

Dans ce numéro:

Message du Directeur Régional

Surveillance

- Gonorrhée résistante
aux Quinolones
(Kenya)

Directives

- la réunion de la
SADC (Zambie)

La recherche en Afrique

- La circoncision
(Afrique du Sud)
- l'Étude Partenaires
dans la prévention du
VHS/VIH

Conférences

- 2ième Conférence
internationale sur le
VIH (Botswana)
- 15ième CISMA
(Sénégal)
- 18ième ISSTD
(Royaume-Uni)
- 11ième Congrès
Mondial de l'IUSTI
(Afrique du Sud)

Formation

- le cours de RDT
(Tanzanie)
- le cours de mise à jour
sur les IST (Zimbabwe)

Informations sur l'adhésion

Message du Directeur Régional

Le présent bulletin du mois d'octobre de l'IUSTI-Afrique contient quelques rapports issus des conférences sur les IST/VIH et les sessions de formation organisées au cours des douze derniers mois dans la région Afrique. Il est réconfortant de constater que des événements de si grande qualité aient pu mobiliser autant de participants dans plusieurs pays africains, comme en témoignent les rapports émanant du Botswana, du Sénégal, de la Tanzanie et du Zimbabwe que nous vous présentons dans cette parution. La réunion de la Société Internationale sur le SIDA de l'année 2009 a également eu lieu en Afrique du Sud. En novembre, l'Afrique abritera pour la première fois depuis dix ans, la réunion de l'IUSTI. Les préparatifs sont en cours dans la perspective du 11ème Congrès mondial de l'IUSTI qui se veut un événement d'envergure internationale tant du point de vue de son contenu scientifique que de sa participation.



En plus des activités éducationnelles, il y a eu plusieurs importantes publications sur des recherches effectuées en Afrique. Nous citerons, entre autres, le communiqué de presse du mois de mai sur les principaux résultats de l'étude Partenaires pour la prévention de la transmission HSV/HVIH (dont une description plus détaillée vous est présentée ci-dessous), et la publication des résultats de l'essai clinique randomisé portant sur l'efficacité de l'acyclovir versus placebo en complément du traitement conventionnel antibactérien de l'ulcération génitale en Afrique du Sud (Gabriela Paw Ballery et al., Journal of infectious diseases). Ladite étude montre des avantages cliniques, en termes d'amélioration du traitement de l'ulcération, et des preuves de réduction de la période d'excrétion du VIH chez les patients souffrant d'ulcération génitale et placés sous acyclovir. Dans cette parution, Le Professeur Bertran Auvert présente un résumé des résultats enregistrés jusqu'ici dans le cadre de la promotion de la circoncision chez l'homme à Orange Farm, en Afrique du Sud. Le site de recherche d'Orange Farm est devenu un modèle pour la mise à l'échelle de la circoncision chez l'homme dans plusieurs pays africains et ce, en tant que moyen de réduire le risque d'infection au VIH.

Plusieurs pays africains ont déjà révisé ou envisagent de réviser leurs politiques nationales de la prise en charge syndromique de la gonorrhée et ce, à la lumière des cas documentés de prévalence accélérée et grandissante des infections dues à *Neisseria gonorrhoeae* résistant aux quinolones (QRNG). Nos parutions précédentes se sont focalisées sur une augmentation significative des cas de QRNG isolés en Afrique du Sud et dans la présente parution un rapport de surveillance au KENYA fait état d'un scénario similaire. A l'échelle mondiale, la question des infections dues à des gonocoques multirésistants aux antimicrobiens a été largement débattue lors d'une consultation technique en Zambie organisée par la Communauté de Développement de l'Afrique Australe (SADC). A cette occasion, les directives sur le traitement de ces infections à l'échelle régionale ont été élaborées et ce, en vue de définir un cadre de prise en charge et de prévention des IST.

Le bulletin de l'IUSTI-Afrique continue d'enregistrer du succès grâce à l'enthousiasme et la contribution de nos membres. Pour vous qui menez des recherches en Afrique ou comptez rédiger un article sur les questions d'IST/VIH dans un pays africain, veuillez envoyer vos contributions à Madame Aulette Goliath au iusti-africa@nicd.ac.za. Si vous n'êtes pas encore membre de l'IUSTI-Afrique, pensez adhérer à cette communauté qui ne cesse de s'élargir. La région Afrique a été la région de l'IUSTI qui a connu le plus de succès ces 2-3 dernières années en termes de croissance de nombre d'adhérents et elle s'est véritablement positionnée comme une région IUSTI fonctionnelle et dynamique à part entière. Quant à nos membres, veuillez bien encourager vos collègues travaillant dans le domaine des IST/VIH à se joindre à nous. Vous trouverez à la dernière page de cette parution de plus amples informations sur comment devenir membre de l'IUSTI-Afrique.

Je compte bien rencontrer certain(e)s d'entre vous à l'occasion du Congrès mondial de l'IUSTI qui se tiendra le mois prochain à Cape Town, en Afrique du Sud.

David Lewis

Le Temps de Changer le Traitement Antibiotique des Infections Gonococciques

Supriya Mehta ¹, Ian Maclean ², Allan Ronald ²,

J.O. Ndinya-Achola ³, Robert Bailey ¹ and Stephen Moses ²

¹Université de Chicago, Illinois (UIC), School of Public Health, USA

²Dept. Microbiologie médicale, Université du Manitoba, Canada

³Dept. De Microbiologie Médicale, Université de Nairobi, Kenya

En Afrique sub-saharienne, la prévalence de la gonorrhée chez les adultes est estimée à 2-3%, avec des taux d'incidence estimés à 58 cas pour 1000 hommes et 65 pour 1000 femmes [1]. Parmi ceux chez qui l'infection est correctement diagnostiquée, un traitement antibiotique approprié assure la guérison.

À la suite de l'émergence de la résistance médiée par les chromosomes de *N. gonorrhoeae* (NG) à la pénicilline et aux tétracyclines au début des années 1990, les fluoroquinolones sont devenus la thérapie recommandée pour le traitement de la gonococcie aux États-Unis. Dans les années 1980, l'augmentation de la résistance aux fluoroquinolones avait été détectée dans le Pacifique et les pays asiatiques, et s'était rapidement répandue aux États-Unis. Vers 2007, plus de 5% des isolats aux États-Unis étaient résistants aux fluoroquinolones, et depuis 2007, les « Centers for Disease Control and

Prevention » (CDC) ne recommandent plus les fluoroquinolones pour le traitement de la gonorrhée aux États-Unis [2]. Le CDC recommande actuellement la ceftriaxone 125 mg IM ou 400 mg de céfixime par voie orale pour le traitement de la gonorrhée non compliquée [2]. Le prix de gros de ces antibiotiques est de 2-5 fois supérieur à celui de la ciprofloxacine. Les incidences financières des régimes de traitement de substitution pour la gonorrhée sont importantes compte tenu de la charge de la maladie et des taux croissants de résistance aux antibiotiques. Le coût croissant des nouveaux antimicrobiens pourrait représenter une lourde charge financière dans les contextes de ressources limitées.

La prévalence et le type de résistance de la gonorrhée aux antibiotiques varient géographiquement. Par exemple, la résistance aux doses recommandées par CDC pour la ciprofloxacine et l'ofloxacine (les deux fluoroquinolones) dépasse 40% dans certains pays asiatiques [3], mais est inférieure à 5% en Australie et en Nouvelle-Zélande [1]. On soupçonne que la résistance aux fluoroquinolones en Afrique est faible, mais la collecte et l'analyse systématiques des données présentent des limites [1]. Cette information est essentielle pour un traitement approprié et pour interrompre la transmission. Au Kenya, les directives nationales pour le traitement du syndrome d'écoulement urétral comprennent le traitement avec une dose unique de ciprofloxacine ou norfloxacine, plus 7 jours de doxycycline.

Objectif et méthodes

Nous avons mesuré la prévalence de la résistance aux quinolones chez les hommes fréquentant une clinique d'IST à Kisumu, au Kenya sur une période de 4 mois. Pour l'isolement de *N. gonorrhoeae*, des prélèvements urétraux ont été



De gauche à droite:
Lawrence Agunda, Edith Nyagaya, Prof. J.O. Ndinya-Achola et Ruth Murugi
au laboratoire à Kisumu, Kenya

inoculés directement sur gélose chocolat. Les boîtes de culture inoculées ont été incubées à 35 ° C dans une atmosphère humide contenant 5% de CO₂ pendant 24 à 48 heures. La sensibilité aux antibiotiques a été déterminée pour le céfixime, le ceftriaxone, la ciprofloxacine, la norfloxacine, et l'azithromycine en utilisant la méthode de diffusion de disques antibiotiques qui est une méthode appropriée pour le laboratoire de Kisumu. Pour la norfloxacine, des disques d'antibiotique de 10 microgrammes ont été utilisés. Les zones d'inhibition ont été mesurées et les valeurs de sensibilité et de résistance interprétées en fonction de critères recommandés dans les notices insérées dans les emballages. Un sous-ensemble de 19 isolats choisis pour représenter à la fois les isolats sensibles et ceux résistants à la norfloxacine ont également été testés par la méthode de dilution en gélose (qui exige un niveau d'expertise plus élevé que celui offert à Kisumu) au Laboratoire national de microbiologie à Winnipeg, Canada. Cela a été fait pour évaluer de manière indépendante l'existence d'une résistance en utilisant une méthodologie rigoureuse, plutôt que de valider la méthode de diffusion du disque.

Résultats

Du 18 Mars au 27 Juillet 2009, il y a eu 412 visites de clients masculins, et chez 103 (25%) des prélèvements urétraux ont été obtenus et cultivés pour le NG. Les prélèvements urétraux ont été obtenus chez des hommes qui se plaignaient d'écoulement urétral ou chez qui un écoulement urétral avait été retrouvé à l'examen. Parmi les 103 hommes testés pour le NG, 90 (87%) étaient positifs. La prévalence de la sensibilité à la norfloxacine a été analysée parmi ces 90 hommes en utilisant la méthode de diffusion du disque.

	Résultats de la sensibilité aux antibiotiques	
	Sensible, n (%)	Résistant, n (%)
Norfloxacine	76 (84,4)	14 (15,6)

Globalement, la prévalence de la résistance à la norfloxacine était de 15,6% [intervalle de confiance à 95% : 8,8-24,7%]. Le test de dilution en gélose des 19 isolats a montré 8 isolats sensibles avec une concentration minimale inhibitrice (CMI) de 0,004 mg / ml, et 11 isolats résistants avec une CMI de 2,0-4,0 mg / ml. Tous les isolats étaient sensibles au céfixime, au ceftriaxone et à l'azithromycine, à la fois par la méthode de diffusion du disque et par celle de dilution en gélose.

Discussion

Nous avons constaté une forte prévalence de la résistance aux quinolones chez les hommes ayant une culture positive pour le *Neisseria gonorrhoeae* et ayant fréquenté notre clinique des IST à Kisumu, au Kenya, entre Mars et Juillet 2009. Globalement, 15% de tous les isolats étaient résistants. Ces résultats confirment l'existence de la résistance aux quinolones dans l'ouest du Kenya, et suggèrent que la prévalence pourrait être supérieure au niveau acceptable (5%, selon les CDC [1]) pour la poursuite du traitement avec la ciprofloxacine ou la norfloxacine.

Il est probable que les niveaux de résistance du NG soient semblables dans d'autres régions du Kenya, mais ces résultats doivent être confirmés par une surveillance élargie à d'autres districts du Kenya. S'ils se confirment, alors il serait souhaitable de modifier les directives de traitement de *N. gonorrhoeae*, et pour la prise en charge de l'écoulement urétral.

Citations

- 1 Tapsall J. Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae*. World Health Organization 2001. From http://www.who.int/drugresistance/Antimicrobial_resistance_in_Neisseria_gonorrhoeae.pdf. Accessed on December 15, 2008.
- 2 Centers for Disease Control and Prevention. Update to CDC's *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006*: Fluoroquinolones No Longer Recommended for Treatment of Gonococcal Infections. *MMWR* 2007;56(14):332-336.
- 3 World Health Organization (WHO) Western Pacific Region Gonococcal Antimicrobial Susceptibility Programme (GASP) Report- 2000. *Commun Dis Intell* 2001; 25:274-277.

**Nous tenons à souligner la contribution des personnes suivantes, qui sont dans le laboratoire à Kisumu, Kenya:
Edith Nyagaya, Ruth Murugu et Lawrence Agunda.**

Le document-cadre de la SADC sur les infections sexuellement transmissibles

Professeur David Lewis, Directeur régional de l'IUSTI-Afrique

En 2006, le Secrétariat de la Communauté de Développement de l'Afrique Australe, la SADC, a élaboré un projet de cadre, directives, normes et standards pour la prévention et la prise en charge des IST en vue d'aider à coordonner sa réponse régionale. Le document initial a été élaboré avec la contribution d'un consultant et sur la base des expériences des quatre pays impliqués dans les initiatives transfrontalières financées par le projet *SADC/DFID* IST/VIH et SIDA, à savoir le Botswana, le Lesotho, la Namibie et le Swaziland. La finalisation et l'approbation du cadre ont coïncidé avec la fin du Programme *SADC/DFID*, d'où le manque de fonds nécessaires à la touche finale et à la dissémination du produit fini.

De nouveaux fonds mobilisés à travers le *African Development Support for Communicable Diseases* ont été récemment mis à disposition en vue de la finalisation et de la dissémination dudit cadre. Au vu des récentes évolutions en matière de prévention du VIH (la circoncision chez l'homme), de l'appréhension grandissante de l'importance des Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes (*MSM*) en termes de l'épidémie VIH à travers les rapports hétérosexuels, la prévalence accrue de la résistance des gonocoques aux antimicrobiens, et le fait que les quinolones, tels que la Ciprofloxacine, ne servent plus de traitement efficace des infections gonococciques, il s'est avéré nécessaire d'examiner et de réviser le projet de cadre existant.

Ainsi, une réunion technique ad' hoc d'étude du projet du cadre régional de la SADC sur les IST s'est tenue du 22 au 25 septembre 2009 à Livingstone, en Zambie. La réunion a connu la participation des représentants du Botswana, du Lesotho, du Malawi, de la Namibie, des Seychelles, de la Tanzanie, de la Zambie et du Zimbabwe. Etaient également présents le Consultant Dr Swati Sadaphal des Etats-Unis, des conseillers techniques de l'Institut National des maladies transmissibles du Laboratoire National de Santé (le Directeur Régional de l'IUSTI-Afrique, Afrique du Sud), le Docteur Voahirana Rajoela (Madagascar) de *Population Services International*, le Chargé des IST au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, le Docteur Benoît Soro, et les membres du secrétariat de la SADC. L'équipe technique se réunira de nouveau en Décembre pour examiner et réviser le cadre qui sera produit par le consultant et il est prévu que ce cadre soit disséminé dans le premier semestre de l'année 2010.



L'équipe technique et le personnel du Secrétariat de la SADC.

Le projet Bophelo Pele de circoncision des hommes dans la Ferme d'Orange en Afrique du Sud

Professeur Bertrand Auvert ANRS (France)

La Ferme d'Orange est une zone semi urbaine de 25Km² au sud de Johannesburg (Afrique du Sud). La Ferme d'Orange a une population d'environ 150 000 habitants. Le projet BOPHELO Pele financé par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS, France) vise à offrir une libre et saine circoncision masculine aux hommes adultes de cette communauté.

Ce projet a commencé après une mobilisation communautaire initiale en 2007. L'information générale sur la circoncision masculine est rapportée aux hommes et femmes résidents de la Ferme d'Orange au moyen des annonces de radio locale, la distribution de brochures à chaque foyer et à chaque réunion communautaire. Des hommes désireux de subir la circoncision de même que les femmes sont accueillies dans des centres de sensibilisation situés dans toutes les communautés où ils reçoivent des conseils sur la réduction du risque, des informations détaillées sur la circoncision masculine et on leur offre un dépistage du VIH utilisant des tests de dépistage rapides et un immédiat compte de CD4 s'ils sont testés positifs pour l'infection à VIH.



Les hommes sont circoncis au moins trois jours après les conseils au sein du centre de circoncision masculine de Bophelo Pele situé dans la municipalité. Des traitements d'IST symptomatiques sont donnés si c'est nécessaire. La circoncision est faite dans une salle équipée de sept lits séparés par des rideaux. Le coût a été réduit à 300 ZAR par circoncision en utilisant la méthode de circoncision guidée par le forceps avec une trousse de matériel chirurgical jetable, l'électrocautère mono polaire et en optimisant l'usage du personnel. Une équipe chirurgicale est composée d'un chirurgien pour appliquer le forceps, couper les prépuces, contrôler le saignement et superviser le personnel, de même que cinq infirmières pour gérer l'anesthésie locale et assister pendant la chirurgie et réaliser la suture.

Avec la composition de cette équipe six à dix circoncisions masculines peuvent être faites par heure avec un temps chirurgical moyen de sept minutes et demie par circoncision masculine et un temps de procédure total de 20 minutes. Après la chirurgie, les participants reçoivent des instructions orales et écrites post opératoires. Les visites de suivi sont effectuées dans une chambre privée au centre chirurgical aux deuxième et septième jours après la chirurgie. Les participants qui ont raté une visite de suivi reçoivent des rappels téléphoniques. Les demandes des patients pour la circoncision masculine vont de 30 à 100 par jour.



Le centre de circoncision masculine de Bophelo Pele dans la ferme d'orange

Après plus de 7000 circoncisions masculines, aucun décès, ni aucune blessure permanente dû aux événements défavorables n'est noté. Cependant 8 (0.14 %) des participants ont été hospitalisés pour des effets secondaires. Le taux de complications total, y compris les complications mineures telles que douleur, saignement, infection locale et enflure a été de 2,7 %. Un contrôle de qualité externe, utilisant le jeu d'outils d'évaluation de qualité de l'OMS est organisé régulièrement.

Le projet de Bophelo Pele est conçu pour être un modèle sain et rentable pour lancer la chirurgie à grande échelle comme une intervention de santé publique dans un environnement semi-urbain où un volume élevé de chirurgie est demandé. Ce projet démontre que la mise en oeuvre de la circoncision chez l'adulte peut être faite de manière saine et non onéreuse selon les recommandations internationales.



Le pavillon chirurgical au centre de circoncision masculine de Bophelo Pele

L'essai «Partenaires dans la prévention de la Transmission du HSV/VIH»

Professeur David Levis, Directeur régional d'IUSTI- Afrique

Les résultats de l'essai « Partenaires dans la prévention de la transmission de HSV/VIH » ont été publiés dans une publication de presse de l'Université de Washington le 08 Mai 2009. Cet important essai conduit par une équipe de chercheurs de l'Université de Washington à Seattle et financé par la fondation Bill et Melinda Gates a été réalisé sur 14 sites d'essai clinique répartis dans sept pays africains qui sont : Botswana, Kenya, Rwanda, Afrique du Sud, Tanzanie, Uganda et Zambie. Environ 50 000 couples étaient dépistés pour recruter les 3408 couples discordants pour l'étude. Cette étude qui débuta le recrutement en Novembre 2004 pour terminer le suivi en Octobre 2008 est particulièrement pertinente pour l'Afrique où la majorité de nouvelles infections de SIDA se passent parmi les couples hétérosexuels séro-discordants.

La plupart des patients infectés par le VIH à travers les rapports sexuels ont aussi l'infection à HSV2 ce dernier survenant typiquement avant l'infection par le VIH. HSV2 reste dans le corps comme une infection latente dans le ganglion de la racine dorsale et les particules infectieuses du HSV2 sont excrétées par intermittence par plusieurs individus infectés, souvent sans vésicules ou ulcération cliniques. De nombreuses études ont mis en relief la forte association entre l'infection génitale du HSV2 et l'infection au VIH, soi-disant « synergie épidémiologique ». Des études antérieures ont montré l'efficacité du traitement suppressif par l'acyclovir réduisant l'excrétion du HSV2 et du HIV au niveau du tractus génital. Les études antérieures n'ont cependant pas mesuré si cette réduction dans la prolifération du VIH dans l'appareil génital impliquera une réduction de la transmission du VIH, d'où l'intérêt de l'étude « partenaires dans la prévention de transmission du HSV/VIH ». L'objectif de cet essai clinique randomisé contrôlé utilisant un placebo, était de déterminer si l'acyclovir donné en traitement suppressif aux patients co-infectés par VIH-HSV2 diminuerait la transmission du HIV aux partenaires sexuels non-infectés en comparaison du placebo.

Un total de 3408 patients co-infectés par le VIH et le HSV avec des partenaires sexuels réguliers séronégatifs au VIH reçoivent quotidiennement des traitements avec soit acyclovir (400 mg deux fois par jour) soit le placebo. La thérapie suppressive d'acyclovir réduisait la fréquence des ulcères génitaux de 73% et la charge virale moyenne plasmatique du VIH de 40% comparé au groupe placebo. Cependant ces effets n'étaient pas suffisants pour réduire le risque de transmission du VIH. Dans l'analyse primaire de transmissions du VIH déterminées par les tests de laboratoire comme étant produites au sein du couple et non acquises d'un partenaire extérieur, il n'y avait pas une différence significative dans le nombre de transmissions dans le bras d'acyclovir comparé aux participants recevant le placebo. L'étude a cependant montré un grand avantage de l'acyclovir ralentissant la progression de la maladie du VIH de 17% comparé au placebo.

Dans cette analyse, la progression de la maladie était mesurée par la réduction du compte du CD4 à moins de 200, la mise sous thérapie antirétrovirale ou le décès. L'usage d'acyclovir suppressif pourra donc être une stratégie utile pour prolonger le temps où les individus infectés par le VIH peuvent rester sans ARVs.

Les résultats de cet essai qui manqua de montrer un avantage de la thérapie de l'acyclovir suppressif en termes de transmission du VIH à un partenaire séronégatif, suivent d'autres essais cliniques récemment publiés en Afrique et dans d'autres parties du monde, qui manquèrent de montrer un avantage protecteur contre l'acquisition du VIH chez des femmes et des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) séronégatifs et porteurs de HSV2. Une analyse additionnelle des données de ces essais cliniques randomisés s'avère nécessaire pour essayer de comprendre les résultats à la lumière de la solide preuve épidémiologique pour un rôle de cofacteur du HSV2 dans la transmission du VIH.



Site de conseils aux couples, dans le cadre de l'essai « Partenaires dans la Prévention de la transmission du VHS/VIH »



Technicien de laboratoire traitant des prélèvements sanguins dans le cadre de l'essai

Les informations dans cet article sont rendues disponibles dans la publication de Presse de l'Université de Washington le 08 Mai 2009. Pour d'autres informations de media, contactez Clare Hagerty clareh@u.washington.edu ou Mary Guiden mguiden@u.washington.edu à l'Université de Washington aux USA.

La 2^{ème} Conférence internationale du Botswana sur le VIH

Dr. Victoria Nakimbugwe

Du 17 au 20 Septembre 2008, la Société botswanaise des cliniciens du VIH a accueilli la 2^{ème} Conférence internationale de Botswana sur le VIH, sur le thème "**Audacieuses nouvelles mesures**", au Centre de Convention International de Gaborone à Grand Palm Hotel. La Conférence a présenté un riche programme visant un large éventail de sujets de grande applicabilité pour tous les services dans le domaine du VIH. La Conférence a été officiellement ouverte par le vice-président Botswanais le lieutenant général Mompoti Merafhe, qui a réaffirmé l'engagement du gouvernement du Botswana à lutter contre le VIH/SIDA. Son Excellence Monsieur Festus Mogae, l'ancien président du Botswana, a accepté le statut de membre honoraire à vie de la Société Sud-africaine des cliniciens du VIH (organe de tutelle de la Société Botswanaise des cliniciens du VIH) en reconnaissance de ses efforts exceptionnels à la lutte contre le VIH au cours de son mandat. La Conférence a mis en vedette un nombre d'experts de renommées locale et internationale dans le domaine et qui ont partagé des informations récentes et pertinentes avec les délégués de la conférence, venus de plusieurs pays d'Afrique, y compris le Botswana, le Lesotho, le Mozambique, la Namibie, l'Afrique du Sud, la Zambie et le Zimbabwe.

Résumé du Symposium de la Conférence sur les stratégies de prévention du VIH

Dr. Max Essex, du partenariat Botswana-Harvard, a discuté le rôle des antirétroviraux (ARV) en matière de prévention de la transmission du VIH et a conclu qu'étant donné la prévalence disproportionnellement élevée du VIH-1 C en Afrique du Sud et les résultats décevants, à ce jour, avec les diverses mesures préventives biomédicales, y compris les vaccins et les microbicides, il serait logique d'exploiter les agents à base des ARVs pour la prévention de la transmission à haute charge virale (PHVLT) au niveau de la communauté dans cette zone.

Dr. Thomas Rehle, du Human Sciences Research Council en Afrique du Sud a présenté les avancées dans la surveillance du VIH en mettant l'accent sur les moyens de mesurer l'impact des programmes de prévention du VIH et a conclu que, parce que les mesures d'incidence sont généralement plus fiables que les estimations de prévalence pour l'évaluation de la dynamique actuelle de la transmission du VIH et de l'impact des programmes de prévention du VIH, alors les estimations d'incidence du VIH basées sur le laboratoire et à partir d'enquêtes transversales représentatives constituent la méthode de choix pour la surveillance nationale d'incidence du VIH et cette analyse d'incidence de VIH basée sur le dosage devra tenir compte des erreurs de classification liées aux ARVs.

Dr. Daniel Halperin, de Harvard University School of Public Health, s'est exprimé sur les nouvelles orientations dans la prévention du VIH, citant les preuves obtenues de nombreux essais randomisés et études d'observation faits en Afrique. Il a souligné que davantage de données sont requises pour les stratégies/interventions qui pourraient avoir un impact en prévention, au niveau populationnel, y compris le marketing social du préservatif ciblant les jeunes ou la population générale, le VCT et son impact sur le changement de comportement aussi bien parmi ceux qui ont eu un test positif que ceux qui en ont un négatif, les programmes basés sur l'abstinence chez les jeunes, l'introduction de services sécuritaires et abordables pour la circoncision masculine et des activités améliorées de suivi et d'évaluation de façon à ce que nous puissions mesurer adéquatement l'impact des nouvelles initiatives majeures. Il a rejeté l'utilité, en termes de prévention au niveau de la population, de la promotion du préservatif pour les partenariats réguliers, surtout chez les couples mariés et de la prise en charge syndromique (traitement antibiotique présomptif) de l'écoulement vaginal.

Dr. John Krieger, de l'Université de Washington, a présenté des preuves convaincantes que la circoncision masculine sécuritaire a un rôle dans le contrôle de l'épidémie de VIH, et ceci à travers un examen systématique de la recherche existante sur le sujet et a conclu que c'est une approche qui s'applique aujourd'hui et a lancé un appel pour la mise en œuvre technique réfléchie de l'intervention, en particulier du fait que son impact va au-delà du VIH seul, qu'il n'est pas trop hautement technique, et que l'habileté est transférable avec une bonne formation. Dr. Ali Salim Ali a brièvement mis en exergue les progrès du Botswana avec le plan d'adopter la circoncision masculine sécuritaire comme une stratégie supplémentaire pour la prévention du VIH et d'avoir déployé une campagne nationale d'ici 2012.

Professeur Leickness Simbayi du « Human Sciences Research Council » en Afrique du Sud, a exploré la prévention positive dans laquelle les personnes vivant avec le VIH et le SIDA devraient être ciblées pour la prévention du VIH en référence à l'expérience qu'ils ont eue sur les aspects sociaux du VIH/SIDA et le programme de recherche en santé. Il a conclu que des interventions comportementales basées sur la théorie peuvent réduire les risques de transmission chez les adultes infectés par le VIH, que les relations saines et des options pour la santé se sont révélées utiles et hautement adaptatives, que la population grandissante des personnes vivant et s'épanouissant avec le VIH exige l'expansion des services de prévention positive, que la prévention positive devrait faire partie d'une stratégie globale de prévention du VIH.

Le professeur David A. Lewis, de l'Institut national de maladies transmissibles en Afrique du Sud et directeur régional de l'Afrique pour l'IUSTI, a discuté d'une meilleure prise en charge des IST, évoquant spécifiquement les approches stratégiques et les défis actuels en matière de prévention du VIH/SIDA. Il a détaillé la relation intime entre le VIH et



La 2^{ème} Conférence Internationale de Botswana sur le VIH

programme de prévention et soins du VIH.

Mme Christine Stegling, directrice du réseau du Botswana sur l'éthique, la législation et la lutte contre le SIDA (BONELA) a discuté l'éthique de divers aspects de la prévention, mettant à l'avant-scène la boucle de trous existant dans le système du Botswana (concernant entre autres, le VIH et la discrimination) et présentant certaines des activités récentes de l'organisation.

Mme Alla Tshetsanyana Moyo, du FNUAP, a discuté le lien de cause/effet entre la violence basée sur le genre (VBG) – une réelle préoccupation de santé publique - et le VIH, décrivant, comme elle l'a si bien fait, les sous-populations à risque élevé, ainsi que des interventions pratiques qui pourraient être mises en place pour adresser la VBG. Elle a mis à jour les connaissances de l'audience sur le progrès que le Botswana a fait sur ce front à ce jour grâce à une réponse multisectorielle et ceci inclut ; l'amélioration des efforts en matière de préventions primaire, secondaire et tertiaire, le passage de la législation avec la Loi sur la violence familiale, l'élaboration d'un cadre de politique de GBV pour le secteur de santé et l'offre d'appuis psycho-sociaux et de protection aux victimes/survivants.

Dr. Mark Wainberg, du Centre de SIDA de l'Université McGill au Canada, a discuté les résultats décevants que la recherche sur les microbicides a générés à ce jour et ensuite abordé des perspectives d'avenir. Il a évoqué la possibilité d'utiliser des ARV topiques, spécifiquement les inhibiteurs de RT (p. ex. ténofovir gel, TMC-120) et inhibiteurs d'intégrase pour la prévention et laisse l'auditoire avec la réflexion qu'alors que ceux-ci pourraient être efficaces, il pourrait y avoir des répercussions pouvant aller jusqu'à la résistance, au cas où la transmission se produirait.

M. Richard Matlhare, du National AIDS Coordinating Agency (NACA) du Botswana, a ciblé la pratique aussi bien par des hommes que des femmes d'entretenir des relations sexuelles multiples et simultanées avec faible constance dans l'utilisation du préservatif et dans le contexte de faibles niveaux de circoncision masculine, comme un facteur clé de l'épidémie au Botswana. Il a délimité plusieurs facteurs qui ont facilité la pratique et a fait remarquer que NACA s'engage à y accorder la priorité dans le cadre du paquet minimal de prévention qui inclut le dépistage du VIH et les conseils, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, la prévention des infections transmises par le sang, la prise en charge des IST et la prévention de la transmission sexuelle du VIH.

Mme Yasmin Halima, consultante auprès de AIDS Vaccine Advocacy Coalition (AVAC) a abordé le sujet controversé de prophylaxie pré-exposition (PrEP) discutant les défis qui ont été rencontrés dans la recherche, la politique et la mise en œuvre de cet outil potentiel de prévention. Elle a souligné les progrès connus dans la recherche sur la PrEP, a fait une mise à jour sur les essais cliniques et souligné les limites des recherches actuelles, a rappelé le défi de la traduction des résultats des essais et discuté de la politique de profil, la sensibilisation et l'investissement dans la PrEP. Enfin, elle a soulevé un problème par rapport au PrEP, fondé sur le fait qu'en 2006, seulement 31 % de ceux qui ont besoin de traitement dans le monde le reçoivent et environ six nouveaux individus deviennent infectés par le VIH pour chaque personne démarrant les ARV hautement actifs (HAART).

Il s'agit d'une version abrégée du rapport de conférence mis sur le Web et préparé par Dr. Victoria Nakimbugwe, ex-secrétaire de la Société Sud-Africaine des Cliniciens du VIH. Le rapport officiel intégral du Dr. Nakimbugwe est disponible au <http://www.botshiv.org.bw/conference.php>

Conférences: Sénégal



15ème Conférence internationale sur le SIDA et les Maladies Sexuellement Transmissibles en Afrique (CISMA)

Professeur David Lewis, Directeur régional de l'IUSTI-Afrique

La 15e Conférence Internationale sur le SIDA et les MST en Afrique (CISMA) a eu lieu au Sénégal, dans la capitale Dakar, du 3 au 7 Décembre 2008, sous la présidence du Professeur Souleymane Mboup. Cela s'est avéré être l'une des plus grandes conférences jamais tenues en Afrique, avec environ 10.000 délégués. Le thème de la 15ème CISMA a été « Réponse de l'Afrique: Faire face aux faits ». Son Excellence le Président Abdoulaye Wade, a présidé la cérémonie d'ouverture, à laquelle Angélique Kidjo et Youssou Ndour ont chanté la chanson officielle de CISMA 2008. Le président Wade a fait remarquer que la réponse au VIH doit reposer sur les trois piliers à savoir la prévention, le traitement et la recherche. Il a souligné les efforts antérieurs faits au Sénégal pour lutter contre le VIH / SIDA depuis 1986, y compris les campagnes de prévention et la fourniture gratuite de médicaments antirétroviraux (ARV), dès 1998, rendant le Sénégal l'un des premiers pays africains à offrir des ARV. Professeur Mboup a déclaré que la conférence sera marquée en particulier par l'intégration de trois programmes: le leadership, la communauté



Danseuses sénégalaises, dehors sur la place de la conférence, le jour de l'ouverture



L'auditorium principal de la 15ème CISMA

et le scientifique - et cet objectif a été atteint. Il y a eu 250 séances, sous la forme de sessions plénières, sessions parallèles, des ateliers de renforcement des compétences, des séances non fondées sur des abstracts ainsi que des sessions spéciales. Le site de la conférence constituait un village où des responsables politiques, religieux et traditionnels, des scientifiques et des membres de la communauté pourraient se rassembler pour échanger des connaissances. Afin de se préparer à une telle grande conférence, un comité de pilotage international et fort de 72 membres a été constitué et s'est réuni à plusieurs reprises dans les deux ans ayant précédé la conférence. IUSTI-Afrique était représentée à ce comité de pilotage par son directeur régional.

Le Dr Peter Piot, ancien directeur exécutif d'ONUSIDA, a examiné l'histoire du SIDA en Afrique, soulignant le fait que les nouveaux dirigeants politiques et l'activisme de la société civile ont récemment contribué à supprimer le silence et le déni qui entourent l'épidémie dans les années 1980 et début 1990. Dans certains pays africains, cela a donné lieu à moins de nouvelles personnes infectées par le VIH et moins de décès. Il y a eu plusieurs réunions et manifestations dans les 25 dernières années, en lien avec l'histoire du VIH / SIDA sur le continent, tels que la Déclaration d'Abuja sur le VIH en 2001, la création de l'Initiative d'accès aux médicaments et le lancement du premier Programme national africain de traitement du SIDA au Botswana. La recherche scientifique de

haute qualité, menée en Afrique, a apporté une importante contribution à l'effort mondial contre le SIDA. Les exemples de tels résultats de recherche sont les découvertes du VIH-2 et du virus de l'immunodéficience simienne, l'hétérogénéité génétique du VIH, les mécanismes et la prévention de la transmission hétérosexuelle et périnatale, l'utilisation de co-trimoxazole pour traiter et prévenir les infections opportunistes chez les personnes immunodéprimées et les avantages maintenant prouvés de la circoncision dans la réduction de la transmission du VIH. Il reste encore plusieurs défis majeurs, comme l'a souligné le Dr Piot, qui comprennent la maintenance de l'engagement politique et des financements, l'extension de la couverture de l'accès aux traitements antirétroviraux, l'intensification de la prévention du VIH, l'augmentation des capacités technique et communautaire et la liaison de la riposte au SIDA avec d'autres efforts de santé publique et de développement.

Plusieurs des Premières Dames d'Afrique se sont réunies à la 15ème CISMA pour apporter leur soutien aux efforts de prévention et de traitement du VIH, y compris Mme Lobbo Traoré Touré (Mali), Mme Jeannette Kagame (Rwanda) et Son Altesse Royale, la Princesse Lalla Salma (Maroc). Les Premières Dames ont partagé leurs expériences de la riposte au VIH par le biais des organisations régionales telles que l'Organisation des Premières Dames d'Afrique contre le SIDA (OPDAS) et Synergies Africaines, ainsi que dans leurs propres pays par le biais des organisations nationales. En 2007, l'OPDAS a lancé la campagne «Save the Unborn Child» (Sauver l'enfant non encore né) des Premières Dames dans les 50 pays membres de l'OPDAS. Cette campagne met l'accent sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. La prévention de nouvelles infections parmi les jeunes, et la protection des enfants touchés par le VIH contre la stigmatisation étaient les objectifs de la campagne «Traiter chaque enfant comme le sien» lancée par l'OPDAS en 2005. Professeur Souleymane Mboup, a présenté la Princesse Lalla Salma, épouse du roi Mohammed VI du Maroc, avec le prix de la 15ème CISMA 2008, en reconnaissance de son engagement dans la lutte contre le SIDA.

Un domaine de recherche émergent concerne les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH). Plusieurs études concernant les HSH, y compris celles de l'Afrique du Sud, du Malawi et du Nigeria ont été présentées. Ces présentations ont souligné le risque accru des personnes HSH par rapport aux IST / VIH, avec comme preuve la prévalence élevée du VIH par rapport aux «populations de base», et le rôle de passerelle que jouent les hommes bisexuels entre les hétérosexuels et la communauté des HSH grâce à des partenariats simultanés avec les individus des deux sexes. L'homosexualité reste passible d'emprisonnement dans de nombreux pays africains, et de peine de mort dans

quelques-uns. La criminalisation de l'orientation sexuelle vers les HSH conduit au fait que les intéressés prennent des risques plus élevés dans leurs relations sexuelles et aboutit à de faibles renseignements locaux sur l'épidémie du VIH. La vie des africains HSH est caractérisée par le déni, la violence et la stigmatisation. Les programmes de VIH dans de nombreux pays restent fortement centrés sur les hétérosexuels et les femmes et une plus grande reconnaissance des HSH comme groupe à risque est nécessaire.

L'IUSTI-Afrique a également été représentée à la 15ème CISMA pour la première fois avec un stand, qui a été animé par Mme Aulette Goliath, secrétaire d'administration de l'organisation, avec l'aide de deux employés du Centre de référence des IST (Sr. Martha Sello et M. Frans Radebe) et du directeur régional de l'IUSTI. Plus de 100 nouveaux membres ont été recrutés pour



Recrutement de nouveaux membres au niveau du stand de l'IUSTI-Afrique

l'IUSTI-Afrique. Nos félicitations vont au professeur Mboup et son équipe pour avoir fait de cette conférence un tel succès.

Remerciements: Cet article a été rendu possible grâce à l'information disponible sur le site de la 15ème CISMA.

18^{ème} réunion de la Société Internationale pour la Recherche sur les MST (International Society for STD Research (ISSTD))

Professeur David Lewis, Directeur régional de l'IUSTI-Afrique

La 18^e réunion de l'International Society for STD Research (ISSTD) s'est tenue à Londres du 28 Juin au 1^{er} Juillet 2009, sous la présidence du professeur Catherine Ison (Londres, UK). La réunion a été organisée en association avec l'Association britannique pour la santé sexuelle et le VIH. La réunion a eu lieu dans le Centre de Conférence de Queen Elizabeth II, à quelques



La Chambre du Parlement à Londres

centaines de mètres du Palais du Parlement. Les réunions de l'ISSTD se sont tenues régulièrement au cours des 30 dernières années, pour la plupart tous les deux ans, et sont devenues le plus important forum pour la présentation et la discussion des découvertes récentes dans ce domaine. L'aspect le plus réussi de ces réunions a été leur capacité à attirer des scientifiques de la santé à partir d'un éventail de disciplines, dont des cliniciens, des épidémiologistes, des microbiologistes et des spécialistes des sciences sociales et à promouvoir le réseautage. L'ISSTD a toujours encouragé les jeunes scientifiques dans le domaine et ceci sera d'une attention particulière au cours de cette réunion. À cet égard, la réunion de Londres a été très réussie, attirant quelques 1400 délégués de partout dans le monde.

Le thème de la réunion de Londres était « Analyser l'horizon » et le programme a cinq volets, à savoir la biologie et la détection (science fondamentale et de diagnostic), le traitement et les soins, la dynamique de transmission, les interventions dans la population et un cinquième volet transversal, couvrant les

questions d'actualité. Il y avait des symposiums satellites sur la pathogénèse de l'*Haemophilus ducreyi* (chancre mou), le rôle des propriétés émergentes et des tendances structurelles dans l'épidémiologie et la prévention de la maladie, les nouveaux tests de diagnostic des IST/ VIH, la syphilis congénitale, le film « En sécurité dans la ville » (une vidéo pour intervention en salle d'attente des patients atteints d'IST), le projet Shaz qui se concentre sur la vie économique et la prévention des IST / VIH pour les filles orphelines au Zimbabwe, la vaccination contre le Papillomavirus humain, le contrôle des Chlamydia, l'essai randomisé communautaire urbain



Precious Magooa (Afrique du Sud) a parlé de la détection moléculaire des gonocoques résistants aux quinolones

au Pérou dénommé PREVEN et enfin un colloque sur les soins du VIH.

Dans le cadre du programme scientifique principal, il y a eu plusieurs présentations orales de pays d'Afrique, dont le Bénin, le Kenya, le Malawi, l'Afrique du Sud, la Tanzanie et le Zimbabwe. Plusieurs présentations orales ont été faites par les délégués africains, dont Mme Precious Magooa, de Johannesburg, qui a présenté une analyse moléculaire des gonocoques résistants aux quinolones isolées en Afrique du Sud et le Dr Mapanje, de Lilongwe, qui a présenté des



Dr. C. Mapanje (Malawi) a évoqué l'efficacité continue de la gentamicine pour le traitement de la gonorrhée

données importantes sur la susceptibilité continue des souches de *Neisseria gonorrhoeae* à la gentamicine, en dépit de 14 années de son utilisation continue comme traitement de première ligne dans le secteur public des soins de santé du Malawi pour le traitement présomptif de la gonorrhée. La prévalence croissante de gonorrhées résistantes à plusieurs médicaments a été un thème majeur lors de la réunion, et le Directeur régional de l'IUSTI-Afrique a donné une séance plénière sur ce sujet le dernier jour.

Mise à jour sur le prochain 11^e Congrès mondial de l'IUSTI

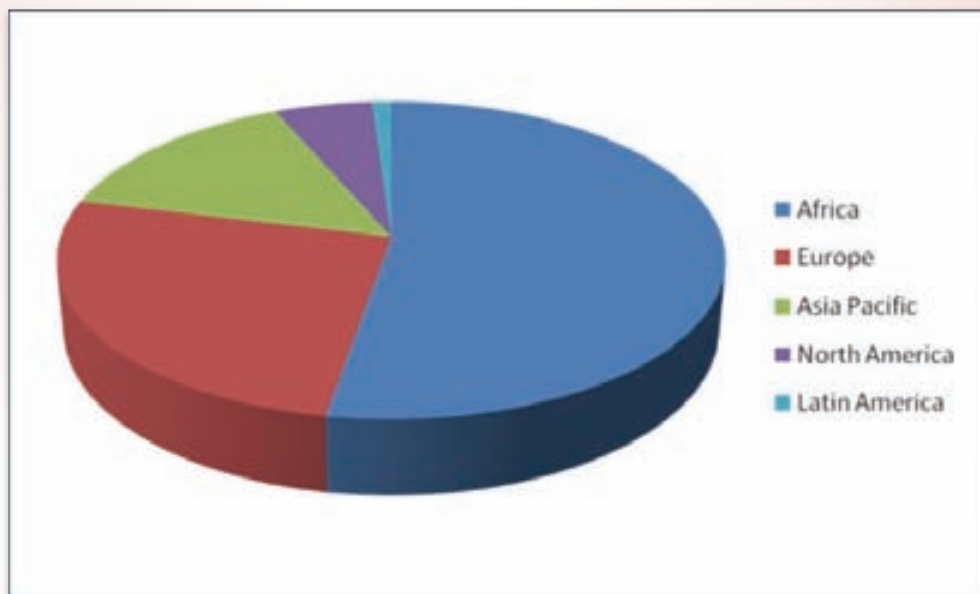


David Lewis, Directeur régional de l'IUSTI-Afrique

Le 11^{ème} Congrès mondial de l'IUSTI aura lieu à Cape Town en Afrique du Sud du 9 au 12 Novembre 2009. C'est la première rencontre en Afrique depuis 10 ans et sera axée aussi bien sur les ISTs traditionnelles que sur le VIH aux plans clinique, santé publique, comportemental et laboratoire. La conférence s'annonce très populaire et les inscriptions sont maintenant clôturées. Approximativement 320 délégués sont attendus à cette rencontre qui se tiendra à Waterfront à Cape Town dans les bâtiments de Nedbank (Ex- Comité des directeurs).

Le jour de l'ouverture, la branche nord-américaine de l'IUSTI offrira gracieusement un cours d'une demi-journée sur les ISTs/VIH avec cinq scientifiques Américains de renommée internationale qui présenteront une variété de sujets. Le cours a été organisé par Dr Charlotte Gaydos, la Directrice Régionale de l'Amérique du Nord. Trois symposiums satellites suivront ceci et sont organisés et supportés par Abbott Molecular, Siemens Healthcare Diagnostics et l'Agence canadienne de santé publique. Les trois symposiums couvriront les défis et les 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.

La cérémonie d'ouverture aura lieu en fin d'après-midi et en cette occasion le Dr Francis N'dowa (OMS) discutera le fardeau mondial des ISTs, suivi par la conférence inaugurale qui sera donnée par le Professeur David Mabey de la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Professor Mabey discutera ce que nous avons appris de la recherche sur les ISTs/VIH en Afrique.



Ci-dessus: Distribution des présentations orales libres et affiches par région de l'IUSTI (N = 184)

Au cours des 3 jours restant du congrès, il y aura 7 sessions plénières, 44 présentations symposiales regroupées dans 13 symposiums à thèmes, 48 présentations orales et 139 affiches. Parmi les 184 présentations orales libres et affiches, juste un peu plus de 50% ont été soumis par les Africains, tel qu'illustré par le graphique en camembert (ci-dessus). Il y a des contributions substantielles qui sont également attendues des régions Européenne et Asiatique.

Conférences: Afrique du Sud

La forte présence des participants de l'Afrique et de l'Asie pacifique a été rendue possible grâce à la contribution généreuse d'un nombre d'organisations et de personnes aux fonds des bourses, en l'occurrence les National Institutes of Health (USA), le PEPFAR (GAP Afrique du Sud), l'OMS, le Wellcome Trust (UK), GenProbe (USA), le Diagnostics for the Real World (USA/UK) et la "Society for the Study of Sexually Transmitted Diseases" en Ireland.

Les sessions plénières couvriront les tests de diagnostic rapides, la prévention de la transmission materno-foetale du VIH, les pilotes biologiques de l'épidémie du VIH, les réseaux sexuels et l'internet, la circoncision, les vaccins contre le VIH et l'utilisation de la technologie de l'information de manière à améliorer la pratique clinique en IST/VIH. Les symposiums couvriront des sujets relatifs aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), au typage des bactéries en ISTs, aux interventions de santé publique sur les ISTs/VIH, aux approches de traitement du VIH, au condom, aux interventions comportementales et ISTs/VIH en Afrique, au développement des tests rapides de dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes, à la mise à jour sur les ISTs et l'informatique, aux défis d'une prise en charge syndromique efficace des ISTs, aux vaccinations et à la maladie clinique de l'HPV, au travail du sexe, au traitement des ISTs comme composante de la prévention du VIH et finalement aux défis mondiaux de l'IUSTI. La conférence prendra fin avec une session de clôture par le Professeur King Holmes de l'Université de Washington (Seattle, USA) sur les stratégies émergentes multi-composantes de prévention des ISTs/VIH. À la fin de la rencontre, Professeur Holmes prendra du Professeur Angelika Stary, la fonction de président mondial de l'IUSTI.



Ci-dessus: la place de la Conférence à Waterfront à Cape Town avec la « Table Mountain » en arrière plan

La quatorzième conférence annuelle de formation médicale continue du Centre Régional de Formation en Dermatologie et la réunion des diplômés

Professeur David Levis, Directeur régional d'IUSTI- Afrique

La 14^{ème} conférence du Centre Régional de Formation en Dermatologie (RDTC) s'est tenue à Moshi en Tanzanie du 14 au 17 janvier 2009. Cet événement de formation annuelle resta aussi populaire que jamais, avec plus de 100 délégués venus de plusieurs pays africains. La conférence était ouverte et présidée par le professeur John Masenga du RDTC. Le collège enseignant est composée de spécialistes en dermatologie venus de plusieurs pays européens et africains, tandis-que que le Directeur régional de l'IUSTI-Afrique délivrait l'enseignement sur la composante IST/VIH. Les sessions ont couvert la dermato-chirurgie et le cancer de peau, la lèpre, les infections fongiques et la leishmaniose, les infections IST/HIV, les varices, l'ulcération, cicatrisation de plaies, pharmacologie et thérapeutique, l'immunologie y compris les réactions allergiques, les expériences de carrière en dermatologie ainsi que des



John Masenga procédant à l'ouverture de la conférence



Dr. Pierre Yassa, (à droite), Responsable-pays pour l'IUSTI-Zambie, avec deux nouvelles recrues de l'IUSTI-Afrique



Les délégués à la conférence



Le Directeur régional de l'IUSTI-Afrique présentant le Dr. Godfrey Muriu avec le prix Michael Waugh



Les jeunes, présentant leur pièce sur l'esclavage

Le prix Michael Waugh pour la meilleure dissertation des sciences de la santé dans le domaine des IST/HIV fut décerné au Dr Godfred Muriu du Kenya dont l'exposé était centré sur le counselling et le dépistage du VIH. Plusieurs nouveaux membres d'IUSTI-Afrique étaient recrutés pendant la conférence. Comme pour la conférence de l'année précédente, le collège des enseignants était invité à un spectacle sur l'esclavage dans l'histoire et les temps modernes et qui est présenté par le groupe « Moshi Urban Youth and Culture ».

Mise à jour sur les Infections Sexuellement Transmissibles

Professeur David Lewis, Directeur régional de l'IUSTI-Afrique

Du 28 au 29 septembre 2009, un cours de deux jours a eu lieu à Harare, au Zimbabwe, pour les médecins et les infirmières. La formation a été rendue possible grâce aux efforts déployés par le projet Zimbabwe Community Health Intervention Research (Zichire), qui a coordonné le déroulement du cours. Le cours a bénéficié de l'appui du département de médecine communautaire de l'Université du Zimbabwe, du département d'obstétrique et de gynécologie de l'école de médecine de l'Université de San Francisco, des centres de recherche en santé publique et évaluation de Battelle du département de Santé mondiale de l'Université de Washington. Le cours a été ouvert par Dr. Gerald Gwinji, secrétaire permanent de la santé au Zimbabwe. Les conférenciers invités venaient des Etats-Unis, de l'Afrique du Sud et de Zimbabwe et comprenaient le Dr Mike Chirenje (Zimbabwe), le Dr. Owen Mugurungi (Zimbabwe), le Dr. Hunter Handsfield (Seattle, Etats-Unis), le Dr. Kees Rietmeijer (Denver, USA), Dr Kasprzyk (Zichire et Seattle, Etats-Unis), le Dr Montaño (Zichire et Seattle, Etats-Unis), le Dr Karin Hatzold (PSI, Zimbabwe) et le Professeur David Lewis (IUSTI-Afrique, Johannesburg, Afrique du Sud).

Le cours a connu une forte participation avec 107 participants, principalement des médecins et infirmières, et ce fut un crédit pour le dur labeur et l'excellente organisation de l'équipe de Zichire. Les sujets abordés ont été les suivants :

- ◆ L'état actuel de la prévention du VIH/SIDA au Zimbabwe
- ◆ Épidémiologie des IST/VIH en Afrique subsaharienne et Zimbabwe
- ◆ Étiologie des syndromes des IST au Zimbabwe
- ◆ Ulcération génitale
- ◆ Ecoulement urétral et ses complications chez les hommes
- ◆ Pertes vaginales, cervicite et leurs complications chez les femmes
- ◆ La dermatologie génitale
- ◆ Infection primaire du VIH et présentations cliniques habituelles du VIH/SIDA
- ◆ Infections à Papillomavirus humain et cancer du col de l'utérus
- ◆ Circoncision
- ◆ Méthodes de barrières et microbicides
- ◆ Interactions IST/VIH et prise en charge des STI pour la prévention du VIH
- ◆ Thérapie antirétrovirale, prophylaxie de post-exposition et pré-exposition
- ◆ Prévention du VIH/SIDA au Zimbabwe : rôle des leaders d'opinion populaires communautaires

Plus de 60 délégués se sont inscrits comme membres associés de l'IUSTI-Afrique pendant les deux jours du cours.



Les participants en plein cours



Le personnel de Zichire profitant de la partie de thé organisée



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 membre 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