

# La lettre de Solthis

Numéro 15 - Juin 2013  
SPÉCIAL 10 ANS



Les 10 ans de Solthis  
**SOLTHIS**  
**HIV FORUM**

**INTERVIEWS**

- Pr Françoise Barré Sinoussi, Institut Pasteur / INSERM
- Mark Dybul, Directeur exécutif du Fonds mondial

**RETOUR DU TERRAIN**

- Le Groupe JURTA PSM
- Projet CASSIS: Capacités pour l'Accès aux Soins et le Système d'Information Sanitaire

**ACTUALITÉS SCIENTIFIQUES**

TASP: entre résultats scientifiques indiscutables et doutes de santé publique

2-4

**DOSSIER DE LA RÉDACTION**

10 ans après l'arrivée des ARV en Afrique : les nouveaux défis de la prise en charge

5-7

**RETOUR DE CONFÉRENCE**

- 3<sup>ème</sup> édition de la formation à la méthodologie de la recherche clinique
- CROI 2013 : ce que Solthis en retient

8-9

**10 ANS DE SOLTHIS :**

Programme du SOLTHIS HIV FORUM

10-14

15-17

18-19

*L'engagement scientifique pour la santé de tous*



© Institut Pasteur

## Pr. Françoise Barré Sinoussi

Le Pr Françoise Barré-Sinoussi dirige l'unité de Régulation des infections rétrovirales à l'Institut Pasteur. En 1983, de recevoir, le 6 octobre 2008, le Prix Nobel de médecine. Elle est notamment connue pour sa forte implication dans présidente de la Société internationale du sida (International Aids Society - IAS). Le Pr Françoise Barré Sinoussi

**En juillet 2012, la stratégie scientifique « Towards an HIV cure » a été publiée sous l'égide de la Société Internationale du sida, dont vous avez d'ailleurs pris la Présidence. Pourriez-vous nous expliquer ce dont il s'agit ?**

Au cours des dernières années, les progrès de la recherche ont généré un regain d'optimisme quant au développement d'approches thérapeutiques visant à permettre ensuite aux patients de contrôler le virus en absence de traitement. C'est ce qu'on nomme la guérison « fonctionnelle » ou « rémission permanente » de l'infection VIH. La stratégie scientifique, publiée à l'été 2012, fruit d'un travail collectif d'une trentaine de chercheurs de renommée internationale, définit **7 priorités de recherche** intégrée, fondamentale et clinique, pour espérer résoudre le problème de la persistance du VIH chez les patients sous traitement antirétroviral. Elle fait partie d'une initiative plus large dont l'objectif est de coordonner et accélérer la recherche et le développement des nouvelles approches thérapeutiques de demain au niveau international. Pour cela nous avons mis en place un conseil de gouvernance composé de représentants de grandes institutions internationales finançant la recherche ainsi que de représentants des pays à ressources limitées et des communautés de patients. Notre objectif est que le travail soit mené de manière intégrée et interactive.

**Au-delà de cette orientation très scientifique, cette initiative comporte-t-elle d'autres volets ?**  
La « stratégie scientifique » sur la recherche biomédicale constitue une première étape importante. Mais nous travaillons évidem-

ment sur d'autres sujets majeurs et tout aussi déterminants. Nous avons monté un groupe de recherche en sciences sociales et humaines dont l'objectif est d'évaluer les attentes des patients et leur volonté de participer à des essais cliniques. Aujourd'hui, différentes approches de rémission sont à l'étude et il est nécessaire de savoir si les personnes vivant avec le VIH seraient prêtes à les accepter. Nous avons également un groupe de travail qui réfléchit aux questions éthiques liées à ces approches. Par exemple, les questions relatives au rapport risques/bénéfices doivent être examinées avant de proposer à des patients bien portants sous traitement de participer à de nouveaux essais cliniques.

Un autre groupe de travail s'intéresse aux questions de coût-efficacité. Il ne sert à rien de développer des stratégies thérapeutiques qui seraient trop coûteuses ou qui ne pourraient pas être accessibles à tous, notamment dans les pays du Sud. Je m'oppose catégoriquement à tous ceux qui repoussent ces questions à plus tard. Dans un contexte de crise économique internationale, on ne peut fonctionner ainsi.

Enfin, nous avons un groupe « industrie » qui permet d'entamer très amont des discussions sur les aspects de partenariats public-privé mais également entre industriels. Si on veut avancer, il faut travailler ensemble. Les acteurs de l'industrie pharmaceutique auront probablement à travailler ensemble pour combiner leurs formules thérapeutiques. A noter que dans tous ces groupes, des personnes vivant avec le VIH sont présents.

**Quelles sont les avancées du programme aujourd'hui ?**

Je constate une véritable adhésion à cette initiative. En effet, depuis le lancement, le nombre d'appels d'offre sur la thématique « HIV Cure » s'est multiplié : au National Institutes of Health (NIH), The American Foundation for AIDS research (AmfAR), Fondation Gates, Canadian Institutes of Health Research (CIHR), Programme européen HIVERA... Et de nombreuses conférences abordent ce sujet, preuve de l'intérêt positif suscité dans la communauté scientifique et médicale. Il y en a d'ailleurs peut-être même un peu trop à présent...

Notre rôle est de stimuler, promouvoir, coordonner et faciliter l'avancée de la science sur ce sujet. A ce titre, nous souhaitons mettre en place une base de données accessible par Internet sur l'ensemble des recherches et études réalisées dans le monde.

**Quels sont pour vous les principaux défis et spécificités de la prise en charge dans les pays en développement ?**

Les pays en développement ont leurs propres spécificités mais rencontrent des problèmes de plus en plus proches de ceux des pays développés. Grâce aux progrès, notamment dans l'accès aux traitements, ils se trouveront progressivement confrontés aux mêmes problèmes qu'au Nord, tels que les co-morbidités liées à l'infection VIH chez des patients sous traitement, aux cancers, aux maladies du vieillissement, aux troubles du métabolisme. Anticiper cette évolution constitue un véritable défi. Au delà, et sans pouvoir faire la liste exhaustive, je citerai comme autre défi prioritaire l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant qui est pourtant un objectif à atteindre en 2015. Il est inacceptable qu'aujourd'hui encore, plus de 300 000 enfants soient infectés par an par le VIH, et que plus de 40% des femmes enceintes n'aient toujours pas accès aux ARV. Je pense également à la qualité du suivi des patients sous traitement (suivi immuno-virologique, détection des résistances), à l'organisation des systèmes de santé, à la lutte contre la stigmatisation...

**Quel est votre sentiment sur la place de la lutte contre le sida dans l'agenda post 2015 ?**

En 2015, les prochains objectifs du millénaire du développement durable devront avoir comme composantes incontournables la santé. Et la santé intégrera le sida, même s'il n'ap-

### Les 7 priorités du HIV Cure

1. Déterminer les mécanismes viraux et cellulaires de la persistance du VIH
2. Déterminer les tissus et les cellules à l'origine de la persistance du VIH chez les personnes traitées par antirétroviraux depuis longtemps
3. Déterminer les origines de l'activation immune et de l'inflammation sous antirétroviraux et leurs conséquences sur la persistance du VIH
4. Déterminer les mécanismes de la personne et les mécanismes immunitaires qui contrôlent l'infection mais permettent la persistance du virus
5. Etudier, comparer et valider des dispositifs permettant de mesurer l'infection persistante
6. Développer et tester des agents thérapeutiques ou des stratégies immunologiques pour éliminer l'infection latente.
7. Développer et tester des stratégies pour améliorer la capacité des personnes à contrôler la répllication du virus.

**elle a participé à l'identification du VIH à l'origine du sida ce qui lui a valu la recherche et la formation en Afrique et en Asie. Elle est actuellement ouvrira le SOLTHIS HIV FORUM le 19 septembre 2013.**

paraît plus en tant que tel. Cela peut se comprendre. La communauté Sida est un peu isolée des autres maladies et elle est peut-être en partie responsable des critiques qui lui sont adressées : concentration des financements, manque de considération des autres pathologies... Pourtant, les acteurs de la lutte contre le sida ont toujours travaillé avec le souci d'améliorer les systèmes de soin dans leur globalité, même s'ils ne l'ont pas assez fait savoir, notamment à la communauté non-sida.

#### **Quel est votre sentiment sur l'engagement de la France en matière de lutte contre le sida ?**

De même, la France doit s'investir dans l'amélioration de la santé globale, tout en continuant à soutenir la lutte contre le sida. Elle doit poursuivre son engagement international à travers les programmes internationaux, et notamment le soutien au Fonds mondial qui a fait ses preuves et qui aujourd'hui a véritablement besoin du soutien français.

L'autre débat en France oppose l'aide multilatérale à l'aide bilatérale. Il ne faut pas les opposer. Nous avons besoin des deux. L'initiative 5 % de la France va dans ce sens. La France a également mis en place la taxe sur les transactions financières, dont une trop faible proportion serait dédiée à la santé dans les pays en développement. Reste à savoir comment la part pour le sida sera distribuée, et sur ce point, les discussions sont en cours.

#### **Un dernier mot pour les équipes de Solthis ?**

J'ai été fortement impressionnée par ce que Solthis faisait au Niger quand je m'y suis rendue. Alors surtout « continuez ». On a besoin de vous, on a besoin de travailler tous ensemble. C'est une valeur à laquelle je suis très attachée : le « tous ensemble » a largement démontré combien il pouvait être efficace. ■

### **Pour en savoir plus, venez assister au SOLTHIS HIV FORUM, Jeudi 19 septembre, 9h-11h30**

**Ouverture :** Pr Françoise Barré-Sinoussi – Institut Pasteur / INSERM  
Pr Christine Katlama – Présidente de Solthis

#### **HIV cure et réservoirs**

**Modérateur :** Pr Françoise Barré-Sinoussi – Institut Pasteur / INSERM

**Infection à VIH : une rémission possible** Dr Asier Sáez-Cirión – Institut Pasteur  
**Primo infection : le big bang du VIH** Dr Antoine Cheret – Hôpital Tourcoing  
**VIH : réservoirs et compartiments** Dr Jade Ghosn – Hôpital Hôtel-Dieu, Paris

**Table ronde :** Pr Brigitte Autran – Hôpital Pitié-Salpêtrière  
Pr Christine Rouzioux – Hôpital Necker

Notre association fête cette année ses dix ans d'existence. Un parcours riche et agité dernière nous mais un long chemin encore qui se dessine à l'horizon... Afin de renouveler notre engagement scientifique pour la santé de tous, nous organiserons en septembre à Paris le « Solthis HIV Forum ». Nous espérons faire de cette occasion un moment de partage et d'échange avec tous les acteurs clés de la lutte contre le VIH qui ont, pour la plupart, collaboré très généreusement au développement de notre association.

Alors que nous assistons à un tournant de l'aide au développement dans l'horizon post 2015, alors que les financements internationaux pour la santé stagnent, tous les acteurs engagés contre le sida doivent se battre pour prolonger la dynamique de succès réussie après 10 ans de traitement en Afrique.

Ce combat se joue tant sur le terrain que sur la scène internationale.

Les stratégies nationales doivent faire une place plus importante aux actions ayant démontré leur efficacité et leur efficience. Il faut à la fois être capable d'améliorer les programmes qui donnent des résultats et promouvoir la recherche opérationnelle pour développer des propositions innovantes. La réflexion et l'engagement scientifique, tant au niveau médical qu'au niveau des sciences sociales, sont un facteur de réussite indéniable. De plus, ce travail ne peut réussir qu'avec une implication plus forte des populations et des organisations de la société civile.

Au niveau international, les activistes du Nord et du Sud doivent accélérer la création d'une société civile mondiale, capable de jouer pleinement son rôle dans un système sanitaire globalisé qui se cherche une gouvernance. Les acteurs de la lutte contre le VIH ont compris l'importance de renforcer les systèmes de santé et de se battre pour un droit d'accès à la santé pour tous. Cependant, ils ont aussi démontré tout l'apport que leur combat a pu offrir à l'amélioration des conditions de prise en charge de toute la population. Les lois sur les droits des patients, la prise en compte de pathologies chroniques, la flexibilité de la propriété intellectuelle, sont autant de victoires qui ont bénéficié à l'ensemble de la société.

Dans cette période où l'espoir apporté par les avancées dans les domaines du « Cure » et du « Traitement comme moyen de prévention : TasP », est contre balancé par les incertitudes qui planent sur le financement du Fonds mondial et l'utilisation de la Taxe sur les transactions financières, Solthis souhaite faire de ces deux jours de débat un vrai « forum » d'idées nouvelles et de propositions concrètes pour continuer à faire avancer l'accès à la santé de tous.

Dr Louis Pizarro  
Directeur général



## Mark Dybul

Le Dr Mark Dybul a été nommé à la tête du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme le 21 janvier dernier. Auparavant, il a contribué à la création du PEPFAR. Il a occupé plusieurs fonctions au sein de cet organisme avant d'en prendre la direction en 2006 en devenant coordonnateur mondial de la lutte contre le sida pour les États-Unis, jusqu'au début de 2009. Il interviendra le vendredi 20 septembre pour clôturer le SOLTHIS HIV FORUM.

**Vous prenez le poste de Directeur exécutif du Fonds mondial après le mandat de deux ans du Directeur Général, Gabriel Jaramillo, qui avait pour mission spécifique de réorganiser le Fonds mondial à la suite d'une crise de confiance sans précédent. Est-ce que l'on peut dire que la crise est dernière nous ?**

Le Fonds mondial n'a jamais cessé d'évoluer depuis sa création en 2002. Cette institution s'est créée avec l'engagement de rester en perpétuelle évolution afin de pouvoir apprendre de son expérience et de pouvoir s'adapter quand cela se montre nécessaire. C'est une approche très moderne, propre au monde du 21<sup>ème</sup> siècle. Après la crise financière, il était nécessaire que le Fonds mondial ajuste son modèle et fasse des choix sur où et comment investir pour atteindre un maximum de malades et avoir le plus d'impact. La réorganisation du Fonds mondial est un exemple de ces adaptations. Pour ma part, je ne voudrais pas travailler pour une institution qui ne sache pas évoluer et s'adapter. Je suis investi dans la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme depuis des années. Ces trois maladies évoluent en permanence et nous devons nous adapter. Nous sommes à un moment charnière où la science nous a donné les moyens de contrôler ces trois maladies mortelles et de neutraliser les menaces de santé publique qu'elles représentent. Nous devons mesurer l'importance de ce moment et faire les investissements nécessaires pour atteindre notre objectif.

**Le nouveau modèle de financement (New funding model - NFM), nouvellement mis en place, est sévèrement critiqué par la société civile car il touche aux principes mêmes du fondement du Fonds mondial, notamment le plafonnement des subventions.**

Désormais, la société civile est un fort soutien du NFM. En apprenant à le découvrir, elle a compris que son principal objectif était d'atteindre le maximum de patients et d'avoir plus d'impact. La voie la plus efficace pour combattre la maladie est d'axer nos actions sur les populations les plus à risque. Quand on peut identifier et localiser les personnes qui sont les plus à même d'être infectées, on peut radicalement améliorer notre capacité à contrôler les maladies. Pour le VIH et la tuberculose, les populations les plus vulnérables sont les femmes et les jeunes filles, les professionnels du sexe, les usagers de drogue, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les

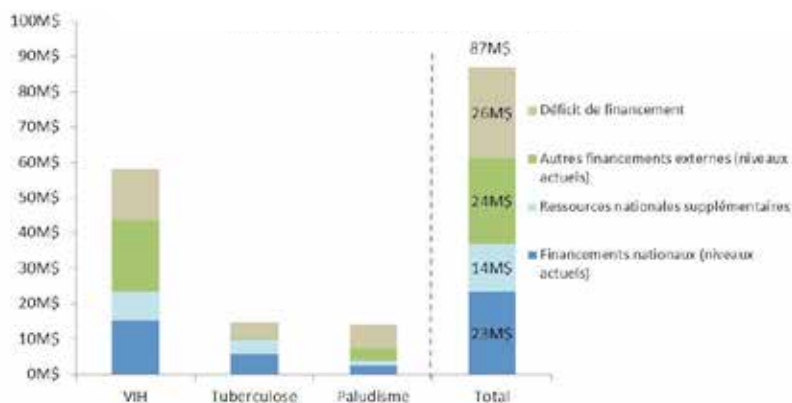
personnes transgenres, les prisonniers et les migrants. Le NFM a été conçu pour permettre aux partenaires de mettre en place plus efficacement les subventions.

Dans les pays qui ont déjà mis en place les premières étapes du NFM, nous avons de bons échos. Ils nous rapportent que la flexibilité et les engagements constructifs avec le Fonds mondial rendent la subvention plus efficace. Nous travaillons de manière très rapprochée avec ces pays. Nous appelons cela en interne le « dialogue itératif » : être en contact, répondre aux questions et offrir un éclairage sur différents points tout au long du processus. En effet, certains pays avec de faibles ressources ont parfois besoin de consultations supplémentaires. C'est exactement ce que le NFM apporte.

**En septembre, se tiendra la prochaine reconstitution du Fonds et vous lancez la campagne « Big Push » pour rassembler pour mobiliser les donateurs. Qu'attendez-**

**vous de cette reconstitution ?**

Nous espérons que la prochaine conférence de reconstitution réunisse tous nos partenaires. Notre stratégie de reconstitution passe par la construction de 4 piliers forts de soutien - les donateurs traditionnels, les pays bénéficiaires, les économies nouvelles et le secteur privé - et la coordination entre eux. Nous pensons que pour atteindre l'objectif financier nécessaire, nous devons reconnaître l'opportunité historique qui s'offre à nous et comprendre les contraintes financières de chacun. La France est un leader clé, non seulement en termes d'avancées scientifiques, d'acteur très engagé dans tous les secteurs mais aussi plus largement comme un modèle de démocratie, de justice sociale et de défense des droits de l'homme. Les français sont profondément engagés dans le progrès et sont conscients de l'opportunité que nous avons de faire la différence face au sida, à la tuberculose et au paludisme. Je sais qu'ils feront leur possible pour faire avancer notre cause commune. ■



Besoins en ressources dans les pays pouvant prétendre aux financements du fonds mondial, 2014-2016

Estimation des besoins, avril 2013 par le Fonds mondial

**Pour en savoir plus, venez assister au SOLTHIS HIV FORUM  
Vendredi 20 septembre, 15h30-17h30**

**POLITIQUE INTERNATIONALE - Et demain, quelle sera la place du VIH dans l'agenda politique de l'aide au développement ?**

**Modérateur : Ambassadeur de la lutte contre le sida et les maladies transmissibles – France (TBC)**

Le point de vue du Dr Mark Dybul – Fonds mondial

Le point de vue du Dr Stefano Bertozzi – Fondation Gates

**Table ronde : Eric Fleutelot – Sidaction  
Fred Eboko – IRD**

## Le Groupe JURTA PSM : vers une réponse régionale coordonnée pour l'approvisionnement

Depuis 2006, la réforme du système des Nations unies, prônant «Delivering as One» pour agir ensemble comme une seule ONU a poussé les agences à se rapprocher au sein de groupes régionaux dans le but d'améliorer la cohérence et l'efficacité des opérations de terrain. Ainsi est née le JURTA (WCA), (Joint UN Regional Team on AIDS (West and Central Africa), l'équipe conjointe des Nations Unies sur le VIH/sida en Afrique de l'ouest et du centre. Initialement limitée aux agences des Nations unies, ce groupe a été élargi aux partenaires techniques et financiers intervenant dans la région comme Solthis dont le but est de fournir aux pays de la région, un appui efficace pour l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de prise en charge et d'appui en matière de VIH.

En effet, la région de l'Afrique de l'ouest et centrale (25 pays) compte plus de 7 millions de personnes vivant avec le VIH/sida dont plus d'un million de personnes étaient traitées par anti-rétroviraux (ARV) en 2011, soit une couverture de 34%. Pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement, ce sont au moins 2 millions de personnes qui devraient être suivies sous traitement Antirétroviral d'ici 2015.

Si cet accès au traitement ARV s'est largement élargi ces dix dernières années, la mise en œuvre des programmes de prise en charge du VIH est cependant régulièrement confrontée à des risques de ruptures de stocks dues à un ensemble de facteurs mais notamment à des systèmes d'approvisionnement peu efficaces, à un manque de suivi des estimations des besoins erronées, des distributions et gestions des intrants peu opérationnelles (Cf La Lettre de Solthis n°9 et n°10). Face à la fréquence de ces problèmes d'approvisionnement rencontrés par les pays, le JURTA a créé en janvier 2012 un groupe technique dédié aux problématiques de Gestion des Approvisionnements et des Stocks (GAS, en anglais PSM: Procurement Supply Management). L'objectif de ce groupe est de renforcer les capacités de gestion des systèmes nationaux d'approvisionnement de la région en vue d'un accès permanent aux médicaments ARV et autres produits de santé utilisés dans la lutte contre le VIH/sida (PS/VIH).

Pour cela, le groupe JURTA PSM a développé une approche collaborative qui cherche à favoriser le partage d'information et la coordination des nombreux acteurs intervenant dans les approvisionnements afin d'assurer une meilleure réponse aux demandes des pays confrontés à des risques de ruptures de stocks. Le groupe technique PSM est composé des forces du JURTA: les agences du système des Nations unies), de coopérations bilatérales ou multilatérales (USAID, la Coopération Française, ESTHER, l'Initiative 5%/FEI), d'ONG internationales (Solthis, PAH/CHMP, RBM,

AFRICASO, HIV-Alliance) et des communautés économiques régionales (OCEAC, le Dispositif d'Appui Technique pour l'Afrique de l'Ouest DAT/AOC). Ainsi, ce réseau d'experts techniques d'une quarantaine de membres représente un atout supplémentaire pour ce mécanisme de coordination régionale.

Le groupe s'est fixé comme axes de travail la rédaction et la diffusion de recommandations et d'avis techniques pour promouvoir des bonnes pratiques et appuyer les pays et les organisations régionales d'Afrique de l'Ouest et du Centre dans leurs réponses aux problèmes de GAS.

Concrètement, ce groupe est animé par des téléconférences régulières, des réunions et ateliers de travail et une plateforme internet dédiée aux membres permettant un partage simplifié d'informations et une capitalisation des échanges. Ces différents éléments permettent à ce mécanisme régional d'être opérationnel et réactif dans ses réponses.

La réponse aux problématiques GAS ne pouvant se faire sans l'implication forte des pays, le groupe JURTA PSM centre son action autour des acteurs nationaux, et tout particulièrement les comités nationaux chargés du suivi dans la gestion des approvisionnements et des stocks des ARV et PS/VIH (Ces comités existent au Bénin, Burkina Faso, Cote d'Ivoire, Mali, Niger, Togo, et en Guinée). Ces comités, que Solthis appuie également depuis plusieurs années, sont soutenus et développés afin qu'ils jouent pleinement leur rôle de veille et d'alerte leur permettant d'anticiper les risques de rupture et de les éviter.

Confronté à de nombreuses alertes sur des risques de ruptures de stocks, le JURTA PSM a élaboré des procédures pour structurer le traitement de l'alerte et définir le rôle de chacun des acteurs et les liens avec ces groupes et être ainsi le plus efficace possible dans la réponse à apporter aux pays concernés.

Pour que le travail du groupe ne soit pas uniquement de répondre aux crises une fois qu'elles se produisent, un ensemble d'activités est également mené pour anticiper les risques de ruptures de stocks :

- L'identification et la compréhension des causes afin de mettre en place des mécanismes permettant de les éviter ou de les limiter (autopsie des ruptures).
- Le développement et la mise en place d'un système d'alerte précoce dans une approche harmonisée entre les 3 maladies prioritaires, VIH/sida, tuberculose et paludisme. Pour que ce travail de veille et d'alerte puisse être mené, la mise en place d'un système d'information pharmaceutique sous régional et régional est en cours de réflexion.
- Un appui à la mobilisation de ressources financières et à une gestion rationnelle des budgets disponibles.

Parmi les réalisations du groupe JURTA PSM figure l'appui à la résolution de tensions sur les approvisionnements en ARV sur lesquels un risque de rupture est avéré. Ainsi, suite à une alerte transmise par la Guinée en janvier 2013 concernant une disponibilité très réduite pour certains ARV et antituberculeux (ATBC), le groupe a mobilisé les différents partenaires susceptibles d'appuyer le pays face à cette situation: Fonds mondial, USAID, et partenaires locaux. Les différentes réponses possibles ont été étudiées: sollicitation du mécanisme d'urgences ECF/PEPFAR avec son stock pré-positionné au Ghana, accélération du plan d'approvisionnement sur financement du Fonds mondial, transfert depuis un pays voisin. La mobilisation du JURTA PSM et de tous les acteurs a permis d'accélérer une partie du plan d'approvisionnement financé par le Fonds mondial pour les ARV, et un transfert de médicaments depuis le Burkina Faso et le Sénégal pour les ATBC. Ces réponses rapides et adaptées ont ainsi permis d'éviter les ruptures de stocks en Guinée.

Pour Solthis, confrontée depuis plusieurs années à de tels risques de ruptures de stocks dans les pays dans lesquels elle intervient, un tel groupe permet de relayer le plaidoyer et la mobilisation des partenaires dans une approche coordonnée.

Outre le travail de réponses aux alertes ou de prévention des risques de ruptures de stocks, d'autres chantiers sont initiés afin de développer les opportunités d'une telle communauté de pratique. Ainsi un travail d'harmonisation des méthodes sur des activités techniques relatives à la GAS est mené pour simplifier les échanges entre différents intervenants. L'organisation de visites conjointes entre différents intervenants dans un même pays est également développée dans ce sens. Ce groupe constitue par ailleurs un véritable laboratoire de réflexion sur des thèmes spécifiques: la mise en place de stocks de sécurité, la production locale, etc.

De nombreuses activités sont programmées par le groupe JURTA PSM dans les mois à venir, et des opportunités de financement devront être saisies pour permettre de mobiliser cette expertise, notamment en partenariat avec l'Initiative 5%/FEI, le Fonds mondial voire l'Agence Française de Développement.

C'est au prix de la collaboration technique renforcée que les objectifs ambitieux du groupe seront atteints. ■

Jean-Marie Milleliri, ONUSIDA  
Christophe Rochigneux, OMS  
Etienne Guillard, Solthis  
Sophie Ouvrard, Solthis

## Projet CASSIS : améliorer l'accès aux soins et le système d'information sanitaire au Niger et en Guinée

**Dans le cadre de l'appel à projet « Renforcement des systèmes de santé » du canal 2 de l'Initiative 5 %, Sida, tuberculose et paludisme, Solthis et France Expertise Internationale ont signé un accord pour la mise en œuvre du projet « CASSIS » (Capacités pour l'Accès aux Soins et le Système d'Information Sanitaire). Ce projet a pour objectif de renforcer la mise en œuvre et le suivi des activités de lutte contre le VIH/Sida financées par le Fonds mondial au Niger et en Guinée.**

D'une durée de 3 ans, et d'un montant total de 2,2 millions d'euros, le projet repose sur deux axes principaux :

1. Le renforcement des capacités du personnel de santé pour l'extension et l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH en zone décentralisée
2. Le renforcement des capacités des acteurs nationaux pour améliorer la disponibilité et l'utilisation des données des programmes VIH

### Appui à l'extension et l'amélioration de la qualité de la prise en charge

Le présent projet vise à soutenir les plans nationaux d'extension de la prise en charge du VIH/Sida à 16 nouveaux centres de santé afin d'améliorer les performances des pays en termes de couverture des besoins des patients nécessitant une mise sous traitement.

Au Niger, où la prise en charge s'effectue actuellement dans 15 centres de santé au niveau national et régional, le projet appuiera la décentralisation de la prise en charge dans 6 hôpitaux de districts de deux régions : Dosso et Tillabéri.

En Guinée, où la prise en charge est assurée par 42 structures sanitaires sur l'ensemble du territoire, le projet permettra de rendre opérationnel les 10 nouveaux sites de prise en charge prévus sur l'ensemble des 7 régions du pays.

Pour cela, le projet prévoit la formation et le suivi de l'ensemble des personnels soignants (médecins, paramédicaux, pharmaciens, laborantins), mais également le renforcement des capacités des autorités régionales dans leur rôle de supervision, et le développement d'un pool d'experts nationaux pour garantir la pérennité de la prise en charge.

Outre cette extension de la prise en charge, il s'agira de garantir la qualité de la prise en charge dans les anciens comme dans les nouveaux sites de traitement par l'organisation de formations recyclage, staffs cliniques ou réunions d'échanges de pratique entre équipes soignantes des différentes structures.

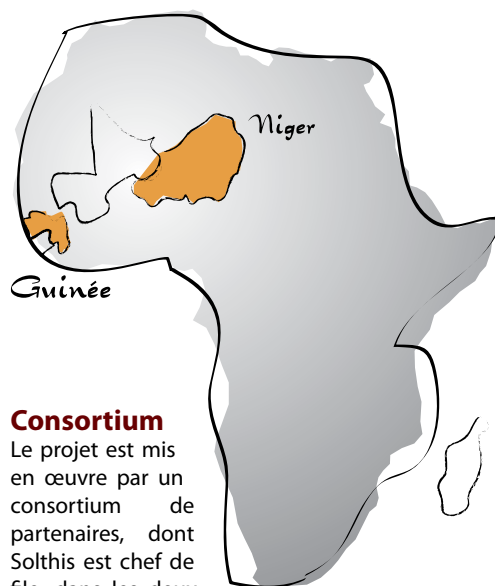
### Amélioration du suivi-évaluation

Afin de mesurer, évaluer et rediriger les efforts du pays, le renforcement du système de suivi-évaluation est incontournable pour la construction d'un système de prise en charge médicale performant et pérenne. A cet effet, le projet vise à améliorer les systèmes de collecte de routine des données pour le VIH en renforçant les acteurs impliqués aux trois niveaux du système d'information sanitaire :

Au niveau des sites de prise en charge, il s'agira de permettre la collecte de données de qualité. Ainsi, un accompagnement rapproché sera effectué pour l'organisation des circuits de collecte des données et des outils adaptés aux contraintes de chacun des sites seront mis en place (outils papiers tels que des registres et/ou informatisation si pertinent)

Au niveau intermédiaire (niveau régional et de districts), il s'agit de permettre aux responsables de la gestion de l'information sanitaire de jouer à plein leur rôle dans le cadre des données du VIH, au même titre que pour les autres maladies. Pour ce faire, un travail avec les responsables concernés sera effectué sur les méthodes de supervision et de suivi des données afin d'en améliorer la qualité.

Au niveau central, il s'agit d'accompagner et d'outiller les responsables du programme VIH pour leur permettre à la fois d'administrer le système national de remontée des données, et d'analyser les données collectées afin d'évaluer régulièrement la qualité des résultats du programme et d'en tirer les leçons en termes opérationnels.



### Consortium

Le projet est mis en œuvre par un consortium de partenaires, dont Solthis est chef de file, dans les deux pays :

- Niger: Le Ministère de la Santé, au travers de l'Unité de Lutte Sectorielle contre le Sida (ULSS), la Cellule Intersectorielle de Lutte contre le Sida (CISLS) et l'ONUSIDA Niger
- Guinée: Le Ministère de la Santé, au travers du Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/SIDA (PNPCSP), le Comité National de lutte contre le Sida (CNLS), et l'ONUSIDA Guinée. ■



**INITIATIVE 5%**  
SIDA, TUBERCULOSE, PALUDISME

L'Initiative 5% est une réponse de la France au diagnostic partagé par divers acteurs dans les pays francophones, montrant que ces derniers rencontraient des difficultés récurrentes pour accéder aux ressources du Fonds mondial, ou pour assurer la mise en œuvre des financements reçus. Cette initiative est mise en œuvre sous la forme d'une contribution indirecte de la France au Fonds mondial, équivalente à 5% de la contribution globale française au Fonds chaque année, soit 18 millions d'euros par an, pour la période de 2011 à 2013. Elle vise à répondre aux demandes en expertise technique des pays francophones, pour les appuyer dans la conception, la mise en œuvre, le suivi-évaluation et la mesure de l'impact des subventions allouées par le Fonds mondial, afin de renforcer leur efficacité et leur impact sanitaire. Elle s'appuie sur la mobilisation de l'expertise française et francophone disponible dans ces domaines.

L'Initiative 5% est une contribution indirecte gérée par France Expertise Internationale (FEI), sous la tutelle du Ministère des Affaires Etrangères.



## La parole des acteurs nationaux

### Interview du Dr Koïta, Directeur du Programme national de prise en charge sanitaire et de Prévention des IST/VIH sida (PNPCSP)

#### Quelles sont vos attentes par rapport au projet CASSIS ?

Nos attentes portent tout d'abord sur la décentralisation de la prise en charge des PV-VIH. Elle reste un élément critique pour nous permettre d'atteindre nos objectifs stratégiques en termes de couverture des besoins en traitement ARV.

Dans le cadre du renforcement des capacités du personnel de santé pour l'extension et l'amélioration de la qualité de la prise en charge, il s'agira de prendre en compte d'une part de la formation initiale aux différents aspects de la prise en charge du VIH/Sida pour les personnels des 10 nouveaux sites prévus dans le Round 10 du Fonds mondial en vue de leur opérationnalisation effective. Ces nouveaux sites sont répartis sur l'ensemble du territoire guinéen. Après des missions d'évaluation, les futurs responsables de la prise en charge du VIH seront rassemblés à Conakry pour une série de formation initiale en salle afin de leur donner un minimum de connaissance sur la prise en charge de cette pathologie. Les sites traditionnellement soutenus par Solthis sont également pris en compte dans ce projet dans les deux régions : Conakry et Boké.

D'autre part, jusqu'à présent, les programmes VIH sont encore gérés de façon très verticale en Guinée. Or, le projet prévoit la mise en place des dispositifs adaptés de formation recyclage, et de supervision formative par les niveaux intermédiaires et centraux. Les autorités dites intermédiaires et périphériques sont également des bénéficiaires de ce projet. Une série de formation est ainsi prévue à leur endroit.

Les thématiques sont : le VIH, sa prise en charge, son épidémiologie, la gestion des données spécifiques, la gestion des stocks des intrants... Cette série de formation pour les autorités intermédiaires et périphériques, ainsi que l'accompagnement qui est prévu lors de leur supervision, permettra d'amorcer l'intégration du VIH à leur activité de supervision des soins de santé primaires et secondaires. Cette intégration est aujourd'hui nécessaire à une meilleure gestion, un suivi plus rapproché et à l'extension de la prise en charge de cette pathologie en Guinée.

En ce qui concerne l'amélioration de la disponibilité et l'utilisation des données des programmes VIH par le renforcement des capacités des acteurs nationaux, notre attente porte également sur :

- le renforcement de la collecte des données au niveau des centres de santé avec des outils adaptés aux sites de prise en charge du VIH,
- l'amélioration de la qualité des données,
- l'évaluation de la qualité des services.

Ce travail est déjà amorcé depuis plusieurs années, mais le renforcement des moyens et des capacités prévu à ce projet va permettre d'accélérer la mise en place et le renforcement des capacités des acteurs en charge à la fois au niveau des sites et au niveau des autorités régionales et préfectorales.

De la même manière, un accent sera mis sur le renforcement de rôle des autorités intermédiaires, pilier essentiel à la bonne remontée des données jusqu'au niveau central.

#### Comment envisagez-vous la collaboration avec Solthis ?

La collaboration avec Solthis a débuté en 2008, avec l'installation de cette organisation à notre demande. Solthis a déjà contribué à la formation de centaines de professionnels de santé à Conakry et à Boké, appuyé la décentralisation dans les Centres de santé et les Centres médicaux communautaires. Ainsi dans le cadre de ce nouveau projet, notre collaboration principale va porter sur la consolidation des activités d'appui pour la décentralisation dans les centres. Un accent particulier sera mis sur les 5 axes stratégiques :

- Appui aux organes de coordination
- Appui aux personnels de soin
- Appui aux plateaux techniques
- Appui au volet pharmaceutique
- Appui au système d'information sanitaire

L'expertise de Solthis nous permettra également d'introduire progressivement un logiciel de gestion des malades dans les sites ayant au moins 500 malades sous traitement ARV.

Cette collaboration se poursuivra concrètement par l'intervention de Solthis pour l'introduction progressive d'un logiciel de gestion des malades dans les sites ayant au moins 500 malades sous traitement ARV.

Pour le projet Cassis les deux entités en charge de la mise en œuvre sont le PNPCSP et Solthis. Un comité de pilotage est également en place. Au travers de ce projet, la collaboration va encore se renforcer au delà de ce qu'elle est déjà à l'heure actuelle. ■

## TASP : le traitement antirétroviral comme outil de prévention : Résultats scientifiques indiscutables et doutes de Santé Publique

**C'est le lundi 18 juillet 2011 que le concept de TASP a pris son envol planétaire, le jour d'une session spéciale consacrée par la conférence de l'International Aids Society (IAS), sise à Rome, aux résultats complets de l'étude HPTN 052. Un essai majeur qui a assis les bases scientifiques indiscutables du TASP<sup>1</sup>.**

### Petit rappel historique

Le concept est pourtant né dans les études 2000, avant même l'arrivée des antirétroviraux hautement actifs (HAART) dans les pays en développement (PVD) avec les données épidémiologiques issues d'une province, le Rakai, en Ouganda<sup>2</sup>. Des données recueillies auprès de 415 couples africains séro-différents hétérosexuels dont l'un est contaminé par le VIH-1 et où il n'y avait aucune contamination lorsque le partenaire séropositif avait une charge virale < 400 copies.

L'idée du TASP dérivé du modèle de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) a connu un essor notable en 2008 avec «le Suiss Statment» dans lequel Bernard Hirschel et ses collègues relançaient le débat en publiant un article dans le Bulletin des médecins suisses annonçant que les personnes séropositives sous traitement antirétroviral ef-

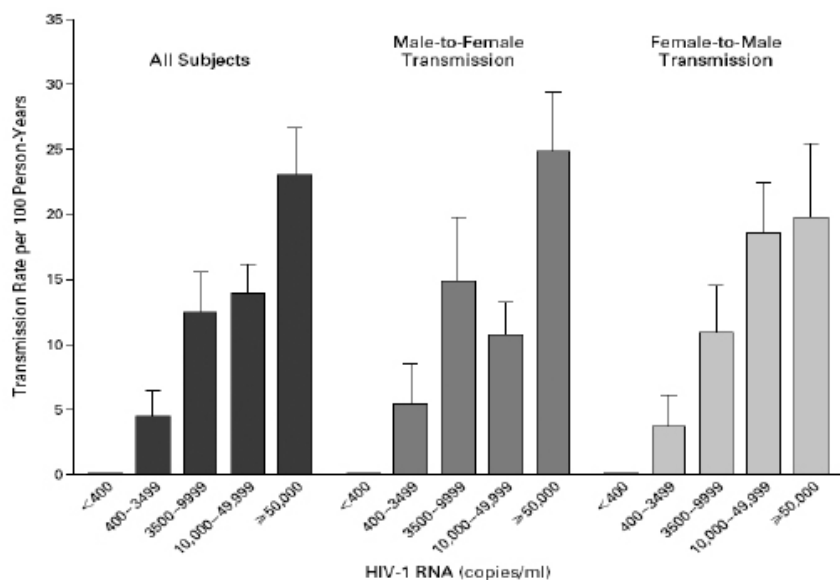
ficace (charge virale indétectable depuis plus de 6 mois et absence de cofacteur de transmission), sans autre infection sexuellement transmissible et suivies médicalement, ne transmettaient plus le VIH par voies sexuelles<sup>3</sup>. En 2009, Reuben Granich et ses collègues publient un modèle mathématique, «démodélisé» et critiqué depuis largement, montrant qu'un dépistage universel du VIH, répété annuellement, suivi d'une mise sous traitement immédiate des personnes infectées, quel que soit leur état clinique, pourrait éradiquer l'épidémie en une trentaine d'années<sup>4</sup>.

### L'essai HPTN 052

Cette vaste étude a concerné, 1763 couples stables séro-différents – un partenaire séropositif et l'autre séronégatif – retenus (3526 personnes au total). L'étude a comparé l'impact sur le nombre de contaminations au sein des couples d'une mise sous traitement antirétroviral immédiate à un traitement différé, commencé lorsqu'un des 2 partenaires du couple avait un taux de CD4 inférieur à 200-250 cellules/mm<sup>3</sup>. Au total, ont été inclus, 886 couples dans le bras «immédiat» et 877 couples dans le bras «différé»: 278 aux États-Unis, 954 en Afrique et 531 en Asie (Thaïlande, Inde). L'Afrique était donc la région la plus représentée avec le Malawi, le Kenya, le Zimbabwe, l'Afrique du Sud... On dénombrait en-

viron 50% de femmes, avec peu de rapports non protégés reconnus (entre 6 et 8%) et des CD4 du cas index avec une baseline entre 428 et 442. Le comité indépendant surveillant l'étude a été clair dans sa décision d'arrêter l'essai 18 mois plus tôt que prévu: «Nous recommandons que les résultats de l'essai soient annoncés le plus rapidement possible et que toutes les personnes VIH + aient accès au traitement ARV.» En termes statistique, l'essai HPTN 052 démontre que le traitement ARV réduit de 96% la transmission du VIH. Les investigateurs ayant comptabilisé 39 contaminations au total, dont 4 dans le bras de traitement immédiat et 35 dans le bras différé. Quand on s'intéresse au 28 contaminations certaines au sein du couple, ce qui a été vérifié par des analyses phylogénétiques du virus, la différence est encore plus significative. Elle confirme que le traitement ARV protège de la contamination VIH chez ces couples séro-différents stables hétérosexuels en Afrique et bien sûr dans les conditions spécifiques d'un essai. Qui plus est, la seule infection à partir d'une personne séropositive traitée s'est produite au moment de l'introduction du traitement.

Ces 96% de réduction du risque de transmission hétérosexuelle placent le TASP en haut du podium de l'efficacité «des nouveaux outils préventifs»: pour l'heure, le vaccin de l'essai thaïlandais RV144 est à 31% de réduction du risque au mieux, la prophylaxie pré-exposition (PREP) topique par gel vaginal de Caprisa à 39%, la PREP orale à 42% chez les Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) de l'essai Iprex et à 73% dans Partners Prep.





### Les questions en suspens

Reste que le TASP soulève un certain nombre de questions. Comment le TASP est-il économiquement applicable, coût-efficace, et économiquement viable à l'heure d'une économie mondiale contrainte ?

Comment financer ces traitements additionnels dans un contexte où le financement de la lutte contre le sida n'est pas acquis ?

Sur ce point, plusieurs modélisations économétriques ont été présentées pour évaluer le coût-efficacité de ces approches. Certaines concluent qu'il serait préférable de cibler en priorité les HSH et les UDIV. D'autres modélisent ce que ce seraient les effets positifs (19% de réduction des décès, 34% de nouvelles infections en moins.) et les effets négatifs (doublement du taux de résistance virale) du Test and Treat (dépistage renforcé et traitement précoce pour les personnes contaminées), extension du TASP en incluant le dépistage massif et le « linkage of care »<sup>5</sup>. Les associations auront-elles les moyens financiers et la volonté politique d'accompagner l'utilisation de cet outil préventif comme elles l'ont fait avec le préservatif ?

Enfin le TASP, si séduisant depuis l'HPTN 052, est devenu aujourd'hui, aux yeux de certains, littéralement « insultant » pour les 7 millions de malades avec moins de 250 CD4/mm<sup>3</sup> qui manquent encore cruellement de traitements antirétroviraux au Sud. Sans parler du refus du TASP de la part de personnes atteintes, comme observé au Kenya ou en Afrique du Sud. Et cette crainte, perceptible au Sud comme à l'Est, de voir s'opposer prévention et TASP dans l'attente des nouvelles recommandations de l'OMS sur le « quand et qui traiter ».

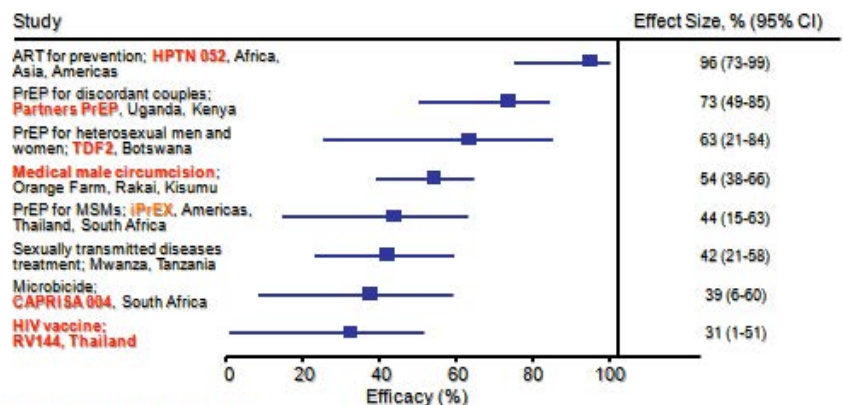


Sensibilisation, Camp Sékou - Mali



Sensibilisation - test de dépistage, Blah - Mali

## Efficacy of HIV Prevention Strategies From Randomized Clinical Trials



**Pour en savoir plus, venez assister au SOLTHIS HIV FORUM  
Jeudi 19 septembre, 11h - 13h**

### Quelles stratégies de prévention ?

**Modérateur: Pr Jean-François Delfraissy – ANRS**

**Le traitement antirétroviral comme outil prévention (TASP) : résultats scientifiques indiscutables et doutes de santé publique**

Pr Gilles Pialoux  
CHU de Tenon

**Le TASP : possible réalité pour les pays en développement ?**

Pr François Dabis – ISPED

**PREP, microbicides, préservatifs : les autres stratégies de prévention**

Dr Bruno Spire  
AIDES

**Table ronde: Pr Pierre-Marie Girard – Hôpital Saint-Antoine  
Joseph Larmarange – IRD (TBC)**

1. Cohen Met al., Antiretroviral treatment to prevent the sexual transmission of HIV-1: results from the HPTN 052 multinational randomized controlled trial, MOAX0102, IAS 2011  
2. Quinn et al. N Engl J Med 2000;342:921-9  
3. Vernazza Pietro, Bernard Hirschel, Enos Bernasconi and Markus Flepp (2008) "Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voies sexuelles," Bulletin des médecins suisses, 89 (5), p. 165-169.  
4. Granich Reuben M, Charles F Gilks, Christopher Dye, Kevin M De Cock and Brian G Williams (2009) "Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model," The Lancet, 373 (January), p. 48-57.  
5. Voir les articles de Joseph Lamarange et Louis Pizarro dans le numéro spécial Transcriptases/ANRS Compte rendu de la 19<sup>ème</sup> conférence internationale sur le sida 22-27 juillet 2012 www.vih.org

# 10 ans après l'arrivée des ARV en Afrique :

**Au début des années 2000, l'arrivée des ARV en Afrique a suscité beaucoup d'espoirs au fil du temps. Mais quels sont les défis auxquels doivent faire face les acteurs de la lutte en charge des enfants, la multiplication des hépatites, l'évolution du système de santé à**

## Les enfants : population encore négligée

On estime à 3,4 millions le nombre d'enfants de moins de 15 ans qui vivaient avec le VIH en 2011, dont 91 % en Afrique subsaharienne et à 330 000 le nombre d'enfants nouvellement infectés dont plus de 90 % en Afrique subsaharienne.

Ces chiffres, en régression, restent encore alarmants et montrent que le VIH pédiatrique reste en Afrique une urgence négligée dont la prise en charge doit être précoce car, sans traitement, 50 % des enfants infectés mourront avant l'âge de 2 ans.

Des efforts ont été faits (gratuité des ARV et des soins) mais le passage à plus vaste échelle est confronté à des difficultés dans les pays africains.

**La couverture des services reste limitée :** pour les services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) il est en moyenne de 59% dans nos pays ; seuls 6 pays ont une couverture de plus de 75%. La couverture en sites pédiatriques est encore plus faible. Par exemple, au Mali il existe 338 sites PTME, contre 79 sites de prise en charge pédiatrique. Cette insuffisance de couverture se traduit évidemment par une insuffisance de dépistage et de prise en charge de l'enfant.

**Les résultats des programmes de PTME sont encore mitigés.** Le dépistage volontaire est limité par le risque de stigmatisation et de discrimination de la femme. L'objectif d'élimination de la TME sera difficilement atteint à cause de la faible intégration des services (VIH et soins prénataux), du faible taux de dépistage aggravé par les ruptures fréquentes en réactifs et l'insuffisance de ressources humaines. Les stratégies thérapeutiques pour la PTME ont beaucoup évolué, des progrès ont été faits en terme d'accès au traitement de façon globale mais des disparités existent selon les pays : en 2011, 57% des femmes enceintes séropositives ont reçu un traitement antirétroviral pour éviter la contamination de leurs enfants.

**Le diagnostic précoce et le dépistage chez l'enfant restent l'obstacle majeur.** La transmission du VIH est verticale chez l'enfant dans 90% des cas. La méthode de diagnostic du VIH chez le nourrisson avant 18 mois a été simplifiée il y a quelques années par la technique du papier buvard mais cette technique reste inaccessible à l'échelle du pays dans la majorité des cas. Le suivi des enfants exposés n'est pas optimal dans la plupart des sites. L'utilisation des autres portes d'entrée pour dépister le maximum d'enfants notamment les unités de récupération nutritionnelle, les services d'hospitalisation pédiatrique, les unités de vaccination reste problématique surtout dans les pays à faible prévalence à cause de la réticence des parents et de la « frilosité » des soignants. La proposition de dépistage systématique est difficilement acceptée par des parents qui ignorent leur propre statut. En l'absence de diagnostic et de prise en charge, la maladie est rapidement mortelle chez 50% des enfants infectés

### Les difficultés liées au traitement sont nombreuses

- L'accès au traitement antirétroviral est encore faible dans la plupart des pays. Les enfants représentent 7% des patients vivant avec le VIH sous traitement et seulement 28 % des enfants ayant besoin d'un traitement l'ont effectivement reçu en 2011. Dans la plupart des cohortes africaines l'âge moyen à l'initiation du traitement est de 4-5ans ce qui traduit un diagnostic tardif.
- Le choix des molécules reste toujours plus restreint que chez l'adulte et les formes galéniques ne sont pas toujours adaptées surtout chez le nourrisson ; le seul inhibiteur de protéase avec une présentation pédiatrique (lopinavir/ritonavir) a un goût « exécrable » pour certains enfants.
- L'observance au traitement est le souci quotidien des soignants. Les parents des nourrissons et les adolescents vivent mal la maladie et les contraintes du traitement à vie. Les orphelins, assez nombreux, ne bénéficient pas de l'investissement familial

**Pr Mariam Sylla**  
 Chef de service de l'Unité Néonatalogie-  
 Urgences du département de Pédiatrie  
 du CHU Gabriel Touré de Bamako (Mali)

nécessaire à leur épanouissement. Améliorer l'observance est la principale issue pour éviter l'apparition de résistances.

**La prise en charge des adolescents :** avec l'avènement des traitements ARV, l'infection à VIH est devenue une maladie chronique. Les équipes soignantes du Sud doivent apprendre à gérer les difficultés de l'adolescence : inobservance du traitement, sexualité, annonce du diagnostic et surtout le transfert vers les services d'adultes.

**La délégation de tâches,** stratégie essentielle, dans ce contexte d'insuffisance de ressources humaines est au stade d'expérimentation. Sa mise en œuvre permettra de prendre en charge le maximum d'enfants.

Enfin il faut insister sur **la pluridisciplinarité de la prise en charge ;** l'enfant infecté doit avoir accès à une bonne nutrition, un soutien psychologique et un environnement social favorable. Tout ceci nécessite une bonne organisation et une intégration des services.

**La recherche :** le VIH pédiatrique n'est plus une priorité dans les pays du Nord qui ont réussi à maîtriser la transmission de la mère à l'enfant et les pays du Sud n'ont pas suffisamment de moyens pour faire de la recherche. Des réseaux de collaboration Nord /Sud doivent se développer.

Source : Rapport ONUSIDA 2011



CSI Madina, Niger

# les nouveaux défis de la prise en charge

tout en révélant de nouvelles problématiques. Face à cette évolution, Solthis a adapté sa stratégie d'intervention contre le sida en Afrique aujourd'hui ? Dans ce dossier, Solthis a choisi de revenir sur quatre d'entre eux : la prise en charge des infections à virus de l'hépatite B, la prise en charge des infections à virus de l'hépatite C, la prise en charge des infections à virus de l'hépatite A, et le suivi biologique.

## Faire face à l'émergence des coinfections hépatites

Pr Eric Adehossi

Chef de service de maladies internes à l'Hôpital National de Niamey (Niger)

On estime que dans le monde à 40 millions le nombre de séropositifs pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), 400 millions de porteurs chroniques du virus de l'hépatite B (VHB) et 180 millions de porteurs chroniques du virus de l'hépatite C (VHC). En raison de modes communs de transmission du VHC, du VHB et du VIH, la prévalence des co-infections est élevée. En Europe, on estime que 8% des patients VIH sont porteurs de l'Ag HBS et que 40% le sont par le VHC. En Afrique, ces chiffres sont autour de 8 et 15% selon les séries pour le VHB et de 1 à 3% pour le VHC.

Dans les pays à ressources limitées, la morbidité liée au VIH/sida devrait diminuer grâce à un meilleur accès aux antirétroviraux. Il faudrait donc s'attendre à une augmentation de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies hépatiques. Les patients infectés par le VIH ayant une hépatite virale évolueraient rapidement et plus fréquemment vers la chronicité et donc vers la cirrhose et le cancer du foie. La co-infection avec le VIH multiplie par 3 à 6 le risque d'hépatite chronique active avec cirrhose et par 17 le risque de mortalité, comparé aux patients non VIH.

La co-infection VIH d'une part et hépatites B et C d'autre part pose de nombreux problèmes. Mais, en Afrique particulièrement, les praticiens sont confrontés à des défis de prise en charge.

Du point de vue du diagnostic et du suivi, le plateau technique est faible. Le diagnostic d'hépatite chronique active dans les pays du Nord est fondé sur la biopsie hépatique et sur la charge virale du virus en cause. Ces deux examens font souvent défaut dans les pays à ressources limitées. Une évaluation fondée sur des critères cliniques et biologiques simples est en cours d'élaboration pour les pays à ressources limitées à l'OMS. Il est donc primordial de développer des outils d'aide au diagnostic validés et surtout de renforcer les capacités des pays africains sur le plan des ressources humaines et de favoriser un transfert de technologie. Ce transfert pourrait se faire de façon progressive de façon régionale, puis nationale.

Du point de vue thérapeutique, les médica-

ments actuellement autorisés en Europe pour le traitement du VHB comprennent les IFN- $\alpha$ 2a et  $\alpha$ 2b et l'IFN pégylé (PEG-IFN)- $\alpha$ 2a, la lamivudine, et l'adéfovir. Le ténofovir et l'émtricitabine commercialisés pour le VIH et sont également actifs contre le VHB. Les médicaments en cours de développement actifs uniquement contre le VHB comprennent l'entécavir, la clévidine, la télbivudine. L'association d'interféron (IFN)- $\alpha$  pégylé et de ribavirine est le traitement de choix pour le traitement de l'infection par le VHC. En dehors des analogues non nucléosidiques de la transcriptase inverse utilisée dans le traitement de l'infection à VIH (lamivudine, ténofovir), ces médicaments ne sont pas disponibles en Afrique. Ne sont donc traités que les co-infectés VIH-VHB.

Du point de vue préventif, le dépistage de l'antigène HBs lors du diagnostic de la séropositivité VIH est systématique. La vaccination est proposée aux patients VIH+ avec AgHBs négatif et Anticorps anti-HBs négatif. Les nouveaux-nés de mère co-infectée sont vaccinés à la naissance. Des essais sont en cours pour la transmission materno-fœtale.

Une récente étude transversale chez le personnel de l'Hôpital National de Niamey a retrouvé une prévalence de l'antigène HBs de 15,3% [C

95% : 9,9-20,7] et une très faible proportion de personnes sensibles à l'infection par le VHB. Ces résultats amènent les auteurs de l'étude à suggérer que dans une approche globale pour prévenir les infections liées aux soins par des agents pathogènes à transmission sanguine, la vaccination universelle contre l'hépatite B des agents de santé n'est pas la priorité par rapport à la prévention primaire. Le dépistage et le traitement de l'hépatite B doit également être considéré. ■

Référence bibliographique: Pellissier G, Yazdanpanah Y, Adehossi E, Tosini W, Madougou B, Ibrahima K, Lolom I, Legac S, Rouveix E, Champenois K, Rabaud C, Bouvet E. Is universal HBV vaccination of healthcare workers a relevant strategy in developing endemic countries? The case of a university hospital in Niger. PLoS One. 2012; 7(9): e44442. doi: 10.1371/journal.pone.0044442.

### Pour en savoir plus, venez assister au SOLTHIS HIV FORUM Vendredi 20 septembre, 11h - 13h

#### Enjeux médicaux à venir

Modérateur: Dr Leopold Zekeng – ONUSIDA

Nouveaux enjeux, nouvelles réponses pour les 10 années à venir

Pr Robert Murphy  
Université Northwestern

Les enfants : une population négligée

Pr Mariam Sylla  
Hôpital Gabriel Touré, Mali

Faire face à l'émergence des coinfections hépatites

Pr Eric Adehossi  
Hôpital National de Niamey, Niger

Table ronde: Dr Franck Lamontagne – Solthis  
Dr Gilles Raguin – ESTHER  
Dr Marco Vitoria – OMS

## Les enjeux biologiques : des modèles de machines innovantes pour maintenant

La prise en charge médicale dans les pays en développement (PED) accuse un retard considérable par rapport aux pays industrialisés par manque de moyens financiers et humains. Le « poids » de la maladie est radicalement différent dans les PED où la mortalité reste élevée chez les patients vivant avec le VIH, la tuberculose ou le paludisme. De même, la mortalité materno-infantile est encore dramatiquement haute. Transposer les systèmes de santé et les technologies des pays du Nord vers les pays à ressources limitées est un processus lent, coûteux et parfois inapproprié voire impossible. Développer de nouvelles méthodes de prestation des soins de santé conçus spécialement pour ces environnements serait plus coût-efficace.

Dans les pays à faibles et moyens revenus, il y a un manque criant de recherche interdisciplinaire. La recherche sur la « santé internationale » a traditionnellement été abordée par des approches axées sur un unique problème. Par exemple, le dépistage précoce chez le nourrisson en détectant l'ADN du VIH par Polymérase Chain Reaction (PCR) est disponible dans de nombreux PED. En revanche, cela peut prendre jusqu'à 3 mois pour avoir le résultat, et on sait par expérience, que 41% des mères ne retournent jamais chercher les résultats des tests pour leurs bébés. On est loin de pouvoir traduire les résultats de la recherche opérationnelle en applications concrètes et efficaces. Des innovations concernant les appareils de diagnostic faciles à utiliser dans le centre de santé et d'autres technologies pourraient prévenir, diagnostiquer ou traiter la maladie. Dans le contexte de la santé mondiale, de telles innovations pourraient sauver beaucoup de vies.

### Modèle des technologies médicales traditionnelles au nord : difficultés pour les pays à faible et moyens revenus

Les PED utilisent les mêmes appareils que les pays développés. Ainsi, l'appareil de dépistage du VIH par PCR est produit et distribué par Chiron et Abbott, tous deux basés aux États-Unis. Leurs produits sont précis mais chers et l'analyse requiert une chaîne de froid. Une des machines de comptage des CD4 les plus communément utilisées en Afrique est fabriquée par Partec, une compagnie allemande, certes de qualité mais onéreuse, et la maintenance doit se faire en Allemagne. De même pour l'appareil GenExpert utilisé pour le diagnostic de la tuberculose : il est développé aux États-Unis à un coût élevé tout comme les tests qui sont également très chers.

Comme les appareils et les réactifs sont vendus à un prix élevé dans les pays du Nord, les entreprises trouvent peu d'intérêt à développer des technologies plus efficaces, abordables et faciles à utiliser. Dans les pays développés, il y a peu, voire pas d'intérêt à développer un test de VIH réalisable avec un appareil portable parce qu'il existe déjà un test très précis qui peut être fait presque partout : un échantillon de sang est envoyé dans un laboratoire de référence avec un résultat dans les 24h. Malgré le coût élevé, cela fonctionne et peu s'en plaignent. La demande pour un appareil moins cher et facile à utiliser sur le terrain n'existe pas. En fait, dans les pays du nord il n'y a pas de demande pour un appareil dans le centre de santé cela ne leur serait pas utile. C'est la même chose pour le diagnostic de la tuberculose, les PED doivent continuer à utiliser des techniques dépassées, peu sensibles et dont les résultats sont longs à obtenir.

Pour relever les défis de la santé internationale en termes de technologies nouvelles et innovantes, les objectifs suivants doivent être atteints :

- Élargir la base de l'expertise nécessaire et disponible aux problèmes urgents de santé internationale par le développement de programmes interinstitutionnels de formation à la recherche axés sur la résolution de problèmes en génie biomédical. Cela permettrait de rassembler un éventail varié d'experts travaillant ensemble sur des problèmes de recherche en santé internationale.
- Stimuler le niveau de connaissances, les approches et les solutions en mettant l'innovation au cœur de la problématique des pays en développement.
- Intégrer la recherche sur la santé internationale dans les institutions en faisant prendre conscience et en construisant des capacités d'ingénierie biomédicale là où cela est utile, en Afrique subsaharienne.

Dans le but de développer des programmes d'ingénierie biomédicale interdisciplinaire innovants en Afrique, nous devons créer des opportunités et des ressources pour la formation en « Innovation et Santé internationale ». À l'Université Northwestern, nous avons soutenu le développement d'un cursus de Santé internationale et la création de trois centres de santé internationale: ingénierie, médecine et économie.

L'innovation peut être définie comme la mise en place d'un système qui va perturber le produit prédominant sur le marché et créer

une opportunité abordable, accessible et facile à délivrer. L'innovation dans les pays à ressources limitées a été décrite comme la créativité mise en pratique. Cette innovation dans nos programmes comprend :

- Le développement d'une nouvelle technique biomédicale ou d'un renforcement des capacités des programmes déjà existants.
- L'approche pluridisciplinaire avec des équipes techniques, médicales, d'économistes.
- L'approche ascendante prise par les ingénieurs, les médecins et les économistes des pays en développement, les mieux placés pour identifier les besoins et innover.
- L'intégration des programmes de formation à l'Université du Cap (Afrique du Sud) UCT, le programme le plus développé sur l'ingénierie biomédicale en Afrique pour la formation et l'apprentissage dans les pays de la sous-région.
- La formation sur la commercialisation et la propriété intellectuelle, un nouveau chantier nécessaire à la réussite de ce projet.

Avec la formation sur l'évaluation des besoins et les processus de développement de produits, les Africains peuvent mieux identifier les nouveaux appareils médicaux et les pratiques qui peuvent avoir le meilleur impact, décider quelles technologies ou méthodes sont les mieux appropriées et démontrer que les solutions sont sûres, coût-efficaces et compétitives sur le marché africain.

En général, on peut remplacer des équipements chers et compliqués. Un exemple est le remplacement des appareils de PCR par des machines faciles à utiliser, transportables et qui ne nécessitent pas d'amplification. En outre, nous voulons développer des technologies qui n'existent pas, tels que des appareils de diagnostic de la tuberculose, rapides et faciles à manipuler. Cela est en cours et dans certains cas.

### Exemples de technologie en cours de développement

**Le test de dépistage VIH sur site chez le nourrisson.** Le premier produit commercialisé par la Northwestern Global Health Foundation (NGHF) est le test VIH pour nourrisson sur site. Ce test réduira le temps nécessaire pour le diagnostic du VIH chez le nourrisson de plusieurs mois à 30 minutes et sera analysé sur site. En 2013, la NGHF a mis à disposition de la Fondation Clinton, 25 000 tests et 190 appareils pour un projet pilote dans 10 pays africains. Le NGHF prévoit le passage à

l'échelle avec la mise à disposition de 300 000 tests et 5 000 machines d'ici 2016.

**IMCI tablet.** Les professionnels de santé des centres de santé communautaires utilisent souvent le protocole de la « Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant » de l'OMS pour diagnostiquer et traiter les maladies les plus fréquentes. Cette tablette est une aide au diagnostic électronique développée pour iPad et Android. Cette tablette avec DxDb client inclut un système développé par la NGHT et l'UCT et contient des images, des vidéos et les sons des principaux symptômes pour aider les professionnels de santé - non médecins - à naviguer entre les algorithmes, souvent compliqués, de diagnostic de l'OMS ou nationaux. Le CICGHT et l'UCT évaluent actuellement la performance de cette application dans la ville du Cap. Les résultats seront disponibles prochainement.

**Rapid test strip reader.** En 2013, la NGHF prévoit de lancer un test rapide développé par l'Université Northwestern et l'UCT qui pourront lire et interpréter les résultats avec précision. Ces résultats seront envoyés à une centrale des données pour la gestion des prévisions des programmes de prise en charge.

**Birth attendant training kit.** La NGHF va commercialiser un kit de formation pour les sages-femmes pour les aider à réduire le taux de mortalité infantile. Ce kit sera produit en Afrique du Sud.

**Kangaroo Santé de la mère.** A peu près 80 % des enfants prématurés souffrent d'hyperbilirubinémie ou de jaunisse pouvant entraîner des dommages cérébraux. La thérapie classique est la photothérapie par incubateur à chaleur contrôlée, mais cette technique n'est pas possible dans la plupart des PED. Les équipes de l'Université Northwestern et l'UCT ont développé une couverture qui émet des diodes électroluminescentes à la longueur d'ondes nécessaires pour la photothérapie. Les mères doivent simplement envelopper leur enfant dans la couverture, l'emballer, le coller à leur poitrine pour diffuser la chaleur. Une infrastructure de la ville du Cap a pris en charge les dernières étapes de tests, de commercialisation et de production.

**Apnea-Alert Affordable Apnea Monitoring for Preterm Infants.** La détection de l'apnée des prématurés restent un défi. Ce système d'alerte permettrait à la mère et à l'enfant de dormir grâce à une alarme qui sonnerait quand le bébé s'arrêterait de respirer. Ce système combine un capteur piézoélec-

trique qui détecte la respiration par le ventre de l'enfant comme un oxymètre de pouls détecte la fréquence cardiaque et la saturation en oxygène. Une entreprise du Cap a été identifiée pour produire cet outil. Néanmoins, un financement important est encore nécessaire pour développer des algorithmes de détection fiables.



Laboratoire national de référence - Niger

**Radiologie digitale pour les hôpitaux de référence.** Dans une clinique de Cap Town, 300 à 400 patients par jour sont suivis pour des symptômes pulmonaires nécessitant une radiographie des poumons. L'Université Northwestern et l'UCT ont réfléchi à un système de radiographie digitale. Le système est maintenant à l'étape de prototype par la World Health Imaging Alliance, ou Health-green.

### Conclusion

Le financement pour la recherche et développement sur le matériel médical dans les PED a considérablement augmenté dans les dix dernières années. Mais les efforts fournis n'ont pas encore d'impact dans les centres de santé car il reste à produire, à mettre sur le marché, à vendre les produits et ensuite à former les utilisateurs. Face à ce constat, une équipe de l'Université Northwestern et de l'UCT ont développé des programmes et des formations pour combler le fossé entre la recherche sur l'appareil médical et les marchés des PED. J'espère que ces programmes pourront profiter pleinement aux pays africains. ■

USAID. HIV/AIDS HEALTH PROFILE. SEPTEMBER 2010.

US Department of State. About PEPFAR>Operational Plans>Fiscal Year 2009 Operational Plan - February 2010>Section IV Other PEPFAR Country Narrative>Africa. <http://www.pepfar.gov/about/129111.htm>. Accessed 13 May 2011.

Corbett EL, Marston B, Churchyard GJ, De Cock KM. Tuberculosis in sub-Saharan Africa: opportunities, challenges, and change in the era of antiretroviral treatment. *Lancet*. Mar 18 2006;367(9514):926-937.

United States Government. The United States Government Global Health Initiative: Strategy Document. 2011;1-24.

Hawkins C and Murphy R. Management of antiretroviral failure and resistance in developing countries. *Curr Opin HIV AIDS*. 2009;4:538-44.

Martinson NA, Hoffmann CJ, Chaisson RE. Epidemiology of Tuberculosis and HIV: Recent Advances in Understanding and Responses. *Proc Am Thorac Soc*. 2011 Jun;8(3):288-293.

WHO. Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB): 2010 Global Health Surveillance and Response. 2010 (ISBN 978 92 4 159919 1)

Palamountain KM, Stewart KA, Krauss A, Kelso D, Diermeier D. (2010). University leadership for innovation in global health and HIV/AIDS diagnostics. *Glob Public Health*. 5:189-96

Helb D, Jones M, Story E, Boehme C, Wallace E, Ho K, Kop J, Owens MR, Rodgers R, Banada P, Safi H, Blakemore R, Lan NT, Jones-Lopez EC, Levi M, Burday M, Ayakaka J, Mugerwa RD, McMillan B, Winn-Deen E, Christel L, Dailey P, Perkins MD, Persing DH, Alland D. Rapid detection of *Mycobacterium tuberculosis* and rifampin resistance by use of on-demand, near-patient technology. *J Clin Microbiol*. 2010 Jan;48(1):229-37.

Blakemore R, Story E, Helb D, Kop J, Banada P, Owens MR, Chakrovorty S, Jones M, Alland D. Evaluation of the analytical performance of the Xpert MTB/RIF assay. *J Clin Microbiol*. 2010 Jul;48(7):2495-501.

WHO. Rapid Implementation of the Xpert MTB/RIF diagnostic test: Technical and operational 'how-to' practical considerations. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data 2011: 1-34. (ISBN 978 92 4 150156 9)

Theron G, Peter J, van Zyl-Smit R, Mishra H, Streicher E, Murray S, Dawson R, Whitelaw A, Hoelscher M, Sharma S, Pai M, Warren R, Dheda K. Evaluation of the Xpert(R) MTB/RIF assay for the diagnosis of pulmonary tuberculosis in a high HIV prevalence setting. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011 Apr 14 [Epub ahead of print]

Bassett IV, Wang B, Chetty S, Giddy J, Losina E, Mazibuko M, Bearnot B, Allen J, Walensky RP, Freedberg KA. Intensive tuberculosis screening for HIV-infected patients starting antiretroviral therapy in Durban, South Africa. *Clin Infect Dis* 2010. 51(7):823-829.

Parpia, ZA., Elghanian, R., Nabatiyan, A., Hardie, DR., & Kelso, D. (2010). p24 Antigen Rapid Test for Diagnosis of Acute Pediatric HIV Infection *Journal of AIDS* 55:413-419.

Nabatiyan, A., Parpia, ZA., Elghanian, R. & Kelso, DM. (2010). Membrane-Based Plasma Collection Device for Point-of-Care HIV Diagnosis. *Journal of Virological Methods*.

## Le système de santé, maillon faible de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant au Niger

La prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) est devenue désormais une composante incontournable des systèmes de santé en Afrique et représente un pas décisif vers la « normalisation » de la prise en charge du VIH/sida, et son insertion dans le paquet minimum d'activités des personnels de santé.

Mais la PTME connaît de nombreux problèmes, que reflètent 2 indicateurs : le nombre important de femmes enceintes séro-positives qui sont perdues de vue après leur dépistage d'une part, le faible nombre d'enfants nés de femmes enceintes séro-positives qui sont suivis d'autre part.

Pourquoi cet échec relatif des programmes PTME en Afrique, malgré la mobilisation des institutions internationales (OMS, UNICEF, UNFPA), des ONG médicales (Solthis) et les importants moyens humains et financiers qui leur sont consacrés ? Beaucoup d'explications invoquent des facteurs sociaux et culturels : la forte stigmatisation des PvVIH en Afrique, le système patriarcal et l'influence de la polygamie, le rôle des guérisseurs, le poids des religions, l'analphabétisme, les survivances traditionnelles... Mais les facteurs institutionnels et professionnels nous semblent jouer un rôle important, voire décisif. L'état actuel des systèmes de santé, la mauvaise gestion des ressources humaines qui caractérise ces derniers, la faible qualité des soins, et les logiques sociales spécifiques qui caractérisent la profession de sage-femme sont en particulier des éléments largement communs à beaucoup de pays africains, qui peuvent permettre de comprendre les difficultés que rencontre la PTME dans sa mise en œuvre.

### Méthodologie

Pour observer les « écarts » entre la PTME telle qu'elle se présente dans les documents officiels, les programmes de santé ou les organigrammes, et la PTME telle qu'elle est effectivement mise en œuvre dans la pratique quotidienne, autrement dit pour étudier l'« implementation gap », les enquêtes par questionnaires comme les évaluations reposant sur les statistiques et rapports officiels connaissent de nombreux biais et sont peu fiables.

La méthodologie suivie par l'équipe du LASDEL est par contre de type socio-anthropologique : enquêtes de terrain approfondies, impliquant une forte familiarité avec les milieux investigués, menées par des chercheurs expérimentés ; recours à des observations répétées ; études de cas ; entretiens libres et semi-directifs avec des acteurs appartenant à des groupes stratégiques variés : sages-femmes, infirmiers, filles de salle, personnels des ONG, militants associatifs, équipes cadres

de district, professionnels de santé publique, femmes enceintes séro-positives, séro-négatives et non dépistées, mères, familles...

### Quelques résultats

Parmi l'ensemble des résultats et analyses issus de la recherche du LASDEL qui témoignent des problèmes que rencontre la PTME, on peut citer : les relations difficiles entre sages-femmes et parturientes, la revendication de primes, l'absentéisme des médecins prescripteurs, et les ruptures d'intrants.

Les sages-femmes sont au cœur du dispositif PTME. Or de nombreuses sages-femmes refusent de fait de faire des activités PTME, ou les effectuent de mauvaise grâce, pour des raisons financières. Toute activité nouvelle au sein du système de santé est en effet considérée par les personnels comme un surplus de travail méritant un surplus de salaire. Cette pratique a été favorisée par divers programmes verticaux. Or, bien que les activités liées à la PTME demandent plus de temps, et supposent l'acquisition de compétences spécifiques (appui psychologique ; réalisation de tests ; prescription d'ARV), les sages-femmes n'ont pas pendant longtemps pas reçu de « motivations » (autrement dit de primes) pour les activités PTME, et celles qu'elles reçoivent aujourd'hui leur semblent dérisoires, alors que le secteur du VIH/sida bénéficie d'énormes financements, dont elles n'ont pas « leur part ».

Ces revendications et ces réticences prennent place dans un contexte où les relations entre sages-femmes et femmes enceintes, parturientes ou accouchées sont loin d'être toujours excellentes. La perspective de l'accouchement dans la maternité où on a été dépisté peut ainsi être source de « fuite », à la fois parce que ce n'est pas la sage-femme qui a fait l'annonce qui fera l'accouchement et parce que les femmes craignent le manque de confidentialité ou les discriminations lors de l'accouchement de la part des sages-femmes de service. Par ailleurs, on constate que le counselling pré-test (collectif) n'est fréquemment pas fait du tout, et quand il est fait, c'est le plus souvent dans de mauvaises

conditions. Les résultats des tests ne sont pas toujours annoncés dans de bonnes conditions de confidentialité et de compassion pour les femmes séropositives, et l'injonction qui leur est faite d'amener le conjoint pour un dépistage est mal vécue et peut entraîner la « fuite » de l'intéressée. L'obligation de changer encore d'interlocuteur après l'accouchement et de voir un médecin prescripteur est aussi une cause de perte de vue tant de la mère que du nourrisson.

L'absentéisme des médecins (pour des réunions, des formations, des stages, des obligations sociales ou des activités dans le privé) est un problème dans tout le système de santé, et n'épargne pas les médecins prescripteurs. Mais les conséquences en sont graves : un déplacement, parfois de loin, pour trouver porte close, est une cause fréquente d'abandon de traitement pour la mère comme pour l'enfant.

Enfin, les ruptures d'intrants (ARV, tests, réactifs) restent trop fréquentes : elles ne sont pas spécifiques au VIH/sida, mais se retrouvent à tous les niveaux du système de santé.

### Conclusion

Alors que beaucoup de politiques de santé se focalisent sur la barrière financière ou géographique de l'accès aux soins, la question de la qualité des soins au sein des systèmes de santé n'est pas suffisamment prise en compte.

En dehors de la PTME, les dispositifs de prise en charge du VIH/sida fonctionnent depuis une dizaine d'années sur la base d'une meilleure qualité des soins que le reste du système de santé, dans lequel ils constituent en quelque sorte des « enclaves » fonctionnelles. Par contre la PTME a été implantée au cœur du système de santé sans tenir compte de sa situation réelle et de sa difficulté à délivrer des soins de qualité. Les recherches du LASDEL au Niger montrent que les dysfonctionnements du système de santé ont en quelque sorte « déteint » sur la PTME.

Le défi est donc clair : c'est le système de santé lui-même qui doit être réformé à partir de la PTME si l'on souhaite une PTME efficace. ■

## Pour en savoir plus, venez assister au SOLTHIS HIV FORUM Jeudi 19 septembre, 14h - 15h30

### PTME : l'apport des sciences sociales

Modérateur: Pr Alice Desclaux – IRD

Réformer le système de santé pour une PTME efficace

Pr Jean-Pierre Olivier de Sardan – LASDEL

La place des hommes dans la PTME

Dr Joanna Orne-Gliemann – ISPED

Table ronde: Dr Sanata Diallo – Solthis  
Frédéric Le Marcis – IRD  
Dr Roland Tubiana – Pitié-Salpêtrière

## Formation à la méthodologie de la recherche : vers une nouvelle génération de chercheurs cliniciens francophones

**Le troisième Cours Francophone de Recherche Clinique pour le VIH s'est tenu à Grand Bassam (Côte d'Ivoire) du 24 au 27 mars dernier. Organisé en partenariat entre l'AFRAVIH, le RESAPSI, l'ANRS, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé, le GIP ESTHER et Solthis, il a regroupé 38 participants venus de 14 pays d'Afrique subsaharienne et du Maghreb.**

Ce cours réunit des jeunes cliniciens, pharmaciens et biologistes impliqués dans la lutte contre le VIH à des titres divers. Son but est de dispenser un contenu académique exigeant dans un cadre convivial, facilitant les échanges entre les élèves et avec l'équipe enseignante. Le programme comprend des cours théoriques de bio-statistique, d'épidémiologie et d'éthique, et des cours plus pratiques sur l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet de recherche clinique. Cette année, Solthis participait à l'organisation du cours en animant deux ateliers sur la gestion de bases de données pour la recherche clinique et en finançant la participation de trois participants.

Pour une mise en application rapide des connaissances acquises en cours, une place importante est faite à des groupes de travail au sein desquels les étudiants doivent monter un projet de recherche. Encadrés par des membres de l'équipe enseignante, les élèves doivent identifier un sujet de recherche, explorer la bibliographie qui s'y rapporte, et en définir les contours méthodologiques. Au sein de ces groupes de travail, les élèves approfondissent les notions évoquées en cours, mais surtout se trouvent dans la situation d'une

équipe scientifique travaillant sur le développement d'un projet de recherche. Ils doivent chercher ensemble des solutions aux problèmes méthodologiques rencontrés, développer des idées appuyées sur des arguments scientifiques précis, échanger, convaincre ou se laisser convaincre, pour aboutir à un projet qu'ils défendront ensemble devant les autres groupes et l'équipe enseignante.

Les 4 groupes de travail reçoivent un thème de réflexion pour orienter leurs réflexions. Cette année, les thèmes étaient :

- Complications et morbidités
- Populations particulières
- Stratégies ARV
- Coïnfections

Ces 4 projets très différents ont donc été présentés lors de la séance finale. Le premier groupe a proposé un essai randomisé visant à évaluer l'efficacité et la tolérance du ténofovir pour la réduction de la transmission mère-enfant de l'hépatite B pendant la grossesse et l'allaitement. Le second groupe a réfléchi sur les besoins spécifiques de prise en charge des patients séropositifs âgés de plus de 50 ans, et proposé d'étudier cette question à travers une étude cas-témoins. Le troisième groupe a travaillé sur un essai clinique pour comparer l'efficacité clinique et la tolérance de 2 schémas thérapeutiques chez les patients très immunodéprimés, avec pour objectif de démontrer la supériorité d'une stratégie thérapeutique ténofovir + emtricitabine + dolutégravir face à une stratégie thérapeutique ténofovir + emtricitabine + efavirenz. Enfin, le dernier groupe a proposé une étude transversale sur la pré-

valence de l'hépatite C chez les adultes suivis pour le VIH, et un cas témoin pour en déterminer les facteurs de risque.

À l'issue du cours, les étudiants ont donc acquis les outils nécessaires pour la définition de projets de recherche clinique impliquant des méthodologies diverses. Les projets présentés, s'ils nécessitent encore quelques éclaircissements, sont tous à un niveau de développement avancé, et certains étudiants se sont déclarés prêts à poursuivre leur collaboration pour les mettre en œuvre dès leur retour chez eux.

Car le Cours Francophone de Recherche Clinique pour le VIH, et ça n'est pas son moindre mérite, est aussi l'occasion de faire se rencontrer et échanger des chercheurs de formations et d'horizons divers. Il contribue ainsi à l'émergence d'une communauté scientifique africaine francophone, prête à développer son propre agenda de recherche, et à mettre le dynamisme des nouvelles générations africaines au service de la recherche scientifique. ■

### Encadrement pédagogique :

Pr Serge Paul Eholié, CHU de Treichville, Abidjan (Côte d'Ivoire)  
Pr Christine Katlama, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris (France)  
Pr Gilles Brucker, Université Paris XIII (France)  
Dr Xavier Anglaret, ANRS, Abidjan (Côte d'Ivoire)  
Dr Lambert Assoumou, UMR S 943 INSERM (France)  
Dr Brigitte Bazin, ANRS (France)  
Dr Christine Danel, Programme PACCI, Abidjan (Côte d'Ivoire)  
Dr Didier Koumavi, Côte d'Ivoire  
Dr Ekouevi Valérie Journot, l'INSERM U897 / ANRS (France)  
Dr Karine Lacombe, CHU Saint-Antoine, Paris (France)  
Grégoire Lurton, Solthis  
Dr Roland Tubiana, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris (France)



Groupe des étudiants et enseignants, Grand Bassam - Côte d'Ivoire

## CROI 2013 : ce que Solthis en retient

Comme chaque année, la Conférence sur les Rétrovirus et les Infections Opportunistes (CROI) dont c'était la 20<sup>ème</sup> édition à Atlanta du 3 au 6 mars dernier, est le rendez-vous annuel incontournable des acteurs internationaux impliqués dans la lutte contre le VIH.

Solthis se fait l'écho des dernières avancées qui y ont été présentées, plus particulièrement concernant les pays en voie de développement.



### « Guérison » chez un nouveau né

Impossible tout d'abord de ne pas revenir sur ce cas de « guérison fonctionnelle » largement relayé par la presse généraliste, intervenu aux États-Unis chez un nourrisson infecté in utero par le VIH<sup>1</sup>.

Né d'une mère dépistée positive lors du travail, l'enfant a été confirmé séropositif à la naissance par une charge virale sanguine. Il est alors traité immédiatement dès sa 31<sup>ème</sup> heure de vie par zidovudine - lamivudine - nevirapine (AZT/3TC/NVP), puis par zidovudine - lamivudine - lopinavir boosté (AZT/3TC/LPV/r) du 7<sup>ème</sup> jour de vie jusqu'à 18 mois où il est perdu de vue et son traitement interrompu. Lorsque le contact est repris avec cet enfant, 10 mois après l'interruption de son traitement, il présente alors une charge virale sanguine parfaitement indétectable ainsi qu'une sérologie VIH négative. Même s'il est délicat de parler de réelle guérison mais plus de rémission, puisque différentes mesures d'ADN proviral intégré dans ses CD4 réservoirs sont faiblement positives, le virus ne semble cependant pas en capacité de se multiplier. Ce cas exceptionnel semble démontrer que le traitement de ce nouveau-né en phase de primo-infection très précoce a limité la dissémination du VIH vers les réservoirs, et facilité le contrôle immunitaire ultérieur du VIH par son organisme.

Ce cas ne semble pas isolé puisque les résultats d'autres études, dont l'une menée en Thaïlande chez des patients adultes traités en phase très précoce de primo-infection<sup>2</sup>, démontrent également qu'un tel traitement peut limiter l'ensemencement des réservoirs et l'intégration de l'ADN viral dans les CD4 mémoires et les cellules mononuclées contribuant à faciliter le contrôle ultérieur du virus par les réponses immunitaires spécifiques. Ces cas rejoignent parfaitement le cas des patients *Elite controllers* de la cohorte Visconti en France.

Cependant, au-delà de ces cas exceptionnels, la voie vers la guérison de la majeure partie des patients, diagnostiqués bien plus tardivement, semble encore longue puisque les stratégies présentées à la CROI visant à intervenir sur les réservoirs constitués en activant les cellules mémoires CD4 infectées pour ensuite les éliminer, ne semblent actuellement pas concluantes (Essai Eramune-01<sup>3</sup> et déception du Vorinostat<sup>4</sup>).

### Des progrès et de nombreux essais sur le continent africain

D'un point de vue programmatique, il est vrai que d'immenses progrès ont été réalisés en Afrique pour permettre fin 2011 l'accès aux ARV à plus de 8 millions de personnes, comme l'a rappelé F. Dabis (ISPED - Bordeaux) qui a parlé d'« African Success story »<sup>5</sup>. Mais plus encore que ce succès global qui cache des situations contrastées, il est aussi satisfaisant de constater que nombre d'essais cliniques et d'études se déroulent sur le sol africain et concernent des thématiques qui bénéficieront en premier lieu aux malades des pays en voie de développement.

Ainsi, s'agissant de la pédiatrie et de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), plusieurs études dignes d'intérêt ont été présentées lors de la session orale du 5 mars.

En pédiatrie, une étude randomisée suggère que la prévention des infections opportunistes chez l'enfant infecté par le VIH pourrait être améliorée. Cette étude menée en Ouganda et au Zimbabwe sur 758 enfants suivis pendant 2 ans a démontré le bénéfice de la poursuite du traitement préventif par cotrimoxazole, y compris après introduction d'un traitement ARV et quelque soit le niveau de CD4 de l'enfant<sup>6</sup>. Une protection vis-à-vis des infections bactériennes telles que pneumonies, sepsis bactérien, méningites mais aussi pour le paludisme expliquerait la diminution significative des hospitalisations et des décès constatés dans l'étude. Une telle stratégie, simple à mettre en œuvre, pourrait ainsi être recommandée dans de nombreux pays au contexte épidémiologique similaire.

Concernant la PTME, les premiers résultats de l'étude ANRS 12174 Promise-PrEP consistant à tester une nouvelle stratégie de prévention de la transmission du VIH lors de l'allaitement en substituant l'administration de névirapine au nouveau-né (option A) qui n'a jamais réellement été évaluée, par d'autres molécules, ont été présentés<sup>7</sup>. Cette étude menée dans 4 pays africains chez 1273 nouveaux-nés de mères séropositives ne nécessitant pas de traitement ARV pour elle-même (>350 Cd4) consistait à délivrer des monothérapies de lamivudine (3TC) ou lopinavir (LPV/r) aux enfants allaités jusqu'à une semaine après leur sevrage.

Les résultats présentés en avant première font état d'un taux de transmission par allaitement sous lopinavir très faible, limité à 1,1% à 12 mois, avec un taux de survie global (3TC et LPV/r) de 96,2%. Les résultats de cette stratégie qui restent à confirmer viennent alimenter le débat alors que l'OMS a recommandé en 2012 de débiter un traitement ARV à toute femme enceinte et à le poursuivre pour la vie quelque soit le niveau de CD4 (option B+), recommandation qui se heurte cependant aux problèmes de disponibilité des ARV sur le terrain.

Enfin, une large étude française cette fois, a cherché à documenter l'imputabilité de différents ARV pris pendant la grossesse sur la survenue d'anomalies néonatales. Portant sur l'analyse rétrospective de 13 124 enfants exposés aux ARV pendant la grossesse en France entre 1994 et 2010<sup>8</sup>, les résultats confirment quelques notions déjà connues. Ainsi, l'exposition à l'efavirenz lors du premier trimestre de grossesse est bien associée à un sur-risque d'anomalies neurologiques; la zidovudine expose à un risque accru d'anomalies cardiaques, alors que le didanosine et la lamivudine exposent à des malformations de la tête et du cou. Ces résultats confortent des notions fortement suspectées ou antérieurement constatées sur modèle animal. Ils ne doivent pas remettre en cause l'intérêt d'un traitement ARV pour la PTME, y compris par efavirenz au cas où seule cette molécule serait disponible, dont le bénéfice est largement supérieur aux risques de malformations potentiellement attendus.

### Intérêt du suivi biologique régulier chez l'adulte et l'enfant en pays en développement

Si le monitoring des CD4, plus accessible que celui de la charge virale dans ces pays, a démontré un bénéfice clinique chez l'adulte (essai DART) celui-ci n'avait jamais été évalué chez l'enfant. Une étude menée en Ouganda<sup>9</sup> a pu démontrer qu'un monitoring systématique trimestriel des CD4 avait un impact clinique faiblement significatif à l'échelle individuelle, et seulement après un an de suivi. A l'échelle collective, les auteurs considèrent que l'extension de l'accès aux ARV à d'autres enfants est cependant plus coût-bénéfique que de faire profiter ceux déjà sous traitement d'un tel suivi immunologique.



Une autre étude randomisée, l'essai CLADE<sup>10</sup> menée pendant 18 mois cette fois-ci chez 820 adultes kenyans d'une région rurale a évalué la faisabilité et l'intérêt d'un monitoring virologique semestriel systématique dans un tel contexte. Alors que près de 80% des patients étaient toujours suivis à 18 mois dans les 2 bras, le monitoring systématique semestriel de la charge virale a permis de diminuer le risque d'échec virologique de 46% en fin d'étude (15,2% vs 8,7%). Sur les 18 mois, 7,3% des patients du bras bénéficiant du monitoring avaient été mis sous 2<sup>ème</sup> ligne suite à un échec thérapeutique contre 0,9% des patients sans suivi virologique systématique. Une étude coût-efficacité est en cours afin de déterminer si cette stratégie est réaliste dans ce contexte à ressources limitées.

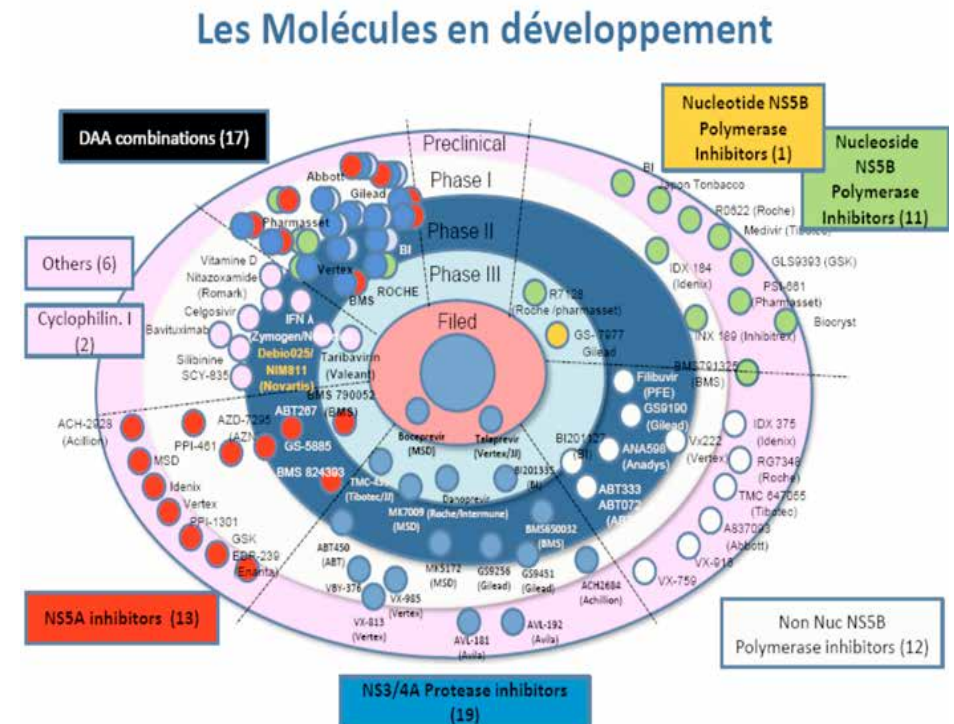
### Cryptococcose

La cryptococcose neuroméningée est une cause de mortalité majeure en Afrique. Le délai optimal d'introduction des ARV suite à un premier épisode de méningite à cryptocoques vient d'être évalué par l'essai randomisé COAT (Cryptococcal Optimal ART Timing)<sup>11</sup>.

A 26 semaines, la survie globale des patients chez qui les ARV ont été introduits précocement (1 à 2 semaines après le traitement antifongique) par rapport à ceux chez qui l'introduction des ARV a été différée (4 semaines) est bien plus faible avec un risque d'IRIS bien plus élevé (OR 1.7 (IC95: 0.65-4.54)). Les patients présentant des facteurs de gravité: score de Glasgow <15, cellularité du LCR <5 éléments, peuvent bénéficier d'une introduction des ARV encore plus tardive (5-6 semaines) selon les auteurs.

### Prévention

Alors que l'édition 2012 de la CROI avait présenté des résultats très encourageants concernant les essais de prévention de la transmission du VIH (Etude Partners Prep), l'essai VOICE<sup>12</sup> mené en Afrique du Sud sur 5000 femmes hétérosexuelles séronégatives qui visait à comparer 3 stratégies de prophylaxies pré-exposition (gel microbicide de ténofovir, ténofovir oral ou Truvada) est un échec, y compris pour le bras Truvada dont les résultats manquaient. Cet échec est lié à une mauvaise observance, confirmée par des dosages sanguins d'ARV insuffisants (seul 29% des femmes avaient des niveaux d'ARV détec-



tables). Il témoigne de la difficulté à adhérer à de telles stratégies de traitement pré-exposition sur un terme prolongé.

### Hépatite C

Enfin, la conférence s'est particulièrement intéressée à l'hépatite C lors de cette édition, ce qui était largement justifié par l'arrivée de nouvelles thérapies qui laissent entrevoir beaucoup d'espoirs.

Ainsi, l'étude ELECTRON<sup>13</sup>, portant sur des patients mono-infectés par le génotype 1, le plus difficile à traiter, a retrouvé aussi bien chez des patients naïfs de traitement que non répondants, une efficacité de 100% (CV VHC < 15Ui/ml) à 12 semaines après traitement combiné par ribavirine associé à 2 nouvelles molécules: le sofosbuvir (un analogue nucléotidique), et le lédispavir (inhibiteur de protéase NS5A). Ce traitement semble par ailleurs associé à peu d'effets indésirables (4%).

Concernant le co-infecté VIH-VHC, les résultats non moins intéressants des essais ANRS HC26 et HC27<sup>14,15</sup> évaluant respectivement

le telaprevir et le boceprevir, ont été présentés. Les réponses virologiques observées à 16 semaines ont été globalement de 88% sous telaprevir et de 63% sous boceprevir chez des patients contrôlés sur le plan du VIH, mais qui présentaient des facteurs de pronostic à priori défavorables: génotype 1, échec antérieur de traitement, stades avancés de fibrose hépatique F3 ou F4 pour plus d'un quart d'entre eux. Si les événements indésirables observés sont fréquents pour les deux stratégies, elles devraient permettre d'envisager des perspectives thérapeutiques pour des patients habituellement difficiles à traiter (génotype 1a) ou chez qui les perspectives thérapeutiques n'étaient plus envisageables.

Même si ces nouveautés thérapeutiques n'auraient aucun impact dans l'immédiat pour les malades des pays en voie de développement, le nombre de molécules actuellement en développement est impressionnant et pourrait à terme ouvrir la voie au dépistage et au traitement de cette maladie «orpheline» dans ces pays, tant l'épidémiologie y est peu connue et la prise en charge inexistante. ■

1. Functional HIV Cure after Very Early ART of an Infected Infant, Abstract #48LB.  
 2. Early ART Intervention Restricts the Seeding of the HIV Reservoir in Long-lived Central Memory CD4 T Cells, Abstract #47.  
 3. Impact of interleukin-7 and Raltegravir + Maraviroc Intensification on Total HIV DNA Reservoir: result from ERAMUNE 01, Abstract #170aLB.  
 4. The safety and Effect of Multiple Doses of Vorinostat on HIV Transcription in HIV+ Patients receiving cART, Abstract #50LB.  
 5. Reality Check: Is the End of Aids in Sight? Abstract #18  
 6. Randomized Comparison of Stopping vs Continuing Cotrimoxazole Prophylaxis among 758 HIV+ Children on Long-term ART: The Anti-Retroviral Research for Watoto Trial, Abstract #86.  
 7. Birth defects and ART in the French Perinatal Cohort, a

Prospective Exhaustive Study among 13,124 Live Births from 1994 to 2010, Abstract #81.  
 8. Towards Elimination of Breastfeeding Transmission by Infant Prep: Results of ANRS 12174 Trial Using Boosted Lopinavir or Lamivudine in Africa, poster #912.  
 9. Impact of routine Laboratory Monitoring after ART Initiation in 1206 HIV+ African Children: The 5-Year Anti-Retroviral Research for Watoto Trial, poster #912  
 10. Superiority of Routine Viral Load Monitoring in Rural Kenya: the Kericho Clinic-based ART Diagnostic Evaluation (CLADE) Trial, Abstract #151  
 11. ART Initiation within the First 2 Week of Cryptococcal Meningitis Is Associated with Higher Mortality: A Multisite Randomized Trial, Abstract #144  
 12. Pre-exposure Prophylaxis for HIV in Women: Daily Oral

Tenofovir, Oral Tenofovir/Emtricitabine, or Vaginal Tenofovir Gel in the VOICE Study, Abstract #26LB.  
 13. ELECTRON: 100% Suppression of Viral Load through 4 Weeks Post-Treatment for Sofosbuvir + Ledipasvir (GS-5885) + Ribavirin for 12 Weeks in Treatment-naïve and-experienced Hepatitis C Virus GT1 patients, Abstract #41LB.  
 14. High Early Virological Response with Telaprevir-Pegylated-Interferon-Ribavirin in Treatment-experienced Hepatitis C Virus Genotype1/HIV Co-infected Patients: ANRS HC26 Telaprevir/HIV Study, Abstract #36.  
 15. ANRS-HC27 Boceprevir/HIV Interim Analysis: High Early Virologic Response with Boceprevir+Pegylated Interferon + ribavirin in Hepatitis C Virus/HIV Co-infected Patients with Previous failure to Pegylated Interferon + Ribavirin, Abstract #37.

**JEUDI 19 SEPTEMBRE 2013**

## RECHERCHE

### Prévention, guérison, rémission, éradication du VIH : où en sommes-nous ?

**9.00-9.30** Ouverture Pr Françoise Barré-Sinoussi – Institut Pasteur  
Pr Christine Katlama – Présidente de Solthis

#### Session 1. HIV Cure et Réservoirs

Modérateur: Pr Françoise Barré-Sinoussi – Institut Pasteur

**9.30-9.50** Infection à VIH : une rémission possible Dr Asier Sáez-Cirión – Institut Pasteur  
**9.50-10.00** Primo infection: le big bang du VIH Dr Antoine Cheret – Hôpital Tourcoing  
**10.00-10.10** VIH : réservoirs et compartiments Dr Jade Ghosn – Hôpital Hôtel-Dieu, Paris

**10.10-11.00** *Table ronde:* Pr Brigitte Autran – Hôpital Pitié-Salpêtrière, Pr Christine Rouzioux – Hôpital Necker

#### Session 2. Quelles stratégies de prévention ?

Modérateur: Pr Jean-François Delfraissy – ANRS

**11.20-11.40** Le traitement antirétroviral comme outil de prévention : mise au point Pr Gilles Pialoux – CHU de Tenon  
**11.40-12.00** Le TASP : possible réalité pour les pays en développement ? Pr François Dabis – ISPED  
**12.00-12.20** PREP, microbicides, préservatifs : les autres stratégies de prévention Dr Bruno Spire – AIDES

**12.20-13.00** *Table ronde:* Pr Pierre-Marie Girard – Hôpital Saint-Antoine, Joseph Larmarange - IRD (TBC)

## SCIENCES SOCIO-ÉCONOMIQUES – Comprendre les déterminants de la transmission de la mère à l'enfant et de l'accès aux médicaments

### Session 1. PTME : l'apport des sciences sociales

Modérateur: Pr Alice Desclaux – IRD

**14.00-14.20** Le système de santé, maillon faible de la PTME Pr Jean-Pierre Olivier de Sardan – LASDEL  
**14.20-14.40** La place des hommes dans la PTME Dr Joanna Orne-Gliemann – ISPED

**14.40-15.30** *Table ronde:* Dr Sanata Diallo – Solthis, Frédéric Le Marcis – IRD, Roland Tubiana – Hôpital Pitié-Salpêtrière

### Session 2. Enjeux actuels et à venir de l'accès aux produits de santé (VIH)

Modérateur: Pr Benjamin Coriat – ANRS

**15.50-16.10** Enjeux actuels et à venir de l'accès aux produits de santé (VIH) Dr German Velasquez – SNIS  
**16.10-16.20** Combattre le monopole des produits de santé : la charge virale (Opp-Era) Cristina d'Almeida - FEI  
**16.20-16.30** Quelle avenir pour la production en Afrique ? Frederick Mutebi Kitaka – QCIL (TBC)

**16.30-17.30** *Table ronde:* Etienne Guillard – Solthis, Dr Robert Sebbag – Sanofi-aventis, Gaëlle Krikorian – EHES

**17.30-18.00 – Clôture**

Inscrivez-vous par email :  
[solthisivforum@solthis.org](mailto:solthisivforum@solthis.org) – Entrée libre et gratuite

**SOLTHIS**

A l'occasion de son 10<sup>ème</sup> anniversaire, de l'Université Pierre et Marie Curie (Paris témoignages, les objectifs et les actions contre cette le VIH/sida.

# SIDA : nouveaux défis en Afrique

**VENDREDI 20 SEPTEMBRE 2013**

## **MÉDICAL – 10 ans après l'arrivée des traitements antirétroviraux en Afrique, quels sont les défis de la prise en charge médicale ?**

### **Session 1. 10 ans d'ARV en Afrique : quels enseignements ?**

**Modérateur : Pr Eric Delaporte – IRD**

<b>9.00-9.20</b>	<b>Ouverture</b>	Témoignage de patients
<b>9:20-9:40</b>	<b>10 ans d'ARV en Afrique</b>	Pr Serge Eholié – Hôpital Treichville, Côte d'Ivoire
<b>9.40-10.00</b>	<b>10 ans de Solthis en Afrique</b>	Dr Louis Pizarro – Solthis
<hr/>		
<b>10.00-11.00</b>	<b>Table ronde : Dr Alexandra Calmy – Hôpital de Genève / MSF, Dr Charlotte Dézé – Solthis, Dr Alain Akondé – Solthis</b>	

### **Session 2. Enjeux médicaux à venir**

**Modérateur : Dr Leopold Zekeng – ONUSIDA**

<b>11.20-11.40</b>	<b>Nouveaux enjeux, nouvelles réponses pour les 10 années à venir</b>	Pr Robert Murphy – Université Northwestern
<b>11.40-11.50</b>	<b>Les enfants et le VIH : une population négligée</b>	Pr Mariam Sylla – Hôpital Gabriel Touré, Mali
<b>11.50-12.00</b>	<b>Faire face aux coinfections du VIH et des hépatites virales</b>	Pr Eric Adehossi – Hôpital National de Niamey, Niger
<hr/>		
<b>12.00-13.00</b>	<b>Table ronde : Dr Franck Lamontagne – Solthis, Dr Gilles Raguin – ESTHER, Dr Marco Vitoria – OMS</b>	

## **POLITIQUE INTERNATIONALE – Et demain, quelle sera la place du VIH dans l'agenda politique de l'aide au développement ?**

### **Session 1. La lutte contre le VIH est-elle compatible avec le renforcement des systèmes de santé ?**

**Modérateur : Pr Gilles Brücker – Hôpital Kremlin-Bicêtre**

<b>14.00-14.20</b>	<b>Le point de vue du Pr Rifat Atun – Imperial College London</b>
<b>14.20-14.40</b>	<b>Intervenant</b>
<hr/>	
<b>14.40-15.30</b>	<b>Table ronde : Sophie Calmettes – Solthis, Pr Mohamed Cissé – CHU de Donka, Guinée, Dr Momodu Sesay – NACP Sierra Leone</b>

### **Session 2. Le VIH dans les objectifs du millénaire post 2015**

**Modérateur : Ambassadeur Sida – France (TBC)**

<b>15.50-16.10</b>	<b>Le point de vue du Dr Mark Dybul – Fonds mondial</b>
<b>16.10-16.30</b>	<b>Le point de vue du Dr Stefano Bertozzi – Fondation Gates</b>
<hr/>	
<b>16.30-17.30</b>	<b>Table ronde : Eric Fleutelot – Sidaction, Fred Eboko – IRD</b>

### **10 ans d'engagement en images**

Solthis organise une exposition de photo du 9 au 20 septembre 2013 sur le site des Cordeliers (6<sup>ème</sup>). Cette exposition a pour objectif de vous faire découvrir, à travers des photographies et de l'association sur ses différents terrains d'intervention en soulevant les défis actuels de la lutte

### **17.30-18.00 – Clôture**

# Équipe Solthis

**Présidente de Solthis :** Pr Christine Katlama

**Directeur de publication :** Dr Louis Pizarro

**Coordination :** Pénélope Autret

**Conception, réalisation & impression :**  
Agence Graphique & Co

**Crédit photo couverture :**  
Nathanael Corre pour Solthis

L'intégration des photos des personnes ne doit en aucun cas être interprétée comme une indication de leur état de santé. Tous droits réservés, l'utilisation de tout ou partie du document n'est possible qu'à condition d'en citer la source.

**Numéro ISSN : 2107-0109**

## Les équipes de terrain

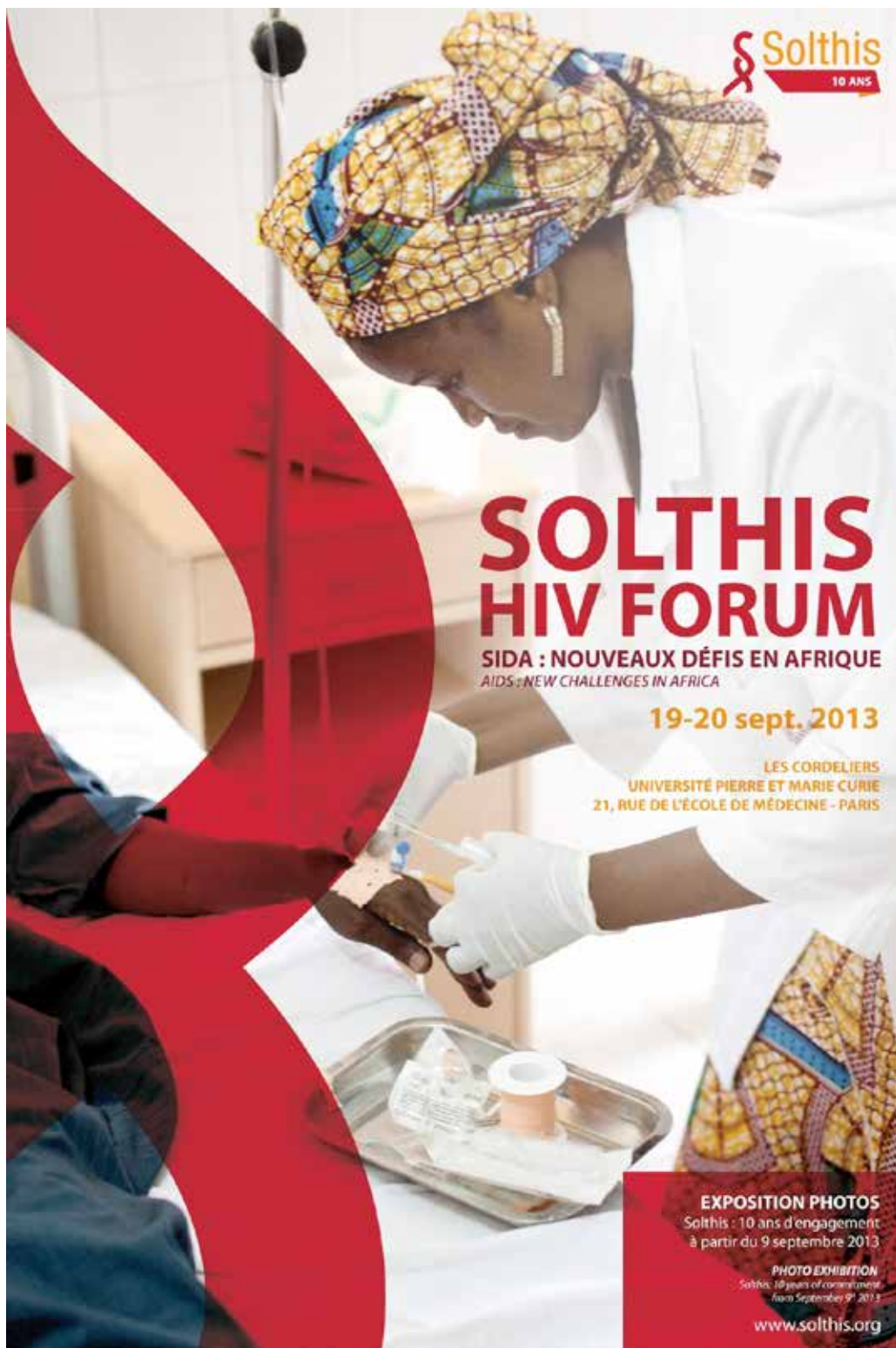
Amina Abdoulaye, Alain Akondé, Wole Ameyan, Hadiza Baoua, Moussa Ado Bagida, Kambanya Bah, Abdoulaye Bah, Charlotte Dézé, Bassirou Diallo, Ibrahim Diallo, Hamadou Diallo, Mouslihou Diallo, Saliou Diallo, Sanata Diallo, Rouguiaou Diallo, Aly Fancinadouno, Mariama Fillie, Laure Gigout, Mamane Harouna, Yuan Huang, Hadizatou Ibrahim, Gwenaëlle Jung, Salim Kamara, Mariame Kanté, Jean-Luc Kassa, Aboubacar Kéïta, Dramane Kéïta, Aime Kourouma, Helene Labrousse, Franck Lamontagne, Astrid Lannuzel, Grégoire Lurton, Roubanatou Maïga, Emmanuel Ouedraogo, David Pelletier, Famory Samassa, Mary Sissoko, Carno Tchuani Jiembou, Daouda Touré, Hugues Traoré, Vanessa Wolfman, Nathanael Yahannon, Hannah You.

## Le siège

Penelope Autret, Sophie Calmettes, Eric D'Ortenzio, Caroline Gallais, Etienne Guillard, Isabelle Loureiro, Vanessa Montroussier, Louis Pizarro, Sophie Ouvrard

## Le groupe de travail

Dr Eric Adehossi, Françoise Aeberhard, Pr Brigitte Autran, Dr Elie Azria, Pr Olivier Bouchaud, Pr Elisabeth Bouvet, Dr Guillaume Breton, Pr Gilles Brücker, Pr Vincent Calvez, Dr Ana Canestri, Dr Guislaine Carcelain, Pr Mohammed Cissé, Pr Dominique Costagliola, Pr Christian Courpotin, Pr Patrice Debré, Pr Diane Descamps, Pr Marc Dommergues, Pr Serge Eholié, Dr Arnaud Fontanet, Pr Véronique Fournier, Dr David Germanaud, Pr Pierre-Marie Girard, Dr Florence Huber, Pr Jean-Marie Huraux, Pr Vincent Jarlier, Dr Bernard Jarrousse, Pr Christine Katlama, Dr Rémi Lefrançois, Dr Delphine Le Mercier, Yoann Madec, Pr Almoustapha Maïga, Dr Anne Geneviève Marcellin, Pr Bernard Masquelier, Dr Vanina Meyssonier, Dr Robert Murphy, Pr Gilles Peytavin, Pr Christine Rouzioux, Dr Aliou Sylla, Dr Tuan Tran-Minh, Dr Mariam Traoré, Dr Roland Tubiana, Dr Marc-Antoine Valantin, Charlotte Verger, Dr Jean-Paul Viard.



**Solthis**  
10 ANS

# SOLTHIS HIV FORUM

**SIDA : NOUVEAUX DÉFIS EN AFRIQUE**  
AIDS : NEW CHALLENGES IN AFRICA

**19-20 sept. 2013**

LES CORDELIERS  
UNIVERSITÉ PIERRE ET MARIE CURIE  
21, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE - PARIS

**EXPOSITION PHOTOS**  
Solthis : 10 ans d'engagement  
à partir du 9 septembre 2013

PHOTO EXHIBITION  
Solthis: 10 years of commitment  
from September 9<sup>th</sup> 2013

[www.solthis.org](http://www.solthis.org)

**Abonnez-vous à l'e-news de Solthis et  
recevez la Lettre de Solthis par e-mail.**

**Agissons ensemble !**

**Pour nous rejoindre,  
nous aider, contactez-nous :**



Siège

58 A rue du Dessous des Berges  
75 013 Paris, France

Tél. : + 33(0)1 53 61 07 84  
Fax : + 33(0)1 53 61 07 48

[contact@solthis.org](mailto:contact@solthis.org)  
[www.solthis.org](http://www.solthis.org)