

La lettre



Numéro 10 - Décembre 2010



Journée mondiale de lutte contre le sida 2010

Sommaire

Fonds mondial	p. 2-6
Conférence de Reconstitution Entretien avec J. Carter du CA Comment estimer les besoins ? OMD : Entretien avec J. Potet	
Biologie	p. 7
Les Point-Of-Care	
Echos de Vienne	p. 8-9
IAS 2010	
PTME & PDV	p. 10
Ségou au Mali	
Test and treat	p. 11
Projets CAME / MSF	
PEC psychologique	p.12-13
Difficultés de l'accompagnement	
Infos VIH	p.14
Actus Solthis	p.15

L'éditorial

Peut-on laisser se répliquer des milliards de VIH ?

Il y a près de 30 ans... nous avons l'excuse de ne rien comprendre : ni le virus, ni la guerre qui se jouait entre ce virus et les lymphocytes CD4. Puis, nous avons compris que la destruction des défenses immunitaires était importante. Nous étions submergés...

Il y a 20 ans... c'était l'aube des traitements : on croyait que c'était quasiment gagné.

Il y a 15 ans... c'était la révolution thérapeutique : l'avènement des trithérapies ! Mais ces années toutes puissantes ne dureront pas, avec un retour en arrière dans les indications de traitement lorsque nous avons découvert les effets secondaires.

Et puis, il y a 5 ans... sont venues les années SMART : avec la question de l'interruption du traitement antirétroviral - celui là même qui avait été si difficile à conquérir. « Certes » nous disait-on, « une fois que les lymphocytes seraient remontés ». L'objectif, c'était l'économie du traitement, on parlait de « suspension » ou de « vacances thérapeutiques »... Quel bon temps pour le virus : de vraies vacances, avec une répllication maximale, puis une reprise en main de la situation mais avec une nouvelle invasion des réservoirs.

Ainsi il y a 5 ans... nous (re)découvrons que le virus était délétère à tout stade d'immunité : dès la moindre répllication, il est capable d'induire une fantastique activation immunitaire, laquelle assure sa propre survie et la descendance virale, mais grignote aussi chaque jour les parois des vaisseaux, le système cardio-vasculaires, le rein, le cerveau... conduisant à une accélération délétère de tous les processus vitaux et à un vieillissement de tous les métabolismes plus tôt que ne le voudrait l'âge donné par l'état civil.

Alors, les pièces du puzzle se dévoilent petit à petit... Bien sûr que tout vient du virus, si on oppose au VIH une force de contention maximale par le traitement, les lymphocytes CD4 vont se régénérer, les infections opportunistes vont disparaître ; bien sûr que le patient sous traitement va parfaitement survivre et même vivre plutôt bien, et qu'il sera de moins en moins capable de transmettre les quelques copies d'ARN viral présentes dans son sang ou dans ses sécrétions génitales.

Mais alors, dites nous :

- Pourquoi ne traiter que les personnes chez qui le virus a déjà entamé le capital immunitaire ?
- Pourquoi ne pas proposer à chacun de se tester et d'accéder au traitement antirétroviral, seul capable de contrôler ce virus avant ses incommensurables et indélébiles dégâts ?

- Pourquoi continuer à exiger des preuves pour acter que le traitement est la seule manière efficace de contrôler ce virus ?
- Pourquoi ne pas nous battre pour affronter face à face ce virus en mesurant sa taille ?
- Pourquoi ne pas considérer que le contrôle de l'immensité virale des 33 millions de personnes infectées et les 2 à 3 millions de nouvelles personnes qui chaque année vont s'infecter n'est pas une priorité ?
- Pourquoi ne pas considérer que si chacun des 20 pays les plus riches portait la mise à un milliard de dollars, nous pourrions atteindre la somme qui permettrait non seulement de maintenir l'accès existant aux traitements ARV, mais aussi de traiter davantage de patients, de mieux les traiter avec des molécules mieux tolérées, plus efficaces, plus robustes, et en accédant à la mesure de la charge virale en routine, cet examen indispensable mais encore peu accessible, qui permet de doser ce qu'il reste de virus dans le sang ?

Nous savons que ce contrôle de la charge virale peut nous conduire sur la voie du contrôle de l'épidémie.

Nous avons les moyens techniques de porter un coup fatal à la multiplication virale.

Ne ratons pas cette occasion ! ■

Pr Christine Katlama

Quelles perspectives pour la lutte contre le VIH ?

A New York, deux conférences internationales réunissant les chefs d'état des pays de l'ONU se sont succédées, mobilisant l'attention des acteurs du développement : le Sommet du Millénaire du 20 au 22 septembre, puis la Conférence de reconstitution du Fonds mondial, les 4 et 5 octobre. Solthis revient sur ces deux événements et leurs conséquences pour la riposte globale au VIH. Nous avons recueilli les impressions de deux représentants de la société civile, qui ont été au cœur de ces manifestations.

OMS Santé : objectif 2015

En 2000, pour encadrer leur agenda de lutte contre la pauvreté et les inégalités, les états membres de l'ONU se sont dotés de 8 objectifs prioritaires à atteindre d'ici 2015 : les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). À 5 ans de l'échéance, le Sommet du Millénaire de septembre 2010 était l'occasion de faire le point sur l'état de réalisation de ces objectifs. Pour les OMD santé (4, 5 et 6), beaucoup de pays ont fait des progrès en terme de réduction de la mortalité maternelle et d'augmentation de la couverture d'interventions sanitaires¹. Mais le bilan reste mitigé ; chaque minute, une femme meurt en raison de complications liées à la grossesse ; 99% des décès maternels répertoriés dans le monde surviennent dans les pays en développement, dont la moitié en Afrique sub-saharienne et un tiers en Asie du Sud². Malgré cela, les pays développés ne consacrent toujours pas les 0,7% de leur PIB à l'aide publique au développement (APD), et les pays africains sont encore bien loin de dédier 15% de leurs budgets nationaux pour la santé, contrairement à leurs engagements pris au sommet d'Abuja en 2001.

OMD 6 et la reconstitution du Fonds mondial

Quelques jours après ce sommet avait lieu la Conférence de reconstitution du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme réunissant donateurs publics et privés dans le but de faire une estimation des fonds disponibles qui lui seront attribués pour la période 2011-2013. Rappelons que le Fonds mondial est un des principaux bailleurs de fonds de la lutte contre les 3 pandémies. C'était la troisième édition de ce type de réunions (organisées tous les 3 ans). Cette conférence est un moment crucial pour l'avenir des financements internationaux pour la santé dans le monde : elle doit faire levier pour attirer les financements et pour créer une dynamique parmi les donateurs. Elle est aussi le reflet de la volonté des États à donner une réponse cohérente et harmonisée pour atteindre

l'OMD 6. Cette année, elle revêtait un caractère particulier en raison de la conjoncture économique : quelle serait la mobilisation financière dans ce contexte ?

Scénario le plus bas : l'espoir du passage à l'échelle s'éloigne ...

Ce qui s'est passé a montré que les craintes étaient fondées. Aujourd'hui, bien que la performance du Fonds mondial ne soit plus à démontrer, seulement 11,7 milliards de dollars ont été promis. Michel Kazatchkine, son Directeur Général, reconnaît « au plus haut point les efforts déployés par tous les donateurs, privés et publics, qui affichent, par cette reconstitution des ressources, une confiance sans faille envers le Fonds mondial ». Mais il a rappelé « que la somme promise ne suffisait pas à répondre à la demande escomptée ». Comme l'ont si bien dénoncé les associations, « le compte n'y est pas »³ ! Certes, les montants promis cette année représentent une augmentation de 20% par rapport à la dernière reconstitution (9,7 milliards en 2007). Mais il reste difficile de s'en réjouir et le bilan de cette reconstitution est loin d'être satisfaisant au regard des besoins estimés à 20 milliards de dollars... En effet, 11,7 milliards constituent un montant inférieur aux 13 milliards du scénario le plus bas envisagé par le Fonds mondial lui-même.

Le Fonds mondial sait d'ores et déjà qu'il pourra continuer à financer les programmes en cours mais le financement de nouveaux programmes est sérieusement compromis (2,9 milliards). En d'autres termes, un sérieux ralentissement pour le passage à l'échelle.

Le Fonds mondial avait pourtant envisagé deux autres hypothèses. La deuxième, d'un montant de 17 milliards de dollars, permettait le financement des programmes en cours et l'élaboration de nouvelles propositions, à un niveau proche de celui de ces dernières années, tout en maintenant la trajectoire des progrès actuels. Enfin, l'hypothèse la plus optimiste prévoyait une reconstitution de 20 milliards de dollars, rendant le passage à l'échelle possible.

Quel avenir pour les pays bénéficiaires ?

Aujourd'hui, de nombreuses questions se posent. Comment les pays seront-ils sélectionnés pour recevoir les financements du Fonds mondial : prévalence, efficacité des programmes ? Le risque d'assister à un durcissement des critères de sélection est désormais certain. On peut tout de même saluer la réflexion entreprise par le Fonds mondial, « la nouvelle architecture » sur la restructuration de ses mécanismes d'attribution et de gestion des subventions : rationaliser des coûts, Voluntary Pool Procurement, Country team approach... ■

Les 8 objectifs pour en finir avec la pauvreté

1. Réduire l'extrême pauvreté et la faim
2. Assurer l'éducation primaire pour tous
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
4. Réduire la mortalité infantile
5. Améliorer la santé maternelle
6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies
7. Préserver l'environnement
8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement



Joanne CARTER,

Directrice exécutive de l'ONG RESULTS et membre du Conseil d'Administration du Fonds mondial

Pourriez-vous nous dire quelques mots sur votre parcours, sur votre ONG RESULTS et sur votre engagement dans la lutte contre le VIH ?

Je travaille depuis 18 ans pour l'ONG américaine RESULTS. Pendant plusieurs années, j'ai été en charge des relations avec le Congrès et depuis 2008, je suis Directrice exécutive de RESULTS et de REF, le Fonds pour l'éducation de RESULTS. Notre mission est d'être présent sur le terrain et de faire remonter les revendications « de la base » au niveau du Parlement et des médias pour attirer l'attention et les ressources sur les maladies les plus dévastatrices (comme le VIH et la tuberculose) et la pauvreté. Depuis toujours, RESULTS soutient le Fonds mondial et REF est le Secrétaire du projet ACTION contre la Tuberculose. C'est en 2009 que je suis devenue membre du Conseil d'administration (CA) du Fonds mondial en tant que représentante de la délégation des ONG des pays développés, après en avoir été membre pendant plusieurs années.

Quel est le processus de sélection ?

Chaque délégation, dont la nôtre, est composée des 3 postes officiels : le représentant au CA du Fonds mondial, son suppléant et le point focal communication. Elle établit ses termes de référence et les règles de nomination. La sélection se fait par un appel à candidature rendu public et diffusé le plus largement possible ; les candidats sont choisis par les membres de la délégation. L'ensemble du processus est public.

Comment fonctionne votre délégation ?

Notre délégation a établi un « Groupe de contacts » au sein duquel s'engagent activement les ONG. Ces dernières viennent d'Europe de l'Ouest, d'Amérique du Nord, du Japon, de l'Australie et de Nouvelle Zélande.

Le Groupe de contacts a pour objectifs de :

- formuler les positions et la stratégie de la délégation,
- coordonner les activités et partager les informations concernant les plaidoyers liés au Fonds mondial,
- chercher des candidats pour les 3 postes officiels,
- être force de proposition pour les réunions du CA.

Le Groupe de contacts attend de ses membres qu'ils :

- s'investissent dans la relecture des do-

cuments du Fonds mondial et autres informations liées, et pour donner un appui sur les problématiques spécifiques et les points de décisions importants,

- contribuent à l'analyse de la politique et au plaidoyer de la société civile au niveau local, régional et international en faveur du Fonds mondial.

A chaque CA, une délégation de 10 personnes est présente, composée des trois représentants officiels et des personnes les plus investies. Nous prenons soin d'avoir une bonne représentation géographique des pays et historique de l'engagement de la délégation.

Nous travaillons de concert avec les deux autres délégations de la société civile (ONG des pays en développement et communautés affectées par les maladies) sur l'analyse des politiques, le développement de positions communes, et la mobilisation des ressources. Ensemble, nous étudions également le fonctionnement des programmes sur le terrain pour pouvoir leur fournir un appui dans la rédaction des requêtes. En raison de sa proximité avec les pays donateurs, notre délégation a la particularité de jouer un rôle important dans la mobilisation des ressources.

Quel bilan faites-vous du Fonds mondial aujourd'hui ?

Je pense que le Fonds mondial est le mécanisme le plus efficace de lutte contre les 3 pandémies et de renforcement des systèmes de santé. Le Fonds mondial est efficace de par ce qu'il génère et de par sa façon de fonctionner. En 8 ans, les résultats sont considérables : 2,8 millions de pvvih sous traitement, 7 millions de personnes traitées pour la TB, 122 millions de moustiquaires distribuées, permettant ainsi de sauver 5,7 millions de vies. Il a déjà engagé 19,3 milliards de dollars pour 144 pays ! Quant au mode de fonctionnement, ce sont les meilleures pratiques d'une aide au développement efficace : réponse à la demande des pays, demande à l'initiative des pays bénéficiaires, transparence, responsabilité, modèle basé sur

l'efficacité. De plus, en soutenant 2 voies de financement, une gouvernementale et une non gouvernementale, il a confié à la société civile un rôle majeur.

Avec un financement identique (20 milliards), on sait que le Fonds mondial pourrait soutenir l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant, l'élimination du paludisme et permettre l'accès universel au traitement de la TB. Nous devons continuer à soutenir le Fonds mondial pour arriver à ces objectifs.

Je pense qu'au-delà des 3 maladies, le Fonds mondial peut avoir un impact sur d'autres

aspects de la santé mondiale particulièrement sur la santé materno-infantile qui a de grandes synergies d'action avec la lutte contre le VIH. Mais tout cela ne sera possible qu'avec des ressources additionnelles...

Comme l'a dit le Ministre Tedros Adhanom Ghebreyesus, Président du CA, « avec son ferme engagement sur le principe d'ap-

propriation par les pays eux-mêmes, l'importance donnée aux résultats et son approche fondée sur la performance, le Fonds mondial a émergé comme le meilleur modèle du financement du développement du 21^{ème} siècle ».

Quelle est votre réaction face à l'annonce de 11,7 milliards de dollars d'engagement de la part des donateurs pour 2011-2013 ?

Pour notre délégation, la plupart des donateurs ne se sont pas donnés les moyens d'arriver à lutter contre les maladies : ils auraient dû doubler leurs engagements, mais à la place, ils n'ont annoncé que de faibles augmentations. Avec un tel manque à gagner, il est clair que le Fonds mondial ne sera pas capable de répondre aux demandes des pays bénéficiaires et ni de se donner les chances d'atteindre les OMD. Les 8,3 milliards manquant se traduiront par des millions de morts : 3,1 millions de pvvih, 2,9 de tuberculeux n'auront pas accès aux traitements et 490 000 mères ne pourront pas prévenir la transmission à leurs enfants... La réalité est vraiment sombre surtout que l'on sait que la transmission de la mère à l'enfant aurait pu être éliminée en 2015...

Nous devons continuer notre mobilisation

1 - http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/Countdown_2010_fr.pdf
2 - Campagne Non-assistance à mère en danger, soutenue par Solthis
3 - Communiqué de Presse, 20 septembre 2010

pour s'assurer que la réunion à New York n'était que le début, non pas la fin, de la reconstitution. Nous devons tout mettre en œuvre pour que les pays qui ne se sont pas encore prononcés, s'engagent fortement. Nous devons inciter les pays à engager des financements additionnels. Nous devons encourager de nouveaux donateurs, notamment les pays à revenus intermédiaires. Et enfin, nous devons faire preuve d'une bonne utilisation des ressources ce qui ne signifie pas l'on va « faire plus avec moins » mais bien que l'on peut « faire plus avec plus ».

Pour les pays bénéficiaires, nous les encourageons à ne pas perdre leur ambition d'un jour passer à l'échelle. C'est à nous de travailler pour s'assurer qu'ils en auront les moyens.

Quels messages souhaitez-vous faire passer aux pays donateurs qui prétextent la crise économique pour ne pas augmenter leur contribution ?

Investir dans la santé publique, dans son propre pays ou de manière globale, c'est être responsable d'un point de vue économique et moral. C'est aussi investir dans le futur. Pour le VIH, les modèles les plus récents montrent que l'accès universel aux ARV est moins cher à long terme que l'accès partiel... On peut alors choisir d'investir maintenant dans la santé mondiale ou alors plus tard quand les coûts seront plus élevés...

Face à des gouvernements qui trouvent du jour au lendemain des milliards de dollars pour sauver les banques, nous rejetons l'idée selon laquelle il n'y a plus d'argent. Nous devons faire comprendre que cette conjoncture économique évoluera et qu'il faut maintenir une vision à long terme pour une réponse globale aux pandémies. Nous ne devons pas laisser tomber tout ce que nous avons accompli juste à cause de la crise.

Quelle est votre réaction suite à l'engagement des États-Unis de 4 milliards de dollars (augmentation la plus importante, de 38 %) ?

Nous avons toujours plaidé fortement pour un financement des États-Unis suffisamment significatif pour permettre un passage à l'échelle. Nous croyons en l'efficacité du Fonds mondial et nous pensons que les États-Unis ont un rôle central à jouer dans la réponse globale aux maladies.

Nous étions contents d'avoir obtenu la plus haute promesse d'engagement et la plus forte augmentation, mais nous sommes très déçus par le montant de 4 milliards de dollars. Dans la lettre adressée au Président Obama, 101 membres du Congrès avaient demandé un financement de 6 milliards. Cependant, les États-Unis ont précisé que ces 4 milliards étaient un début mais pas la fin donc nous travaillons pour obtenir plus !

Le Fonds mondial a mis en place une réflexion sur une « nouvelle architecture », pourriez vous nous en dire un peu plus ?

En effet ! Il y a tout d'abord la nouvelle approche par *Country Team Approach* (CTA), ou « Equipe Pays ». Il s'agit pour le Fonds mondial d'adopter une organisation par pays avec la mise en place d'équipes spécifiques à un pays, réunissant les expertises opérationnelles (Portfolio Manager, chef de Projet..) et les expertises support (Suivi-évaluation, Approvisionnement, Juridique) impliquées sur les pays. Cette organisation devrait améliorer la communication du Fonds mondial et son appui aux pays. Elle devrait permettre aux gestionnaires des programmes de mieux anticiper les problèmes, et de les résoudre plus rapidement ; et pour la mise en œuvre des subventions, de gagner en qualité et en temps. Cette approche sera appliquée aux 42 pays *high impact* qui sont les pays récipiendaires d'un volume important de financements. La première étape de mise en œuvre concerne 13 pays depuis septembre 2010 ; une évaluation aura lieu 3 mois plus tard. Pour les 29 autres pays, elle aura lieu durant le deuxième trimestre de 2011.

Le Fonds mondial a également entrepris une rationalisation de la procédure de mise en place des requêtes avec le *single stream* ou « un contrat unique par bénéficiaire principal et par maladie pour plusieurs subventions ». Rappelons quelques chiffres: en 2003, le Fonds mondial approuvait 154 subventions pour 93 pays, en août 2010, le nombre de subventions est monté à 780 pour 140 pays. Là, l'idée est de fusionner les subventions pour éviter d'avoir une approche fractionnée et de passer à une approche holistique d'une réponse par programme. En 2010, 13 pays se sont portés volontaires: de 38 subventions on est passé à 19 avec une réduction de 50% des coûts de mises

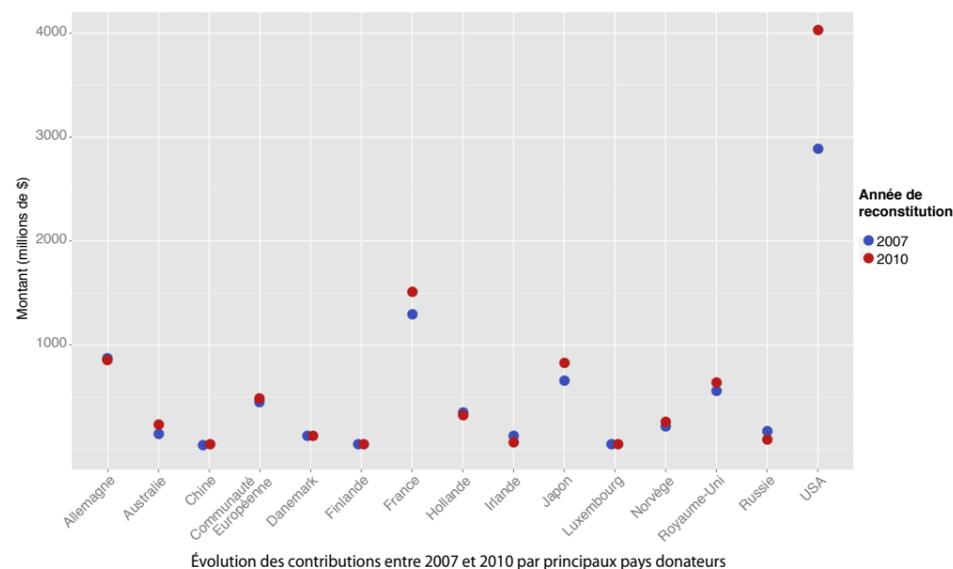
en place. Pour le Round 11, elle sera mise en place pour tous les pays. Les subventions en cours devront passer à ce système progressivement et sur un mode volontaire mais on espère que la moitié des subventions auront adopté le concept courant 2013.

Votre point de vue sur les financements innovants et notamment la taxe financière sur les transactions ?

Les taxes sur les transactions financières pourraient jouer un rôle clé dans le financement à long terme de la santé. Mais elles ne doivent pas se substituer aux financements traditionnels. La taxe sur les transactions de change est une toute petite taxe de 0,005% qui porterait sur les principales monnaies (dollar, yen, euro, livre sterling) et qui pourrait générer 33 milliard de dollars tous les ans. 2011 sera une année décisive. Aux États-Unis, un parlementaire, le Représentant Pete Stark, a proposé une loi sur une taxe de 1 dollar qui serait redistribuée à hauteur de 40% au Fonds mondial, 40% aux financements du changement climatique et de 20% pour la prise en charge des enfants des familles à faible revenu. Le gouvernement français a clairement affiché son intention de porter cette idée lors des prochains G8 et G20 qu'il accueillera, et nous devons la soutenir !

Dates clés pour le Fonds mondial :

- 1^{er} Décembre: recommandations du TRP transmises au CA pour le Round 10
- 13-15 Décembre: CA du Fonds mondial suivi de l'annonce des résultats du Round 10
- Avril 2011: élection du nouveau Directeur exécutif (Michel Kazatchkine, Directeur actuel, peut briguer un deuxième mandat)



Evaluation des besoins en financement de la lutte contre le VIH : outils et méthodes

La budgétisation de la lutte contre le VIH est une activité cruciale des programmes nationaux de lutte contre le sida. Solthis, qui appuie ses partenaires dans ce travail technique, s'est penchée sur les modèles utilisés au niveau international pour cette projection budgétaire.

Evaluer le montant financier nécessaire pour la lutte contre le VIH, c'est faire un lien entre l'épidémie, les moyens de lutte existant, et le coût de leur mise en œuvre. Cet exercice exige de mobiliser différents domaines d'analyse.

Les étapes de la projection budgétaire

Le travail de projection peut être décomposé en quatre étapes: analyse épidémiologique, détermination des contraintes techniques, évaluation économique, et choix politique.

Dans un premier temps, une analyse de la **situation épidémiologique** du pays permet de fixer les objectifs de la lutte. La prise en charge d'une population de migrants ne s'organise pas de la même manière que la lutte contre une épidémie urbaine. C'est l'étape que l'ONUSIDA résume par *Know your epidemic, know your response*. La qualité de cette phase dépend de la qualité des données épidémiologiques disponibles. Dans les pays à faible revenu, ces données sont souvent de faible qualité et peu disponibles.

Une fois les objectifs fixés, il faut faire le point sur les **moyens techniques** à disposition des programmes. Quels traitements sont disponibles? Comment dépister les groupes à risque? Cette réflexion s'appuie sur les protocoles nationaux, et tient compte des normes internationales. L'évolution fin 2009 des recommandations de l'OMS a, dans de nombreux pays, été répercutée par une modification des commandes ARV pour l'année 2011.

La question du financement de ces moyens est alors posée. Il s'agit d'**évaluer le coût** de ce qui a été programmé et d'éclairer les arbitrages techniques avec la dimension budgétaire. D'où l'utilité d'études sur le coût efficacité de différentes stratégies d'intervention.

Enfin vient l'heure des **choix**. Ces choix sont l'objet d'intenses négociations entre les acteurs de la lutte contre le sida qui participent à l'élaboration des requêtes. On ne peut les réduire au choix entre traitement et prévention. La prise en compte de groupes spécifiques de population ou l'attention portée aux enfants vulnérables sont par exemple des enjeux de ces négociations. Quand le pays formule une

demande de financement, il effectue lui-même ses choix, en fonction de ses priorités et des sources de financement à sa disposition.

Modéliser la projection budgétaire

Ces projections budgétaires concilient une multitude de paramètres hétérogènes. Ces paramètres sont difficiles à évaluer précisément, et peuvent connaître des fluctuations assez fortes dans le temps. Une réévaluation de la prévalence du VIH, une mise à jour des projections démographiques d'une population, une modification du prix des ARV, tous ces éléments peuvent impliquer des modifications importantes du résultat final. Afin de faciliter la réflexion globale des responsables des programmes, des modèles qui intègrent l'ensemble de ces paramètres ont été développés dans un cadre simplifié. Ces modèles, s'ils ne peuvent se substituer à un travail précis de budgétisation, sont des outils d'analyse puissants, et sont utilisés par les organisations internationales. Ils se décomposent en deux catégories principales :

- Certains cherchent à déterminer le montant nécessaire pour atteindre des objectifs fixés, en fonction des caractéristiques des programmes.
- D'autres cherchent, à budget fixé et en fonction des caractéristiques des programmes, à optimiser les objectifs que l'on peut atteindre.

Ces modèles sont composés d'objectifs (taux de couverture des besoins en traitement, diminution de la mortalité liée au VIH, réduction de la prévalence...), d'intrants (médicaments, bâtiments, ressources humaines...) et de caractéristiques opérationnelles des programmes qui décrivent les liens entre les intrants et les résultats (évaluation de l'impact d'un programme de prévention dans un groupe à risque, productivité des ressources humaines...). La construction du modèle est le choix de ces caractéristiques et l'expression de leurs interactions.

Le **Resource Needs Model (RNM)**, développé par le Futures Institute, permet d'estimer les ressources nécessaires pour atteindre des objectifs exprimés en terme de couverture de

besoins estimés à partir de projections épidémiologiques Spectrum. Le modèle part des objectifs de couverture et d'une estimation du coût unitaire des interventions et calcule le coût total du programme. RNM est utilisé par l'ONUSIDA et le Fonds mondial. Il nécessite un paramétrage fin, difficile dans des pays à ressources limitées. Son utilisation permet néanmoins d'évaluer les ordres de grandeur des besoins de financement des programmes.

Le Futures Institute a aussi développé un autre modèle qui fonctionne sur une démarche quasiment inverse. A partir d'un budget donné, et en fonction des caractéristiques opérationnelles du programme, le modèle GOALS détermine les cibles que peut atteindre le programme considéré. Les objectifs sont exprimés en termes de réduction de la prévalence, et de couverture des besoins de traitement. Ce type de modèle est utile pour appuyer la réflexion sur l'allocation des ressources disponibles.

Ces outils sont téléchargeables sur le site du Futures Institute. Leur utilisation se heurte souvent à la complexité des données à fournir pour leur utilisation. De plus, s'ils peuvent guider ou éclairer le travail programmatique, ils ne peuvent pas s'y substituer, et il est important de continuer à renforcer les capacités d'analyse et de projection des responsables des programmes de lutte contre le VIH.

Grégoire Lurton,
Responsable Système d'information sanitaire
Alexandre Viard,
Étudiant de l'ENS de Cachan



Julien POTET,

Responsable du plaidoyer sur les questions de santé de OXFAM France

Vous êtes Responsable du plaidoyer sur les questions de santé chez OXFAM France, à ce titre vous avez participé au Sommet du millénaire sur les OMD à New York du 20 au 22 septembre 2010. Concernant les OMD Santé, Ban Ki-Moon a annoncé le lancement d'une stratégie globale pour la santé maternelle et infantile...

En effet, Ban Ki-Moon a annoncé la mobilisation de 40 milliards de dollars additionnels sur 5 ans en provenance de nombreux acteurs. Cette annonce est la plus importante concernant les OMD Santé et elle a réussi à être tenue secrète jusqu'à la veille du sommet. Si ces 40 milliards incluent des financements déjà annoncés, notamment ceux du G8, ils comprennent aussi de nouvelles annonces. On peut citer celles de plusieurs ONG qui ont promis 5 milliards de dollars (Care, Save the children World Vision etc.), sans qu'on sache encore s'il s'agit de nouveaux engagements ou de la valorisation d'actions existantes; ou encore évoquer le cas du Nigéria qui va sécuriser une partie des revenus du pétrole pour augmenter de 2 points son budget santé. Maintenant, l'enjeu est de vérifier que ces 40 milliards correspondent bien au calcul des promesses faites. Mais d'ores et déjà, le compte n'y est pas, au moins pour deux raisons :

- Tout d'abord, sont inclus dedans les prévisions estimées pour le Fonds mondial (selon un mécanisme consensuel adopté lors du dernier G8, il est considéré que la moitié des financements pour le Fonds mondial peut être imputée aux OMD 4 et 5). Or, la reconstitution du Fonds qui a eu lieu après le sommet n'a pas été aussi importante que ce que l'on espérait. Il y aura donc un manque à gagner certain !
- De plus, pour de nombreux pays, les promesses sont estimées en pourcentage de leur budget national mais pas en valeur absolue... il faudra donc beaucoup de détails pour savoir si l'évaluation en valeur absolue est juste.

Par la suite, l'enjeu sera de vérifier si ce qui a été promis, a bien été donné. Pour les pays du G8, il existe un mécanisme de contrôle très puissant mais pour les autres pays, les systèmes de contrôle sont moins performants et la pression politique de la société civile est plus faible.

Dans ce programme, quelles sont les nouvelles stratégies proposées ?

Il n'y a pas vraiment de nouveautés. Les grands principes du Partenariat de l'OMS pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (le PMNCH) comme l'exemption de paiement par les patients, la mobilisation de ressources pour former sages-femmes et autres personnels en soins obstétricaux sont repris. Ce qui a tout de même évolué, c'est la priorité donnée au passage à l'échelle de l'offre de planification familiale et de la contraception. Et également, les liens avec des facteurs qui ne sont pas directement liés à la santé materno-infantile comme l'accès à l'eau potable ou l'éducation des filles. Ce programme a donc le mérite d'avoir une vision large même si cela le rend un peu trop diffus.

Des professionnels de santé ont appelé à investir dans plus de ressources humaines mais concrètement quelles sont les avancées ?

Officiellement aucune annonce des pays du nord n'a été faite à ce sujet. Un *Side event*, organisé par la Norvège et le Brésil, a rappelé le constat alarmant - déjà dénoncé par Oxfam et Solthis: déficit de ressources humaines nécessaires, distribution géographique inéquitable, manque de personnel qualifié, brain drain vers le secteur privé et pays industrialisés... En revanche, le dynamisme provient plutôt des pays du sud qui développent des programmes nationaux de ressources humaines en santé. Le Malawi est souvent cité en exemple.

Les acteurs privés ont été très présents pendant ce Sommet. Quelle est leur place dans les financements internationaux aujourd'hui ?

En effet, sur les 40 milliards de dollars, 1/3 provient du privé : le financement de la Fondation Gates (1,5 milliards sur 5 ans) s'aligne sur celui de l'Australie! De manière générale, dans la santé, il y a une propension à promouvoir les partenariats publics privés au niveau micro et au niveau global. Au niveau du terrain, ces partenariats montrent rapidement leurs limites et ont besoin d'être encadrés. Au niveau global, ces financements, aussi utiles soient-ils, ne doivent pas se substituer à l'effort auquel se sont engagés les États membres des Nations unies il y a maintenant dix ans.

Les financements innovants ont fait l'objet d'une Conférence organisée en marge du sommet au cours de laquelle la proposition d'une taxe sur les transactions financières a été au cœur des débats.

Oui, ce sont surtout la Belgique, la France et le Japon qui sont à l'origine de la réflexion sur de nouveaux financements pour la santé. Le groupe d'experts, qui a travaillé sur une taxe sur les transactions financières, a démontré que sa mise en place était réalisable et surtout qu'une taxe sur les 4 principales devises, encore plus simple et rapide à mettre en place, pourrait générer 33 milliards de dollars par an! Rien n'est acté pour le moment, mais cette taxe devrait notamment alimenter les OMD de la santé et de l'éducation.

On peut saluer l'implication de la France dans ce débat et on peut être sûr qu'elle le mettra à l'ordre du jour lors des prochains G8 et G20. Des grands pays comme les États-Unis ou le Royaume-Uni sont restés « à l'écoute », mais nous pensons qu'il n'est pas nécessaire d'attendre leur adhésion pour commencer !

Un mot sur la position de la France concernant les OMD santé ?

Cet été au G8, la France avait annoncé un financement de 500 millions d'euros sur 5 ans pour la santé materno-infantile, soit 100 millions par an. Sur ces 100 millions, 30 millions devraient aller au Fonds mondial (soit la moitié de l'annonce d'une augmentation annuelle de 60 millions faite par le Président Sarkozy à New-York). En revanche, on peut regretter que l'on ne sache toujours pas à quoi les 70 millions restants seront consacrés ...

Cet engagement financier est vraiment décevant, surtout par rapport à d'autres pays qui connaissent des crises économiques similaires, comme le Royaume-Uni qui augmentera de 3 milliards d'euros d'ici 2015 l'aide qu'il apporte à la réalisation des OMD en santé! L'avenir de l'APD n'est pas du tout sécurisée et la France reste très loin de son engagement de consacrer 0,7% à l'APD... ■

Etendre l'accès à la charge virale dans les pays à ressources limitées

Nouvelles perspectives et les Points-Of-Care

De récentes réunions internationales ont mis en avant le fait critique que le suivi virologique dans les pays du sud est inexistant. La mise sous traitement de millions de patients est sans conteste une étape majeure dans la lutte contre le VIH/sida; cependant, les bénéfices des premières lignes de traitement, tant au plan individuel qu'au plan collectif, vont être rapidement perdus si rien n'est fait pour faire perdurer le plus longtemps possible le succès virologique des premières lignes, en encadrant la prise des traitements et en renforçant l'observance. L'accès aux deuxième lignes et les changements de thérapeutiques se font actuellement dans un contexte d'échec immunologique et clinique, lequel est bien tardif par rapport à l'échec virologique, avec pour conséquence de grandes pertes de chances d'utilisation de classes d'antirétroviraux, du fait de l'accumulation de virus résistants. Dans un tel contexte, devant un tel défi, quelles peuvent être les réponses et quelles sont les perspectives?

Il est certain que les contraintes économiques, en cette période de crise, sont le principal obstacle et que les grands bailleurs de fonds ont beaucoup de réticences à mettre le doigt dans l'engrenage de la mise en place de la charge virale (CV) qui implique des besoins financiers considérables. Pour justifier leur position, ils se réfugient derrière l'absence de techniques simples, rapides, à bas coût. Les déficits des infrastructures et des laboratoires et l'absence de personnel qualifié dans les pays du sud sont les autres arguments avancés pour ne pas s'engager financièrement dans la mise en place des techniques déjà disponibles.



Un des points forts discutés lors de ces réunions, notamment par les partenaires du sud, a été la diversité des besoins selon le niveau de soin. Les grands centres de référence ont plutôt besoin de gros automates à haut débit, de systèmes intermédiaires flexibles, ouverts aux

autres diagnostics, alors que les structures de soin très décentralisées voire souvent isolées (saisons des pluies) auraient besoin de simples tests semi-quantitatifs qui pourraient apporter de nombreux services. En d'autres termes, les solutions uniques proposées actuellement, composées d'appareils sophistiqués nécessitant une logistique complexe, ne peuvent pas répondre à l'ensemble des demandes ni à l'ensemble des besoins. L'ouverture du marché à la diversité devient donc un véritable enjeu.

Quelles perspectives ? Les Points-Of-Care

Aujourd'hui, les discussions portent sur les tests Point-Of-Care. Ces tests unitaires commencent à être développés pour d'autres diagnostics et pathologies : diverses technologies existent donc déjà ! Ces tests unitaires peuvent être pratiqués par le médecin ou l'infirmière et le résultat peut être obtenu en deux heures. Pour la charge virale du VIH, ces tests nécessitent d'une part le développement de réactifs de biologie moléculaire car l'ARN-VIH plasmatique est le seul marqueur de suivi virologique ayant démontré son intérêt (plusieurs équipes s'accordent pour montrer que la mesure de l'Ag p24 donne des résultats insatisfaisants, car trop différents de ceux de la charge virale par PCR-ARN). D'autre part, ces tests nécessitent la conception et le développement des petits automates fiables. Les derniers résultats présentés à la CROI (2010) sont très encourageants concernant la fiabilité des résultats obtenus. En revanche, il ne s'agit encore que de prototypes dont le développement à plus grande échelle ne sera pas réalisable avant deux ans.

Applications concrètes des technologies à venir

Certains de ces tests auront un grand intérêt pour le diagnostic rapide de l'infection des nouveau-nés de mère séropositive. La technique de PCR ADN-VIH grâce aux tests miniaturisés et automatisés apportera des résultats qualitatifs suffisants pour poser le diagnostic de l'infection de l'enfant. C'est ce type de systèmes, tel que le GenExpert, que nous utilisons déjà dans les pays du nord, notamment dans le diagnostic des infections à entérovirus. Ce type d'appareillage simple d'utilisation pourrait être utilisé dans des centres de soins très décentralisés à faible débit, mais les prix sont encore trop élevés.

Pour la quantification de la charge virale ARN-VIH, d'autres prototypes ont été présentés, tels que celui de l'équipe de Cambridge, en

développement depuis plusieurs années. Ils amènent à la discussion de définition des besoins. Les cliniciens du sud s'accordent pour dire qu'un test à seuil de 1000 copies/ml permettrait de diagnostiquer succès et échecs virologiques ; cependant une information sur le niveau de charge virale est aussi nécessaire, par exemple si la CV est à plus de 100 000 copies/ml le patient ne prend pas vraiment ses médicaments alors qu'une CV à 8000 copies/ml indique sans doute qu'il s'agit de répllication résiduelle sous traitement, à risque d'accumulation de virus résistants.

Par ailleurs, plusieurs fabricants ont développé des réactifs de tests de charge virale du VIH par RT-PCR (en temps réel), utilisant soit de nouvelles chimies, de nouvelles enzymes ou des marqueurs fluorescents, améliorant ainsi la sensibilité et la spécificité des tests. Ils sont aussi intéressants du fait qu'ils sont utilisables sur des machines « ouvertes » à différents types de réactifs et différents protocoles ; ouvertes et flexibles car autorisant leur utilisation pour d'autres diagnostics (HBC, HCV, Tuberculose et autres infections opportunistes). Ceci est intéressant pour les structures régionales comprenant des techniciens formés qui peuvent ainsi répondre à une demande large de biologie.

Pour conclure, même si le plaidoyer pour l'accès à la charge virale dans les pays du sud est bien compris comme une véritable urgence; il ne doit pas occulter les autres besoins de biologie ; le « panier commun » incluant hématologie et biochimie de base, doit aussi faire partie du plaidoyer pour accompagner les pays dans le renforcement de la mise en œuvre des nouvelles recommandations. ■

Pr Christine Rouzioux,
Laboratoire de Virologie CHU Necker,
EA 3620 Université Paris Descartes.



AIDS 2010
XVIII INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE
JULY | 18-23 | 2010 | VIENNA AUSTRIA

Echos de Vienne

Retour sur l'International Aids Society, juillet 2010

Les grandes conférences internationales sont l'occasion de faire le point sur les avancées scientifiques et médicamenteuses du VIH. Pour les équipes de Solthis, elles sont aussi l'occasion de prendre un peu de recul avec les sujets. Grégoire Lurton, qui ont participé à la Conférence de Vienne pour Solthis, ont cherché à faire le point sur les perspectives que cet évènement aura pu faire émerger pour les programmes de

cales qui vont, à court ou moyen terme, améliorer la prévention et la prise en charge du VIH. Pour les équipes de Solthis, elles sont aussi l'occasion de prendre un peu de recul avec les sujets. Grégoire Lurton, qui ont participé à la Conférence de Vienne pour Solthis, ont cherché à faire le point sur les perspectives que cet évènement aura pu faire émerger pour les programmes de

Caprisa¹ ou comment éviter de nouvelles infections

Concernant la prévention du VIH, il y aura un avant et un après Conférence de Vienne, grâce à l'étude CAPRISA, premier essai clinique randomisé montrant l'efficacité d'un gel microbicide. Après 15 ans de recherche, CAPRISA redonne espoir aux chercheurs en offrant pour la première fois un moyen de prévention possible pour toutes les femmes. L'application du gel à 1% de ténofovir avant les rapports sexuels diminue de 39% le risque de transmission du VIH et de 50% le risque de celle de l'herpès génital, avec un coût-efficacité élevé. Nous avons désormais la preuve que le concept fonctionne. Malheureusement, la mise sur le marché des microbicides n'est pas pour demain, et ce pour plusieurs raisons: d'autres études sont nécessaires pour confirmer l'efficacité des microbicides à grande échelle, pour tester leur efficacité et leur tolérance sur les adolescentes, sur les femmes sexuellement très actives, sur les femmes enceintes et pour les rapports anaux. De plus, les microbicides contenant des ARV, leur vente libre semble plus difficile à envisager que celle des préservatifs. Il s'agit donc de patienter tout en continuant à inciter les femmes à imposer le préservatif à leurs partenaires sexuels, au risque de violences.

Camélia² ou comment sauver des vies

En 2009, l'étude randomisée de Karim et al.³ présentée à la CROI et les recommandations OMS avaient déjà conduit à plaider pour une initiation du traitement ARV des patients co-infectés par le VIH et la tuberculose (TB) rapidement après la mise sous antituberculeux. L'essai clinique CAMELIA confirme l'intérêt du traitement concomitant et apporte des précisions sur le timing optimal du traitement. En initiant les ARV 2 semaines après les antituberculeux (versus 8 semaines après) chez des patients naïfs fortement immunodéprimés, le risque de décès a pu être réduit de 34%. Dans les deux bras de l'étude, le nombre élevé de comprimés et les effets secondaires multiples des 2 traitements n'ont pas empêché d'obtenir une excellente observance des patients qui montrent à plus de 95% une charge virale indétectable

après 50 semaines de suivi. Comme on pouvait le redouter, l'IRIS est survenu 2,5 fois plus fréquemment dans le bras précoce de l'étude, en moyenne 2 à 3 semaines après le début du traitement ARV. Cependant, la majorité des épisodes de l'IRIS ont été gérés sans interférer avec la réduction de la mortalité dans ce bras. En surveillant de près les patients pendant les premières semaines afin de contrôler au mieux un éventuel IRIS, le traitement concomitant VIH/TB des patients co-infectés peut donc sauver un nombre significatif de vies, même dans les pays à ressources limitées où les patients se présentent fortement immunodéprimés dans les structures de santé.

La prise en charge précoce des enfants sauve des vies et de l'argent : reste à accroître le dépistage

L'étude CHER⁴, présentée en 2008, avait montré que la précocité du traitement ARV chez les enfants était un facteur protecteur. A Vienne, une étude coût-efficacité complémentaire montre qu'en plus de sauver des vies, l'initiation du traitement ARV à 10 semaines (versus à 6 mois de vie) permet une réduction des coûts de moitié, essentiellement due aux coûts d'hospitalisation moindres. D'autre part, les résultats préliminaires de l'étude PENPACT⁵ montrent que le traitement ARV, basé sur un inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (INTI) ou un inhibiteur de protéase (IP) boosté, présente une excellente efficacité clinique et immunologique. Plus de 70% des 263 enfants de l'étude sont toujours sous 1^{ère} ligne après 5 ans et plus de 80% ont une charge virale indétectable après 4 ans. Ces résultats doivent encourager les pays à ressources limitées à accroître la disponibilité du dépistage des enfants pour une prise en charge précoce, notamment:

- en augmentant l'accessibilité des tests virologiques par PCR pour les moins de 18 mois, via la technique du papier buvard pour les structures décentralisées,
- en systématisant la proposition de dépistage intrafamilial dans les services de médecine adulte,
- en ciblant les services accueillant des enfants malades ou malnutris. A titre

d'exemple, une étude menée par l'Hôpital National de Niamey, en collaboration avec Solthis et l'Institut Pasteur⁶, montre une prévalence du VIH de 8,6% chez 477 enfants malnutris se présentant au centre de malnutrition de l'Hôpital National de Niamey (la prévalence parmi les adultes au Niger est de 0,8%).

Enjeu du suivi à long terme

Les patients séropositifs sous ARV de 2^{ème} ligne sont 46% plus susceptibles de connaître un échec thérapeutique que ceux sous ARV de 1^{ère} ligne dans les pays à ressources limitées, selon une étude présentée par Médecins Sans Frontières à Vienne et publiée par JAMA⁷. Dans un contexte où la 3^{ème} ligne commence à être élaborée mais reste inabordable et indisponible pour la plupart de ces pays, c'est en amont qu'il faut travailler :

- en accord avec les dernières recommandations OMS, les pays doivent choisir une 1^{ère} ligne plus robuste, compatible avec les nouveaux critères d'initiation de traitement et présentant moins d'effets secondaires telle que l'association TDF-3TC (ou FTC) - EFV,
- l'échec thérapeutique sur la 1^{ère} ligne doit être plus rapidement identifié, nécessitant une disponibilité de la CV au minimum au niveau central de chaque pays,
- les acteurs de lutte contre le sida doivent mettre leur expérience et leur créativité en commun pour développer un accompagnement de l'observance à long terme innovant et efficace.

Au niveau international, des efforts pour produire une 2^{ème} ligne moins chère, plus compatible avec les antituberculeux et plus facile à administrer doivent être fournis.

Cependant, le suivi à long terme des patients pose problème. Des données du Malawi et du Kenya ont donné une idée de l'ampleur du phénomène des perdus de vue, qui est souvent sous-estimé par une concentration trop importante sur les patients sous traitement ARV, qui conduit à sous-estimer de 50% l'attrition des patients. A travers différentes sessions, de nombreuses idées ont été présentées pour répondre

spécifiquement à la question de la perte de vue des patients. De l'utilisation de téléphones portables à la mobilisation d'équipes communautaires pour contacter les patients, ces idées ont montré que les perdus de vue ne doivent pas être délaissés et peuvent être réintégrés au soin. Mais au delà de la possibilité de rattraper les échecs, la difficulté des programmes de prise en charge à éviter ces situations pose plus fondamentalement question. On ne peut se satisfaire de systèmes de soins qui ne semblent adaptés qu'à un peu plus de la moitié des patients qu'ils sont censés prendre en charge. Une remise en cause profonde de ces systèmes a été formulée.

Renforcement des systèmes de santé

Ce questionnaire crucial a trouvé un écho positif dans la présentation d'idées visant à améliorer la fluidité du fonctionnement des programmes. Une réorganisation des registres de consultation d'un programme sud-africain a permis de diminuer de moitié le temps d'attente des patients dans les centres. De même, la mise en place de systèmes légers de communication au Mozambique a permis de diminuer de 85 jours à 33 jours le délai de rendu de certains examens de laboratoire. L'importance et la pertinence de ces questions organisationnelles souligne la faiblesse des systèmes de soin dans lesquels se fait la prise en charge du VIH. L'enjeu stratégique principal est donc l'équilibre à trouver entre une adaptation de la prise en charge du VIH à des systèmes de soins affaiblis, et le renforcement de ces systèmes pour la prise en charge du VIH.

Cette question du renforcement des systèmes de santé a été souvent évoquée, étant même pour la première fois considérée comme une thématique à part entière de la conférence.

Mais en dehors du cadre des ressources humaines, ce renforcement n'a jamais été évalué de manière convaincante, et semble en permanence contrebalancé par les effets pervers de la verticalité des programmes de lutte contre le VIH.

Quels moyens pour ces ambitions ?

Afin d'éviter la déperdition des efforts et des financements, la question de l'utilisation des moyens investis dans la lutte contre le VIH a été souvent évoquée. Au delà des appels politiques adressés aux acteurs de la lutte contre le VIH pour maximiser l'efficacité de leur activité, l'évaluation réelle du coût-efficacité des stratégies utilisées a fait l'objet de nombreuses discussions. Il a été à plusieurs reprises montré que le remplacement du D4T par le TDF dans les premières lignes de traitement était coût efficace, puisque la possible augmentation des coûts de traitement sera grandement compensée par des allongements importants de la durée de vie des patients, même partiellement réévaluée à partir des effets secondaires à prévoir.

Toutefois, même en présence de gains d'efficacité, la croissance naturelle des files actives et les nouvelles recommandations de l'OMS pour l'initiation des traitements font tripler les besoins de financement des traitements au niveau mondial. Le Malawi a présenté des projections similaires, alors qu'un présentateur sud-africain parvenait à tabler sur un doublement des coûts, au prix d'hypothèses importantes sur les capacités du gouvernement à couper les coûts des intrants des systèmes de santé. Des présentations brésiliennes sur les effets d'une politique volontariste de réduction des prix des ARV donnait des perspectives très encourageantes à cet effet.

Au total, même avec une amélioration de l'efficacité des activités de lutte contre le VIH, et même avec une diminution des coûts de la prise en charge, les besoins financiers de la lutte contre le VIH vont continuer à augmenter dans les années à venir. La Conférence de Vienne était le lieu de la dernière bataille avant la Conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial. La mobilisation était au rendez-vous et les appels de tout bords ont sur se faire entendre. Si les résultats de cette mobilisation sont mitigés, il n'en reste pas moins que la conférence a été l'occasion de montrer que la mobilisation des scientifiques, des acteurs institutionnels et de la société civiles continue.

Dr Charlotte Dézé,
Chargée de formation
Grégoire Lurton,
Responsable Système
d'information sanitaire

1 - CAPRISA 004, Q. A. Karim, South Africa
2 - CAMBodian Early versus Late Introduction of Antiretroviral drugs, essai ANRS 1295/12160 CIPRA KH 001/10425 <http://www.google.fr/search?sourceid=navclient&hl=fr&ie=UTF-8&rlz=1>
3 - The Sapit Trial, A.S.Karim, Abstract n#36, CROI 2009
4 - Avy Violari, F.C.Paed., Mark F. Cotton, M.Med., Ph.D., Diana M. Gibb, M.D., Abdel G. Babiker, Ph.D., Jan Steyn, M.Sc., Shabir A. Madhi, F.C.Paed., Ph.D., Patrick Jean-Philippe, M.D., and

James A. McIntyre, F.R.C.O.G. for the CHER Study Team Early Antiretroviral Therapy and Mortality among HIV-Infected Infants N Engl J Med 2008; 359:2233-2244 <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0800971>
5 - PENPACT 1 a collaboration between PENTA and PACTG/IMPACT
6 - R. Maiga-Mamadou, W. Alkassoum, M. Hamadou, A. Abdou, C. Pizzocolo, S. Diallo, C. Deze, V. Moya-Alvarez, F. Huber, Y. Madec HIV prevalence and renutrition in children hospitalised for severe malnutrition in Niamey (Niger) Abstract THPE0453
7 - Mar Pujades-Rodríguez, MD, PhD; Suna Balkan, MD; Line Arnould, MD; Martin A. W. Brinkhof, PhD; Alexandra Calmy, MD, PhD; Treatment Failure and Mortality Factors in Patients Receiving Second-Line HIV Therapy in Resource-Limited Countries JAMA. 2010;304(3):303-312. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/304/3/303?ijkey=EJ1TcM8xUhnUc&keytype=ref&siteid=amajnlis>

Les femmes perdues de vue

Le Dr Thibaut Mutel, étudiant du Master de Santé Publique de l'ISPED (Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement) basé à Bordeaux, revient de Ségou au Mali où il a effectué un travail de recherche sur les femmes perdues de vue.

En Afrique sub-saharienne, ce sont les femmes et les enfants qui subissent le plus de conséquences du VIH/sida. Chez ces populations, les taux de nouvelles infections et de décès sont les plus élevés¹. Par ailleurs, la transmission du VIH de la mère à l'enfant explique la majorité des nouvelles infections chez les enfants, soient 90 % des nouvelles infections².

La grossesse et les soins de l'enfant constituent, pour les femmes dans le monde, les deux raisons majeures d'entrer en contact avec le système de santé³. Les services proposant une démarche de PTME peuvent légitimement se poser comme un point d'entrée privilégié pour accéder aux services dont elles ont besoin à la fois pour améliorer leur santé et pour prévenir la transmission du VIH à leur enfant⁴. De plus, la femme a une position centrale au sein de la famille et du foyer. L'identification par les programmes de PTME des femmes enceintes séropositives permet d'atteindre d'autres membres infectés de la famille, et donc de les intégrer dans une démarche de prise en charge davantage centrée sur l'unité familiale⁵. Les programmes PTME sont de plus en plus disponibles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Pourtant, beaucoup de femmes enceintes ne participent pas à ces programmes, et particulièrement en Afrique de l'Ouest où, en 2008, seules 16 % des femmes enceintes vivant avec le VIH recevaient des ARV pour la PTME, contre 58 % en Afrique orientale ou australe, et 54 % en Amérique latine⁶. Au Mali, le taux de couverture des besoins pour la PTME, était estimé à 12 % en 2007 (1) et à 26 % en 2008⁶. Cela marque une amélioration de la prise en charge de la PTME mais la couverture reste encore trop faible par rapport à ce que l'on peut observer dans d'autres régions du monde.

Des difficultés majeures concernent le suivi des patientes et leur maintien dans le circuit de soins⁷. Plusieurs études l'ont démontré en Afrique, et ce

dans l'ensemble de la cascade PTME : de l'inscription dans le programme jusqu'à l'accouchement et le suivi postnatal^{8,9}. En effet, de nombreux travaux ont été réalisés sur les perdues de vue dans le cadre de programmes proposant une dose unique de névirapine lors du travail, et ont objectivé des taux de femmes perdues de vue supérieurs à 50 %^{10,11}. Par ailleurs, une étude concernant le régime court PTME (régime court de zidovudine orale à partir de la 36^{ème} semaine de gestation associé à des prises régulières de zidovudine durant le travail) a pu démontrer des taux cumulés de perdues de vue de 65 % chez les femmes vues en consultation prénatale après leur dépistage positif¹². Au Mali, dans la région de Ségou, la problématique est la même, puisqu'au cours du premier trimestre de 2007, seuls 46,8 % des femmes dépistées séropositives lors d'une consultation prénatale ont reçu des ARV en pre-partum, soit un taux de perdues de vue de près de 53 %¹³. Mieux comprendre les déterminants qui poussent les femmes enceintes séropositives à arrêter leur prise en charge, afin d'améliorer l'acceptation du traitement et du suivi post-partum, est donc un défi majeur, dans ce contexte où séropositivité et traitement ARV se vivent souvent dans le secret.

Ainsi, un travail exploratoire a été initié auprès de 28 sites PTME appuyés par Solthis dans la région de Ségou au Mali. L'objectif principal était d'identifier les facteurs susceptibles d'expliquer les difficultés du suivi des femmes enceintes séropositives entrant dans la cascade PTME lors de la consultation prénatale. Une identification des femmes à l'aide des registres exploités dans les sites PTME, ainsi qu'une démarche de recherche active des femmes enceintes séropositives perdues de vue, ont permis la réalisation d'une enquête par questionnaire auprès de 27 femmes enceintes séropositives identifiées comme étant perdues de vue et de 20 femmes non perdues de vue. L'enquête comprenant une approche quantitative et qualitative avait pour but principal de décrire le profil des femmes et de déterminer des raisons expliquant leur non retour. Par ailleurs, 8 entretiens individuels avec des agents de santé des sites PTME ont

également été menés. L'appui des acteurs de santé de Ségou a permis de mener à bien ce travail de recherche. En effet, l'étude n'a pu être mise en œuvre qu'après une première étape de validation du protocole par les responsables sanitaires de la région, et en particulier les représentants de la Direction Régionale de la Santé et les autres acteurs institutionnels décentralisés qui ont manifesté leur intérêt pour l'étude et pour ses répercussions attendues. Par la suite, une collaboration a été mise en place avec le personnel médical et paramédical des sites PTME afin d'orchestrer au mieux le déroulement de l'enquête. L'analyse des résultats est actuellement en cours et fera l'objet d'une communication détaillée, avec dans la mesure du possible des conclusions opérationnelles.

D'ores et déjà, la crainte d'être stigmatisée et exclue paraît être un élément prégnant pour expliquer la non-divulgaration de la séropositivité des femmes à leur conjoint, et ce malgré les conseils prodigués lors du counseling post-test. Pourtant plusieurs études ont décrit le défaut de participation du partenaire comme la raison majeure expliquant la mauvaise rétention des femmes enceintes séropositives dans les programmes PTME, l'implication du partenaire étant un élément clé pour assurer des comportements préventifs efficaces vis-à-vis du VIH/sida (14).

Le défi de taille est donc de construire un environnement favorable au partage du secret de la séropositivité au sein des couples. ■

Par Thibaut Mutel

Dans le cadre de sa collaboration avec l'ISPED, les équipes de Solthis accueillent régulièrement les étudiants pour leur terrain de recherche.



Du concept à la mise en pratique

Publié par l'équipe de Granich en 2009, le concept *Test and Treat* (appelé aussi *treatment as prevention*, TasP) se pose comme un nouveau paradigme dans la lutte contre le VIH. Médecins Sans Frontières (MSF) et la Campagne d'Accès aux Médicaments Essentiels (CAME) envisagent de mettre en place des projets pilotes, qui seront parmi les premiers à tester les hypothèses séduisantes de Granich. Nous avons interrogé le Dr Isabelle Andrieux-Meyers, référente médicale VIH à la CAME, pour nous éclairer sur ces projets.

Comment le concept du *Test and Treat* a-t-il été accueilli par la CAME ?

Quand on a lu l'article de Granich l'année dernière, on a pensé tout d'abord que ce n'était pas faisable. La mise en pratique paraissait démesurée, en sachant que les projets de MSF étaient déjà largement submergés. Aujourd'hui, l'environnement politique et financier a évolué, et nous pensons qu'il faut relever le défi : le *Test and Treat* peut créer un nouveau dynamisme autour du VIH. L'idée de diminuer l'incidence du VIH, ce dont on rêve tous, est à présent d'actualité, même s'il y a beaucoup de questions soulevées par le « **comment faire** » : Comment va-t-on articuler le fait de tester fréquemment, traiter plus tôt, faire encore plus de prévention, garder les patients dans les files actives, avec les objectifs déjà très ambitieux, et prenant déjà du scaling-up et de la décentralisation ? De diminution de la mortalité et du poids de la coinfection TB/VIH ? Concernant la prévention : que va-t-on proposer ? MSF devra se positionner sur des questions comme la circoncision, qui n'a jamais été proposée jusqu'à maintenant.

On veut augmenter la couverture et la fréquence du dépistage : Quelle sera l'acceptation ? Comment faire pour bien faire ? Quel positionnement éthique lorsqu'on ne traitera pas des patients qui sont dans la province d'à côté ? Quelle sera la tolérance et l'adhérence thérapeutique à long terme ? Comment gérer le manque de professionnels de santé et proposer des paquets de soins simples et dupliquables ?

La CAME, dont le rôle est de préparer l'avenir, est à présent complètement impliquée dans ces thématiques. Il s'agit d'anticiper demain. Les projets pilotes initiaux nous amèneront à proposer les meilleures stratégies de soin, qui pourront être reproduits sur d'autres terrains.

Concrètement, où en est la mise en place de ces projets pilotes ?

On envisage 2 projets, le premier en Afrique du Sud, le second au Swaziland ; la Campagne est partie prenante dans leur élaboration.

Le Swaziland a un environnement propice : prévalence du VIH la plus élevée, 26 % de la population, tuberculose touchant environ 80 % des patients suivis (plus fort taux de notification au monde). Depuis 2007, MSF-Suisse a ou-

vert un projet dans la région de Shiselweni, où 33 700 patients sont suivis. Certaines stratégies pouvant s'intégrer dans le *Test and Treat* sont déjà implémentées : décentralisation, one stop TB-VIH clinic (consultations TB et VIH réunies), offre de prévention, dépistage systématiquement proposé dans les centres de santé, délégation des tâches, décentralisation du laboratoire, implication des communautés...

Les stratégies vont varier d'un projet à l'autre. Ce n'est pas forcément tout le paquet de *Test and Treat* qui sera mis en place, car cela ne sera probablement pas faisable. On envisage de traiter plus tôt, par exemple à 500/mm³, car démarrer dès le diagnostic paraît assez peu envisageable. Les conséquences du passage de 200 à 350 CD4/mm³¹ sont déjà énormes en termes d'accroissement des cohortes, avec les aspects logistiques et financiers qui en découlent : on parle de cohortes >10 000 patients, soient 50 000 à Kayelitsha (Afrique du Sud) ! L'autre question que poserait le démarrage du traitement ARV au dessus de 500/mm³ est celle du bénéfice clinique pour le patient concerné, mis à part l'objectif de santé publique...

Il nous faut encore trouver des compromis acceptables, et définir ce qu'il convient d'offrir à ces très grandes cohortes, en ce qui concerne le monitoring biologique, l'accès à la CV (on devrait pouvoir offrir un accès à la CV en zone décentralisée), la stratégie d'appui à l'adhérence, le recueil de données, etc.. Le défi n'est pas d'implémenter des paquets de soin très complets, mais plutôt de définir des paquets simples qui permettront de diminuer l'incidence du VIH dans la population concernée. Les régimes choisis devront être robustes, intégrés dans des protocoles simples qui permettront la délégation des tâches. L'acceptation et l'intégration communautaires vont être fondamentales par ailleurs.

On prévoit d'étudier différentes stratégies, qui varieront d'un projet à l'autre. De plus, l'hypothèse de Granich est que l'on peut économiser de l'argent sur du long terme : il nous faudra soigneusement documenter nos interventions en termes de coût-efficacité.

Pour le moment, nous en sommes encore à l'étape exploratoire et à la conceptualisation. Il reste un gros travail de préparation en perspective. La mise en place devrait démarrer en

2011. Les premiers résultats ne devraient pas être connus avant 2013.

Si l'expérience s'avère concluante, quelles seront les conséquences possibles ?

Pour le long terme, c'est difficile de répondre. La question du coût ne peut pas être passée sous silence : d'un côté, il n'y a pas assez d'argent pour mettre des patients sous traitement (on ne sait déjà pas comment on va respecter les recommandations de l'OMS de 2010), mais de l'autre on entre dans le *Test and Treat* : on est en train de pousser le paradigme encore plus loin. On a raison sur le fond, mais sur le -comment-, on risque d'avoir quelques soucis. Quant aux conséquences possibles au Swaziland et en Afrique du Sud : ils nous laisseront faire des projets pilotes car c'est tout à leur avantage, notamment pour l'Afrique du Sud, qui se positionne comme un pays leader dans la région, cependant, on est encore loin d'en faire des politiques nationales de santé !

Lorsque MSF s'est engagé dans des projets ARV initiaux en 2000, c'était une sacrée révolution à l'époque. On est toujours de sacrés rêveurs : si on peut montrer qu'avec un paquet de soins bien pensé, on peut diminuer l'incidence du VIH et de la TB, ce sera une super avancée pour les patients et les communautés ! ■

Propos recueillis par
Florence Huber



1. WHO-UNAIDS-UNICEF. Epidemiological fact sheet on HIV and AIDS : core data on epidemiology and response, Mali. [Internet]. 2008 juillet [cité 2010 Jun 2].
2. ONUSIDA - Programme commun des Nations Unies sur le VIH/ SIDA (ONUSIDA). Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008 [Internet]. 2008 Aout [cité 2010 Jun 7].
3. WHO. Antenatal care in developing countries - promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. [Internet]. Geneva : WHO. 2003 [cité 2010 Jun 16].
4. WHO. Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH [Internet]. Geneva : WHO. 2007 [cité 2010 Jun 16].
5. Rabkin M et al. Saving mothers, saving families: the mtct-plus initiative [Internet]. Geneva : WHO. 2003 [cité 2010 Jun 16].
6. WHO-UNAIDS-UNICEF. Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé, rapport de situation 2009. Geneva : WHO. 2009 [cité 2010 Jun 16].

7. Abrams EJ et al. Prevention of mother-to-child transmission services as a gateway to family-based human immunodeficiency virus care and treatment in resource-limited settings: rationale and international experiences. American Journal Obstetrics & Gynecology. 2007 Sep;197(3 Suppl):S101-6.
8. Kasenga F, Hurtig A, Emmelin M. Home deliveries: implications for adherence to nevirapine in a PMTCT programme in rural Malawi. AIDS Care. 2007 Mai;19(5):646-652.
9. Perez F, Mukotekwa T, Miller A, Orne-Gliemann J, Glenshaw M, Chitsike J, et al. Implementing a rural programme of prevention of mother-to-child transmission of HIV in Zimbabwe: first 18 months of experience. Trop. Med. Int. Health. 2004 Jul;9(7):774-783.
10. Manzi M, Zachariah R, Teck R, Buhendwa L, Kazima J, Bakali E, et al. High acceptability of voluntary counselling and HIV-testing but unacceptable loss to follow up in a prevention of mother-to-child HIV transmission programme in rural Malawi: scaling-up requires a different way of acting. Trop. Med. Int. Health. 2005 Déc;10(12):1242-1250.

11. Sherman GG, Jones SA, Coovadia AH, Urban MF, Bolton KD. PMTCT from research to reality—results from a routine service. S. Afr. Med. J. 2004 Avr;94(4):289-292.
12. Painter TM, Diaby KL, Matia DM, Lin LS, Sibailly TS, Kouassi MK, et al. Women's reasons for not participating in follow up visits before starting short course antiretroviral prophylaxis for prevention of mother to child transmission of HIV: qualitative interview study. BMJ. 2004 Sep 4;329(7465):543.
13. Coulibaly M, Traoré A.T, Akondé A., Sangaré F.Z.T, Traoré D.C, Maïga M, et al. Décentralisation et délégation de tâches aux paramédicaux dans la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) du VIH en zone rurale: expérience de Ségou, Mali. Conférence Francophone de lutte contre le VIH, Casablanca, mars 2010.
14. Kebaabetswe PM. Barriers to participation in the prevention of mother-to-child HIV transmission program in Gaborone, Botswana a qualitative approach. AIDS Care. 2007 Mar;19(3):355-360.

1. ART for HIV in adults and adolescents, 2010 revision, WHO 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599764_eng.pdf

L'accompagnement psychologique : un volet délaissé

L'accompagnement psychologique est essentiel

Les spécificités de la pathologie VIH/sida (maladie chronique, sans traitement curatif, taboue, liée à la sexualité et médiatisée) rendent l'accompagnement psychologique des personnes vivant avec le VIH particulièrement important au sein de la prise en charge globale. L'enjeu de l'accompagnement psychologique n'est pas seulement l'amélioration de la qualité de vie des pvvih, il peut être déterminant pour une meilleure observance et avoir des répercussions directes sur l'état de santé : les patients séropositifs ayant une dépression auraient 40% de plus de risque d'échecs virologiques que les patients non dépressifs¹.

L'accompagnement psychologique est particulièrement important dans le contexte africain où la stigmatisation des patients reste un problème majeur. Les représentations de la maladie sont diverses, que ce soit celles des patients, du personnel soignant ou encore de celles de « l'homme de la rue ». De manière générale, « Le Sida reste perçu comme une maladie avant tout sexuelle, fortement connotée d'immoralisme. Les processus de transmission sont ignorés, et ce sont toutes les méthodes habituelles de protection contre les épidémies que l'on mobilise face aux PVIH (non partage des toilettes, non partage de la nourriture, assiettes et bols séparés, peur de toutes sécrétions). Enfin, la capacité à vivre longtemps et normalement avec le Sida, sous certaines conditions thérapeutiques, reste largement ignorée, les représentations courantes restant largement marquées par la déchéance corporelle, l'amaigrissement comme symptôme typique, et l'inéluctabilité de la mort prochaine² ». Les représentations populaires ne font généralement aucune distinction entre le « Sida Maladie » et la sérologie VIH. On peut ajouter à l'existence de cette stigmatisation réelle, une « auto stigmatisation » des patients eux-mêmes qui les fragilisent psychologiquement : la honte et le sentiment de culpabilité peuvent être souvent plus néfastes que les symptômes physiques. Les patients sont parfois plus tourmentés par le rejet social que par les symptômes physiques ou la possibilité même de mourir.

Les difficultés rencontrées pour mettre en place cet accompagnement dans les pays africains

Certaines des difficultés rencontrées sur le terrain sont liées à la maladie et au contexte : précarité économique des patients, sentiment de rejet, mauvaises conditions d'annonce de conseil

de l'infection (Cf Zoom), non acceptation de leur statut sérologique par certains patients et le non partage du statut sérologique avec le conjoint (même si les programmes PTME ont permis aux femmes d'être majoritairement dépistées, la répudiation reste parfaitement légale dans certains pays dans lesquels Solthis intervient) (cf Zoom). D'autres difficultés sont plus structurelles et liées à l'offre de soin. Si on constate un manque de considération général des aspects psychologiques et de la santé mentale dans le monde, cela est d'autant plus vrai en Afrique, où les moyens sont limités et conduisent les soignants à se concentrer sur les aspects biomédicaux. Selon l'OMS, la grande majorité des pays à revenus moyens ou faibles, consacrent moins de 1% des dépenses de santé à la santé mentale³. Il est vrai qu'en Afrique, généralement, les patients ou leur proches n'ont pas le réflexe de se diriger vers le personnel médical lorsqu'ils identifient un mal-être, ils impliquent beaucoup plus facilement des marabouts/religieux sur ces problèmes en première référence.

Par ailleurs, il existe une indéniable pénurie en personnel spécialisé. On compte généralement le nombre de psychiatres disponibles au niveau national sur les doigts d'une seule main et les psychologues sont très rares. Les services de psychiatrie des hôpitaux, lorsqu'il y en a, peuvent être gérés par des médecins généralistes et/ou des infirmiers non spécialisés. L'accompagnement psychologique des patients est trop souvent noyé dans le concept de « prise en charge psychosociale », concept fourre-tout et confus, qui a tendance à faire disparaître le volet psychologique derrière les soutiens socio-économiques. De même, si des groupes de parole existent dans de nombreux pays, ils sont souvent animés par des non professionnels. Les souffrances psychologiques sont insuffisamment détectées, par manque de formation, de temps ou même de personnel spécialisé. La très faible accessibilité des médicaments psychotropes et la dégradation de la relation entre soignants et soignés ne facilitent évidemment pas le développement de l'accompagnement psychologique.

Quelles pistes de travail pour les équipes Solthis ?

Face à ces difficultés rencontrées au quotidien, plusieurs axes de travail ont été identifiés pour renforcer ce volet insuffisamment pris en compte dans les programmes nationaux de lutte contre le VIH :

- Identifier des personnes ressources compétentes afin de mettre en place un système de référence vers une permanence psychologique professionnelle et adaptée aux patients séropositifs (loin des services de psychiatrie, généralement très stigmatisant pour les patients).
- Favoriser le lien et la relation soignant/soigné dans la durée : le soignant doit être vécu comme la personne de confiance.
- Sensibiliser le personnel soignant non formé sur le diagnostic de troubles psychologiques et renforcer ses compétences élémentaires en matière de soutien psychologique. Il ne s'agit pas pour nous d'appuyer ce personnel soignant pour qu'il se substitue à des ressources humaines manquantes, mais de l'aider pour qu'il puisse identifier/diagnostiquer, référer, et soutenir une souffrance psychologique.
- Impliquer les techniciens de santé mentale dans l'équipe soignante des centres prescripteurs, lorsqu'il y en a, en les formant de manière complémentaire sur les spécificités de l'accompagnement psychologique des patients séropositifs.
- Travailler contre la discrimination au sein des centres de santé : respect de la confidentialité, lien avec les associations de patients, sensibilisation du personnel, etc.

Françoise Aeberhard,
Psychologue consultante au Service de
maladies infectieuses – Pitié Salpêtrière
Stéphanie Tchiombiano,
Chef de mission

Zoom : Questions à poser et problèmes à discuter avant le test

- Qui a conduit la personne à faire la démarche du test ?
- L'idée de faire un test est-elle une démarche personnelle ?
- Qu'est-ce qui l'a amené à faire un test aujourd'hui ?
- Qu'est-ce qui lui a fait penser qu'elle pourrait avoir été exposée à un risque ?
- Discuter avec la personne des implications personnelles du test, du sens du résultat pour elle-même, et son entourage : quels sont les enjeux pour elle ?
- Explorer avec elle ce qu'est un résultat négatif comme un résultat positif
- Explorer les connaissances de la personne sur les modes de transmission et les moyens de prévention
- Discuter des conséquences d'un test positif (relations sexuelles, relations avec la famille) :
- A qui va-t-elle pouvoir annoncer un test positif ?
- Est-il possible de l'annoncer à son partenaire ?
- L'aider à pouvoir le dire : à quel moment et comment
- L'aider à trouver des ressources en elle-même
- Informer sur les organismes ou associations
- Proposer un autre rendez-vous de manière à devenir son référent.

Zoom : Le secret dans le vécu d'un patient

La relation de secret entraîne souvent chez la personne détentrice du secret des comportements souvent paradoxaux. Ne pas révéler sa sérologie VIH à son partenaire peut amener la personne contaminée à se mettre de plus en plus dans la soumission :

- soumission à la volonté du médecin et de sa prescription,
- soumission et tristesse, repli sur soi, pouvant aller jusqu'à des troubles psychosomatiques avec une lassitude, souvent un sentiment de culpabilité, jusqu'à des manifestations de dépression grave.

L'annonce de la séropositivité devenue une sentence de mort, il faut faire travailler psychologiquement ces personnes sur les re-

présentations de la maladie, représentation corporelle, autour de l'image de soi et sa représentation sociale.

Il faut permettre au patient d'avoir des moments de transitions :

- deuil de la personne séronégative
 - deuil de la personne civile par phobie des autres
 - deuil d'une sexualité libre
- Le fait de ne pouvoir énoncer sa pathologie VIH génère chez la personne, stress, solitude, repli sur soi, lassitude, des grossesses non désirées, une mauvaise observance dans le suivi.

La femme comme lien intra-familial : C'est la femme qui prend ses responsabilités en allant se faire dépister ; c'est elle qui va à

l'hôpital pour sa future grossesse ou ses enfants.

C'est le plus souvent par la femme que l'on retrouve une sérologie positive dans la famille. C'est alors sur elle que repose la contamination familiale ; culpabilité et honte en découlent pouvant entraîner jusqu'à la répudiation.

Aider les patients à lever le secret à l'intérieur de la cellule familiale de manière adaptée aux individus en reprenant leurs coutumes et leurs mode de vie est le nouvel enjeu du dépistage précoce. Toute la famille doit être solidaire, afin d'éradiquer cette pandémie et amener les patients à une meilleure observance aux traitements.

Interview Mamane Harouna

A l'Hôpital national de Zinder (HNZ), à l'est du Niger, une cellule de prise en charge globale a été mise en place, la seule à ce jour dans tout le pays. Nous avons demandé à Mamane Harouna, Responsable Observance pour Solthis dans la région de Zinder, de revenir sur la mise en place de cette cellule et sur l'accompagnement psychologique qu'elle propose.

Comment et quelles sont les activités qui ont été mises en place ?

En 2006, l'appui de Solthis et la visite d'une psychologue experte de la prise en charge du VIH ont mis en évidence que le parcours du patient était un véritable parcours du combattant ! Les patients avaient des problèmes à l'accueil, souffraient de la stigmatisation du personnel soignant, et celui-ci dénonçait les difficultés qu'il avait à répondre aux besoins affectifs, amicaux et économiques des patients. Il a donc été décidé de monter une cellule pour améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge en mai 2007.

Placée dans l'enceinte de l'hôpital, elle constitue la porte d'entrée pour tous les patients nouvellement dépistés dans toute la région. Les patients y sont référés avant d'être envoyés chez le médecin. Les acteurs de la cellule sont 3 assistants sociaux, formés en ETP et en counselling, mais aussi sur l'accompagnement psychologique : les états psychologiques et les mécanismes de défenses spécifiques des patients VIH, comment les identifier et quelles conduites à tenir.

Concrètement quand le patient arrive à la cellule, les agents vérifient si le counselling a été fait (souvent les patients sont référés sans en connaître la raison), évaluent ce que le patient a compris de la maladie, expliquent l'organisa-

tion de la prise en charge... Puis, le patient est référé vers un médecin grâce au calendrier de disponibilité des médecins. Aujourd'hui, la cellule a permis d'améliorer l'écoute du patient et d'alléger le circuit : c'est un pas significatif vers la prise en charge psychologique.

A quelles difficultés êtes-vous confronté au quotidien ?

Au départ, il y avait les réticences des médecins et des pharmaciens qui ne croyaient pas en l'efficacité de cette activité car ils n'y sont pas habitués. Ils réduisent les problèmes des patients aux problèmes organiques ou économiques. Mais au fil du temps, cela a quand même évolué.

Du coup, la maladie étant perçue comme organique, le patient est considéré comme un objet de la prise en charge mais pas comme un acteur : il reçoit peu d'informations sur sa maladie. Le déficit d'informations ajouté au mauvais accueil par le personnel hospitalier, et à la stigmatisation, tout cela traumatise les patients favorisant la dépression. Pourtant, la dépression est le problème qui va pousser les gens à abandonner les traitements.

Chez les femmes, le problème est encore plus grave : elles ont du mal à suivre les traitements et à partager le résultat avec leur conjoint car la polygamie et la répudiation sont acceptées. Le problème va surgir pendant la grossesse au moment de prévenir la transmission du VIH à son enfant.

Enfin, il y a aussi ce contexte de pénurie en ressources humaines qui est un frein à une prise en charge psychologique effective. Elle se noie dans l'ETP, le conseil psychosocial... La particularité de Zinder, c'est qu'il y a un « semblant » de prise en charge psychologique mais dans d'autres sites, on en est loin.

Quelles sont les pistes identifiées pour y remédier ?

A Zinder, on a formé les intervenants : pour les formations ETP, on a introduit un module sur les états psychologiques les plus courants (déli, dépression), comment les identifier et quelles conduites à tenir. Dès que les ETP les détectent, ils font appel à la cellule ! Au niveau du counselling, nous avons introduit un module sur les conduites à tenir en cas souffrances psychologiques lors de l'annonce.

Pour le Niger, il y existerait la possibilité de former les techniciens supérieurs en santé mentale. Ce sont des infirmiers formés à la psychologie et à la psychiatrie. C'est un capital de RH à exploiter car pour le moment, ils sont les seuls experts de la prise en charge psychologique disponibles dans les hôpitaux. Pour cela, il faudrait renforcer leurs connaissances sur les généralités du VIH.

Quelles sont les éléments à prendre en compte en amont pour tenter de diminuer les souffrances psychologiques des patients ?

La prise en charge psychologique est plus que nécessaire pour un bon suivi d'une maladie chronique telle que le VIH. La prise en charge doit évoluer au delà de la dimension organique vers une médecine qui rend l'individu acteur de sa propre prise en charge !

Il faut un véritable plaidoyer au niveau des acteurs politiques pour qu'il y ait un recrutement de personnes qualifiées. Officiellement, au Niger, tout patient doit bénéficier d'une prise en charge médicale et psychosociale (cf loi 2007 - 08 du 30 Avril 2007 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/Sida - article 18) mais dans les faits, cela n'existe pas. Les moyens doivent suivre pour y parvenir !

Un dernier mot à ajouter ? J'espère que cet article fera bien prendre en considération que la prise en charge psychologique est vraiment une nécessité des pays en voie de développement. ■

1. Starace, F.; Ammassari, A.; Trotta, M.P.; Murri, R.; De Longis, P.; Izzo, C.; Scalzini, A.; d'Arminio Monforte, A.; Wu, A.W.; Antinori, A.; AdCoNA Study Group. NeurolCoNA Study Group; 2002, Depression is a risk factor for suboptimal adherence to highly active antiretroviral therapy, Acquir immune Défic.

Syndr. 2002, Dec 15;31 Suppl 3:S136-9
2. Le vécu quotidien des PVIH à Niamey, Lasdel, Décembre 2008, p. 4

3. Herrman H, Swartz L, Promotion of mental health in poorly resourced countries, The Lancet, Sept. 2007.

Nouvelles

Recommandations OMS :

Disponibles :

Les dernières recommandations de l'OMS, dont les principaux messages avaient été présentés fin 2009, viennent d'être éditées sous format papier, à travers 3 livrets en anglais, téléchargeables sur le site de l'OMS :

- Traitement antirétroviral de l'adulte et de l'adolescent
- Traitement antirétroviral chez les femmes enceintes et pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant
- Traitement antirétroviral chez l'enfant

<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/en/>



Le RESAPSI s'interroge : quelle application en Afrique ?

Vaste question sur laquelle le RESPASI (Réseau Africain des Praticiens Assurant la Prise en Charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA) s'est penchée. Il a réuni plusieurs acteurs de la lutte contre le VIH à Dakar dont le Dr Sanata Diallo, coordinatrice médicale de Solthis au Niger, afin d'examiner et de discuter de l'applicabilité des ces nouvelles normes dans les pays à ressources limitées. Cette initiative avait aussi pour but de discuter des mesures d'accompagnement des pays. En effet, ces derniers n'ont pas caché leurs difficultés à mettre en pratique ces nouvelles normes et leur besoin d'être appuyés dans leur mise en œuvre. Sur les principales nouveautés des recommandations, les points suivants ont été soulevés :

- Comment gérer l'augmentation des files actives et de la charge de travail avec une mise sous traitement dès 350 CD4/ml ?
- On a pu constater que les pays arrêtaient progressivement le D4T mais que des inquiétudes persistaient notamment sur l'alternative de l'AZT ou encore sur le prix du TDF.
- Concernant la PTME et la prise en charge de l'enfant exposé, la triprophylaxie est déjà en vigueur dans certains pays, où elle coexiste avec le protocole simplifié.
- Le suivi biologique, et notamment la CV et le séquençage, sont encore loin d'être accessibles dans tous les pays.

Bien que des constats positifs aient émergés de cet atelier, de nombreux défis se dressent à la fois pour les pays et les organisations internationales. Le RESAPSI devrait éditer une 3^{ème} édition du Memento sur la prise en charge du VIH adaptée au contexte africain ; un ouvrage fortement apprécié par tous les praticiens sur le terrain !

A lire

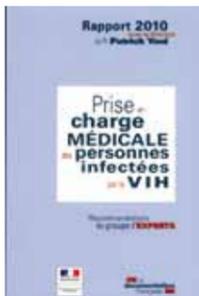


Vers l'accès universel – Rapport 2010

Le rapport annuel de 2010 de l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA, Towards Universal Access Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector a été présenté en septembre 2010.

Malgré les progrès réalisés au cours de l'année écoulée, les objectifs fixés à l'échelle mondiale pour l'accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge de l'infection à VIH ne seront pas atteints en 2010 ! Avec le nouveau critère de la mise sous traitement plus précoce dès 350 CD4/ml, le calcul de la couverture des besoins en ARV a fait l'objet d'une révision (les besoins estimés ont augmenté). Selon les chiffres révisés, la couverture est passée de 28% en Décembre 2008 à 36% à la fin de 2009. Il faut cependant noter que, selon les anciens critères, la couverture mondiale aurait atteint 52% en 2009.

<http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html>



Le Rapport Yéni 2010

Il est l'ouvrage de référence pour la prise en charge médicale des personnes atteintes par le VIH en France. La nouvelle version, présentée en juillet, est désormais disponible et consultable sur Internet. Les 3 principales innovations portent sur :

- la mise sous traitement passant de 350 CD4/mm à 500 CD4/mm
- des conditions élargies de dépistage
- la mise en place de nouveaux outils de prévention : le traitement ARV

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf



20^{ème} Rapport sur le développement Humain :

Depuis 20 ans, le PNUD publie chaque année son rapport sur le développement humain. En 2010, le PNUD a utilisé une méthodologie nouvelle en jetant un regard impartial sur les dernières décennies qui viennent de s'écouler. Il identifie les tendances et les orientations, souvent surprenantes, proposant ainsi des enseignements précieux pour l'avenir.

<http://hdr.undp.org/fr/rapports/mondial/rdh2010/>



Campagne MSF EUROPE! TOUCHE PAS À NOS MÉDICAMENTS

Médecins Sans Frontières a lancé la Campagne « EUROPE! TOUCHE PAS À NOS MÉDICAMENTS ». En ce moment, 8 personnes vivant avec le VIH sur 10 sont traitées avec des médicaments génériques provenant d'Inde et disponible à des prix abordables. Toutefois les politiques européennes en cours pourraient remettre en question ces fonctionnements, empêchant des millions de personnes dans les pays pauvres d'accéder aux médicaments. Solthis se joint à la démarche de MSF qui vise à demander à la Commission Européenne d'arrêter :

de poursuivre des accords de libre-échange qui limiteront la production de médicaments génériques abordables de confisquer les médicaments génériques qui transitent par l'Europe à destination de patients dans les pays en voie de développement de chercher à imposer des restrictions sur la production et l'approvisionnement de médicaments génériques par des législations à l'encontre des contrefaçons comme l'ACTA (Accord commercial anti-contrefaçon).

Signez : https://action.msf.org/fr_CH/action/index/



Promouvoir la solidarité avec le Tour de France de l'humanitaire

Pour la première année, Solthis rejoint les ONG partenaires du Tour de France Humanitaire, piloté par Bioforce. Ces dernières s'arrêteront dans plusieurs de villes de France pour promouvoir la solidarité internationale, informer, rencontrer et orienter tous ceux qui souhaitent s'engager. Solthis sera présente au Salon des métiers les 20 et 21 novembre à Annemasse, puis en 2011, Solthis devrait participer aux forums de Nantes, Orléans et Paris.

<http://www.tdf-humanitaire.net/>

Acronymes :

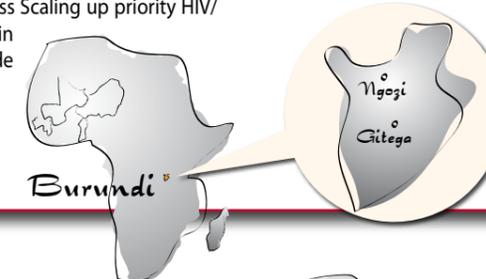
- APD** : Aide Publique au Développement
- ARV** : antirétroviraux
- CV** : Charge Virale
- ETP** : Éducation Thérapeutique du Patient
- MSF** : Médecins Sans Frontières
- OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- PTME** : Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
- PVVIH** : Personne Vivant avec le VIH/sida
- TB** : Tuberculose
- VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Burundi : Fermeture du programme

En octobre 2010, Solthis a dû fermer son programme au Burundi mis en place en mars 2009. En effet, les demandes d'agrément déposées depuis plusieurs mois pour deux postes essentiels au fonctionnement de son programme – Chef de mission et Coordinateur médical – n'ont pas été approuvées. Devant l'impossibilité de dialoguer avec les autorités en charge du dossier, Solthis s'est trouvée dans l'obligation de mettre un terme à ses activités au Burundi.

Solthis regrette cette situation, d'autant plus que l'ensemble des partenariats techniques et de coopération noués depuis la première

mission exploratoire en février 2008 avec les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH s'étaient révélés fructueux ; et que les besoins en matière de prise en charge du VIH au Burundi demeurent importants (la couverture des besoins en ARV est seulement de 19% selon le dernier rapport de l'ONUSIDA-OMS-UNICEF, Towards Universal Access Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, de septembre 2010).



Niger : Après 5 ans d'intervention, une évaluation externe

Une évaluation externe du programme de Solthis au Niger, menée par deux consultants, experts en santé publique et en ingénierie de la formation a été réalisée ces derniers mois. Plus de 5 ans après son arrivée au Niger et dans la perspective d'une seconde phase d'intervention, Solthis a souhaité faire appel à un regard externe pour dresser un bilan critique de l'action qu'elle mène depuis Décembre 2004.

Conformément à la stratégie d'intervention de Solthis, cette évaluation a été un moment de réflexion collective, revêtant la forme d'un pro-

cessus de discussion et de concertation avec l'ensemble des acteurs. La phase de terrain de l'évaluation, en juin, a été consacrée aux entretiens des évaluateurs avec l'équipe Solthis, les équipes soignantes, les associations de patients, les partenaires institutionnels, et aux visites de sites de prise en charge à Niamey, Maradi et Zinder. Les conclusions ont fait l'objet d'une restitution en atelier avec les partenaires nationaux et internationaux au Niger au mois de septembre. Cette évaluation sera un outil d'orientation de l'action de Solthis pour sa deuxième phase d'intervention au Niger. ■



ULSS et la CISLS, partenaires nationaux de Solthis



Prochaine Assemblée Générale & Journée scientifique de Solthis :

Jeudi 30 juin 2011

A l'occasion de son assemblée générale, Solthis organisera sa Journée Scientifique le jeudi 30 juin 2011. Comme chaque année, cette journée aura lieu à Paris et est ouverte à tous. Elle réunira les équipes du terrain et les partenaires du Nord pour un moment de partages et d'échanges, de présentation de nos projets et de débats sur les thèmes d'actualités.

Solthis laisse derrière elle un important travail et un fort investissement, et une équipe nationale qui a toujours été d'un soutien sans faille. Cette décision de fermeture de son programme a été particulièrement difficile à prendre et n'a pu être envisagée qu'après avoir épuisé tous les recours. ■



Depuis 2008, le programme de Solthis à Conakry bénéficie du soutien financier de la Mairie de Paris. Pour la troisième année consécutive, la Mairie de Paris a renouvelé sa confiance à Solthis en lui attribuant une subvention de 120 000 euros.



Au siège

Depuis septembre, Sophie Calmettes, directrice des opérations depuis 2007, assure la fonction de Directrice exécutive de Solthis par intérim, en l'absence de Louis Pizarro, Directeur général, actuellement en congé sabbatique jusqu'à l'été 2011. Georges Brochier a rejoint l'équipe du siège de Solthis à Paris en tant que Coordinateur des Programmes de Solthis.

Bienvenue à...

Depuis le dernier numéro de mars 2010, Solthis a accueilli :

- **Alexandra Ascorra**, Responsable Biologie
- **Georges Brochier**, Coordinateur des programmes au siège
- **Cécile Carrer**, Responsable Administratif et financier
- **Mariam Kante**, Responsable Mère – Enfant, Mopti
- **Emmanuelle Papot**, Coordinatrice médicale en Guinée
- **Alama Yeo**, Responsable administratif et financier en Guinée
- **Hannah Yous**, stagiaire à Paris

1^{er} Décembre 2010

Journée mondiale de lutte contre le sida

Chaque année, le 1^{er} Décembre est l'occasion de partager et d'exprimer sa solidarité avec les personnes vivant avec le VIH. Comme tous les ans, les équipes de Solthis se mobiliseront à leurs côtés : participation aux manifestations, organisations de débats et conférences en vue de sensibiliser sur l'importance du dépistage et de lutter contre la discrimination.

World Aids Campaign



Cette année, la campagne de l'ONUSIDA, portée par la World Aids Campaign, a dédié la journée 2010 au thème

de l'accès universel aux traitements et aux droits humains. A l'heure de la crise de financement qui remet sérieusement en question l'élan prometteur vers l'accès universel des dernières années, et des discriminations persistantes à l'égard de la maladie, Solthis soutient cette démarche dans l'ensemble des pays où elle intervient.

Plus d'information : www.worldaidscampaign.org/fr/WAC2

Journée de l'IMEA

Comme chaque année, l'IMEA (Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée) organise une conférence au Palais de l'Unesco à Paris, le 29 novembre. Plus de 250 personnes sont attendues, notamment les professionnels de santé venus des pays en développement assister aux formations de l'IMEA. Cette année, les débats porteront sur les Antirétroviraux en Afrique : *l'épreuve du temps*. Le Dr Florence Huber, Directrice médicale de Solthis, interviendra à cette occasion.

Plus d'information : www.imea.fr



Prochaine Assemblée Générale & Journée scientifique de Solthis

Jeudi 30 juin 2011

L'équipe

Directrice de la publication :

Pr Christine KATLAMA

Directeurs exécutifs :

Sophie CALMETTES & Dr Louis PIZARRO

Coordination scientifique :

Dr Florence HUBER

Coordination :

Pénélope AUTRET

Conception, réalisation & impression :

Agence Graphique & Co

Photos :

© Nathanael CORRE

Abonnez-vous

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

Ont aussi contribué à ce numéro :

Isabelle ANDRIEUX-MEYERS, Françoise AEBERHARD, Joanne CARTER, Charlotte DÉZÉ, Sanata DIALLO, Mamane HAROUNA, Florentina KURTI, Grégoire LURTON, Thibaut MUTEL, Julien POTET, Christine ROUZIOUX, Stéphanie TCHIOMBIANO, Alexandre VIARD, Hannah YOUS.

Numéro ISSN : 2107-0109

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.

Les équipes sur le terrain

Amina ABDOULAYE- Alain AKONDE - Alexandra ASCORRA - Kambanya BAH - Hadiza BAOUA - Aichatou BARKE - Ousmane CISSE - Mathilde CORRE - Nathalie DARIES - Ambroise DEMBELE - Julien DESCHAMPS - Charlotte DEZE - Mouslihou DIALLO - Sanata DIALLO - Alamako DOUMBIA - Caroline GALLAIS - Mamane HAROUNA - Hadizatou IBRAHIM - Mariame KANTE - Aimé KOURUMA - Franck LAMONTAGNE - Grégoire LURTON - Roubanatou MAIGA - Souleymanou MOHAMADOU - Emmanuel OUEDRAOGO - Sophie OUVREARD - Emmanuelle PAPOT - David PELLETIER - Oumarou SEYBOU - Mary SISSOKO - Olivier VAN EYLL - Stéphanie TCHIOMBIANO - Pierre TEISSEIRE - Alama YEO.

Le groupe de travail

Dr Eric ADEHOSSI - Françoise AEBERHARD - Pr Brigitte AUSTRAN - Dr Elie AZRIA - Pr Olivier BOUCHAUD - Pr Elisabeth BOUVET - Dr Guillaume BRETON - Pr Gilles BRÜCKER - Pr Vincent CALVEZ - Dr Ana CANESTRI - Dr Guislaine CARCELAIN - Pr Mohammed Cissé - Pr Dominique COSTAGLIOLA - Pr Christian COURPOTIN - Pr Patrice DEBRÉ - Pr Diane DESCAMPS - Pr Marc DOMMERGUES - Pr Serge EHOLIÉ - Dr Arnaud FONTANET - Pr Véronique FOURNIER - Dr David GERMANAUD - Pr Pierre-Marie GIRARD - Pr Jean-Marie HURAU - Pr Vincent JARLIER - Dr Bernard JARROUSSE - Pr Christine KATLAMA - Dr Delphine LE MERCIER - Yoann MADEC - Dr Almostapha MAÏGA - Dr Anne Geneviève MARCELLIN - Dr Bernard MASQUELIER - Dr Vanina MEYSSONNIER - Dr Robert MURPHY - Dr Gilles PEYTAVIN - Dr Gilles RAGUIN - Pr Christine ROUZIOUX - Dr Aliou SYLLA - Dr Tuan TRAN-MINH - Dr Mariam TRAORÉ - Dr Roland TUBIANA - Dr Marc-Antoine VALANTIN - Charlotte VERGER - Dr Jean-Paul VIARD.

Le siège

Pénélope AUTRET - Georges BROCHIER - Sophie CALMETTES - Cécile CARRER - Aurélie ELOY - Etienne GUILLARD - Florence HUBER - Vanessa MONTROUSSIER - Hannah YOUS.

Notre partenaire

La Fondation Bettencourt Schueller a participé à la création de Solthis en 2003. Depuis, ce soutien n'a jamais cessé et est amené à se poursuivre jusqu'en 2016.
www.fondationbs.org



FONDATION
BETTENCOURT
SCHUELLER

Nous contacter

58 A rue du Dessous des Berges
75 013 Paris, France
Tel. : +33(0)1 53 61 07 84
Fax : +33(0)1 53 61 07 84
contact@solthis.org - www.solthis.org