

### L'éditorial

La 6<sup>ème</sup> conférence francophone de lutte contre le VIH organisée par Afraviv s'est déroulée en mars 2012 à Genève, ville symbole des politiques de santé internationale. Solthis y a fait entendre sa voix, notamment sur les questions cruciales des financements de programmes par le Fonds mondial, et sur les difficultés majeures de suivi de ces actions quand les financements programmés sont retardés, différés, suspendus, comme ce fut le cas entre autre au Mali. En l'absence de nos équipes bloquées à Bamako en raison de la grave crise politique dans ce pays, c'est notre Directeur général, Louis Pizarro, qui a porté le débat, devant l'ex-directeur exécutif du Fonds mondial, Michel Kazatchkine, qui avait maintenu ses engagements de débat pour cette conférence. Cet enjeu fait ressortir un nouveau défi pour Solthis : assurer la continuité de soins et de traitement dans un contexte de crise politique, financière et institutionnelle. Les espoirs reposent une fois encore sur l'engagement des citoyens, des associations communautaires et des professionnels de santé. Je voudrais ici rendre hommage à nos équipes, à leur courage, à leur ténacité dans un contexte de mission difficile. Je souhaite souligner combien plus que jamais les citoyens doivent demander des comptes à leurs gouvernants, en particulier sur

l'usage des fonds publics, et sur le respect des engagements pris pour mettre les moyens nécessaires sur la santé. Il faut refuser les logiques exclusives de marché, renforcées par la mise en œuvre abusive des ADPIC qui entravent l'accès aux génériques et l'émergence des résistances aux premières lignes. «Laissez nous nos génériques» fut le thème d'une marche symbolique pendant la conférence. Nous espérons que « l'Initiative 5% », lancée par la France fin 2011, permettra de renforcer l'appui des programmes financés par le Fonds mondial à travers l'expertise francophone. Cette Initiative doit être une vraie force de propositions innovantes au service de l'efficacité. Enfin, je souhaiterais féliciter les créatifs à Solthis qui ont conçu ce jeu de carte pédagogique, présenté à Genève avec beaucoup de succès, et qui permet de comprendre et d'apprendre les stratégies de prise en charge du VIH : le seul jeu de cartes où on ne peut gagner que si on ne triche pas... C'est bien Solthis ça !

Pr Gilles Brücker  
Secrétaire Général

### Sommaire

<b>Interviews</b>	<b>2-4</b>
Gabriel Jaramillo, Directeur Général du Fonds mondial Mireille Guigaz, Ambassadrice de la lutte contre le VIH/sida et des maladies transmissibles	
<b>Retour de Conférences</b>	<b>5-6-7</b>
CROI 2012 6 <sup>ème</sup> conférence Francophone VIH/sida	
<b>Terrain</b>	<b>8-9</b>
Difficultés de prise en charge des maladies opportunistes en contexte de ressources limitées Collecte de données en Guinée: le choix du papier	
<b>Dossier</b>	<b>10-14</b>
Les enjeux pédiatriques du VIH dans les pays du SUD	
<b>Education pour la santé</b>	<b>14-15</b>
<b>Global health</b>	<b>16-18</b>
La crise des ressources humaines en santé : actualité internationale et enjeux sur le terrain	
<b>Actualités de Solthis</b>	<b>19</b>





## Actualités du Fonds mondial : entretien avec Gabriel Jaramillo, Directeur Général du Fonds mondial

### **Comment votre expérience vous a-t-elle conduit à occuper ces fonctions de Directeur général du Fonds mondial ?**

Mon bagage financier, et plus particulièrement mon expérience de la gestion du changement au sein d'institutions financières complexes, m'a bien préparé aux enjeux de la transformation du Fonds mondial. J'ai passé plus de trente ans dans le secteur des services financiers, dont plus d'une vingtaine en qualité d'administrateur général. Je suis parvenu à superviser de vastes opérations de réorganisation et de fusion d'organismes financiers au Brésil, aux États-Unis et au Mexique. Après avoir pris ma retraite du secteur bancaire en 2011, j'ai décidé de mettre mon expérience à profit en aidant des organisations humanitaires à mener de façon encore plus efficace leurs activités propres à sauver des vies. Cette mission me passionne. Le Fonds mondial est une organisation extraordinaire qui a déjà permis de sauver des millions de vies humaines. Notre objectif est de l'améliorer et de le rendre encore plus efficace au moment de mener à bien la mission qui est la sienne.

### **Par son travail sur le terrain, Solthis a pu constater que la situation était parfois dans une impasse, notamment au Mali et au Niger. Comment la réforme que vous êtes sur le point de mettre en œuvre va-t-elle régler ces problèmes ?**

L'idée maîtresse de la transformation que je conduis au Fonds mondial est de nous recentrer sur notre activité de base, la gestion des subventions. Au final, cette réorganisation vise à obtenir les meilleurs résultats possibles dans la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Notre Division de gestion des subventions a vu ses effectifs croître de 39%. Ce transfert interne de personnel bénéficie aux maîtres d'œuvre précisément dans les domaines où ils en ont le plus besoin : la gestion des subventions, les achats et les finances. La nouvelle structure que nous avons mise en place améliore également notre façon de travailler ensemble au quotidien, puisque qu'elle prévoit que chaque pays aura une équipe qui lui est consacrée. Ces changements renforceront la prise de décisions au Secrétariat du Fonds mondial, à Genève, et permettront à notre Division de gestion des subventions de répondre plus rapidement aux questions, de régler les problèmes et de débloquer certaines situations. S'agissant du Mali et du Niger, j'ai la conviction que la restructuration aura des conséquences positives. Nous avons compris qu'ils avaient des besoins spécifiques en matière de soutien, de sorte que nous leur avons affecté, à chacun, un gestionnaire de portefeuille du Fonds et un responsable de programmes.

### **Parmi les problèmes qui se posent, il y a les répercussions des enquêtes du Bureau de l'Inspecteur général et les difficultés que rencontrent les agents locaux du Fonds pour atteindre leurs objectifs. Quelle est votre stratégie pour faire évoluer ces deux mécanismes ?**

Depuis mon arrivée au Fonds mondial en février de cette année, j'ai noué des rapports productifs de coopération avec l'Inspecteur général, qui est invité aux réunions internes de notre Comité de direction. Le Bureau de l'Inspecteur général assure, pour nous, une fonction de contrôle de la qualité. Il est, certes, totalement indépendant, mais il peut nous aider à anticiper les problèmes et à les résoudre. De plus, nous apportons des améliorations à la gestion des risques opérationnels en distinguant de façon plus marquée les processus et les exigences pour le Secrétariat et les agents locaux du Fonds. Pour ce faire, nous nous appuyons sur le niveau de risque, sur une plus grande ouverture et sur une responsabilité accrue en matière de prise de décisions. En étant mieux informés et en traitant les risques d'une manière beaucoup plus volontariste avant qu'ils ne se concrétisent, nous pouvons éviter des situations d'urgence. L'une des principales recommandations du rapport du Groupe indépendant de haut niveau dont j'ai été membre a été qu'il fallait mieux gérer les risques dans nos activités. Notre Conseil d'administration partageait cet avis. Globalement, notre objectif est d'intégrer plus étroitement les activités de gestion des risques dans la gestion des subventions et la prise de décisions habituelle au niveau du Secrétariat et de consolider le suivi stratégique réalisé par les maîtres d'œuvre et d'autres partenaires dans les pays.

### **La réputation du Fonds mondial a souffert ces derniers temps et plusieurs pays bénéficiaires ont perdu confiance. Quelle est votre stratégie pour redonner confiance aussi bien aux pays bénéficiaires qu'aux bailleurs de fonds ?**

Nous voulons qu'il soit plus facile, pour les pays bénéficiaires, de travailler avec nous. Dans cette optique, nous nous efforçons d'avoir des échanges plus efficaces avec nos maîtres d'œuvre sur le terrain et de faciliter nos activités et nos contacts avec nos partenaires, tout en améliorant la gestion des risques. En nous concentrant sur les aspects les plus importants du contrôle des subventions, nous pouvons diminuer la paperasserie que l'on associe généralement au Fonds mondial. Nous mettons tout en œuvre pour réduire le temps écoulé entre la présentation d'une proposition et la signature des subventions, tout en en améliorant la

qualité. Pour y parvenir, nous travaillerons en étroite collaboration avec nos maîtres d'œuvre. S'agissant des donateurs, notre transformation entraîne d'ores et déjà une réponse très positive. Le mois dernier, les ministres des Affaires étrangères du G8 ont lancé un appel à nos bailleurs de fonds actuels pour qu'ils tiennent leurs promesses de soutien, et à de nouveaux donateurs pour qu'ils appuient le travail que nous menons pour sauver des vies. Récemment, le Japon a annoncé qu'il ferait une contribution de 340 millions de dollars US en 2011, la plus importante en dix ans, depuis que le pays soutient le Fonds mondial. Le Royaume-Uni a indiqué qu'il reverrait nettement à la hausse sa contribution annuelle entre 2013 et 2015 s'il estime que les réformes portent leurs fruits.

Nous sommes actuellement à la recherche d'un forum où nos bailleurs de fonds traditionnels pourraient réaffirmer leur engagement en faveur de la lutte contre les trois pandémies – peut-être en marge de l'Assemblée générale de l'ONU qui se tiendra en septembre à New York. Nous collaborerons également avec les pays émergents du G20 afin qu'ils renoncent aux crédits de subventions en cours et adaptent leur financement futur au travers d'un renforcement des investissements conjoints.

### **Pensez-vous que le Fonds mondial sera en mesure de mettre en place de nouvelles subventions avant 2014 ? Quels seront les critères pour pouvoir y prétendre ?**

À sa réunion de la semaine dernière, le Conseil d'administration du Fonds mondial a décidé de consacrer un montant disponible de plus de 1,6 milliard de dollars US à des programmes concrets qui sauvent des vies. Une grande part de cette somme – jusqu'à 616 millions de dollars US – est déjà allouée aux programmes sur le point de s'achever qui auront besoin de fonds supplémentaires pour répondre à la demande de services. Ces fonds seront utilisés dans les prochains mois, dès lors que les demandes de subvention auront été validées par le Comité technique d'examen des propositions et approuvées par le Conseil d'administration. Le personnel du Fonds mondial, sous l'impulsion des comités du Conseil d'administration, commencera à mettre en pratique une nouvelle méthode continue d'évaluation des propositions et de décision, en consultation avec les pays maîtres d'œuvre. Cette démarche s'inscrit dans la logique de notre stratégie pour la période 2012-2016 visant à mieux cibler les investissements et à garantir une efficacité maximale. Le Conseil d'administration est convenu d'examiner de nouvelles possibilités de financement à sa prochaine réunion, en septembre 2012, de sorte que des décisions en matière de financement pourront être prises à une date ultérieure. ■



## Rencontre avec Mireille Guigaz, ambassadrice chargée de la lutte contre le VIH/sida et les maladies transmissibles

**Vous êtes engagée dans la lutte contre le Sida depuis plusieurs années. Comment votre parcours vous a amené à prendre ces responsabilités d'ambassadrice chargée de la lutte contre le VIH-sida et les maladies transmissibles ?**

C'est peu après la création du Fonds mondial que le Ministère des affaires étrangères et européennes (MAEE) a pris la décision de créer un poste d'Ambassadeur « en mission » chargé de la lutte contre les 3 pandémies. C'était novateur et cela témoignait de l'importance que nous attachions à ce nouvel instrument de financement de la lutte contre ces 3 maladies. Etant à l'époque Directrice du développement et de la coopération technique, j'étais déjà familière de ces sujets, notamment parce que j'avais fait partie du petit groupe d'experts du développement ayant négocié les statuts du Fonds. J'avais aussi un parcours professionnel en santé publique antérieur à mon arrivée au Quai d'Orsay. J'ai donc dit oui, bien que ne sachant pas vraiment en quoi cela allait consister. La priorité, c'était d'asseoir le Fonds sur ses bases, c'est à dire ses valeurs et ses modes d'action. Il fallait aussi convaincre que cette initiative de créer un Fonds vertical avait un avenir. Aujourd'hui, me voici à nouveau dans ces fonctions, 8 ans après. J'ai vite compris que mon métier de maintenant n'était plus celui d'hier. Le Fonds mondial est une extraordinaire réussite, mais il est en crise : crise de croissance, crise de structure, crise de financement et crise de gouvernance. C'est un énorme paradoxe pour une organisation qui a eu tant de résultats. Nous sommes à un moment crucial. Si nous ne résolvons pas cette crise, l'outil pourrait bien se casser.

**Comment analysez-vous le contexte international de la lutte contre le Sida en 2012 et le rôle particulier du Fonds mondial ?**

Le contexte a drastiquement changé, nous avons des motifs de nous réjouir. Aujourd'hui ce sont plus de 6,6 millions de PVVIH dans les pays en développement qui sont sous antirétroviraux « au long » cours, et peuvent vivre une vie quasi normale. Les prix des médicaments ont chuté de façon extraordinaire, ce qui rend les traitements de première ligne accessibles. Pour vous donner une idée, nous sommes passés d'un coût de 8500 US\$ à un coût de 85 US\$ en moyenne pour un traitement annuel, et cela grâce notamment aux génériques. La prévention de la transmission de la mère à l'enfant est

en passe d'être résolue et la mobilisation sur ce sujet est puissante. La société civile et les communautés des pays du sud deviennent de plus en plus des acteurs à part entière.

Cependant, nous avons également des raisons de nous faire du souci : d'une part, si l'effort international se relâchait, ne serait-ce qu'un peu, nous pourrions très rapidement assister à une régression voire un risque d'effacement quasi complet des résultats obtenus. Nous avons donc un souci matériel, souci d'argent, pour le dire avec des mots simples. Il faut continuer à trouver de l'argent. Pour poursuivre le traitement de ceux qui en bénéficient déjà, pour assurer les traitements de deuxième ligne, et, bien sûr, pour accroître le nombre de personnes protégées.

L'autre motif de souci est que les maladies associées, principalement la tuberculose, flambent également. Les virus, tous les virus, deviennent résistants. Une voie de sortie est la recherche. Une recherche concrète, si j'ose dire, une recherche opérationnelle : les vaccins, les outils diagnostiques...etc. Mais comme beaucoup d'autres, je suis troublée par ces négociations ultra libérales et ultra dures sur la protection de la propriété intellectuelle concernant ces médicaments et ces outils.

Il me semble que l'humanité pourrait faire mieux, qu'il y a de la place pour servir plusieurs intérêts à la fois.

**Quels sont les grands objectifs de l'initiative 5% ?**

En tant que second contributeur au Fonds mondial, nous devons nous assurer que l'efficacité et l'efficacités des programmes subventionnés par le Fonds est optimale. L'initiative 5% a pour objectif de contribuer à la maximisation de l'impact sanitaire de ces programmes, en résolvant les problèmes et obstacles rencontrés dans leur mise en œuvre. Si l'accès des pays francophones aux subventions du Fonds est plutôt bon, force est de constater que leurs performances restent trop faibles. Nous souhaitons remédier à cela, par le biais d'un appui à la conception, mise en œuvre et mesure d'impact des programmes du Fonds. Cette initiative est également une opportunité pour valoriser la qualité de l'expertise francophone, qui manque parfois de visibilité et de reconnaissance.

Ce dispositif, dont l'enveloppe annuelle pourra

atteindre jusqu'à 18 millions d'euros par an, sera mis en œuvre par le biais de deux modalités : une première modalité visant à répondre à des besoins ponctuels en expertise de haut niveau, et une modalité d'intervention programmatique, lancée très prochainement par FEI, qui visera à financer des projets sur les thématiques prioritaires que sont la gouvernance, la gestion des approvisionnements et stocks, le renforcement des systèmes de santé et la recherche opérationnelle.

« Qualité » est le mot d'ordre de cette initiative dont les premières missions ont été lancées en ce début d'année.

**Pouvez-vous préciser la position de la France dans le contexte de réforme en cours du Fonds mondial ?**

Ce que l'on nomme la "Réforme" du Fonds mondial, c'est en fait une réponse à la "crise" du Fonds mondial. Et comme cette crise est multiforme, la Réforme comprend plusieurs « étages ».

- Sur le premier étage, c'est-à-dire la réforme de l'administration du Fonds, ce que l'on appelle "le Secrétariat" (600 personnes à Genève), la France approuve et soutient. Nous regrettons profondément qu'il ait fallu passer par une violente catharsis lors d'un Conseil à moitié truqué à Accra et amener son directeur exécutif, Michel Kazatchkine à la démission par des procédés assez indignes pour une telle organisation. Mais nous ne pouvons pas rejouer cette scène comme au théâtre.

Mon prédécesseur avait participé à la réflexion sur cette réforme. Elle était bienvenue, selon nous. Nous n'avons pas changé d'avis.

- Sur les autres étages, nous sommes en vigilance niveau 3 ou 4 sur 5 ! Ces étages concernent les méthodes d'élaboration et de financement des projets et programmes; nous voulons veiller à ce que ces programmes et projets soient poussés par une réelle demande correspondant aux réels besoins et non pas par des modèles tout fait d'offre. Le modèle "top down" n'est pas le bon modèle en santé. Si l'on veut que les populations et les gouvernements s'engagent durablement et prennent le relai un jour, nous devons construire à partir d'un modèle "bottom up". Ce n'est pas la voie de la facilité, car nous ne sommes pas naïfs et ne sous-estimons pas les blocages ou les effets pervers que



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

cette voie comporte, mais c'est selon nous la meilleure voie à adopter. Il y a enfin un étage très stratégique, qui est la réforme à venir de la Gouvernance globale du Fonds. Nous n'y sommes pas encore. Ce sera un gros enjeu.

**Quelles relations envisagez-vous de mener avec les autres acteurs de la lutte contre le Sida, notamment les Organisations Non Gouvernementales françaises ?**

Je vais être directe et simple. La société civile existe à part entière dans mon "mental" d'ambassadeur. A titre personnel, j'ai un siège électif au sein du conseil d'administration d'une grosse ONG humanitaire. Et je suis vice présidente d'une autre ONG qui veut se concentrer sur la prévention en santé, pour des maladies non transmissibles qui représentent aussi et vont représenter de plus en plus des fardeaux insupportables pour les pays du Sud et les émergents, cancer et diabète notamment. Mais la seule carte de visite «Société civile» n'est pas suffisante pour susciter d'emblée mon intérêt. Cela dépend vraiment du sérieux des personnes, de la mission et des propositions de collaboration. A vrai dire, je ressens un mouvement de bienveillance a priori plus net pour la société civile du Sud, dont je vois combien elle peine à être reconnue et combien elle manque de tout, trop souvent. J'espère sincèrement ne pas vous choquer, mais j'ai passé l'âge de vous servir des discours convenus et lénifiants. ■

Propos recueillis le 20 avril 2012

## Quatre questions à Audrey Giret, Directrice de missions à France Expertise Internationale



### 1. Pouvez-vous présenter l'objectif de France Expertise Internationale

France Expertise Internationale (FEI) est un Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial, chargé de promouvoir l'assistance technique et l'expertise internationale françaises, en mettant en œuvre des projets de coopération. FEI travaille en collaboration avec les institutions françaises, et d'autres organisations et opérateurs, qu'ils soient publics, associatifs ou privés, français, européens, ou des pays bénéficiaires.

### 2. Quel est le rôle de FEI dans l'Initiative 5% ?

FEI est en charge de la gestion et mise en œuvre opérationnelle de l'Initiative 5%\*, sous la tutelle du Ministère des Affaires Etrangères et européennes.

A ce titre, FEI définit les procédures de financement et de mobilisation d'expertise, assure le secrétariat du Comité de pilotage de l'Initiative ainsi que les activités de communication autour de l'Initiative, en lien étroit avec le MAEE, le réseau diplomatique français, et le réseau des membres du Comité de pilotage.

Sur le Canal 1 de l'Initiative, FEI assure la mise en œuvre des missions d'expertise court terme, soit en lien direct avec les experts, soit en s'appuyant sur des partenaires associatifs, publics, privés...

Sur le Canal 2 de l'Initiative, FEI supervise le processus de sélection des projets, et travaillera en étroite collaboration avec les porteurs de projets (versement des fonds, suivi et évaluation des projets...).

De manière générale, FEI est responsable devant le MAEE, le Comité de pilotage et les bénéficiaires de la bonne mise en œuvre des activités, de la communication, et des résultats des activités menées.

### 3. Quels sont les principaux acteurs ciblés par cette initiative ?

Les principaux acteurs ciblés sont, dans les pays éligibles, les acteurs mettant en œuvre et coordonnant les programmes du Fonds mon-

dial, à tous les niveaux : instances nationales de coordination (CCM), récipiendaires principaux et sous-récipiendaires, acteurs nationaux de lutte contre les trois pandémies tels que les structures de soin ou les acteurs communautaires. Tous ceux qui, avec l'appui du Fonds mondial, luttent contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme et pour les personnes vivant avec ces maladies.

De façon indirecte, sont également ciblés les acteurs francophones disposant d'une expertise reconnue dans la lutte contre les 3 pandémies : notamment les opérateurs publics et privés, ONG, instituts de recherche. Ces acteurs sont au cœur du dispositif de mobilisation d'expertise. Leur mobilisation sera essentielle à l'atteinte des objectifs de l'Initiative.

### 4. Quel bilan tirez-vous des premiers mois de l'Initiative 5% ?

C'est un bilan très positif : en 5 mois d'activité, 29 missions d'expertise ont été approuvées par le Comité de pilotage sur le Canal 1 de l'Initiative (certaines ont déjà été mises en œuvre) et des représentants de plus de 20 pays ont été réunis pour discuter des priorités de financement sur le Canal 2 de l'Initiative. Un vivier de plus de 400 experts francophone, sans compter les organisations partenaires, a été constitué, prouvant le dynamisme de l'expertise francophone en matière de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.

Ces premiers mois nous ont aussi montré quelles devaient être les prochaines priorités de l'Initiative : le développement des activités de communication dans les pays éligibles, la définition de mécanismes de coordination avec les autres acteurs bilatéraux et multilatéraux intervenant dans les pays en appui aux programmes financés par le Fonds mondial et la consolidation des modalités de mobilisation d'expertise. ■

\* Le formulaire et les indications pour les demandes sont disponibles sur le site de FEI : <http://www.franceexpertiseinternationale.com/fr/nos-projets/focus-sur/initiative-5.html>

## CROI 2012

Grégoire Lurton  
Responsable des  
systèmes d'informations  
sanitaires

Solthis était présente à Seattle lors de la 19<sup>ème</sup> conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes (CROI). Solthis revient sur les principales présentations et les actualités qui ont fait débat du 5 au 8 mars dernier dans l'Etat de Washington.



Quels sont les enjeux qui guident aujourd'hui la communauté scientifique dans la lutte contre le VIH ? À cette question, qui pourrait résumer la lecture du programme de la CROI, Salim et Quarraisha Abdool Karim ont répondu en ouverture de la conférence en présentant les grands axes de recherche de l'institut Capri-sa. Cet agenda, élaboré au Sud, a pour but de permettre une lutte contre l'épidémie du Sud, à travers des collaborations avec les équipes du Nord. Ses quatre axes principaux sont l'épidémiologie, pour prioriser les enjeux, la prévention, la prise en charge de la coinfection VIH/TB, et la recherche vaccinale. Nous pouvons reprendre ces catégories pour parcourir certains des sujets qui ont été abordés à Seattle entre le 5 et le 8 mars dernier.

### Epidémiologie

Le clou épidémiologique de la conférence a été la présentation de Chris Murray en plénière. Le directeur de l'Institute for Health Metrics and Evaluation venait présenter la réactualisation de l'évaluation du *Global Burden of Disease*<sup>1</sup>. De cette mise à jour, un des messages les plus préoccupants est sans doute que les pays d'Afrique australe, aujourd'hui les plus affectés par le VIH, entrent peu à peu dans une transition épidémiologique qui les expose à devoir faire face à un « double burden of disease », cumulant VIH et maladies non transmissibles.

### Prévention

L'étude Partners Prep<sup>2</sup> a été largement commentée. L'étude à trois bras (TDF, TDF/FTC et placebo) a pu montrer une réduction de l'incidence du VIH de 67% dans le bras TDF et de 75% dans le bras FTC/TDF, sans effets indésirables durables chez les patients, ni augmentation des comportements à risque. L'étude FEM-PrEP, présentée dans la même session<sup>3</sup>, ne parvenait

toutefois pas à répliquer les mêmes résultats, à partir d'un régime FTC/TDF. Jared Baeten, le présentateur de Partners Prep, a discuté cette non-réplication des résultats<sup>4</sup>. Sans écarter la possibilité que des facteurs biologiques puissent limiter l'efficacité de la prophylaxie pré-exposition, il a montré qu'un point critique dans l'efficacité de la prévention était l'observance. Pour mesurer cette observance, des dosages de TDF ont été effectués chez les patients de Partners Prep. Les résultats montraient alors, chez les patients réellement observant, une protection de près de 90%. Dans FEM-PrEP, des dosages avaient aussi été effectués, et le TDF n'avait été détecté que dans moins de 40% des visites.

En prenant en compte cet élément, les stratégies pour rendre la prophylaxie pré-exposition faisable à grande échelle doivent donc évaluer la fréquence optimale d'administration de la prophylaxie. Une utilisation limitée à des périodes où les risques sont les plus forts semble la plus à même de permettre la balance entre tolérance du régime et efficacité thérapeutique<sup>5</sup>. Enfin, la formulation d'une nouvelle génération de médicaments, qui en plus d'une meilleure efficacité et de formes variées pourraient avoir plusieurs rôles (la demande pour un combiné contraceptif/PrEP serait forte) permettrait de faciliter l'observance<sup>6</sup>.

### Traitement

La question du traitement a été invariablement introduite par la cascade des soins pour le VIH. Le fait qu'aujourd'hui moins de 30% des personnes infectées par le VIH aux États-Unis aient une virémie contrôlée renforce la conscience que la prise en charge du VIH est un continuum, que Wafaa El-Sadr fait aller du test VIH à l'observance aux ARV, en passant par la prise en charge pre-ARV, et le traitement par les ARV<sup>7</sup>.

La question du test et du lien avec le soin a été abordée. La mise en place du dépistage à domicile paraît donner de bons résultats dans une étude sud-africaine, puisque 94% des personnes testées positives s'étaient rendues en consultation dans les trois mois suivant le test<sup>8</sup>. Dans le même temps, certains hôpitaux universitaires américains mettent en cause la faisabilité d'un dépistage à large échelle dans les services d'urgence<sup>9</sup>, et proposent des algorithmes de ciblage pour le dépistage<sup>10</sup>.

Au chapitre des traitements dans les pays à ressources limitées, Nathan Clumeck a présenté les résultats de la cohorte de Lubumbashi dans laquelle une première ligne de traitement composée avec du LPVr est comparée à une première ligne comprenant de la NVP<sup>11</sup>. Les résultats étaient comparables entre les deux bras, avec 63% des patients indétectables dans le bras IP, contre 64% dans le bras INNRTI. Toutefois, les échecs virologiques étaient significativement plus fréquents dans le bras INNRTI (13%) que dans le bras IP (6%). Pour le présentateur, ce résultat devra être évalué au regard du coût efficacité sur le long terme des traitements, la plus forte barrière génétique des IP pouvant rendre ce ratio particulièrement favorable aux IP.

La présentation de la cohorte pédiatrique de Tororo, a fourni d'autres arguments en faveur de l'utilisation d'IP dans les pays à ressources limitées<sup>12</sup>. La cohorte composée elle aussi d'un bras INNRTI et d'un bras IP a en effet permis de mesurer une réduction de 41% de l'incidence du paludisme dans le bras IP par rapport au bras INNRTI. Afin d'identifier la nature de l'effet protecteur, la réduction de l'incidence du paludisme a été décomposée entre réduction de l'incidence des premiers cas de paludisme chez les enfants, et réduction d'événements récurrents de paludisme. Il est apparu que la réduction du nombre de premier cas de paludisme

1. Quelques éléments supplémentaires sur ce chantier peuvent être trouvés dans la lettre de Solthis n°11, p.13.  
2. Baeten et al., ARV PrEP for HIV-1 Prevention among Heterosexual Men and Women, Abstract #29.  
3. Van Damme et al., The FEM-PrEP Trial of Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate (Truvada) among African Women, Abstract #32LB.  
4. Baeten, What Can the Twisted Tale of PrEP Results Teach Us?, Abstract #67.  
5. Buchbinder & Liu, Is Intermittent PrEP Less or More?, Abstract #68.  
6. Romano, PrEP 2: The Next Generation of Drugs and Technologies, Abstract #69.  
7. El-Sadr, ART for Prevention: The Science and the Art, Abstract #18.  
8. Van Rooyen et al., High Testing Uptake and Linkages to HIV Treatment through Home-based HIV

Counseling and Testing and Facilitated Referral: KwaZulu-Natal, South Africa, Abstract #1135.  
9. McKellar et al., Widespread Routine HIV Screening in the Emergency Department: Is It Time to Move Back to Diagnostic Testing?, Abstract #1133.  
10. Haukoos et al., Enhanced Targeted HIV Screening Using the Denver HIV Risk Score Outperforms the Emergency Department Nontargeted Screening, Abstract #1132.  
11. Clumeck et al., First-line ART with Lopinavir/ritonavir vs Nevirapine with Tenofovir/Emtricitabine or Zidovudine/Lamivudine in a Developing Country: Week 96 of a Prospective Randomized Trial, Abstract #88LB.  
12. Achan et al., Significant Reduction in Risk of Malaria among HIV+ Children Receiving Lopinavir/ritonavir-based ART Compared to NNRTI-based ART, a Randomized Open-label Trial, Abstract #26.



ne ressortait pas significativement, alors que la réduction du nombre d'événements récurrents s'élevait à 59%. Ces éléments pointent vers une interaction entre les IP et les traitements antipluvéens. Il est en effet connu que le ritonavir inhibe le métabolisme de la luméfántrine, ce qui constitue un effet protecteur important. Cet effet a pu être confirmé par une concentration sanguine en luméfántrine beaucoup plus forte dans le bras IP que dans le bras INNRTI.

La place des IP dans la prise en charge pédiatrique a été soulignée par Andrew Prendergast, même si les formulations actuelles ne sont qu'insuffisamment adaptées au public pédiatrique<sup>13</sup>. Mais le cœur de sa communication était le débat engagé sur l'interruption du traitement ARV chez les enfants initiés précocement. La perspective de donner des ARV à vie est en effet problématique, au vu de la toxicité des médicaments, et du risque de développer des résistances aux médicaments. Les études CHER et OPH03 évaluent la possibilité d'interrompre temporairement le traitement des enfants après une première phase de traitement précoce.

L'étude CHER<sup>14</sup>, en Afrique du Sud, compare le suivi d'enfants dépistés à moins de douze semaines, et randomisés en trois bras : un premier bras dans lequel l'initiation des patients est différée jusqu'à l'atteinte de critères clinico-immunologiques, et deux bras avec démarrage immédiat du traitement, et interruption au bout de 40 ou 96 semaines, avant remise sous ARV continu à l'atteinte de critères clinico-immunologiques. La supériorité des deux bras de traitement précoce est déjà connue, et a contribué au changement des recommandations de l'OMS pour le suivi des enfants. La suite de l'étude, qui portait plus spécifiquement sur les conséquences de l'interruption du traitement dans les bras d'initiation précoce, a permis de montrer que le bénéfice de l'initiation précoce n'était pas mis en danger par cette interruption. À l'issue de 240 semaines de suivi, les deux bras avec interruption montraient une mortalité plus faible que le bras traitement tardif, et une moindre progression des patients aux stades CDC B ou C. Le temps moyen d'interruption variait entre 33 semaines pour le bras interrompu à 40 semaines, et 70 semaines pour le bras interrompu à 96 semaines. Au total, le temps passé sous ARV était moindre dans les deux bras initiés précocement que dans le bras d'initiation différée.

Ces résultats étaient différents de ceux de l'étude OPH03<sup>15</sup>, portant sur 42 enfants kenyans, qui avaient été mis précocement sous

ARV (à 5 mois en moyenne), et qui comptaient 24 mois de suivi au moment de l'étude. Le traitement de la moitié de ces enfants, aléatoirement choisis, avait été interrompu. L'évolution immunologique de ces enfants avait cependant abouti à redémarrer le traitement de 76% des patients au bout de 3 mois d'interruption. La conclusion du présentateur était qu'une interruption de trois mois ne paraît pas être un bénéfice satisfaisant pouvant justifier une stratégie d'interruption des traitements pédiatriques.

### Recherche vaccinale

Deux présentations plénières ont été consacrées à exposer les avancées récentes dans la compréhension de la structure du virus du VIH, et en particulier de son enveloppe. Joseph Sodroski<sup>16</sup> a montré comment les techniques de microscopie cryoélectronique permettent de mieux comprendre la structure complexe de cette enveloppe. Dennis Burton<sup>17</sup>, au cours de la session d'ouverture, avait quant à lui expliqué en quoi la compréhension de la structure de cette enveloppe est cruciale pour déterminer le mode d'action d'anticorps qui pourront s'attaquer au virus. Les glycoprotéines que l'on trouve à la surface du virus, qui sont la cible privilégiée des anticorps, présentent une structure complexe et instable ce qui est une protection importante contre la fixation des anticorps. Néanmoins, de plus en plus d'anticorps, qualifiés de « largement neutralisants » ont été identifiés au cours des deux dernières années, qui peuvent agir sur certaines faiblesses particulières de ces glycoprotéines. L'étude spécifique de ces anticorps, et en particulier de la façon dont ils peuvent se fixer à l'enveloppe du VIH, permet donc d'identifier des faiblesses du virus, et de les mettre à profit dans la recherche d'un vaccin. ■

## 6<sup>ème</sup> conférence

Rémi Lefrançois  
Directeur médical

Organisée par l'AFRA-politiques et représentations de l'accès aux permis un échange Nord.

### Insuffisances du dépistage, en France et au Nord

La conférence de Genève a été l'occasion d'un échange scientifique constructif entre acteurs de la lutte contre le VIH du Sud et du Nord. Bien que la situation de la prise en charge du VIH soit plus satisfaisante dans les pays développés, plusieurs communications, dont celle présentée en session plénière le 26 mars par le Pr D. Costagliola, directrice de l'unité INSERM U943 (Epidémiologie, stratégies thérapeutiques et virologie clinique dans l'infection à VIH) à Paris, nous ont rappelé que des efforts importants de dépistage restaient à accomplir partout si l'on souhaitait venir à bout de la pandémie.

Ainsi en France, seul 64% des 150 000 personnes infectées par le VIH sont sous traitement et 56% au total présentent une charge virale contrôlée, alors qu'entre 24 000 et 29 000 patients, soit environ 20% de l'ensemble des séropositifs, ignorent toujours leur séropositivité. Or, ces personnes non détectées entretiennent la persistance d'une véritable épidémie cachée<sup>1</sup> en contribuant pour 40% des 5 000 nouvelles infections annuellement estimées.

Pourtant, un nombre important d'opportunités de dépistage précoce sont « manquées ». L'analyse du parcours des patients diagnostiqués tardivement en France retrouve ainsi dans 99% des cas au moins un recours au système de soin dans les trois ans précédents<sup>2</sup>. Plusieurs études tendent à confirmer le rôle clé que doivent jouer les soignants pour dépister ces patients à un stade plus précoce<sup>3,4</sup>. Alors même que l'acceptabilité du test est bonne, les soignants peinent encore à identifier les patients à risques, ne sachant pas poser les bonnes questions, ou encore du fait de la remise en cause d'une stratégie systématique de proposition du dépistage par certains de leurs collègues. Afin de renforcer ce dépistage plus précoce, les solutions se

13. Prendergast, ART for the HIV+ Infant: Controversies and Consequences of Early Initiation, Abstract #113.

14. Cotton et al., Early ART followed by Interruption Is Safe and Is Associated with Better Outcomes than Deferred ART in HIV+ Infants: Final Results from the 6-Year Randomized CHER Trial, South Africa, Abstract #28LB.

15. Wamalwa et al., Treatment Interruption in Infants following 24 Months of Empiric ART: Kenya, Abstract #27.

16. Sodroski et al., Structure and Function of the HIV-1 Env, Abstract #76.

17. Burton, Defying the Structure and Variability of HIV with Broadly Neutralizing Antibodies, Abstract

## Francophone VIH/sida

VIH, la 6<sup>ème</sup> conférence francophone VIH/sida a accueilli chercheurs, cliniciens, sentants associatifs à Genève du 25 au 28 mars dernier. Si la crise des finance-traitements a tenu une large place dans les débats, cette rencontre aura aussi scientifique constructif entre les acteurs de la lutte contre le VIH du Sud et du



situent dans des actions mieux ciblées vers les populations à risque, dans un renforcement du dépistage au sein des structures de soins primaires, ou encore dans une meilleure formation des soignants à l'identification des groupes à risques et de symptômes précurseurs.

### Actualités thérapeutiques

En séance plénière, le Dr A. Calmy du département des maladies infectieuses à l'hôpital cantonal universitaire de Genève et co-présidente de la conférence, a présenté une mise à jour des actualités thérapeutique sur le VIH. Alors que l'écart avec les pays du Sud se creuse, on constate que certaines avancées thérapeutiques pourraient bénéficier à tous. Ainsi, on voit se développer, par exemple, des formes retard (Névirapine XR), dont certains pourraient être pris à fréquence hebdomadaires (prodrogues du Tenofovir). Par ailleurs, un nouveau booster (le Cobicistat) en lieu et place du Ritonavir, pourrait trouver sa place dans de nouvelles combinaisons avec le TDF, FTC et l'Évitegravir (Essai QUAD<sup>5</sup>) tout en présentant un avantage en cas de co-administration avec la Rifampicine chez les patients tuberculeux. La simplification des traitements est aussi à l'ordre du jour : l'essai MONOI<sup>6</sup> justifie l'emploi d'une monothérapie par Darunavir/Ritonavir chez des patients devenus indétectables et stables sous trithérapie. L'avantage d'une telle stratégie est la limitation de la toxicité et l'épargne des autres classes d'antirétroviraux dont les INNRT.

### L'option B+ pour la PTME

Françoise Barré-Sinoussi a rappelé dès le début de la conférence que les moyens thérapeutiques limitant la transmission de la mère à l'enfant étaient connus depuis 15 ans. Malheureusement seul 48% des femmes y ont effectivement accès dans les pays à faible ou

moyen revenu<sup>7</sup>. Lors de la conférence, l'OMS a présenté sa nouvelle recommandation<sup>8</sup> (dite « option B+ ») : une trithérapie antirétrovirale pour la mère est prescrite dès le diagnostic de séropositivité posé, quelque soit le niveau de CD4, et elle est poursuivie au-delà de la grossesse. Cette mesure va dans le sens d'une simplification des recommandations même si les obstacles d'accès à la consultation et au traitement restent entiers. Elle contribue à limiter le risque de perte de vue après la grossesse ou encore l'émergence de résistances aux traitements de première ligne.

### Infections opportunistes : la tuberculose

La conférence de Genève a été l'occasion de nombreux échanges concernant la prise en charge, le traitement, et l'amélioration du dépistage de la Tuberculose, l'infection opportuniste la plus fortement associée au VIH (13% des cas de tuberculose surviennent chez des patients infectés par le VIH). Si le délai optimum entre traitement antituberculeux et traitement ARV est désormais établi à une quinzaine de jours (Essais CAMELIA/SAPIT/STRIDE), plusieurs études insistent sur la surveillance rapprochée des épisodes d'IRIS, plus fréquents en cas de CD4 bas, de dénutrition ou de CV élevée même si leur évolution est la plupart du temps spontanément favorable<sup>9</sup>. La prophylaxie par Isoniazide est trop peu utilisée alors qu'elle semble particulièrement préconisée surtout en cas d'IDR positive. Concernant les examens de confirmation diagnostique, alors que les techniques usuelles de microbiologie se développent au sud (Culture microbiologique en Côte d'Ivoire<sup>10</sup>, microscopie à fluorescence au Niger<sup>11</sup>...), de nouveaux examens diagnostics simples d'utilisation pourraient aussi y trouver leur place. C'est le cas du GenXpert MTB/RIF qui présente une sensibilité de 72% dans le

diagnostic des tuberculoses négatives à l'examen direct (en comparaison avec la culture mycobactériologique) et permettant la mise en évidence immédiate de la résistance à la rifampicine, très utile lorsqu'on sait que le risque de MDR TB est supérieur de 40% chez les patients VIH<sup>12</sup>. Une autre technique très opérationnelle, le TB LAMAg d'Alere DetermineTM, détectant dans les urines un antigène mycobactérien, le lipoarabinomannane avec une sensibilité d'autant plus grande que les CD4 sont bas, pourrait prochainement trouver sa place dans les pays du Sud. Les communications consacrées aux infections opportunistes autres que la tuberculose étaient peu nombreuses, témoignant des difficultés à diagnostiquer et à traiter ces « autres » infections opportunistes au Sud. ■

1. Quelle est la taille de l'épidémie cachée du VIH en France ? V.Superie et coll.

2. Opportunités manquées de dépistage du VIH chez des patients nouvellement diagnostiqués en France. K. Champenois et coll.

3. Dépistage de routine du VIH par des tests rapides dans les services d'urgences de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris : résultats de l'étude ANRS URDEP. E. Casalino et coll.

4. Faisabilité et acceptabilité du dépistage du VIH avec TDR en médecine de première ligne. A.F. Gennotte et coll.

5. Elvitegravir : a once-daily, boosted, HIV-1 integrase inhibitor. Lampiris HW. Expert Rev Anti Infect Ther. 2012 Jan;10(1):13-20.

6. Long-term efficacy of darunavir/ritonavir monotherapy in patients with HIV-1 viral suppression: week 96 results from the MONOI ANRS 136 study. Valantin MA et coll. J Antimicrob Chemother. 2012

Mar;67(3):691-5. Epub 2011 Dec 7.

7. OMS/ONUSIDA ; Rapport de situation 2011.

8. Programmatic Update: Use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Executive Summary; OMS, April 2012.

9. Syndrome de reconstitution immunitaire associé à la tuberculose chez des patients co-infectés tuberculose et VIH dans un essai thérapeutique au Mozambique-CARINEMO ANRS. M.Bonnet et coll.

10. L'apport de la culture dans le diagnostic de la tuberculose chez les PVVIH. T.Ouassa et coll. Session de discussion de posters.

11. Apport de la microscopie à fluorescence et de l'imagerie au diagnostic de la tuberculose à la mise sous ARV chez les PVVIH au Niger. M. Ide et coll. Session de discussion de posters.

12. L'apport du GenXpert MTB/RIF dans le diagnostic de la tuberculose chez les PVVIH. A.Ba. Diallo et coll.

Franck Lamontagne,  
Coordinateur médical  
Solthis en Sierra Leone

## Difficultés de prise en charge des maladies opportunistes en contexte de ressources limitées

En dehors de la tuberculose (TB) qui fait l'objet d'un programme spécifique, les infections opportunistes (IO) compliquant l'infection par le VIH s'apparentent à des maladies négligées dans les pays à faibles ressources d'Afrique sub-saharienne. Ceci est sans rapport avec le poids de leur morbidité, la majeure partie des infections VIH étant découvertes à des stades d'immunodépression avancée où le patient cumule fréquemment une ou plusieurs IO. Leur mortalité est également élevée, mais à ce stade « pré-ARV », elle reste dans l'ombre des statistiques nationales qui valorisent plus le nombre de patients mis sous traitement antirétroviral.

De multiples raisons expliquent cette situation. La plus évidente est l'absence de « moyens » :

- un plateau technique pauvre offrant un accès très limité au diagnostic microbiologique, à l'imagerie, à l'histopathologie ;
- une disponibilité très médiocre des traitements anti IO (en dehors des anti-tuberculeux et du cotrimoxazole en prévention) illustrant la faible attention portée par les autorités nationales et les organisations internationales à ce sujet ; plus encore, dans des systèmes de santé où le soin est à la charge de l'utilisateur, la pauvreté limite dramatiquement l'accès au diagnostic et au traitement des IO si le paquet de gratuité ne les couvre pas. Or le plus souvent celui-ci n'inclut pas ces soins « curatifs ».

Moins mise en avant, mais certainement plus difficile à remédier, la capacité technique des personnels de santé est certainement insuffisante face à ces défis :

- en effet, en dehors de quelques situations aisées (zona, kaposi...), le diagnostic d'une maladie opportuniste, noyée dans un tableau poly-pathologique, avec de faibles moyens, n'est souvent pas évident, d'autant plus que l'environnement dégradé tend à altérer la qualité des raisonnements médicaux.
- des guides sont censés accompagner le soignant dans son exercice ; malheureusement on manque cruellement dans ce domaine de références telles que les recommandations de l'OMS, et les guides inspirés du « Nord » sont trop peu adaptés aux réalités du contexte : moyens différents, mais aussi épidémiologie différente. L'approche privilégiée au Nord,

clinique et documentée, doit elle-même être discutée, car dans de tels contextes, une approche de santé publique et empirique, bien qu'imparfaite individuellement, pourrait être plus efficace à l'échelle d'une population. Elle reste néanmoins à construire, sur une base scientifique encore fragile, car elle a été grandement négligée jusqu'à présent.

- les formations destinées aux médecins qui prennent en charge le VIH sont généralement trop courtes et accordent peu d'importance à la prise en charge des IO. Elles ne suffisent pas à compenser des lacunes dans la formation de base (interprétation d'une radiographie thoracique, connaissance du spectre d'un antibiotique...) qui sont autant d'handicaps pour prendre en charge correctement une IO.

Finalement, le nœud du problème est probablement la faible place concédée à la prise en charge des MO, excepté la tuberculose, dans l'agenda des politiques de santé. Elle est sans doute considérée comme peu coût-efficace, voire superfétatoire à l'heure des coupes qu'imposent les restrictions budgétaires. L'inconsistance provient de ce que ces mêmes politiques échouent à dépister les patients précocement, ce qui éviterait d'être confronté au problème. Ce diagnostic tardif, associé à une offre de soins déficitaire, expose à répétition les soignants à l'impuissance et constitue certainement un facteur de démotivation. Pourtant, les principales IO rencontrées ne sont pas si difficiles à traiter.

Une lueur de renouveau est apparue avec la diffusion ces deux dernières années de nombreuses innovations et recommandations relatives à la prise en charge de la co-infection TB-VIH, suivies en décembre dernier des premières recommandations de l'OMS<sup>1</sup> concernant la prise en charge d'une IO hors TB, en l'occurrence la cryptococcose. La disponibilité d'un nouveau test rapide de diagnostic, des recherches sur de nouveaux protocoles thérapeutiques plus abordables en contexte de faibles ressources ont précédé cette dernière publication. D'autres recommandations devraient suivre.

Mais d'ores et déjà, quelques mesures urgentes et réalistes peuvent être mises en place pour sortir de l'impasse. Un plaidoyer et une aide technique doivent permettre d'inclure

dans les requêtes aux bailleurs le minimum de moyens nécessaires au diagnostic et au traitement des principales MO, dont le coût est en réalité modéré. Des guides de prise en charge simplifiés, tenant compte d'une réalité de terrain parfois éloignée de la théorie, peuvent être proposés, quitte à les améliorer par la suite. En corollaire, un recyclage pragmatique des soignants est à prévoir. Enfin, l'investissement dans la recherche opérationnelle est nécessaire pour étayer les recommandations formulées et évaluer leur impact, tant elle fait défaut dans ce domaine.

Solthis a entrepris de suivre ce chemin dans les pays où elle intervient. Les premiers efforts ont porté particulièrement sur la co-infection TB-VIH. Au Niger, une étude débutée en 2010 évalue la meilleure stratégie de diagnostic de cette affection. Avant mise sous ARV, la majorité des patients sont suspects de TB quand on applique la nouvelle recommandation de screening clinique de l'OMS. En revanche, l'examen microscopique du crachat étant rarement positif, le champ d'incertitude s'élargit. Les pratiques de diagnostic sont alors très hétérogènes. L'élaboration d'un guide de prise en charge des IO privilégiant l'approche syndromique, la proposition de stratégies de diagnostic plus coût-efficaces et la formation de l'ensemble des médecins en charge des deux maladies devraient contribuer à améliorer la situation. En Guinée, la prise en charge des IO neurologiques chez les patients hospitalisés a été évaluée en 2011. Des manifestations neurologiques majeures étaient très fréquentes, et associées à une forte mortalité. Les démarches diagnostiques et thérapeutiques paraissaient en revanche insuffisantes au regard des moyens en théorie disponibles. En Sierra Leone, un plaidoyer intensif a récemment permis d'intégrer à moindre coût des moyens appropriés de prise en charge des principales IO dans la requête au Fonds mondial. Des recommandations pragmatiques ont commencé à être élaborées et feront l'objet de recherches opérationnelles, les premières concernant la prise en charge de la tuberculose, des IO neurologiques, des diarrhées. Le chemin reste long. Mais l'enjeu est grand : au-delà d'une meilleure prise en compte des maladies opportunistes, c'est celui de la qualité des soins. ■

1. Rapid Advice. Management of cryptococcal disease in HIV-infected adults, adolescents and children. WHO, Dec 2011

**Grégoire Lurton**  
Responsable des systèmes  
d'informations sanitaires

## Collecte des données de la prise en charge en Guinée : le choix du papier

En parlant de système d'information, on pense généralement à des systèmes complexes, à la pointe du progrès technologique. Les nouvelles technologies de l'information, bien que très performantes, ne se justifient pas pour elles-mêmes, et leur utilisation n'est pas toujours indispensable pour la mise en place de systèmes performants de collecte et d'analyse de données.

En Guinée, dans le cadre d'un travail regroupant Solthis, le PNPCSP, le CNLS, le SNIS et l'ONUSIDA, il a été décidé de baser le renforcement du système d'information de la prise en charge du VIH non pas sur le développement de nouvelles technologies, mais sur l'amélioration des outils papiers déjà utilisés. Ce choix a été fait pour trois raisons principales. La première est que la mise en place d'un système informatisé, même minimal, aurait impliqué des coûts trop importants. La seconde est que l'instabilité des systèmes informatiques dans les conditions d'utilisation qui sont celles des centres de soin en Guinée faisait peser un risque important de perte de données, risque mieux contrôlé par l'utilisation de données papier. Enfin, le renforcement envisagé se faisait dans une perspective plus large de renforcement du SNIS, et il apparaissait important de proposer des solutions appartenant à la même famille d'outils que ceux utilisés par le SNIS. Ce choix a été mis en place en trois étapes successives, qui se sont étalées sur les années 2010 et 2011.

### Adaptation des indicateurs

En amont du travail sur les outils de collecte et d'analyse des données, les indicateurs programmatiques de Suivi/Évaluation ont été revus et adaptés au choix technique effectué. Les indicateurs nécessitant des données ou des analyses trop complexes ont été simplifiés, et leur ventilation unifiée. Ce n'est donc pas l'indicateur en tant que tel qui a été critiqué, mais les différents éléments de calcul qui le composent, et qui doivent être extraits des outils de collecte de données.

À l'issue de ce travail, un document synthétique, précisant l'ensemble des indicateurs, leur mode de calcul et les outils de collecte et de remontée des données correspondants, a été rédigé. Ce document permet de retrouver la relation qui unit les différents indicateurs et éléments de calcul, afin d'éviter les calculs multiples qui peuvent donner des indicateurs incohérents.

### Adaptation des outils

Les outils de collecte de données ont été révisés pour tenir compte de la chronicité du VIH. Cette conception a aussi tenu compte de deux exigences : simplicité de remplissage, et simplicité d'analyse.

### Chronicité

Dans le cas d'une maladie aiguë, la durée finie de la maladie permet d'utiliser un formulaire simple de collecte de données dans lequel on peut faire tenir l'ensemble de l'information qui sera collectée au cours de l'épisode. Dans le cas d'une maladie chronique, la quantité d'information qui sera récoltée au cours de la maladie est inconnue. Il a donc été décidé de prévoir deux types de registre :

- Un registre général qui regroupe l'ensemble des patients vus dans un site de prise en charge, et qui constitue la mémoire du site.
- Un registre de suivi, dans lequel les visites des patients sont enregistrées. Ce registre est renouvelé annuellement, permettant un suivi long des patients.



### Remplissage

Chaque année les patients sont réinscrits dans le registre de suivi, au fur et à mesure qu'ils sont revus en consultation. La place du patient dans un registre est définie par son numéro d'immatriculation. La numérotation des pages avec le numéro des patients permet de retrouver facilement un patient dans chacun des registres, où il occupe la même place. La révision sur le même principe du registre de pharmacie per-

met de suivre facilement un patient dans l'ensemble des registres.

### Analyse

Le renouvellement annuel des registres de suivi permet aussi de faire disparaître les patients qui ne se présentent plus en consultation, et qui ne sont donc pas réinscrits. En facilitant l'identification des perdus de vue, ce mécanisme permet en outre d'alléger l'analyse des registres.

### Installation des outils

Pour finaliser la réforme, une attention particulière a été apportée à l'installation des registres dans les sites de prise en charge. Cette installation a consisté, en dehors de la formation des différents acteurs, à réinscrire l'ensemble des patients vus depuis le début de la prise en charge, dans le registre général. Cette opération concernait plusieurs milliers de patients à travers le pays. Elle était nécessaire pour permettre une analyse immédiate des registres dès leur installation et pour assurer une immatriculation homogène de l'ensemble des patients, ce qui est essentiel pour l'utilisation des registres.

L'installation des outils a été finalisée à la fin de l'année 2011. Si les utilisateurs ont exprimé leur satisfaction vis-à-vis de la facilité d'utilisation du système, il est toutefois nécessaire de les appuyer pour une bonne appropriation de ces nouveaux outils. ■

# Les enjeux pédiatriques du VIH dans les pays du SUD

L'OMS et l'ONUSIDA estimaient dans leur dernier rapport que près de 34 millions de personnes étaient infectées étaient nouvellement infectés chaque année par le VIH et seulement 456 000 recevaient un traitement, soit une VIH a virtuellement été éliminée des pays du Nord, Solthis a voulu dans ce dossier, revenir sur les multiples rai-

## La poursuite de la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant

Les premières études ayant démontré la réduction de la transmission materno-infantile du VIH par la Zidovudine (AZT) ont été publiées il y a plus de 15 ans. Cependant, 95% des infections à VIH de l'enfant sont encore liées à une transmission lors de la grossesse, de l'accouchement ou en post-partum par l'allaitement maternel.

Malgré l'objectif ambitieux d'élimination de la transmission verticale affiché par l'ONUSIDA d'ici 2015, les programmes de PTME dans les pays du Sud rencontrent de nombreuses difficultés. Le dépistage VIH des femmes enceintes n'est effectué que chez 35% d'entre elles, et lorsque il est positif, moins de la moitié reçoit un traitement ARV prophylactique à même d'éliminer la transmission au nourrisson. Les insuffisances d'accès des femmes enceintes aux services de soins et de PTME (surtout en zones décentralisées), les ruptures d'approvisionnement de test de dépistage et d'ARV, les difficultés pratiques de suivi de la femme enceinte infectée, l'absence d'alternative à l'allaitement, sont des facteurs qui limitent le passage à l'échelle des programmes de PTME.

## Les difficultés du dépistage de l'enfant

Un premier cas de figure concerne le dépistage du nourrisson dont l'exposition au VIH est connue. Ces enfants exposés doivent être suivis pendant une durée de 12 à 18 mois après l'accouchement, moment à partir duquel les anticorps maternels disparaissent permettant l'interprétation d'une sérologie VIH. Si des solutions alternatives peuvent permettre de connaître le statut de l'enfant exposé bien plus précocement, dès 6 semaines grâce à la PCR, en particulier grâce à la technique plus opérationnelle du DBS (Dried Blood Spot testing), l'accès à de telles techniques est encore marginal... En pratique, les insuffisances des systèmes de soins (absence de registre de suivi des enfants exposés, indétermination des ressources humaines dévolue à ce suivi, ratés dans la référence) sont à l'origine d'une perte de vue importante de ces nourrissons.

Le second cas de figure concerne le dépistage des enfants infectés nés de mères ayant échappé à la PTME, cas le plus fréquent (65%). Il faut les dépister le plus tôt possible sachant que 50% d'entre eux mourront avant 18 mois s'ils ne sont pas rapidement pris en charge. Le dépistage d'enfants symptomatiques vus en hospitalisation n'est pas encore assez systématique. Par ailleurs, l'OMS<sup>2</sup> recommande également aux soignants de proposer un test aux enfants malnutris ou présentant un retard de croissance. Cette démarche a démontré toute son efficacité comme au Niger par exemple, où une prévalence du VIH de 9% a été retrouvée chez des enfants hospitalisés dans les services de renutrition intensive de Niamey. D'autres mesures additionnelles doivent être encouragées, en particulier le dépistage intrafamilial. En cas d'épidémie généralisée, un dépistage plus systématique doit être proposé à tous les enfants vus en consultation ou hospitalisés qu'elle qu'en soit la raison, ou encore aux enfants exposés à de multiples transfusions sanguines comme les drépanocytaires (voir l'article de Roubanatou Maïga). Cependant, il est important d'adapter ces stratégies de dépistage à chaque contexte épidémique national.

## Les difficultés de la prise en charge et des traitements

La problématique des ressources humaines est fondamentale. David Masson la développe amplement dans l'interview qui lui est consacrée. Deux défis majeurs font face aux soignants : se former et déléguer la prise en charge au personnel paramédical pour faire face au manque de ressources humaines ; et avoir une approche pluridisciplinaire conciliant prise en charge médicale, nutritionnelle et psychologique. Chez l'enfant comme chez l'adulte, la stratégie du « Test and Treat » démontre l'avantage d'un traitement antirétroviral systématique comme l'a rapporté l'essai CHER<sup>3</sup> (Children with HIV Early Antiretroviral Therapy) réalisé en Afrique du Sud en 2008. On observe une réduction de la mortalité de 76% lorsque le traitement est immédiatement prescrit par rapport aux

indications thérapeutiques basées sur des critères immunologiques ou cliniques. Cet essai a contribué à une mise à jour de l'OMS en 2010 recommandant de traiter tous les enfants de moins de 2 ans<sup>4</sup>. Cependant, ces recommandations se heurtent à de nombreuses contraintes pharmacologiques qui sont abordées par Etienne Guillard dans son article.

Par ailleurs, les résistances aux antirétroviraux chez l'enfant deviennent un enjeu majeur. Une communication orale<sup>5</sup> présentée dans la conférence AFRAVIH à Genève en mars 2012, a rapporté au sein d'une cohorte de 125 enfants suivis sous traitement depuis 20 mois en moyenne, 56% d'échec virologique avec, parmi eux, 92% de résistances aux INTI ou INNTI. La principale cause d'apparition de résistances est liée aux difficultés d'observance. Si l'observance dépend de la mère lorsque l'enfant est encore dépendant, les formes galéniques ou l'accompagnement psychologique sont aussi des éléments décisifs. David Masson revient longuement sur cet aspect.

C'est en s'attaquant et en ne négligeant aucune de ces difficultés qu'il sera possible d'améliorer la prise en charge pédiatrique du VIH et d'arriver, à l'exemple de la situation au Nord, à son élimination. ■

Rémi Lefrançois  
Directeur médical

1. OMS/ONUSIDA. Le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel ; rapport de situation 2011

2. OMS/ONUSIDA 2007. Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé.

3. Violari A et coll. Early antiretroviral therapy and mortality among HIV-infected infants. N Engl Med 2008; 359:2233-44.

4. OMS/ONUSIDA Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: Towards universal access. Recommendations for a public health approach: 2010 revision

5. K.Kébé et coll. Résistances du VIH-1 aux antirétroviraux chez des enfants sénégalais en échec virologique après 20 mois de traitement de première ligne selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé. 6<sup>ème</sup> conférence Francophone VIH/sida, 25-28 mars 2012, Genève

par le VIH à travers le monde en 2010<sup>1</sup> dont 10% d'enfants. Ce même rapport estimait aussi que 390 000 enfants couvrent des besoins de 23%, (moins de la moitié de celle des adultes). Alors même que l'infection pédiatrique a ses origines à l'origine de la poursuite de cette pandémie pédiatrique « négligée » au Sud.

## ARV pédiatriques, où en sommes-nous ?

En août 2011, le New England Journal of Medicine publiait un article percutant présentant le VIH pédiatrique comme maladie négligée<sup>1</sup>. Si la situation est loin d'être optimale, elle s'est cependant nettement améliorée ces dernières années et mois comme l'ont montré les tableaux ci-dessus.

Valider de nouvelles indications ou de nouvelles formes galéniques implique une forte

volonté de recherche et de développement sur cette question. Or, de par le modèle économique de l'industrie pharmaceutique, le champ du VIH pédiatrique est particulièrement délaissé. Il est donc majeur que des initiatives comme celle de DNDi<sup>2</sup> se poursuivent mais également que les laboratoires pharmaceutiques indiens restent une force d'innovation comme ils ont pu l'être.

Au-delà de l'existence de ces formes et de ces nouvelles indications, l'amélioration de la prise en charge pédiatrique implique également que ces produits soient disponibles en continu dans les pays en développement. Garantir cette disponibilité reste également un défi majeur.

### Récapitulatif des ARV validés pour un usage chez le nouveau né et l'enfant selon l'âge (avril 2012)

Le tableau ci-dessous présente une synthèse des ARV selon 2 critères :

- la validation de l'utilisation d'un ARV chez l'enfant et à partir de quel âge cela est possible
- l'existence de formes galéniques adaptées à un usage pédiatrique

INH. NUCLEOSIDIQUES DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE (NRTI)		INH. NON NUCLEOSIDIQUES DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE (NNRTI)		INH. DE LA PROTEASE (IP)		INH. DE FUSION (IF)		INH. D'ENTREE, RECEPTEURS CCR5 (IE ICCR5)		INH. DE L'INTEGRASE	
Molécule	Médicament adapté pédi	Molécule	Médicament adapté pédi	Molécule	Médicament adapté pédi	Molécule	Médicament adapté pédi	Molécule	Médicament adapté pédi	Molécule	Médicament adapté pédi
Zidovudine AZT/ZDV		Névirapine NVP		Ritonavir RTV		Enfuvirtide T-20 / EFV		Maraviroc MRV		Raltégravir RLT	
Stavudine D4T		Efavirenz EFV		Saquinavir SQV							
Lamivudine 3TC		Etravirine ETV		Indinavir IDV							
Didanosine DDI		Rilpivirine RPV		Nelfinavir NFV							
Abacavir ABC				Lopinavir/r LPV/r							
Ténofovir TDF				APV							
Emtricitabine FTC				Atazanavir ATV							
				Tipranavir TPV							
				Darunavir DRV							

### Récapitulatif des combinaisons à doses fixes pédiatriques

Composition	Dosage
AZT+3TC+NVP	60/30/50 mg
AZT+3TC	60/30 mg
AZT+3TC+ABC	60/30/60 mg
ABC+3TC	60/30 mg
D4T+3TC+NVP	6/30/50 mg
D4T+3TC+NVP	12/60/100 mg
D4T+3TC	6/30 mg

	Utilisation validée chez le nourrisson et enfant		Formes galéniques adaptées disponibles (comprimés solubles)
	Utilisation enfant > 2 ou 3 ans		Formes galéniques peu adaptées (solutions buvables)
	Utilisation enfant > 6 ans		Aucune forme galénique pédiatrique n'existe
	Utilisation enfant > 12 ans		

Ce tableau présente les différentes combinaisons à doses fixes adaptées à une utilisation chez l'enfant. Ces combinaisons sont toutes préqualifiées par l'OMS ou par une autorité réglementaire stricte.

Etienne Guillard,  
Responsable Pharmacie

1. Lallemand M, Chang S, Cohen R et Pecoul B. Pediatric HIV — A Neglected Disease? N Engl J Med, 2011 ; 365 : 581-583. Disponible sur <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1107275>  
2. Drugs for Neglected Diseases initiative. <http://www.dndi.org/>



## Rencontre avec le Dr David Masson, médecin coordonnateur du programme Grandir

David Masson est pédiatre de formation. Après un internat de pédiatrie à Paris avec une orientation en nutrition et en infectiologie, il a fondé une association en Bolivie pour développer des projets de santé communautaires. Après 6 années en Amérique du Sud, il a travaillé 2 années avec MDM Espagne au Sénégal dans le cadre de la mise en place d'un projet régional de lutte contre le Sida, notamment sur les services de dépistage et PTME. De retour en France en 2007, il a intégré le programme Grandir ([www.grandir.sidaction.org](http://www.grandir.sidaction.org)) en 2008, dont il est aujourd'hui référent médical. En parallèle, il a développé un service d'hospitalisation à domicile pédiatrique à Lyon, dont il est le responsable et le principal médecin coordonnateur. Il partage aujourd'hui son emploi du temps entre ces deux activités.

### Quelles sont les difficultés de la prise en charge pédiatrique du VIH en Afrique ?

Il existe plusieurs niveaux de difficulté. Sur le **plan de la Santé Publique**, on constate qu'il y a peu de ressources humaines formées, peu de pédiatres, encore moins de pédiatres formés sur le VIH, peu de psychologues et de diététiciens. Du coup, la PEC des enfants infectés est réalisée par des médecins ou des psychologues d'adultes qui ont peu d'expérience du suivi de l'enfant. La prise en charge est réduite à quelques grands sites hospitaliers ou associatifs, avec des difficultés de décentralisation puisqu'en province il y a encore moins d'équipes formées.

D'autre part, il existe des difficultés sur le **plan du suivi individuel**. Hormis la drépanocytose, le VIH est une des premières maladies chroniques prise en charge par les équipes africaines. Généralement les maladies de l'enfant en Afrique se résument à des pathologies aiguës telles que le paludisme, la diarrhée, l'infection respiratoire où les enfants guérissent ou décèdent. C'est la première fois qu'il y a, à cette échelle, des enfants atteints d'une maladie chronique, qui devront être suivis de l'âge de nourrisson jusqu'à l'âge adulte.

En Afrique, il y a peu d'équipes pluridisciplinaires. Les équipes ont du mal à articuler la prise en charge médicale avec la prise en charge psychologique et la prise en charge nutritionnelle. En général, il y a les médecins d'un côté, les psychologues de l'autre avec les assistants sociaux responsables en général de l'appui nutritionnel. Cela devient d'autant plus complexe lorsque que l'on est face à des adolescents qui sont en opposition à leur maladie et à la prise des traitements.

Parmi les autres difficultés, il y a la faiblesse des choix thérapeutiques chez les enfants, (notamment concernant les ARV) en comparaison avec les adultes et les pays riches. Les formes galéniques ne sont pas toujours adaptées et les traitements ARV en sirop et les traitements pour les IO ou les infections banales, sont plus chers sous la forme de suspension.

### Quelle stratégie le programme Grandir met-il en œuvre pour s'attaquer à ces difficultés ?

Le programme Grandir a été créé en 2006 à un moment où on commençait à peine à parler de la prise en charge pédiatrique en Afrique. Les trithérapies étaient disponibles pour les adultes dès 2004-2005 mais les enfants étaient les oubliés de ces avancées. Notre programme a été développé par Sidaction, « Initiative Développement », et par « Sol en SI » pendant quelques temps avec un appui de la coopération française.

Le programme Grandir intervient de trois façons différentes :

Tout d'abord, à travers la diffusion de **documents d'information générale** adressés à tous les soignants ou prestataires exerçant en Afrique, soit dans le cadre de la PTME ou de la prise en charge des enfants infectés. Cette information est publiée sous la forme d'une lettre électronique trimestrielle : Grandir infos. Grandir Actu est une autre newsletter dont l'objectif est de faire une veille sur les études et les articles publiés sur le VIH pédiatrique. Elle est diffusée à plus de 1500 personnes. Nous avons en parallèle élaboré des fiches pratiques pour donner des axes de réflexion et de travail à la fois sur le plan médical, psychologique et nutritionnel, à destination des équipes en Afrique. Nous avons édité des guides sur la prise en charge, fruit des trois premières années du programme et d'autres brochures sur différents thèmes : la manière de bien prendre son traitement, par exemple.

Nous avons un deuxième volet d'intervention qui est un **appui financier et technique** à 17 associations d'Afrique francophone (Burkina Faso, Mali, Côte d'Ivoire, Bénin, Togo, République Démocratique du Congo, Burundi, Cameroun, Congo-Brazzaville et Tchad). Cet appui financier de l'ordre de 35 000 euros par an est associé à un appui technique avec des visites terrain de pédiatres expérimentés dans la prise en charge des enfants infectés par le VIH. Le troisième volet est **l'élaboration de modules de formation** réalisés en présentiel avec

des membres des associations financées par Grandir. Ils portent sur l'alimentation du nourrisson, l'accompagnement psychologique et l'annonce du diagnostic. Nous venons de créer une nouvelle formation axée sur la prise en charge nutritionnelle thérapeutique.

### Alors qu'on estime que seul 10 à 20% des enfants infectés par le VIH ont accès à un traitement ARV en Afrique, constatez-vous des évolutions sur la qualité de leur prise en charge ces dernières années, sur le terrain ?

On voit apparaître des évolutions positives. L'accès aux soins médicaux de base et aux ARV de premières lignes est plus facile maintenant, en particulier dans les hôpitaux des grandes villes. De plus, d'avantage d'enfants ont accès aux ARV pédiatriques avec des galéniques plus adaptés : En 2006, les enfants se voyaient administrer des galéniques adultes cassées ou écrasées. Aujourd'hui les enfants ont accès à des comprimés en formes combinées dans les traitements de première ligne.

L'accès à la PCR pour le diagnostic précoce et le suivi thérapeutique évolue lentement. Elle n'est pas encore accessible dans tous les pays et elle n'est pas présente en permanence, à cause de rupture de réactifs ou de problèmes de maintenance. Néanmoins, il y a de plus en plus de possibilité de faire des PCR sur DBS.

D'un point de vue médical, les propositions de dépistage restent très insuffisantes dans les services hospitaliers pédiatriques ou dans les centres de renutrition. L'accès à la biologie est souvent payant, ce qui constitue un frein à la fois pour le suivi et la mise en route des ARV. Dans un certain nombre de pays, le Fonds mondial ne finance pas les bilans biologiques pour les patients sans ARV, donc le bilan d'inclusion et la prise en charge des complications infectieuses restent souvent payantes.

Les associations appuyées par Grandir ont aussi beaucoup progressé même si elles restent dépendantes des problèmes de la prise en charge pédiatrique dans son ensemble. Néanmoins elles bénéficient de l'appui de Grandir



qui finance des RH, des médicaments pour les IO, le suivi biologique et l'appui nutritionnel.

### **En quoi la prise en compte spécifique de la malnutrition est-elle si importante chez l'enfant infecté par le VIH ?**

Le VIH est une maladie souvent associée à la tuberculose. Les enfants atteints par la VIH sont plus sujets à des infections banales associées à des risques de malnutrition. La maladie intervient le plus souvent dans le contexte de familles pauvres où les apports caloriques sont souvent insuffisants. Ces enfants ont une forte probabilité de développer une malnutrition chronique ou aiguë et dans la mesure où la prise en charge est souvent retardée, on constate un retard de croissance en poids, en taille mais aussi parfois en termes de psychomotricité. Tous ces retards sont plus difficiles à rattraper dans les pays du Sud que dans les pays du Nord.

Si on prend le problème dans l'autre sens, lorsqu'on réalise le suivi anthropométrique, c'est-à-dire la mesure du poids, de la taille, du périmètre crânien régulièrement, on peut dépister tôt des cassures de courbes qui peuvent correspondre à des causes médicales. On favorise ainsi une prise en charge précoce avec une mise sous ARV rapide, ou un traitement de la TB. Auparavant lorsque l'enfant grandissait mal, le médecin l'envoyait chez l'assistant social sans chercher à comprendre les causes médicales de la malnutrition. Du coup, nous avons formé les médecins au diagnostic étiologique, de la malnutrition pour voir si on est devant une carence d'apport qui va être résolue par un soutien nutritionnel ou si on est face à un problème médical ayant une répercussion sur la croissance de l'enfant. Il existe aujourd'hui un véritable défi pour former les soignants médicaux ou paramédicaux en élaborant des algorithmes de prise en charge.

### **On sait que l'annonce de la maladie à l'enfant/adolescent est une étape stratégique concernant l'observance. Quelle est la stratégie développée par le programme Grandir concernant ce moment important de la prise en charge ?**

En effet, l'annonce est capitale quant à la vie future de l'enfant. On peut difficilement imaginer qu'un enfant prenne des comprimés matin et soir pendant des années sans comprendre pourquoi. Le prétexte avancé par les parents et par certaines équipes, est qu'il doit prendre un traitement parce qu'il a des boutons, qu'il tousse, qu'il est fatigué, mais lorsque l'état im-

munitaire est rétabli, l'enfant ne comprend pas pourquoi il doit continuer à prendre des médicaments.

Si on ne lui a pas donné d'explication logique, l'enfant devient inobservant, et il rechute. C'est indispensable d'expliquer aux enfants, prendre son temps et impliquer les parents. Pour cela, il faut que les médecins soient partie prenante. Nous avons commencé à mettre en place des consultations conjointes, médecin-psychologue où le médecin annonce et le psychologue s'occupe du suivi.

L'annonce est une problématique qui a émergé du terrain assez vite dès 2007-2008 : l'enfant recevait les traitements sans connaître sa maladie et les parents n'arrivaient pas à faire l'annonce. On s'est rendu compte que cette annonce arrivait trop tard et était mal faite.

Nous avons donc développé une formation avec des psychologues du Sud et des intervenants du Nord en nous basant sur ce qui est globalement admis sur le développement cognitif de l'enfant. La théorie de Piaget consiste à dire que dès 7 à 8 ans, l'enfant a acquis une pensée opératoire qui lui permet de comprendre qu'il est infecté par une maladie chronique. Nous conseillons aux équipes d'apporter des notions accessibles à l'enfant, sans forcément parler du VIH d'emblée. Nous parlons de « traitement pour endormir le microbe » : s'il arrête de prendre le traitement, « le microbe va se réveiller ». Ce processus est relativement facile à appliquer par les équipes et est acceptable pour les parents. En fonction des questions posées par l'enfant, au mieux avant 11-12 ans, on peut dire que le microbe s'appelle le VIH. Cette explication s'accompagne aussi d'un dialogue régulier avec l'enfant.

A l'inverse, lorsque cette annonce ne peut pas être faite à temps, soit parce que les parents ne veulent pas que l'enfant apprenne de quoi il souffre, soit parce que les adolescents apprennent trop tard leur maladie, les réactions sont mauvaises et remettent en cause les traitements et leur confiance dans les adultes. Il est parfois difficile de faire comprendre que les ARV peuvent les soigner, notamment dans le cas où leurs parents sont décédés du Sida. Une première formation a été mise en place en 2009 et un atelier d'échange d'expériences a été réalisé un an et demi plus tard. Un travail a aussi été mis en place avec les parents ou les tuteurs pour déconstruire leurs représentations de la maladie et les faire adhérer au processus. Nous mettons ces modules de formation à la disposition de plusieurs universités, celle de Ouagadougou notamment, où notre équipe

intervient depuis l'année dernière dans le cadre du Diplôme Universitaire. Nous espérons qu'il va y avoir une appropriation de ces idées.

### **Quels sont les principaux enjeux pour le programme Grandir à l'horizon 2015 ?**

Le programme est financé jusqu'à fin 2013. Pour le moment, nous n'avons pas davantage de visibilité sur la poursuite du programme. Nous misons sur le transfert de compétences, en formant les partenaires du Sud et en proposant des formations à des associations qui ne font pas partie de notre programme.

Si nous pouvions continuer nos activités, nous aimerions nous investir en priorité sur les missions suivantes : d'abord finaliser la prise en charge pluridisciplinaire articulée autour de 3 axes : médical, psychologique et nutritionnel. Ensuite nous souhaitons renforcer la prise en charge des adolescents. Enfin, nous voulons renforcer les compétences des équipes sur le suivi virologique et le traitement de deuxième ligne. ■

**Propos recueillis par  
Magali Mévellec et Rémi Lefrançois**

# Lever les barrières quelques éléments

Selon l'OMS, plus de 80% des personnes

Stéphanie Tchiombiano,  
Chef de mission Mali

## Association infection VIH et drépanocytose

La drépanocytose est une maladie génétique, héréditaire, affectant l'hémoglobine des globules rouges du sang.

L'hémoglobine A, normale, est remplacée par l'hémoglobine anormale S (HbS) qui entraîne une déformation des globules rouges en « faucille » et donne son autre nom à la maladie : anémie falciforme. La drépanocytose est due à la présence de cette mutation dans le gène de l'hémoglobine situé sur le chromosome XI. Sa transmission génétique est autosomique récessive et les sujets hétérozygotes sont des porteurs sains. Cependant, lorsque les deux chromosomes sont porteurs du gène, le sujet est homozygote drépanocytaire malade.

Il s'agit de la première maladie génétique mondiale, atteignant environ 50 millions de personnes. Chaque année, 300 000 enfants naissent avec une anomalie majeure de l'hémoglobine et selon l'OMS, on recense plus de 200 000 cas en Afrique. Dans les pays de l'Afrique de l'ouest tels que le Ghana et le Nigeria, la fréquence du trait atteint 15 à 30%.

Le Niger fait partie des pays d'Afrique de l'ouest où la drépanocytose constitue un problème majeur de santé publique. En effet, une étude transversale réalisée en milieu scolaire en 2009 à Niamey, sur 516 enfants âgés de 3 à 16 ans, a montré que 24,2% des enfants étaient porteurs du trait drépanocytaire dont 3,1% étaient porteurs homozygotes.

La drépanocytose associe 3 grandes catégories de manifestations cliniques liées à l'anémie hémolytique chronique, aux crises douloureuses intenses (crises vaso-occlusives) et à la susceptibilité extrême à l'infection, avec une grande variabilité d'expression clinique selon les individus atteints. En cas de crise vaso-occlusive sévère, la transfusion sanguine est la thérapie généralement retenue. La répétition de transfusions sanguines chez les drépanocytaires les expose au risque d'infections, dont l'infection à VIH. Cependant, peu d'études se sont intéressées à l'association VIH et drépanocytose, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Les sujets drépanocytaires sont-ils plus ou moins à risque d'infection VIH ? L'infection par le VIH a-t-elle un effet sur la fréquence et l'intensité des crises drépanocytaires ? La progression de l'infection à VIH chez les sujets drépanocytaires séropositifs au VIH est-elle différente des sujets séropositifs au VIH non drépanocytaires ? Les ARV ont-ils un effet sur la drépanocytose ? Toutes ces questions devraient motiver des études tant au niveau des structures sanitaires en charge des enfants VIH qu'au niveau des Centres de Référence de la Drépanocytose.

Roubanatou Maïga

1. BARDAKJIAN J., WAJCMAN H. Epidémiologie de la drépanocytose. La Revue du Praticien 2004 ; 54, 1531-3.
2. GALACTEROS F. Drépanocytose. Encyclopédie Orphanet. Février 2000. <http://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-drepanocy.pdf>
3. MONTALEMBERT M. et col. La drépanocytose en France. Arch Pédiatr, 2006, 13, 1191-4.

4. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS) Epidémiologie mondiale des troubles de l'hémoglobine et indicateurs de service dérivés. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé ; Vol 86, juin 2008, 417-496.
5. SMITH L.A. et al Sickle cell disease: a question of equity and quality. Pediatrics, 2006, 117(5), 1763-70.

Au Mali, par exemple, seulement 12,9% de la population générale adulte avait été dépistée en 2006<sup>1</sup>. Indépendamment de ce taux très faible, la grande majorité des patients sous traitement sont dépistés à un stade sida déclaré. En dehors de la PTME, rares sont les occasions de dépister des personnes séropositives bien-portantes.

Prenons par exemple la région de Ségou, au Mali. Solthis intervient dans cette région pour améliorer l'accès aux antirétroviraux pour les PVVIH. Plus de huit ans après le début de nos activités d'appui au secteur santé existant, avec une soixantaine de médecins formés et opérationnels, 12 sites de prise en charge prescrivent des ARV, répartis dans l'ensemble des cercles de la région. Nous estimons que l'offre de soin est relativement bonne, tant sur le plan de la décentralisation de l'accès aux soins qu'en terme de qualité de la prise en charge. Pourtant, un certain nombre de constats doivent être posés. En premier lieu, le taux de couverture des besoins en traitement antirétroviraux reste relativement faible (environ 1/3 des besoins), alors que les centres de prise en charge sont aujourd'hui suffisamment solides pour accueillir un nombre plus important de patients. Par ailleurs, l'accès au dépistage reste très fragile dans la région, comme dans l'ensemble du pays, d'ailleurs. Enfin, le taux de fidélisation des patients ayant commencé un traitement antirétroviral est particulièrement faible dans la région de Ségou (1 737 patients toujours suivis sous traitement pour 3 057 patients ayant initié le patient, soit un taux de 56%, le plus faible de l'ensemble des régions du Mali). Comment expliquer ce fort taux de patients quittant le système de soins ? L'un des déterminants avancés dans la littérature<sup>2</sup> comme hypothèse à la perte de vue des patients séropositifs est l'importance de la discrimination et de la stigmatisation des PVVIH. Ne serait-il pas important de renforcer nos activités sur ce volet jusqu'à alors relativement peu développé dans nos programmes, que ce soit au Mali ou dans les autres pays d'intervention Solthis ?

Conscient de ces enjeux, il est nécessaire à ce stade de faire un état des lieux sur le dépistage (comportements, niveau des connaissances, représentations sociales et croyances motivant les comportements, facteurs environnemen-

## du dépistage et de l'accès aux soins au Mali : de réflexion

vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ne savent pas qu'elles sont infectées.

taux influençant ces comportements, etc.) pour pouvoir ensuite établir des objectifs de changements de comportements réalistes. Comment convaincre les « bien portants » d'aller se faire dépister ? Quels sont les éléments de réflexion que nous avons, pour mettre en place des activités d'information, d'éducation pour la santé ?

Certains éléments socio-démographiques sont évidemment à prendre en compte, comme par exemple la grande jeunesse de la population (50 % environ de la population a moins de 15 ans), le faible niveau d'éducation (57% des hommes sont allés à l'école contre 23% des femmes) ou encore la diversité linguistique des maliens (6 langues différentes sont parlées dans la région de Ségou, avec une langue majoritaire, le bambara).

Nous avons fait un bilan des activités d'éducation pour la santé menées sur le VIH au Mali, et plus particulièrement dans la région de Ségou. Il en ressort plusieurs éléments intéressants :

- des difficultés d'évaluation de l'impact réel des activités en Communication pour un Changement de Comportement (CCC) qui ont été menées jusqu'alors
- un bilan relativement mitigé des approches de « pair-éducation » (passer par les jeunes pour éduquer les autres jeunes, etc.)
- l'importance de la diversification des approches pour rendre le message plus fiable
- un manque de communication / sensibilisation sur la PTME
- un manque d'informations concrètes sur les lieux/modalités concrètes de dépistage ou de prise en charge
- très peu d'initiatives contre la stigmatisation, malgré une prise de conscience de l'importance de ce thème ces dernières années.
- l'absence de concertation / coordination des activités de sensibilisation (les documents

de politiques en matière de communication existent mais ils sont peu diffusés / connus, les acteurs semblent très peu se concerter pour harmoniser les outils et approches etc.).

Par ailleurs, et pour nourrir notre réflexion, nous avons demandé à l'Association de recherche Miseli de mener une étude de socio-anthropologie sur les freins au dépistage et à la prise en charge dans la région de Ségou. De manière extrêmement schématique, plusieurs idées fortes se dégagent de cette étude. L'une d'entre elles est l'absence totale de distinction entre l'infection à VIH et le SIDA, qui sont totalement associés dans les représentations populaires. Les connaissances demeurent très faibles et les représentations évoluent peu ; le sida est toujours à la fois maladie et objet social, ancré dans le champ du discours et de la rumeur. Par ailleurs, si l'infection n'est pas perçue comme le plus grand risque de santé (en comparaison avec le paludisme, par exemple), elle est de loin la pathologie la plus anxiogène. Cette vision angoissante induit deux attitudes : la minimisation du risque et la maximisation du danger, inacceptable, impossible à affronter. Le dépistage est dans les faits rarement totalement volontaires (motivé par la volonté d'affronter la réalité) mais plus souvent engagé sous influence (lors de campagnes de dépistage mobile, à l'occasion d'une consultation prénatale dans le cadre de la PTME ou à l'occasion d'une prescription du personnel soignant suite à une suspicion médicale par exemple).

Les principaux freins au dépistage sont **la peur de la mort sociale, qui prime largement sur la peur de la mort physique**, la méfiance envers les conditions de dépistage et enfin le sentiment de contrôle, mais ce dernier fait souvent l'impasse sur les risques occasionnels. Si les populations connaissent généralement l'existence de la maladie (le déni recule) et du traitement ARV, ils les connaissent de manière théorique, désincarnée, sans lien avec les aspects concrets de la prise en charge (ou se faire soigner, comment, par qui, à quel coût). Par

ailleurs, il existe une méfiance diffuse à l'égard des formations sanitaires et du personnel médical, notamment sur les aspects de confidentialité, ce qui constitue un frein supplémentaire à une démarche individuelle de dépistage.

En conclusion, quatre leviers de mobilisation pourraient être utilisés pour entraîner une démarche réellement volontaire de dépistage du VIH :

- Objectiver le VIH et parvenir à en diffuser un contenu d'image dissocié de celui du sida déclaré,
- Réaffirmer le risque de contamination sexuelle face à la voie sanguine et sensibiliser sur les pratiques occasionnelles,
- Valoriser le test de dépistage et notamment gérer les lacunes perçues du système de santé public (en travaillant sur l'amélioration du lien patient / personnel de soins).
- Soutenir la « préservation du secret » comme bénéfice motivant du traitement. ■

1. Sources Enquête de Démographie et de santé du Mali IV- 2006. Une nouvelle enquête sera menée en 2012 et devrait nous permettre d'actualiser ce chiffre.

2. Adherence and retention in HIV Care in resource-limited settings, Hatip, issue 176, 12 avril 2011.

**Caroline Gallais**  
Chargé des relations avec  
les bailleurs de fonds

**Nathalie Dariès**  
Chef de mission Sierra Leone

## La crise des ressources humaines en santé :

En 2006, dans son rapport « Travailler ensemble pour la santé »<sup>1</sup>, l'OMS a tiré la sonnette d'alarme sur la problématique des ressources humaines (RH) en santé, pilier des systèmes de santé essentiel à l'atteinte des Objectifs Millénaire du Développement. Ce rapport a mis en lumière la pénurie aiguë de ressources humaines dans 57 pays en développement, dont 36 en Afrique subsaharienne et 6 en Asie du Sud-Est. Six ans plus tard, quel est le bilan de cette alerte de l'OMS ? Si le consensus semble désormais partagé sur la nécessité de renforcer les RH en santé, force est de constater que les progrès tardent à se matérialiser sur le terrain.

Selon l'OMS, le déficit cumulé de personnels de santé dans les pays en pénurie aiguë s'élevait en 2006 à 4,3 millions de personnes. Derrière cette carence globale se cache des inégalités criantes : l'Afrique sub-saharienne ne compte que 3% des agents de santé de la planète alors qu'elle concentre 11% de la population mondiale et supporte 24% de la charge de morbidité mondiale. Cela représente un ratio de 18 médecins pour 100 000 habitants, quand l'Inde compte 60 médecins ou la France 370 pour le même nombre d'habitants<sup>2</sup>. A cette **pénurie quantitative** s'ajoute ou se substitue une **distribution inéquitable des RH**<sup>3</sup> sur les territoires : les zones rurales et isolées sont délaissées au profit des zones urbaines considérées comme plus attractives en termes de conditions de vie et de travail.

Les causes de cette situation sont bien connues :

- **insuffisance des formations**<sup>4</sup> dans les pays en développement qui ne produisent pas assez de RHS pour compenser les pertes dues à l'attrition, à l'émigration et aux décès des personnels.
- **faibles capacités d'absorption des pays**, liées à la fois aux programmes d'ajustement structurels des institutions financières<sup>5</sup> internationales et au manque de volonté politique des dirigeants. Les engagements n'ont pas été respectés au Nord comme au Sud :

allocation de 0,7% du PIB des pays du Nord à l'aide publique au développement et allocation de 15% du budget national des pays au secteur de la santé. L'insuffisance de recrutement et les rémunérations limitées consécutives aboutissent ainsi à des situations paradoxales avec de nombreux personnels de santé se retrouvant au **chômage** en dépit des besoins, ou poussés à se tourner vers des sources de revenus alternatives qui les éloignent des centres de santé publics.

- **vellités migratoires** qui déplacent chaque jour des personnels de santé des zones défavorisées vers les zones les plus riches par cercles concentriques, au niveau local et national d'abord, puis continental, et enfin international<sup>6</sup>.

Face à ces problèmes, plusieurs pistes d'intervention sont à développer : produire des données fiables, augmenter les formations de personnels et améliorer leur répartition, limiter les mouvements migratoires et mobiliser la communauté internationale.

### Elaborer des stratégies nationales basées sur des données fiables

Le premier obstacle à la mise en place d'une riposte stratégique à la crise des RH est le manque de données fiables et mises à jour sur les effectifs de santé dans les pays en crise. Afin de pallier cette situation, l'OMS a soutenu la mise en place d'un Observatoire Africain des Ressources Humaines pour la Santé<sup>7</sup>, qui a vocation à se décliner à l'échelle de chaque pays. L'objectif de ces observatoires est de collecter des informations exploitables sur la situation des RHS dans chaque pays afin d'alimenter les stratégies nationales pour remédier aux besoins. Cependant, en 2011, moins de la moitié des pays en crise disposaient de mécanismes d'information. Par ailleurs, si 75% des 57 pays en crise de RHS ont déclaré disposer de programmes visant à renforcer leurs RHS, seulement 23% disposent de plans nationaux chiffrés<sup>8</sup>, signe que leur application est en retard.

### Augmenter les formations de personnels et optimiser leur utilisation

Une enquête auprès de 105 écoles de médecine d'Afrique subsaharienne<sup>9</sup> rapporte que la majorité des écoles ont engagé une dynamique d'augmentation du nombre d'étudiant de première année depuis les 5 dernières années. Certaines tendances se dégagent, telles que l'augmentation du nombre d'écoles privées, la mise en place de curricula communautaire et le développement de partenariats internationaux. De nombreux défis persistent néanmoins : manque de moyens et faiblesse des infrastructures existantes, et le faible taux de régulation du secteur. Enfin, le manque de coordination entre le secteur de l'éducation et de la santé reste un problème majeur : au Mali, le nombre de diplômés annuel dépasse les capacités du pays à recruter de nouveaux médecins en dépit des importants besoins du secteur, ce qui souligne les faibles capacités d'absorption des pays et la nécessité de réfléchir également à l'optimisation du personnel déjà en poste.

Face à l'urgence, une des pistes privilégiées à court terme est ainsi de réorganiser le *skill mix*<sup>10</sup> au sein des équipes de soins au travers de la délégation de tâches qui donne de nouvelles responsabilités à des cadres moins qualifiés dont le temps et le coût de formation moins importants permettent d'augmenter rapidement les effectifs<sup>11</sup>. L'un des piliers de l'initiative « Treatment 2.0 » de l'OMS-ONUSIDA, « adapter l'offre de soins »<sup>12</sup>, repose ainsi notamment sur la délégation des tâches pour permettre le passage à l'échelle de l'accès au traitement en matière de VIH. Les études se sont multipliées<sup>13</sup> pour souligner l'important potentiel de la délégation des tâches en termes d'amélioration de l'accès aux soins, mais également de coût-efficacité, bien que les véritables recherches scientifiques étudiant le devenir des patients dans de tels contextes fassent encore défaut. Si la délégation des tâches existe de fait dans de nombreux pays, sa for-

1. OMS (2006), « Travailler ensemble pour la santé », Rapport sur la santé dans le monde  
2. F. Mullan et al. (2011), "Medical schools in sub-Saharan Africa", The Lancet, Vol.377, Issue 9771  
3. G. Dussaut & M.C. Franceschini (2006), "Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce", Human Resources for Health, 4:12  
4. Global Health Workforce Alliance (2008), Scaling up, saving lives, Task Force for Scaling Up Education and Training for Health Workers, 2008  
5. CDG (2007), "Does the IMF constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action". USA: Center for Global Development  
6. L. Chen et al. (2004), "Human resources for health: overcoming the crisis", The Lancet, Vol.364, Issue 9449  
7. www.hrh-observatory.afro.who.int

8. Rapport du 2<sup>ème</sup> Forum mondial sur les RH pour la santé, « Passer en revue les progrès accomplis, renouveler les engagements pris en faveur des agents de santé sur la voie des OMD et au-delà », 25-29/01/2011, Bangkok, Thaïlande, OMS, GWHA, JICA.  
9. C. Chen et al. (2012), "A survey of Sub-Saharan African medical schools", Human Resources for Health, 10:4  
10. I.e. la répartition des tâches entre les différents membres des équipes de soins, par exemple en confiant à un infirmier une tâche traditionnellement dévolue à un médecin.  
11. WHO (2008), Task Shifting, global recommendations and guidelines  
12. Les 5 piliers de l'initiative Treatment 2.0 sont : 1) optimiser les régimes thérapeutiques, 2) fournir des diagnostics en point of care, 3) réduire les coûts, 4) adapter l'offre de soins, et 5) mobiliser les communautés  
13. B. Fulton et al. (2011), "Health workforce skill mix and task shifting in low income

## actualité internationale et enjeux sur le terrain

malisation reste déficiente, notamment pour la mise en place des systèmes de supervision et de formation continue qui semblent nécessaires au maintien de la qualité des soins et de la motivation des agents. La question de l'intégration des nouveaux cadres de santé créés au sein des équipes de soins<sup>14</sup>, avec en filigrane la résistance de certains corps de métiers à ces évolutions, reste également à résoudre.

### Limiter les mouvements migratoires

Afin d'améliorer la rétention des personnels de santé au niveau local et corriger les déséquilibres dans leur répartition, divers types d'incitations financière ou non et des mesures visant à revaloriser le travail des RHS sont mis en avant telles que la construction de centres de formations dans les zones rurales ou la mise en place de système de protection pour les RHS. La principale réalisation sur le sujet concerne la publication en 2010 par l'OMS de recommandations pour « Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation »<sup>15</sup>. Si 63% des pays en pénurie aiguë ont déclaré avoir mis en œuvre des mesures pour fidéliser leur personnel<sup>16</sup>, leurs répercussions n'ont pas été évaluées et le manque de véritable planification stratégique fait défaut.

Au niveau international, l'OMS a développé et adopté en mai 2010 un Code international de bonnes pratiques pour le recrutement de personnels de santé. Ce code vise à « définir et promouvoir des principes et des pratiques non contraignants pour le recrutement international éthique des personnels de santé en tenant compte des droits, des obligations et des attentes des pays d'origine, des pays de destination et des personnels de santé migrants » incitant les pays à adopter des principes éthiques de recrutement et de traitement des personnels de santé et des bonnes pratiques en matière de migrations, notamment la nécessité de compenser les effets négatifs créés par l'émigration de RHS dans les pays en pénurie aiguë. Cependant, le Code étant juridiquement non contraignant, il n'existe pas de données sur son application qui dépend du

bon vouloir des pays membres à documenter les progrès accomplis<sup>17</sup>. En outre, il faut noter que la fuite des cerveaux, même si elle reste un enjeu éthique d'importance en mettant un peu plus sous tension des systèmes déjà à l'agonie, semble marginale face à l'ampleur du problème : les médecins et infirmières nés en Afrique et travaillant dans un pays de l'OCDE ne représenteraient que 12% de la pénurie totale estimée pour ce continent<sup>18</sup>.

### Mobiliser et coordonner la communauté internationale

Depuis 2006, la question des RH en santé a occupé l'agenda politique, avec notamment en 2008 le sommet du G8 à Tokyo et la tenue du 1<sup>er</sup> Forum mondial sur les RH en santé à Kampala, sous l'égide de l'Alliance Mondiale pour les ressources humaines en santé (GHWA) qui a débouché sur la Déclaration de Kampala qui sert de référence aux stratégies à développer à l'échelle nationale et internationale. Cependant, le 2nd Forum mondial organisé en janvier 2011 à Bangkok, n'a pu que constater que « malgré le niveau élevé de l'engagement sur le plan mondial, les progrès ont été lents pour ce qui est de traduire les politiques en actions ».<sup>19</sup>

De fait, les organisations internationales majeures en matière de financement du secteur de la santé ont certes inscrit à leur agenda la question spécifique du renforcement des systèmes de santé (RSS) dont les personnels de santé sont l'un des piliers<sup>20</sup> : financements spécifiques pour le RSS de la part de GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunisation) et du Fonds mondial, objectif du PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief) de former et retenir 140 000 personnels de santé supplémentaires dans les pays PEPFAR d'ici à 2014. Néanmoins, l'immense majorité des investissements réalisés restent conditionnés à leur lien avec les cibles principales des organisations (couple mère-enfant pour GAVI, les trois maladies VIH/sida, tuberculose et paludisme pour le Fonds mondial)<sup>21</sup>. Par ailleurs, les fonds attribués servent en majeure partie à financer des formations continues avec une vision court-termiste au lieu d'investir dans la

formation initiale des personnels de santé et le renforcement global des systèmes<sup>22</sup>. On peut également noter que la majorité des subventions de GAVI et du Fonds mondial finance des suppléments de salaire à certains personnels, sans information sur la distorsion possible causée au sein du système ou la pérennité de telles pratiques à l'issue de la subvention.

Afin de mieux utiliser les financements disponibles, les principaux défis restent l'application effective de la Déclaration de Paris de 2005, qui vise à aligner les engagements des bailleurs sur les priorités nationales, et la coordination effective entre les différents partenaires autour de plateformes telles que l'Initiative mondiale pour la santé (IHP+).

En définitive, la question de l'importance des RH en santé semble avoir fait son chemin dans l'esprit des décideurs tant nationaux qu'internationaux. Cependant, des déclarations d'intention aux actes, et surtout à l'impact, il reste encore un long chemin à parcourir. Alors que la crise économique mondiale prédomine désormais l'agenda international, la mobilisation sur cette question risque de s'essouffler. Pourtant, les défis sur le terrain restent entiers, comme en témoigne l'exemple de la Sierra Leone.

### Contexte spécifique de la Sierra Leone

En Sierra Leone, la situation ne fait pas exception. Le déficit des RH en santé du pays est résumé dans le tableau ci-dessous :

Type de personnel	Nombre	Densité pour 10 000 habitants	Normes de l'OMS
Médecins	95	0,2	23
Personnel infirmiers et sages-femmes	991	1,7	
Personnels de pharmacie	192	0,3	

Source : Statistiques sanitaires mondiale 2011, OMS

Deux facteurs principaux expliquent le déficit sierra léonais :

- La fuite des cerveaux : pendant la guerre (1991 – 2002), 70% des diplômés de la faculté de médecine ont quitté le pays, dans un contexte où près de la moitié des centres

countries : a review of recent evidence", Human Resources for Health, 9:1

14. Callaghan et al. (2010), A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa, Human Resources for Health, 8:8

15. <http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/fr/index.html>

16. Rapport du 2ème Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, « Passer en revue les progrès accomplis, renouveler les engagements pris en faveur des agents de santé sur la voie des OMD et au-delà », 25-29 janvier 2011, Bangkok, Thaïlande (OMS, GWHA, JICA)

17. [http://www.who.int/hrh/migration/code/code\\_nri/en/index.html](http://www.who.int/hrh/migration/code/code_nri/en/index.html)

18. OECD (2007) "Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration", Part III of International Migration Outlook 2007

19. Rapport du 2ème Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, « Passer en revue les progrès accomplis, renouveler les engagements pris en faveur des agents de santé sur la voie des OMD et au-delà », 25-29 janvier 2011, Bangkok ; OMS, GWHA, JICA

20. M. Vujicic et al. (2012), "An analysis of GAVI, the Global Fund and World Bank support for human resources for health in developing countries", Health Policy Plan, first published online February 13

21. J. Sundewall et al. (2011), "Health-systems strengthening : current and future activities", The Lancet, vol.377, April 9

22. B. Samb et al. (2009), "An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems", Lancet, 373(9681):2137-69

de santé ont été détruits. La Sierra Leone fait partie des 10 pays ayant le taux d'expatriation de médecins le plus élevé avec près de 60% de médecins formés dans le pays ayant émigré<sup>23</sup> et il y aurait aujourd'hui plus de médecins Sierra Léonais vivant à Chicago qu'en Sierra Leone<sup>24</sup>. Aujourd'hui encore l'attrait de salaires plus élevés et de meilleures conditions de vie et d'exercice poussent les médecins à quitter le pays.

- Le déficit de diplômés : chaque année, entre 10 et 20 médecins sortent diplômés de la faculté de médecine de Freetown. Une seule université, des moyens très limités, peu de professeurs, des candidats à la faculté de médecine dont le niveau est très faible, toutes ces raisons mènent à un déficit de diplômés qui augmente chaque année le déficit de RH disponibles dans les centres de santé. Sans parler des pharmaciens (5/7 par an), ou des techniciens de laboratoire (formation qui n'a repris que depuis 7 ans).

A cela s'ajoute le déséquilibre dans la répartition géographique des RH. 84% des médecins et 100% des sages femmes sont basées dans la région de la capitale Freetown. En conséquence, un nombre considérable de centres de santé sont servis par des aides soignantes qui ont été formées pour fournir des soins obstétricaux au niveau communautaire.

Face à cette situation le Ministère de la Santé, avec l'aide de ses partenaires au développement, tente de mettre en œuvre une stratégie de développement et rétention de ses RH.

En 2006, une politique nationale de gestion des RH en santé a été élaborée assortie d'un plan d'action opérationnel. Cette politique vise à pourvoir chaque centre de santé en personnel médical compétent et motivé et à assurer le développement et la formation des RH en adéquation avec les besoins nationaux.

### Stratégie d'amélioration « quantitative » des ressources humaines

La stratégie d'augmentation quantitative des RH en santé passe par diverses interventions :

- Augmenter le nombre de diplômés : une nouvelle université, plus accueillante, plus spacieuse, a été construite à l'extérieur de la ville avec l'aide de la coopération chinoise. Les 2 années préparatoires ainsi que les 2 premières années de médecine ont d'ores et déjà migrées vers cette nouvelle université. Intégrée à un nouveau CHU, elle sera complètement opérationnelle lorsque médecins, équipements et patients auront trouvés leur place au sein de l'établissement.
- Retenir les RH en augmentant les salaires de la fonction publique : en avril 2010, le gou-

vernement a revu à la hausse tous les salaires des personnels de santé. Les médecins notamment ont bénéficié d'une augmentation substantielle, passant de 200 à 800 dollars par mois.



Sierra Leone, 2012

- Compléter les ressources locales par des ressources étrangères : des médecins cubains, nigériens, chinois sont développés dans le pays en complément des médecins sierra léonais.

### Stratégie d'optimisation « qualitative » des ressources humaines

En complément le Ministère de la Santé et de l'Hygiène concourt également à l'amélioration qualitative de ses RH à travers diverses interventions :

- Une meilleure répartition des RH : l'augmentation des salaires a été assortie d'une prime de délocalisation pour inciter les personnels médicaux à accepter les postes en région.
- La réorganisation de l'offre de soin à travers la délégation des tâches : particulièrement nécessaire dans un pays où l'on ne compte que 3 médecins pour 100 000 habitants, la délégation des tâches a été mise en œuvre rapidement en Sierra Leone. Ainsi par exemple chaque hôpital de district (13 au total) est pourvu d'une équipe d'infirmier spécialisée dans la prise en charge du VIH.
- Une attention accrue sur les formations dispensées par les partenaires au développement, qu'ils soient ONG ou Partenaires techniques et financiers, dont les programmes sont partagés avec les responsables des

Ministères. Toutes les formations ont été suspendues jusqu'en juin 2012 afin de revoir l'ensemble des propositions et élaborer un plan national de formation.

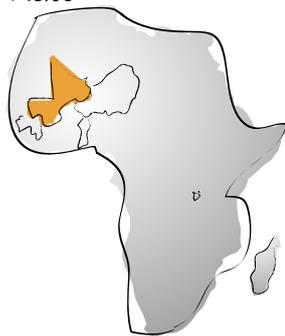
- Une médecine préventive pour diminuer la morbidité et donc la charge sur le système de santé : la stratégie du Ministère de la Santé repose sur les soins de santé primaires avec un accent particulier sur les services de santé et la prévention des maladies. Ainsi le Dépistage à l'Initiative du Soignant tel qu'il est recommandé par le programme national permet de dépister précocement les patients mais également de sensibiliser les usagers et ainsi accroître la prévention de la transmission du VIH en donnant les moyens aux personnes séronégatives de le rester.

En dépit du volontarisme affiché par le Ministère de la Santé (13,1% du PIB national sont consacrés à la santé), l'impact de cette stratégie est difficilement visible sur le terrain, faute de moyens pour effectivement la mettre en œuvre. En effet, si les incitations financières pour l'installation dans les zones rurales et les hausses de salaire, financées par le DFID et le Fonds mondial, semblent avoir des effets positifs, les difficultés persistent sur le terrain. Face à cette situation, la Sierra Leone s'est engagée dans la signature de son document Compact en décembre 2011. Ce document, issu de l'Initiative mondiale pour la santé (IHP+), vise à coordonner l'aide internationale pour atteindre les objectifs fixés par le plan stratégique national. L'Initiative effectue également une évaluation annuelle des progrès effectués par les pays. Son application dépendra néanmoins du respect effectif de leurs engagements par les partenaires techniques et financiers. Et il y a urgence : pendant que les initiatives se multiplient sur le papier, la crise des ressources humaines est toujours là. ■

23. OECD (2007), "Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration", Part III of International Migration Outlook 2007

24. "Sierra Leone: For Better Pay - Doctors Flee to Other Countries", Africa News, April 2, 2003

## Mali



### Mali : point sur la situation

Suite au coup d'Etat du 22 mars au Mali, et compte tenu de la situation dans les trois régions nord du pays, Solthis a décidé d'évacuer une partie de son équipe expatriée du Mali. Les principales villes de ces régions sont depuis quelques semaines sous la coupe du MNL (Mouvement National de Libération de l'Azawad) et de plusieurs groupes terroristes armés, notamment Ançar Dine et AQMI). Par ailleurs, nos activités sur la région de Mopti ont été momentanément suspendues. Notre équipe a été relocalisée, restructurée afin de pouvoir continuer à travailler de la manière la plus efficace possible dans ces conditions difficiles.

Suite au coup d'Etat du 22 mars au Mali, et compte tenu de la situation dans les trois régions nord du pays, Solthis a décidé d'évacuer une partie de son équipe expatriée du Mali. Les principales villes de ces régions sont depuis quelques semaines sous la coupe du MNL (Mouvement National de Libération de l'Azawad) et de plusieurs groupes terroristes armés, notamment Ançar Dine et AQMI). Par ailleurs, nos activités sur la région de Mopti ont été momentanément suspendues. Notre équipe a été relocalisée, restructurée afin de pouvoir continuer à travailler de la manière la plus efficace possible dans ces conditions difficiles.

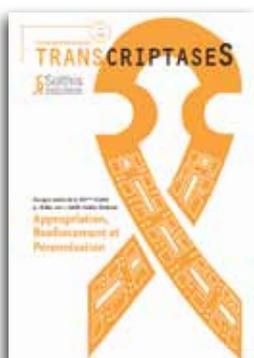


## Sierra Leone

### Sierra Leone : signature d'une convention avec les partenaires nationaux

A l'occasion de la signature du partenariat avec le Ministère de la Santé Publique, le Pr. Gilles Brucker, Secrétaire Général de Solthis s'est rendu à Freetown en février dernier. Cette visite a permis de rencontrer les partenaires et les principaux acteurs nationaux de la lutte contre le Sida, notamment le National HIV/AIDS Secretariat (NAS), le national HIV/AIDS control programme (NACP), l'école de médecine. Présente en Sierra Leone depuis le mois de septembre 2011, Solthis travaille actuellement dans la région de Freetown, en appuyant l'amélioration de la prise en charge du VIH dans les hôpitaux de Connaught, Rokupa, the Military hospital, the Lumley hospital, la Chest clinic et les centres de santé communautaire : le George Brook et the Murray Town.

A l'occasion de la signature du partenariat avec le Ministère de la Santé Publique, le Pr. Gilles Brucker, Secrétaire Général de Solthis s'est rendu à Freetown en février dernier. Cette visite a permis de rencontrer les partenaires et les principaux acteurs nationaux de la lutte contre le Sida, notamment le National HIV/AIDS Secretariat (NAS), le national HIV/AIDS control programme (NACP), l'école de médecine. Présente en Sierra Leone depuis le mois de septembre 2011, Solthis travaille actuellement dans la région de Freetown, en appuyant l'amélioration de la prise en charge du VIH dans les hôpitaux de Connaught, Rokupa, the Military hospital, the Lumley hospital, la Chest clinic et les centres de santé communautaire : le George Brook et the Murray Town.



### Solthis partenaire de la revue Transcriptases

A l'occasion de la conférence ICASA, organisée à Addis-Abeba du 4 au 8 décembre 2011, Solthis s'est associée à Transcriptases, revue française d'informations médicales sur le VIH. Au sommaire de ce numéro spécial, des articles sur les aspects médicaux et socio-anthropologiques de la lutte contre le VIH, rédigés par les chefs de mission, les médecins et pharmaciens de Solthis. Le numéro spécial a été diffusé aux 1500 participants de la conférence francophone de Genève. Il est disponible en ligne sur le site : [www.vih.org](http://www.vih.org) et sur le site de Solthis.

A l'occasion de la conférence ICASA, organisée à Addis-Abeba du 4 au 8 décembre 2011, Solthis s'est associée à Transcriptases, revue française d'informations médicales sur le VIH. Au sommaire de ce numéro spécial, des articles sur les aspects médicaux et socio-anthropologiques de la lutte contre le VIH, rédigés par les chefs de mission, les médecins et pharmaciens de Solthis. Le numéro spécial a été diffusé aux 1500 participants de la conférence francophone de Genève. Il est disponible en ligne sur le site : [www.vih.org](http://www.vih.org) et sur le site de Solthis.



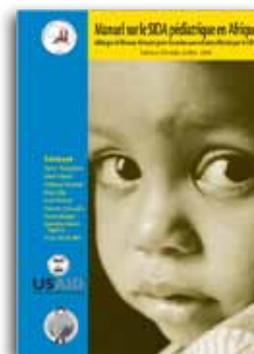
### En route vers la 19<sup>ème</sup> conférence AIDS, organisée du 22 au 27 juillet à Washington

Solthis va rejoindre les 20 000 personnes qui se rassembleront à Washington du 22 au 27 juillet 2012, dans le cadre de la 19<sup>ème</sup> conférence AIDS 2012. Organisé tous les deux ans par l'International Aids Society, ce rendez-vous des acteurs de la lutte contre le VIH/sida a lieu pour la première fois aux Etats-Unis, grâce à la levée des restrictions d'entrée sur le territoire, fondées sur le statut VIH.

Organisée sur le thème « Turning the tide together », Ensemble, inverser la tendance, les organisateurs veulent cette année mettre l'accent sur la nécessité d'une action collective pour stopper l'évolution du VIH. Parmi les principaux thèmes développés dans le cadre de 15 plénières :

- en finir avec l'épidémie : inverser la tendance ;
- inverser la tendance sur la transmission ;
- évolution de l'épidémie sur le terrain ;

Solthis sera présente sur le stand France, coordonné par le CRIPS Ile de France. La 20<sup>ème</sup> conférence se tiendra du 30 juin au 3 juillet 2013 à Kuala Lumpur en Malaisie.



### Edition 2012 du Manuel sur le Sida Pédiatrique en Afrique

Le Manuel sur le Sida Pédiatrique en Afrique est un outil pratique, publié pour la seconde année, à l'initiative du Réseau Africain

pour les soins et le soutien aux enfants affectés par le Sida (ANECCA) et l'Organisation Ouest Africaine pour la Santé (OOAS).

Outil de formation et de prise en charge, ce manuel est destiné aux acteurs francophones, intervenant sur les questions de la prévention, du traitement et du soutien à l'infection à VIH pédiatrique.

A l'occasion de la publication de l'édition 2012, les organisateurs ont souhaité rassembler une trentaine d'experts d'Afrique de l'Ouest, de l'Est et du Centre, parmi lesquels le Dr. Roubanatou Abdoulaye-Mamadou, responsable Solthis du programme PTME au Niger. Réunis du 14 au 18 mai à Saly au Sénégal, ils ont, ensemble, validé les données du guide.



### Rapport d'activité 2011

L'ensemble des actions menées par les équipes Solthis tout au long de l'année 2011 ainsi que le rapport financier

sont disponibles dans le Rapport d'activité. En ligne sur notre site Internet.

# Programme de la journée scientifique du jeudi 28 juin 2012

Lieu : Hôpital de la Pitié-Salpêtrière

- 9h : **Ouverture**
- 9h15-10h30 : **Enjeux de la prise en charge pédiatrique en Afrique**
- 11h30-11h : **Quelle prise en charge de l'hépatite C au Sud ?**
- 11h15-13h : **Gestion de l'échec thérapeutique au Sud**
- Politique d'accès à la charge virale et la place des point-of-care
  - Résistance aux ARV : une évolution préoccupante
  - Quels traitements de 3<sup>ème</sup> ligne ?
- 14h-15h : **Actualités du Fonds mondial : Quelle sortie de crise ?**
- 15h-16h45 : **La qualité des données au cœur de la réussite des programmes**
- 17h-17h30 : **Assemblée générale**



Journée Scientifique 2011

## Équipe Solthis

**Présidente de Solthis** : Pr Christine Katlama

**Directeur de publication** : Dr Louis Pizarro

**Coordination** : Magali Mévellec

**Conception, réalisation & impression** :

Agence Graphique & Co

**Crédits photos / images** :

Catalina Le Bert, Romain Cazaumayou, Getty Images.

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, Hadiza Baoua, Moussa Ado Bagida, Kambanya Bah, Nana Aichatou Barke, Ousmane Cissé, Nathalie Daries, Ambroise Dembele, Charlotte Dézé, Bassirou Diallo, Ibrahim Diallo, Mouslihou Diallo, Sanata Diallo, Mamane Harouna, Hadizatou Ibrahim, Julie Hirschpieler, Mariame Kante, Aboubacar Keita, Dramane Keita, Aimé Kourouma, Hélène Labrousse, Franck Lamontagne, Grégoire Lurton, Roubanatou Maiga, Emmanuel Ouedraogo, David Pelletier, Mohamadou Souleymanou, Sophie Ouvrard, Mary Sissoko, Stéphanie Tchiombiano, Hannah Yous.

### Le siège

Pénélope Autret, Sophie Calmettes, Cécile Carrère, Aurélie Eloy, Caroline Gallais, Etienne Guillard, Rémi Lefrançois, Magali Mévellec, 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 Hureau, Pr Vincent Jarlier, Dr Bernard Jarrousse, Pr Christine Katlama, Dr Delphine Le Mercier, Yoann Madec, Dr Almoustapha Maïga, Dr Anne Geneviève Marcellin, Dr Bernard Masquelier, Dr Vanina Meyssonnier, Dr Robert Murphy, Dr 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.

**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 :**

 **Solthis**  
SOLIDARITÉ THÉRAPEUTIQUE  
& INITIATIVES CONTRE LE SIDA

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)