

La lettre

Numéro 6 - juin 2008
Spéciale Journée Scientifique



Soigner
Accompagner
Former



Sommaire

entretien

Pr S.Eholié
Co-infection VIH/hépatite B: « couple-maudit » p. 2-3

Dossier spécial Virologie

entretien

Pr V. Calvez - La virologie au Sud comme au Nord p. 4-5

Les réactions de... p. 6-7

Solthis au Mali

Défis d'une prise en charge décentralisée de qualité à Ségou: place de la charge virale PTME à Ségou. Etat des lieux p. 8-9

Solthis au Niger

Mère et enfant: une priorité p. 10

VIH/TB p. 11

Prise en charge psychologique à Zinder p. 12

entretien

Pr F. Dabis. L'Ispep - L'excellence au service du terrain p. 13

Pr M. Girard et G. Peytavin - Stratégies thérapeutiques et enjeux pharmacologiques p. 14-15

Solthis en Guinée

RDV six mois après l'ouverture du programme p. 16

Solthis à Madagascar

Pour mieux comprendre l'épidémie p. 17

AG - L'équipe Solthis à Paris

Regards croisés avec le CRASH et le Centre d'éthique clinique de Cochin p. 18

A la une ! p. 19

L'éditorial

Par les Pr Brigitte Autran
et Christine Katlama



Solthis partage l'un des progrès les plus importants en matière de prise en charge médicale de l'infection VIH au Sud: elle progresse de façon impressionnante dans la plupart des pays du Sud! L'inégalité persiste mais la démonstration est faite que cette prise en charge est possible. La formation des équipes médicales, l'information des patients, la gestion des approvisionnements, permettent de traiter et de corriger les déficits immunitaires de patients chaque jour plus nombreux. Les aléas persistent, les résistances virales aux traitements, les effets secondaires apparaissent, le maintien à vie du traitement et la gestion d'une maladie chronique posent d'importants problèmes au Sud comme au Nord, mais la dynamique est là: le traitement est possible et efficace au Sud. Ces avancées s'ajoutent aux progrès majeurs des nouveaux traitements antirétroviraux bloquant l'entrée du virus ou son intégration, dont on peut espérer qu'ils seront bientôt disponibles au Sud. Pour autant la lutte contre l'infection n'est pas gagnée. Une prévention efficace serait plus faci-

le, plus utile, moins chère et moins douloureuse. Quelles sont les avancées dans ce domaine? Certaines sont spectaculairement positives, d'autres terriblement négatives. La prévention la plus efficace aujourd'hui provient de la circoncision, vraisemblablement un mode traditionnel d'hygiène et de protection contre les maladies sexuellement transmissibles. Toutes les études le confirment: la circoncision préviendrait 50% des contaminations et sa répartition géographique dessine une carte inverse de celle du Sida. Les femmes en bénéficient secondairement par la moindre prévalence de l'infection dans tous les pays où la circoncision est quasi-généralisée.

De mauvaises nouvelles s'ajoutent malheureusement à ce concert de réussite: les échecs répétés des vaccins. En effet, un essai d'immunisation thérapeutique conduit par notre groupe avec l'aide de la Fondation Bettencourt-Schueller avec un candidat vaccin recombinant: le canarypox exprimant des gènes du VIH, administré chez des patients déjà infectés et traités a permis d'amplifier leur immunité anti-VIH. Cependant, lors de l'interruption thérapeutique qui a suivi cette immunisation, la réplication virale s'est révélée plus intense chez les patients immunisés que chez ceux recevant un placebo... Un autre essai de vaccination préventive (STEP) mené chez des volontaires à risque utilisait le « candidat » vaccin considéré comme le plus sérieux: un adénovirus modifié non pathogène et exprimant certains gènes du VIH. Cet essai a été définitivement arrêté à mi-parcours du fait d'une fréquence plus importante d'in-

fections VIH chez les vaccinés que chez ceux recevant un placebo! Cet effet n'était cependant observé que chez les volontaires déjà naturellement immunisés contre l'adénovirus et non circoncis (vérifiant à nouveau l'efficacité de cette pratique). Que conclure de ces deux mauvaises nouvelles: la vaccination en activant des lymphocytes CD4 anti-vaccin ou anti-VIH les rend plus réceptifs au VIH lui-même et favorise l'infection! Faut-il généraliser cette observation à tous les « candidats » vaccins anti-VIH? Il est trop tôt pour le dire, d'autres études doivent être réalisées avant de tirer des conclusions définitives.

Une seule conclusion est certaine: la route sera longue, très longue avant qu'un vaccin efficace contre le VIH ne voit le jour...

Dans ce contexte, les actions de Solthis n'en sont que plus importantes!

Nous espérons que vous retrouverez dans cette Lettre l'esprit qui anime nos équipes: faire en sorte qu'une prise en charge de qualité soit accessible au plus grand nombre. Les articles de ce numéro reprennent les thèmes de notre journée scientifique du 27 juin 2008 consacrée à l'actualité médicale de la prise en charge en Afrique. Nous revenons notamment sur la récente polémique soulevée par l'article d'Andrew Phillips autour du suivi virologique et publié en avril dernier dans le Lancet.

Le débat scientifique, essentiel pour faire évoluer nos connaissances et rendre nos actions plus efficaces, sera à l'honneur de la Journée Solthis. ■

Pr Serge Eholié

Maladies Infectieuses -
Treichville - Abidjan - Côte d'Ivoire



Co-infection VIH/hépatite B: « couple maudit »

Médecin prescripteur depuis 1995, le Professeur Serge Eholié travaille à l'Hôpital de Treichville, en Côte d'Ivoire. Il est également Maître de conférences agrégé en maladies infectieuses et tropicales, enseignant-chercheur à l'UFR des Sciences Médicales d'Abidjan et Secrétaire Général du RESAPSI.*

Est-ce que vous pouvez résumer en quelques mots la problématique de la co-infection VIH/hépatites ?

La co-infection VIH/hépatite B en Afrique subsaharienne s'apparente à un couple maudit étant donné la prévalence des deux maladies dans les pays à ressources limitées.

Il s'agit principalement du virus de l'hépatite B ?

La B, oui. Il y a 300 à 400 millions d'individus qui sont des porteurs chroniques de la B. On les classe en trois zones de prévalence : faible (dans les pays dits « développés »), intermédiaire (certains pays d'Asie et du Moyen orient), et haute (où on mettrait l'Afrique). En Afrique de l'Ouest et centrale, les prévalences varient entre 10% et 20%. Les prévalences chez les patients hospitalisés sont encore plus élevées. Le portage chronique des patients infectés par le VIH est identique à celui de la population générale – autour de 10%. Mais, des études indiquent que le portage chronique actif du VHB est de deux à trois fois plus important dans la population co-infectée VIH/VHB que dans la population mono-infectée.

Nous savons qu'il y a un problème du diagnostic de l'hépatite dans notre contexte. La recherche de l'antigène HBs n'est pas accessible aux praticiens et aux patients; il n'est pas inclus dans le screening des patients infectés par le VIH lors du bilan initial. Au Burundi, il nous a été indiqué que l'Ag HBs était recherché systématiquement, mais dans la majorité des pays d'Afrique subsaharienne, cet examen n'est pas fait en routine.

Y a-t-il des risques de toxicité et d'interactions médicamenteuses liés aux deux traitements ?

Nous avons des molécules actives sur les deux virus (VIH et VHB) : le tenofovir, l'emtricitabine et la lamivudine. Le problème est qu'un patient VIH+ qui a une hépatite B a plus de risques de faire un cytolysé hépatique lorsqu'on met un traitement anti-tuberculeux. Le foie est déjà fragilisé par le VHB, puis on ajoute l'hépatotoxi-

cité des traitements anti-tuberculeux et des ARV, telle que la névirapine, qui est la molécule la plus prescrite en Afrique subsaharienne. Le risque d'hépatotoxicité est ainsi majoré.

Quels sont les autres défis spécifiques à la co-infection... ?

Il y a le problème du diagnostic, on en a parlé. Il y a le problème du traitement. C'est vrai que nous avons des molécules qui traitent les deux infections, mais cela suppose que le patient ait une indication pour traiter et le VIH et l'hépatite B. S'il n'a pas d'indication pour traiter le VIH, on n'a pas de traitement. Les traitements pour la B seule, tel que l'interféron, sont hors de prix.

Pour les autres défis, il y a celui de la prévention chez les personnels de soins qui sont déjà confrontés au VIH – mais il y a autant voire plus de patients infectés par le VHB en milieu hospitalier que par le VIH. Et le VHB infecte 100 fois plus ! On prévient l'infection au VIH pour les accidents d'exposition au sang, mais on devrait penser aussi au VHB.

Les violences sexuelles représentent un autre

défi, parce que la contamination se fait par le sexe aussi. Lorsqu'il y a un viol, il faut qu'on pense à prévenir l'hépatite.

Le dernier défi, toujours dans la prévention, sera de faire de la prophylaxie de la transmission de la mère à l'enfant. Que faire pour une mère qui est mono-infectée par le VHB et que faire pour une mère qui est co-infectée VIH/VHB ? On va prévenir la transmission de l'infection VIH, et que ferons-nous pour l'infection à VHB ? Allons nous prescrire des immunoglobulines à la naissance, allons nous mettre une trithérapie en PTME active sur les deux virus ?

L'hépatite B est-elle une maladie méconnue par les populations africaines ? Par les soignants ?

L'hépatite B est une maladie qui est « orpheline » : il ne faut pas se voiler la face. Il n'y a pas eu autant de communication pour l'hépatite que pour l'infection à VIH. D'après moi, seul le Sénégal a un programme de lutte contre l'hépatite B – rappelons qu'elle y a fait des ravages. Mais il s'agit d'un programme de prévention vaccinale.



Dès qu'une maladie a une bonne prévention vaccinale, la prévention est naturellement favorisée. Quoiqu'il en soit, le langage de la prévention et de l'infection à VIH est obligatoirement utile pour la prévention de l'hépatite. Mais la transmission de l'hépatite dans notre contexte ne se fait pas majoritairement par voie sexuelle – elle est acquise dans la petite enfance. Donc les messages de prévention devraient se faire en direction des mères et dans les communautés – pour éviter les pratiques à risque.

Est-il souhaitable de vacciner les patients infectés par le VIH contre le VHB ?

Ce n'est pas seulement souhaitable, cela devrait être une recommandation forte dans la prise en charge des patients infectés par le VIH. Mais – Ces patients ont-ils une réponse vaccinale ? Il faudrait définir le profil des patients à vacciner, qui ont au moins 200 CD4, et qui pourront développer une réponse immunitaire satisfaisante

Il faut qu'on leur fasse un antigène HBs, qu'on sache qu'ils sont hépatite B négatifs – les puristes vous diront, qu'avec un HBs négatif, rien ne prouve qu'ils n'ont pas une hépatite occulte derrière – mais en termes de santé publique, on ne peut pas raisonner comme ça.

D'après vous, quelles sont les priorités actuellement pour améliorer la prise en charge des patients co-infectés ?

Les priorités, il faut les mettre à plusieurs niveaux. Au niveau institutionnel, il faut considérer l'hépatite B comme une maladie aussi importante – qui a un impact négatif aussi fort – que la tuberculose, le paludisme et le VIH. Aujourd'hui, la première cause du cancer de foie est l'hépatite B. Donc il y a un impact. La seconde priorité au niveau institutionnel serait d'axer les programmes sur la prévention. Nous avons la chance d'avoir un vaccin qui est efficace.

Et pas trop cher.

Et pas trop cher. Donc, il faut vacciner. Si on parle de couverture vaccinale en milieu de soins – du personnel soignant – nous n'atteignons même pas 30%.

Après, il y a la formation du personnel soignant : qu'ils sachent que, pour une hépatite B, il y a différents stades. Il y a du portage chronique actif, il y a du portage chronique inactif, donc il ne faut pas rechercher l'antigène HBs et tout confondre.

Et le dernier niveau, c'est l'information qu'on donne aux patients vivant avec le VIH. Récemment, il y a eu un débat sur le risque de transmission de l'infection à VIH, qui est pratiquement nul chez les patients sous HAART ayant une charge virale durablement indétectable. Mais s'il est indétectable sur la charge virale VIH, ne pourrait-il pas être contaminant pour une autre maladie – ou ne risque-t-il pas d'être infecté par une autre maladie, tel que le VHB ?



Quel est le message principal que vous voudriez faire passer lors de la Journée scientifique ?

Il faut changer les habitudes de tout le monde – des praticiens, des familles, de la communauté, et des institutions. Par exemple, il faut chercher systématiquement l'infection B chez les patients porteurs de VIH. Une grande priorité sera de vacciner les personnels de santé contre le VHB. En Afrique de l'Ouest, moins d'un personnel de santé sur trois a été vacciné correctement.

Enfin, quelle collaboration entre le RESAPSI et Solthis ?

Les collaborations sont nombreuses. A titre d'exemple, nous avons co-organisé en décembre dernier un premier atelier à la recherche clinique à Bamako. Nous avons réuni près de 30 participants tous originaires d'Afrique francophone. Notre objectif était de renforcer leurs capacités en matière de méthodologie et de suivi et d'analyse d'un projet de recherche en vue – une fois encore – d'optimiser la prise en

charge des patients. Ce fut un grand succès. Nous allons très probablement réorganiser une seconde session début 2009... ■

*Propos recueillis par
Sarah Dalglish*

*RESAPSI :

Réseau africain de praticiens assurant la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH/Sida

Président :

Pr. Pape Salif Saw (Sénégal)

Vice-présidente :

Dr Henriette Meilo (Cameroun)

Secrétaire général :

Pr. Serge Eholié (Côte d'Ivoire)

Secrétaire général adjoint :

Dr Ndwapi Ndwapi (Botswana)

<http://www.resapsi.org>

Pr Vincent Calvez

Virologie-
Pitié-Salpêtrière-Paris



La virologie: au Sud comme au Nord.

Vincent Calvez fait partie du Conseil d'administration et du Conseil scientifique de Solthis depuis sa création en 2003. A ce titre, il a effectué de nombreuses missions d'appui sur le terrain, notamment au Mali et au Niger.

Commençons par vos interventions pour Solthis.

Notre principal objectif en mission est -bien entendu- de travailler au niveau du laboratoire, en vue d'améliorer le diagnostic sérologique, d'implémenter des mesures de CD4 qui, souvent n'existaient pas lors de nos premières missions d'appui. Cela a été fait, par exemple, à Ségou au Mali. Nous y avons fait des études de résistances primaires, ce qui est, comme vous le savez, indispensable quand on a une maladie infectieuse. Enfin, nous avons mené une étude sur les techniques de papier buvard. Grâce à elle, nous avons montré que ces buvards doivent principalement être utilisés pour le diagnostic de la transmission de la mère à l'enfant.

Nous avons aussi évalué l'utilisation de la Triomune à 30 mg au Mali. Avant, nous l'utilisions à 40 mg deux fois par jour, or, nous connaissons maintenant les effets indésirables, notamment, les lipoatrophies. Le Triomune à 30 mg fonctionne aussi bien et avec moins de lipoatrophies. Notre évaluation virologique va être publiée dans la revue *AIDS* et nous l'avons présentée à la CROI [Conférence sur les Rétrovirus et les Infections Opportunistes] à Los Angeles en février dernier.

Quelles différences entre votre travail en France et le travail virologique à faire en Afrique ?

Aucune. Solthis cherche à promouvoir la médecine de qualité en Afrique. C'est comme ça que j'ai toujours lu Solthis. Effectivement, nous essayons de toujours faire dans les pays en développement ce que nous faisons ici -avec la même technologie, avec la même façon de penser.

Par exemple, nous essayons actuellement d'installer un séquenceur à Bamako pour essayer de faire les tests de résistances exactement comme ils sont faits ici. Nous avons d'ailleurs des collègues maliens qui sont à la Pitié en ce moment en formation. La formation et le transfert des compétences sont des points fondamentaux dans l'action de Solthis.

Quelles sont les grandes problématiques autour de la virologie en Afrique aujourd'hui ?

Primo, faire que les tests virologiques soient disponibles et accessibles partout et démontrer que la virologie est nécessaire pour une

prise en charge de qualité des patients.

Secundo, **il n'est plus admissible qu'on n'ait pas le diagnostic chez l'enfant.** C'est vraiment prioritaire. Il faut pousser encore plus pour le développement du buvard, encore mal connu et trop peu utilisé.



PCR-Laboratoire Virologie-La Pitié



Si je vous entendez bien, on sait parfaitement ce qu'il faut faire mais malheureusement, on n'a pas encore les moyens de le faire ?

Il faut se donner les moyens ! Rappelez-vous : au début, il n'y avait pas les médicaments et aujourd'hui ils sont là. Maintenant, il faut militer pour tout ce qui est autour du médicament : la biologie, la pharmacie, le diagnostic... **Solthis entoure la prise en charge...**

Maintenant nous savons ce qu'il faut faire, nous avons les molécules pour le faire, mais il faut accompagner tout ça !

Donc le suivi virologique des patients est indispensable, selon vous ?

Oui. On ne peut pas suivre les patients sans vérifier que le traitement fonctionne !

Vous vous positionnez en termes de suivi individuel des patients ou en termes de santé publique ?

C'est à tous les niveaux. Si l'on veut diminuer la transmission des souches résistantes, il faut aussi que les patients aient un suivi virolo-

gique. On ne peut pas faire comme dans les pays riches, tous les trois mois, mais on peut faire tous les deux ans, une fois par an – il faut voir en fonction de chaque pays selon les moyens qu'ils ont. Ceci étant, on ne peut pas imaginer de traiter quelqu'un pendant 15 ans sans vérifier au moins de temps en temps que le traitement fonctionne. Cela me paraît complètement aberrant. C'est comme si vous donniez un traitement contre l'hypertension artérielle – quand vous donnez un traitement comme ça, vous prenez la tension régulièrement pour voir si le traitement fonctionne. Idem pour un traitement anti-diabétique, vous mesurez la glycémie et l'hémoglobine glycosylée. Pourquoi n'aurions-nous pas les mêmes réflexes pour le VIH ? C'est une aberration médicale.

Si, sur 15 ans, il y a un patient qui n'a plus de nouveaux symptômes, qui va bien sur le plan clinique, dont les CD4 restent corrects, pourquoi faut-il faire de la virologie ?

Le patient peut très bien être en échappement thérapeutique sur plusieurs années – trois,

quatre ans, même cinq ans – sans voir les CD4 baisser. Et le virus va devenir complètement résistant à tout traitement qui existe... Le jour où il deviendra résistant et que les CD4 vont baisser, à ce moment-là, on ne va plus pouvoir traiter ce patient. Cela n'est pas possible.

Quelles perspectives pour l'avenir ?

Le « next step » est vraiment la charge virale en test rapide. C'est envisageable technologiquement – je pense qu'on le fera d'ici quelques années. Le test sérologique rapide nous permettra de rendre un diagnostic en temps réel. De la même manière, le test de charge virale rapide pourrait nous orienter directement sur une mise sous traitement immédiate. ■

Propos recueillis par Sarah Dalglish

VIRO-LEXIQUE : Quelques mots clés pour comprendre la virologie du VIH

Charge virale : la quantité de VIH qui se trouve dans le sang, exprimée en copies ARN de VIH par millilitre ou bien en unités logarithmiques. On considère qu'une variation soit significative, lorsque la charge virale est multipliée ou divisée par trois au moins, ce qui représente une variation d'au moins 0.5 log. La charge virale est surtout utile dans le suivi d'un patient déjà traité. Le but de tout traitement est que le patient ait une charge virale « indétectable » (le seuil typique est de 50 copies/ml et, au mieux, de 400 copies/ml).

PCR : acronyme anglais pour « réaction en chaîne par polymérase », une méthode d'amplification génétique in vitro qui permet de copier en grand nombre une séquence d'ADN ou d'ARN connue. Cette technique permet de détecter la présence du VIH (PCR « qualitative ») ou de mesurer la charge virale (PCR « quantitative »).

Séquenceur [de gènes] : appareil qui automatise l'opération du séquençage et parfois de la PCR aussi. Il sert à identifier les résistances aux ARV en recherchant les mutations dans le génome du virus que confèrent la résistance à une ou plusieurs molécules.

Echec thérapeutique : terme qui regroupe des situations diverses et séquentielles, selon s'il s'agit de :

- Echec virologique :** il est mis en évidence en premier. Il se définit par la répllication virale persistante (charge virale détectable) chez un patient sous ARV depuis plusieurs mois
- Echec immunologique :** une persistance du déficit immunitaire définie par l'absence d'ascension du taux de CD4 malgré 6 mois de traitement adapté
- Echec clinique :** une infection évolutive marquée par la survenue de manifestations cliniques (infections opportunistes, nouveaux symptômes liés au VIH)

Résistance : situation qui survient lorsque les mutations se produisent dans les parties du génome du virus qui sont visées par les ARV. Les résistances du VIH aux ARV apparaissent en présence d'une répllication virale sous traitement et une fois acquises elles sont archivées dans le génome « pour la vie ». Le risque est donc inexistant en présence d'une charge virale indétectable, ce qui est favorisée par la bonne observance et les régimes adaptés. Les résistances émergent vite, surtout pour certains médicaments tels que le 3TC, la névirapine, l'efavirenz ; elles s'accumulent progressivement et touchent de manière séquentielle plusieurs molécules de la même classe et peuvent se croiser entre différentes classes.

- Résistance primaire :** nouvelles infections par un virus qui n'est pas susceptible à certains ARV ; celles-ci sont l'objet de la surveillance dans une optique de santé publique
- Résistance secondaire :** des résistances qui se développent chez les patients déjà traités et qui donc devront changer de traitement afin de maintenir son efficacité

Génotypage : une technique qui vise à définir la séquence du génome du VIH afin de détecter des éventuelles mutations qui confèrent une résistance aux ARV



"Outcomes from monitoring of patients on antiretroviral therapy in resource-limited settings with viral load, CD4 cell count, or clinical observation alone: a computer simulation model".

AN Phillips, D Pillay et al
Lancet 2008; 371: 1443-51



Les réactions de...

La revue Lancet a publié en avril un article évaluant l'impact des différentes stratégies de monitoring de patients sous ARV. L'approche ainsi que les conclusions de cette analyse ont suscité les réactions de la communauté scientifique engagée dans la lutte contre le VIH/SIDA dans les pays à ressources limitées. Nous avons voulu partager dans ce numéro le point de vue des professionnels engagés dans les programmes Solthis.

Résultats de la surveillance des patients sous thérapie antirétrovirale dans les pays à ressources limitées avec la charge virale, les CD4 ou l'observation clinique : un modèle de simulation sur ordinateur

Andrew N Phillips, Deenan Pillay, Alec H Miners, Diane E Bennett, Charles F Gilks, Jens D Lundgren

Background : Dans les pays à revenu modeste, l'OMS recommande une approche au traitement antirétroviral sur un modèle de population, avec des régimes standardisés et la prise de décision clinique basée sur le statut clinique et, quand disponible, les CD4 ou la charge virale. Notre objectif était d'étudier les conséquences potentielles de ces stratégies de surveillance, particulièrement en termes de survie et de développement des résistances.

Méthodes : Un modèle de simulation de l'infection par le HIV et les effets de la thérapie antirétrovirale a été employé pour comparer la survie, l'utilisation de régimes de deuxième-ligne et le développement des résistances qui résultent de différentes stratégies (utilisation de la charge virale, des CD4 ou l'observation clinique seule) utilisés pour déterminer quand switcher à la deuxième ligne les patients ayant démarré avec la première ligne recommandée par l'OMS (d4T/3TC/NVP).

Résultats : A 5 ans, la proportion estimée de survie en années de vie potentielles étaient de 83% avec la surveillance de la charge virale (switch quand CV > 500 copies par ml), 82% avec la surveillance des CD4 (switch si chute de CD4 > 50% de la valeur maximale atteint pendant le suivi) et 82% avec la surveillance clinique (switch si deux nouveaux événements de stade OMS 3 ou un de stade 4). Les valeurs correspondantes à 20 ans étaient respectivement de 67%, 64%, et 64%. Les résultats étaient robustes aux variations dans les analyses univariées et multivariées de sensibilité. Bien que la survie ait été légèrement plus longue avec la surveillance de la charge virale, cette stratégie n'était pas la plus coût-efficace.

Interprétation : Pour les patients traités avec en première ligne l'association d4T/3TC/NVP, les avantages du monitoring de la charge virale ou des CD4 par rapport à la seule surveillance clinique sont modestes. Il sera important de réduire le coût des analyses virologiques et biologiques, mais l'élargissement de l'accès aux ARV – avec ou sans la surveillance de laboratoire – représente actuellement la première priorité.

Compte tenu du fait que cet article s'interroge sur la pertinence du suivi virologique, nous avons donné tout d'abord la parole aux virologues.



Pr. Vincent Calvez,
Virologie,
Pitié-Salpêtrière – Paris

Il est bien que des très grands journaux de médecine s'intéressent à ce problème-là. Ce sont des chercheurs extrêmement renommés. Mais ce qu'il y a dans cet article pose un problème, car il repose sur la modélisation à très très long terme – jusqu'à 20 ans ... On a du mal à se projeter en médecine dans

une période aussi longue – rappelons qu'il n'y a que 10 ans que les traitements vraiment efficaces existent.

Vingt ans est une période colossale, parce que la toxicité évolue avec le temps. Les médicaments considérés comme non-toxiques aujourd'hui le seront peut-être au bout de sept, huit ans. Pour l'AZT, on a mis 15 ans pour s'apercevoir qu'il donnait des lipoatrophies. Tout cela va engendrer des échecs de traitement sur le terrain – des problèmes d'observance ... L'observance des patients n'est pas un phénomène constant, mais elle se dégrade au cours du temps.

De plus, des données présentées lors du 17ème Congrès international sur les résistances par les mêmes auteurs montrent que l'absence de monitoring des patients par la mesure de la charge virale s'accompagne d'une sélection plus importante de mutations de résistance à moyen terme.

Enfin, j'aimerais souligner que dans certaines études de cohorte menées dans des pays du Sud, il y a quand même un taux d'échec qui n'est pas négligeable – autour de 20 ou 25 % – ce qui est plus élevé que ceux qui sont mentionnés dans cet article. ■



Dr Diane Descamps, Virologie, CHU Bichat, Paris
& Dr Bernard Masquelier, Virologie, CHU de Bordeaux

La philosophie générale de l'article publié par Andrew N Phillips et col. incite avant tout à privilégier la mise à disposition des traitements

antirétroviraux dans les pays à faibles ressources. Il montre qu'en l'absence de monitoring virologique voire immunologique, le bénéfice en termes de morbidité et de mortalité de cet accès reste très important. Ce message selon nous ne doit pas être interprété comme un retour en arrière sur l'accès à la quantification de la charge virale et à la mesure des CD4 dans ces pays.



Une présentation récente des mêmes auteurs au workshop « Résistance HIV » a évalué l'impact de la fréquence du suivi virologique dans différentes cohortes européennes, africaines et asiatiques. Elle montre que chez les patients ayant un suivi plus espacé la fréquence de virus résistants aux NRTI et NNRTI est significativement plus élevée que chez les patients

dont le monitoring est effectué plus régulièrement (toutes les 12 semaines).* Il n'existe pas de contradictions entre ces différentes approches. Les efforts entrepris afin d'optimiser la prise en charge des patients dans les pays à faibles ressources doivent aller de pair avec un accès généralisé aux antirétroviraux. ■

* RK Gupta et al. "Emergence of drug resistance after failure of first line HAART is associated with intensity of virological monitoring." IHDRW, Sitges, Espagne (2008), Abstract 119

Pour les cliniciens, les avis sont beaucoup plus partagés. Citons par exemple, le Pr Robert Murphy.



Pr. Robert Murphy
Northwestern University,
Feinberg School of
Medicine, Chicago

Ils ont créé une modélisation selon laquelle il ne serait pas nécessaire de faire du monitoring correct auprès des patients. Il est regrettable que cette information soit diffusée. Il faut garder en tête qu'une telle argumentation ne serait pas considérée comme

légitime du point de vue éthique dans n'importe quel pays développé. C'est une justification scientifique cruelle pour une prise en charge insuffisante dans les pays en développement – une prise en charge qui serait considérée comme inacceptable dans les pays du Nord. Je pense que c'est irresponsable et je suis scandalisé qu'on ait publié cet article.

Si l'on dit que la charge virale n'est plus une mesure de suivi nécessaire, alors certains centres de prise en charge ne le feront plus. Ce sont les patients qui vont souffrir, et cela va

faire en sorte que la prise en charge soit d'une qualité inférieure. La charge virale est le meilleur outil de suivi qui existe. Ceci est clair et net; il n'y a point de débat sur ce point! Figurez-vous que cela fait partie des guidelines de chacun des pays du Nord – sans exception. Pourquoi voudrait-on abandonner la capacité de suivre l'évolution d'une infection qui est déjà difficile à traiter? Les conséquences seraient de limiter l'efficacité des traitements au niveau du patient. Je ne comprends pas comment on pourrait soutenir une telle idée... ■



Enfin, s'agissant d'une modélisation statistique, nous avons voulu avoir l'opinion d'une spécialiste en la matière. Comme on voit, les conclusions de cet article concernant l'utilité de l'examen dans le suivi des patients semblent contestables; par contre, le coût/efficacité d'un tel suivi dans des pays à ressources limitées est une question pertinente qui nécessite d'être approfondie.

Pr Dominique Costagliola
INSERM U720- Université Paris IV.

Il me semble que cet article de modélisation n'est pas compatible avec les résultats de l'essai conduit en Ouganda et présenté à la CROI* qui montre que le suivi biologique (CD4, charge virale, ou les deux) est significativement meilleur que le suivi clinique seul sur le risque de progression clinique. Cette étude montre qu'en fait, les patients bénéficiant d'un suivi

biologique ne changent pas nécessairement de traitement comme il est écrit dans l'article du *Lancet*. Cela s'explique par le fait que l'évaluation de l'observance mène à un renforcement des conseils qui évitent le changement de molécules, tandis que, dans le bras clinique, on change de traitement alors qu'il n'y a pas nécessairement eu d'échec thérapeutique. Ceci rejoint les conclusions d'un article (et son éditorial) récemment paru dans *PLOS Medicine*** qui montrent qu'un suivi de l'ob-

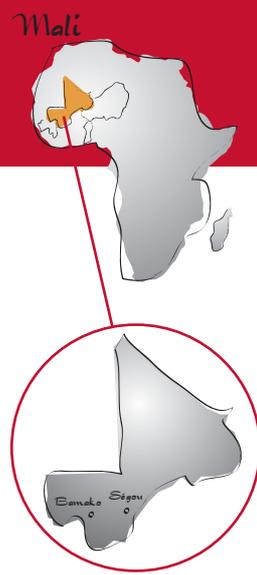
servance est plus utile qu'un suivi des CD4 pour prédire un échec virologique. On peut donc conclure que contrairement à ce que dit l'article du *Lancet*, le suivi de l'observance est aussi essentiel que le suivi clinique. En revanche, savoir si dans ce contexte la mesure de la charge virale peut être coût-efficace par rapport à l'évaluation de l'observance et des CD4 reste à démontrer. ■

* Coutinho et al. "Utility of Routine Viral Load, CD4 Cell Count, and Clinical Monitoring among HIV-infected Adults in Uganda: A Randomized Trial." Program and abstracts of the 15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; February 3-6, 2008; Boston, Massachusetts. Abstract 125.

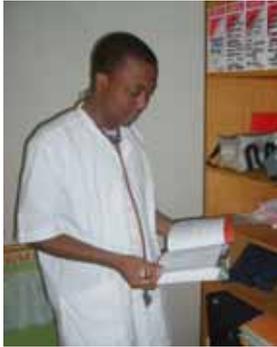
**Bisson, et al. "Pharmacy Refill Adherence Compared with CD4 Count Changes for Monitoring HIV-Infected Adults on Antiretroviral Therapy." May 2008, Vol. 5, Issue 5

Propos recueillis par Sarah Dalglish





Dr Alain Akondé
 Coordinateur
 médical



Défis d'une prise en charge décentralisée de qualité de l'infection VIH à Ségou: place de la charge virale.

Ségou est située à 250 kilomètres de la capitale Bamako. La région est composée de sept cercles dont le plus proche de Ségou ville est à 35 kilomètres et le plus éloigné à 275 kilomètres. Quinze sites de prise en charge par antirétroviraux (ARV) sont opérationnels dans le cadre du programme régional de décentralisa-

Une procédure d'acheminement des prélèvements est mise sur pied en vue de couvrir toute la région en faisant des prélèvements groupés dans les cercles, qui sont acheminés dans des conditions requises à Ségou ville. Les CD4 sont réalisés sur place et la charge virale (CV) est centrifugée, stockée à -20°C puis acheminée au laboratoire de la Fondation Mérieux à Bamako. Une fiche de demande et un résumé de l'histoire clinique et thérapeutique issus du logiciel de suivi Fuchia accompagnent chaque prélèvement. Les résultats sont discutés au cours d'un staff sur site ou du staff du comité thérapeutique régional des prescripteurs pour décider de la conduite à tenir.

nique et thérapeutique d'une part, de l'intensité et de la durée de l'échec, proposent une consultation d'observance et un nouveau schéma thérapeutique dit de 2ème ligne. Seul 73% (n=56) ont bénéficié de cette 2ème ligne, 27% (n = 21) avaient des CV faibles < 400 copies ou sont décédés. Les patients détectables se répartissent comme suit en fonction de la valeur de la charge virale (Voir Tableau).

Il ressort de ces résultats que la mesure de la charge virale en zone décentralisée et éloignée de la capitale par acheminement des prélèvements est possible. Soixante-quatorze pour cent des patients sont en succès thérapeutique pour un seuil à 50 copies ARN VIH1/ml et la prise en charge thérapeutique des échecs par l'équipe de soins est effective. Néanmoins, le taux de réalisation CV reste faible (48,35%) et le temps médian de réalisation est de 9 mois. Pour améliorer ces deux facteurs, les approches suivantes sont menées : la sensibilisation des associations des personnes infectées est en cours pour « éduquer » leurs membres au respect des prescriptions médicales et pour rappeler aux prescripteurs, au cas où, la nécessité du bilan de suivi ; la veille par le personnel du laboratoire au prélèvement systématique des patients ; et le renforcement des capacités des techniciens et biologistes à la maîtrise des techniques de prélèvement, d'étiquetage, de stockage en plasmathèque et d'acheminement des prélèvements. ■

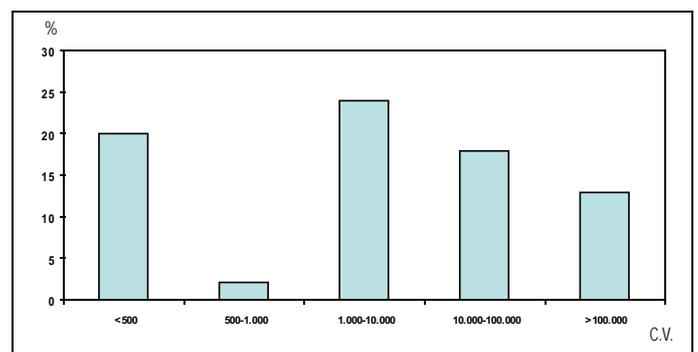


tion de la prise en charge des personnes infectées par le VIH grâce à l'appui technique de Solthis.

Depuis 2004, le début du programme de la décentralisation à Ségou, à fin mars 2008, 1 768 patients ont initié un traitement anti-rétroviral, 324 patients étaient décédés sous traitement ARV, 312 patients ont été perdus de vue, 118 patients ont été transférés en dehors de la région et 981 patients sont régulièrement suivis sous ARV.

Depuis le 3ème trimestre 2006 une convention est signée entre Solthis et la Fondation Mérieux à Bamako pour la réalisation de la charge virale. La charge virale, paramètre important de suivi, permet aux médecins traitants d'évaluer l'efficacité du traitement et le degré d'observance des patients. Elle est aussi un outil précoce de diagnostic de l'échec thérapeutique.

Sur 981 patients suivis fin mars 2008 sous traitement ARV, 701 ont six mois de traitement révolus. Ainsi 48,35% (n = 339) ont bénéficié au moins d'un prélèvement pour la réalisation de la charge virale et dans un délai médian de 9 mois [4-36]. Treize pour cent (n = 44) des prélèvements sont impossibles à déterminer pour les raisons suivantes : prélèvements coagulés, quantité prélevée insuffisante. 295 CV sont interprétables avec un succès virologique de 74% (n = 218) pour un seuil de 50 copies ARN VIH1/ml. Par contre 26% (n = 77) des patients sont détectables. Les médecins traitants en fonction de l'historique cli-



Patients détectables (> 50 copies) en fonction du taux de la C.V.



La Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME) dans la région de Ségou : état de lieux 36 mois après le début des activités

Le programme PTME en zone rurale de Ségou a été mis en place en décembre 2004 dans le cadre du programme d'accès aux ARV promu par la Cellule Sectorielle de Lutte contre le SIDA (CSLS) et la Direction Régionale de la Santé (DRS). La DRS a bénéficié, depuis le début, de l'appui technique de Solthis. Un premier bilan permet de mettre en évidence les points forts et les faiblesses de cette collaboration étroite entre les autorités sanitaires locales et une ONG internationale.

Le programme couvre actuellement l'ensemble de la région de Ségou. **Au total, 28 sites sont opérationnels**: 8 sont situés dans la ville de Ségou et 20 dans les cercles (4 à Niono, 3 à Bla, 3 à San, 2 à Tominian, 3 à Macina, 2 à Markala, 3 à Baraouéli). Les étapes pour rendre opérationnel un site PTME comprennent la formation du personnel, la mise en place d'un système d'approvisionnement spécifique des médicaments et des tests de dépistage, et la collecte des données. Une fois ces activités mises en place, les sites ainsi opérationnels bénéficient d'un appui technique continu: l'équipe Solthis, en collaboration avec la DRS, assure mensuellement une visite sur l'ensemble des sites afin d'accompagner le personnel dans la réalisation de leurs activités médicales quotidiennes, de discuter les cas cliniques complexes et de la procédure d'approvisionnement des intrants. Enfin, la collecte des données relatives aux activités réalisées est effectuée.

issus de la PTME et le lien avec le circuit de prise en charge pédiatrique suite entre autre, à l'engagement sur terrain de David Germanaud, pédiatre qui a effectué une mission d'appui avec Solthis. Un circuit logistique du transport des échantillons, effectué dans un respect strict des conditions de conservation de l'ARN virale, a été mis en place pour permettre aux enfants de bénéficier d'un diagnostic précoce d'infection grâce à la réalisation des PCR VIH.

Une première analyse des données cliniques et virologiques de la population des mères dépistées séropositives et de leurs enfants a été réalisée pour les patientes incluses dans le programme PTME jusqu'en décembre 2007. Les données ont été collectées à partir des registres des sages-femmes (consultation et accouchement) et de la base de données informatisées «Fuchia» de suivi des patients. Au cours de ces derniers trois ans, 33.489 femmes enceintes accédant pour la première fois en consultation prénatale ont bénéficié d'une séance de groupe d'information et sensibilisation (causerie éducative); par la suite chacune de ces femmes a reçu un counseling individuel. Parmi elles, 30.810 (92%) ont accepté de faire un test rapide sur place -(et un 2ème test de confirmation pour celles qui sont positives)- dont 536 (1.73%) parmi elles ont été dépistées séropositives. Globalement, 191 (71%) des 263 femmes ayant accouché dans un centre de

santé au moment de l'évaluation ont reçu une prophylaxie appropriée à leurs besoins. Pourtant, seulement 48 des 252 enfants nés vivants (19%) sont actuellement suivis (l'évaluation concerne les enfants suivis en 2006 et 2007) et ont bénéficié d'une mensuration PCR: 44 parmi eux sont négatifs (62%) et 3 infectés par la VIH; 1 test doit être confirmé.

Ces résultats après 36 mois montrent la faisabilité de la mise en place et du suivi des programmes PTME en zone rurale. Parmi les points forts du programme, on peut

compter le taux élevé d'acceptation du dépistage et l'étendue du programme. En revanche, le faible taux de suivi des enfants exposés **souligne la nécessité de trouver des moyens pour assurer un suivi continu ainsi qu'une prise en charge globale des patientes séropositives et de leurs enfants** : en

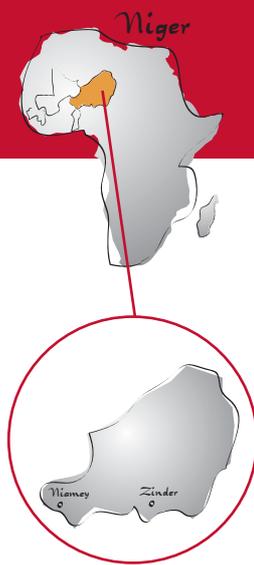
impliquant d'avantage les sages femmes, en renforçant le lien avec le suivi des enfants mais aussi en développant une approche spécifique au partage de la sérologie entre les conjoints et le dépistage intra-fratrie. ■



- ★ Site de PEC globale opérationnel
- Site ayant bénéficié d'une formation PTME
- Site PTME opérationnel
- ◆ Site de PEC pédiatrique opérationnel



Depuis 2007 la quasi-totalité des femmes enceintes est mise sous trithérapie: grâce à une délégation de tâche «fonctionnelle», les sages femmes initient les ARV et suivent les patientes sous supervision des médecins prescripteurs. Un accent particulier à été mis à partir de 2007 sur le suivi des nourrissons



Dr Roubanatou Abdoulaye Maiga
Responsable volet PTME



Le volet mère-enfant : une des priorités du programme Solthis au Niger

On estime qu'il y a environ 9 200 femmes enceintes séropositives au Niger. Le taux de séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes dépistées en 2007 (40 000 en 2006) était de 1,5%.

La Prévention de la transmission mère-enfant (PTME) est un axe majeur de la lutte contre le Sida au Niger, avec à ce jour, 129 sites de consultation prénatale proposant un counselling et un dépistage rapide, de même qu'une prise en charge ARV des femmes séropositives. Cependant, les besoins en matière de PTME sont loin d'être atteints au Niger :

- 60 % des femmes enceintes ne sont suivies dans aucun centre de santé et seulement 17% d'entre elles accouchent dans un établissement de santé.
- Seuls 20 % des 750 sites de consultations prénatales proposent des services de PTME.
- Si le taux d'acceptation du test est très bon, la prise en charge reste aléatoire, que ce soit pour la mère ou pour l'enfant (ruptures de stock, problèmes de permanence des

soins et de formation du personnel, etc.).

- Le suivi des femmes séropositives, de leurs enfants et de leurs partenaires est insuffisant, les liens avec les centres prescripteurs sont faibles et fragiles.
- Les programmes de prise en charge des enfants symptomatiques (services de Pédiatrie, Centres de Récupération Nutritionnelle Intensive) représentent le principal mode de découverte du VIH pédiatrique, à la phase tardive de l'infection.

C'est dans ce contexte, et afin d'améliorer la qualité de la prise en charge du volet mère-enfant que Solthis a décidé d'apporter un appui technique au Ministère de la Santé Publique.

Quels résultats obtenus jusqu'alors ?

Depuis 2007 Solthis appuie 16 sites PTME (10 à Zinder, 6 à Niamey) avec l'objectif d'en faire des sites de référence grâce à une formation continue « in situ » du personnel de soins et à l'amélioration de l'organisation de la prise en charge. Le choix de ces sites a été fait en lien direct

avec le Ministère de la Santé, sur la base des critères de fréquentation, de proximité géographique, et de liens fonctionnels avec d'autres centres de santé.

Notre équipe a été renforcée en conséquence par le recrutement d'une pédiatre à Niamey, et d'une sage-femme à Zinder.

Cet appui a permis le renforcement des compétences des équipes de soins, l'amélioration de la qualité des prestations offertes par la mise à disposition du matériel adapté, mais aussi l'élaboration, la validation et l'utilisation de plusieurs outils et supports de collecte de données et de gestion des intrants (supports de collecte de données afin de mieux récolter les indicateurs essentiels, fiches de suivi du nourrisson exposé, fiche de référence et contre référence du couple mère-enfant du site PTME vers un centre prescripteur notamment) qui seront utilisés non seulement au niveau des sites appuyés par Solthis, mais sur l'ensemble du territoire.

En matière de prise en charge pédiatrique, une centaine d'enfants sont actuellement sous traitement ARV dans l'ensemble du pays (3 600 enfants ont besoin d'un traitement selon l'OMS) sans compter le suivi des enfants nés de mères séropositives qui n'ont pas besoin d'un traitement (pour lesquels Solthis a mis à disposition un appui en lait artificiel, pour les mères répondant aux critères de faisabilité). Afin de coordonner l'ensemble, un comité de prise en charge pédiatrique a été mis en place.

Cet appui sera renforcé par la suite, par l'appui continu au niveau des sites PTME :

- Articulation entre les sites PTME et les centres prescripteurs prenant en charge les enfants,
- Elaboration d'un guide spécifique de prise en charge pédiatrique,
- Adoption d'un dossier de suivi spécifique pour les enfants
- Plaidoyer pour la proposition systématique d'un dépistage au niveau des Centres de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensive et pour la dispensation du cours PTME dans les écoles de formation des professionnels de santé.



Dr Aurélie Foucher*
Médecin Interniste

Incidence et facteurs de risque de Tuberculose chez les patients infectés par le VIH au Niger

La Tuberculose (TB) reste la plus fréquente des infections opportunistes et la première cause de mortalité chez les patients infectés par le VIH, malgré une diminution de son incidence grâce à l'avènement des traitements antirétroviraux (ARV).

Au Niger, selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'incidence de la tuberculose est estimée à 1,5 pour 1000 habitants, soit près de 18000 nouveaux cas attendus chaque année.

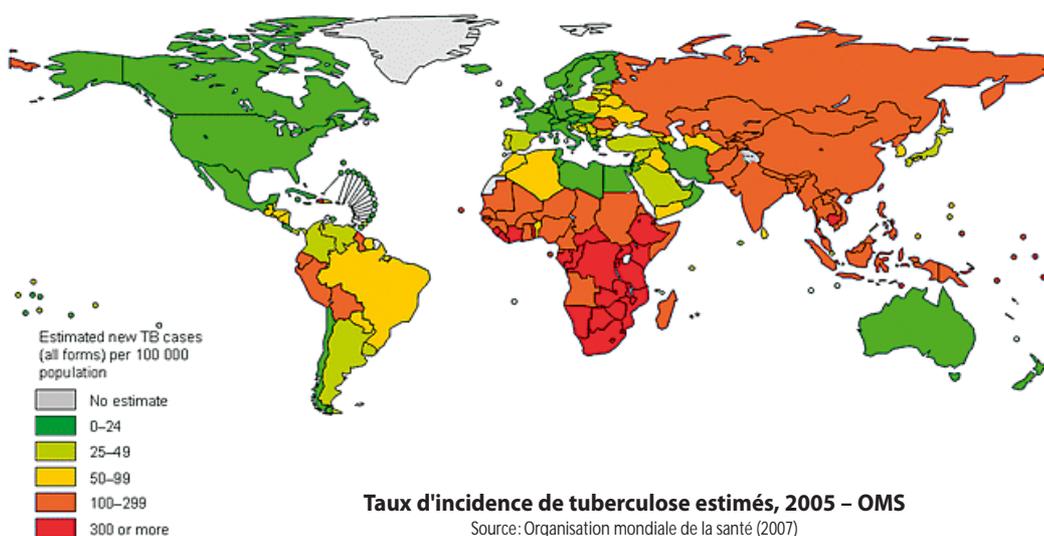
Bien que cette forte incidence soit en partie liée à l'infection à VIH, la recherche de la TB chez les patients VIH n'est pas encore devenue un réflexe, en raison du coût des examens de dépistage qui ne sont pas accessibles à la majorité des patients sous traitement.

C'est pourquoi, dans le cadre de l'INNARV (Initiative Nigérienne d'Accès aux traitements Antirétroviraux), nous avons réalisé une étude à partir de la cohorte de patients VIH de Niamey, Dosso et Zinder afin de déterminer l'incidence durant les 6 mois suivant l'initiation d'un traitement antirétroviral ainsi que les facteurs cliniques et biologiques prédictifs de TB afin d'identifier des personnes à risque nécessitant un dépistage et un suivi attentifs.

Sur **1314** patients inclus dans l'étude, **65** patients (4.9%) ont développé une TB dans les 6 mois après la mise sous traitement ARV soit un taux d'incidence global de 10.6/100 personnes-années. **75%** des cas sont survenus durant les 3 premiers mois.

L'analyse multivariée montre que les facteurs associés au risque de TB sont **une immunodépression importante (taux de CD4 < 50/mm³), un stade 3 ou 4 de l'OMS et un antécédent de tuberculose.**

Le risque de tuberculose (TB) durant les premiers mois de traitements peut être lié soit à une nouvelle contamination, soit à une réactivation d'une infection latente en raison d'un déficit immunitaire persistant, soit à une TB infra clinique devenant symptomatique lors de la restauration immunitaire spécifique anti-TB ou encore une TB présente lors de la prise en charge de l'infection VIH mais non diagnostiquée.



Dans les pays à forte prévalence de TB et de VIH, un des problèmes fondamentaux est d'améliorer le dépistage et le délai de prise en charge des TB avant l'initiation des traitements ARV et durant le suivi des patients.

Idéalement, tous les patients séropositifs pour le VIH dans les pays à forte endémie de TB devraient subir une recherche active de TB par examen microscopique des crachats ou par culture et une radiographie pulmonaire, qu'ils soient symptomatiques ou non, ces examens pouvant revenir positifs en l'absence de symptômes évocateurs.

En attendant, l'amélioration des moyens diagnostiques, les sujets les plus à risque (stade 3 ou 4, immunodépression importante et antécédent de TB) doivent faire l'objet d'un dépistage ciblé et d'une surveillance attentive, surtout lors des premiers mois de traitement.

La solution pour un pays aussi pauvre que le Niger viendra de l'accessibilité des patients VIH à un dépistage systématique et gratuit de la Tuberculose.

Les résultats de cette étude pourraient servir d'outil de plaidoyer dans ce sens. ■

***Aurélie Foucher travaille au sein de l'équipe Solthis dans le cadre de son Master de Santé Publique et management de la santé, option épidémiologie de l'université Paris VI.**

Directeur de mémoire: Arnaud Fontanet à l'unité d'Epidémiologie des maladies émergentes de l'Institut Pasteur.



Par
Sarah Dalglish
avec l'aide de
Françoise Aeberhardt
Psychologue clinicienne
rattachée au service
des maladies infectieuses
La Pitié salpêtrière



et du
Dr Charlotte Deze
médecin
chargée de la décentralisation
à Zinder.

Une prise en charge psychologique possible à Zinder

Depuis mars 2007, les patients infectés par le VIH traités à l'Hôpital national de Zinder bénéficient d'une prise en charge globale qui comprend – chose rare dans la prise en charge des patients du Sud – un appui psychologique.

En réponse à la forte stigmatisation ressentie par les patients nigériens du fait, notamment, du contexte religieux et communautaire, la mise en place d'un appui spécifique a été jugée indispensable. Les patients déjà fragilisés par un manque de soutien et d'écoute souffraient aussi de la complexité du parcours de soins peu adapté à la spécificité de la pathologie VIH, d'un manque probable de formation de l'équipe soignante, mais également d'un manque de secret professionnel, permettant d'établir le respect de l'intimité des patients au sein de la vie communautaire.

Retombée de cette situation: **la cohorte de patients à Zinder comptait 21 % de perdus de vue, ce qui représente le taux le plus élevé du Niger (fin 2006).**

Ces constats ont motivé une mission en décembre 2006 de la psychologue référente de Solthis, Françoise Regnier Aeberhardt, en lien avec le Dr Charlotte Deze, chargée de la décentralisation au Niger basée à Zinder. **L'Hôpital National de Zinder (HNZ), appuyé par Solthis, serait la première structure au Niger à initier un programme de prise en charge psychologique.**

La cellule est aujourd'hui mise en place et composée de trois assistants sociaux et d'un psychologue, tous nigériens. Les patients reçoivent d'abord un conseil au moment du dépistage afin de mieux recevoir les résultats, quels qu'ils soient. Un premier entretien avec un psychothérapeute est suivi par une prise en charge continue assurée par des accompagnateurs, membres d'associations locales de personnes vivant avec le VIH. Leur rôle est d'accompagner le patient aux consultations, à la pharmacie, et dans toutes les étapes du parcours de soins.

Selon F Regnier Aeberhardt, **« Comme tous les patients de l'hôpital passent par ce service social, les patients VIH sont vus comme tous les autres malades, et personne n'est stigmatisé »**. **« La psychologie occidentale est-elle transportable dans une autre culture ? Si une personne ne parle pas, cela ne veut pas**



nécessairement dire qu'elle va bien. **Ce silence peut devenir un silence parlé**», d'après F Regnier Aeberhardt.

Rappelons que les mécanismes de défense de chaque individu sont les mêmes: ce qui change est son moyen d'exprimer et de communiquer ses émotions. **« C'est tout le travail d'un psychothérapeute, en Afrique comme en France il doit de se mettre à la place du patient. Il faut arriver à se mettre dans l'empathie de la personne de la manière qu'elle puisse dire 'je suis bien accompagné... Cette personne comprend dans quelle situation je me trouve' »**...

Le patient africain passe par les mêmes stades de mécanismes de défense: l'isolement, le retrait apathique, le déni, la dépression...



La symbolique du médicament et le tabou de la sexualité sont d'autres difficultés rencontrées par le thérapeute. Celui-ci stimule le patient, l'encourage à être observant, et doit fonctionner en bonne intelligence avec le médecin prescripteur dans un secret absolu.

Les premiers résultats du projet pilote réalisé à Zinder, qui seront présentés à l'ICASA en décembre 2008*, suggèrent qu'une meilleure « gestion » de la séropositivité contribuerait à une meilleure observance. Les problèmes d'observance restent la principale cause d'échec thérapeutique chez les patients sous traitement ARV.

Le soutien psychologique n'est qu'un aspect de la prise en charge dite « globale » à Zinder, qui comprend aussi des séances d'éducation thérapeutique, un appui alimentaire, plus largement une assistance sociale...

Cette expérience doit être pérennisée à l'HNZ et pourrait être étendue aux autres centres prescripteurs du pays. ■

* A. Alzouma et al, « Projet pilote de la cellule de prise en charge globale: un service pluridisciplinaire d'orientation et d'écoute des Personnes vivant avec le VIH (PVVIH) comme moyen d'amélioration de l'observance à Zinder, Niger »

Pr François Dabis

Epidémiologie du VIH en Afrique :
recherche clinique et santé publique
Institut de Santé publique et d'Epidémiologie
du développement: ISPED

Professeur Dabis, présentez-nous l'ISPED - Quels sont les liens entre l'Université de Médecine Bordeaux 2 et l'Institut ?

Le département de Santé publique a été créé au tout début des années 90's au sein de l'Université Victor Segalen Bordeaux 2. Il s'est transformé en institut Universitaire en 1997 et s'apparente en réalité aujourd'hui beaucoup à une école d'ingénieur dans son statut.

Quelles sont ses principales activités ?

L'enseignement et la recherche.
(...) Plus largement, l'ISPED développe des activités de valorisation et d'expertise concernant tous les champs de la santé publique, du développement de l'épidémiologie, de la biostatistique et enfin, de l'informatique médicale.

Au niveau national et international.

Oui tout à fait ...

Outre le VIH/Sida, nous allons y revenir - rappelez-nous quels sont les autres domaines d'intervention ?

Ils sont nombreux... Le vieillissement, la nutrition, le cancer, le domaine de l'environnement et de la médecine au travail sont néanmoins des champs particulièrement étudiés à l'Institut.

Quelle est la place de l'enseignement, de la recherche et des actions menées plus spécifiquement en direction du Sud ?

Le D de développement dans notre sigle signifie qu'une grande part de nos travaux de valorisation - pour nous particulièrement en santé publique - est dédiée aux pays du Sud. Notre identité internationale se traduit en termes d'enseignement, tant en épidémiologie

L'ISPED: l'excellence académique au service du terrain

qu'en santé publique puisque l'ISPED offre des formations très ciblées, comme par exemple les Master 1 et 2 spécialisés en santé publique internationale ...

Mais aussi en termes de recherche, clinique et opérationnelle, grâce à un fort engagement de nos équipes qui dirigent des travaux sur le terrain, notamment en Afrique, en lien avec l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS).

- Parlez nous de l'équipe que vous dirigez -

Pour la recherche dans les pays du Sud, nous nous inscrivons dans le cadre des activités de recherche épidémiologiques au sein de l'Unité 897 de l'INSERM.

En réalité cette unité est un vrai Centre de recherches. C'est donc au sein de ce centre, lui-même rattaché à l'ISPED que je dirige une équipe de trente personnes entièrement dédiée au VIH en Afrique.

Quels sont ses axes d'intervention ?

Ils sont trois principalement.

Le plus important - et historiquement le plus développé - est la recherche clinique dans les pays du sud, orientée vers les essais cliniques de stratégies de prise en charge adultes et enfants;

Puis vient la composante prévention.

Avec, d'une part: la mise en place de différents programmes de recherche, dont ceux concernant les programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant - les plus anciens - Ou plus récemment: concernant la question de la prévention de transmission sexuelle en rapport avec le dépistage des femmes en âge de procréer.

Enfin, nous nous investissons de plus en plus sur des programmes de recherche opérationnelle et « programmatiques ».

Pouvez-vous nous donner quelques exemples ?

Nous avons monté des études de nature « médico-économique », comme par exemple une étude sur l'efficacité du traitement en comparant différentes stratégies de prise en charge des adultes en Côte D'Ivoire. Nous développons aussi de grandes bases de données observationnelles internationales de cohortes de différents pays du Sud, ce qui nous permet de monitorer l'effet de la pénétration des traitements.

L'ISPED est historiquement associé à la Côte d'Ivoire.

Oui en effet. Après 10 années passées au Rwanda, nous travaillons avec l'ANRS en partenariat avec la Côte d'Ivoire depuis 14 ans maintenant... Tant sur le volet recherche clinique que sur le plan opérationnel, puisque nous apportons notre appui technique sur des programmes de prise en charge des adultes et des enfants dans le sud du pays et participons aussi à la mise en place d'un système de recueil d'informations.

Nous pouvons dire que l'appui technique fait donc aussi partie intégrante de vos activités ?

Parfaitement. Nous apportons aussi notre appui technique au programme national Zimbabwéen de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. - Même si cela dépasse en effet notre territoire d'activités « traditionnel », ce domaine d'intervention relevant plus directement de notre attachement universitaire - Oui nous pouvons dire que **l'ISPED a aujourd'hui un vrai rôle d'expert et conduit des programmes de santé publique à l'international.**

Nous savons que l'ISPED travaille beaucoup en réseaux, notamment avec l'ANRS et d'autres acteurs internationalement reconnus...

Quel est l'intérêt pour l'ISPED d'établir des partenariats avec des ONG's comme Solthis ?

Prenons l'exemple très concret d'Ousmane Diallo que l'équipe Solthis accueille en ce moment même en Guinée dans le cadre de son Master. Tout est dit (!) nous avons tous besoin d'échanger et de partager nos compétences, nos expériences, nos différentes connaissances de tel ou tel terrain...

Je serai aussi là pour en témoigner le vendredi 27 juin prochain parmi vous, pour parler du rôle que chacun peut et doit jouer dans la lutte contre le VIH au Sud. ■

Nolwenn Bodo



L'ISPED compte aujourd'hui :

- 1200 étudiants
- une équipe pluridisciplinaire de 200 personnes
- 9 diplômes nationaux
- plus de 40 diplômes universitaires
- L'ISPED est impliqué dans plus de 40 conventions chaque année.

Pour en savoir plus:
www.isped.u-bordeaux2.fr

* Ousmane Diallo est accueilli en Guinée par l'équipe Solthis dans le cadre de sa formation en vue d'analyser les enjeux du partenariat public / privé en matière de prise en charge du VIH / sida. Il y mène plus spécifiquement une étude de cas dans la région minière de Boké.

Sarah Dalglish
à partir
d'entretiens avec
les Professeurs
Pierre-Marie Girard

Maladies Infectieuses
Hôpital Saint-Antoine - Paris

et
Gilles Peytavin

Pharmacie
Hôpital Bichat - Claude Bernard - Paris

La prise en charge médicale dans les pays du Sud: stratégies thérapeutiques et enjeux pharmacologiques

La réduction du coût des traitements antirétroviraux (ARV) et l'élargissement de leur accès dans les pays à ressources limitées dans les années récentes ont soulevé de nouvelles questions autour de la prise en charge au Sud. Est-il possible –voire souhaitable– de reproduire les stratégies thérapeutiques du Nord au Sud? Comment faire face à un manque de ressources et de personnels soignants? Quelles priorités faut-il favoriser dans le «scaling-up» des programmes de traitement ARV?

Pour notre Journée scientifique 2008, Solthis a invité les Professeurs Pierre-Marie Girard et Gilles Peytavin - tous les deux membres du groupe de travail scientifique de Solthis - à intervenir respectivement sur les stratégies thérapeutiques et les enjeux pharmacologiques dans les programmes de traitement VIH/Sida.



Selon Pierre-Marie Girard et Gilles Peytavin, il est fondamental d'adapter les traitements des pays riches aux pays du Sud, car les contraintes pour les patients ne sont pas pareilles dans les deux cas. Selon le Pr Girard, «Le contexte socioculturel influence nécessairement la manière dont on prend un traitement. Or, **le traitement doit s'adapter au terrain et non l'inverse**».

En effet, certaines spécificités de la prise en charge au Sud pourraient surprendre les praticiens du Nord. Par exemple, peu de médecins prescripteurs dans les pays développés devront prendre en compte la possibilité que leurs patients soient géophages (qu'ils mangent de la terre). Pourtant, ceci est une pratique commune dans certains pays africains. Le Pr Peytavin explique: «**La situation des interactions médicamenteuses se complique encore plus avec la médication locale...** Dans certaines tribus on mange de l'argile pour les troubles gastriques; les femmes enceintes en mangent aussi. L'argile présente la particularité d'avoir une grande surface d'absorption: elle absorbe tout. Cela veut dire qu'un certain nombre de médicaments peuvent être piégés dans cette grande surface d'absorption et qu'ils ne passeront donc pas dans la circulation sanguine du patient.»

Ensuite, la confidentialité est un souci particulier dans le contexte africain, où le désir de garder secret son statut sérologique va souvent à l'encontre de la volonté d'avoir une bonne observance. «L'observance et le respect des prises dans les bonnes conditions à des horaires fixes sont des contraintes importantes – surtout parce qu'il faut que les proches soient au courant, car il est difficile de cacher deux prises quotidiennes à ses proches dans les communautés africaines», selon le Pr Peytavin.

D'après le Pr Girard, l'observance reste une préoccupation majeure. D'après lui, il faudrait élargir les programmes d'appui alimentaire et simplifier les régimes de traitement afin de créer des conditions qui favorisent la bonne observance. «**Clairement, l'observance est l'enjeu de demain**», conclut le Pr Peytavin.

Parfois, les recommandations de stratégies thérapeutiques sont les mêmes au Sud et au Nord, tandis que la justification diffère dans les deux cas. Les praticiens des pays riches favorisent une mise sous traitement précoce, car elle réduit le risque de certaines séquelles rares mais importantes de l'infection à VIH. Dans les pays à plus haute prévalence, notamment en Afrique, l'argument pour une prise en charge précoce reposerait davantage sur un raisonne-

ment de santé publique. Le Pr Girard prend la part de ce raisonnement: «Il faut traiter plus tôt: j'en suis persuadé depuis toujours, parce que c'est le meilleur moyen d'arrêter la transmission et protéger la santé collective,» dit-il.

Le rôle des études pharmacologiques est plus contesté chez nos deux intervenants. Selon le Pr Peytavin, «Les problèmes de coût et les problèmes de conservation sont un grand frein au développement de la pharmacologie en Afrique». Néanmoins, pour lui, la pharmacologie est un élément indispensable de la prise en charge pour plusieurs raisons. Premièrement, la qualité des médicaments n'est pas une chose sûre dans les pays à ressources limitées. «Les génériques ont de multiples fournisseurs et ont de diverses origines. Il y a des doutes sur la qualité: dès que les combinaisons galéniques sont un peu élaborées, les génériques sont pris en défaut», selon lui.

Le point de désaccord serait la nécessité de faire du suivi pharmacologique auprès des patients. «Il faut vérifier aussi si les médicaments passent bien chez l'homme, à travers la membrane digestive» soutient le Pr Peytavin. En outre, «la mesure des concentrations plasmatiques pourrait être un moyen intéressant d'évaluer l'observance».

Pour le Pr Girard, on ne devrait en aucun cas faire des tests pharmacologiques auprès des patients africains. «C'est mon opinion», dit-il. «Primo, parce qu'il s'agit de procédures qui sont assez compliquées. Secundo, parce que cela coûte de l'argent, même si ce n'est pas très cher. Tertio, parce qu'aucune étude scientifique n'a prouvé l'intérêt de faire de la pharmacologie dans le sens 'drug monitoring' auprès des patients individuels». En effet, pour le Pr Girard: mesurer les concentrations plasmatiques ne sert pas à améliorer la prise en charge, car il existe une variabilité trop importante parmi les individus et dans le temps.

En termes de nouveaux traitements, les Pr Girard et Peytavin se penchent plus sur l'importance des stratégies thérapeutiques – à savoir, le fait de bien utiliser les traitements qui existent déjà – que sur la recherche de nouvelles molécules. Selon le Pr Girard, «Les nouvelles molécules ont leur place, mais elle n'est pas prioritaire. **La priorité est de donner accès aux molécules qui existent au Nord et de toujours agir dans un souci de simplification** – la simplification des prises, mais aussi la simplification du monitoring.»

Le Pr Peytavin souligne aussi l'importance d'avoir des traitements qui sont faciles à prendre. «Avec la Triomune, nous avons commencé avec la classe d'ARV qui est probablement la plus simple à prendre. Il sera difficile ensuite d'avoir une classe identique.»

Quelles perspectives pour l'avenir? Le Pr Girard nous fait un état des lieux: «Les stratégies thérapeutiques actuelles fonctionnent bien. Elles marchent, de façon indiscutable. Pourtant, elles ont quatre grandes limites: les régimes médicamenteux sont difficiles à suivre, il y a des effets secondaires, ils coûtent cher, et il y a des résistances.»

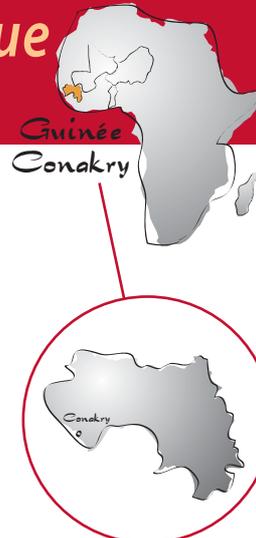
Pour faire face à ces problèmes, les outils à la disposition des acteurs sont nombreux: la virologie, l'immunologie et la pharmacologie notamment – sans parler de la recherche clinique et opérationnelle. Néanmoins une information biologique ou virologique ne dit pas tout de la réalité du patient.



Le Pr Peytavin commente une étude en cours chez les enfants de l'Hôpital Gabriel Touré à Bamako: «Il y a à la fois des enfants qui n'ont pas de traitement, qui sont sous dosés, qui sont bien dosés. Nous avons tous les cas de figure. Mais il faut se resituer dans le contexte clinique pour savoir ce qui est arrivé. Ces enfants ont-ils été en rupture de traitement? Y a-t-il eu un problème d'observance?» Cela nous rappelle bien que la santé publique est une œuvre pointilliste: la vue d'ensemble se réduit forcément à chacun des patients individuels. ■

Sarah Dalgligh





Nathalie Daries
Chef de mission



Six mois déjà depuis le lancement du programme en Guinée...

En janvier 2008, les premiers membres de l'équipe Solthis Guinée s'installent à Conakry. Nathalie Daries, Chef de mission et David Pelletier, Responsable administratif, ouvrent le programme début février, moins d'un an après la première mission exploratoire. Le 26 février la convention tripartite de partenariat entre le Ministère de la Santé, le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) et Solthis est signée.

Ici, la situation est particulièrement difficile: un gouvernement instable, une pauvreté extrême, une population à la limite du désespoir. Le système de santé est déficient: les ressources humaines sont suffisantes mais trop peu payées, les ruptures de stock de médicaments sont fréquentes, le système d'information sanitaires ne fonctionne pas, les soins de santé sont trop onéreux pour la majorité de la population.

En termes de prise en charge du VIH / Sida, les dernières données nationales estiment à 93 000 le nombre de personnes séropositives en Guinée. Plus de 23 250 auraient besoin d'un traitement ARV. Au 30 septembre 2007, seules 5 228 personnes étaient effectivement sous ARV (soit 22,5%). A Conakry, neuf centres de prise en charge existent, cinq d'entre eux sont des centres privés associatifs ou communautaires. Le Ministère de la Santé n'a pas encore réussi à amorcer le fameux « passage à l'échelle ».

Face à cette situation, l'objectif de Solthis est de renforcer les capacités du système de santé national et d'accélérer la décentralisation de la prise en charge pour faciliter l'accès à une prise en charge de qualité, pérenne et accessible à toutes les personnes atteintes par le VIH/ Sida.

A notre arrivée nous avons commencé par effectuer un état des lieux des deux hôpitaux qui constituent le CHU: Donka et Ignace Deen. Les malades y sont pris en charge dans les services de pédiatrie, médecine interne, pneumo-phtisiologie, dermatologie et maladies infectieuses. Les médecins rencontrés sont courageux et motivés -Qualités indispensables pour assurer un suivi des patients entre les ruptures de stocks d'antirétroviraux, les pannes du compteur de lymphocytes et l'absence de charge virale...

Au niveau du CHU, après nos premières investigations, nous avons décidé d'axer notre appui sur le laboratoire et la pharmacie (formation à la gestion des stocks, mise en route de la charge virale, formation des techniciens de laboratoires etc.). En vue d'appuyer les cliniciens, nous allons mettre en œuvre un plan de renforcement des compétences sur la base d'ateliers thématiques et d'études de cas cliniques.

C'est dans ce cadre que nous avons organisé notre **première formation sur le thème de l'échec thérapeutique du 23 au 27 avril dernier.**

Au total 46 médecins prescripteurs et 20 techniciens de laboratoire sont venus de toutes les régions de Guinée pour partager leurs expériences et parfaire leurs connaissances.

Dirigés et animés par le Professeur Christine Katlama et les Docteurs Diane Descamps et Bernard Masquelier tous deux virologues (*respectivement rattachés aux CHU Bichat Claude-Bernard à Paris et de Bordeaux*), Les échanges ont été particulièrement denses et productifs.

Nous avons également profité de la présence du Pr Christine Katlama pour dispenser un cours sur le VIH à une soixantaine d'étudiants de sixième année de médecine.

Dans le même temps nous avons étudié avec le Programme National de Prise en charge et prévention des IST-VIH/sida (PNPCSP) la possibilité d'étendre le nombre de sites de prise en charge dans la ville de Conakry.

Au total, six sites devraient bénéficier de notre appui sur les cinq communes de Conakry. Les directeurs de centre sont enthousiastes et les médecins pressés de pouvoir enfin apporter des réponses aux patients qu'ils rencontrent chaque jour.



Pr Christine Katlama lors de sa mission en avril dernier, aux côtés de Mme la Ministre de la Santé : Dr Sangaré Maimouna Bah et du Professeur Mohammed Cissé (Chef de service Dermatologie du CHU Donka et Président du Comité médical technique)...

Une formation à la dispensation des ARV et la gestion des stocks, concernant dix pharmaciens, a eu lieu du 9 au 13 juin 2008. Elle a été suivie par la formation de 23 médecins à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH Sida du 16 au 20 juin.

La seconde zone d'intervention de Solthis est la région de Boké- zone qui a été jugée prioritaire en raison de la concentration de la population et des facteurs de risques liés notamment à l'activité minière. L'équipe vient tout juste d'y ouvrir son deuxième bureau .

Le rythme de travail est intense. Mais l'équipe est motivée par le défi à relever. Il reste encore trop de malades sans traitement en Guinée, nous voulons être un des éléments qui permettra au pays d'atteindre son objectif d'accès universel à la prévention, au traitement et au soutien des personnes vivant avec le VIH. ■

VIH/TB

Pour une meilleure prise en charge des patients coinfectés par le VIH et la Tuberculose à Conakry

Bien que 1 234 cas aient été estimés coinfectés VIH/TB en 2006 en Guinée, et comme dans la plupart des pays de la sous-région, les centres qui prennent en charge la majorité des patients VIH+ dans la ville de Conakry ne dispensent pas encore les traitements anti-TB; ce qui représente un obstacle majeur à la PEC des patients coinfectés et contribue au risque de perte de vue et aux défauts d'observance. A l'inverse, le manque de recherche active du VIH chez les patients TB représente un deuxième obstacle à la prise en charge de la coinfection.

Grâce à la volonté et à l'engagement du **Pr Oumou SOW** (Service Pneumo-Phtysiologie au CHU Ignace Deen et référente internationale pour la prise en charge de la TB) et, nous espérons, en lien avec le Programme national de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), **Solthis a pour objectif de contribuer à améliorer la prise en charge de la coinfection TB/VIH, ainsi de réduire la morbidité et la mortalité liées à la coinfection dans les services centraux de prise en charge des deux pathologies à Conakry.** Travaillant avec le Pr Sow depuis de nombreuses années et grand connaisseur de la situation sanitaire Guinéenne, le Pr **Vincent Jarlier** (Chef de service Bactériologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière -Comité scientifique Solthis) nous aidera à la mise en place de ce projet.



Dr Franck Lamontagne
Coordinateur Médical

Pour mieux comprendre l'épidémie



Une partie de l'équipe Solthis (avec Franck au Centre - Tsiory son assistant à gauche et Mickaël à droite, chauffeur et logisticien administrateur).

comme la communauté homosexuelle masculine (MSM), et dans des régions particulières. Une étude des facteurs de risque et de la prévalence VIH sur les deux principaux groupes à risque identifiés, les MSM et les travailleuses du sexe (TDS), a été entamée pour servir d'exemple, en soutenant deux associations de Diego-Suarez, avec la collaboration de l'Université de Caroline du Nord, des ONG PSI et Alliance International.

Une collaboration aux recherches de l'Institut Pasteur tentant d'apprécier la part des facteurs génétiques dans l'évolution de l'épidémie est également envisagée prochainement.

A côté de ces travaux scientifiques, un appui des institutions – notamment le ministère de la santé – pour l'exploitation des nombreuses données sanitaires disponibles, se met en place et sera particulièrement développé au prochain semestre.

L'apport scientifique de Solthis, sa connaissance du terrain et son positionnement médical unique à Madagascar sont appréciés pour la mise en place d'une politique de prise en charge efficace des patients et pour l'adaptation des politiques de dépistage et de prévention.

Une des premières activités de Solthis à Madagascar a été de rendre opérationnel le suivi immunologique des patients de la Province Nord en implantant le Facscout du Centre Hospitalier Régional (CHRR) de Diego-Suarez et en définissant le circuit des prélèvements avec les associations de patients. La même démarche est entreprise actuellement dans la région du Menabe (Ouest du pays). Ce suivi est effectif puisque la quasi-totalité des patients de ces régions ont régulièrement un dosage des CD4.

Nous soutenons également depuis 2008 une collaboration avec l'équipe de l'hôpital Necker (Pr C. Rouzioux; Dr JP. Viard) qui intervient depuis plusieurs années à Madagascar. L'équipement nécessaire à la biologie moléculaire est disponible depuis peu sur l'île (PCR en temps réel notamment) mais les biologistes malgaches ne sont pas encore formés. Une convention a été établie entre le LNR et Solthis pour assurer cette formation. Parallèlement, des examens virologiques (mesure de la charge virale, génotypes de résistance, diagnostic de l'infection néonatale) pour les patients de la province Nord, du Menabe et de la capitale seront réalisés durant l'année 2008 au CHU Necker. Les premiers résultats serviront de base de réflexion pour la révision des protocoles thérapeutiques nationaux et la formation des prescripteurs à la gestion des échecs virologiques.

Un typage des souches virologiques est également prévu. Il permettra d'apprécier le dyna-

misme de l'épidémie et son évolution. Ceci rejoint une deuxième préoccupation scientifique du programme Solthis à Madagascar : comprendre l'épidémie.

En effet, Madagascar se trouve dans la situation d'une épidémie débutante, avec une prévalence encore basse malgré une multiplicité de facteurs de risque d'expansion. L'objectif majeur de la politique de lutte contre le sida est donc de maintenir ce faible niveau d'épidémie. Suite au travail de la commission épidémiologique mandatée par la Banque mondiale et l'ONUSIDA, à laquelle l'équipe Solthis a participé en 2007, le profil de l'épidémie malgache a été précisé à partir des données épidémiologiques disponibles: une prévalence faible, imprécisément connue, avec une tendance à la progression. Il persiste de nombreuses zones d'ombres concernant la connaissance des groupes vulnérables, la répartition géographique de l'épidémie et de ses déterminants.

Dans la poursuite logique de ce travail, l'équipe Solthis s'efforce depuis quelques mois de décrire le profil socio-comportemental des patients suivis. Les résultats préliminaires révèlent que l'épidémie est en grande partie concentrée dans des groupes qui avaient été sous-estimés jusqu'alors



Claire Aguilar – Interne venue passer quelques mois en appui à Antsirananam.

L'équipe Solthis réunie à Paris du 23 au 28 juin 2008

Evaluation des programmes, formation, échanges d'expériences...

Comme chaque année avant la tenue de son Assemblée générale, Solthis essaie de réunir la quasi-totalité de ses équipes à Paris autour d'une semaine d'ateliers de travail et de réflexion - occasion aussi d'échanger sur les expériences des uns et des autres de manière plus informelle...

Au programme de cette année: ateliers concernant notamment le **suivi et l'évalua-**

tion des programmes - Choix des dispositifs et des indicateurs de résultats? Le débat était animé par Sophie Calmettes, Directrice des Opérations, qui depuis la fin de l'année 2007, apporte à Solthis son expérience en matière de coordination de projets et de suivi-évaluation.

Pour la première fois aussi cette année, la question de la formation a occupé une place impor-

tante dans le programme: quels sont ses enjeux pour une ONG comme Solthis? - Capitalisation de nos pratiques, besoins éventuels en termes de renforcement de capacités? **Une séance de formation de formateurs a d'ailleurs été dispensée à l'ensemble de l'équipe par Natalie Barsacq (Consultante en formation).**

- Temps fort -

Regards croisés...



Solthis, Médecins sans Frontières- et le Centre d'éthique clinique de Cochin :
Prise en charge du VIH/Sida: enjeux opérationnels et éthiques.

Véronique Fournier (Directrice du Centre d'Éthique Clinique de l'hôpital Cochin), Rony Brauman, Fabrice Weissman (Directeurs d'études au sein du CRASH/MSF) et Isabelle Defourny (Responsable de programme Niger et Tchad/MSF) nous ont rejoints le mercredi 25 juin en début de soirée pour débattre autour des enjeux que pose la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida dans le contexte des pays à ressources limitées-

Choix des modes d'intervention - urgence vs développement dans la lutte contre le VIH: cela a-t-il encore un sens?

Quelles sont nos limites d'action respectives? Quelles sont les exceptions nécessaires?

En quoi la lutte contre le VIH pose de nouvelles questions en matière d'action humanitaire et d'aide au développement?

Pourquoi doit-on toujours garder un regard critique sur nos propres pratiques?



Le Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires (CRASH) est abrité par la Fondation Médecins Sans Frontières.

Ses deux objectifs principaux sont:

- Au sein de MSF: favoriser le débat et la réflexion critique sur les pratiques humanitaires.
- Dans le débat public: faire vivre les questionnements de MSF sur l'action humanitaire.

Les membres du CRASH sont basés à Paris et présents sur le terrain chaque fois que nécessaire pour:

- répondre aux demandes de formation et d'évaluation venant de MSF (toutes sections confondues)
- produire à la demande, ou de leur propre initiative, des analyses et conseils dans les domaines des opérations et du positionnement public de MSF- assurer, sans exclusivité, la représentation de MSF dans des réunions, colloques et autres lieux de recherche et de réflexion liés en particulier à des universités, des OIG et des ONG.

Particulièrement dynamique l'équipe du CRASH publie de nombreux articles, entretiens et ouvrages, notamment la collection «**les Cahiers du crash**»

Vous retrouverez dans le détail toutes ces informations sur le site :

www.msf.fr

Rubrique Centre de réflexion



Le Centre d'Éthique clinique de Cochin

Les décisions médicales soulèvent de plus en plus souvent des questions difficiles sur le plan éthique.
Faut-il poursuivre la réanimation chez ce grand prématuré malgré les risques élevés de handicap à terme?
Peut-on, doit-on arrêter les traitements chez un patient atteint d'un cancer en fin de vie?...
Face à ces situations difficiles, que décider et qui doit décider- le médecin, le patient, les proches?...

Pr Véronique Fournier
Responsable du centre d'Éthique clinique

Autant de questions auxquelles se propose de répondre le Centre d'Éthique clinique abrité par l'hôpital de Cochin à Paris.

Créé en accompagnement de la loi des droits des malades du 4 mars 2002 et dirigé depuis par le Professeur Véronique Fournier, ce centre propose sous la forme d'une médiation éthique une aide et un accompagnement à la décision médicale. Entouré de nombreux partenaires, dont Sida Info Service, constitué de soignants et de non-soignants, psychologues, philosophes sociologues, juristes et représentants de la société civile, le centre intervient de plus en plus à l'international.

A retenir: Tout le monde peut à tout moment appeler le centre.

A la disposition des équipes soignantes comme des personnes malades, via leurs proches, ou une association de patients:

Téléphone : 01 58 41 22 33

e-mail: ethique.clinique@cch.aphp.fr

Les cafés Éthiques!

Ouverts à tous: soignants, soignés et curieux!

Renseignez vous et n'hésitez pas à proposer vous aussi des thèmes de débats.

A lire... «L'éthique à l'hôpital» Philosophie Magazine - n° 13 octobre 2007. (vous pourrez le télécharger sur le site www.ethique-clinique.com)

Solthis sera aux RDV...

A Mexico – Du 3 au 8 août 2008



● Deux abstracts ont été retenus pour des présentations sur posters:

- Recherche de perdus de vue : expérience du programme décentralisé d'accès aux ARV de Ségou
- HIV-infected children in the context of the Niger Initiative on Antiretroviral Access (INAARV), Niger (West Africa)

● Solthis sera représentée sur le stand France que le Centre régional d'information et de prévention sur le sida (CRIPS) met à disposition de l'ensemble des partenaires institutionnels et associatifs.

Plus d'infos: www.aids2008.org

A Dakar – Du 8 au 11 décembre 2008



Temps fort pour l'équipe Solthis qui concentre l'essentiel de son appui dans la sous-région ouest africaine... L'ensemble des pays où nous travaillons seront représentés par les membres de nos équipes, et nous aiderons bien entendu à la venue de nos partenaires locaux.

Cette fois-ci nous aurons notre propre stand pour vous accueillir et répondre à toutes vos questions !

Mais aussi à ne pas manquer à la rentrée...

39th Union World Conférence on Lung Health

Du 16 au 20 octobre à Paris

Pour plus d'infos:
<http://www.worldlunghealth.org>

Et la 12^{ème} Conférence de l'EACS

Plus d'infos :

www.eacs-conference2009.com



Actualités Solthis

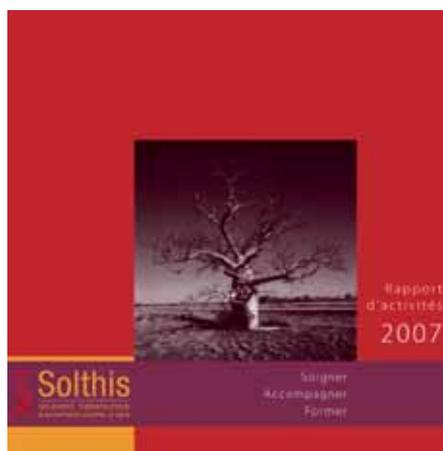
Le nouveau site de Solthis a ouvert ses portes...

www.solthis.org

En développement, vous y retrouverez bientôt des fiches VIH/Hemas accessibles à tous, et d'ici à début 2009, un espace professionnel dédié. Le site en anglais sera accessible mi-juillet 2008.



Le rapport d'activités Solthis 2007 est disponible.



Téléchargeable en ligne sur notre site, n'hésitez pas à nous contacter pour obtenir une version imprimée.

La version anglaise du rapport sera elle aussi éditée courant juillet 2008.

On aime

le projet...

Après la revue, le site internet dédié au VIH

pédiatrique, on aime les fiches thématiques, les numéros 10 et 11 viennent de sortir:

- Le passage des adolescents en service adulte
- Les vaccinations de l'enfant dans le contexte du VIH...



Vous les retrouverez sur le site :
www.grandir.sidaction.org

Ces mots ...

«J'appelle au changement des lois qui maintiennent la stigmatisation et la discrimination, y compris les restrictions imposées à la mobilité des personnes vivant avec le sida»

Ban Ki-moon secrétaire général de l'ONU
10 juin 2008

Rappelons que 74 pays appliquent des mesures spéciales aux porteurs du VIH,
● notamment l'indication de la maladie sur le passeport
● 12 empêchent l'entrée sur le territoire, souvent en invoquant des raisons de santé publique et de coût des traitements.

Dernière minute

On vient de l'apprendre...



Peter Piot quittera l'ONUSIDA à la fin de l'année 2008

A suivre...

La révision du rapport Yeni.

Sous la Direction du Pr Patrick Yeni, le groupe d'experts chargé de faire des recommandations pour la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH remettra au Ministre de la santé au cours de l'été 2008 la version révisée du rapport publié en 2006.



Les membres fondateurs :

Pr Christine KATLAMA, Présidente
Pr Gilles BRÜCKER, Trésorier
Pr Brigitte AUTRAN, Secrétaire Générale
Pr Patrice DEBRE, Vice-Président

Les permanents à Paris :

Dr Louis PIZARRO, Directeur général
Sophie CALMETTES, Directrice des Opérations
Dr Cecilia PIZZOLO, Directrice médicale
Nolwenn BODO, Responsable de l'information
Etienne GUILLARD, Responsable Pharmacie
Christophe GUEDON, Responsable administratif et financier
Corine NICOUE, Assistante de programme
Estelle PIERROT, Assistante administrative et comptable

Les acteurs sur le terrain :

Au Mali (Bamako): Pierre TEISSEIRE, Chef de mission
(à Ségou): Dr Alain AKONDE, Coordinateur médical,
Dr Alamako DOUMBIA, Médecin chargé de la décentralisation
Dr Aminata TIEBA TRAORE, Responsable volet PTME région
Ambroise DEMBELE, Responsable administratif et financier
Djouma SANOGO, Secrétaire-comptable
Mary SISSOKO, Assistante logistique.

Au Niger (à Niamey): Stéphanie TCHOMBIANO, Chef de mission
Dr Sanata DIALLO, Coordinatrice médicale
Fabrice de SAINTE MARIE, Responsable administratif et financier
Dr Roubanatou MAÏGA, Responsable volet PTME
Hadiza BAOUA, Responsable Observance
(à Zinder): Dr Charlotte DEZE, Responsable médicale de région
Dr Ibrahim HADIZATOU, Responsable volet PTME région
Dr Fatimata SABO, Assistante programme Zinder

A Madagascar (à Antananarivo): Sophie ROYER, Chef de mission
Honoré RANDRIANARIJAONA, Assistant administratif
(à Antsiranana): Dr Franck LAMONTAGNE, Coordinateur médical
Tsiory ANDRIAKOTO: Assistant du Coordinateur médical
Michael RAZANATAFIKA: Logisticien/chauffeur

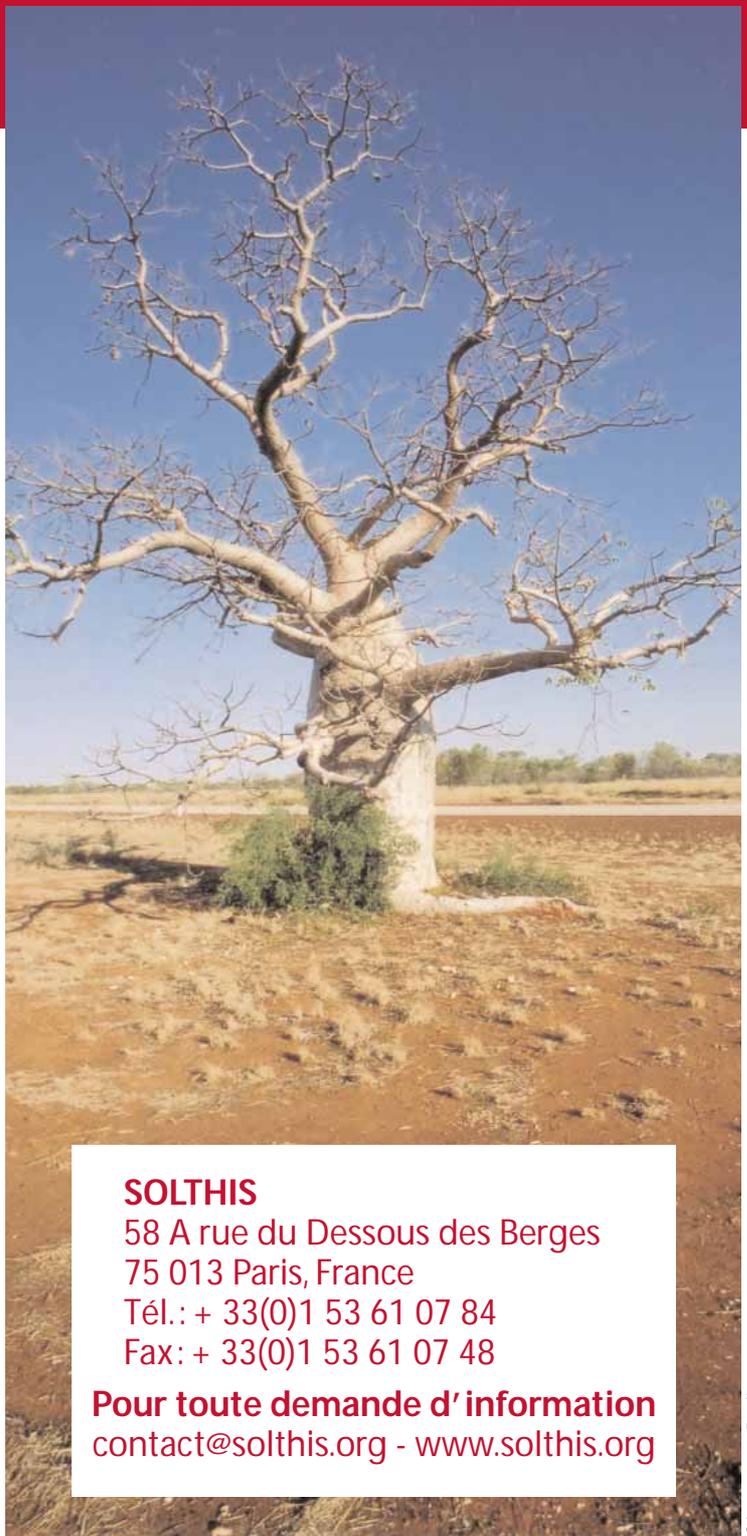
En Guinée (à Conakry): Nathalie DARIES, Chef de mission
Dr Benjamin DJOUDALBAYE, Coordinateur médical
David PELLETIER, Responsable administratif et financier
Mouctar DIALLO, Assistant administratif et financier
(à Boké): Dr Aimé KOUROUMA: Responsable médical de région

Conseil d'administration :

Pr Brigitte AUTRAN, Pr Jean-François BERGMANN, M. Armand de BOISSIÈRE, Pr Gilles BRÜCKER, Pr Vincent CALVEZ, Pr Patrice DEBRÉ, Pr Pierre-Marie GIRARD, Pr Christine KATLAMA, M. Patrice de MAISTRE, M. Jean-François SAUVAT, M. Jean-Pierre VALERIOLA.

Groupe de travail :

Dr Eric ADEHOSSI, Françoise AEBERHARD, Pr Brigitte AUTRAN, Dr Elie AZRIA, Dr Catherine BONNAUD, Pr Olivier BOUCHAUD, Pr Elisabeth BOUVET, Dr Guillaume BRETON, Pr Vincent CALVEZ, Dr Ana CANESTRI, Dr Guislaine CARCELAIN, Dr Mohammed CISSÉ, Pr Dominique COSTAGLIOLA, Pr Christian COURPOTIN, Pr Patrice DEBRÉ, Dr Diane DESCAMPS, Pr Marc DOMMERGUES, Dr Serge EHOLIÉ, Dr Arnaud FONTANET, Pr Véronique FOURNIER, Dr David GERMANAUD, Pr Pierre-Marie GIRARD, Pr Jean-Marie HURAU, Pr Vincent JARLIER, Dr Bernard JAROUSSE, 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, Dr Gilles RAGUIN, Pr Christine ROUZIOUX, Dr Aliou SYLLA, Dr Tuan TRAN-MINH, Dr Mariam TRAORÉ, Dr Roland TUBIANA, Dr Marc-Antoine VALANTIN, Dr Jean-Paul VIARD, Dr Olivier WEIL.



SOLTHIS

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

Pour toute demande d'information
contact@solthis.org - www.solthis.org

Directrice de la publication : Pr Christine KATLAMA

Directeur exécutif : Louis PIZARRO

Rédactrice en chef : Nolwenn BODO

Journaliste : Sarah DALGLISH

Coordination scientifique : Dr Cécilia PIZZOLO

Conception, réalisation & impression : MagiGraphi

Photo de couverture : © Andres KORYZMA

Photos : © tangi.ch pour Solthis, et IRIN News (sauf autre mention)

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.

Notre partenaire

La Fondation Bettencourt Schueller consacre l'essentiel de ses efforts à la recherche médicale, la lutte contre les pandémies, et plus particulièrement le Sida. La Fondation soutient Solthis depuis sa création en juillet 2003. Pour plus d'informations: www.fondationbs.org



FONDATION
BETTENCOURT
SCHUELLER