

La lettre

Numéro 8 - juin 2009



Soigner
Accompagner
Former



FONDATION
BETTENCOURT
SCHUELLER

Sommaire

Entretiens	p. 2-3
Pr Saidou Mamadou Pr Patrice Debré	
SOLTHIS au Niger	p. 4-6
Gestion des stocks ARV Etre Sous-bénéficiaire du Fonds Mondial	
SOLTHIS à Madagascar	p. 7
Epidémiologie SOLTHIS au Mali	p. 8-9
Génotypage SOLTHIS en Guinée	p. 10-11
Décentralisation Projet Co-infection TB/VIH	
SOLTHIS au Burundi	p. 12-13
Un nouveau défi	
Parole d'expert	p. 14-15
PTME : Retour CROI	
Dossier : Système d'information	p. 16-18
Les Actus	p. 19



**Journée
Scientifique**
et Assemblée Générale de SOLTHIS

Vendredi 26 juin 09
de 11h à 18h

Hôpital Pitié-Salpêtrière
Amphithéâtre Adicare

L'éditorial

Par le Pr Christine Katlama

SOLTHIS

Solidarité : un mot qui continue de gouverner nos actions au sud

Thérapeutique : l'accès aux traitements est un objectif clé pour une organisation non gouvernementale médicale. Grâce à ces actions de diffusion et d'organisation de l'accès aux soins, loin des capitales, nous pouvons regarder sans rougir un bilan de cinq ans qui a permis dans cinq pays l'initiation d'un traitement antirétroviral vital pour plusieurs milliers de patients.

Initiative : celle de débiter là où il n'y avait encore rien, de former là où il y a tant à faire

encore, d'organiser là où tout était balbutiant. Mais notre initiative doit être, dès aujourd'hui et plus encore demain, celle d'innover, d'inventer les moyens de mieux accéder aux patients, surtout ceux qui abandonnent leurs traitements et le suivi, ceux que l'on appelle, en nous abritant derrière un terme épidémiologique facile, les « perdus de vue ». Il nous faut comprendre et mettre en place des remèdes contre cette fatalité terrible de 10 % voire 20 % au Mali de mortalité souvent précoce chez des femmes et des hommes qui viennent à peine d'entrevoir l'espoir d'une survie. Pourquoi quand les traitements sont là, certains abandonnent-ils ? Discrimination, difficulté de vivre au quotidien une maladie pas tout à fait comme les autres, impossibilité d'effectuer un suivi régulier, pas envie que les autres sachent. On se cache, on s'enfoncé dans le déni, la lassitude, des patients, des soignants ?

La dimension de la maladie VIH sans doute la plus difficile à appréhender est cette chronicité qu'elle implique lorsque l'on n'en meurt pas. Une chronicité presque nécessaire certes lorsque les traitements sont à la fois efficaces et bien tolérés, lorsque on a enfin accepté ce virus avec lequel on peut vivre une longue vie.

C'est un défi sans précédent, décidément et pour cela nous ne serons pas assez des institutions internationales, nationales du nord, du sud, des organisations, des soignants, des associations si nous n'imaginons pas des formes nouvelles d'accès et de communication aux populations, de libération de celles-ci face aux attitudes les plus rétrogrades de discrimination, d'accès durable aux soins, de partage efficace et de délégation respectée des tâches

Voilà les défis nouveaux que doit affronter SOLTHIS. ■

Pr Saïdou MAMADOU

Directeur du Laboratoire National de Référence IST/VIH/TB(LNR) du Niger

Pr Mamadou, vous êtes directeur du Laboratoire National de Référence IST/VIH/TB(LNR) du Niger à Niamey, pourriez-vous revenir sur votre parcours ?

Je suis pharmacien de formation, diplômé de l'université de Dakar en 1987. J'avais opté pour la filière Biologie et j'ai passé l'essentiel de mes 4 années d'internat des hôpitaux (1986-1989) dans le Laboratoire de Virologie-Bactériologie du Pr S. Mboup, au CHU Le Dantec de Dakar. Je suis arrivé à l'époque du dépistage des premiers cas de VIH/sida au Sénégal, et, sous mes yeux, les premiers tests Elisa ont été utilisés. C'était passionnant. Cela a bien entendu influencé mon choix de rester dans ce domaine. J'ai alors préparé une thèse de pharmacie (1987) et un mémoire de DEA de

Pourriez-vous expliquer le rôle et les objectifs du LNR ?

Sur le volet VIH, les missions du LNR sont le suivi biologique des patients sous ARV ou non : donc on fait le comptage des CD4 et la charge virale VIH-1 pour tout le pays. Celle-ci, en revanche, n'est réalisée qu'au LNR pour des raisons pratiques et économiques. Le LNR a pour objectif aussi la formation et recyclage des techniciens de laboratoire, la supervision des laboratoires et contrôle qualité, la confirmation des résultats de dépistage VIH discordants et des doubles profils VIH-1+VIH-2 (en écartant les réactions croisées possibles, par Elisa utilisant des peptides spécifiques) et l'évaluation des tests de dépistage à introduire dans le pays, à la demande des autorités ou du fabri-

quant, la surveillance des résistances aux ARV, actuellement en partenariat avec SOLTHIS et la Pitié-Salpêtrière et la recherche opérationnelle, notamment les enquêtes nationales de séroprévalence.

Sur le volet TB, ce sont des missions similaires : la supervision des laboratoires du réseau de microscopie TB, le contrôle de la

microscopie TB, la préparation et mise à disposition des réactifs de coloration, la formation et recyclage des agents, les cultures et Tests de sensibilité aux antituberculeux. Les laboratoires du réseau de microscopie TB se superposent aux laboratoires du réseau VIH, et le personnel est souvent le même.

Pour la TB, le LNR n'est pas encore opérationnel : la construction (déjà terminée) et l'équipement sont assurés par la Fondation Damien (Belgique).

Pourriez-vous revenir sur votre rencontre avec SOLTHIS et vos liens actuels ?

J'ai rencontré SOLTHIS à son arrivée au Niger. Le LNR a convenu d'un partenariat avec la Pitié-Salpêtrière, à travers SOLTHIS, pour l'analyse des résistances primaires et secondaires aux ARV. Nous ne disposons pas encore de séquenceur au Niger. Concrètement, dès que l'on a un nombre suffisant d'échantillons, ils sont envoyés

pour être étudiés à Paris. Je profite de ce séjour en France pour discuter des aspects opérationnels de ce travail. Les cryotubes et les cryoboîtes fournis par SOLTHIS sont déjà au LNR.

Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans la lutte contre le VIH au Niger notamment pour votre laboratoire ?

De manière générale, il y a des problèmes en termes de Ressources humaines, aussi bien en quantité qu'en qualité. Pour le LNR, j'ai obtenu la promesse d'un renforcement quantitatif du personnel et de stages spécifiques TB. Les difficultés sont aussi souvent liées à l'adhésion et à la motivation du personnel. Par exemple pour le LNR, il n'est pas aisé de faire remonter les éléments pour le contrôle qualité. Enfin, il y a de nombreux et fréquents problèmes d'approvisionnements (en réactifs) ou de maintenance des équipements.

Quel rôle joue SOLTHIS face à ces difficultés ?

Concrètement, SOLTHIS a un rôle de plaidoyer et prend une part active aux réunions du Comité Médical Technique, notamment sur l'identification des dysfonctionnements et la recherche des solutions. Par exemple, SOLTHIS contribue à acheminer au LNR les prélèvements provenant des régions, réalisés pour la charge virale.

Vous venez d'assister aux Journées de l'ANRS, que retiendrez-vous ?

Tous les débats étaient très intenses et intéressants. Je retiendrais surtout ceux sur la mise sous traitement plus précoce, la notion de traitement des réservoirs ou encore sur l'intérêt des dosages des ARV. Enfin, je ressors avec optimisme car l'horizon n'est pas si sombre du point de vue scientifique.

Un dernier mot pour SOLTHIS ?

Je suis personnellement satisfait de ma collaboration avec SOLTHIS, au Niger comme à Paris : des équipes très dynamiques ! SOLTHIS a sa place dans le dispositif d'accompagnement des actions de lutte contre le sida au Niger. SOLTHIS a su s'adapter au fur et à mesure et aujourd'hui, en tant que sous-bénéficiaire du Fonds Mondial, ses actions et ses interventions sont mieux visibles. ■

Propos recueillis lors du passage du Pr Saïdou Mamadou à Paris en avril 2009 pour les journées de l'ANRS



Pr Mamadou avec le Dr Huber lors de son passage dans les locaux de SOLTHIS à Paris - Avril 2009

Biochimie (1989) à l'Institut Pasteur de Dakar, puis un Doctorat d'Etat ès Sciences Pharmaceutiques (1999-2003) avec les Pr S. Mboup et E. Delaporte (IRD Montpellier) sur la diversité génétique du VIH-1 des groupes M et O au Niger, avec le soutien de l'ANRS. Par la suite, j'ai aussi obtenu les diplômes de virologie médicale (1996), de bactériologie médicale (2000) et de pharmaco-épidémiologie appliquée aux risques infectieux de l'Institut Pasteur de Paris.

Depuis 1990, j'occupe le poste d'enseignant chercheur en bactériologie-virologie à la Faculté des Sciences de la Santé de Niamey. En 2004, à Libreville, j'ai été reçu au concours d'agrégation du CAMES, dans cette spécialité. Entre temps, je suis devenu le chef de service de Biologie médicale de l'Hôpital national de Lamordé, érigé en laboratoire national de référence pour les IST/VIH/sida et la tuberculose (TB) en décembre 2006.



Pr Patrice Debré

Pr Patrice Debré, vous venez d'être nommé Ambassadeur chargé de la lutte contre le VIH-sida et les maladies transmissibles. Pourriez-vous revenir sur le parcours qui vous a amené à prendre ces nouvelles fonctions :

Aujourd'hui, je suis Professeur d'immunologie à l'Université Pierre et Marie Curie de Paris d'une part et le Chef de service du Laboratoire d'immunologie Cellulaire et Tissulaire du Groupe hospitalier de la Pitié Salpêtrière (AP-HP) d'autre part. Ma première fonction concerne donc les soins, notamment à travers la biologie hospitalière; et j'ai par ailleurs conservé une consultation pour les patients atteints d'infection à VIH.

Ma seconde fonction, la recherche et l'enseignement de l'immunologie, m'a permis de bien connaître les pathologies infectieuses mais aussi le cancer et les maladies auto immunes. En effet, j'ai effectué, dans les années 70, un post doc aux Etats-Unis dans le laboratoire de Baruj Benacerraf, (prix Nobel de Médecine en 1980) sur les problématiques et le rôle joué par le complexe majeur d'histocompatibilité. Puis à mon retour en France, j'ai travaillé dans l'unité de Recherche de Jean-Paul Levy sur les modèles d'infection des souris par les rétrovirus. Ceci m'a conféré une expertise des rétrovirus dès la fin des années 70, avant la découverte du VIH. Par ailleurs, je suis toujours resté impliqué dans la Recherche : j'ai dirigé une unité CNRS (ayant évolué par la suite vers deux unités INSERM successives) puis l'Institut Fédératif de Recherche 113 de la Pitié Salpêtrière (Immunité, Cancer et Infection). On peut également citer ma participation ou ma direction aux conseils scientifiques de la Pitié-Salpêtrière, de l'ARC, de la Ligue, des commissions de l'ANRS, de l'EFS, de l'Institut Curie etc. Enfin, plus récemment, j'ai fondé une société de Biotechnologie, en relation avec ORVACS, pour développer un vaccin contre le sida.

Au-delà de ces fonctions principales, j'ai occupé au cours de ma carrière, plusieurs responsabilités administratives :

- au sein de l'AP-HP, j'ai joué un rôle dans le développement de la biologie hospitalière et

Pr Patrice DEBRÉ

Ambassadeur chargé de la lutte contre le VIH-sida et les maladies transmissibles

notamment dans l'identification des innovations en recherche des Centres d'investigation biomédicale, les CIB ;

- pour le Ministère de la Recherche, la direction de la mission des sciences du vivant du temps.

Vous avez aussi une grande expertise dans les pays en développement ?

En effet, je me suis toujours intéressé aux problématiques de pays du sud. Aussi, j'ai participé à la création, et j'avais été le Président du Conseil Scientifique et enfin le Vice-président de l'Assemblée de l'European & Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP), qui est une initiative européenne en charge de la politique de recherche européenne pour les pays du sud, essentiellement l'Afrique subsaharienne sur les trois maladies (VIH/Sida, tuberculose et paludisme).

Je préside le Conseil d'administration du Centre International de Recherche Agronomique pour le Développement (CIRAD) qui me confère une expertise également dans le domaine de la recherche agronomique. Je m'efforce de faire le lien avec la Recherche en Santé : les maladies infections transmissibles par les animaux (grippe porcine) ; les problèmes de nutrition et les pathologies liées à l'environnement (cancer, maladies liées aux pesticides) etc.

Par ailleurs, je suis impliqué dans les différents organismes internationaux et nationaux de recherche en lien avec les pays en développement : l'INRA, le B2C3I (Institutions de recherche de l'Outre-mer). Je préside le Centre international de Recherche Médicale de Franceville situé au Gabon ; l'IRD ; l'INSERM ; l'ANRS, l'Institut Pasteur.

Enfin, n'oublions pas ma participation à la création de SOLTHIS et d'ORVACS.

De manières plus informelle, je suis aussi très intéressé par la vulgarisation de la science pour le grand public : à ce titre, j'ai travaillé avec la Mairie de Paris sur l'exposition « Paris, ville européenne des sciences », en 2008 ; rédigé des livres, notamment une biographie de Pasteur.

Aujourd'hui, vous êtes également le vice président de SOLTHIS, pourriez-vous nous en dire plus sur vos liens avec SOLTHIS.

J'ai surtout participé à la réflexion autour de la création d'une ONG impliquée dans les soins, devenue SOLTHIS, et de ORVACS, impliquée dans la Recherche avec G. Brucker, C. Katlama et B. Autran. J'ai eu l'occasion au départ de me rendre au Mali avec SOLTHIS. Aujourd'hui, j'interviens au niveau du Conseil d'administration et ce sont mes collaborateurs comme G. Carcelain ou B. Autran qui sont impliqués de manière opérationnelle avec les équipes de terrain de SOLTHIS.

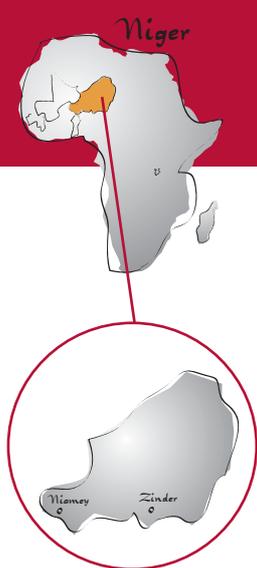
Pour moi, SOLTHIS est un ONG exemplaire dans son organisation, son mode d'intervention et ses réalisations sur le terrain. Je compte m'appuyer sur son expertise pour les actions à mener dans le cadre de l'Ambassade.

En tant qu'ambassadeur, comment percevez-vous ce poste et quels seront les chantiers à mettre en place ?

Ce poste d'ambassadeur est un nouveau challenge. Tout d'abord, il s'agit d'être le porte-parole du gouvernement sur la politique internationale en matière de VIH/sida mais aussi sur toutes les maladies infectieuses : la tuberculose, le paludisme, les maladies zoonotiques : Ebola, fièvre de la vallée du Rift, la grippe aviaire, porcine etc.

Il s'agit aussi d'être le facilitateur pour mettre en cohérence et conformité les actions du bilatéral et du multilatéral. A ce titre, j'interviens dans les organisations internationales : Fonds Mondial, Roll Back Malaria, Unitaïd, Stop TB, ONUSIDA, GAVI, OMS... Je travaille également avec tous les opérateurs français (ONG, opérateurs publics, entreprises, institut semi-public etc.) qu'ils soient dans le domaine des soins ou de la recherche.

D'un point de vue stratégique, je souhaite mener une réflexion pour comprendre comment l'aide internationale arrive aux malades. En pratique, cela passe par une analyse de terrain : j'irais très prochainement au Cameroun avec Gilles Brucker, Directeur de Esther. Et je vais entreprendre au niveau des acteurs multilatéraux une réflexion sur le développement des financements innovants. ■



Interview du Dr Zaratou Kalla Ankourao

Qu'est ce que l'Unité de Gestion Spécifique (UGS) et quel est votre rôle ?

Je suis la pharmacienne responsable de l'UGS en charge des médicaments du VIH/Sida et du Paludisme mise en place en 2007 par le Ministère de la Santé. Elle est rattachée à la Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine traditionnelle et est localisée au niveau de l'organisme public d'approvisionnement pharmaceutique, l'Office National des produits pharmaceutique et chimique (ONPPC). L'UGS s'est vue confier la mission de stockage, de gestion et de distribution des médicaments, réactifs, matériel et consommables entrant dans le cadre de la lutte contre le SIDA et le Paludisme, avec une implication sur les étapes principales du cycle d'approvisionnement mais sans toutefois être identifiée comme responsable de ces étapes.

L'UGS de part sa mission, son ancrage institutionnel et sa localisation géographique, constitue une sorte de trait d'union entre les différents acteurs de la gestion des approvisionnements et des stocks des deux programmes VIH/Sida et Paludisme : le Ministère de la santé, les programmes, l'ONPPC, les institutions et ONG internationales, les structures de santé et les différents acteurs du niveau opérationnel.

Quels sont pour vous les enjeux en termes de Gestion des Approvisionnements et des Stocks pour le cas des ARV ?

Au Niger, des avancées ont été faites depuis l'introduction des ARV, tant du point de vue de la disponibilité que de la gestion et de la dispensation des ARV. Mais nous restons toutefois encore confrontés à des difficultés importantes : la multitude d'intervenants, la disponibilité de ressources humaines qualifiées et la gestion des données.

Vos relations avec SOLTHIS ?

La présence de SOLTHIS au Niger dans sa mission d'appui technique est un atout. Sur le volet pharmacie au niveau central, je travaille en très étroite collaboration avec le Dr Etienne Guillard, pharmacien basé au siège de SOLTHIS. Nous travaillons beaucoup lors de ses missions périodiques au Niger mais nous échangeons aussi à distance. Nous essayons de faire un travail de fond sur les problèmes auxquels nous sommes confrontés. Nous avançons également sur des activités sur lesquels un appui technique ou un « boost » est attendu telles que les quantifications ou les formations du personnel affecté à la gestion et à la dispensation des ARV dans les sites de prise en charge. Cet apport est positif dans nos activités. ■

Au-delà des aspects techniques, l'intervention tient compte des aspects organisationnels tels que la planification des activités, la délégation des activités au personnel de la pharmacie, la communication avec les acteurs de la structure (équipe de prise en charge et administration) et avec les acteurs institutionnels des niveaux régional (DRS) et national.

Ceci permet de souligner la pertinence du positionnement global de SOLTHIS entre niveaux central et périphérique. Celui-ci est propice à une vision d'ensemble favorable à une cohérence d'intervention et à la fluidification de la communication entre les deux niveaux qui reste l'un des enjeux majeurs. Par la présence de l'équipe sur place, avec les missions fréquentes du responsable pharmacie, et par l'adaptation permanente de l'intervention sur cet axe aux besoins identifiés, des résultats positifs ont été observés offrant une meilleure qualité de la prise en charge des patients au Niger. Toutefois, au regard de l'importance de tous ces enjeux et des défis majeurs qui persistent et afin d'accroître l'impact de son intervention et de faire avancer ces différents chantiers, l'équipe nigérienne va prochainement accueillir une pharmacienne. ■



Pr Françoise Barré-Sinoussi et l'équipe de SOLTHIS au Niger
Mars 2009

Visite du Pr Françoise Barré Sinoussi au Niger

Le Pr Françoise Barré-Sinoussi, Prix Nobel de médecine en 2008 pour sa participation à la découverte du virus du VIH/ sida, s'est rendue en visite officielle au Niger au mois d'avril. Pendant 5 jours de visite, elle a pu rencontrer les équipes médicales locales, les associations de patients, animé une conférence co-organisée par SOLTHIS et le Centre culturel Franco-nigérien, etc. Elle a aussi pris le temps de faire escale par le bureau de Niamey et de rencontrer toute l'équipe du Niger.

Stéphanie Tchiombiano
Chef de mission

Sophie Calmettes
Directrice des opérations

Être sous-bénéficiaire d'un financement du Fonds Mondial: les premiers pas de SOLTHIS

En juillet 2007, l'équipe SOLTHIS au Niger participait à l'élaboration de la requête déposée par le pays sur le round 7 auprès du Fonds Mondial. L'ensemble des partenaires institutionnels, acteurs de terrain et représentants de la société civile, réunis au sein du Country Coordination Mechanism (CCM), demandait alors à SOLTHIS de participer plus directement à la mise en œuvre d'un certain nombre d'activités de formation et d'assistance technique dans le cadre de ce Round.

La requête du Niger pour le Round 7 ayant été acceptée par le Fonds Mondial, SOLTHIS est devenue sous-bénéficiaire du financement. Un contrat entre la Coordination intersectorielle (CISLS) et SOLTHIS a été signé en décembre 2008 : il prévoit une première phase de 2 ans pour un financement de 138 000 euros. Ce contrat pourra être ensuite étendu à 3 années supplémentaires, conformément aux mécanismes du Fonds Mondial.

Premières activités sur le terrain

Cette requête confiée à SOLTHIS des activités choisies en accord avec les partenaires nationaux et en fonction de ses domaines d'expertise:

- Activités de formation : formation de nouveaux médecins prescripteurs d'antirétroviraux, prise en charge pédiatrique, VIH/TB, soins infirmiers, éducation thérapeutique, prise en charge communautaire, gestion et dispensation des ARV dans les pharmacies des centres prescripteurs
- Activités d'assistance technique : appui à l'élaboration de Directives Nationales de prise en charge du VIH, élaboration de guides thérapeutiques et de modules de formation.

Exemple de l'élaboration des Directives nationales

Il s'agissait d'élaborer un document national de référence pour mieux organiser et structurer la prise en charge des patients séropositifs au Niger (principes fondamentaux, standardisation des normes et procédures, critères d'accréditation des centres de prise en charge, orientations stratégiques, paquet d'activités dans les centres prescripteurs, etc.). Pour l'élaboration de ces Directives, des termes de référence et un premier sommaire détaillé ont été proposés, discutés, et finalisés avec l'équipe de l'ULSS : les grandes lignes et les principaux éléments des directives ont été largement posés avec la partie nationale. Ensuite, l'équipe de Solthis, en collaboration avec un consultant national, a travaillé sur un premier « jet », qui a été soumis à un petit groupe d'experts nationaux, mandatés par arrêté du Ministère de la Santé. C'est ce document, corrigé et complété par les experts qui a été remis à l'ULSS (qui reste en charge de sa validation nationale). ■

En conformité avec la stratégie d'intervention de SOLTHIS

Fidèles au principe de non-substitution, les activités sont mises en place de manière totalement coordonnée avec les autorités nationales. Ainsi, de manière systématique, les termes de référence de toute formation, la liste des personnes à former, les modules de formation et le choix des formateurs nationaux qui co-animent la formation avec SOLTHIS sont discutés et validés avec l'Unité de lutte sectorielle Sida du Ministère de la Santé (ULSS). Par ailleurs, les activités menées s'inscrivent dans le cadre des cinq axes d'interventions de SOLTHIS.

Ce qui a amené SOLTHIS à devenir sous-bénéficiaire

Plusieurs enjeux ont poussé SOLTHIS à accepter cette nouvelle responsabilité :

- Répondre aux besoins clairement exprimés par le Ministère de la Santé et la CISLS, dans la mesure où ces besoins correspondaient aux domaines d'expertise de SOLTHIS.
- Participer à l'amélioration des capacités de mise en œuvre de la subvention du Fonds Mondial par la CISLS et l'ULSS, un des fondements du Fonds Mondial étant le financement axé sur la performance, sur les résultats atteints.
- Apporter sa garantie de qualité pour favoriser l'acceptation de la requête.
- Mieux connaître le fonctionnement du Fonds Mondial afin de mieux pouvoir accompagner ses partenaires dans la mise en œuvre des requêtes. A noter que le Fonds Mondial est l'un des deux principaux bailleurs de fonds de la lutte contre le Sida, dans les pays dans lesquels SOLTHIS intervient.

Premier bilan positif

Ces deux premiers trimestres en tant que sous-bénéficiaire permettent de faire un premier bilan de cette collaboration : si les contraintes du Fonds Mondial sont relativement importantes (procédures financières et administratives relativement compliquées, barèmes de « per diem » fixes et différents des barèmes SOLTHIS, relative dépendance vis-à-vis du bénéficiaire principal), le bilan est globalement positif, que ce soit sur le plan opérationnel (meilleure ma-

trise du processus d'organisation des activités, légitimité de notre appui, bon taux de réalisation des activités prévues) ou en terme de connaissances des procédures et de « l'esprit Fonds mondial ».

Perspectives

Cette première expérience sera assurément utile pour le programme de SOLTHIS au Mali où SOLTHIS est impliquée en tant qu'assistant technique sur le Round 8 (début prévu dans les mois qui viennent) et peut-être bientôt pour la Guinée... ■

Pour en savoir plus sur le Fonds Mondial

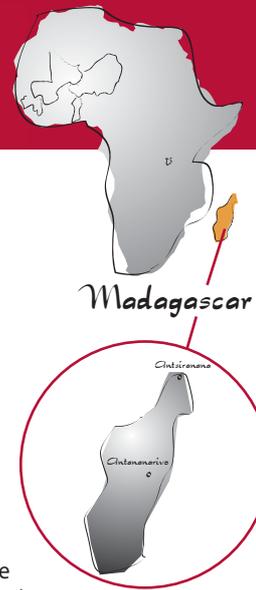
Requête : demande de subvention élaborée à travers un processus de concertation nationale menée par un organe de large représentation, le Country Coordination Mechanism (CCM).

Country Coordination Mechanism (CCM) : organe rassemblant des représentants du secteur public, privé et associatif; il désigne le Bénéficiaire principal et suit la mise en œuvre des requêtes financées par le Fonds Mondial

Bénéficiaire Principal (ou « PR » pour Principal Recipient) : organisation qui reçoit les fonds du Fonds Mondial et qui doit les mettre en œuvre au travers de conventions avec des Sous-bénéficiaires (ou « SR », pour Sub Recipient).

Round : appel à propositions lancé par le Fonds Mondial. Pour chaque Round, le pays peut soumettre une demande de financement sur 3, 4 ou 5 ans, sur chacune des maladies (VIH, Tuberculose, Paludisme). Initialement lancés à un rythme annuel, les rounds sont désormais appelés à se succéder plus rapidement (tous les 6 ou 9 mois).

Phase 2 : dans le contrat de financement, le Fonds Mondial prévoit deux phases. A l'issue de la première phase qui dure deux ans, le Fonds Mondial évalue les performances du Bénéficiaire Principal et décide ou non de reconduire le financement, pour une seconde phase. ■



Dr Franck Lamontagne
 Coordinateur médical
Pr Christine Rouzioux
 Virologue, service de Virologie
 du CHU Necker (AP-HP)

Un profil épidémiologique spécifique à Madagascar ?

L'épidémie du VIH/sida de Madagascar continue d'étonner les observateurs. Elle reste encore mal connue et paradoxale à plusieurs points de vue :

- La prévalence est faible, estimée à 0,13% chez les 15-49 ans en 2007, malgré de nombreux facteurs de risque d'acquisition du VIH dans la population, dont un taux d'infection sexuellement transmissible parmi les plus élevés au monde.
- Les chiffres sont contradictoires : la prévalence avait été estimée à près de 1% en 2003 contrastant avec des prévalences nulles constatées à de multiples reprises dans des populations a priori très exposées comme des travailleuses du sexe (TDS) n'utilisant pas de préservatifs ; les estimations suivantes ont été régulièrement revues à la baisse alors que de plus en plus de patients sont découverts dans les hôpitaux.
- Les groupes et régions les plus vulnérables sont mal connus : la cartographie des communes vulnérables qui guide les programmes nationaux n'est pas confirmée par les taux observés dans les dépistages qui indiquent une répartition presque exactement inverse. Les études de prévalence dans les groupes cibles choisis jusqu'à présent ont montré des taux extrêmement faibles (militaires, détenus, travailleurs mobiles, TDS) ou n'ont pas encore été faites (Hommes ayant de relations sexuelles avec des Hommes- HSH) ; la politique de lutte contre le sida a été récemment réorientée vers le ciblage des

groupes à risque dans l'hypothèse d'une épidémie concentrée : les facteurs de risque de la population feraient pourtant craindre une épidémie généralisée.

La synthèse des données épidémiologiques disponibles au deuxième semestre 2007 par des experts internationaux mandatés par la Banque Mondiale a permis de voir plus clair parmi des données en apparence disparates : elle a conclu à une épidémie encore faible mais en augmentation régulière, avec une répartition géographique hétérogène, des groupes vulnérables et une dynamique encore mal précisée.

L'analyse attentive des données de dépistage disponibles au niveau régional et l'étude du profil socio-comportemental des patients suivis dans les principaux sites de prise en charge complètent très utilement les données officielles pour mieux comprendre l'épidémie.

Une prévalence hétérogène

Les données confirment une prévalence très hétérogène : très faible dans les régions les plus peuplées des haut plateaux et de l'Est (en 2008, aucune femme enceinte n'était séropositive parmi 28 000 testées dans les régions d'Antsirabe, Fianarantsoa et Tamatave) ; plus forte sur la côte Ouest et le Nord du pays : les prévalences les plus élevées, de l'ordre de 1% chez les femmes enceintes, et de 5% chez les tuberculeux, ont été observées dans des régions où le dispositif sanitaire est peu développé et sont encore mal confirmées : Sainte-Marie au Nord-Est, Morondava et Morombe à l'Ouest. A noter que les rares communautés qui ne pratiquent pas la circoncision y vivent. La politique nationale privilégie encore très peu le ciblage des interventions dans ces régions.

Le profil des patients recueilli par l'équipe SOLTHIS auprès des médecins référents est aussi particulier avec une grande fréquence des TDS, des partenaires de migrants, des HSH, des marins, sauf dans les zones de plus forte prévalence. Peu d'autres données de ce type sont disponibles, entre autres aucun chiffre de prévalence chez les HSH jusqu'en fin 2008 ; depuis, des données de dépistage provenant d'un programme de PSI à Tamatave et de la GTZ à Majunga indiquent une prévalence supérieure à 5%. La prévention et le dépistage auprès de ces groupes reste encore très insuffisants, voire non prévus.

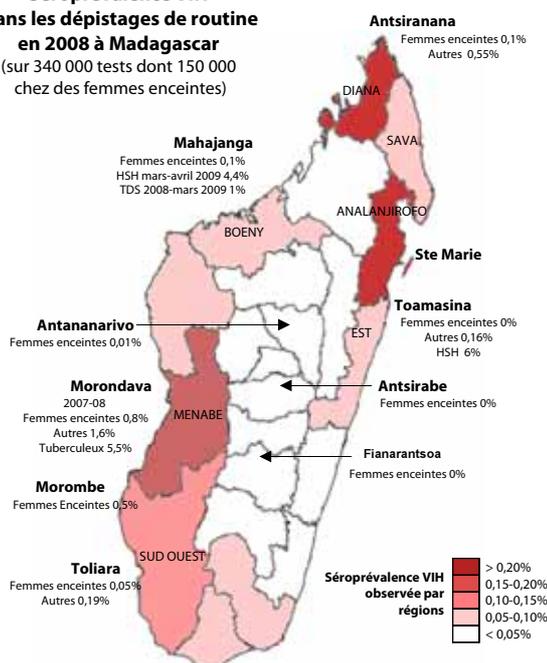
L'étude phylogénétique des virus de patients suivis dans le Nord, l'Ouest du pays et la capitale réalisée en avril 2008 dans le cadre d'une convention entre le Laboratoire National de Référence, SOLTHIS et le laboratoire de virologie du CHU Necker, a permis d'apporter un éclairage très intéressant sur la dynamique de l'épidémie. En effet, elle a montré une diversité virale singulièrement importante, déjà constatée par la même équipe auparavant. Cette diversité était moindre dans la zone Ouest et chez les HSH. L'interprétation la plus évidente est que l'épidémie de Madagascar est encore récente et en grande partie au stade d'importation de virus, de sources variées ; ceci explique le profil particulier des patients observés, qui sont en majorité des personnes en contact avec l'extérieur. Dans certaines régions ou certains groupes (HSH), l'épidémie est en revanche plus avancée et la transmission locale plus active comme en témoignent des prévalences plus élevées. Dans ces régions, l'épidémie a un profil généralisé et non concentré dans des groupes particuliers, ce qui est cohérent avec la multiplicité des facteurs de risque existant dans la population générale.

Résistances primaires chez les HSH ?

L'étude virologique avait également révélé une fréquence inquiétante de résistances primaires aux ARV (20%), dont la moitié chez des HSH, ce qui doit être confirmé. Cette diffusion de souches résistantes témoigne soit de problèmes d'approvisionnement régulier en médicaments, soit d'observance, soit de protection et de perception des risques de contamination, soit de tous ces facteurs à la fois à des degrés divers. L'étude a été poursuivie pour inclure plus de la moitié des patients du pays : elle est en cours d'analyse au CHU Necker. Les premiers résultats montrent une réponse thérapeutique médiocre (40% d'échecs virologiques avec une durée médiane de traitement de l'ordre de un an).

Au total, l'étude viro-épidémiologique des patients pris en charge à Madagascar permet de dessiner de plus en plus clairement le profil d'une épidémie jusque là assez mystérieuse. On peut en espérer une meilleure adaptation de la politique de lutte contre le sida et des interventions à un stade de développement épidémique encore précoce, opportunité rarement rencontrée ailleurs.

Séroprévalence VIH dans les dépistages de routine en 2008 à Madagascar
 (sur 340 000 tests dont 150 000 chez des femmes enceintes)



Les programmes

à Madagascar
(suite)

Deux questions à Sandrine Andriantsimetry

assistante technique chargée
de la coordination des enquêtes de
séro-surveillance et de la rénovation du LNR



Quelles sont les fonctions du LNR, et ses liens avec SOLTHIS ?

Depuis septembre 2007, l'équipe de SOLTHIS Madagascar collabore avec le Laboratoire National de Référence (LNR) qui était en plein projet de rénovation avec l'appui du SE/CNLS à travers les financements du Fonds

Mondial et de l'AFD. Le LNR est le principal laboratoire chargé des analyses de suivi biologique des patients infectés par le VIH à Madagascar. Avant 2007, cela correspondait uniquement à une mesure du taux de CD4 et une analyse hématologique. Un nouveau plateau technique devrait offrir un suivi biologique plus complet des patients avec des analyses biochimiques, hématologiques, immunologiques, bactériologiques, parasito-mycologiques et virologiques moléculaires. Une convention de partenariat entre le LNR, SOLTHIS et le laboratoire de Virologie de CHU Necker a été signée en juin 2008 pour la mise en place de nouvelles techniques de virologie moléculaire au LNR. Grâce à cette collaboration, des analyses de la charge virale et un génotypage viral des patients de Madagascar ont pu être réalisés au laboratoire de Virologie du CHU Necker. J'ai aussi pu bénéficier d'un stage de formation aux techniques virologiques moléculaires dans ce même laboratoire.

Que retiendrez-vous de votre formation dans le laboratoire du CHU de Necker ?

L'objectif général du stage était de maîtriser les techniques moléculaires de mesure de la charge virale qui sera réalisée ultérieurement en routine au LNR. J'ai appris à maîtriser les techniques d'extraction de matériel génétique, que ce soit l'ARN viral ou l'ADN proviral, à partir d'échantillons biologiques, les techniques d'amplification par PCR en temps réel pour la quantification virale. J'ai été également initiée à toutes les étapes du génotypage et à l'analyse des résultats du séquençage.

Depuis mon retour à Madagascar, j'ai établi les commandes pour les réactifs et consommables nécessaires qui seront pris en charge par la Banque Mondiale et le Fonds Mondial. Le LNR est actuellement en attente de la livraison de l'automate de PCR en temps réel pour la mesure de la charge virale qui a été financé par le projet AIRIS-COI. ■

Alain Akondé
Alamako Doumbia
Aminata Traoré
Pierre Teisseire

Mise en place d'un laboratoire de référence à Bamako

Les prescripteurs d'ARV au Mali sont confrontés de plus en plus aux problèmes d'échec thérapeutique nécessitant un réajustement du traitement ARV. Or, le nombre de molécules disponibles reste limité au Mali et les patients risquent de ne plus bénéficier d'un traitement optimal. L'une des conséquences d'échec thérapeutique est l'émergence de virus résistants aux ARV. La cause principale des échecs thérapeutiques est l'inobservance. Le plus préoccupant est que le virus « muté » est archivé à vie dans le génome du patient et peut être transmis à une tierce personne. Il est donc nécessaire d'avoir un génotypage pour optimiser le traitement en cas d'échec lorsque les arguments cliniques seuls ne le permettent pas. D'un point de vue macro, l'obtention des données sur la résistance du VIH aux ARV est importante car elle permet non seulement de mesurer l'efficacité des programmes nationaux d'accès aux ARV, de guider et d'évaluer la pertinence des recommandations nationales et internationales mais aussi d'évaluer la prévalence de la transmission des souches primaires résistantes du VIH aux ARV chez des personnes récemment infectées et non encore traitées. La résistance primaire varie entre 6% et 10% dans la littérature. Cependant au Mali, une étude (Derache et al) a montré qu'elle est de 11,5%. De même la trithérapie administrée automatiquement fait développer en moyenne 5 à 10 % de résistance des patients traités au bout d'un an. D'où la nécessité d'une surveillance des résistances (1^{ère} et 2^{ème}) parallèlement aux programmes de mise sous antiretroviraux.

Un projet international

Plusieurs partenaires se sont réunis dans l'objectif d'aider les autorités maliennes à mettre en place un laboratoire de référence pour le séquençage et l'étude des résistances du VIH-1 aux ARV : le Groupement d'intérêt Public ESTHER, et l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière, SOLTHIS, la Northwestern University de Chicago aux Etats unis et les partenaires maliens.

Acquisition d'un appareil de séquençage

Grâce à un financement privé américain, le Mali a acquis un appareil de séquençage en mars 2009. Cet appareil est situé dans le laboratoire SEREFO du Pr Anatole Tounkara de l'Hôpital du Point G du CHU de Bamako. ESTHER et SOLTHIS, partenaires du programme national d'accès aux ARV du Mali, sont notamment en charge d'appuyer techniquement et financièrement le projet et d'assurer le fonctionnement la première année. Dans un second temps, il est prévu que le Mali prenne le relais sur un financement du Fonds Mondial.

Mise en place d'un staff clinico-biologique

La mise en œuvre des activités de génotypage a été confiée à un staff clinico biologique composé de médecins hospitalo-universitaires, de médecins prescripteurs ARV, de pharmaciens, de biologistes, de représentants de la Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida et des partenaires techniques et financiers. Il se réunit une fois par mois au moins. Le staff a défini les critères de demande de génotypage :

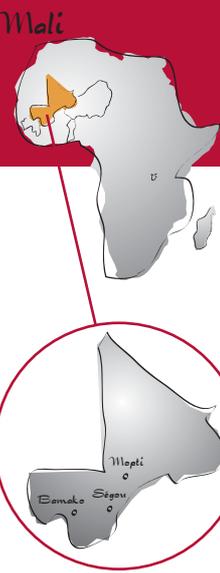
- Patients en échec de 2^{ème} ligne thérapeutique après avoir éliminé un problème d'inobservance,
- Patients ayant épuisé les 3 classes thérapeutiques (INRT, INNRT et IP),
- Patients ayant une charge virale détectable (≥ 1000 copies/ml) récente datant de moins de 15 jours.

Un nouveau circuit de prélèvement

Que l'on soit en capitale ou en région, les conditions de prélèvement (sang total ou plasma en fonction de l'existence d'une plasmathèque ou non) et le circuit à suivre ont bien été définis. Des sacs thermostables avec des ices packs sont mis à disposition dans les sites. Les médecins prescripteurs ont été sensibilisés sur la pertinence du génotypage des patients en échec de 2^{ème} ligne répondant aux critères.

Contrôle de qualité externe

En plus du contrôle de qualité interne, un contrôle de qualité externe est prévu avec le laboratoire de virologie de la Pitié-Salpêtrière pour valider les résultats.



Trois questions au Dr Anne-Geneviève Marcelin

Virologue, Pitié-Salpêtrière

Le rôle de SOLTHIS

Concrètement, SOLTHIS a pour rôle d'assurer l'approvisionnement des intrants (réactifs et autres consommables) relatifs au bon fonctionnement de l'appareil ; de prendre en charge les activités annexes (hotline, la prise en charge des déplacements des acteurs maliens en stages et formations en France pour assurer un transfert de compétence) ; de contribuer avec les partenaires locaux à l'élaboration des critères de demande de génotypage ; de participer et d'animer le staff clinico-biologique qui planche sur les dossiers médicaux relatifs aux patients VIH et en échecs de traitement en vue de faire des recommandations.

Des résultats encourageants

Grâce à la mobilisation des acteurs maliens et des partenaires, le génotypage est une réalité à Bamako. Les activités du laboratoire pour le génotypage sont assurées par Dr Almoustapha Maiga et la mise en œuvre des activités est confiée à un staff local. Un plan de formation du personnel du laboratoire est prévu pour assurer la pérennité. Les premiers résultats des prélèvements de lancement du séquenceur ont montré une concordance à 100% par rapport au contrôle de qualité externe. A l'instar des autres pays, des patients en impasses thérapeutiques seront diagnostiqués d'où désormais la nécessité d'une troisième ligne thérapeutique et le choix des molécules adaptées afin de répondre aux besoins des patients. ■

Quels sont les liens entre CHU de Bamako et la Pitié-Salpêtrière ?

La collaboration entre le laboratoire de Bamako et celui de la Pitié-Salpêtrière a pour origine le partenariat Esther entre nos deux hôpitaux qui a débuté en 2001. Il a permis de nouer des liens très forts entre les biologistes de Bamako et ceux de notre service. Dans un premier temps, nous les avons aidés à mettre en place de la charge virale ; puis face à l'augmentation du nombre de patients traités, nous avons décidé de les aider à mettre en place les tests de résistance aux ARV. Tout d'abord, nous avons assuré ponctuellement ces tests dans notre service à Paris mais depuis quelques mois, ces tests sont effectués dans le laboratoire SEREFO à Bamako. C'est tout de même plus simple et surtout plus rapide pour les patients. L'appareil de séquençage nécessaire a été obtenu grâce à des financements privés et un transfert de compétence a été réalisé par la formation d'un biologiste dans notre service pendant plus d'un an.

Désormais, quelle forme prend votre collaboration ?

Aujourd'hui, nous continuons les activités de formation : du personnel continue à venir se former dans notre laboratoire même si désormais une partie peut être formée sur place. Surtout, nous assurons un suivi-conseil auprès du personnel formé pour les épauler et nous continuons à nous investir sur place. Bien entendu, nous continuons à soutenir le laboratoire dans ses projets de recherche opérationnelle.

Avec le démarrage du séquenceur, nous assurons maintenant un « contrôle qualité externe » : les premiers prélèvements testés à Bamako ont été également testés chez nous. Et nous avons obtenu les mêmes résultats ! Ce qui est très encourageant. Nous pratiquerons donc ce contrôle une fois par an.

Quels sont les enjeux pour le Mali ?

Pour le laboratoire, l'ambition est de pérenniser ce fonctionnement. A terme, il est question de le faire accréditer OMS.

Pour les médecins, il faut systématiser la prescription de charges virales pour détecter les échecs et prescrire ensuite les tests de résistance. Rappelons que plus on laisse longtemps les patients en échec de traitement, plus le virus devient résistant et plus il sera difficile de traiter les patients par la suite.

Pour les patients, ce projet va leur permettre d'avoir la possibilité d'avoir un suivi biologique de qualité et dans des délais beaucoup plus courts. ■



Biologistes du Serefo le Dr Almoustapha Maiga et le Dr Dr Djeneba Fofana

Nathalie Daries
Chef de mission

Quand la décentralisation devient réalité

Dans tous les pays en développement, la décentralisation de la prise en charge des patients est un défi majeur de la riposte nationale au VIH. Il en est de même en Guinée où, jusqu'en janvier 2008, seulement 16 centres de santé à travers le pays assuraient la prise en charge des patients nécessitant un traitement ARV. SOLTHIS, arrivée en Guinée en 2008, a mis en place un programme en partenariat avec le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et le Conseil national de lutte contre le Sida (CNLS) dont l'objectif est d'améliorer l'accès à une prise en charge de qualité par le renforcement des capacités du système national de santé et la décentralisation. Un an après, les efforts conjugués de SOLTHIS et de ses partenaires ont permis de décentraliser vers les districts sanitaires et d'étendre la prise en charge à 34 sites.

Les obstacles rencontrés dans la prise en charge de ces patients ont été nombreux :

- la crainte du médecin qui n'ose pas démarrer le traitement car parfois il peut s'avérer « néfaste » pour le patient,
- le manque de molécules généralisé dans le pays,
- les difficultés à réaliser le bilan biologique pré ARV, le comptage des CD4, la mesure de la charge virale,
- la peur des patients, de leur méconnaissance de la maladie, de leurs difficultés financières.

A Conakry

Dans la capitale guinéenne, la discussion avec les autorités sanitaires a amené à intégrer la prise en charge du VIH au sein des Centres médicaux Communaux (CMC) des 5 communes de Conakry (correspondant au niveau hôpital préfectoral) et dans 2 centres de santé pour la commune de Matoto ne disposant pas de CMC. Plusieurs catégories ont été formées au VIH :

- 36 médecins à la prise en charge
- 45 infirmiers sur les soins des patients
- 11 pharmaciens à la gestion des stocks et à la dispensation des ARV

Centre	Patients sous anti IO	Patients sous ARV
CMC Minière	65	41
CMC Coleah	35	17
CMC Ratoma	33	9
CMC Flamboyant	32	10
CS Matoto	12	3
CS Gbessia Port	29	1
CHU Donka	N.D.	2714
CHU I. Deen	N.D.	475

Tableau de la répartition des patients suivis par centres de santé

De plus, les sites ont été approvisionnés en outils de gestion et en médicaments par le PNPSP (ARV, anti IO, réactifs de dépistage).

Ainsi, les premiers patients ont été dépistés et pris en charge à partir de novembre 2008 directement dans les CMC.

Depuis, le coordinateur médical SOLTHIS et le responsable Pharmacie et éducation thérapeutique visitent régulièrement les nouveaux sites de prise en charge afin de faciliter le démarrage des activités VIH et d'accompagner les personnes nouvellement formées : aide au remplissage des dossiers, revue et discussion des dossiers cliniques, participation aux staffs et visites, présentations à thème, aide à la dispensation, au suivi des stocks et des commandes.

Dans la région de Boké

La décentralisation représente un enjeu important à Boké et à Fria, des zones minières particulièrement vulnérables au VIH. En 2008, l'hôpital régional de Boké était le seul centre de prise en charge du VIH. Là encore, la collaboration de SOLTHIS avec les autorités sanitaires, a permis d'étendre la prise en charge à l'hôpital préfectoral de Fria et aux 2 hôpitaux privés miniers de Kamsar et Sangarédi. Ces deux derniers bénéficient d'une part d'un plateau technique suffisant pour le bilan pré thérapeutique et le comptage des CD4 et d'autre part d'un personnel motivé et assidu.

Comme à Conakry, SOLTHIS a contribué à former les professionnels de santé (12 médecins, 11 pharmaciens et 19 infirmiers) et le responsable médical régional visite régulièrement les structures permettant de familiariser le personnel à la prise en charge et de l'accompagner dans les prises de décision (appui à la saisie des dossiers, discussions sur les cas cliniques, sessions de formations courtes in situ, participation aux visites et aux staffs). Les premières inclusions de Fria ont eu lieu en avril. L'hôpital comptait déjà 9 patients sous ARV parmi les patients régulièrement suivis.¹

Aujourd'hui, malheureusement, par manque de traitement ARV au niveau national, le seul nouveau centre fonctionnel est celui de Fria. Les hôpitaux privés devraient être approvisionnés lors de l'arrivée de la nouvelle commande prévue en juin.

Deux défis à relever

Le suivi biologique

Si le patient est dépisté dans un centre qui offre la prise en charge, le patient devra tout de même se déplacer pour effectuer les analyses biologiques nécessaires à son suivi. En effet, non seulement certaines structures ne sont pas en mesure de réaliser les examens nécessaires au bilan pré thérapeutique mais de plus

le comptage des CD4 et la mesure de la charge virale sont très hypothétiques :

● **Comptage des CD4.** A Conakry, avec un total de 6900 patients suivis fin 2008, la ville ne comptait que 5 compteurs CD4 dont 2 seulement installés dans des structures publiques gratuitement accessibles à tous les patients. A Boké, le seul appareil disponible est installé dans l'hôpital privé minier de Kamsar, et ne reste accessible qu'aux ayant droits de l'usine et à leurs familles.

● **Charge virale.** Après bien des déboires, la mesure de la charge virale a pu redémarrer en octobre 2008. A ce jour, 480 patients seulement ont pu en bénéficier (sur un total de 9212 patients suivis au 31 décembre 2008 dans tout le pays). Le système de papier buvard ne fonctionne pas encore et les prélèvements ne circulent pas à travers le pays, les patients doivent donc se déplacer à Conakry.

L'approvisionnement en médicaments

La Guinée a bénéficié des financements du Fonds Mondial pour l'approvisionnement en ARV de ses structures de prise en charge. Les prévisions pour les traitements ARV prévus concernaient 11000 patients, ce qui laisse supposer que tous les patients pouvaient bénéficier d'un traitement. Malgré tout, la Guinée fait face à un problème récurrent de pré-ruptures et ruptures de stocks. Les procédures longues et fastidieuses du Fonds Mondial, la lenteur dans la prise de décision, la mauvaise gestion et organisation des stocks, l'absence de planification à moyen et long terme ne permettent pas au système d'assurer un approvisionnement régulier des structures, avec pour corollaire, la multiplication des résistances chez les patients guinéens.

Un espoir : la soumission au Round 9 du Fonds Mondial

Un accent particulier a été mis sur la mise à disposition d'équipements de laboratoire, de réactifs et de médicaments qui permettraient, premièrement de renforcer les sites de prise en charge pour un suivi biologique de qualité, deuxièmement de rendre gratuit ce suivi pour assurer une accessibilité financière à tous les patients et enfin, d'assurer l'approvisionnement des sites tout en renforçant les capacités des acteurs de la chaîne. SOLTHIS pourrait alors se charger de renforcer les capacités des techniciens de laboratoire et des médecins pour une meilleure interprétation des résultats et leur prise en compte dans le suivi au long cours des patients. L'appui de SOLTHIS irait également vers les organes de coordination pour une meilleure organisation des achats et des stocks. ■

1. Données au 15 mai 2009



Dr Benjamin Djoudalbaye
 Coordinateur Médical

Tuberculose – VIH : vers un programme commun



SOLTHIS a appuyé à Conakry la mise en place d'un projet pour contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la coinfection Tuberculose/VIH et pour réduire la morbidité et la mortalité liées à la coinfection dans les services de Dermatologie/MST, des Maladies Infectieuses, de Médecine Interne de Donka et au Centre Antituberculeux (CAT) de la Carrière. Les objectifs de ce projet sont de favoriser la recherche active et le traitement de la tuberculose (TB) chez les patients vivant avec le VIH/sida, et le dépistage et le traitement du VIH/sida chez les patients tuberculeux.

adaptés, de tests de dépistage, de personnel formé et qualifié, indisponibilité des ARV etc. Malgré la mise en place d'un comité de coordination TB et VIH en 2005, les activités de prise en charge de la coinfection n'avaient pas été développées. Par ailleurs, le manque cruel de données médicales sur ce sujet n'avait pas favorisé l'adhésion des deux programmes Tuberculose et VIH à la gestion de la coinfection. De même, au CHU de Donka les médicaments antituberculeux n'étaient pas non plus disponibles pour les patients VIH+.

compteur CD4 ; faible appui des programmes de lutte contre la TB et de lutte contre le sida.



Centre Antituberculeux de La Carrière à Conakry

Les premiers résultats encourageants

Au CAT de la Carrière du 13 mars au 31 mai 2009, 509 patients tuberculeux ont été informés sur le VIH puis dépistés : 100 (19,6%) étaient VIH positifs (98 pour le VIH-1 et 1 pour le VIH-2 et 1 cas de VIH-1+VIH-2). **Au total 6 patients ont initié un traitement ARV depuis mars 2009 au CAT de la Carrière.** Au CHU Donka, depuis la disponibilité des antituberculeux sur site le 25 février, **30 patients VIH + ont été dépistés pour la tuberculose (10 cas de TPM+, 7 cas de TPM- et 13 cas de TEP) et mis sous traitement dans les 3 services impliqués.** Au total, 13 décès ont été enregistrés au cours de la même période.

Les défis restent encore nombreux à relever :

- pérenniser les réunions mensuelles techniques de coinfection TB et VIH ;
- assurer un approvisionnement régulier en produits de santé et outils de gestion aussi bien au CAT de la Carrière qu'à Donka ;
- mener des recherches opérationnelles sur la coinfection TB et VIH et notamment la problématique liée au VIH-2 et à la double infection VIH-1+VIH-2 associée à la TB ;
- assurer la bonne tenue correcte des dossiers patients.

Formes de tuberculose	Effectif	%
TPM+*	10	33,3 %
TPM-*	7	23,3 %
TEP**	13	43,4 %
Total	30	100 %

Répartition des formes de tuberculose dépistées chez les patients infectés par le VIH au CHU de Donka du 25 février au 30 avril 2009.
 * TPM : Tuberculose Pulmonaire à microscopie
 ** TEP : Tuberculose extra-pulmonaire

En effet, le CAT de la Carrière à Conakry, qui prend en charge environ 6000 cas de patients TB par an, ne proposait pas jusqu'à maintenant, de counselling et le dépistage VIH aux patients TB pour différentes raisons : manque de locaux

Les moyens mis en place par SOLTHIS

Deux sessions de formation ont été organisées pour former des professionnels par ailleurs engagés et aguerris à la prise en charge de la TB. C'est ainsi que 15 médecins ont été formés sur le VIH et les aspects de la TB au moment de l'infection au VIH et 3 laborantins aux techniques de dépistage rapide du VIH courant février 2009. Le coordinateur médical et les membres de l'équipe médicale de SOLTHIS (1 responsable pharmacie et 1 pneumologue pendant 6 mois) appuient techniquement les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du projet par des visites, par leur participation aux staffs et par leur expertise sur les questions liées à la coinfection. Désormais un staff de coinfection TB/VIH réunit chaque mois les acteurs de terrain y compris ceux des programmes TB et VIH. Cependant, la mise en œuvre de ce projet a été confrontée à de nombreuses difficultés : ruptures en réactifs, en consommables et outils de gestion des patients ; augmentation de la charge de travail du personnel du CAT de la Carrière déjà en nombre insuffisant ; pannes fréquentes du

Trois questions au Docteur Linda Hajouji

interne en Pneumologie au CHU de Strasbourg,
 qui a effectué une mission de 6 mois en Guinée pour SOLTHIS

Quel a été votre rôle dans le projet « Tuberculose/VIH » à Conakry ?

Mon rôle a consisté à mettre en place le projet concernant la coinfection TB-VIH dans la ville de Conakry. Plusieurs étapes ont été nécessaires : rencontre avec les différents acteurs de la prise en charge de la coinfection (médecins chefs de service, médecins, internes, personnel paramédical), participation à des sessions de formation de médecins et d'infirmiers sur la coinfection, aide à l'organisation pratique de cette nouvelle activité, participation à l'appui continu aux structures. La rencontre des différents acteurs de la prise en charge nous a permis d'identifier les problèmes potentiels que pouvait générer cette nouvelle activité dans les différents services concernés afin de pouvoir commencer l'activité au mieux et au plus vite.

L'organisation de formation des médecins et des infirmiers regroupant des médecins impliqués dans la prise en charge des patients VIH et des pneumologues a permis de créer de réels liens scientifiques entre les différents médecins du CHU. Ces rencontres ont ensuite favorisé la mise en place d'un staff sur la coinfection qui a maintenant lieu tous les mois.

A la fin du semestre, mon rôle a essentiellement consisté à faire des visites régulières dans les quatre différents services auprès des médecins déjà formés mais aussi auprès des jeunes médecins et des étudiants en médecine par le biais d'animation de travaux de groupe autour de cas cliniques ou de présentations de topos sur la coinfection ou l'interprétation de radiographie de thorax.

Quelles ont été les principales difficultés rencontrées ?

Cette expérience en Guinée était pour moi tout à fait nouveau. Je n'avais pas du tout participé aux discussions préalables concernant l'écriture du projet. Il n'a donc pas toujours été facile de passer du projet à la mise en application de celui-ci et il m'aura fallu beaucoup de temps pour comprendre certaines réalités du pays. Je n'avais finalement pas beaucoup de temps pour faire démarrer le projet.

Que retiendrez-vous de cette expérience ?

Cette expérience m'a permis de découvrir une nouvelle dimension de la médecine que j'ai trouvée passionnante. Je retiens de ces six mois plusieurs éléments : ne pas vouloir aller trop vite dans la mise en œuvre d'un projet, mais en même temps maintenir une certaine dynamique, veiller toujours à répondre à une demande justifiée et enfin tenter d'anticiper les difficultés qui risquent de survenir à plus long terme pour que l'activité se pérennise.



Antonio Zivieri
Chef de Mission

Marc de Lavaissière
Coordinateur médical

Un nouveau défi : le Burundi

Le Burundi, au cœur de la région des Grands Lacs, est un petit pays d'environ 26.000 km² et peuplé de plus de 8 millions d'habitants avec une densité supérieure à 300 habitants/km².

Indépendant depuis 1962, le pays a connu une longue et tragique période de guerre civile ayant pris fin en août 2005 avec l'élection démocratique du Président Pierre Nkurunziza. Le processus de paix enclenché suit favorablement son cours, avec la récente et officielle démobilisation du dernier groupe existant d'opposition armée, FNL-Palipehutu, au cours du mois d'avril 2009.

Contexte d'intervention de SOLTHIS

L'instabilité politique des dernières années a participé à l'aggravation de la situation sanitaire du Burundi, avec notamment une espérance de vie à la naissance de 49 ans et un ratio de 3 médecins pour 100.000 habitants.

En ce qui concerne l'infection par le VIH la dernière enquête nationale de séroprévalence en octobre 2008 révélait un taux de 2,86%. Les deux principaux bailleurs en matière de VIH sont présents au Burundi : Le Fonds Mondial et la Banque Mondiale. Le financement du Fonds Mondial arrive à la fin de la première phase du Round 5. Une négociation est en cours concernant la deuxième phase qui devait démarrer en mai 2008 pour une période de deux ou trois ans. Le pays a présenté une requête au Round 8 qui a été acceptée. En ce qui concerne la Banque Mondiale, le premier Programme plurinational de lutte contre le SIDA (MAP) arrive à sa fin en décembre 2008. Une négociation pour un deuxième MAP est en cours, il sera surtout axé sur la prévention. Ces deux financements sont gérés par le Secrétariat exécutif permanent du CNLS.

Une méthodologie participative en conformité avec la stratégie nationale

C'est au cours de deux missions exploratoires en janvier et novembre 2008, que SOLTHIS a rencontré les acteurs de la lutte contre le VIH au Burundi. L'ensemble de ces intervenants institutionnels, relevant du secteur public ou privé, a ainsi aidé SOLTHIS à évaluer la situation sanitaire et de la lutte contre le VIH au Burundi, plus particulièrement dans les provinces de Ngozi (nord) et Gitega (centre). Ainsi c'est à

la demande des autorités compétentes nationales que SOLTHIS interviendra dans ces deux régions qui présentent toutes deux une faible couverture sanitaire avec en moyenne 250.000 habitants par hôpital.

L'action de SOLTHIS s'inscrit dans la stratégie nationale, en pleine complémentarité avec les acteurs nationaux.

Un plan d'action a été élaboré et travaillé aux cours d'ateliers de concertation avec l'ensemble des acteurs. Les attentes des autorités compétentes nationales et internationales, ainsi que des intervenants locaux en matière de VIH sont multiples, particulièrement dans les domaines de la décentralisation, de la coordination et de la Prévention de la transmission Mère-Enfant.

La nouvelle équipe de SOLTHIS est actuellement sur le terrain afin de parachever l'état des lieux, la rencontre et le travail avec les acteurs de la prise en charge sur le terrain (médecins prescripteurs, associations de patients, chargés de suivi-évaluation) se poursuivent.

Les objectifs du programme SOLTHIS au Burundi

Pour SOLTHIS, ce programme est le premier en Afrique de l'Est. Son objectif spécifique est d'améliorer l'accès à une prise en charge de qualité, décentralisée et pérenne pour les patients séropositifs par un renforcement du système de santé et des acteurs locaux de la prise en charge médicale dans les régions de N'Gozi et de Gitega. Comme dans tous les pays où nous intervenons, SOLTHIS s'attachera à renforcer les capacités des organes nationaux de coordination de la prise en charge du VIH/sida, du personnel soi-



gnant, du personnel en charge de la gestion des données, des professionnels en charge des plateaux techniques et enfin ceux en charge de l'approvisionnement.

Données Nationales sur l'infection VIH Juin 2008

Données CNLS/ONUSIDA	Juin 2008
Taux de séroprévalence (15-49 ans, %)	2,86
Nombre de personnes vivants avec le VIH	> 160.000
Nombre de personnes bénéficiant d'un cART (Combinaison AntiRetroviral Therapy)	12.984
Nombre annuel estimé de femmes enceintes infectées par le VIH	> 8.000
Nombre annuel estimé de femmes qui ont bénéficié de la PTME	< 1.500
Nombre total estimé d'enfants vivants avec le VIH	> 15.000
Nombre total estimé d'enfants bénéficiant d'un cART	< 1.500

Données Ngozi/Gitega - Juin 2008

	Ngozi	Gitega
Taux de séroprévalence (%)	2,56	1,80
Nombre des sites PTME	2	4
Nombre de patients sous ARV cART	809	1.233
Nombre de femmes sous PTME	60	75
Nombre d'enfants sous cART	59	95



Équipe du Burundi



Trois questions au Professeur Théodore Nyongabo

Bujumbura le 22 mai 2009

Données générales	
Superficie (Km ²)	26000
Population en millions d'habitants	8.5
Espérance de vie à la naissance (années)	49
Rang IDH (sur 177 pays)	167
Mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	109
Taux de fécondité (par femme)	6.8
Médecins pour 100.000 habitants	3
Taux d'alphabétisation des adultes (%)	59.3
Population urbaine (%)	11

Les acteurs nationaux

Le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS)

Placé sous la présidence du Chef de l'Etat, il a pour mission de donner les grandes orientations et de coordonner la politique nationale de lutte contre le VIH/sida ; d'aider et appuyer le gouvernement dans la conduite des actions de lutte contre le VIH/SIDA au niveau national ; et de délibérer sur toutes les questions relatives à la préparation, à l'établissement, à l'exécution, l'exécution et au règlement en matière de lutte contre le SIDA.

Le Ministère de la santé :

- Ministère de la lutte contre le VIH/Sida : c'est une particularité du Burundi, il regroupe un responsable de la Prise en charge et un responsable Epidémiologie
- L'Unité de Sectorielle Lutte contre le Sida (USLS) : elle est en charge de la prise en charge clinique, counselling et du psychosociale avec une mission de suivi des structures de prise en charge, de la prévention (PTME, milieu de soins) et de la surveillance épidémiologique ■

Professeur, merci de nous recevoir au Centre National de Référence en matière de VIH/SIDA (CNR). Tout d'abord quelles sont vos fonctions et le rôle du CNR au Burundi ?

Bonjour, et bienvenue à SOLTHIS au Burundi ! Je suis professeur de médecine interne et de maladies infectieuses au sein de l'université de médecine de Bujumbura, et directeur du CNR VIH/SIDA.

Le rôle du CNR dans la lutte contre la pandémie VIH est tout d'abord de coordonner à un niveau national les activités de recherche et de formation en matière de VIH/SIDA. Le CNR participe à la définition des besoins, et des thèmes généraux, ainsi qu'à la rédaction et à la mise en place des activités qui en découlent, tant dans le domaine de la recherche que de la formation. Je préciserais que le CNR ne joue pas un rôle de supervision, mais plutôt de promoteur et d'encadrement. Dynamiser les activités, motiver les intervenants afin de favoriser leur autonomie notamment dans le thème de la recherche, sont parmi nos priorités au CNR.

Comment avez-vous pris contact avec SOLTHIS ?

J'avais connaissance du travail de SOLTHIS dans d'autres pays du continent africain, mais c'est au cours d'un congrès sur le VIH que j'ai rencontré le Dr Pizarro. Nous avons alors évoqué l'opportunité d'une intervention de SOLTHIS dans notre pays.



A. Zivieri et Pr NYongabo devant le CNR

Qu'attendez-vous de l'intervention de SOLTHIS au Burundi et comment résumeriez-vous les perspectives de notre collaboration ici au Burundi ?

Le premier axe d'intervention est celui de l'aide à la décentralisation de la prise en charge des patients vivant avec le VIH/SIDA. Ce processus est déjà engagé au Burundi, dans les régions Ouest et Sud du pays, raison pour laquelle nous avons proposé à SOLTHIS de compléter ce processus dans les régions de Ngozi au Nord et de Gitega au centre du pays.

Par ailleurs, nous croyons précieuse l'aide de SOLTHIS dans le cadre de la formation des personnels soignants, notamment pour apporter de la cohérence dans le choix des thèmes abordés mais aussi faciliter le suivi sur place de ces formations. La dimension recherche est évidemment essentielle à nos yeux, et la présence de SOLTHIS devrait contribuer à dynamiser ce secteur et participer aux futures réflexions et décisions en matière de recherche opérationnelle dans le domaine du VIH au Burundi.

Enfin la présence de SOLTHIS dans ces deux provinces du pays devrait contribuer à améliorer les éléments de suivi et d'évaluation, que ce soit la qualité des examens biologiques de suivi des PVVIH, mais aussi la qualité des données épidémiologiques, primordiales pour l'efficacité du plan national de lutte contre le VIH/SIDA. ■

Dr Roland
Tubiana

Protéger l'avenir des Femmes infectées ce que nous savons faire et ce que nous

De retour de la CROI qui s'est tenue à Montréal en février 2009, le Dr Roland Tubiana du Service de maladies infectieuses, du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière (AP-HP) donne son point de vue sur les données récentes concernant la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME).

La résistance à la névirapine dans les suites d'une prise en monodose dans le cadre de la PTME : Impact sur un traitement ultérieur des femmes exposées.

Dans la littérature, de nombreuses études ont montré que l'utilisation de la névirapine monodose en PTME entraînait la sélection de VIH résistant aux non-nucleosidiques (NNRTI) chez les mères (remontée de la charge virale avec persistance de névirapine dans le plasma) avec jusqu'à 75% de taux de résistance. Même si cette résistance n'est plus détectable après un délai de 12 à 18 mois, elle pourrait néanmoins impacter l'efficacité d'un traitement à base de viramune si la femme est amenée à avoir besoin d'un traitement pour elle-même. Ceci est important lorsque l'on sait que dans les pays en développement, la grande majorité des premières lignes des ARV contient de la névirapine (souvent triomune = stavudine + lamivudine + névirapine). Par exemple, une étude réalisée en Thaïlande (*Jourdain abstract 954*) a montré que les échecs des traitements ARV contenant un NNRTI chez les femmes pré-exposées à la névirapine lors d'une PTME étaient encore significatifs à 4 ans de suivi.

L'Essai *Octane* : *Lockmann S abstract 94LB - CROI 2009* a pour objectif de comparer le taux d'échec thérapeutique et de décès chez des femmes ayant reçu une monodose de névirapine lors d'une grossesse antérieure et traitées par des traitements combinés contenant du ténofovir / emtricitabine (Truvada®) associés soit à de la névirapine soit à du lopinavir/r.

L'essai *Octane* a été mené dans 10 sites et 7 pays africains auprès de femmes ayant reçu du ténofovir / emtricitabine (Truvada®), associé soit à de la névirapine (n= 120), soit à du lopinavir/r (n=121). Le délai depuis la monodose de névirapine était de 16 et 17 mois respectivement. Les charges virales étaient supérieures à 5 Log et les CD4 à 140 dans les deux groupes. - Sur un suivi de 48 semaines, on note 22% d'échecs (et 3% de décès) dans le bras névirapine et 8% d'échecs (1% de décès) dans le bras lopinavir/r (p= 0.002) avec un délai significativement plus court pour les échecs sous névirapine.

- On note plus d'interruptions (31%) vs (5%) et dans un délai plus court pour les femmes traitées par névirapine que par lopinavir/r (HR à 7.43 et p < 0.0001).

La différence est plus marquée si des mutations de résistance à la névirapine sont détec-

tées avant le traitement ce qui correspond à 33 femmes (77% vs 6% d'échecs).

Il y a donc une supériorité du traitement par le lopinavir/r pour ces femmes. Cependant la différence du taux d'échec entre les traitements n'est plus significative si le délai entre la prise de névirapine monodose et le début du traitement est supérieur à 24 mois (12%vs 10% et p= 0.72). Au total, un traitement préalable par la névirapine en monodose réduit l'efficacité ultérieure d'un traitement contenant de la névirapine. Et cela est majoré par la présence de mutations de résistance à la névirapine au début du traitement et minoré par le délai entre la PTME et le début du traitement, surtout après 24 mois.

Les conclusions de ce travail montrent qu'il faut donc préférer un traitement par lopinavir/r si une femme a reçu de la névirapine en PTME, même en monodose, surtout si ce traitement date de moins de 2 ans.

A noter, un essai est en cours dans les mêmes centres, comparant les mêmes bras thérapeutiques chez des femmes n'ayant jamais reçu de névirapine. Les résultats permettront, entre autre, en comparant les deux essais de mieux déterminer si les différences d'efficacité sont modifiées par l'exposition en PTME.

Comment prévenir les résistances dans le contexte PTME ?

Plusieurs études ont montré une bonne efficacité sur la prévention de sélection de mutation de résistance aux NNRTI utilisant :

- *Van Dyke abstract 95aLB* : combinaison AZT + DDI + lopinavir/r pendant 7 jours après la dose de névirapine

- *Lallemant 95 b LB* : combinaison AZT +DDI pendant 4 semaines.

Leurs résultats confirment qu'il faut couvrir la période suivant l'arrêt de la névirapine par une association d'ARV pendant au moins 7 jours. En effet, il faut éviter de réunir les conditions de sélection de mutations de résistance : notamment la persistance de névirapine dans le plasma maternel pendant plusieurs jours à une dose infra thérapeutique en monothérapie alors que la réplication du VIH-1 n'est pas contrôlée.

Risque majeur d'infection par le VIH de l'enfant en cas de primo-infection de la mère pendant la grossesse ou l'allaitement.

Bien sûr pour bénéficier d'une prise en charge visant à la non infection par le VIH du nouveau

né, les femmes enceintes doivent être dépistées. Il faudrait également dépister les futurs pères, ce qui est souvent négligé ou délicat.

L'étude, *Lu abst 91*, réalisée au Botswana, pays où la prévalence du VIH est de 35% et où des efforts considérables de prise en charge ont permis à ce jour d'obtenir un taux de transmission mère- enfant de 4.7%, s'est intéressée aux femmes négatives en début de suivi de grossesse. 400 femmes ont été re-testées à l'accouchement et 244 après 9 à 15 mois, au moment des vaccinations de l'enfant. 1.3% des femmes re-testées à l'accouchement (intervalle de 17 semaines entre les 2 tests) et 2.9% des femmes re-testées par la suite (médiane de 16 mois) étaient infectées par le VIH. Une estimation a montré que ces nouvelles infections pendant la grossesse ou l'allaitement étaient responsables de 43% des infections par le VIH des enfants au Botswana ! Cela est vraiment regrettable que le statut VIH de la mère ne soit pas connu et ceci implique qu'il n'y a donc pas de prise en charge pour la PTME ; de plus, on connaît la gravité d'une primo-infection maternelle (charges virales considérables) en termes de transmissibilité du VIH en fin de grossesse et pendant l'allaitement.

La prévention de ces infections de la mère et de l'enfant amène à discuter des possibilités de tester à nouveau la mère, VIH négative au début de grossesse, en fin de grossesse et pendant l'allaitement mais également dans ces régions à forte prévalence par un dépistage des partenaires et une information du risque pour ces femmes rassurées par un test initial négatif.

Ce sur-risque considérable d'infection VIH de l'enfant en cas de primo-infection de la mère aux moments clés de la transmission a été tristement illustré par une étude chinoise (*Liang Abst 964*). Dans cette étude, réalisée entre 1996 et 2000, 104 femmes ayant donné naissance à 106 enfants ont été transfusées pour une hémorragie de la délivrance et infectées par le VIH à cette occasion. 38 enfants soit un taux de 35.8% d'enfants ont été infectés pendant l'allaitement.

Le point sur les stratégies d'allaitement du nouveau né :

Le sujet de la réduction de la transmission pendant l'allaitement est encore très étudié et discuté. En effet, plus du tiers des enfants infectés dans la période péri-natale en

par le VIH et de leurs futurs enfants : pouvons faire...

Afrique (1/2.5 millions) se sont infectés lors de l'allaitement maternel.

Comme l'a très bien rappelé Jeff Stringer en session plénière (CROI2009 - abstract 127), l'allaitement artificiel exclusif (AAE) n'est pas réalisable pour une majorité des mères dans le monde (coût, surmortalité liée à la qualité de l'eau et à l'absence de protection naturelle par le lait maternel, stigmatisation...). L'étude Zebs a montré que la transmission du VIH pendant l'allaitement était corrélée au taux de CD4 de la mère (1.9% si CD4>500 ; 7.5% si CD4 350-500 et 20.8% si CD4<200).

Actuellement, deux stratégies d'allaitement maternel à moindre risque d'infection VIH pour l'enfant sont actuellement étudiées :

- Une stratégie consiste à traiter la mère par des ARV efficaces pendant la période d'allaitement a montré de bons résultats : moins de 2% de transmission versus 10% sans traitement en

PEPI (Pre Exposure Prophylaxis for Infants) publiée en 2008 dans le NEJM a montré une protection de 2/3 des transmissions à 14 semaines. Cependant, le traitement de l'enfant a été interrompu à 14 semaines alors que souvent l'allaitement se poursuit avec une transmission qui augmente à l'arrêt du traitement de l'enfant !

L'équipe de PEPI a présenté une étude (TAHA abstract 92) étudiant le devenir de ces enfants après 14 semaines. Ceux-ci se répartissent en trois groupes suivant le statut de la mère :

- les mères avec des CD4 < 250 ne prenant pas de traitement ARV => transmission après 14 semaines : 10.6%
- les mères avec des CD4 > 250 ne prenant pas de traitement ARV => transmission : 3.7%
- les mères avec des CD4 < 250 traitées par ARV => transmission : 1.8% et 82% de protection.

Il est très intéressant de constater que cette étude initialement construite pour montrer l'effet protecteur du traitement prophylactique de l'enfant montre par la suite l'effet protecteur du traitement de la mère (arrêt du traitement de l'enfant).

Il semblerait logique d'après l'ensemble de ces résultats de préconiser l'approche allaitement avec prophylaxie de l'enfant quand la mère n'a pas d'indication aux ARV (CD4>350/mm3) et de recommander le traitement de la mère si les CD4 sont < 350.

Enfin, une étude dont les résultats sont attendus pour fin 2009 compare actuellement les 2 approches d'allaitement maternel avec un traitement de la mère (lopinavir/r + zdv + lamivudine) ou de l'enfant.

de femmes traitées pendant toute la grossesse (45% de témoins et 16% de cas p= 0.02) et surtout un contrôle plus précoce de la charge virale chez les témoins avec à 30 SA 90% témoins vs 30% des cas présentant une charge virale < 1000 copies /ml. (P< 0.01 et RR 25.7). Ceci à la fois pour les transmissions in-utero et per -partum, montrant un effet protecteur pour la transmission du contrôle de la charge virale bien avant l'accouchement au cours de la grossesse.

Objectif : moins de 1% de taux de transmission mère-enfant du VIH

Nous avons les connaissances et les moyens techniques pour obtenir, partout dans le monde, un taux de transmission mère-enfant du VIH de moins de 1%. Cependant, il faut que ce taux soit obtenu à l'âge de 24 mois ou au moins au moment du sevrage complet de l'enfant, de nombreuses études donnent des résultats trop précoces et ne tiennent pas compte du nombre réel d'enfants finalement infectés. Il s'agit de contrôler la virémie maternelle pendant la grossesse (ARV), de prodiguer une surveillance de la grossesse et de l'accouchement, de prévenir la transmission pendant l'allaitement. Cet objectif de non infection des enfants de mères infectées par le VIH doit s'accompagner d'une réduction de la mortalité des enfants non infectés et d'une prise en charge familiale comprenant la santé des parents (mère et père) et des enfants.

Le principal obstacle actuel à la réalisation de ces objectifs est la difficulté matérielle de réaliser chacune des étapes de la cascade bien connue :

- Suivi de grossesse (soins anténataux),
- Accès au dépistage VIH des mères (et des pères)
- Accès au résultat (acceptation)
- Accès à la prescription d'ARV
- Prise du traitement pour une durée suffisante et surveillance de la mère et de l'enfant
- Choix adapté au contexte du contrôle de l'allaitement

On considère actuellement que seulement 49% des femmes nécessitant d'une prise en charge pour la réduction de la transmission du VIH à leur enfant en bénéficient. Et elle est encore souvent sub-optimale. Les meilleurs résultats en termes de PTME du VIH sont obtenus chez les femmes traitées efficacement pour elles mêmes avant la grossesse et qui poursuivront de fait, leur traitement pendant la grossesse et l'allaitement. Il est donc important de ne plus séparer PTME et prise en charge globale du VIH de l'adulte. Poursuivons donc nos efforts Cela en vaut la peine. ■



Mali. Hôpital Nianankoro Fomba. Une femme reçoit du lait pour son enfant, 2009

post-partum dans différentes séries en Tanzanie (Dream et Mitra plus), au Rwanda (Amata), et à Kisumu. Cela permet de protéger l'enfant tout en traitant la mère et en conservant les bénéfices nutritionnels du lait maternel. Cependant, on note des difficultés liées aux traitements ARV de l'adulte : coût, moyens humains et techniques de surveillance, observance. A cela, il faut ajouter la difficulté à gérer le sevrage.

- La seconde stratégie consiste à donner un traitement prophylactique à l'enfant pendant l'allaitement, le plus souvent de la névirapine ou de la névirapine + du zidovudine. L'étude

Contrôle de la charge virale : Est ce suffisant à l'accouchement ?

Tubiana Abstract 929

La cohorte Française EPF a présenté l'étude des facteurs favorisant la transmission mère-enfant du VIH-1 malgré une charge virale maternelle contrôlée à l'accouchement (< 500 copies/mL). Entre 1997 et 2006 cela représente 20% de l'ensemble des transmissions chez les enfants nés à terme. Cette étude de cas (n=19 enfants infectés) / témoins (n= 60 enfants non infectés) appariés sur la maternité et la date d'accouchement montre une différence significative entre le nombre

Grégoire Lurton
Responsable Système
d'information

Les enjeux du système d'information médicale dans les pays en développement

Définitions et objectifs

Le système d'information médicale occupe un rôle d'interface entre les différents acteurs du système de santé. Son but est de centraliser, de traiter et de distribuer l'ensemble des informations produites aux différents niveaux de prise en charge. Le système d'information médicale permet alors à tous ces acteurs de disposer de l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions, développer des stratégies, ou informer de leurs pratiques.

L'information relevée par les médecins lors du suivi de leurs patients doit pouvoir être mobilisée tout au long d'un suivi qui peut s'étendre sur plusieurs années. Cette information sert aussi à renseigner les besoins du système de prise en charge en médicaments, à donner des éléments de réflexion sur l'évolution de l'épidémie, à motiver les décisions politiques sur les orientations à donner au système de prise en charge, ou à produire les indicateurs de suivi et évaluation de ces programmes. Penser ces différents besoins d'informations non pas comme des entités séparées mais comme les différents éléments d'un système unifié, c'est chercher à maximiser l'efficacité de la collecte de données, et aussi travailler à l'adaptation des outils et des méthodes statistiques pour permettre d'atteindre ces multiples objectifs.

Enjeux :

1. La coordination d'acteurs divers

La difficulté principale de la mise en place d'un système d'information médicale réside dans la nécessité d'aligner les agendas et les activités de ces différents acteurs. Le système doit par exemple faire le lien entre les acteurs de terrain qui sont à la source de la collecte des données (et dont l'activité est souvent régie par l'urgence, la pénurie de moyens et les imprévus), et les partenaires financiers qui exigent la production d'indicateurs précis et complexes à un rythme régulier.

2. L'insertion du système d'information dans les activités de routine de la prise en charge

Le bon fonctionnement du système d'information médicale repose sur la définition d'un certain nombre d'outils, de procédures et de normes, qui doivent permettre d'insérer la production de l'information dans le fonctionnement de routine du système de santé, afin de la faire remonter à un rythme régulier, et avec une qualité uniforme.

3. La formation des utilisateurs au système d'information médicale

Le bon fonctionnement repose aussi sur l'implication et la coopération d'acteurs aussi différents que des médecins, des pharmaciens, des agents de saisie, des épidémiologistes, des informaticiens ou des statisticiens, qui sont autant de maillons indispensables au bon fonctionnement de l'ensemble du système.

Mode d'intervention de SOLTHIS

SOLTHIS intervient aux différents niveaux du système d'information médicale. Au niveau de la collecte des données, SOLTHIS apporte un appui pour la définition et la production d'outils de récolte des données. Cet appui s'étend à l'organisation de la bonne remontée et de la centralisation de cette information. Au niveau du codage des données, SOLTHIS aide les pays à se doter d'outils informatiques adaptés, et appuie les utilisateurs de ces outils pour leur permettre d'en faire une utilisation optimale. SOLTHIS appuie enfin l'analyse et la valorisation de l'information recueillie, en assistant les unités statistiques des programmes de prise en charge du VIH.

La stratégie d'intervention de SOLTHIS repose sur l'idée d'un système d'information médicale structuré du bas vers le haut, autour du recueil et de la centralisation de données de bases permettant de multiples utilisations d'une même donnée. Cette stratégie se différencie des systèmes de recueil d'information souvent pensés pour permettre le suivi-évaluation des programmes : ceux-ci visent à ne recueillir que l'information nécessaire à cet effet, dans un format préétabli, par un seul acteur. Ces systèmes sont en général basés sur la mise en circulation de feuilles de recueil d'informations agrégées que les acteurs de la prise en charge doivent faire remonter à intervalle régulier au niveau central. Ce mode de fonctionnement fait reposer à la fois le recueil des données, l'unification et le traitement des données sur les acteurs de base de la prise en charge. Il s'avère très coûteux à la fois en ressources (organisation de campagnes régulières de collecte de données à l'échelle d'un pays) et en temps (au point qu'on peut voir des services interrompre leur activité pendant plusieurs jours dans le seul but de produire les indicateurs demandés), pour un résultat d'une qualité difficilement vérifiable, et qui ne sera pas forcément transférable entre les acteurs, entre lesquels les définitions et les ven-

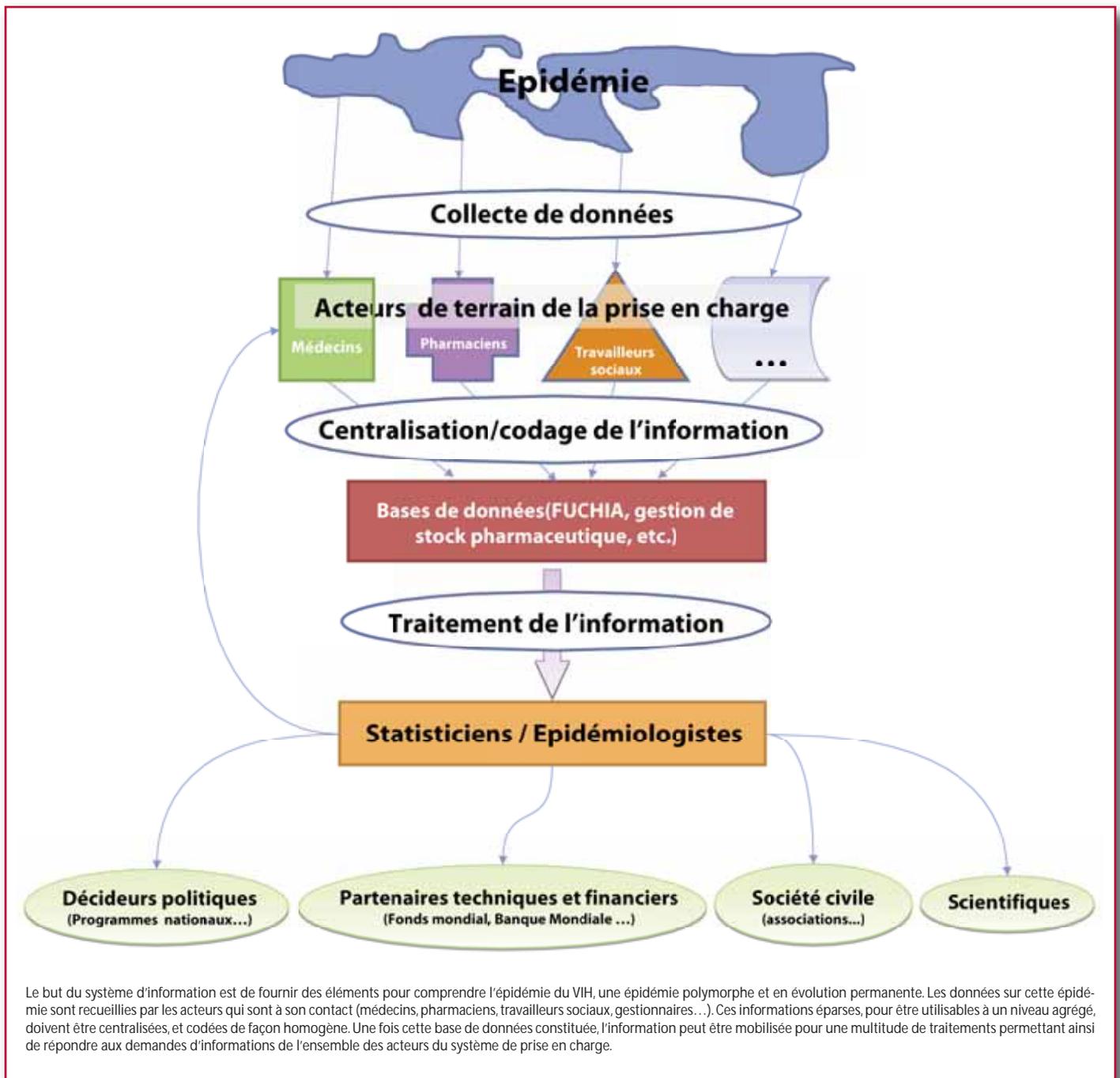
tilations d'indicateurs peuvent varier. Si ces coûts peuvent se justifier ponctuellement pour documenter un point particulier des programmes de prise en charge, il paraît difficile de les justifier lors de la mise en place d'un système d'information de routine.

Le positionnement de SOLTHIS est donc d'encourager la mise en place de systèmes d'information médicale qui puissent permettre d'obtenir une information de routine sur l'état de la prise en charge, mobilisable à différents niveaux. Ce positionnement se traduit par un travail qui cherche à mettre en cohérence les supports de collecte de données (en particulier les dossiers patients), les outils informatiques utilisés pour la centralisation et la collecte de ces données, et les demandes d'informations diverses. Cette mise en cohérence passe aussi bien par l'augmentation des capacités des systèmes de collecte de l'information que par la réévaluation des demandes d'information à l'aune de l'information mobilisable à un coût raisonnable. La difficulté principale de ce positionnement réside dans la prise en considération des contraintes réelles de la production de l'information sur le terrain par des acteurs friands d'une information exhaustive et instantanée.

Afin de répondre au mieux à ce positionnement, SOLTHIS a développé le poste de Responsable « Système d'information » depuis novembre 2008. Le responsable intervient directement en appui aux équipes de terrain et aux partenaires en charge de ces systèmes d'informations (agents de saisie, épidémiologistes, responsables de suivi-évaluation).

Niger – Mise en place d'un système décentralisé à un niveau national

Au Niger, SOLTHIS a participé à la mise en place, au niveau national, d'un système de recueil de l'information en introduisant le logiciel FUCHIA et en supportant directement le fonctionnement dans les premiers temps du développement de l'Initiative Nigérienne d'Accès aux ARV (INAARV). À l'été 2008, le passage à l'échelle du système d'information a été lancé par l'atelier au cours duquel les différents acteurs du système de prise en charge se sont réunis pour redéfinir le dossier patient (support primordial du recueil de l'information), pour organiser la remontée de ces dossiers, et pour choisir le logiciel permettant le codage de ces données



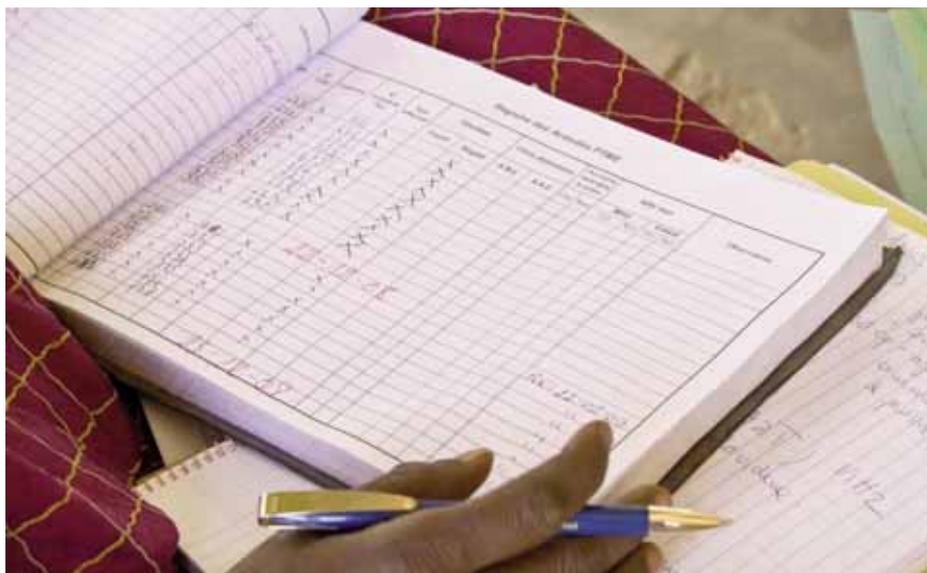
Architecture du système d'information - Grégoire Lurton

(Recueil et analyse de données : suivi national au Niger, Lettre de SOLTHIS n°7, p 10). SOLTHIS a appuyé la mise en service du système ainsi défini, en appuyant la formation du personnel en charge de la collecte et de la saisie des données, et en proposant des solutions techniques permettant d'adapter le logiciel FUCHIA à une utilisation décentralisée. Ce travail a abouti, en mars 2009, à l'installation d'une base de données dans chaque région du Niger, et à l'organisation de la centralisation et de l'analyse de ces bases au niveau de l'Unité de Lutte Sectorielle Santé contre les IST/VIH-Sida (ULSS). Si l'information produite par ce système doit encore être considérablement améliorée, la

démonstration de la faisabilité technique d'un tel dispositif est déjà en soit un résultat appréciable (même si les ressources humaines nécessaires à l'exploitation de ce système ne sont pas toujours disponibles). La mise en place de bases de données supplémentaires au niveau des pharmacies et du Laboratoire National de Référence constitue autant de travail pour consolider et enrichir le système existant. L'appui pour l'appropriation de l'outil par les différents acteurs (mobilisation de la base par les médecins prescripteurs, attitude proactive des organes centraux) est aussi un enjeu important pour le fonctionnement durable du système.

Mali – Intégration du système régional dans le système national

Dans la région de Ségou, l'équipe de SOLTHIS a fourni un appui régulier sur les sites pour maximiser le remplissage des dossiers de suivi des patients, et pour récolter le maximum de données complémentaires permettant d'optimiser l'information disponible sur la prise en charge (données de pharmacie, données sur le dépistage, les activités de laboratoire, la prise en charge de la tuberculose...). Ce travail a abouti à la gestion simultanée de deux bases de données, permettant d'effectuer des recoupements d'information, et de produire des rapports réguliers à destinations des partenaires nationaux.



Mali. Registre PTME - Février 2009

L'enjeu est aujourd'hui double. D'une part, il est nécessaire de transférer l'activité aux acteurs locaux, en renforçant les compétences des personnes en charge de la gestion de l'information, et en adaptant les outils utilisés aux contraintes propres de ces acteurs. D'autre part, le Mali étant en train d'expérimenter un système d'information basé sur le logiciel ESOPÉ, SOLTHIS accompagne le transfert des données de la région de Ségou, jusqu'alors saisies sur le logiciel FUCHIA.

Guinée – Fondation d'un système d'information

A l'heure actuelle, le système d'information guinéen de la prise en charge du VIH/Sida fonctionne exclusivement sur des documents papiers, et repose sur l'implication forte d'acteurs non spécialisés.

SOLTHIS a appuyé en mai 2009 un atelier de révision du dossier patient, pour l'adapter à la mise en place d'un système de saisie décentralisée. Cet atelier a abouti à la définition de trois dossiers de prise en charge (un pour la prise en charge adulte, un pour la prise en charge pédiatrique et un pour la Prévention de la Transmission Mère-Enfant), dont les différents acteurs de la prise en charge ont défini le contenu afin de l'adapter au mieux à leur pratique. Il est prévu, d'ici la fin de l'année 2009, de choisir le logiciel de saisie, puis de réfléchir à la mise en place du circuit et de la saisie des données dans les principaux centres de la capitale. Par ailleurs, SOLTHIS appuie aussi les autorités guinéennes pour la définition d'un plan de suivi évaluation qui soit en adéquation avec l'information disponible à l'échelle du pays.

Madagascar - Mise en place du système dans la région Nord

Le système d'information médicale informatisé a été mis en place dans les régions où SOLTHIS intervient. Dans d'autres régions, cela n'a pas

été possible par manque de disponibilité d'équipement informatique et par manque de participation des acteurs de la prise en charge. La réflexion sur les données médicales et le profil de l'épidémie était assez novatrice dans le contexte local et a été bien perçue. En revanche, l'impact au niveau national, l'appropriation par les autorités sanitaires et l'utilisation stratégique des données pour adapter la politique de lutte contre le VIH et de prise en charge, restent embryonnaires.

Perspectives

Dans les programmes de SOLTHIS, les deux principaux enjeux des systèmes d'information médicale sont la consolidation des systèmes existants et le renforcement des capacités des partenaires locaux pour l'exploitation des dits systèmes. L'expérience capitalisée par SOLTHIS sur le sujet des systèmes d'information sanitaire doit aussi permettre le développement d'éléments de plaidoyer pour changer la logique dans laquelle ces systèmes sont aujourd'hui pensés. L'ajustement permanent de l'offre d'information à une demande d'information peu adaptée aux capacités des systèmes en place est un facteur de déséquilibre permanent des systèmes d'information sanitaires des pays d'intervention. Le rééquilibrage de cette dynamique, qui passe par une prise de conscience par l'ensemble des acteurs de la priorité à donner à l'exigence de qualité des données de base sur l'ambition d'une information exhaustive et immédiatement disponible est un enjeu important pour la mise en place de systèmes d'informations fonctionnels et durables. ■

La question de l'informatique

L'élément central d'un système d'information est l'utilisation d'outils informatiques adéquats qui soient à la fois performants et utilisables dans des contextes à ressources limitées.

On peut opposer deux grands modèles d'organisation du système d'information.

Un système décentralisé qui repose sur la saisie en direct des informations par les acteurs de terrain de la prise en charge au moment même de leur activité.

Un système centralisé, dans lequel l'ensemble des données sont saisies dans une base unique par du personnel spécialisé.

Dans la réalité, les systèmes mis en œuvre se situent quelque part entre ces deux extrêmes. Les éléments qui vont définir le positionnement sur ce continuum sont à la fois la disponibilité du matériel informatique, la disponibilité et l'organisation des ressources humaines, et l'état des systèmes de communication dans les contextes d'intervention

Les différents outils informatiques disponibles pour la gestion de files actives VIH, même s'ils sont adaptables, se situent tous à un niveau différent dans ce système. Le logiciel FUCHIA, développé à Epicentre, est pensé pour un système d'information centralisé, où toutes les données sont saisies dans une même base. Le logiciel SANTIA, à l'autre extrême, est optimisé pour un fonctionnement décentralisé, permettant d'intégrer dans un même système informatique l'ensemble des acteurs de la prise en charge qui assurent chacun la saisie des données issues de leur propre activité. Le logiciel ESOPÉ, développé par le GIP ESTHER, vise un positionnement intermédiaire, permettant d'adapter le niveau de centralisation du système aux contextes particuliers.

Il ne faut toutefois pas perdre de vue que même la meilleure des solutions techniques ne peut fonctionner qu'à partir des données récoltées sur le terrain. L'enjeu de fonctionnement des systèmes d'informations est trop souvent cristallisé autour d'un choix de solution technique, qui n'a en lui-même qu'une importance contingente quand la collecte des données n'est pas fonctionnelle. ■



Lancement de la campagne « Re-mind the gap »

Solthis s'est associée aux associations françaises de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, et pour l'accès à la santé dans le monde, pour lancer le 12 mai 2009, la campagne « Re-mind the gap ».

Cette campagne, à laquelle participent plus de cinquante associations de nombreux pays à travers le monde, a pour but d'appeler les dirigeants des pays les plus riches, et notamment la France, à augmenter d'urgence leur contribution au Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, dont les besoins d'ici 2010 sont estimés à au moins 5 milliards de dollars US supplémentaires.

Les engagements d'atteindre l'accès à la prévention, à la prise en charge médicale et aux traitements pour tous d'ici 2010, réitérés lors des deux derniers sommets du G8 par leurs dirigeants, dont M. Nicolas Sarkozy, doivent être tenus. Cela suppose obligatoirement une prise de conscience politique des pays du nord et une accélération des efforts financiers.

Sans une réponse urgente aux besoins financiers, les conséquences pour des millions de personnes dans les pays du sud seront dramatiques. <http://campagne5milliardspourlefondsmondial.over-blog.org>

Liste des associations :

Afrique du Sud : AIDS and Rights Alliance for southern africa **Allemagne :** Aids-Kampagne **Burkina Faso :** AAS (association africain solidarité), AJPO (Association des jeunes pour la promotion des orphelins), ALAVI, Le Collectif Espoir, KASABATI, RAME (réseau pour l'accès aux médicaments essentiels), REGIPIV, SAAKE **Cameroun :** Alternative Cameroun, MOCPAT, Positive génération, REDS **Chine :** Global Fund Watch **Congo :** Serment Universel **Corée du Sud :** Korean Pharmacists for Democratic Society **Espagne :** Global Sida (Accion contra el sida) **Etats-Unis :** Act Up-New York, Act Up-Philadelphia, KEI (Knowledge ecology international), RESULTS US, TAG (treatment action group) **Europe :** EATG (european aids treatments group) **France :** Action for global health-France, Act Up-Paris, AIDES, Avocats pour la santé dans le monde, Ensemble pour une santé solidaire, Oxfam-Agir Ici, Le Planning familial, Sidaction, Solidarité Sida, Solthis **Île Maurice :** PILS **Inde :** SAI (Social activities intégration) **International :** Coalition PLUS, Stop AIDS campaign **Japon :** Project Ring, a project of Japan AIDS and Society Association (JASA) **Kenya :** PDI **Mali :** ARCAD Sida, Kéné Dougou solidarité **Maroc :** ALCS (Association de lutte contre le sida) **Nigeria :** Center for the right to health **Québec :** COCQ-SIDA **RDC (république démocratique du Congo) :** S.O.S Sida **Royaume-Uni :** RESULTS UK **Russie :** Infoshare **Thaïlande :** T-TAG (thaï treatment action group)

Memento Thérapeutique :

La deuxième édition 2009 du Memento thérapeutique du VIH/SIDA en Afrique 2009 édité par l'IMEA et le RESAPSI est désormais disponible (gratuitement) sur demande à l'IMEA : imea@univ-paris-diderot.fr.



SOLTHIS a participé grâce à ses équipes terrain à la diffusion de ces mémentos à plus de 150 médecins prescripteurs des pays dans lesquels nous intervenons.

Atelier méthodologie à la recherche clinique

Le RESAPSI et SOLTHIS ont organisé pour la seconde fois un Atelier de Formation à la méthodologie de la recherche clinique. L'objectif de cet atelier est de renforcer les compétences des médecins africains en matière de recherche clinique sur le VIH/sida. Cette année l'atelier s'est tenu à Grand Bassam (Côte d'Ivoire) du 16 au 19 mars. Près de 30 médecins issus de toute l'Afrique francophone (Mali, Niger, Côte d'Ivoire, RCA, Togo, Burundi, Bénin, Guinée, Burkina Faso, Sénégal, Cameroun) ont participé à cette formation de qualité dispensée par des experts internationaux.



Intervenants et participants - Côte d'Ivoire, mars 2009

Nouveau chantier : la Formation des formateurs

Solthis a entrepris, en 2008, une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité des formations dispensées par ses équipes, avec un volet de formation de formateurs. Cette démarche est mise en œuvre avec l'appui d'une experte en ingénierie de formation, qui a effectué des missions d'appui dans les programmes Solthis sur le terrain. Les formations de formateurs s'adressent autant aux formateurs Solthis en poste sur le terrain, qu'aux formateurs nationaux identifiés conjointement avec les Programmes nationaux et les Ministères de la Santé.



N. Barsacq, consultante, lors de la formation en Guinée avec le Pr Cissé, N.Daries et le Dr Kourouma

Bienvenue...

... au Docteur **Florence Huber** qui occupe le poste de directrice médicale à Paris depuis le mois de février. Dermatologue et infectiologue de formation, Florence a effectué son clinat au centre hospitalier de Cayenne en Guyane Française. Elle a travaillé pour MSF dans la mise en place de programmes ARV en Birmanie et RDC, puis pour l'Aide Médicale Internationale en Afghanistan.



Dr Florence Huber

... à **Vanessa Montroussier**, nouvelle Responsable des ressources humaines, poste créé afin de développer et de mettre en œuvre la gestion des RH. Vanessa est diplômée d'un Master en Ingénierie des Ressources Humaines, a été Responsable RH au sein de différentes structures privées (logistique, innovation) et associatives (insertion, humanitaire) et a effectué plusieurs missions sur le terrain.



Vanessa Montroussier

Agenda

SOLIDAYS-Paris :

26-29 juin 2009

International Aids Society (IAS)

Le Cap (Afrique du Sud) :

19-23 juillet 2009

Journée GERES - Paris :

18 septembre 2009

European AIDS Clinical Society (EACS) - Cologne (Allemagne) :

11-14 novembre 2009

5^e Conférence Francophone

VIH/SIDA - Casablanca (Maroc) :

28-31 mars 2010

Le conseil d'administration

Pr Christine KATLAMA, Présidente
Pr Gilles BRÜCKER, Trésorier
Pr Brigitte AUTRAN, Secrétaire Générale
Pr Jean-François BERGMANN
M. Armand de BOISSIÈRE
Pr Vincent CALVEZ
Pr Pierre-Marie GIRARD
M. Patrice de MAISTRE
M. Jean-François SAUVAT
M. Jean-Pierre VALÉRIOLA

Le 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 JARROUSSE, Dr Delphine LE MERCIER, Yoann MADEC, Dr Almoustapha MAÏGA, Dr Anne Geneviève MARCELIN, Dr Bernard MASQUELIER, Dr Vanina MEYSSONNIER, Dr Robert MURPHY, Dr Gilles PEYTAVIN, Dr Cecilia PIZZOCOLO, Dr Gilles RAGUIN, Pr Christine ROUZILOUX, Dr Aliou SYLLA, Dr Tuan TRAN-MINH, Dr Mariam TRAORÉ, Dr Roland TUBIANA, Dr Marc-Antoine VALANTIN, Dr Jean-Paul VIARD

L'équipe du siège

Dr Louis PIZARRO, Directeur général
Dr Florence HUBER, Directrice médicale
Sophie CALMETTES, Directrice des opérations
Etienne GUILLARD, Responsable Pharmacie
Pénélope AUTRET, Responsable communication
Christophe GUEDON, Directeur administratif et financier
Vanessa MONTROUSSIER, Responsable Ressources Humaines
Aurélien ELOY, Assistante administrative et comptable

Les équipes sur le terrain

Au Burundi

Antonio ZIVIERI, Chef de mission
Dr Marc de LAVAISSIERE, Coordinateur médical
Olivier GOUREAUX, Responsable administratif et financier

En Guinée

Nathalie DARIES, Chef de mission
Dr Benjamin DJOUDALBAYE, Coordinateur médical
Dr Aime KOUROUMA, Responsable médical de région (Boké)
Amadou Oury BAH, Responsable PTME
Mouslihou DIALLO, Responsable pharmacie ETP
David PELLETIER, Responsable administratif et financier
Mouctar DIALLO, Assistant administratif
Kambanya BAH, Assistant administratif (Boké)

Au Mali

Pierre TEISSEIRE, Chef de mission
Dr Alain AKONDÉ, Coordinateur médical
Dr Alamako DOUMBIA, Responsable Médicale (Ségou)
Dr Aminata TIEBA TRAORE, Responsable PTME
Ambroise DEMBELE, Responsable administratif et financier (Ségou)
Ousmane Cisse, Assistant administratif
Mary SISSOKO, Assistant logisticien (Ségou)
Djouma SANOGO, Secrétaire comptable (Ségou)

Au Niger

Stéphanie TCHIOMBIANO, Chef de mission
Dr Sanata DIALLO, Coordinatrice médicale
Dr Roubanatou MAÏGA, Responsable volet mère-enfant
Hadiza BAOUA, Responsable Observance
Dr Charlotte DÉZÉ, Responsable médicale PEC adulte
Grégoire LURTON, Chargé de mission systèmes d'information
Dr Souleymanou MOHAMADOU, Responsable médical (Zinder)
Hadizatou IBRAHIM, Responsable PTME (Zinder)
Aichatou BARKE, Assistante PTME
Dr Oumarou SEYBOU, Assistant médical (Zinder)
Antoine MESSANH, Responsable administratif et financier
Amina ABDOULAYE, Assistante administrative

A Madagascar

Dr Franck LAMONTAGNE, Chef de mission, Coordinateur médical
Honoré RANDRIANARIJAONA, Responsable administratif et financier



Directrice

de la publication :

Pr Christine KATLAMA

Directeur exécutif :

Dr Louis PIZARRO

Rédactrice en chef :

Pénélope AUTRET

Coordination scientifique :

Dr Florence HUBER

Conception, réalisation

& impression : Agence

Graphique & Co

Photo de couverture :

© Andres KORYZMA

Photos : Baobab ci-contre :

© jan touzeau - Fotolia.com

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.

Abonnez-vous à l'e-news de SOLTHIS et recevez la Lettre de SOLTHIS par e-mail

Plus d'information: contact@solthis.org

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.

www.fondationbs.org



FONDATION
BETTENCOURT
SCHUELLER

La Fondation soutient SOLTHIS depuis sa création en juillet 2003.

Nous contacter

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 – www.solthis.org

 Solthis
SOLIDARITÉ THÉRAPEUTIQUE
& INITIATIVES CONTRE LE SIDA