

La lettre de Solthis

Numéro 16 - Avril 2014
SPÉCIAL AFRAVIH



www.vih2014.org

7^e CONFÉRENCE FRANCOPHONE
VIH/HÉPATITES AFRAVIH 2014
27 AU 30 AVRIL 2014 AU CORUM DE MONTPELLIER

INTERVIEWS

- Eric Delaporte, Président de la 7^{ème} conférence internationale francophone VIH / hépatites
- Mariam Sylla, Co-présidente de la 7^{ème} conférence internationale francophone VIH / hépatites

2-4

ACTUALITÉS SCIENTIFIQUES

Le nouveau-né exposé au VIH et à haut risque d'infection : quelle stratégie prophylactique dans les pays à ressources limitées ?

5

DOSSIER DE LA RÉDACTION

Populations clés et dépistage en Afrique de l'ouest

6-9

SOLTHIS À L'AFRAVIH 2014

10-13

RETOUR DU TERRAIN

Intégration de la gestion des produits de santé de la prise en charge du VIH / sida au sein du système pharmaceutique national : un modèle en construction. Le Cas de la Sierra Leone

14-15

RETOUR DE CONFÉRENCE

- CROI 2014 : le regard de Solthis
- Zoom sur le 31^{ème} Conseil d'Administration du Fonds Mondial

16-17

ACTUALITÉS DE SOLTHIS

18

L'engagement scientifique pour la santé de tous

Pr Eric Delaporte, Président de la 7^{ème} conférence internationale francophone VIH / hépatites

Eric Delaporte est Professeur de maladies infectieuses au CHU de Montpellier, il dirige l'Unité Mixte Internationale sur le VIH (UMI 233) associant l'Institut de recherche sur le Développement (IRD) et les universités de Montpellier, de Yaoundé et de Dakar. Il est également co-fondateur de l'AFRAVIH.



Vous êtes Président de cette 7^{ème} conférence de l'AFRAVIH, pourriez-vous nous décrire en quelques mots les éléments clés du programme cette année et ce que vous en attendez ?

L'AFRAVIH, c'est le grand meeting francophone à la fois Nord et Sud. Cette année, trois originalités qui toutes, vont dans le sens de la pluridisciplinarité, de la recherche fondamentale à l'appliquée :

- l'ouverture sur les hépatites,
- le choix de l'ANRS de tenir son séminaire annuel de recherche fondamentale durant notre forum
- et enfin la place donnée, comme d'habitude aux associations, mais plus particulièrement cette année aux groupes vulnérables et notamment des sessions spécifiques sur les HSH dans le contexte actuel politiquement dur.

L'accès au traitement et les stratégies thérapeutiques en particulier dans le cadre de la prévention sont également bien sûr au cœur de la conférence avec plusieurs sessions qui leur seront consacrées, ainsi que des sessions sur le suivi biologique, sur la question notamment de l'émergence de résistances dans les pays du Sud.

Cette année, le monde du VIH a intégré la question des hépatites. Que pouvez-vous nous dire de ce rapprochement ? Quels sont les enjeux communs à venir ?

En effet, quatre sessions seront consacrées aux hépatites dans le cadre ou non de la coinfection avec le VIH. L'arrivée de nouvelles molécules a permis enfin des traitements efficaces et bien tolérés du virus de l'hépatite C. Mais si la possibilité de guérir de l'hépatite C est devenue une réalité médicale, elle n'en est pas encore une de santé publique. Les traitements sont chers et efficaces au Nord, tandis que l'endémie très importante au Sud perdure pour des patients qui n'ont pas accès aux traitements compte tenu de leurs coûts.

Entre le VIH et les hépatites, il y a urgence et convergence de santé publique. Ces deux infections relèvent d'enjeux à la fois politiques et cliniques.

Enjeux politiques car le coût des traitements des hépatites est encore un frein, qu'il faut lever par des actions de plaidoyer telles qu'elles ont pu être menées il y a une quinzaine d'années pour le VIH/sida. L'intervention d'Isabelle

Andrieux-Meyer (Médecins Sans Frontières) lors de la cérémonie d'ouverture traitera d'ailleurs de cette question de l'accès aux traitements hépatites.

Enjeux cliniques communs aussi car la coinfection hépatite a un effet délétère sur le VIH et réciproquement. Au Cameroun par exemple 10% des patients infectés par le VIH sont coinfectés par le virus de l'hépatite C. Il y a urgence à traiter la coinfection dans le cadre de la Prise en charge du VIH. On ne peut en laisser mourir 10% du virus de l'hépatite C, il faut pouvoir traiter les deux infections parallèlement.

Le dossier de la rédaction de cette Lettre Solthis est dédié aux populations clés. C'est aussi un sujet qui occupe une place particulière dans le programme de cette 7^{ème} conférence. Pouvez-vous nous expliquer pourquoi ?

Là encore, l'enjeu est double, à la fois politique et de santé publique. Ces populations vulnérables, stigmatisées ont plus difficilement accès aux traitements et à la prévention. Dans un certain nombre de pays francophones d'une épidémie généralisée, on est passé à une épidémie localisée à certains groupes de population. Avoir une action ciblée sur ces groupes est primordial dans le cadre du contrôle de l'infection. L'homosexualité au Sud est une bonne illustration de ce double enjeu : politique sur la question des discriminations et des droits humains, et de santé publique au regard de la spécificité de la prise en charge de ce groupe clé.

La question de l'accès à la prévention et aux soins de ces groupes vulnérables (HSH, travailleuses(eurs) du sexe, usagers de drogue en intraveineuse) est ainsi un réel enjeu de santé publique. C'est pourquoi plusieurs sessions spécifiques, volontairement distinctes des présentations générales, seront consacrées aux HSH, à la toxicomanie ou encore à l'usage de drogue en prison, pas seulement sur la question VIH mais aussi hépatites, puisque pour ces populations clés aussi, il est vital de traiter en même temps les deux infections.

La ville de Montpellier et votre laboratoire ont décidé d'accueillir la conférence de l'AFRAVIH, pouvez-vous nous expliquer les raisons de ce choix ? Considérez-vous que l'IRD participe à un engagement plus particulièrement francophone ?

Ce choix s'inscrit dans une double légitimité, scientifique et historique. En effet, Montpellier est le 2^{ème} centre français de recherche sur le VIH après Paris, et c'est aussi la plus ancienne faculté de médecine encore en fonctionnement depuis sa création au XIII^{ème} siècle. Montpellier est une ville d'ouverture, qui occupe une place importante dans le paysage français et international.

L'IRD est un institut d'Etat au même titre que l'INSERM ou le CNRS, avec une spécificité sur les pays du Sud dans le domaine du VIH. Depuis plus de 20 ans, l'IRD en partenariat avec le Sud, et notamment avec des pays francophones, mène des projets de recherche fondamentale comme ceux sur la découverte de l'origine du virus du Sida par Eitel Mpoudi-Ngole et Martine Peeters et interventionnelle, à titre d'exemple : la validation pour la première fois de l'utilisation de génériques ARV au Cameroun, ou encore l'accompagnement de la première initiative d'accès aux ARV en Afrique en 1998 au Sénégal avec Ibra Ndoye et Bernard Taverne, avant même les programmes ACCESS. L'IRD, et particulièrement mon unité, a toujours essayé d'être aux avant-postes de l'accès aux soins dans les pays du Sud, y compris à une époque où la priorité était donnée à la prévention sur l'accès aux soins par nombre d'organismes internationaux. ■



La 7^{ème} conférence internationale francophone contre le VIH, organisée par l'AFRAVIH, se tient à Montpellier du 27 au 30 avril 2014 et intègre cette année la lutte contre les hépatites.

Solthis, acteur engagé dans la lutte contre le VIH au sud, soutient ce rendez-vous majeur du monde francophone et donne la parole dans ce numéro spécial AFRAVIH 2014 au Président de cette 7^{ème} conférence, le Pr Eric Delaporte et à sa Co-présidente, le Pr Myriam Sylla qui conduit un programme remarquable de prise en charge pédiatrique au Mali.

A cette occasion, nous sommes heureux de présenter également dans ce numéro certains des travaux de Solthis, parmi la quinzaine retenue comme posters ou présentations orales par le Comité scientifique de la conférence. Leurs thèmes soulignent l'approche multidisciplinaire et globale de Solthis : dépistage familial, qualité du suivi chez l'enfant, infections opportunistes neurologiques, éducation thérapeutique des patients et observance, prévention des ruptures de stocks, sans oublier la question clé des financements.

Mais, aucune des ces initiatives, aucune de ces innovations ne permettra la maîtrise de l'infection VIH, si elles n'atteignent pas, en priorité, les populations clés : c'est le sujet du dossier de ce numéro.

Plus que jamais, les mesures de discrimination vis à vis de groupes de population en raison de leur genre, de leur sexualité, de leur identité doivent être dénoncées comme des atteintes inacceptables au respect des êtres humains et de leurs Droits.

Les récentes dispositions et déclarations en Russie, en Ouganda, ou même encore en Arizona aux Etats-Unis, et dans bien d'autres pays, à l'encontre des homosexuels sont une atteinte à l'humanité toute entière.

Ces exclusions, ces pénalisations, ces marginalisations ruinent les politiques de santé publique et la maîtrise, pour tous, de l'infection à VIH.

On peut notamment souligner combien la reconnaissance de l'addiction assortie d'une politique de réduction des risques plutôt que l'incarcération des toxicomanes, comme c'est le cas en Europe de l'Est ou en Asie, en rapprochant les usagers de drogues des services de soins, a réduit très sensiblement la part de la seringue dans l'épidémiologie du VIH. On pourrait citer tant d'autres exemples qui prouvent combien toutes les formes de discrimination et de stigmatisation sont contraires à l'intérêt de tous.

La liberté de voir, d'entendre, d'aimer est notre moteur de vie, notre richesse, une expression fondamentale de l'intelligence des peuples.

Dr Louis Pizarro
Directeur général

Pr Gilles Brücker
Professeur de Santé Publique

**Retrouvez l'Interview
de la Co-présidente de
la 7^e conférence en page 4**

Pr Mariam Sylla, Co-Présidente de la 7^{ème} conférence internationale francophone VIH/hépatites

Le Professeur Mariam Sylla est Chef de service de l'unité de Néonatalogie-Urgences du département de Pédiatrie du CHU Gabriel Touré de Bamako (Mali). Elle est également membre du groupe de travail scientifique de Solthis, composé d'experts internationaux en VIH/sida, en santé publique et en développement.



Vous êtes une ambassadrice de la prise en charge pédiatrique. Dans cette 7^{ème} conférence VIH/hépatites, quelle place lui est accordée ? Quels sont les enjeux spécifiques autour de la pédiatrie dans le programme de cette année ?

Dans le programme cette année, deux sessions sont dédiées à la pédiatrie au lieu d'une seule dans les éditions précédentes, signe d'une évolution sur ce thème. Des sessions transversales sur le suivi biologique, ainsi que des sessions PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant), aborderont aussi le VIH pédiatrique. Je pense qu'avec la décentralisation de la prise en charge dans les pays, les travaux au Sud sur cette thématique vont se multiplier. Les défis de la prise en charge pédiatrique sont nombreux, parmi eux le dépistage des enfants et l'accès aux ARV demeurent les priorités à mon sens.

Vous êtes co-présidente de la conférence 2014 de l'AFRAVIH, un espace d'échanges scientifiques autour d'une communauté qui partage la même langue et des valeurs communes. Selon vous, quel regard portent les praticiens africains aujourd'hui sur la francophonie et plus particulièrement sur la conférence AFRAVIH ?

L'Afrique francophone me semble être actuellement le porte-flambeau de la francophonie. La conférence AFRAVIH est le seul espace dédié aux praticiens de la zone Afrique francophone. Habituellement le français n'est pas retenu comme langue de communication lors des conférences internationales, la conférence AFRAVIH offre donc aux praticiens francophones l'opportunité de partager les résultats de leurs travaux sans être pénalisés par la barrière de la langue, tout en valorisant la langue française. C'est un événement important pour les francophones, comme le démontre bien le nombre croissant d'abstracts soumis.

Il y a deux ans, lors de la 6^{ème} conférence AFRAVIH, le Mali était frappé par des violences religieuses et les équipes maliennes n'avaient pas pu se rendre à Genève. Quel regard portez-vous sur l'évolution de la situation ? Quels seront cette année les messages que ces équipes maliennes porteront à Montpellier ?

La 6^{ème} conférence avait coïncidé avec le coup d'état et la fermeture des frontières du pays.

Les violences, sous le prétexte de la religion, sont survenues après ; aucune religion ne cautionne autant de violence et de haine. L'occupation des deux tiers du pays par les « islamistes » a été une dure épreuve pour l'ensemble de la population malienne. La plupart des structures de santé des zones occupées ont été pillées et détruites. Actuellement, la situation au Nord du pays a évolué de façon positive, les services administratifs et sanitaires sont fonctionnels, un plan de reconstruction des zones détruites est acquis. Tous les sites de prise en charge de Tombouctou ont repris leurs activités de même que certains sites de la région de Gao. Nous devons à présent nous atteler au travail de réconciliation, panser les plaies et apaiser les cœurs, seul gage d'une paix durable.

Vous étiez présente au Forum des 10 ans de Solthis à Paris en septembre dernier, quels sont les principaux enseignements que vous en retenir ? Qu'est-ce qui vous a le plus marqué lors de ce forum ?

J'ai été marquée par l'engagement et l'action de Solthis sur le terrain pendant ces 10 ans. Solthis a montré aux acteurs du Sud que la prise en charge est possible à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et ne nécessite pas toujours de gros investissements. Solthis a commencé ses activités en 2003 au Mali et a été le premier partenaire du programme National de Lutte contre le Sida dans la mise en œuvre de la décentralisation.

Ce forum m'a permis de mieux connaître le parcours et les actions de Solthis au cours des dix dernières années, et de faire également le point sur les différents aspects de l'épidémie du VIH : les progrès de la recherche, les avancées et défis de la prévention et de la prise en charge de l'infection ou encore la place du VIH dans l'agenda post 2015.

Les 10 ans de Solthis ont aussi coïncidé avec les 10 ans de la décentralisation de la prise en charge en Afrique : des résultats probants ont été obtenus en termes de traitement ARV et de rétention dans les cohortes mais d'importants défis persistent notamment celui de la pérennisation des financements.

Les avancées de la recherche avec la possible rémission/guérison de l'infection amènent une lueur d'espoir dans les cas exceptionnels de traitements très précoces. Le VIH et les objectifs du millénaire pour le développement post 2015 ont aussi retenu mon attention.

La fin de l'exceptionnalité du VIH ne va-t-elle pas avoir un impact négatif sur la lutte ? Nous devons certes réorganiser et renforcer les systèmes de santé mais aussi développer des stratégies innovantes de financement propres à la lutte contre le VIH/sida. ■

Le nouveau-né exposé au VIH et à haut risque d'infection : quelle stratégie prophylactique dans les pays à ressources limitées ?

En l'absence de traitement antirétroviral (TAR), les taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant sont de 15 à 45%. Environ 10-20% se produisent in utero, 35-40% pendant le travail ou l'accouchement et 35-40% pendant l'allaitement (Figure 1)¹. Toutefois, la transmission peut être largement contrôlée par un TAR préventif maternel et infantile. Malheureusement, dans les pays à ressources limitées (PRL), encore beaucoup de femmes enceintes échappent aux programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) et sont dépistées, au mieux, pendant le travail ou après l'accouchement. Les enfants nés de ces femmes infectées et n'ayant pas reçu de TAR au cours de la grossesse sont considérés à haut risque d'infection.

L'OMS recommande actuellement une prophylaxie par névirapine seule pendant 6 à 12 semaines pour les nourrissons exposés au VIH pendant la grossesse et dont la mère a été diagnostiquée pour le VIH seulement pendant le travail ou immédiatement en post-partum et qui prévoit d'allaiter². La recommandation prévoit également une initiation d'une trithérapie chez la mère. Il n'est pas préconisé de renforcement du traitement préventif chez le nouveau-né.

Pourtant, des données récentes issues d'une étude randomisée ont confirmé l'intérêt du renforcement du traitement préventif comportant au moins deux antirétroviraux (ARV) chez le nouveau-né, quand la mère n'avait pas reçu de traitement pendant la grossesse³. Le taux de transmission était significativement plus faible par rapport à une monothérapie de zidovudine, quand le nouveau-né avait eu un renforcement de la prophylaxie par la zidovudine par 3 doses de névirapine ou par la zidovudine associée à la lamivudine et au nelfinavir. En France, où l'allaitement maternel n'est pas conseillé chez les enfants exposés, un renforcement du traitement préventif de la TME chez le nouveau-né (zidovudine + lamivudine pendant quatre semaines + névirapine pendant deux semaines) est recommandé si la mère n'a pas reçu de prévention durant la grossesse ou si le traitement pendant la grossesse n'a pas permis de contrôler la charge virale en fin de grossesse. Le renforcement de la prophylaxie est aussi discuté, en cas de facteurs de risque liés aux conditions d'accouchement comme une rupture prolongée de la poche des eaux, une chorioamnionite, une hémorragie ou une blessure du nouveau-né durant l'extraction. Un renforcement de la

prophylaxie est également recommandé aux Etats-Unis et dans d'autres pays du Nord.

Par ailleurs, le cas du bébé du « Mississippi » suggère qu'un traitement ARV débuté très précocement grâce à un diagnostic réalisé à la naissance pourrait entraîner une guérison fonctionnelle et limiter le développement des réservoirs viraux⁴. En France, la cohorte Visconti a démontré le rôle déterminant d'une intervention thérapeutique précoce pour induire un contrôle de l'infection VIH, 14 patients adultes contrôlant leur infection VIH plus de sept ans après l'arrêt de leur traitement⁵.

Malheureusement, dans les PRL, la logistique nécessaire pour la réalisation des tests virologiques tels que la Polymerase Chain Reaction (PCR) ADN ou ARN du VIH, le long délai pour la disponibilité des résultats et l'allaitement maternel prolongé crée une situation très différente de celle des pays du Nord. La mise en place d'une multi-thérapie chez le nouveau-né est complexe, dans un contexte social, culturel et psychologique difficile mais aussi à cause d'un accès aux structures de santé et aux médicaments limité et d'une tradition persistante d'accouchement à domicile. Toutes ces difficultés sont à l'origine d'un taux élevé persistant de transmission verticale du VIH et d'un taux de perdus de vue des nourrissons très important⁶.

Pour réduire la transmission du VIH lorsque la mère n'a pas reçu de TAR pendant la grossesse, une stratégie associant un diagnostic virologique (par un test point-of-care dans l'idéal) dès la naissance chez les nourrissons exposés et une prophylaxie renforcée associant 3 ARV jusqu'à ce que le statut VIH soit connu, voire jusqu'à la fin de l'allaitement

pour les séronégatifs, pourrait être une approche plus efficace. Dans son supplément 2014 aux recommandations 2013, l'OMS suggère que le diagnostic virologique du VIH à la naissance pourrait améliorer le diagnostic et favoriser un traitement plus précoce, mais à des coûts élevés et avec un impact incertain sur les résultats des programmes de PTME⁷. Les défis majeurs pour cette stratégie seront certainement l'accessibilité et le coût de la technique PCR ADN ou ARN du VIH, la performance du diagnostic à la naissance, ainsi que le respect de délais courts pour le rendu des résultats aux soignants et aux mères. ■

1. Kourtis AP, Lee FK, Abrams EJ, Jamieson DJ, Bulterys M. Mother-to-child transmission of HIV-1: timing and implications for prevention. *Lancet Infect Dis* 2006; 6:726-32.

2. WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach. Geneva World Health Organ 2013 2013.

3. Nielsen-Saines K, Watts DH, Veloso VG, Bryson YJ, Joao EC, Pilotto JH, et al. Three postpartum antiretroviral regimens to prevent intrapartum HIV infection. *N Engl J Med* 2012; 366:2368-79.

4. Persaud D, Gay H, Ziemniak C, Chen YH, Piatak M, Chun T-W, et al. Absence of detectable HIV-1 viremia after treatment cessation in an infant. *N Engl J Med* 2013; 369:1828-35.

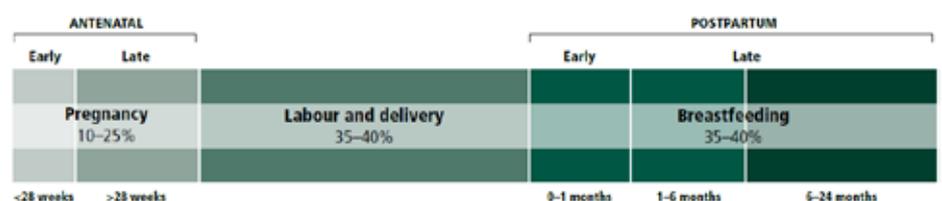
5. Sáez-Cirión A, Bacchus C, Hocqueloux L, Avettand-Fenoel V, Girault I, Lecroux C, et al. Post-treatment HIV-1 controllers with a long-term virological remission after the interruption of early initiated antiretroviral therapy ANRS VISCONTI Study. *PLoS Pathog* 2013; 9:e1003211.

6. Sibanda EL, Weller IVD, Hakim JG, Cowan FM. The magnitude of loss to follow-up of HIV-exposed infants along the prevention of mother-to-child HIV transmission continuum of care: a systematic review and meta-analysis. *AIDS* 2013; 27:2787-97.

7. WHO. March 2014 Supplement to The Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach. Geneva World Health Organ 2014 2014.

Remerciement au Dr Vanessa Wolfman (Pédiatre, Solthis Sierra Leone) pour sa lecture critique.

Figure 1 : La transmission verticale du VIH peut survenir in utéro, intrapartum ou postpartum avec des taux variables dépendant de la date de l'infection et de la disponibilité des services de PTME



OMS, "March 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for the treating and preventing HIV infection".

Populations clés et dépistage

Depuis quelques années, une prise de conscience internationale s'est faite autour de l'Afrique de l'Ouest, alors même que dans ces groupes la prévalence du VIH est élevée, fortes. Solthis fait le point dans ce dossier sur la situation épidémiologique du VIH dans

L'épidémie de VIH dans les populations clés d'Afrique de l'Ouest: une épidémie encore négligée

Dr Eric D'Ortenzio,
Directeur Médical, Solthis

Contexte

Avec près d'un adulte sur 20 vivant avec le VIH, l'Afrique subsaharienne est la région la plus touchée par l'épidémie de VIH. Elle concentre près de 70% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans le monde. En Afrique de l'Ouest, beaucoup de pays sont confrontés à des épidémies de VIH concentrées au sein de certaines populations. Ces populations dites clés, vulnérables et exposées à un risque élevé d'infection par le VIH, n'ont toujours pas régulièrement accès à des ensembles complets d'interventions contre le VIH, et de ce fait, la transmission du VIH se maintient.

Définir les populations clés et les types d'épidémies

La notion de « populations clés » se réfère aux personnes les plus susceptibles d'être exposées au VIH ou de le transmettre. Il est important de reconnaître que les groupes de populations clés devraient être définis en fonction du contexte épidémiologique et social de chaque pays.

Définition OMS des populations clés

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) distingue, dans sa définition de populations clés¹:

- d'une part les populations les plus à risque que sont les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les travailleurs du sexe (TS), les usagers de drogues injectables (UDI) et les personnes transgenres.
- d'autre part les populations vulnérables que sont par exemple les adolescents, les orphelins, les enfants de la rue, les personnes détenues, les personnes avec un handicap, les migrants, les travailleurs mobiles.

Epidémie généralisée versus épidémie concentrée

Pour l'OMS, une épidémie est dite généralisée lorsque le VIH est solidement implanté dans la population générale et lorsque la prévalence du VIH dépasse 1% chez les femmes enceintes. Si, en revanche, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en zone urbaine est inférieure à 1% mais qu'elle dépasse

5% dans des sous-populations dites clés, on parle alors d'épidémie concentrée [1]. Le terme d'épidémie hyper-endémique ou épidémie massive est également employé pour qualifier les épidémies d'Afrique australe où la prévalence dépasse les 15%. En Afrique Subsaharienne, et notamment en Afrique de l'Ouest, la transmission du VIH a été présentée, à juste titre, comme étant principalement hétérosexuelle et materno-foetale, mais cela a eu pour conséquence que les épidémies concentrées au sein de certaines sous-populations ont souvent été occultées².

Situation épidémiologique en Afrique de l'Ouest

En Afrique de l'Ouest et Centrale, la prévalence du VIH est faible, mais souvent très concentrée parmi les TS (34,9%), leurs clients (7,3%), et les HSH (17,7%)³. D'après les études menées sur les modes de transmission du VIH, les populations clés et leurs partenaires sexuels représentent une part conséquente des personnes nouvellement infectées par le VIH. En Afrique de l'Ouest, 10 à 32% des nouvelles infections à VIH surviendraient parmi les populations clés⁴. Si la réduction du nombre de nouvelles infections au sein d'une population est susceptible d'avoir un impact significatif sur l'évolution locale de l'épidémie, cette population peut être considérée comme une population clé⁵.

Les homosexuels et autres HSH, les UDI, les TS et les personnes transgenres sont socialement marginalisés à travers le monde. Dans chaque pays qui recueille des données fiables et transmet des rapports de surveillance, il apparaît que ces populations sont plus exposées au risque d'infection par le VIH, de mortalité et de morbidité que la population générale. De plus, elles ont nettement moins accès aux services compétents et les utilisent beaucoup moins que les autres groupes.

Le tableau 1 résume les prévalences du VIH dans les différents groupes de populations clés au Mali, Niger, Guinée et Sierra Leone, pays d'intervention de Solthis.

Une inconnue, les consommateurs de drogues injectables

En Afrique, une augmentation de l'usage d'héroïne et de l'injection de drogues, en particulier au Kenya, en Libye, à Maurice, en République-Unie de Tanzanie et aux Seychelles semble se dessiner. En Afrique subsaharienne, on estime que 1,78 million [534 500-3 022 500] d'usagers de drogues sont des usagers de drogues par injection, et que 221 000 usagers de drogues par injection [26 000-572 000] sont séropositifs au VIH [6]. En Afrique de l'Ouest, peu d'études de prévalence ont été réalisées dans cette population [7]. Au Sénégal, un des rares pays pour lequel des données sont disponibles, la prévalence du VIH est de 9,4% chez les usagers de drogues ayant déjà utilisé l'injection vs 2,5% chez les non injecteurs [8]. Une enquête menée parmi les élèves des écoles secondaires et les enfants des rues au Libéria et en Sierra Leone montre que ceux-ci consomment plus souvent de la cocaïne que de l'héroïne. Les enfants et les jeunes interrogés en Sierra Leone ont également consommé des benzodiazépines comme le diazépam, la chlorpromazine et différents produits à inhaler, tandis que 3,7 % se sont injectés des drogues⁶.

Criminalisation et discrimination des populations clés

Les lois punitives ciblant les populations clés les plus vulnérables au VIH demeurent répandues dans le monde entier. Sur 193 pays, 76 pénalisent actuellement les relations homosexuelles, certains allant jusqu'à autoriser la condamnation à la peine de mort. La plupart des pays disposent de lois pénalisant certains aspects du commerce du sexe, et les TS sont souvent confrontés au harcèlement et aux mauvais traitements de la police. Dans son rapport « Traitement 2015 », l'ONUSIDA estime que: « les programmes de dépistage et de traitement du VIH négligent souvent les TS, les HSH, les UDI et d'autres groupes marginalisés. Les enquêtes réalisées dans le cadre de la mise au point de l'indicateur de

en Afrique de l'Ouest

l'enjeu crucial du dépistage et de l'accès aux soins des populations clés pour réduire la transmission du VIH. En ils sont encore peu ciblés par les programmes publics et toujours l'objet de discriminations et stigmatisations les populations clés en Afrique de l'Ouest, les obstacles rencontrés et les défis d'une intervention ciblée.

stigmatisation des personnes vivant avec le VIH démontrent qu'un grand nombre des personnes diagnostiquées séropositives dans les populations clés se heurte à l'hostilité, au refus de prise en charge et à d'autres formes de discrimination lorsqu'elles essaient d'accéder aux services de traitement. La prise en compte de tous fait partie intégrante des efforts déployés en vue de fournir un traitement à l'ensemble des personnes qui en ont besoin»⁹.

Le défi d'une offre de dépistage adaptée

Les projets pilotes menés dans les régions où l'épidémie est concentrée et généralisée démontrent que le dépistage à domicile est très pertinent, car il s'inscrit en complément plutôt qu'en remplacement des services de dépistage et de conseil dispensés par les prestataires de soins ou les établissements de santé, et préserve la confidentialité des patients⁹. L'OMS recommande, quel que soit le type d'épidémie, de réaliser, en plus du conseil et du dépistage à l'initiative du prestataire, un conseil et un dépistage du VIH à

base communautaire dans les populations clés, accompagnés de l'établissement de liens avec les services de prévention, de soins et de traitement (recommandation forte, données de faible qualité)¹. Les initiatives ciblées de sensibilisation au dépistage du VIH à l'échelon communautaire peuvent aider à atteindre les populations marginalisées à haut risque. L'exemple d'un projet pilote mené par Solthis auprès des populations clés de Ségou au Mali est rapporté dans l'encadré en page 9. Une autre stratégie innovante mais encore peu expérimentée serait l'utilisation des autotests de dépistage du VIH. Le point de vue en page 8 ouvre une réflexion sur cette stratégie de dépistage et détaille les challenges et les perspectives de son utilisation dans des groupes à risques tels que les HSH et les TS en Afrique de l'Ouest. Une autre stratégie innovante mais encore peu expérimentée serait l'utilisation des autotests de dépistage du VIH. Le point de vue en page 8 ouvre une réflexion sur cette stratégie de dépistage et détaille les challenges et les perspectives de son utilisation dans des groupes à risques tels que les HSH et les TS en Afrique de l'Ouest.

Conclusion

Les programmes nationaux de lutte contre le VIH devraient prendre en compte ces populations et leur dédier spécifiquement des programmes de prévention, dépistage et prise en charge. Les investissements consacrés à atteindre les populations clés ont connu un ralentissement, notamment les services de prévention du VIH pour les HSH¹⁰. De même, et malgré le risque disproportionné de contracter le VIH encouru par les professionnelles du sexe, les programmes de prévention qui leur sont destinés ne reçoivent qu'une maigre part des financements consacrés à la prévention du VIH¹⁰. L'engagement des populations clés est également indispensable à la réussite et à l'efficacité de la riposte au VIH. La disponibilité de traitements efficaces en Afrique puis plus récemment leurs effets sur la baisse de la transmissibilité ont constitué de réelles avancées. Mais le déclin de l'épidémie de VIH ne pourra être envisagé de façon réaliste que si les populations les plus à risque sont réellement prises en compte dans l'offre de prévention, de dépistage et de prise en charge. ■

Tableau 1 : Prévalence du VIH dans les populations clés au Mali, Niger, Guinée, Sierra Leone.

Prévalence VIH	Mali (%)	Niger (%)	Guinée (%)	Sierra Leone (%)
Population Générale (Adulte 15-49 ans)	0,9 [0,7 - 1,2] (UNAIDS, 2012)	0,5 [0,4 - 0,6] (UNAIDS, 2012)	1,7 [1,4 - 2,0] (UNAIDS, 2012)	1,5 [1,0 - 2,1] (UNAIDS, 2012)
HSH			56,6 (Escomb, 2012)	7,5 (MOTS, NAS rapid study, 2010)
TS	24,2 (UNGASS, 2009)	17,3 (Rapport SSG 2011, CISLS)	16,7 (Escomb, 2012)	8,5 (MOTS, 2005)
UDI				4 (Bosu et al., 2009)
Prisonniers		2,65 (Rapport SSG 2011, CISLS)	9,4 (Escomb, 2012)	
Migrants		1,1 (Rapport SSG 2011, CISLS)		2,2 (MOTS, 2005)
Routiers	2,7 (UNGASS, 2009)	0,4 (Rapport SSG 2011, CISLS)	5,4 (Escomb, 2012)	1,7 (UNICEF, 2002)
Hommes en Uniforme	8,4 (Diallo et al, 2008)		5,6 (Escomb, 2012)	3,3 (MOTS)
Miniers		0,36 (Rapport SSG 2011, CISLS)	5,9 (Escomb, 2012)	1,1 (NAS, 2007)
Pêcheurs			5,3 (Escomb, 2012)	3,8 (MOT, NAS rapid study, 2010)
Vendeuses ambulantes	3,7 (UNGASS, 2009)			1,7 (UNICEF, 2002)

1. WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2013.

2. Beyrer C, Baral SD, Weir BW, Curran JW, Chaisson RE, Sullivan PS. A call to action for concentrated HIV epidemics. *Curr Opin HIV AIDS* 2014; 9:95-100.

3. Papworth E, Ceasay N, An L, Thiam-niangoin M, Kyzerbo O, Holland C, et al. Epidemiology of HIV among female sex workers, their clients, men who have sex with men and people who inject drugs in West and Central Africa. *J Int AIDS Soc* 2013; 16:1-11.

4. Gouws E, Cuchi P. Focusing the HIV response through estimating the major modes of HIV transmission: a multi-country analysis. *Sex Transm Infect* 2012; 88 Suppl 2:i76-85.

5. ONUSIDA. Rapport d'activité sur la riposte au Sida dans le monde 2013. Geneva: ONUSIDA; 2013.

6. UNDOC. Rapport Mondial sur les Drogues. New York: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime; 2012.

7. Raguin G, Lepretre A, Ba I, Ndoeye I, Toufik A, Brucker G, et al. Drug use and HIV in West Africa: a neglected epidemic. *Trop Med Int Health* 2011; 16:1131-3.

8. Ba I, Lepretre A. Enquête de prévalence et de pratiques à risques d'infection à VIH, VHB et VHC chez les usagers de drogues dans la région de Dakar (Sénégal). 2014. http://www.crct.sn/wp-content/uploads/2014/03/Rapport-final-e%CC%81tude-ANRS-12243_Fev2014.pdf (accessed 26 Mar 2014).

9. ONUSIDA. Traitement 2015. Geneva: ONUSIDA; 2014.

10. ONUSIDA. Communiqué de Presse. À l'approche de la Journée mondiale de lutte contre le sida 2013, l'ONUSIDA présente les progrès constants réalisés dans la riposte au sida. Geneva; 2013. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pressrelease/2013/11/20131120_PR_Location_fr.pdf (accessed 26 Mar 2014).

Johnson, C.¹, Curran, K.¹, Napierala Mavedzenge S.², D'Ortenzio, E.³, Baggaley, R.¹

1. Organisation mondiale de la santé, Département du VIH/Sida, Genève, Suisse
2. Research Triangle Institute International, San Francisco, États-Unis - 3. Solthis, Paris, France

L'autotest de dépistage du VIH pour les travailleurs du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes en Afrique de l'Ouest : défis et perspectives de cette stratégie

Introduction

La prévalence du VIH est généralement faible en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, où l'épidémie est concentrée chez les travailleurs du sexe (TS) (34,9 %), leurs clients (7,3 %) et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) (17,7 %)¹. En Afrique de l'Ouest, 10 à 32 % des nouvelles infections par le VIH surviendraient parmi ces populations clés² qui ont tendance à être stigmatisées et souvent criminalisées pour leur comportement et ont un accès restreint aux services de santé.

Il ne sera pas possible de mettre fin à l'épidémie de VIH sans augmenter les efforts pour diagnostiquer les personnes atteintes de VIH plus précocement, sans étendre la couverture de traitement et sans prévenir les nouvelles infections. Parmi les adultes africains, 25 % seulement auraient été testés pour le VIH en 2012 et moins de la moitié des africains vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique³; les TS et les HSH sont encore moins susceptibles d'accéder aux tests de dépistage, malgré leur risque d'infection élevé. Il est nécessaire d'envisager des stratégies innovantes afin d'atteindre des populations clés exposées à un risque plus élevé et qui ont un moindre accès aux services de santé que la population générale.

L'autotest de dépistage du VIH (ADVIH), nouvelle approche pour augmenter le dépistage du VIH, représente une solution peu chère à grand impact potentiel dont pourraient bénéficier ceux qui ne se soumettent pas volontiers aux tests de dépistage, notamment les populations clés. Le kit OraQuick® In-Home HIV est le seul kit d'autotest de dépistage approuvé par la Food and Drug Administration des États-Unis. Il est disponible au prix de 40 USD. Il pourrait être possible d'en faire baisser le prix si la demande augmente. Le même test OraQuick® (non conditionné sous la forme d'autotest) fait à partir d'un échantillon de salive, ainsi que d'autres kits de dépistage, deviennent de plus en plus disponibles en Afrique à un plus bas prix, et avec très peu de réglementation restrictive. En Namibie, par exemple, les kits non réglementés utilisés pour l'ADVIH coûtent de 4 à 12 USD⁴.

Les politiques concernant l'ADVIH sont en rapide évolution. L'ADVIH réglementé a été

introduit au Kenya, aux États-Unis et au Royaume-Uni. La France et le Brésil ont annoncé des projets pour introduire l'ADVIH; l'Afrique du Sud discute de la légalisation de la vente des kits d'ADVIH dans les pharmacies; et de nombreux autres pays considèrent une prochaine introduction de l'ADVIH dans leur stratégie de dépistage. En 2013, l'Organisation mondiale de la Santé et la Liverpool School of Tropical Medicine ont organisé le premier colloque mondial sur l'ADVIH et ont proposé un programme de recherche, y compris sur les différentes approches possibles, les différents niveaux de soutien et les modèles d'accès et de distribution (voir la figure 1). Les experts présents ont souligné le potentiel de l'ADVIH pour améliorer l'accès au dépistage du VIH et leur mise en œuvre, surtout pour les populations vivant en marge de la société⁵.

Le rôle potentiel de l'ADVIH en Afrique de l'Ouest

La prévention du VIH ciblant les populations clés continue à être sujette à controverses et insuffisamment financée en Afrique de l'Ouest. Alors que les populations clés compaient pour 15 à 22 % des nouvelles infections au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et au Ghana,

clés d'accéder aux services de dépistage. Par exemple, dans neuf pays de l'Afrique de l'Ouest, il existe des lois pour engager des poursuites pénales contre ceux qui ont des relations homosexuelles⁷. L'ADVIH offre la possibilité d'augmenter l'accès aux tests VIH pour les populations clés en Afrique de l'Ouest en permettant le dépistage en privé, mais il reste encore des défis pour que les populations clés aient accès aux services de prévention, de soutien et de traitement du VIH.

Défis et perspectives

L'acceptabilité générale de l'ADVIH est élevée (74 à 96 %)⁸, mais peu de données sont disponibles sur l'acceptabilité de l'ADVIH parmi les populations clés. Cependant, il semblerait que l'acceptabilité en soit élevée parmi les TS femmes aux États-Unis, en Australie, en Chine et en France⁹. Selon les résultats préliminaires d'une étude sur les TS au Zimbabwe, 62,9 % des femmes séronégatives ont exprimé un fort intérêt pour l'ADVIH et 67,6 % des femmes séropositives disent préférer un test VIH simple et facile à utiliser à la maison plutôt que les tests effectués par le personnel de santé¹⁰.

Les résultats des tests sont très fiables – surtout pour l'ADVIH salivaire supervisé (≥ 91,7% sensibilité, ≥ 97,9% spécificité)⁸ – mais comme pour tous les tests, une mauvaise manipulation par l'utilisateur est possible⁹. Aucun effet négatif grave (suicide, automutilation ou violence intraconjugale) suite à l'ADVIH n'a été signalée, mais les systèmes de suivi et d'information sont actuellement limités^{5,9}.

Avant d'élaborer les stratégies de dépistage avec les autotests, des données issues de projets pilotes ou de recherches opérationnelles sont nécessaires. De plus, les pays qui envisagent la mise en place d'autotest de dépistage doivent développer :

- Des modes d'utilisation clairs
- Des encadrements réglementaires et politiques
- Des systèmes de surveillance pour empêcher certains risques potentiels – par exemple, le dépistage coercitif
- Un système de référence vers les services de soutien, y compris pour les tests de confirmation, la prévention, les soins et traitement du VIH^{5,9}.

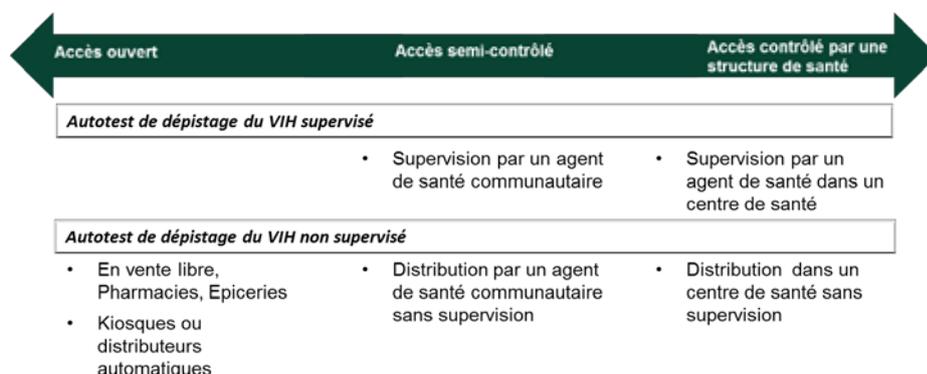
L'ADVIH est un test pour dépister le VIH qui est réalisé sur un échantillon prélevé par la personne elle-même, et dont l'interprétation est faite par cette personne en privé. L'ADVIH est un dépistage qui ne donne pas de diagnostic final et qui doit être confirmé selon les algorithmes nationaux de dépistage^{5,9}.

les programmes destinés à ces populations ne représentent que 0,24 à 1,7 % des dépenses de prévention⁶. De nombreux pays ont des lois qui risquent de dissuader les populations

Conclusions et étapes suivantes

Des stratégies de dépistage du VIH innovantes sont urgemment nécessaires afin d'atteindre les personnes vivant avec le VIH qui ne connaissent pas encore leur statut sérologique. L'ADVIH est un des moyens d'augmenter le dépistage pour des populations clés qui n'accèdent pas aux services de dépistage classique du VIH, surtout là où les risques de stigmatisation, de discrimination et de criminalisation sont élevés. Peu de données sont disponibles sur l'ADVIH en Afrique de l'Ouest, surtout pour les populations clés vivant dans les pays à ressources limitées. Une évolution de la réglementation et des programmes nationaux de lutte contre le VIH sera nécessaire pour surveiller et garantir l'efficacité et la sécurité de l'ADVIH, assurer la référence vers des services assurant la prise en charge du VIH, augmenter le diagnostic précoce du VIH, étendre la couverture du traitement et de la prise en charge, et prévenir de nouvelles infections. ■

Figure 1. Approches alternatives de distribution de l'autotest de dépistage du VIH



Remerciements pour la traduction : Allison Sanders, University of Colorado. Les auteurs de cet article déclarent qu'il n'existe pas de conflits d'intérêt.

- Papworth E, et al. Epidemiology of HIV among female sex workers, their clients, men who have sex with men and people who inject drugs in West and Central Africa. *Journal of International AIDS Society*, 2013, 16(4 Supplement 3):18751.
- Gouws C, et al. Focusing on the HIV response through estimating the major modes of HIV transmission: a multi-country analysis. *Sexually Transmitted Diseases*, 2012, 88:i76-i85.
- Staveteig S. Demographic patterns of HIV testing uptake in sub-Saharan Africa. Calverton, MD, ICF International, 2013.
- Nersesian P, et al. Assessment of over-the-counter HIV rapid test

- kits in Namibia. Arlington, VA, USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1, 2013.
- Report on the first international symposium on self-testing for HIV: the legal, ethical, gender, human rights and public health implications of self-testing scale-up. Geneva, World Health Organization, 2013.
- The World Bank new HIV infections by mode of transmission in West Africa: a multi-country analysis. Dakar, Senegal, 2010.
- Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2013.

- Pant Pai N, et al. Supervised and unsupervised self-testing for HIV in high- and low-risk populations: a systematic review. *PloS Medicine*, 2013, 10(4):e1001414.
- March 2014 supplement to the consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, recommendations for a public health approach, 2013. World Health Organization, 2014, pp. 12-17.
- Personal communication with Napierala Mavedzenge, S. 14th, February 2014.

Projet pilote mené par Solthis autour de la prévention et du dépistage mobile du VIH et des IST chez les personnes les plus à risque, dans la région de Ségou au Mali.

Au Mali, la prévalence du VIH en population générale (15-49 ans) est estimée à 0,9%. Chez les professionnelles du sexe (PS) et chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) elle est estimée respectivement à 25% et 17%. La stigmatisation et la discrimination dont sont victimes ces populations, notamment dans la zone rurale de Ségou, sont des freins à la prévention, au dépistage et à la prise en charge, situation récemment aggravée par le conflit malien. L'objectif de ce projet pilote, démarré en décembre 2012, était de renforcer l'accès à l'information sur le VIH et les IST et de rendre accessible le dépistage et la prise en charge.

Tout d'abord un état des lieux des populations à risque et de leurs sites de vie sociale a été réalisé à Ségou. Puis, grâce à l'appui d'ONG locales, des leaders de groupes à risque ont été identifiés. Entre décembre 2012 et décembre 2013, 30 leaders ont ainsi été formés sur le VIH et sur les techniques de mobilisation pour faciliter l'organisation d'interventions auprès de leurs pairs. Ces derniers ont été identifiés par une méthode d'approche à effet «boule de neige»¹. 20 interventions ciblées ont été réalisées dans des bars, des garnisons, des sites de saisonniers, des abords d'hôtels, des lieux de rencontres informelles de HSH. Cette stratégie d'interventions ciblées a permis d'informer et de sensibiliser des personnes appartenant à ces groupes à risque d'accès généralement difficile à Ségou. Au total, ce sont 948 personnes qui ont été sensibilisées. 260 volontaires (27,4%) ont pu être dépistés et 7 cas (3%) positifs pour le VIH ont été relevés dont 4 professionnelles du sexe, 1 HSH, 1 saisonnier et 1 enseignant, et 22 personnes présentaient des signes cliniques d'IST. Tous ont été référés vers des centres de santé et de prise en charge. Le tableau ci-dessous présente ces résultats. Une 2^{ème} phase de ce projet pilote devrait être lancée en 2014 et permettre notamment de systématiser le dépistage du VIH et des IST au cours des séances de sensibilisation.

Répartition des interventions ciblées auprès des populations clés, Ségou, Mali, 2013

Populations clés	Nombre d'interventions	Nombre de personnes sensibilisées		
		H	F	Total
HSH	2	68	0	68
PS	4	0	88	88
Clients PS		39	0	39
Porteurs d'uniforme	2	395	55	450
Guides touristiques	2	55	0	55
Saisonniers	10	171	77	248
Total	20	728	220	948

1. Méthode qui consiste à partir d'un certain nombre de personnes faisant partie de la population recherchée, de se baser sur leurs réseaux sociaux, amitiés, relations, etc. pour recruter de nouveaux sujets, qui eux-mêmes en désigneront d'autres.

Les temps forts de Solthis

À LA 7^e CONFÉRENCE

Le Symposium CASSIS

Lundi 28 avril de 12h15 à 13h30, salle Rondelet

CASSIS, réussir l'intégration des données VIH dans le système national d'information sanitaire

Le projet CASSIS développé au Niger et en Guinée depuis 2013 vise à améliorer l'accès aux soins et le système d'information sanitaire (SIS) des programmes VIH/sida financés par le Fonds Mondial. Partant du constat que les données de la prise en charge médicale du VIH collectées sur les sites étaient souvent incomplètes et irrégulièrement transmises aux directions régionales puis nationales de santé, l'un des objectifs du projet CASSIS est de renforcer les capacités des acteurs du circuit de collecte et d'analyse des données VIH en termes de compétences, procédures et outils. En effet, disposer de données complètes, exactes et harmonisées, permet d'obtenir des indicateurs fiables des performances de la prise en charge du pays et ainsi d'assurer le pilotage stratégique du programme VIH national. Il s'agit également de relever le défi de l'intégration de ces données dans le système national d'information sanitaire afin de renforcer l'intégration des programmes verticaux VIH au sein des systèmes de santé et permettre un regard global sur la politique sanitaire menée.

Déroulé du symposium

- **Introduction** : les origines du projet CASSIS
- **Retours d'expérience terrain** : CASSIS en Guinée
- **Un partenariat d'expertise** avec l'ONUSIDA
- **DHIS-2** : un outil informatique puissant au service de l'intégration des données dans le système national d'information sanitaire - Université d'Oslo
- **Synthèse et conclusion**

CASSIS en bref

CASSIS est le fruit d'un engagement collectif de partenaires dont Solthis est le chef de file :

- **Guinée** : Secrétariat exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida (SE/CNLS) et Programme national de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/sida (PNPCSP) et l'ONUSIDA Guinée
- **Niger** : Cellule Intersectorielle de Lutte contre le Sida (CISLS) et Unité de Lutte Sectorielle contre le Sida (ULSS) et l'ONUSIDA Niger

Projet d'une durée de 3 ans, de février 2013 à février 2016, avec un budget de 2,2 Millions € dont 1,5 Million € financés dans le cadre de l'initiative 5% et 700 000 € de la Fondation Bettencourt Schueller.

En savoir plus

Découvrez la plaquette de présentation CASSIS sur le stand Solthis et lors du symposium



INTERNATIONALE FRANCOPHONE VIH / HÉPATITES

27 AU 30 AVRIL 2014 AU CORUM DE MONTPELLIER

Nos 4 présentations orales

● Epidémiologie

Nouvelles méthodes pour estimer l'incidence de l'infection par le VIH dans les pays à ressources limitées à partir des données de surveillance sur les personnes initiant un TARV : une approche par rétrocalcul. Présentée par Jacques Ndawinz

lundi 28 avril à 11h30
– Session S6 Epidémiologie, salle Joffre 2/3

● Tuberculose et infections opportunistes – Niger

Performance et coût-efficacité d'algorithmes diagnostiques de la tuberculose pulmonaire chez les personnes vivant avec le VIH à Niamey. Présentée par le Dr Eric d'Ortenzio

lundi 28 avril à 15h20 – Session S8 Tuberculose et infections opportunistes – salle Joffre 1

● De la PTME à l'eTME – Sierra Leone

Une initiative réussie d'amélioration de la qualité dans le suivi des enfants exposés au VIH : l'expérience de l'Ola During Children's Hospital (ODCH), l'hôpital pédiatrique de référence à Freetown. Présentée par Sophie Calmettes

mardi 29 avril à 16h30 – Session S20 Pédiatrie 1 – salle Pasteur

● Financement de la PEC au long cours

VIH, qui paie quoi en Afrique – Mini Lecture de Louis Pizarro

mardi 29 avril à 15h – Session S23 Financement de la PEC au long cours et coûts des médicaments – salle Barthez

Nos 14 posters

Tous les posters sont affichés en salle Antigone 1 et 2 par catégorie. Présence de l'auteur ou coauteur de la délégation Solthis selon le numéro : PO L le lundi entre 13h45 et 14h45 et PO M le mardi entre 13h45 et 14h45.

● De la PTME à l'eTME

➤ la mise en place de nouveaux outils de collecte des données PTME en Guinée Conakry : l'appui de l'ONG Solthis

PO M2.32

➤ PEC des femmes enceintes infectées par le VIH et suivi de leurs enfants exposés par des sages-femmes au Niger

PO L19.1

● Comorbidités VIH

➤ Infections opportunistes neurologiques chez les patients infectés par le VIH : améliorer le diagnostic et réduire la mortalité à l'Hôpital Universitaire de Freetown, Sierra Leone

PO L6.15

➤ Exemple de modèle d'intégration des activités conjointes tuberculose (TB) - VIH au Centre National Anti-Tuberculeux (CNAT) de Niamey, Niger

PO L6.47

● Observance et perdus de vue

➤ Amélioration de la rétention des adultes nouvellement dépistés séropositifs dans un hôpital public secondaire, Freetown, Sierra Leone

PO L12.21

➤ Evaluation des pratiques de dispensation et des effets produits sur les connaissances des patients, sur l'observance aux traitements et sur l'expérience des soins reçus. Résultats dans 2 hôpitaux de Freetown en Sierra Leone

PO M12.22

➤ Rétention après l'initiation du traitement antirétroviral des PVVIH au Niger : une analyse de survie à partir de la base nationale de données

PO L12.23

● Dépistage

➤ Dépistage familial du VIH : une expérience communautaire performante au Niger

PO M3.6

● La formation et la délégation des tâches

➤ Mise en place d'une PEC psychologique des PVVIH dans un contexte de ressources humanitaires limitées au Niger

PO M21.14

➤ Améliorer les pratiques professionnelles pharmaceutiques par du tutorat. Effets sur la rétention des personnes vivant avec le VIH (PvVIH) dans quatre sites de prise en charge du VIH en Guinée

PO M21.2

➤ Démarche d'amélioration de la qualité appliquée dans 9 structures sanitaires secondaires de Conakry et Boké- Guinée

PO L21.7

● Infection VIH chez l'enfant

➤ Un collaboratif national pédiatrique au service du dépistage et de la PEC des enfants infectés par le VIH au Niger : résultats de la première année

PO M7.14

● Financement des programmes de prise en charge

➤ Agir précocement face aux ruptures de stocks d'ARV : Développement d'un outil d'alerte précoce de rupture de stocks en Guinée

PO M17.10

➤ Mécanismes de coordination et de suivi des approvisionnements et des stocks pour sécuriser la disponibilité des produits de santé des programmes VIH Etude dans 5 pays d'Afrique de l'Ouest

PO M17.4

Nous vous attendons sur notre stand Solthis n°20

Nouvelle méthode pour estimer l'incidence de l'infection données de surveillance sur les personnes initiant un

Contexte

Dans les pays à ressources limitées et en particulier dans les pays d'Afrique subsaharienne, les programmes nationaux de surveillance de l'épidémie du VIH ont été historiquement conçus pour mesurer la prévalence du VIH. Or, la prévalence du VIH n'est pas un indicateur efficace pour évaluer la dynamique de la transmission du VIH car elle ne permet pas de dissocier les infections au long cours des nouvelles infections dans une population. Ainsi, afin de piloter au mieux les politiques de prévention, il est recommandé d'intégrer la mesure de l'incidence (le nombre de nouvelles infections) dans les programmes nationaux de surveillance de l'épidémie du VIH¹.

Jusqu'ici, les méthodes statistiques développées dans les pays industrialisés, essentiellement basées sur la notification des cas de VIH ou de sida, ont rarement été mises en œuvre pour estimer l'incidence du VIH dans les pays à ressources limitées, en raison de l'incomplétude voire de l'inexistence des systèmes de surveillance requis pour la mise en place de ce type de méthode²⁻⁴. L'estimation de l'inci-

dence du VIH dans les pays à ressources limitées repose sur des modèles mathématiques utilisant les données d'enquêtes de prévalence^{5,6}. Ces modèles sont fondés sur l'idée que, sous certaines hypothèses, le nombre de nouvelles infections peut être estimé à partir de deux enquêtes répétées de prévalence.

Dans la majorité des pays d'Afrique subsaharienne, les estimations nationales de l'incidence du VIH sont obtenues uniquement via le logiciel EPP/Spectrum, développé par l'ONUSIDA. EPP/Spectrum est un outil qui repose sur un modèle mathématique permettant d'estimer l'incidence du VIH à partir des données provenant de la sérosurveillance sentinelle des femmes enceintes et plus récemment des enquêtes démographiques et de santé⁷⁻¹⁰. Cependant, il est très utile de disposer de plusieurs méthodes basées sur des sources de données et des hypothèses différentes afin d'affiner les estimations. C'est pourquoi il est important de développer d'autres méthodes basées sur les données de prévalence. Dans ce contexte, un modèle de rétrocalcul permettant d'estimer l'incidence du VIH à partir des

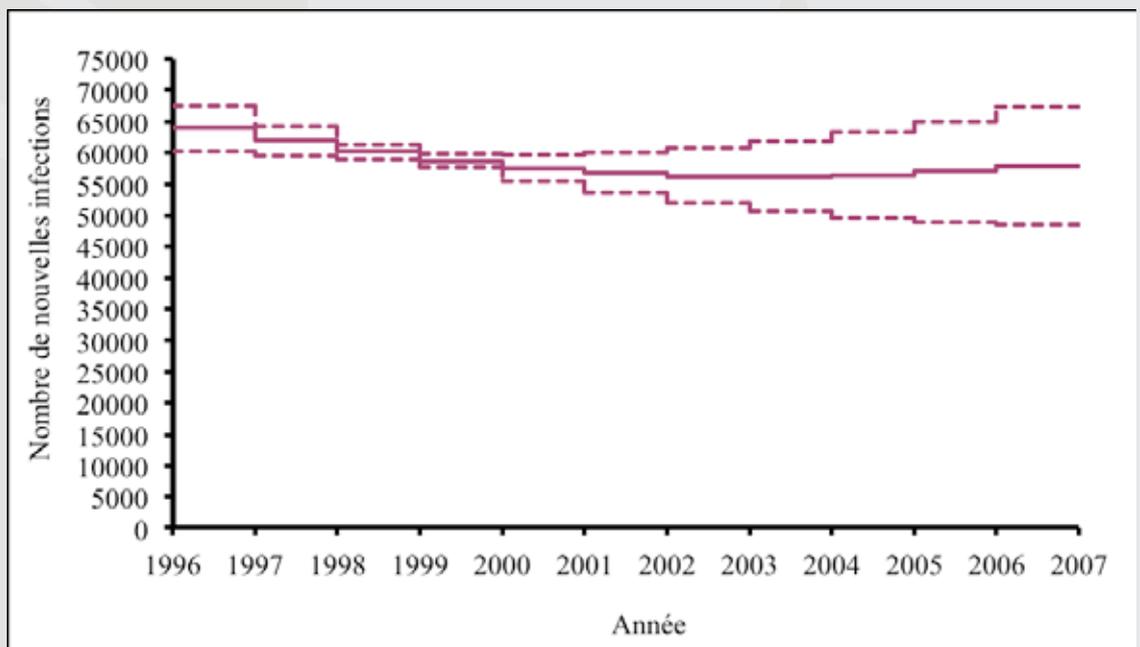
données de surveillance sur les personnes initiant un traitement antirétroviral (TARV) a été développé pour les pays où ces données sont disponibles. Cette étude va être présentée le 28 avril 2014 à l'occasion de la 7^{ème} conférence AFRAVIH 2014. Nous revenons dans cet article sur les points forts de cette étude.

Nouvelle approche par rétrocalcul : application aux données camerounaises

Méthodologie

Le modèle de rétrocalcul qui a été développé repose sur l'idée que les nombres de nouvelles personnes vivant avec le VIH ayant initié un TARV sont le reflet des infections à VIH survenues dans le passé. Ainsi, à partir de ces nombres, corrigés, on peut estimer l'incidence du VIH, si l'on connaît la distribution des délais entre l'infection et l'initiation du TARV et l'on prend en compte la mortalité avant l'initiation du TARV. Cette méthode a été appliquée aux données camerounaises. Les nombres de nouvelles personnes ayant initié un TARV ont été

Figure 1 : Estimation du nombre annuel de nouvelles infections par le VIH survenues dans la population adulte (15 ans et +) au Cameroun au cours de la période 1997-2007. Les traits discontinus représentent les limites inférieures et supérieures des intervalles de confiance bootstrap à 95%.



Jacques Ndawinz
Responsable Système d'Information Sanitaire, Solthis

par le VIH dans les pays à ressources limitées à partir des traitements antirétroviraux : une approche par rétrocalcul

obtenus à partir du système de surveillance et corrigés à partir d'une enquête réalisée sur un échantillon de sites de prise en charge des patients VIH. La distribution des délais entre l'infection et l'initiation du TARV a été estimée à partir de données sur les taux de CD4 d'un échantillon de personnes ayant initié un TARV, tandis que les données sur la mortalité proviennent de la littérature.

Résultats

En appliquant cette nouvelle méthode aux données camerounaises, il a été estimé qu'au Cameroun, l'incidence de l'infection à VIH dans la population adulte (15 ans et +) a baissé de 63900 (intervalle de confiance bootstrap (IC) à 95%: 60200-67400) à 58500 (IC à 95%: 57400-59600) entre 1997 et 2000, puis s'est stabilisée au cours de la période 2000-2007, pour atteindre 57700 (IC à 95% : 48400-67100) en 2007 (voir figure 1). Au cours de la période 1997-2007, entre 32000 et 44000 nouvelles infections sont survenues chaque année chez les femmes et entre 20000 et 25000 chez les hommes. En 2007, le taux d'incidence était de 8 pour 1000 personnes chez les femmes et 4 pour 1000 personnes chez les hommes.

Perspectives d'application

Les efforts entrepris par les pays à ressources limitées au cours de ces dernières années dans la prise en charge des malades et leur suivi (offre de soins et décentralisation) ont amélioré les systèmes d'information sanitaire des patients VIH mis sous TARV. Les centres de prise en charge des patients VIH produisent ainsi des statistiques sur les nouveaux patients VIH mis sous TARV. Ces données offrent donc l'opportunité de mettre en place cette nouvelle méthode pour estimer l'incidence du VIH dans la majorité des pays à ressources limitées et en outre de disposer de plusieurs méthodes pour affiner les estimations produites. Au Cameroun par exemple, l'application de cette nouvelle méthode a permis de reconstruire la courbe de l'incidence du VIH sur la période 1997-2007. Les estimations obtenues montrent que le nombre de nouvelles infections à VIH ne baisse pas au Cameroun et que les deux tiers des infections surviennent chez les femmes. A partir de cette nouvelle méthode de rétrocalcul, il est aussi possible de prédire le nombre de personnes qui initieront un TARV dans le futur proche. Ces projections

se révèlent donc très utiles pour quantifier les besoins futurs en antirétroviraux. ■

1. Horton R, Das P. Putting prevention at the forefront of HIV/AIDS. *Lancet* 2008;372:421-422.
2. Becker NG, Lewis JJ, Li Z, McDonald A. Age-specific back-projection of HIV diagnosis data. *Stat Med* 2003;22:2177-2190.
3. Hall HI, Song R, Rhodes P, Prejean J, An Q, Lee LM, et al. Estimation of HIV incidence in the United States. *JAMA* 2008;300:520-529.
4. Ndawinz JD, Costagliola D, Supervie V. New method for estimating HIV incidence and time from infection to diagnosis using HIV surveillance data: results for France. *AIDS* 2011;25:1905-1913.
5. Ades AE, Medley GF. Estimates of disease incidence in women based on antenatal or neonatal seroprevalence data: HIV in New York City. *Stat Med* 1994;13:1881-1894.
6. Hallett TB, Stover J, Mishra V, Ghys PD, Gregson S, Boerma T. Estimates of HIV incidence from household-based prevalence surveys. *AIDS* 2010;24:147-152.
7. Brown T, Grassly NC, Garnett G, Stanecki K. Improving projections at the country level: the UNAIDS Estimation and Projection Package 2005. *Sex Transm Infect* 2006;82 Suppl 3:iii34-40.
8. Brown T, Salomon JA, Alkema L, Raftery AE, Gouws E. Progress and challenges in modelling country-level HIV/AIDS epidemics: the UNAIDS Estimation and Projection Package 2007. *Sex Transm Infect* 2008;84 Suppl 1:i5-110.
9. Stover J, Brown T, Marston M. Updates to the Spectrum/Estimation and Projection Package (EPP) model to estimate HIV trends for adults and children. *Sex Transm Infect* 2012;88 Suppl 2:i11-16.
10. Stover J, Johnson P, Zaba B, Zwahlen M, Dabis F, Ekpini RE. The Spectrum projection package: improvements in estimating mortality, ART needs, PMTCT impact and uncertainty bounds. *Sex Transm Infect* 2008;84 Suppl 1:i24-i30.



**Venez écouter la présentation orale
de Jacques Ndawinz**

**Lundi 28 avril à 11h30
Session S6 Epidémiologie
Salle Joffre 2/3**

Intégration de la gestion des produits de santé de la système pharmaceutique national: un modèle en

Le Cas de la Sierra Leone

Contexte global

Permettre aux populations d'avoir accès à des médicaments de qualité, sûrs, efficaces et correctement utilisés, est un défi majeur des politiques pharmaceutiques nationales. La mise en œuvre de systèmes nationaux d'approvisionnement et de distribution, bien structurés, coordonnés et efficaces, est un des piliers de ces politiques.

Malheureusement, on assiste davantage à une multiplication et une fragmentation à tous les échelons de ces systèmes nationaux¹. En effet, le manque de confiance des partenaires internationaux dans ces systèmes conduit à une multiplication des sources et systèmes de financement, créant ainsi des difficultés pour les Etats à jouer leur rôle de coordinateur global du système.

Ainsi, les programmes verticaux tels que les programmes VIH/sida font très souvent appel à leur propre système d'approvisionnement et de distribution pour les produits de la prise en charge (antirétroviraux, médicaments pour les infections opportunistes, tests de dépistage,

réactifs de suivi biologique, préservatifs, ...). C'est le cas en Sierra Leone notamment où, pour le moment, le National Aids Secretariat (NAS), récipiendaire principal de la subvention VIH Round 9 du Fonds mondial est en charge d'acheter, de stocker et de livrer l'ensemble des produits de la prise en charge du Vih /sida directement au niveau des structures de santé.

Fonctionnement actuel du système pharmaceutique national et projet de création d'une unité nationale d'approvisionnement

Actuellement le système fonctionne à partir d'une centrale d'achat nationale (Central Medical Store) en charge d'approvisionner les districts en médicaments essentiels et en médicaments pris en charge dans le cadre de la gratuité. Les autorités sanitaires des districts, appuyées par l'UNICEF pour les médicaments de la gratuité, sont ensuite responsables d'approvisionner les centres de santé de leurs districts.

Depuis quelques années le Gouvernement de Sierra Leone a décidé de renforcer et d'autonomiser cette centrale d'achat nationale en créant une nouvelle structure publique nationale pour approvisionner et distribuer tous les produits de santé dans le pays: the National Pharmaceutical Procurement Unit (NPPU). La mise en œuvre de ce projet, qui devrait être opérationnel à la mi-2014, se fait grâce à une collaboration avec divers bailleurs comme l'UNICEF et avec l'appui technique de Crown Agents, société de développement internationale.

Intégration de la gestion des produits VIH/sida au sein du système pharmaceutique national en restructuration :

Dans le contexte actuel, l'opportunité de réintroduire la gestion des produits liés à la prise en charge du VIH dans le système pharmaceutique national est actuellement à l'étude.



prise en charge du VIH/Sida au sein du construction.

Les phases préalables indispensables à cette intégration

Transférer les achats ainsi que les activités de gestion, stockage, commande et distribution du programme VIH, au sein d'un système national lui-même en pleine évolution, nécessite la mise en place de phases préalables afin de faciliter cette intégration à différents niveaux :

● Au niveau des hôpitaux et centres de santé périphériques.

Dans ces structures de santé, les pharmaciens n'étaient jusqu'alors pas impliqués dans la gestion des stocks et la dispensation des traitements VIH, gérés uniquement par les conseillers VIH au sein d'unités spécifiques. Ces conseillers collaboraient directement avec le NAS, chargé d'approvisionner directement ces unités VIH.

Il a été décidé de laisser l'activité de dispensation à la charge du conseiller VIH, mais de confier l'ensemble des activités liées à la gestion des stocks des produits VIH aux pharmaciens. Ceux-ci doivent dorénavant approvisionner les unités VIH comme n'importe quel autre service au sein de l'hôpital.

● Au niveau des districts sanitaires (autorités locales de santé)

De la même manière, les pharmaciens n'étaient jusqu'alors pas impliqués sur la distribution et le suivi des produits de la prise en charge du VIH. Ils sont dorénavant responsables de la distribution et du suivi des produits VIH : ils doivent approvisionner l'ensemble des centres périphériques de leur district et suivre et superviser les activités liées à la gestion de ces produits.

Pour garantir la mise en œuvre de cet objectif ambitieux, des réunions trimestrielles sont organisées entre le NAS et les pharmaciens des districts.

Action de Solthis

Dans le cadre de sa démarche de renforcement des capacités des systèmes de santé nationaux, Solthis encourage la mise en place de tels cadres uniques et coordonnées. C'est pourquoi Solthis accompagne cette phase préalable à l'intégration du système VIH dans le système national par :

- la formation de l'ensemble des pharmaciens concernés aux spécificités des produits de la lutte contre le VIH et sur la gestion de ces produits
- un appui technique spécifique auprès des pharmaciens des sites soutenus régulièrement à Freetown
- un soutien à l'harmonisation des outils et

systèmes de gestion de l'information logistique et pharmaceutique. Cette étape importante vise à une intégration optimale de la gestion des produits VIH avec les autres produits de santé.

Difficultés de réalisation pratique :

Malgré l'allocation de budgets dédiés, notamment sur financement Fonds mondial, la réalisation de ces étapes préalables à l'intégration est complexe, et l'opérationnalisation de ce projet est confrontée à plusieurs difficultés ce qui fragilise parfois la mise en œuvre d'un programme aussi ambitieux.

● Au niveau des hôpitaux, la confusion persiste entre le rôle des conseillers VIH qui ont gardé la dispensation des traitements et celui des pharmaciens qui ont récupéré l'approvisionnement des produits VIH. Le manque de coordination entre ces 2 acteurs engendre des retards dans l'envoi des rapports et des commandes au NAS, et donc dans le traitement des commandes puis de leurs livraisons.

● Au niveau des districts, alors que les budgets sont habituellement gérés par les DMO (District Medical Officers), le NAS et le Fonds mondial ont responsabilisé les pharmaciens sur la gestion budgétaire des activités de distribution et de supervision relatives au VIH. Cette dissociation de la gestion budgétaire des activités VIH occasionne des dysfonctionnements au sein des districts avec des répercussions notamment sur la planification des livraisons et sur les supervisions formatives des sites périphériques.

Ces difficultés sont en majorité dues à l'insuffisance du cadre de collaboration entre le NAS et le Ministère de la Santé (MoHS). Un tel cadre permettrait de mieux structurer les différentes étapes de cette intégration, la définition des rôles et des responsabilités de chacun des acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et les étapes pour y parvenir.

Positionnement des bailleurs

Les bailleurs comme le Fonds mondial sont invités à utiliser dès à présent le NPPU pour l'achat et la distribution des produits qu'ils financent. Dans le cadre de la phase 2 du Round 9 (Janvier 2013 à Décembre 2015) du Fonds mondial sur la subvention VIH, le NAS est actuellement confronté à plusieurs difficultés pour répondre aux exigences du Fonds mondial en termes de gestion et de mise en œuvre du plan d'approvisionnement des produits de santé. Alors que la solution du Voluntary Pooled Procurement (VPP – un système d'approvisionnement où les commandes sont

gérées directement par le FM) est généralement proposée par le Fonds mondial dans ces situations, le NPPU est une alternative qui doit être envisagée et soutenue. L'investissement des différents partenaires financiers au sein du NPPU permettrait d'améliorer la cohérence et l'efficacité du système national tout en mutualisant les coûts.

Toutefois, le développement du NPPU a pris du retard et freine les discussions avec les potentiels bailleurs. Ne pouvant s'engager sur une structure qui n'a pas fait ses preuves, le Fonds mondial semble encore hésitant à accompagner le NAS à transférer certaines activités au NPPU, que ce soit au niveau des achats comme au niveau du stockage ou des livraisons. Un audit du NPPU est néanmoins planifié dans les semaines à venir par le Fonds mondial afin d'examiner plus en détail la faisabilité d'un tel transfert.

L'intégration de la gestion des approvisionnements d'un programme fonctionnant de façon totalement verticale, au sein d'un système national, demande du temps et implique l'adhésion de l'ensemble des acteurs nationaux et des partenaires techniques et financiers concernés. Pour ces derniers, il ne faudra pas sauter sur la facilité de changer de système à la moindre difficulté mais s'engager durablement dans son développement. Pour la Sierra Leone, même si la route est encore longue, le projet est lancé et Solthis continuera d'appuyer ce processus, notamment en créant un cadre de communication entre les différentes institutions et bailleurs impliqués dans cet ambitieux challenge. Un processus à suivre ! ■

1. Echelon du cycle d'approvisionnement : sélection, quantification, achat, stockage/gestion de stock, distribution, dispensation, système d'assurance qualité, gestion de l'information et suivi-évaluation.

2. Dans le cadre des programmes que l'UNICEF soutient pour la gratuité de la prise en charge des mères et des enfants de moins de 5 ans



La 21^{ème} conférence annuelle sur les rétrovirus et les infections opportunistes (CROI) s'est déroulée cette année à Boston du 3 au 6 mars 2014. Depuis sa création en 1993, la CROI est devenue l'une des plus importantes conférences scientifiques annuelles sur le VIH et les infections opportunistes. Solthis revient dans cet article sur les points saillants de cette édition.

Cette année, ce sont plus de 4000 participants impliqués dans la recherche sur le VIH/sida, issus de 85 pays, dont la moitié hors Etats-Unis, qui ont échangé sur les problématiques actuelles et futures que pose la recherche dans le domaine des rétrovirus, et particulièrement du VIH.

Les différentes communications présentées ont essentiellement porté sur: i) la recherche fondamentale sur le VIH, ii) les récents progrès et résultats d'essais cliniques sur les traitements antirétroviraux (TARV) et l'hépatite C, iii) l'analyse des données épidémiologiques actuelles sur la prévention du VIH et la prise en charge thérapeutique, et les implications de ces données pour la santé publique et la planification des programmes.

Hépatite C

Avec plus d'une centaine de communications associées, l'hépatite C a clairement été l'une des thématiques phares de la CROI. Le TasP et l'hépatite B ayant fait de leur côté l'objet de très peu de communications.

Les récents travaux sur l'efficacité d'une nouvelle génération d'antiviraux à action directe (AAD) pour le traitement de l'hépatite C en mono-infection ou en co-infection avec le VIH ont retenu notre attention. En effet, l'essai SYNERGY de phase 2¹, a permis de montrer qu'une bithérapie (Sofosbuvir et Ledipasvir) combinée avec un AAD (l'inhibiteur non nucléosidique de la polymérase ou l'inhibiteur de protéase du VHC) administré à des patients difficiles à traiter conduisait à une charge virale indétectable après 6 semaines de traitement chez 95% des patients. L'étude PEARL III² a démontré un guérison chez 99% de patients naïfs après 12 semaines de traitement par trithérapie (ABT-450/r/267+ABT-333±RBV) à action directe. Au-delà de ces nouvelles combinaisons thérapeutiques contre le VHC, une autre étude réalisée par Everson a mis en évidence que l'administration orale de certaines molécules combinées (Daclatasvir+Asunaprevir+BMS-791325) permettait d'avoir une charge virale indétectable après 12 semaines de traitement chez 92% de patients naïfs³.

Prévention

Les résultats intermédiaires de l'étude PARTNER montrent l'efficacité du traitement comme outil préventif⁴. En effet, dans cette étude, un taux de transmission nul du VIH a été observé chez 894 couples sérodifférents (1/3 étaient des couples gays) ayant des pratiques sexuelles non protégées et dont le partenaire séropositif avait une charge virale indétectable. Toujours dans le cadre de la prévention, deux études de Andrews sur les

singes macaques ont mis en évidence que la prophylaxie pré-exposition par voie injectable (en une dose) est possible et offre une protection de longue durée^{5,6}.

L'accès à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Mark F. Saeed Ahmed à travers sa présentation, a examiné les avantages et les risques de la mise en œuvre de l'option B+⁷. Il a ainsi montré qu'au Malawi, le passage de l'option A ou B à l'option B+ a permis une amélioration substantielle de l'accès aux services de PTME. Néanmoins des préoccupations sur l'exposition des fœtus et des nourrissons aux TARV et sur l'adhésion au TARV des femmes enceintes et allaitantes demeurent.

L'étude prospective menée par Choko et réalisée sur un échantillon de 16660 personnes, résidant dans une même zone géographique, a permis d'évaluer une nouvelle stratégie de dépistage du VIH, celle de l'autotest⁸. Il se dégage de cette étude que 76% des résidents ont utilisé cet autotest, dont 67% d'hommes. La plus grande fréquence d'utilisation a été observée chez les jeunes de moins de 19 ans. 9% de résidents ont confié que leur test était positif parmi lesquels 25% étaient déjà sous TARV. Ces résultats montrent la faisabilité de cette stratégie de dépistage et un taux d'acceptabilité élevée (pour plus de détails sur cette stratégie de dépistage par l'autotest, voir le dossier de cette Lettre «Populations clés et dépistage en Afrique de l'Ouest»).

Des travaux sur la cascade du TARV pour évaluer ou améliorer la prise en charge des patients ont aussi été présentés. William Reidy dans son étude a ainsi montré que la surestimation des perdus de vue induit un risque d'erreur pour évaluer la rétention ou la mortalité des patients VIH suivis en routine dans les hôpitaux de prise en charge⁹. Les résultats d'un nouveau modèle d'enquête de séroprévalence du VIH en population intégrant la mesure du nombre de CD4, de la charge virale et de la concentration des ARV dans le sang chez les personnes diagnostiquées VIH+ ont été présentées par Huerga¹⁰. Cette étude a permis d'évaluer la cascade du TARV au niveau communautaire et d'identifier les groupes cibles : l'étude ayant montré, entre autres, que les hommes jeunes sont rarement sous TARV lorsqu'ils remplissent les conditions d'éligibilité. Enfin, dans sa présentation, McNairy a comparé deux types de cascade d'accès aux soins : la cascade classique permettant de calculer la rétention au TARV à partir des données des patients sous ARV et une cascade alterna-

tive permettant de mesurer la rétention dans le suivi médical en combinant les données des patients pré-ARV et sous ARV¹¹. Dans cette étude, l'auteur montre que la cascade alternative est efficace pour évaluer de façon complète la performance des programmes VIH.

Statistiques sur les communications de cette 21^{ème} CROI

Sur un total de 2137 résumés soumis cette année, 953 ont été acceptés: 111 pour une présentation orale et 842 comme posters. En considérant le pays d'affiliation du premier ou du dernier auteur du résumé accepté, 106 résumés acceptés (15 présentations orales et 91 posters) proviennent des pays d'Afrique subsaharienne soit 11% du total des communications acceptées. On note une prédominance des pays d'Afrique anglophone (99 résumés sur 106) avec une forte représentation de l'Afrique du sud (37 résumés), de l'Ouganda (19 résumés) et du Kenya (16 résumés). Seuls 7 résumés avec un premier ou un dernier auteur affilié dans un pays d'Afrique francophone ont été répertoriés. Bravo à nos collègues africains francophones dont les résumés ont été acceptés: le Cameroun (4 résumés), la Côte d'Ivoire (2 résumés) et le Sénégal (1 résumé).

La CROI 2014 a montré l'importance des travaux dédiés à l'hépatite C. Elle a également permis de faire le constat que la mobilisation et les synergies des chercheurs autour des nouveaux concepts de recherche vis-à-vis de l'épidémie du VIH et d'autres infections ne fléchissent pas. Si le chemin vers un traitement curatif du VIH semble encore long, de nouveaux résultats sur le traitement préventif donnent de l'espoir pour un meilleur contrôle de la transmissibilité du VIH. ■

1. Kohli, A. et al., Combination Oral, Hepatitis C Antiviral Therapy for 6 or 12 Weeks: Final Results of the SYNERGY Trial. Abstract #27LB.
2. Ferenci, P. et al., PEARL III: SVR ≥99% After 12 Wks of ABT-450/r/267 + ABT-333 ± RBV in Treatment Naive HCV GT1b Infection. Abstract #291LB.
3. Everson, G.T. et al., All-Oral Combination of Daclatasvir, Asunaprevir, and BMS-791325 for HCV Genotype 1 Infection. Abstract #25.
4. Rodger, A. et al., HIV Transmission Risk Through Condomless Sex If HIV+ Partner On Suppressive ART: PARTNER Study. Abstract #153LB.
5. Andrews, C.D. et al., Correlating GSK1265744 Plasma Levels To Prevention of Rectal SHIV Transmission in Macaques. Abstract #39.
6. Andrews, C.D. et al., GSK1265744 Long-Acting Protects Macaques Against Repeated High-Dose Intravaginal Challenges. Abstract #941LB.
7. Ahmed, S., Treatment of Pregnant and Breast-Feeding Women: Evidence and Rationale for Option B+. Abstract #158.
8. Choko, A.T. et al., One Year Outcomes Following Community-Based HIV Self-Testing: A Prospective Study in Malawi. Abstract #147.
9. Reidy, W. et al., Loss To Follow-Up: Determining Outcomes for Adults Enrolled in HIV Services in Kenya. Abstract #1061.
10. Huerga, H. et al., Moderate HIV Incidence and High ART Coverage in Rural Kwazulu-Natal: First Population-Based Survey. Abstract #152LB.
11. McNairy, M.L. et al., A New Paradigm for Evaluating the HIV Care Cascade. Abstract #151.

Zoom sur le 31^{ème} Conseil d'Administration du Fonds Mondial

Les 6 et 7 mars derniers s'est tenu à Jakarta le 31^{ème} Conseil d'Administration du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FM), auquel s'est rendu, au sein de la délégation française, Hélène Roger nouvelle chargée du plaidoyer Fonds Mondial au sein de l'équipe Solthis. L'occasion de faire le point sur la réforme en cours du FM et ses actualités.

Rappel de l'issue de la 4^{ème} conférence de reconstitution des ressources du FM

Tenue en décembre 2013 à Washington, cette conférence a permis de récolter la somme la plus importante jamais promise en faveur de la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. En effet, les dirigeants de vingt-cinq pays, ainsi que la Commission européenne, des fondations et des entreprises privées ou encore des organisations confessionnelles, se sont engagés à verser des contributions à hauteur d'un montant initial de 12 milliards de



© Fonds Mondial

dollars US pour la période 2014/2016. Si cette somme représente une augmentation de 30% par rapport à celle de la précédente conférence de reconstitution (période 2011 à 2013), elle reste toujours en deçà de l'objectif fixé par le directeur du fonds mondial lui-même à 15 milliards de dollars US. Pour mémoire, près de 18 millions de personnes sont toujours en attente de traitements ARV dans le monde, et l'objectif de l'accès universel fixé à 2015 semble aujourd'hui difficilement atteignable.

Conclusions du Conseil d'Administration de Jakarta

■ Approbation du Nouveau Modèle de Financement.

L'approbation officielle de ce nouveau modèle de financement a donc eu lieu lors du Conseil d'Administration des 6 et 7 mars à Djakarta. Il vise à investir de la manière la plus stratégique et la plus efficace possible l'argent récolté lors de la conférence de reconstitution des ressources à Washington. Voici les grands principes de ce modèle :

- Renforcer l'impact des actions du FM, en recentrant les ressources disponibles sur les pays les plus touchés et les moins à même de payer,
- Garantir une meilleure prévisibilité, avec des enveloppes prédéfinies pour chaque pays pour les 3 maladies,
- Récompenser l'ambition, par un système de mise en concurrence des projets permettant d'avoir un complément de financement pour des projets dont l'impact est particulièrement convaincant
- Mettre en place un calendrier plus souple, sans date de candidatures fixes, qui permette aux pays de solliciter un financement en fonction de leurs propres échéances pour la période 2014/2016
- Raccourcir la durée moyenne de la procédure à dix mois contre deux ans auparavant. Par ailleurs, il est prévu que ce processus se fasse dans le cadre d'un « dialogue pays » comprenant la participation active de toutes les parties prenantes, mais également que les équipes du FM apportent un soutien actif au pays lors de la préparation de leur demande de financement.

■ Approbation de la répartition des pays en 4 catégories.

Chaque catégorie correspond à un niveau de besoin en ressources calculé à partir d'une formule prenant en compte le niveau de revenus d'un pays, associé à sa charge de morbidité. Ainsi, les 4 pays d'intervention de Solthis (Guinée, Mali, Niger et Sierra Leone) sont tous intégrés dans la catégorie 1 correspondant aux pays à faibles revenus avec une charge de morbidité élevée, et qui seront donc priorités dans les montants d'allocation d'enveloppes par pays.

Lancement du projet Plaidoyer Fonds Mondial

Depuis fin janvier 2014, Hélène Roger, ancienne responsable des programmes internationaux chez Solidarité Sida, a rejoint l'équipe Solthis. Elle est en charge du nouveau projet de plaidoyer auprès du Fonds Mondial financé par une bourse de la Charity Aid Foundation. Ce projet vise à améliorer l'efficacité des subventions du FM par une triple intervention :

- la remontée de données concrètes du terrain illustrant les difficultés de gestion des subventions
- des actions ciblées de plaidoyer
- la formulation de recommandations spécifiques.

■ Financement des « initiatives spéciales »

Le conseil d'administration a décidé de mettre de côté une partie des ressources pour permettre de financer des « initiatives spéciales » ciblant :

- le renforcement des systèmes de données nationaux,
- l'assistance technique pour le développement des notes conceptuelles et le renforcement des capacités des bénéficiaires principaux dans l'élaboration des demandes de subventions,
- l'assistance technique en matière communautaire, de droits de l'homme et de genre,
- l'amélioration du rapport coût-efficacité et la viabilité financière des programmes soutenus par le Fonds mondial.

■ Assouplissement de la durée de mise en œuvre des subventions

Enfin, il a été décidé que, compte tenu du temps nécessaire à la rédaction des notes de concept, la durée de mise en œuvre des subventions serait flexible au niveau de chaque pays (d'une moyenne de trois ans pour la grande majorité d'entre eux mais possiblement réduite ou allongée à la demande des pays) afin de permettre un impact maximal. ■

— Dans les pays —

Célébration des 10 ans de Solthis sur le terrain

Après le grand forum Solthis des 19 et 20 septembre derniers à Paris sur le thème « Sida: nouveaux défis en Afrique », ce sont nos équipes sur le terrain qui se sont mobilisées pour marquer les 10 ans de Solthis en organisant des journées scientifiques ouvertes à tous. Le Niger les a tenues en décembre, la Guinée en février et ce sera le tour du Mali au printemps. L'expo photo « Solthis: 10 ans d'engagement », affichée à Paris en marge du forum, a été exposée en Guinée lors des journées scientifiques qui ont réuni plus de 200 participants. Elle a depuis rejoint le Mali.



L'équipe Guinée lors des journées scientifiques de février 2014

Il est encore temps de voir et revoir l'exposition Photo des 10 ans de Solthis ! www.10ans-solthis.org

Vous pouvez aussi retrouver toutes les présentations de notre Grand Forum des 10 ans de Solthis sur notre site : www.solthis.org/fr/nos-actions/solthis-hiv-forum.html

— Agenda 2014 —

- **3^{ème} congrès mondial sur les hépatites virales** – 1^{er} au 3 mai à Berlin (Allemagne)
- **ISHEID: Symposium international VIH & Maladies infectieuses émergentes** - 21 au 23 mai à Marseille (France)
- **IAPAC: 9^{ème} conférence internationale sur l'adhésion aux traitements HIV et la prévention** - 8 au 10 juin 2014 à Miami (Etats-Unis)
- **JNI: journée nationale d'infectiologie** – 11 au 13 juin à Bordeaux (France)
- **Solthis: Journée scientifique 27 juin à Paris (France)**
- **AIDS: 20^{ème} conférence internationale** – 20 au 25 juillet à Melbourne (Australie)
- **3^{ème} symposium mondial sur la recherche en systèmes de santé** – 30 septembre au 4 octobre – Le Cap (Afrique du Sud)
- **2^{ème} conférence internationale sur VIH/sida, MST et IST, OMICSGroup** – 27 au 29 octobre à Las Vegas (Etats-Unis)
- **HIV Drug Therapy** – 2 au 6 novembre 2014 à Glasgow (Royaume-Uni)

— Nous recherchons —

● Un(e) Chef de Mission en Sierra Leone

Le Chef de mission, basé à Freetown, est encadré par le Directeur des Opérations au siège. Ses principales responsabilités sont d'une part la coordination des activités du programme, l'animation de l'équipe Solthis et la représentation légale de l'association au niveau national, et d'autre part, l'appui technique auprès des organes de coordination nationale.

Prise de poste en juillet 2014

Annonce intégrale sur www.solthis.org

● Un(e) Responsable Administratif, Financier et Logistique au Niger

Le Responsable administratif, financier et logistique assure la coordination pays de l'ensemble des aspects administratifs, logistiques, ressources humaines et financiers des programmes de Solthis (en lien avec le siège). Il s'assure du respect, de la cohérence, de l'harmonisation et de l'appropriation par les équipes des procédures administratives. Basé à Niamey et sous la responsabilité hiérarchique du Chef de Mission (CDM), il

encadre l'équipe administrative et logistique de la mission.

CDD de 5 mois

Prise de poste en juillet 2014

Annonce intégrale sur www.solthis.org



Rencontrez notre responsable RH et des membres de nos équipes terrain sur le stand Solthis n°20

Hommage à Hélène Labrousse

Hélène a occupé le poste de chef de mission de Solthis en Guinée de mars 2011 à juillet 2013, et pour beaucoup d'entre nous, elle a aussi été une amie. Elle a énormément contribué au développement du programme Guinée, portant la vision de Solthis avec intelligence, enthousiasme et conviction. Après s'être battue avec le courage que nous lui connaissons, elle a été emportée par un cancer en octobre dernier. Généreuse, disponible, engagée, elle avait la capacité de s'indigner face à l'injustice, de penser posément et d'agir résolument. Les équipes de Solthis, actuelles et anciennes, ont appris avec une immense peine son décès. Elle nous manque et nous témoignons toute notre amitié à sa famille et à ses proches.



Hommage à Souleymanou Mohamadou

Notre collègue et ami, Souleymanou, coordinateur médical pour Solthis au Niger, est décédé avec son épouse dans un accident de la route le 12 janvier 2014 chez lui au Cameroun. Souleymanou a toujours fait preuve d'une rigueur et d'un engagement sans faille pour la cause que nous défendons à Solthis. Par son action auprès des soignants et des patients, il a beaucoup fait pour la prise en charge du VIH au Niger. Il avait un visage rayonnant et une joie de vivre qu'il partageait avec tous. C'est avec beaucoup d'affliction que nous avons appris son décès. Il va nous manquer profondément. Toutes nos pensées et notre soutien vont à ses trois enfants, sa famille et ses proches.



Équipe Solthis

Présidente de Solthis :

Pr Christine Katlama

Directeur de publication :

Dr Louis Pizarro

Coordination :

Rachel Demol-Domenach

Conception, réalisation & impression :

Agence Graphique & Co

Crédits photos p20 :

Nathanaël Corre pour Solthis

Crédits photos intérieures :

Solthis

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

Numéro ISSN : 2107-0109

Les équipes opérationnelles de terrain

Guinée - Alise Abadie, Abdoulaye Bah, Kambanya Bah, Fanette Blaizeau, Mamadou Oury Cisse, Mouslihou Diallo, Saliou Diallo, Thierno Diallo, Aly Fancinadouno, Gwénaëlle Jung, Dimitri Justeau, Cécé Kolie, Aimé Kourouma, Cécé Kpamou, Pierre-Etienne Martineau, Abdoulaye Il Toure, Hugues Traoré.

Mali - Alain Akondé, Hélène Chambon, Mariame Kante, Dramane Kéïta, Famory Samassa, Mary Sissoko, Hamidou Traore, Alban Vanuxem. **Niger** - Amina Abdoulaye, Moussa Ado Bagida, Ibrahim Diallo, Sanata Diallo, Mamane Harouna, Hadizatou Ibrahim, Roubanatou Maiga, Emmanuel Ouedraogo, Nathanaël Yahannon. **Sierra Leone** - Wole Ameyan, Laure Gigout, Yuan Huang, Memuna Jalloh, Salim Kamara, Kenneth Katumba, David Pelletier, Sandie Robin, Vanessa Wolfman.

Le siège

Rebecca Benhamou, Sophie Calmettes, Rachel Demol-Domenach, Eric D'Ortenzio, Caroline Gallais, Etienne Guillard, Isabelle Loureiro, Vanessa Montroussier, Jacques Ndawinz, Louis Pizarro, Sophie Ouvrard, Hélène Roger

Le groupe de travail

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

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

Solthis vous donne rendez-vous : Journée scientifique de Solthis

Vendredi 27 juin 2014

Amphithéâtre Adicare - Hôpital de la Pitié-Salpêtrière



Comme chaque année Solthis organise une journée de rencontre à Paris entre ses équipes, terrain et siège, et ses partenaires. Retrouvez prochainement sur notre site internet www.solthis.org le programme de cette journée scientifique qui sera suivie de l'Assemblée générale de Solthis. Ouverte à tous, cette journée sera l'occasion de présenter nos projets et de débattre de thèmes d'actualité.

Agissons ensemble !

Pour nous rejoindre,
nous aider, contactez-nous :



Siège

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

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

contact@solthis.org
www.solthis.org