonds. Les aspects opérationnels de ce congrès étaient organisés par Sue McGuinness communications à Johannesburg, Afrique du Sud.



Figure 2.
Dr. Francis Ndowa discutant du problème mondial des ISTs

suivi du discours d'ouverture donné par le Professeur David Mabey de la " London School of Hygiene and Tropical Medicine" (figure 2). Le Professeur Mabey présenta une vue d'ensemble de ce que nous avons appris de la recherche sur le VIH/STI en Afrique.

Rapport sur le Congrès Mondial de l'IUSTI 2009

Après la partie scientifique de la cérémonie d'ouverture on associa les délégués à un spectacle de tam-tam africain et de danse Zulu (figure 4). Le président mondial de IUSTI, le professeur Angelika Stary (Autriche) ouvrit officiellement le congrès en tirant un coup de canon sur le site des murs de la vieille cité hollandaise (figure 5).



Figure 4.

Les danseurs Zulu à la cérémonie d'ouverture

Programme scientifique

Au jour d'ouverture du congrès la branche nord américaine de IUSTI dispensa un cours d'actualisation d'une demi-journée sur les IST/VIH avec quatre scientifiques respectés sur le plan international et basés aux USA présentant une variété de sujets. Le cours était organisé par le Professeur Charlotte Gaydos, Directrice régionale pour IUSTI Amérique du nord.



Figure 5.

Le président mondial sortant de IUSTI, Dr Angelika Stary ouvrit officiellement le congrès mondial de IUSTI par un coup de canon

En tout il y avait 7 discours en plénière, 44 symposium dans 13 thématiques, 11 entretiens de colloques dans 4 symposium satellites, 48 présentations orales et 139 posters. Les sessions plénières couvraient les tests diagnostiques rapides pour les IST, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, les marqueurs biologiques de l'épidémie du VIH, les réseaux sexuels et l'Internet, la circoncision masculine, les vaccins contre le HIV et comment utiliser la technologie de l'information (IT) dans les manières originales pour améliorer la pratique clinique du IST/VIH.

Les symposiums couvraient les IST/VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, le typage des IST bactériennes, interventions de santé publique sur les IST/VIH, des approches de traitement VIH, des préservatifs, interventions comportementales sur les IST/VIH en Afrique, déroulement des tests rapides pour le dépistage de la syphilis des femmes enceintes, actualisation des IST et IT, les défis à la prise en charge syndromique efficace des ISTs, vaccination HPV et maladie clinique HPV, commerce du sexe, traitement des IST comme élément de prévention du VIH et

enfin les défis mondiaux de IUSTI. Le congrès concluait avec un discours de clôture du Professeur King HOLMES de l'université de Washington (Seattle USA) sur les stratégies émergentes de prévention IST/VIH à composantes multiples (Figure 6).



Figure 6.

Le Professeur King HOLMES prononçant le discours de clôture

Trois colloques satellites eurent lieu le jour de l'ouverture du congrès, organisés et soutenus par Abbott Molecular, Siemens healthcare Diagnostics, l'agence de santé publique du Canada. Ces trois colloques couvraient de défis et de nouvelles approches dans la prise en charge des ISTs, les innovations pour la prise en charge des maladies infectieuses et la promotion de la santé sexuelle. En plus un quatrième colloque satellite sur la syphilis congénitale organisé par le programme CDC global AIDS d'Afrique du Sud était présenté le dernier matin du congrès.

Rapport sur le Congrès Mondial de l'IUSTI 2009

Les fonds pour la bourse

A peu près \$240,000 ont été collectés à travers le généreux soutien des institutions suivantes : Bureau de recherche sur le SIDA aux instituts nationaux de santé (\$100,000), le financement du PEPFAR à travers le bureau sud africain du programme global du Sida, des centres de contrôle et de prévention des maladies (\$100,000). L'OMS (\$15,000), le Wellcome Trust (\$10,000 dollars) GenProbe (\$3,000) la société d'étude des maladies sexuellement transmises en Irlande (1,000 euros) des dons privés (\$5,000). Les critères sur lesquels on s'est basé pour accorder les bourses incluaient le soutien aux intervenants et les présentateurs de posters venant des pays à ressource limitée, de même que le contenu des lettres personnelles de motivation des individus souhaitant prendre part à la conférence en tant que délégués. Ces \$240,000 étaient utilisés pour soutenir la présence des 118 délégués et intervenants.

Les réunions du bureau exécutif mondial de IUSTI.

Des réunions du bureau mondial de IUSTI sont tenues dans le bâtiment du conseil des exécutifs le 8 et 12 Novembre en pré et post conférences. Ces réunions ont connu une participation massive avec plus de 90% des membres du conseil présents. Le comité avait pu accomplir ses tâches avec succès et avait discuté des événements futurs programmés pour les quatre prochaines années dans les différentes régions de IUSTI (figure 7). Trois nouveaux membres de IUSTI Afrique étaient élus dans le conseil pour occuper les postes vacants des délégués régionaux africains à savoir le Professeur Aissatou Gaye-Diallo du Sénégal, président régional ; le Dr Sam Phiri du Malawi, et le Professeur Sax Sarkodie du Ghana (figure 8).



Figure 7:

Professeur David Lewis (Directeur régional de IUSTI Afrique du sud) et d'autres membres du conseil à la réunion du comité exécutif mondial de IUSTI



Figure 8:

Le congrès voyait l'élection des trois nouveaux représentants de IUSTI Afrique pour le comité exécutif mondial de IUSTI (de gauche à droite: Sam Phiri, Malawi; Aissatou Gaye-Diallo, Sénégal; Sax Sarkodie, Ghana)

En plus une assemblée générale mondiale de IUSTI eut lieu le 11 Novembre au cours de laquelle Professeur Angelika Stary (Autriche) termina son mandat de quatre ans comme président mondial de IUSTI. Le professeur King Holmes (USA) prit la relève comme nouveau Président mondial et Dr Raj PATEL (UK) était élu comme le président élu (figure 9).

Figure 9:

Professeur Angelika Stary (Autriche) remerciant l'assemblée générale pour leur soutien pendant son mandat de quatre ans comme président et annonçant l'élection du Dr Raj Patel (UK) à sa gauche comme président élu de IUSTI mondial



Les activités de IUSTI Afrique à la conférence

IUSTI Afrique tint une conférence régionale le mardi 10 Novembre à laquelle environ 50 délégués africains présents participèrent. (Figure 10). Un nombre d'idées utiles étaient proposées au directeur régional par rapport aux activités que IUSTI devrait poursuivre dans la région. Des domaines clés incluaient l'amélioration de la formation régionale IST/VIH et le renforcement des capacités des africains à entreprendre des recherches pour leur permettre d'améliorer leurs chances de présenter des données aux conférences internationales.

Le congrès mondial de IUSTI 2009 était stratégiquement tenu en Afrique pour aider à la formation du réseau régional de IUSTI Afrique. En plus de la nomination de trois spécialistes africains des IST/ VIH au conseil exécutif mondial de IUSTI, une équipe centrale fut établie pour améliorer le travail de IUSTI dans la région.



Figure 10:
réunion de IUSTI région Afrique

Les membres de l'équipe centrale sont le Professeur David LewisS (Afrique du sud), Directeur régional de IUSTI Afrique; Professeur Aissatou Gaye-Diallo Sénégal, (président de IUSTI Afrique) Dr Sam Phiri, (Malawi membre du conseil de IUSTI), Professeur Sax Sarkodie (Ghana membre du conseil IUSTI), Dr Nda Shewokunze (Zimbabwe secrétaire de l'équipe centrale) Dr Komivi Aho (TOGO), Dr Najib Doss (Tunisie), Professeur Hortensia Faye-Kette (Côte d'ivoire), Dr Fernand Guedou (Bénin), Professeur John Massenga (Tanzanie), et le Dr Pierre Yassa (Gambie) Figure 11.



Figure 11:
Certains des membres fondateurs de la nouvelle équipe centrale de l'IUSTI région Afrique

L'équipe centrale a une représentation équitable des membres anglophones et francophones et il est prévu de trouver et de recruter deux membres parlant portugais en 2010. La forte équipe centrale étendra l'influence de l'IUSTI dans la région Africaine et élaborera en 2010 un plan d'action pour les deux prochaines années.

Le congrès mondial de IUSTI 2009 était essentiel pour rassembler ces personnes clés et pour l'établissement de l'équipe centrale.

Rapport sur le Congrès Mondial de l'IUSTI 2009



Figure 12.

Le projet de sensibilisation cheetah Spier

Le dîner du congrès 2009

Le dîner de gala eut lieu au restaurant Moyo au Spier Wine Estate près de Stellenbosch environ 30 minutes en bus de Cape Town. Avant le début du repas il a été offert aux intervenants une visite privée du programme de proximité Cheetah qui est sur le site Spier (figure 12). Le dîner de gala fut soutenu par GenProbe (USA). Une variété de nourriture venant de tous les coins du continent était disponible au buffet et des danseurs africains et un orchestre Marimba entretenaient les délégués. Environ 400 personnes prenaient part au dîner de gala (figure 13). Cela donna une bonne occasion pour établir un réseau de contacts et d'apprécier la culture africaine.



Figure 13.

Les responsables du programme IST/VIH du Département Sud-Africain de la santé au dîner de gala



Des prix ont été décernés avec le soutien de MSD (Afrique du Sud) pour les meilleures présentations orales et de posters au 11^e congrès mondial de IUSTI (Figure 14 et 15).

Figure 14:

Professeur Christophe Fairley présentant Jonathan Stadler (Afrique du sud) avec le prix de la meilleure présentation orale



Figure 15.

Dr Janet Wilson présentant Othiniel Musana (Uganda) avec le prix de la meilleure présentation de poster

Commentaires finaux

Le 11^e congrès mondial de IUSTI a atteint ses objectifs principaux qui était de rassembler les gens de toutes les 5 régions de IUSTI afin de discuter sur les derniers résultats des recherches sur les IST/VIH, de renouveler de vieilles amitiés professionnelles et d'en développer de nouvelles, d'émanciper de jeunes cliniciens, des chercheurs et d'autres professionnels de la santé dans la lutte continue contre les IST et le VIH à travers une meilleure compréhension des interactions des IST/VIH, des stratégies de prévention VIH multi composant et le défi de réduire le risque d'infection IST/HIV attribué au comportement sexuel.



Fig. 1

Le gâteau du 62^{ième} anniversaire de l'OMS

Consultation conjointe de l'OMS et des CDC sur la réponse stratégique à la menace de *Neisseria gonorrhoeae* incurable et à l'émergence de la résistance de *Neisseria gonorrhoeae* aux céphalosporines

Professeur David Lewis

Cette consultation, dont le but est d'aborder la question de la résistance du *Neisseria gonorrhoeae* aux antibiotiques, a eu lieu au Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique Occidental (WPRO) à Manille, aux Philippines, du 7-9 avril 2010. Les représentants de l'Afrique comprenaient le docteur Benoît Soro (Conseiller régional pour les IST à l'OMS / AFRO), le Dr Amina Hançali (laboratoire des MST de l'Institut national d'hygiène, Maroc) et le professeur David Lewis (Directeur régional de l'IUSTI-AFRIQUE, Centre de référence des IST, Institut national des maladies transmissibles, Afrique du Sud).

La question de la gonorrhée résistante aux antimicrobiens a été mise en relief lors d'une précédente consultation de l'OMS sur les lignes directrices de prise en charge des IST qui s'est tenue à Montreux, en Suisse en avril 2008. Lors de cette réunion, il a été noté que les données disponibles indiquaient une résistance croissante des gonocoques et des échecs de traitement avec plusieurs médicaments actuellement utilisés pour le traitement de la gonorrhée, y compris les céphalosporines orales de «dernière ligne». Cependant, il y a un manque général de données fiables sur la résistance de *N. gonorrhoeae* aux antimicrobiens au niveau mondial, ce qui signifie qu'il y a une connaissance insuffisante de l'ampleur de la propagation de gonocoques résistants et de tous les mécanismes qui sont responsables de cette résistance. Des procédures pour améliorer la surveillance de la résistance aux antimicrobiens existent et une fois coordonnées et renforcées, pourront permettre une meilleure vision et fournir les informations nécessaires pour des traitements standardisés et rentables. L'optimisation du traitement de *N. gonorrhoeae* est étroitement liée aux efforts de lutte contre la maladie et la réduction de la morbidité associée.

La récente consultation à Manille a été informée par le travail actuellement en cours par le Programme de l'OMS pour la surveillance des antimicrobiens gonococciques (GASP), qui comprend (i) le renforcement du dispositif de cartographie de la résistance antimicrobienne, (ii) l'élaboration de normes de surveillance de l'OMS pour la surveillance de la gonorrhée résistante aux antimicrobiens tant au niveau régional que national, (iii) les conseils techniques et autres sur le *N. gonorrhoeae* résistant aux antimicrobiens en général, et spécifiquement sur la surveillance de la résistance aux antimicrobiens. La consultation a également pris en compte les travaux effectués par d'autres programmes similaires, tels que le Programme de surveillance de la résistance des gonocoques aux antibiotiques (GRASP) au Royaume-Uni, le Projet de surveillance des souches gonococciques (GISP) aux Etats-Unis et la collaboration internationale sur les gonocoques (ICG).

La consultation portait sur les processus de mise en œuvre d'une réponse mondiale à la menace de la résistance du *N. gonorrhoeae* aux antimicrobiens. Les participants ont partagé les expériences des pays et des agences en matière de surveillance de l'émergence de la résistance aux antimicrobiens et ont élaboré des plans pour une réponse à la menace des infections gonococciques incurables, y compris un système d'alerte précoce pour détecter l'émergence de *N. gonorrhoeae* résistants aux céphalosporines. Le groupe international a également évalué les conséquences de la résistance des infections gonococciques au traitement.

En termes de résultats, l'esquisse détaillée d'un plan d'action mondial pour répondre à la menace de la gonococcie incurable sera développée, adaptable aux spécificités régionales, couvrant la surveillance durable, les exigences de laboratoire, l'appui épidémiologique nécessaire et les réponses programmatiques à la diminution in vitro de la sensibilité et aux échecs de traitement.

Lors de la consultation, l'OMS a célébré la Journée mondiale de la Santé et la tradition du Bureau régional (WPRO) en ce jour comprend un déjeuner « à la fortune du pot » partagé ensemble et composé de différents plats nationaux du personnel (figures 1). Les participants à la consultation ont été donc invités à se joindre aux collègues de l'OMS pour un spécial déjeuner « à la fortune du pot ».

Remerciements: Cet article a été préparé sur la base des renseignements fournis aux délégués par le secrétariat de l'OMS / CDC.

Evénements à venir



Dr. Michel Alary

J'ai le privilège, en tant que nouveau Président de l'ISSTD et Président de notre prochaine conférence, de vous inviter à vous joindre à nous dans la ville de Québec, Canada, pour la 19^e Conférence de l'ISSTD en Juillet 2011.

Le programme scientifique comprendra des allocutions et des conférences plénières, des présentations d'orateurs invités sur des thèmes sélectionnés, des sessions parallèles orales et par affiches et des colloques scientifiques. Il couvrira cinq domaines: Epidémiologie, Aspects sociaux et comportementaux de la prévention, Sciences cliniques, Sciences fondamentales, Politique et Services de Santé.

Le Congrès aura lieu au Centre de Convention de Québec situé au cœur de la ville en face de l'Immeuble du Parlement, où l'Assemblée Nationale du Québec se rencontre depuis plus de 120 années, et juste à quelques pas des attractions touristiques et de plus de 100 restaurants spécialisés dans les cuisines Française et internationale.

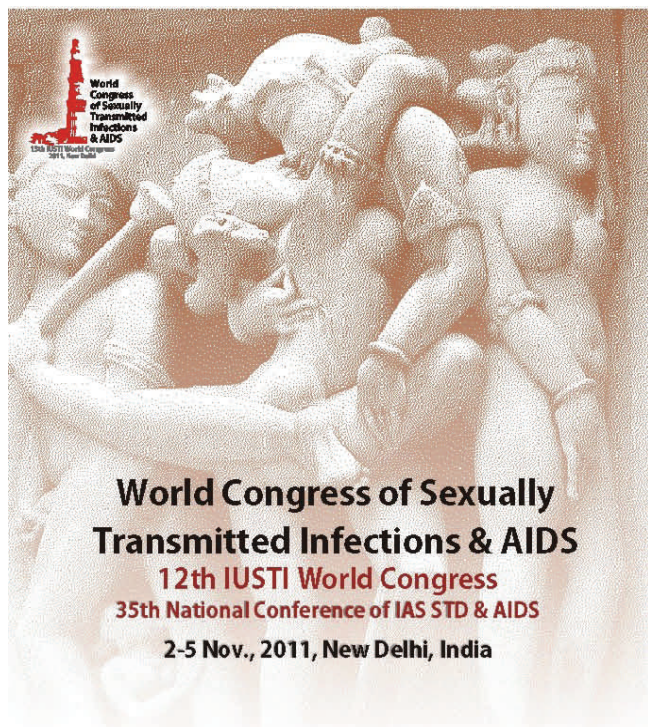
Enfin, nous allons prendre soins d'organiser un programme social mémorable, qui sera soutenu par l'environnement fantastique conféré par la ville de Québec, la plus ancienne ville de l'Amérique du Nord, avec son spécial mixage de cultures Européennes et Nord Américaines et la présence de nombreux événements passionnants pendant l'Été.

Le Comité d'organisation espère que vous vous joindrez à nous et je suis impatient de vous rencontrer tous à Québec en Juillet 2011.

Pour plus d'informations, visitez : www.isstdquebec2011.com



www.isstdquebec2011.com



World Congress of Sexually Transmitted Infections & AIDS
12th IUSTI World Congress
35th National Conference of IAS STD & AIDS
2-5 Nov., 2011, New Delhi, India

Chers Amis et Collègues,

Nous avons le grand honneur d'organiser la 12^{ème} Réunion Mondiale de l'IUSTI à New Delhi, Inde, du 2 au 5 Nov. 2011.

Le Comité local d'organisation et le Comité Scientifique International travaillent à concocter un programme scientifique formatif qui soit pertinent pour toutes parties du monde. Malgré les différences raciales et culturelles, les problèmes et défis dans le domaine des Infections sexuellement transmissibles et du VIH sont similaires. Ce Congrès vise à combler les vides et à ramener divers points de vue à une plateforme commune, si bien que tout le monde pourra bénéficier des expériences des uns et des autres.

Nous faisons tous les efforts pour avoir les autorités de premier rang au monde comme conférenciers. Pour cela, nous collaborons avec certaines organisations qui sont en tête au niveau mondial ou régional. La conférence satisfera les attentes des chercheurs travaillant dans le domaine de sciences fondamentales, sciences cliniques, épidémiologie et recherche sur les vaccins.

L'Inde est en train de mener contre le VIH/Sida, une lutte dans laquelle certains États ont nettement réussi tandis que d'autres font face à une épidémie montante. La tenue du Congrès mondial de l'IUSTI à New Delhi aidera à faire concentrer l'attention sur le contrôle des Infections sexuellement transmissibles y compris le VIH qui est la seconde cause d'incapacité et de décès dans cette partie du monde.

L'Inde est un pays doté d'une grande diversité géographique et culturelle. Il y a près de cinq mille ans en arrière, l'une des premières grandes civilisations s'est développée ici le long de la vallée de la Rivière Indus (actuellement au Pakistan). L'Inde a virtuellement tous les types de paysages imaginables. Elle est séparée du reste de l'Asie par le grand Himalayas, la plus haute et la plus jeune et toujours évolutive chaîne de montagnes sur la planète. Le sous-continent, tel qu'il est appelé à juste titre, touche trois grands cours d'eau et est immédiatement reconnaissable sur n'importe quelle carte du monde.

Nous sommes impatients de vous rencontrer à New Delhi en Nov. 2011 pour une merveilleuse expérience.



Dr Vinod K. Sharma
Co-Président



Dr Somesh Gupta
Co-Président



www.iusti2011.org

Secrétariat de la Conférence
IUSTI WORLD CONGRESS 2011
Room No. 4068A, 4th Floor, Teaching Block,
Dept. of Dermatology & Venereology, All India Institute of Medical Sciences,
New Delhi 110029, India, Ph: + 91 11 265 46626 Fax: +91 11 265 8863
Mobile: +91 98688 99120, E-mail: info@iusti2011.org
Website: www.iusti2011.org

L'enregistrement en ligne des membres sur le site web www.iusti.org

Il y a trois types de membres à IUSTI-Afrique:

- a) la **qualité de membre effectif de IUSTI-AFRIQUE** est ouverte aux individus qui ont un intérêt professionnel dans l'étude, la prévention et le contrôle des infections sexuellement transmissibles. Une qualification médicale n'est pas une condition sine qua non pour être membre effectif. 40 Euros de frais sont exigés tous les deux ans pour être membre effectif de IUSTI. Un membre effectif de l'Union aura droit aux privilèges des membres, qui comprennent une réduction des frais d'enrôlement à la plupart des réunions régionales et mondiales de IUSTI. Les frais de membre ont été fixés de façon à attirer toute personne qui participe régulièrement aux manifestations de IUSTI. Nous espérons que tout membre qui participe au moins à une réunion tous les deux ans récupérera ses frais de membres.

Les membres effectifs recevront aussi une réduction substantielle de 40% sur l'abonnement au journal officiel de l'Union, le Journal International des MST et du SIDA. Les abonnés bénéficieront aussi de l'accès gratuit à la version en ligne du journal et des archives remontant à 1996. Pour en savoir plus sur le journal, visitez le site <http://www.rsmppress.co.uk/std.htm>. Pour s'abonner au tarif spécial IUSTI visitez le site <http://www.rsmppress.co.uk/specialoffers/iusti.htm> ou téléphonez au département d'abonnements du journal au +44 (0) 207 2902927/8.

En plus, la base des données des membres effectifs sera disponible en forme éditée à l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO) et sur le web pour les personnes qui cherchent à recruter des experts qui peuvent aider comme conseillers, etc. dans le domaine spécialisé des IST.

Il y a deux modes de paiement pour membres effectifs :

1. Un versement bancaire électronique – pour la conversion de votre monnaie en Rand sud africain (ZAR), veuillez envoyer un e-mail à: iusti-africa@nicd.ac.za

Le paiement peut se faire par voie électronique ou par transfert bancaire dans le compte suivant:

IUSTI Africa, Standard Bank Ltd, Jan Smuts Avenue, Rosebank, South Africa.

Numéro de compte: 006988407 sort code: 004205 swiftcode: SBZAJJ.

Si vous choisissez cette option, veuillez nous faxer le bordereau de versement avec le formulaire d'inscription dûment rempli de IUSTI-AFRIQUE.

2. Paiement par carte de crédit (veuillez mettre les informations relatives sur le formulaire d'inscription et nous le faxer au +27 11 555 0470.

- b) la **qualité de membre associé de IUSTI-Afrique** est ouverte aux individus qui voudraient maintenir un lien de correspondance avec le réseau IUSTI-Afrique. La qualité de membre associé est **GRATUITE** et n'est donc liée à aucun droit d'inscription. Les membres associés peuvent participer aux réunions de l'Union sans droit de vote. Comme membres associés de IUSTI-Afrique, vous continuerez à recevoir le journal de IUSTI-Afrique.
- c) la **qualité d'organisation membre de IUSTI-Afrique** est aussi ouverte aux organisations, comme par exemple les organisations nationales pour l'étude des maladies sexuellement transmissibles. Les frais de membre pour les organisations s'élèvent à **200 EUROS tous les deux ans.**

Suggestions, Commentaires, Réactions ...

Vos suggestions et réactions au journal sont les bienvenues. Veuillez adresser vos commentaires à la

Secrétaire Administrative à l'adresse : iusti-africa@nicd.ac.za