

Résumé (français)

Introduction :

Alors que les femmes sont plus fréquemment infectées par le VIH que les hommes en Afrique subsaharienne, une vulnérabilité de ces derniers se dessine dans la prise en charge. Nous avons évalué l'association entre le genre et l'échec thérapeutique chez des patients recevant un traitement antirétroviral de première ligne à Bobo Dioulasso, au Burkina Faso.

Matériels et méthodes :

Une étude cas-témoins a été réalisée entre juillet et octobre 2012 à l'hôpital de jour du centre hospitalier universitaire de Bobo Dioulasso. Les cas étaient les patients qui avaient eu un échec virologique confirmé (2 charges virales VIH [CV] >1000 copies/mL), un échec viro-immunologique ou un échec viro-clinique. Les témoins étaient les patients qui n'avaient eu que des CV <1000 copies/mL. L'association entre le genre et l'échec a été évaluée au moyen d'un modèle de régression logistique multivarié.

Résultats :

Au total, 172 cas et 2190 témoins ont été inclus. La proportion d'hommes était plus élevée parmi les cas que parmi les témoins (37,2 % *versus* 25,4 % ; $p = 0,001$). Les cas étaient un peu plus jeunes que les témoins, leur taux médian de CD4 à l'initiation du traitement était plus bas et leur durée médiane de traitement plus longue. Le genre était significativement associé à l'échec thérapeutique (femmes *versus* hommes, OR = 0,43 [0,30-0,61] ; $p < 0,001$) après ajustement sur l'âge (≥ 35 ans *versus* <35 ans, OR = 0,33 [0,24-0,48] ; $p < 0,001$), la scolarité (\geq collègue *versus* \leq primaire, OR = 0,62 [0,43-0,89] ; $p = 0,01$), la durée de traitement (≥ 2 ans *versus* <2 ans, OR = 2,14 [1,48-3,09] ; $p < 0,001$) et le schéma thérapeutique initial (IP *versus* INNTI, OR 0,36 [0,13-0,99] ; $p = 0,048$).

Discussion :

L'association du genre masculin avec l'échec thérapeutique que nous avons mise en évidence a été rapportée ailleurs en Afrique subsaharienne, quoiqu'inconstamment. Elle est indépendante des caractéristiques péjoratives des hommes à l'initiation du traitement, et contraste avec l'absence d'impact du genre sur le pronostic thérapeutique dans la quasi-totalité des travaux réalisés en Europe et aux Etats-Unis. La divergence des données entre Nord et Sud montre que l'influence du genre est indissociable du contexte social, et conduit à privilégier des hypothèses comportementales pour l'expliquer.

Conclusion :

Les hommes apparaissent plus à risque d'échec thérapeutique que les femmes. Des études complémentaires sont nécessaires pour déterminer précisément les causes de cette vulnérabilité masculine. La prise en charge devra s'adapter aux besoins des hommes, sans que cette adaptation ne porte préjudice aux femmes.

Résumé (anglais)

Introduction:

As antiretroviral therapy (ART) has become more widely available in sub-Saharan Africa, disproportionately fewer men than women are accessing it and men tend to start ART with more advanced HIV disease. We aimed to assess the association between gender and first line treatment failure in one of the biggest west-African public programmes, where virological monitoring is now routinely available.

Methods:

We performed a case-control study between July and October 2012 in Bobo Dioulasso Teaching Hospital Day Ward. Cases were patients with confirmed virologic failure (2 viral loads [VL] > 1000 copies per mL), immuno-virologic failure (1 single VL > 1000 copies/mL) or clinico-virologic failure. The control group consisted of patients who had only had <1000 copies per mL VL. The association between gender and treatment failure was evaluated using logistic regression multivariable analysis.

Findings:

The analysis included 172 cases and 2190 controls. Men were more represented in the cases than in the control group (37.2% *versus* 25.4 %; $p = 0.001$). The cases had a lower median CD4 cell count than the control group, were younger and had spent a longer time on ART. Treatment failure was associated with gender (women *versus* men, Odds Ratio [OR] = 0.43 [0.30-0.61]; $p < 0.001$), after adjusting for age (≥ 35 years *versus* <35 years, OR = 0.33 [0.24-0.48]; $p < 0.001$), school level (\geq secondary school *versus* \leq primary school, OR = 0.62 [0.43-0.89]; $p = 0.01$), time on treatment (≥ 2 years *versus* < 2 years, OR = 2.14 [1.48-3.09]; $p < 0.001$) and first ARV combination (IP *versus* INNTI, OR 0.36 [0.13-0.99]; $p = 0.048$).

Discussion:

Our study demonstrated an association between male gender and treatment failure. A higher risk of failure in men has already, although not consistently, been reported in African settings. In contrast to this, almost all studies realized in developed countries found similar rates of failure in men and women. This difference in outcome between the North and the South underscores the relevance of behavioral aspects to explain gender differences.

Conclusion:

Men appear to have increased risk of treatment failure compared to women. More research is necessary to determine the cause for men's vulnerability. Healthcare facilities will have to adapt to men's needs, while protecting women's access to care and promoting gender equality.