



Soigner  
Accompagner  
Former

Numéro 3 - Décembre 2006



**STOP AIDS**  
KEEP THE PROMISE  
**1er décembre 2006**  
Journée mondiale de lutte contre le Sida

Sommaire

**entretiens**

PARIS Mars 2007: francophonie et VIH  
Pr Christine Katlama p.2

Enfance et VIH au Mali  
Dr Mariam SYLLA p.3

**Solthis au Mali** p.4

**Solthis à Madagascar** p.5

**focus** VIH/PVD: Nouvelles recommandations OMS p.6-7  
VIH/ Tuberculose p.8-9

**Solthis au Bénin** p.10

**focus** Epidémiologie p.11

**Solthis au Niger** p.12-13

**focus** VIH: Enjeux éthiques et politiques p.14

**A la une!** p.15

**Solthis - l'équipe -** p.16

L'éditorial

**par le Professeur  
Brigitte Autran**

Le 1<sup>er</sup> décembre 2006, la journée mondiale du Sida consacrera le triste 25<sup>e</sup> anniversaire de cette maladie et annoncera au monde les nouveaux chiffres de la pandémie. Les 25 ans de cette maladie ne sont malheureusement pas associés à un infléchissement de l'expansion du VIH, dont l'émergence en 1981 est aujourd'hui devenue une réalité médicale omniprésente et frappe toujours plus durement l'Afrique.

Le caractère exceptionnel de ce virus est souligné par la mortalité constante de cette infection et l'absence de guérison spontanée.

Ceci démontre qu'en s'intégrant au cœur même du système immunitaire, dans les lymphocytes T CD4, le VIH annihile toute chance d'éradication par les défenses immunes cependant capables de le contrôler partiellement pendant quelques années. Ces 25 ans du VIH soulignent également l'énorme défi que représente l'élaboration d'un vaccin efficace. Malgré des recherches exceptionnellement intenses, dont aucun équivalent n'a été développé aussi rapidement pour aucune autre maladie au monde, aucun « candidat » vaccin n'est aujourd'hui capable de prévenir cette infection. Tout au plus espère-t-on, à l'instar du mode d'action du BCG, diminuer grâce à la vaccination l'intensité de la réplication virale, le risque de transmission et la survenue du Sida.

Ces 25 ans de guerre entre le virus et l'humanité et de batailles non encore gagnées pour un vaccin soulignent la victoire des traitements anti-rétroviraux. Depuis la reconnaissance; il y a 20 ans d'une efficacité anti-rétrovirale relative de l'AZT donnée seule, depuis la multiplication des familles médicamenteuses il y a dix ans, l'efficacité des thérapeutiques antivirales combinées n'est plus à démontrer. Leur capacité, non à guérir –ce qui reste impossible– mais à traiter et à permettre au système immunitaire de se reconstruire n'est plus à démontrer. Le succès spectaculaire de ces traitements, d'abord initiés uniquement dans les pays du nord à fort PIB mais faible

incidence de VIH, a engendré des inégalités inacceptables avec les pays à forte incidence de VIH mais à faible PIB, et avec l'Afrique en tout premier lieu. Ces inégalités révélées en particulier à la Conférence internationale sur le Sida de Durban en 2000, avec son logo "Bridging the gap", ont suscité des combats acharnés pour convaincre politiciens et firmes pharmaceutiques, combats heureusement gagnés puisque l'accès aux traitements est devenu une réalité. L'initiation de ces traitements combinés chez un malade atteint des formes terminales de déficit immunitaire entraîne heureusement aujourd'hui partout dans le monde les mêmes effets: un arrêt de la production virale et une remontée spectaculaire des lymphocytes CD4, une restauration des capacités de défenses immunes contre les infections opportunistes.

De nombreuses difficultés entourent encore l'accès au traitement devenu une réalité mondiale et les nombres de patients traités n'augmentent aujourd'hui encore que lentement. C'est le combat de SOLTHIS: aider à vaincre ces difficultés et lenteurs politiques et administratives entourant la mise à disposition des traitements, former les équipes médicales locales et les équipes de soutien aux malades à la prise en charge globale de cette maladie étrangement sophistiquée: aider au diagnostic et au traitement non seulement de l'infection VIH mais aussi de ses complications, les infections opportunistes, dont l'émergence sonne l'heure souvent trop tardivement de l'initiation des traitements anti-rétroviraux; aider et soutenir la mise en place dans tous les centres de traitement de méthodes fiables et robustes de numération des lymphocytes CD4 afin d'établir des bases rationnelles et universelles d'initiation plus précoce des traitements, sans atteindre les phases ultimes de la maladie où le traitement est certes toujours efficace mais dont les succès restent grevés à ces stades par la gravité de l'état clinique des patients; inciter et soutenir le développement du dépistage du VIH et de la prise en charge thérapeutique de la mère et de l'enfant dans les maternités; développer l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des patients dont le rôle est essentiel dans cette autre dimension de la maladie à laquelle nous faisons face aujourd'hui universellement: le maintien à vie des traitements antiviraux.

Car si les victoires thérapeutiques contre le Sida, les difficultés demeurent. A l'instar des défenses immunes et des vaccins, incapables d'éradiquer le virus ou de bloquer son entrée dans l'organisme, les traitements anti-rétroviraux bloquent remarquablement la production virale mais sont incapables d'éradiquer le virus. Ils ont permis de transformer une maladie mortelle en une infection maîtrisée mais devenue une maladie chronique. Les combats de SOLTHIS ne s'arrêtent pas à l'initiation des traitements mais s'inscrivent dans la durée de la prise en charge thérapeutique de cette maladie. Convaincre de la nécessité de l'observance n'est pas une difficulté majeure quand il s'agit de lutter contre la mort, cette observance de tous les jours devient plus difficile après quelques mois voire quelques années de traitement efficace, lorsqu'il s'agit de lutter contre le risque insidieux mais quotidien d'émergence de virus résistants. Développer la maîtrise des 2<sup>e</sup> puis 3<sup>e</sup> lignes de traitement antirétroviral; aider à l'installation et à la maîtrise des mesures de charge virale, permettant de diagnostiquer et traiter les nouveaux-nés atteints de Sida, et bientôt les méthodes de génotypage des résistances virales dans des laboratoires de virologie locaux; instaurer un soutien de formation médicale continue au diagnostic clinique des infections opportunistes et à leur diagnostic biologique, longtemps délaissé, associer au combat contre le VIH le combat contre la tuberculose, malheureusement trop souvent associée, éduquer équipes médicales, malades... et politiques à la gestion de cette maladie devenue chronique, sont la seule condition d'un succès durable des antirétroviraux.

Les pays à fort PIB ont tenté depuis plusieurs années d'interrompre les traitements: les réponses sont unanimes: la rechute est inéluctable, d'autant plus rapide que les traitements ont été initiés tardivement. Aucune stratégie thérapeutique durable ne peut aujourd'hui être basée sur l'interruption thérapeutique.

Les enjeux formidables de SOLTHIS sont là et les équipes de SOLTHIS réalisent partout ce travail extraordinaire: former et accompagner durablement médecins, personnel para-médical, gestionnaires et malades à la prise en charge de cette maladie, pérenniser le succès des traitements antirétroviraux. ■

## Pr Christine Katlama

Hôpital Pitié-Salpêtrière  
Co-Présidente de la  
Conférence francophone  
VIH/Sida avec le Pr Jean-  
François Delfrassy.

Propos recueillis par  
Nolwenn Bodo.



## PARIS Mars 2007 – Francophonie et VIH Il n'y a pas de solution au Sida qui ne soit POLITIQUE



### Deux ans après Bruxelles et quelques mois seulement après la conférence internationale VIH/Sida de Toronto, quel est l'objectif de Paris 2007 ?

Notre objectif est de faire le point sur les connaissances VIH en donnant la parole à tous les acteurs impliqués quotidiennement dans la prise en charge des patients séropositifs. Avec 1000 personnes attendues, nous avons opté pour un rendez-vous à taille humaine, qui offre des espaces et des temps de discussions et de débat. Une large place sera accordée aux ateliers, format qui devrait permettre un vrai partage d'expériences.

### Pourquoi inscrire un rendez-vous VIH sous l'égide de la francophonie ?

Les rencontres internationales dédiées au VIH sont nombreuses. Néanmoins, dans un monde dominé par l'anglophonie, l'espace de communication pour les francophones reste inadapté et insuffisant. Or, ne pas pouvoir s'exprimer, c'est ne pas communiquer, échanger, partager...

### Paris Mars 2007 : conférence Nord-Sud ? Sans vouloir figer le rendez-vous à cette seule problématique, nous souhaitons lui donner une forte tonalité nord-sud.

Dans le prolongement de Bruxelles et grâce à tous nos partenaires - associatifs, institutionnels, industrie pharmaceutique, scientifiques - près de 300 praticiens agissant quotidiennement sur le terrain en Afrique, en Asie vont pouvoir participer et partager leurs expériences... Mais non, nous ne pouvons parler uniquement de conférence nord-sud, c'est avant tout une conférence qui cible celles et ceux qui sont au plus près des réalités, des patients... Où qu'ils soient!  
A Bamako, Niamey, Dakar, Cotonou ou Antananarivo...

### Niamey, Bamako... Où vous travaillez aussi avec Solthis! ...

...Oui! D'ailleurs il faut dire que Solthis a - au côté d'autres associations dont Sidaction, ou AIDES par exemple - participé à l'organisation de la Conférence... Nous avons vraiment encouragé les équipes nationales avec qui nous travaillons sur le terrain non seulement à participer - nous les y aiderons via un système de bourses - mais aussi et surtout à y présenter des communications...

Et je dois saluer le travail déjà fourni par tout le monde, car nous avons reçu beaucoup d'abstracts.

### Plus de dix années après l'arrivée des multithérapies antivirales, quels sont les enjeux scientifiques d'une telle rencontre ?

Construire l'avenir! Optimiser la prise en charge des personnes atteintes: de l'enfant qui naît d'une mère séropositive à l'adulte... Ici, nous devons travailler sur les deux, voire trois décennies à venir... Quelles seront les grandes options thérapeutiques? Comment vieillir avec le VIH? Comment vivre sa sexualité, accompagner un désir d'enfant? Autant de questions que l'arrivée des nouvelles molécules et l'amélioration globale de la prise en charge met aujourd'hui au devant de la scène scientifique et auxquelles nous devons être en mesure de répondre...

Pour les pays du sud: **faire de la prise en charge de l'enfant une priorité absolue**, qui passe notamment par la reconnaissance de son diagnostic. Ou encore: rendre plus cohérentes les politiques de prise en charge des patients co-infectés par le VIH et la tuberculose.

### Mars 2007 : conférence Scientifique et... Politique ?

Depuis toujours le VIH a eu une résonance politique et médiatique unique... Or, nous le savons, il n'y a pas de solution au Sida qui ne soit politique. Il faut d'ailleurs saluer la France, qui, depuis 1981 et la découverte du virus a toujours joué un rôle important dans la lutte sur la scène internationale, que ce soit au niveau politique et scientifique.

Nous parlons aujourd'hui beaucoup de mondialisation, la lutte contre le VIH s'inscrit pleinement dans ce registre. Le Sida n'est pas un problème du Nord ou du Sud - nous constatons par exemple très concrètement que les sous-types viraux du sud remontent au nord et vice-versa... Il s'agit d'un problème mondial et la lutte doit plus que

jamais s'inscrire dans les agendas politiques internationaux.

**Avec Paris 2007, nous voulons mettre notre expérience de médecins, soignants, associatifs, au service du plaidoyer politique.**

### La Conférence de Toronto a été marquée par la présence très médiatisée des époux Gates et de Bill Clinton - pour ne citer qu'eux...

### Que pensez-vous de l'engagement des fondations privées en matière de lutte contre le Sida ?

La lutte contre le VIH est l'affaire de tous les citoyens. Bill Gates, avec d'autres, a contribué à mondialiser l'informatique; le fait qu'il ait choisi de s'attaquer au plus grand défi sanitaire de notre époque ne me surprend pas! Sa fondation vient de donner 500 millions de dollars sur cinq ans au Fonds Mondial, en plus des fonds déjà accordés à des projets de recherche vaccinale. Quant à la Fondation Clinton, elle a engagé près de 9 millions de dollars au cours de la seule année 2006...

Mais d'autres fondations européennes et françaises plus discrètes, font aussi beaucoup en faveur de la lutte contre le Sida. Madame Bettencourt s'est personnellement engagée depuis plus de dix ans à travers sa Fondation. Grâce à sa confiance et au soutien de la Fondation Bettencourt Schueller, Solthis a vu le jour en 2003 et continue de développer ses activités chaque année un peu plus... ■

**Solthis participe à l'organisation de Paris 2007**



**4<sup>e</sup> Conférence Francophone VIH/SIDA**  
Cité des sciences et de l'industrie, Paris - 29 - 31 mars 2007

**PARIS 2007**  
Vous pouvez encore vous inscrire: [www.vihparis2007.com](http://www.vihparis2007.com)

**28 mars 2007 : Journée inter-associative**  
+ d'informations: [www.aides.org](http://www.aides.org)

**29 ⇨ 31 mars 2007 : Conférence francophone**  
+ de 1000 personnes attendues  
+ de 300 représentants issus des Pays du Sud.

⇨ **Clôture des inscriptions en ligne**  
7 janvier 2007 (tarif préférentiel) - 15 mars 2007



**Dr Mariam Sylla**

Pédiatre  
Hôpital Gabriel Touré  
Bamako, Mali



DR

## Dans nos pays trop peu d'actions concernent les enfants...

**Le Docteur Mariam Sylla exerce depuis 1995 à l'hôpital Gabriel Touré, à Bamako, au Mali, où elle est responsable du service de néonatalogie du service de pédiatrie.**



**Combien d'enfants sont-ils suivis à Gabriel Touré, comment s'organise leur prise en charge ?**

Depuis 2001 et la mise en place de l'Initiative Malienne d'accès aux ARV (IMAARV), l'hôpital Gabriel Touré a été sélectionné comme site de prise en charge VIH/Sida mère-enfant. Des consultations de suivi des enfants nés de mère séropositive et de prise en charge des enfants infectés ont été mises en place dans le service pédiatrie. Nous sommes quatre pédiatres à assurer ces consultations.

**Combien sont sous traitements antirétroviraux aujourd'hui ?**

En cinq années, 530 enfants ont été mis sous traitement à la pédiatrie sur un total de plus de 1000 enfants séropositifs. Quarante pour cent d'entre eux sont régulièrement suivis.

psychologique sont autant de difficultés que nous rencontrons tous les jours...

Dans notre contexte actuel, j'aimerais vraiment souligner les manques et les retards en terme de:

Diagnostic et de prise en charge: la majorité des enfants ont un déficit immunitaire sévère à l'inclusion.

L'absence de suivi et de moyens de dépistage précoce dans les sites de PTME; de psychologue dans notre équipe de prise en charge et plus largement souligner l'effectif limité du personnel; le manque de prise en charge adaptée pour les enfants orphelins.

Enfin, n'oublions pas de citer le manque cruel de disponibilité des formules pédiatriques réellement adaptées...

Malgré les progrès réalisés: accessibilité aux médicaments anti-infections opportunistes, possibilité de réaliser un diagnostic précoce de l'infection chez les nourrissons nés de mère séropositives...

Nous devons continuer à nous battre en faveur d'une meilleure prise en charge des enfants séropositifs.

**Selon vous, le manque de formation et de sensibilisation spécifique du personnel soignant à la question de l'enfance constitue-t'il un frein ?**

Il est évident que dans la plupart des pays africains peu de médecins sont impliqués dans la prise en

charge des enfants. Le cas de notre service est une illustration! **Deux médecins pour le suivi des enfants nés de mère séropositives (150 en suivi régulier) et deux médecins pour les enfants infectés.** Et cela sans compter les autres activités du service qu'ils assurent aussi. Et jusqu'en 2005 notre service était le seul site pédiatrique pour tout le pays. La formation du personnel notamment des médecins généralistes exerçant dans les structures secondaires et la décentralisation des activités permettront assurément de faciliter l'accès aux ARV d'un plus grand nombre d'enfants.



**Face à ce manque de formation Solthis a décidé de monter une formation du 11 au 15 décembre 2006 à Niamey spécifiquement dédiée à la prise en charge des enfants.**

La formation de Niamey est une bonne initiative et à mon avis devrait déboucher sur la mise en place dans les sites où travaillent les équipes Solthis d'équipes pluridisciplinaires de prise en charge pédiatrique

**Mot de la fin...**

Dans nos pays trop peu d'actions concernent les enfants. La sensibilisation a été faite à tous les niveaux, mais les difficultés demeurent.

A mon avis l'amélioration de la prise en charge des enfants est liée à une bonne politique de PTME, à la disponibilité des moyens de diagnostic précoce, à une prise en charge globale de l'enfant et surtout la disponibilité de formules pédiatriques adaptées. ■

Le Dr Mariam Sylla participera à l'Atelier sous-régional de formation en pédiatrie VIH/Sida, qu'organise Solthis du 11 au 15 décembre prochain à Niamey.  
+ d'infos: [contact@solthis.org](mailto:contact@solthis.org)



**Quels sont, selon vous, les principaux obstacles dans la prise en charge des enfants séropositifs au Mali, et plus généralement dans la sous-région ?**

Il faut noter que les ARV ont toujours été gratuits pour les enfants au Mali. Toutefois nous avons été confrontés à d'autres difficultés - notamment le manque de moyens financiers pour la réalisation des examens paracliniques, l'achat de lait artificiel. Le non respect des rendez vous par des parents eux-mêmes très malades, leur détresse, l'absence de soutien





# Au Mali

**Dr Alain Akonde**  
**Pierre Teisseire**  
Responsable Médical  
Chef de mission



Bamako & Ségou

**Le programme d'accès aux antirétroviraux (ARV) à Ségou initialement inscrit dans le cadre de l'Initiative Malienne d'Accès aux ARV (IMAARV) en tant que projet pilote de décentralisation est aujourd'hui pleinement ancré dans le Plan Sectoriel de lutte contre le VIH/Sida 2005-2009 du Ministère de la Santé du Mali.**



Tel qu'annoncé dans la précédente lettre Solthis, l'année 2006 constitue une période de transition durant laquelle, outre l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicale, nos efforts se concentrent sur les modalités à mettre en œuvre pour assurer dans les meilleures conditions la décentralisation de la prise en charge du VIH/Sida dans les cercles de Bla, Niono et San.

Plusieurs actions préalables à la décentralisation ont été réalisées dans ces structures sanitaires telles que :

- formation des prescripteurs et des dispensateurs d'ARV;
- réhabilitation des dépôts répartiteurs de cercle et construction d'un dépôt ARV à la Direction Régionale de la Santé pour améliorer la conservation des médicaments et renforcer son rôle de coordination et de gestion des besoins;
- réhabilitation de bâtiments dans le cadre de la PTME pour accroître les conditions d'accueil et la confidentialité des consultations;
- élaboration concertée avec les acteurs régionaux et nationaux d'un plan d'approvisionnement en ARV, infections opportunistes (IO) et kit de prélèvement.

Les mois de novembre et décembre 2006 seront l'occasion d'initier la prescription décentralisée des ARV et des médicaments anti-IO dans les cercles.

D'ici la fin de l'année 2006, le personnel des nouveaux sites (cercles de San et Tominian) sera formé à la prise en charge des mères et des enfants. En 2007 des prescripteurs des mêmes localités intégreront également ce volet d'activités. Les acteurs ségoviens impliqués dans la PTME obtiennent des taux d'acceptation de dépistage remarquable: depuis janvier 2006 tous sites confondus 92,7% des femmes ayant bénéficié du conseil pré-test ont accepté d'être dépistées et 100 % des tests ont été effectués. Le taux de séroprevalence de ces femmes est de 1,6 %.

D'autre part, une réflexion est ouverte pour optimiser l'éducation thérapeutique et l'aide à l'observance. La sensibilisation et l'information des équipes médicales et le renforcement des associations de patients sont clairement identifiés comme actions importantes à effectuer durant l'exercice 2007.

Afin de mieux identifier les contraintes socio-économiques que subissent les personnes vivant avec le Sida à Ségou, le programme a

accueilli en septembre une étudiante de Sciences-Politiques Paris. Margueritte Shy effectuera pendant quatre mois une enquête auprès des malades de l'Hôpital Régional Nianankoro Fomba pour appréhender les indicateurs de précarité que le programme pourrait suivre en complément des données médicales.

Depuis le début de l'année 2006, 338 patients ont initié un traitement par ARV, dont 25 enfants. ■



Première mission à Ségou pour le Dr Cécilia Pizzocolo: nouvelle Directrice médicale de Solthis.

## En bref...

- **Date de lancement:** déc. 2003
- **Lieu d'implantation:** région de Ségou
- **6 sites prescripteurs** sur le cercle de Ségou et 3 CSRef de cercle en cours d'activation
- **8 sites** de prise en charge des mères et des enfants sur le cercle

- de Ségou, 6 sites sur les cercles de Bla et Niono depuis janvier 2006 et 4 sites prévus sur le cercle de San
- **961 traitements ARV initiés ARV en septembre 2006**
- **35 enfants sous ARV en septembre 2006**



## À Madagascar

**Sophie ROYER**  
Chef de mission



**SOLTHIS a ouvert sa mission à Madagascar en mai 2006.**

**Après quatre mois consacrés à l'installation de la mission et aux rencontres avec les partenaires, SOLTHIS a officialisé sa présence sur le territoire malgache le 18 septembre 2006, par la signature de sa convention avec le Ministère de la Santé et le Secrétariat Exécutif de la Coordination nationale de Lutte contre le Sida (SE/CNLS).**



**POUR UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PERSONNES ATTEINTES PAR LE VIH Sida.**

**Occasion pour le Pr Gilles Brücker de réaffirmer l'engagement de toute son équipe au côté de la Grande Ile et sa volonté d'inscrire ce programme d'appui dans une démarche de santé publique adaptée au contexte sanitaire malgache; alliant:**

- **Réflexion épidémiologique**
- **Renforcement en termes de prévention et d'accès au dépistage**
- **Appui pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles.**

L'approche programme de SOLTHIS à Madagascar sera en effet abordée sous un angle principalement de Santé Publique. L'épidémie du VIH dans l'île semble être à ses débuts et, notamment en région, il est important de mettre en place un ensemble de mesures capables de comprendre et de prévenir l'évolution de la maladie.

Suite à un état des lieux réalisé cet été dans la Province Nord (régions de Diana et Sava) et des réunions de travail avec les partenaires au niveau de la capitale, l'équipe SOLTHIS a défini quatre champs d'intervention:

- **Un volet épidémiologique** afin d'étudier les caractéristiques du VIH dans la province nord. De plus il est primordial d'obtenir des données fiables et accessibles à tous.
- **Un volet dépistage** afin d'organiser un système de dépistage fonctionnel mais aussi

d'amener les personnes à risque à se faire dépister par des actions de prévention ciblées.

● **Un volet sur les infections sexuellement transmissibles (IST)** qui présentent un taux de prévalence très important dans le pays. La syphilis, par exemple, est estimée à 6% chez les hommes d'âge adulte. Améliorer la prise en charge de maladies sexuellement transmissibles contribue fortement à prévenir le VIH.

● **Un volet, bien entendu aussi de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, incluant la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, la prise en charge médicale et psychosociale.** L'objectif étant de développer sur la province nord un système d'accès aux soins opérationnel, qualitatif et efficace.

Les activités seront déclinées selon ses champs d'intervention et réalisées sur la Province Nord, dans les régions de Diana et de Sava, en collaboration étroite avec les Directions régionales de la Santé et avec la Direction inter-régionale du CNLS. Un plan d'action pour l'année 2007 est en cours de finalisation. Il sera présenté au Forum des Partenaires en janvier 2007.

L'équipe SOLTHIS a déjà réalisé un travail auprès du laboratoire de l'hôpital régional de Diégo-Suarez pour accueillir le FacsCount et pour permettre à ce centre de jouer pleinement son rôle de référence dans la région. De plus, notre responsable médical a participé à la réunion nationale des médecins prescripteurs en octobre. Ce fut l'occasion de travailler sur les protocoles thérapeutiques nationaux au regard des nouvelles recommandations OMS publiées en août. Ce fut l'occasion aussi de montrer les résultats du travail réalisé à Diégo-Suarez sur les dossiers patients. Cette initiative et les perspectives qu'elle ouvre en terme de suivi des malades au niveau national a été très bien accueillie par l'ensemble des participants.

Actuellement les différentes régions du pays vont travailler pour obtenir les conditions nécessaires à l'adoption d'un dossier patient unique dans le pays et d'un suivi épidémiologique par un seul logiciel.

Le colloque VIH/Sida Océan Indien qui s'est déroulé à la Réunion le 6, 7 et 8 novembre 2006 a été une réelle opportunité pour SOLTHIS, d'une part de se faire connaître auprès des acteurs et bailleurs de l'Océan Indien et d'autre part, d'avoir une meilleure compréhension des enjeux du Sida dans la zone et ainsi positionner nos interventions en adéquation et en complémentarité avec les autres partenaires.

Le 1<sup>er</sup> décembre approche à grands pas. Malheureusement, Madagascar ne réalisera aucune manifestation ce jour là en raison des élections présidentielles qui se tiendront le 3 décembre.

Le Secrétaire Exécutif de la Coordination Nationale de Lutte contre le Sida (SE/CNLS) a reporté les événements liés à la Journée Mondiale de Lutte contre le Sida à janvier 2007.

Nous sommes ravis de pouvoir travailler avec l'ensemble des acteurs malgaches de lutte contre le Sida. Très forte en capitale, nous espérons pouvoir relayer la dynamique actuelle avec autant de force au niveau de la province nord. ■



**Dr Cécilia Pizzocolo**  
Directrice Médicale Solthis

## Les implications des nouvelles recommandations OMS <sup>(1)</sup> pour la prise en charge de l'infection VIH chez les adultes et les adolescents dans les pays en développement, étaient à l'ordre du jour du dernier groupe de travail SOLTHIS.



**Des recommandations plus proches des réalités de terrain...**

L'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) estime que seuls 20% des patients nécessitant un traitement antirétroviral (ARV) dans les pays du Sud sont actuellement traités: soit 1.3 millions sur 6.5 millions de malades.

Les efforts faits ces dernières années pour faciliter l'accès aux ARV sont encourageants, notamment sur le continent africain -où le nombre de patients ayant eu accès aux ARV est passé de 100.000 à la fin de l'année 2003 à 810 000 à la fin 2005.

Néanmoins, l'expérience acquise sur le terrain ces dernières années a mis en avant de nouvelles problématiques qui ont rendu nécessaire une révision des recommandations pour les pays en développement.

### Des déterminants pour la prise en charge réaffirmés

#### Plus de place aux co-infections, notamment VIH/TB.

Trois années après la précédente édition<sup>(2)</sup>, les changements majeurs des recommandations OMS concernent surtout les choix des régimes ARV de première et deuxième ligne.

Certains points forts de la version 2003 sont réaffirmés, en particulier la nécessité d'épargner les inhibiteurs de protéases (IP) en première ligne thérapeutique, pour préférer les NNRTI en association avec 2 NRTIS. Les IP restent réservés à la deuxième voire à la troisième ligne de traitement.

De la même manière l'OMS souligne une fois encore la nécessité de tout mettre en œuvre pour que le comptage des CD4, reconnu comme un instrument incontournable de la prise en charge, soit possible.

L'accès aux examens de laboratoire pour le suivi biologique est encore limité dans de nombreux pays du Sud; la gestion du suivi du patient doit donc être simplifiée grâce à la surveillance clinique des effets indésirables des ARV. La classification clinique perd aussi son caractère d'irréversibilité et doit évoluer en fonction de l'amélioration de l'état clinique des patients en réponse thérapeutique.

Une place plus importante est également donnée aux co-infections, en particulier VIH/tuber-

culose et VIH/hépatites virales (VHB et VHC). L'accent est aussi mis sur deux thèmes "absents" lors de la révision 2003 et notamment les problématiques spécifiques liées à la prise en charge des femmes enceintes (développées d'une façon complète dans un manuel à part dédié à ce sujet<sup>(3)</sup>) et des usagers de drogues injectables, en expansion dans plusieurs pays en développement.

#### L'initiation du traitement...

La clinique et le taux de CD4 restent donc les deux indicateurs clés pour la décision d'initiation du traitement ARV. Même si la situation n'est pas parfaite -loin de là- les moyens techniques pour la mesure des CD4, autant en milieu urbain que rural, se développent de plus en plus dans les pays en développement.

Toujours selon l'OMS, l'indication à débiter les ARVs n'est pas impérative pour des taux des CD4 entre 200 et 350/mm<sup>3</sup> sauf au cours de certaines infections du stade clinique III (i.e. tuberculose pulmonaire et pneumopathies bactériennes sévères) et chez les femmes enceintes en stade III. Cependant, la communauté scientifique internationale tout comme les experts du groupe de travail SOLTHIS pensent qu'il faudra progressivement avancer la mise sous ARV pour tous les patients sans attendre que les CD4 chutent en dessous de 200/mm<sup>3</sup>.

Basée sur les résultats récents de plusieurs essais thérapeutiques qui montrent un risque accru de progression de l'infection à de valeur des CD4 <250<sup>(4)</sup>, cette décision a été par ailleurs validée par le groupe d'experts français sur le VIH/Sida.

Même si hautement souhaitée dans un futur proche, la mesure de la charge virale n'est encore pas présentée comme nécessaire pour l'initiation du traitement ni pour le suivi thérapeutique.

#### Première ligne...

##### "Move away from D4T" or not?

La première ligne de traitement doit comprendre 2 inhibiteurs nucléosidiques (NRTI) associés à un inhibiteur non-nucléosidique (NNRTI) pour pouvoir épargner les IP, réservés aux deuxième lignes.

● Le choix des inhibiteurs nucléosidiques a été, jusqu'à 2006, fondé sur trois molécules:

zidovudine (AZT), stavudine (D4T) et lamivudine (3TC). Dans les nouvelles recommandations, trois NRTI ont été ajoutés au choix du régime de première ligne: ténofovir (TDF) et abacavir (ABC), précédemment proposées pour les deuxième lignes, et emtricitabine (FTC), proposée comme molécule équivalente à 3TC.

● Les NNRTI recommandés restent la nevirapine (NVP) et l'efavirenz (EFV). L'OMS recommande d'abandonner graduellement l'utilisation du D4T et de choisir AZT/3TC en premier lieu et ensuite TDF/3TC (ou FTC) ou ABC/3TC (ou FTC) comme association des NRTI de première ligne. La toxicité à long-terme du D4T (lipodystrophie et désordres lipidiques) fait qu'il a été exclu des recommandations nord-américaines et européennes comme molécule de choix pour la première ligne. Le groupe de travail SOLTHIS a longuement discuté ce sujet à l'occasion d'une de ces dernières rencontres en octobre dernier.

Il est aujourd'hui difficile de tirer des conclusions définitives sur la phrase "move away from D4T" car plusieurs facteurs sont en jeu. Tous les experts sont d'accord pour dire que les analogues thymidiniques ont des inconvénients importants, à commencer par le D4T. En effet, malgré les risques d'anémie précoce (dans la cohorte de Ségou 40% des patients ont Hb < 9g) et même si l'idéal serait de disposer du ténofovir ou de l'abacavir, très efficaces et mieux tolérés; L'AZT reste préférable au D4T.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier que les résultats obtenus jusqu'à présent ont été positifs et que, compte tenu de son coût et de sa facilité de prise, le D4T a contribué à sauver la vie de centaines de milliers de personnes. Dans les pays où l'utilisation du D4T ne veut ou ne peut pas encore être remise en cause, un des moyens envisagés pour en réduire la toxicité est, comme suggérée par l'OMS, l'utilisation du dosage à 30mg indépendamment du poids. Un aspect à développer est l'utilisation du D4T à doses encore plus faibles: les résultats préliminaires sur la clairance du D4T de l'équipe du Dr Gilles Peytavin sont en faveur d'un maintien de l'efficacité antivirale avec une réduction des effets secondaires quand le D4T est utilisé à des doses de 20mg. Le Ténofovir représente une alternative au D4T très intéressante pour son profil pharmacologique, sa puissance antivirale et sa meilleure tolérabilité. Néanmoins, il est trop coûteux et n'est pas disponible en







forme de générique, ni seule, ni en FDC. Compte tenu du coût des molécules de deuxième et troisième ligne, l'avis des experts du Groupe SOLTHIS est de réserver le TDF pour les cas d'échec.

● L'association de 3NRTI n'est pas recommandée en première intention à cause de son taux d'échec virologique supérieur aux associations 2NRTI/1NNRTI, mais il reste une alternative valide dans des situations particulières : intolérance aux NNRTI, co-infection avec la tuberculose ou avec les hépatites virales, grossesse chez les femmes avec des taux de CD4 entre 250 et 350/mm<sup>3</sup>, ou comme schéma de première ligne pour les patients infectés par le VIH2 (insensibles aux NNRTI).

## Deuxième ligne

La deuxième ligne de traitement ARV est fondée sur l'utilisation d'un inhibiteur de protéase boosté par ritonavir. Les IP recommandés par l'OMS dans les pays en développement sont : atazanavir (ATV/r), fosamprenavir (FPV/r), lopinavir (LPV/r), indinavir (IDV/r) et saquinavir (SQV/r). Parmi les molécules actuellement disponibles en formulation générique dans les pays en développement, l'IDV/r est une bonne solution en termes d'efficacité, disponibilité et coût. Une alternative intéressante serait représentée par les comprimés de LPV/r, idéalement thermorésistants, en formulation générique car actuellement il n'est pas utilisé en rai-

son de son coût trop élevé. Les IP boostés doivent être associés à 2 NRTI non utilisés en première ligne pour minimiser les risques de résistances croisées. Si le switch vers la deuxième ligne est effectué sur la base des critères d'échec clinique ou immunologique, l'efficacité des NRTI peut être compromise par l'accumulation des résistances. La mesure de la charge virale VIH par PCR devrait être disponible au moins dans les centres de référence dans un futur proche. La connaissance du génotype de résistance du VIH chez les patients en échec représente un outil important pour guider les cliniciens dans le choix des molécules de deuxième et troisième ligne. En absence de cette mesure et en l'absence de données suffisantes venant des cohortes de patients traités par ces stratégies, l'OMS préconise l'utilisation de l'association de deux NRTI qui n'ont pas été utilisées dans

la première ligne: la didanosine (ddI), le ténofovir (TDF) et l'abacavir (ABC) sont les molécules proposées. Un rôle central dans la constitution des schémas de deuxième ligne est représenté par le ddI, qui doit donc être épargné dans les schémas initiaux. L'accès au TDF, comme déjà souligné précédemment, n'est malheureusement pas encore une réalité mais sera un point central des différentes campagnes d'accès aux ARV menées à travers le monde.

Une première évaluation des génotypes de résistance réalisée avec l'équipe de Ségou et le Pr Vincent Calvez a montré (publiée dans la précédente Lettre de Solthis) l'absence de mutations TAMs. Ces résultats sont très intéressants et soulignent l'importance de mettre en oeuvre des recherches car, si confirmés à plus large échelle, en cas d'échec précoce on pourrait envisager une deuxième ligne où l'AZT (ou le D4T) et le 3TC ne seraient pas systématiquement changés. L'intérêt clinique pour le simple patient est évident, il l'est encore plus sur un plan de santé publique car pour les pays à ressources limitées cela permettrait d'économiser des ARV actuellement plus chers et peu disponibles pour la troisième ligne de traitement.

Une autre piste de réflexion est ouverte: en

considération de la prévalence élevée de l'infection par le VHB dans les pays en développement et de l'absence de dépistage VHB chez les patients VIH+, l'arrêt systématique du 3TC en cas d'échec thérapeutique paraît dangereux (risque élevé d'hépatites B aiguës).

## En conclusion...

L'association de deux NRTI et un NNRTI reste la première option pour les premières lignes de traitement. Le TDF et l'AZT sont les deux NRTI recommandés, à associer au 3TC (ou FTC). L'ABC peut être utilisé à la place du TDF et le D4T peut remplacer l'AZT dans la première ligne. Les inhibiteurs de protéases sont épargnés pour les deuxième lignes, en association à 2NRTI qui n'ont pas été utilisés auparavant pour minimiser le risque de résistance croisée.

L'OMS prévoit des réunions régionales et nationales pour adapter les protocoles nationaux en fonction de ces nouvelles recommandations.

Il est clair - nous l'observons dans les pays où nous intervenons - que nous devons nous imposer une certaine retenue et ne pas encourager des modifications trop brutales et trop rapides qui pourraient à leur tour créer d'autres difficultés, notamment en terme de gestion et d'approvisionnement des médicaments.

Il apparaît important que soient collectées des données virologiques chez les patients sous traitement ARV. Plus que sur des recommandations du nord c'est à partir de l'expérience de terrain, au plus près des réalités, que se construiront les algorithmes de traitement dans les pays du sud.

Plusieurs points de réflexion restent ouverts : efficacité et réelle réduction des effets toxiques de D4T avec un dosage plus faible (20mg)? Utilisation de AZT et 3TC malgré l'échec précoce? Maintien du 3TC systématique malgré l'échec en absence de sérologie VHB? ■

## Bibliographie :


1. "Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents in resources-limited settings. Recommendations for public health approach; 2006 edition". Geneva: World Health Organization 2006
2. "Scaling up antiretroviral therapy in resources-limited settings: Treatment guidelines for a public health approach; 2003 edition". Geneva: World Health Organization 2003
3. "Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants in resources-limited settings. Recommendations for public health approach; 2006 edition". Geneva: World Health Organization 2006
4. "Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH: recommandation du groupe d'experts 2006". PYeni et al 2006 [http://www.sante.gov.fr/htm/actu/yeni\\_Sida/rapport\\_experts\\_2006.pdf](http://www.sante.gov.fr/htm/actu/yeni_Sida/rapport_experts_2006.pdf)

Pour consulter en ligne ces recommandations

<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/WHO%20Adult%20ART%20Guidelines.pdf>

**Dr Guillaume Breton**  
Hôpital Pitié-Salpêtrière  
Groupe de Travail Solthis

## Après Toronto et la tenue en novembre dernier, à Paris, organisée par l'OMS, de la 37<sup>ème</sup> Conférence mondiale sur les maladies respiratoires, les experts tirent un vrai signal d'alarme... Ils soulignent le manque de cohérence dans la prise en charge des patients co-infectés par le VIH et la tuberculose dans les pays du Sud.

 La tuberculose pose, dans le cadre de l'infection par le VIH, une problématique inhabituelle. Un traitement efficace est disponible gratuitement dans tous les pays et cependant cette maladie représente la première cause de mortalité et sa fréquence continue d'augmenter.

### Une pathologie en constante augmentation

La tuberculose représente la première cause de mortalité par maladies infectieuses dans le monde. Alors que son incidence décroît progressivement, qu'elle s'est stabilisée au niveau de 10/100000 habitants dans les pays riches en raison de l'amélioration du niveau de vie, du dépistage et des traitements, l'incidence de la tuberculose a augmenté de 5% entre 2003 et 2004 en Afrique subsaharienne et dépasse 300/100000 habitants (1). L'infection par le VIH, par l'immunodépression qu'elle entraîne, est responsable d'une plus grande sensibilité à la

tuberculose et elle représente la principale cause à l'origine de cette expansion de la tuberculose. L'agence des Nations-Unies pour le Sida ( l'ONUSIDA) estime à 14 millions le nombre de personnes infectées par le VIH et la tuberculose, 70% d'entre elles vivant en Afrique subsaharienne(2). La tuberculose représente la principale cause de mortalité au cours de l'infection par le VIH dans ces régions (2).

L'augmentation du risque de tuberculose apparaît peu de temps après la séroconversion comme cela a été montré dans une zone de très forte endémie alors que l'immunodépression est encore modérée (3). Dans le cas d'une infection latente, l'infection par le VIH augmente considérablement le risque de développer une tuberculose maladie: environ 10% chaque année à comparer à un risque de 10% pour toute la vie chez une personne non-infectée par le VIH (1). La reconstitution de l'immunité obtenue après traitement antirétroviral ne permet pas forcément de contrôler une infection latente, le début de traitement antirétroviral peut au contraire précipiter la survenue d'une tuberculose. Ce risque a été estimé à environ 3% des patients asymptomatiques originaires d'Afrique sub-saharienne débutant un traitement antirétroviral dans une étude réalisée à Londres (4). Au total, on peut estimer que 30 à 50% des personnes infectés par le VIH et vivant en Afrique subsaharienne ont une tuberculose ou développeront une tuberculose au cours de leur vie (5).

### Des formes cliniques plus graves et de diagnostic plus difficiles

Dans les pays en développement, le diagnostic de la tuberculose repose avant tout sur l'examen direct de l'expectoration et, quand cet examen est négatif, sur des antibiothérapies d'épreuve en cas de symptômes respiratoires et éventuellement les données de la radiographie thoracique (1). Le diagnostic de certitude qui repose sur la culture rarement réalisable en pratique. Malgré l'existence de programme de lutte contre la tuberculose dans la majorité des

pays qui prend en charge le diagnostic et le traitement de la tuberculose, la réalisation d'un examen direct est difficile en raison du temps nécessaire (20 minutes pour la lecture d'une



lame) et pose des problèmes de disponibilité de personnels. La radiographie de thorax est rarement réalisée car le plus souvent à la charge des patients. L'OMS, basée sur des avis d'experts, a développé des algorithmes diagnostiques utilisables dans ce contexte de ressources limitées (1). Cette stratégie ciblée sur le dépistage et le traitement des tuberculoses pulmonaires bacillifère est adaptée dans le cadre d'un programme de santé publique visant à éliminer une maladie contagieuse. Cependant elle montre ses limites chez les enfants et les personnes immunodéprimées. L'infection par le VIH est en effet responsable, en particulier lorsque l'immunodépression est importante ( $CD4 < 200/mm^3$ ) d'une fréquence importante de tuberculose dont l'examen bactériologique est négatif, d'atteinte disséminée ou d'atteinte extrapulmonaire (1). L'importance de l'infection par le VIH a ainsi modifié la présentation de la tuberculose. Les données du programme de lutte contre la tuberculose du Kenya où la prévalence globale de l'infection par le VIH chez les patients infectés par la tuberculose est de 55% montre par exemple que parmi les tuberculoses diagnostiquées en 2004, seule 37% correspondent à des tuberculoses pulmonaires dont l'examen bactériologique est positif alors que 40% des tuberculoses ont l'examen bactériologique négatif et

### VIH / TB: une combinaison mortelle

- 4 millions de personnes co-infectées dans le monde
- Sur les 6000 personnes qui meurent chaque jour du Sida dans le monde, près de 5000 meurent de la tuberculose.
- 750 000 séropositifs développent chaque année une tuberculose.
- Un patient séropositif a 6 fois plus de risques de développer une TB.

### Liens utiles pour en savoir +

[www.msf.fr/tuberculose](http://www.msf.fr/tuberculose)  
[www.accessmed-msf.org](http://www.accessmed-msf.org)  
Initiative STOP TB OMS  
[www.who.int/topics/tuberculosis](http://www.who.int/topics/tuberculosis)  
[www.tballiance.org](http://www.tballiance.org)  
[www.tac.org](http://www.tac.org)



# VIH : urgence !



que 8,3% correspondent à des tuberculoses extrapulmonaires ou disséminées <sup>(6)</sup>. Ces formes cliniques sont de mauvais pronostic et expliquent qu'environ un tiers des patients meurent dans les premières semaines après l'introduction du traitement antituberculeux <sup>(1)</sup>. Le dépistage de l'infection par le VIH chez les personnes présentant une tuberculose est loin d'être réalisé dans la pratique, le manque de personnels formés, de kit diagnostiques et l'absence de traitement antirétroviraux disponibles sont souvent présentés comme des freins importants <sup>(7)</sup>. Ce point témoigne des difficultés de coopération entre les programmes de lutte contre la tuberculose et les programmes de lutte contre le VIH-Sida.

## Emergence de résistance

Le traitement de la tuberculose est long, les effets secondaires sont plus fréquents chez les personnes infectées par le VIH. Les arrêts de traitement en raison d'une inobservance ou d'une toxicité favorisent l'émergence de résistance. La prévalence des tuberculoses multi résistantes (MDR-TB: résistance isoniazide et rifampicine) est en augmentation en particulier en Chine et dans les républiques de l'ex URSS. Au cours des années 2000, on assiste à l'émergence de souche de *Mycobacterium tuberculosis* extensivement résistante (XDR-TB) résistante à l'isoniazide, la rifampicine, les fluoroquinolones et les antituberculeux injectables. La fréquence de ces souches XDR-TB représente environ 7% des l'ensemble des souches MDR-TB avec cependant des incidences très élevées dans certain pays (19% en Lettonie). Cette souche a été responsable d'une épidémie en Afrique du Sud, responsable de 53 cas avec 98% de mortalité en médiane 25 jours après l'admission des patients. Tous ces patients étaient infectés par le VIH. 90% des patients ont été contaminés par la même souche et 66% d'entre eux n'avaient jamais reçu de traitement antituberculeux, témoignant de la transmission récente de cette infection. Enfin, 6 membres de l'hôpital ont été contaminés <sup>(8)</sup>. L'absence d'isolement respiratoire des patients hospitalisés, la rareté des laboratoires réalisant les cultures et encore plus les antibiogrammes sans parler des diffi-

culté de standardisation des antibiogrammes pour les traitements de seconde ligne et l'approvisionnement de ces traitements sont pour l'instant des problèmes non résolus.

La stratégie DOT (Direct Observed Therapy) recommandée par l'OMS qui recommande que la prise des antituberculeux soit supervisée et permet d'améliorer l'observance du traitement, montre ses limites puisqu'elle nécessite que les personnes infectées par la tuberculose viennent quotidiennement ou plusieurs fois par semaine dans un centre médical pour recevoir le traitement antituberculeux. Les difficultés liées à l'éloignement, les problèmes de transport des personnes sans ressources ou intransportable car trop malade font que moins de la moitié des personnes infectées par le VIH et la tuberculose ont réellement accès au traitement antituberculeux.

## Interactions entre traitements antirétroviraux et antituberculeux

La tuberculose représente une indication au début du traitement antirétroviral chez les patients infectés par le VIH dont les CD4 sont  $< 350/\text{mm}^3$  <sup>(1)</sup>. Le traitement conjoint de ces deux infections est rarement réalisé en raison de manque de coopération entre les programmes de lutte contre la tuberculose et les programmes de lutte contre le VIH-Sida. Les prescripteurs d'antirétroviraux sont rarement prescripteur d'antituberculeux et lorsque les deux traitements sont disponibles ils ne sont souvent pas dispensés au même endroit. Le traitement combiné de ces deux infections, lorsqu'il est possible, pose cependant des problèmes d'observance compte tenu du nombre important de comprimés à avaler, des problèmes de toxicités croisées entre antituberculeux et antirétroviraux (neurotoxicité périphérique et hépatotoxicité) responsable de 34% d'arrêt ou de modifications thérapeutiques <sup>(9)</sup> et surtout des problèmes d'interactions médicamenteuses. La rifampicine qui est le traitement le plus efficace contre la tuberculose est responsable d'une très forte diminution de la concentration des inhibiteurs de protéase et d'une diminution importante de la concentration de la névirapine et à une moindre mesure de l'efavirenz. En dehors de l'efavirenz, avec une posologie éventuellement augmentée à 800 mg/j en fonction du poids des patients, l'association de rifampicine et d'un traitement antirétroviral n'est pas recommandée <sup>(10)</sup>. Des données préliminaires avec la névirapine doivent être confirmées <sup>(11)</sup>. Compte tenu du coût actuel de la rifabutine, il n'y a donc pas d'alternative thérapeutique dans le choix des antirétroviraux.

L'introduction du traitement antirétroviral peut être à l'origine d'un syndrome de reconstitution immunitaire lié à la reconstitution de l'immunité vis-à-vis de la tuberculose et qui se traduit le plus souvent par de la fièvre, l'apparition d'adénopathie nécrotique, d'une atteinte pulmonaire. De nombreuses autres manifestations ont été rapportées et il est possible que ce syndrome soit en partie responsable de la forte mortalité observée dans la 3 premiers mois de traitement antirétroviral <sup>(12)</sup>.

En attendant des progrès diagnostiques, thérapeutique ou vaccinaux dont le développement est au mieux lointain, il est nécessaire d'utiliser au mieux les ressources actuelles en mettant en commun les programmes de lutte contre la tuberculose et que les programmes de lutte contre le VIH. ■



## Références :

1. www.who.int
2. www.unaids.org
3. Sonnenberg P et al. J Infect Dis 2005;191:150-8
4. Breen RA et al. AIDS 2006;19:1201-6
5. De Cock KM et al. JAMA 1992 ;268 :1581-7
6. Chekaya J, 37th IUATLD, Paris 2006
7. Kayantao D et al. Rev Pneumol Clin 2001;57:423-6
8. Gandhi NR et al. Lancet 2006 ;368 :1575-80
9. Dean GL et al. AIDS 2002 ;16 :75-83
10. www.cdc.gov/mmwr
11. Manosuthi W et al. Clin Infect Dis 2006 ;43 :253-5
12. Breton G, la lettre de l'infectiologue 2006 ;3 :116-125



**Denis da Conceição**  
Chef de Mission



Région de l'Atacora-Donga

## Au Bénin

**Après un an de fonctionnement, le Centre de prise en Charge de Natitingou a reçu plus de 1000 patients.**



SOLTHIS en s'engageant au Bénin depuis janvier 2005 a voulu contribuer efficacement à la prise en charge des personnes ayant une infection à VIH/Sida dans les villes de Natitingou, Tanguiéta et sa région (nord du pays); ainsi qu'à l'amélioration de l'observance des thérapies antirétrovirales en renforçant les conditions et les capacités de prise en charge des personnes affectées par le VIH/Sida dans la région de l'Atacora - Donga.

Nous pouvons dire après deux ans de présence, que de nombreuses difficultés ont été surmontées dans les sites de prise en charge avec une augmentation régulière de la file active des patients mis sous ARV conformément à nos prévisions de départ.

Depuis son inauguration en juin 2005 par le Pr Christine Katlama, le Centre SOLTHIS a eu plus de 1200 visiteurs.

Plus d'une trentaine de soignants: médecins, infirmiers, sages - femmes, assistantes sociales, aides soignants et membres d'associations, interviennent pour offrir des services sociaux aux personnes affectées par le VIH et pour contribuer au trai-



Dans le nouveau Centre de Prise en charge de Natitingou.

tement des infections opportunistes et au suivi biologique des patients. Aussi, des activités d'Information-Education-Communication (IEC), de dépistage anonyme et gratuit ainsi que des consultations d'observances individuelles sont organisées par l'équipe de l'hôpital pour 80 visiteurs par mois. Les assistantes sociales en lien avec les associations, œuvrent pour la recherche des perdus de vues afin de les ramener dans le dispositif de soins et de prise en charge en fonction de la situation clinique et biologique des patients.

L'action de SOLTHIS depuis le début de cette année 2006 avec la détermination des Prs PM Girard et Christian Courpotin se concentre notamment sur la formation des équipes. De plus, une aide pour la prise en charge des patients indigents est apportée. **SOLTHIS a organisé du 6 au 8 novembre 2006 une formation régionale pour mettre un accent particulier sur la prise en charge et le suivi de l'enfant** avec une trentaine de soignants participants de la zone nord. Les participants se sont engagés à organiser des staffs pour échanger sur les problèmes liés aux soins afin d'offrir une meilleure prise en charge aux personnes vivant avec le VIH.

Dans un autre domaine, le Programme Alimentaire Mondial vient de livrer des vivres pour aider les patients sous ARV indigents à bien se nourrir. Des séances d'informations et de sensibilisation sur la maladie ont lieu avant chaque distribution. Nous soutenons la logistique au cours de cette aide alimentaire pour améliorer cette action.

Nous avons aussi réalisé la rénovation du laboratoire de la zone sanitaire de Tanguiéta en octobre 2006. Il apportera une réponse à l'accès de tous au dépistage et au programme de PTME qui sera notre challenge en 2007.

Actuellement, une attention particulière est prê-

tée à la situation du laboratoire car tous les obstacles ont été levés afin de faire les mesures de charges virales plasmatiques (suivi des patients sous ARV et diagnostic pédiatrique). Une formation sur la charge virale organisée par le Dr Polo Vigano du Groupe Solidarité Afrique en lien avec l'association italienne UNIDEA a eu lieu en octobre à cet effet.

L'année 2007 doit être une année de consolidation du programme de l'Atacora - Donga. Nous comptons sur l'engagement de tous les acteurs pour assurer la pérennité de nos actions et pour permettre aux habitants de la région de bénéficier d'un système de prise en charge du VIH/Sida efficace et disponible pour tous. ■



Antoine MESSANH, Administrateur du projet Solthis au Bénin

## En bref...

- **Date de lancement:** déc. 2004
- **Lieu d'implantation:** région de l'Atacora-Donga (Nord-Ouest du pays). Sites de Natitingou et Tanguiéta.
- **3 sites prescripteurs**
- **9 médecins prescripteurs**
- **+ de 400 traitements ARV initiés.**

**Perrine BONVALLET**  
Etudiante à Sciences-Po Paris en stage dans le nord Bénin.



## L'arrivée des ARV ravive les paradoxes de la maladie!

Je suis en master d'économie du développement à Sciences-po et je suis venue faire des recherches au Bénin pour mon mémoire sur des indicateurs de la situation économique des femmes séropositives ayant suivi les programmes de PTME, le but étant d'essayer de déterminer des indica-

teurs sur les pertues de vue. Venir travailler ici est très enrichissant, surtout d'un point de vue économique car je suis ici dans l'un des départements les plus pauvres du Bénin, ce qui pose le problème de la prise en charge en des termes particuliers: la gratuité des ARV est loin d'être suffisante

pour des gens qui ont souvent à peine de quoi survivre. L'arrivée des ARV a d'ailleurs ravivé les paradoxes de la maladie : gratuité des médicaments dans un contexte de pauvreté et malnutrition, bonne santé retrouvée qui ravive le désir d'enfant, maintien des stéréotypes sur les malades mais impossibilité de les reconnaître... Et rencontrer le personnel impliqué dans la prise en charge des patients est une expérience très enrichissante car ces personnes effectuent vraiment un travail admirable. Une première expérience de recherche donc, sur un terrain complexe et passionnant! ■



Par Yoann Madec  
Institut Pasteur  
Nolwenn Bodo  
Solthis

## Pourquoi évaluer les programmes d'accès aux antirétroviraux (ARV)?

Alors que s'élargit peu à peu l'accès aux ARV dans les pays du Sud, l'évaluation des programmes devient un enjeu primordial que ce soit en terme de santé publique que d'amélioration de la prise en charge individuelle des patients.



### Evaluer pour mieux plaider...

L'épidémie de VIH sévit depuis plus de 20 ans maintenant. Elle a infecté près de 70 millions de personnes depuis qu'elle est apparue. La prévention des infections opportunistes et l'introduction des ARV depuis 1996 ont bouleversé l'évolution naturelle de la maladie dans les pays riches améliorant l'espérance et la qualité de vie de nombreux malades.

Pourtant, avec près de 40 millions de personnes vivant aujourd'hui avec le VIH dans le monde, jamais l'épidémie n'a autant frappé ! Quatre-vingt quinze pour cent des personnes touchées vivent dans les pays les plus défavorisés économiquement. Le continent africain - où l'impact dévastateur de la pandémie n'est malheureusement plus à rappeler - abrite à lui seul près de 70% des personnes infectées - parallèlement l'Asie et les PECO (*Pays d'Europe centrale et Orientale*) voient l'épidémie progresser à une vitesse galopante.

Avant 1998, la diffusion des ARV dans les pays du Sud s'est heurtée à de nombreux obstacles - arguments économiques, déterminisme culturel, difficultés liées au suivi biologique et au déficit d'observance, risque d'émergence de résistances virales ...

Cependant, le financement international s'est organisé et a significativement augmenté. En 2003, l'OMS mettait en place son plan "3 X 5" visant à fournir des ARV à 3 millions de personnes atteintes. Plus largement, de nombreuses initiatives nationales et internationales, communautaires et gouvernementales, dont Solthis, tentent d'apporter des réponses concrètes visant à favoriser la prise en charge des personnes touchées et permettent aujourd'hui à plusieurs milliers de malades l'accès aux ARV.

Les programmes d'accès aux ARV dans les pays du Sud s'accompagnent généralement d'un recueil de données cliniques et biologiques, constituant ainsi des cohortes de patients infectés par le VIH. Mise au service du plaidoyer politique, l'analyse épidémiologique de ces cohortes a très tôt permis de démontrer la faisabilité de ces programmes d'accès aux ARV, mais aussi de montrer l'efficacité des schémas thérapeutiques.



### Avec Solthis - Pour améliorer la prise en charge des patients en Afrique.

Solthis est engagée dans la lutte contre le VIH depuis 2003. Au Mali, au Niger, au Bénin puis à Madagascar, ses équipes facilitent l'accès aux ARV et initient des programmes de prise en charge globale en apportant leur appui technique aux différents partenaires nationaux.

Cet accompagnement comprend un appui en terme d'organisation du recueil des données, de capitalisation, d'informatisation et d'analyse des résultats. En effet, l'objectif d'une évaluation est bien sur de vérifier la qualité du programme, mais elle doit aussi servir à l'amélioration de la prise en charge des patients et aider à la prise de décision programmatique, comme par exemple : la décision de créer un groupe de soutien pour les patients qui n'arrivent pas à prendre régulièrement leur traitement, si un défaut d'observance est observé...

Convaincue de l'intérêt d'une approche pluridisciplinaire associant épidémiologistes, cliniciens, anthropologues et consciente des compétences spécifiques que nécessite une réelle évaluation des programmes, **l'équipe Solthis a souhaité initié une collaboration avec l'unité de recherche en épidémiologie des maladies émergentes de l'Institut Pasteur qui apporte ses compétences en épidémiologie et biostatistiques.**

Dans tous les pays où Solthis vient en appui, et grâce à un dossier patient mis en place dans le cadre des initiatives nationales d'accès aux

ARV, s'est peu à peu organisé un vrai système de recueil de données. Les patients bénéficient donc d'un suivi épidémiologique, à chacune de leurs visites, sont enregistrées des informations relatives à leur état clinique, leurs traitements... Les données ainsi collectées sur les patients sont essentielles en terme de validation de programme, afin de vérifier que les recommandations quant à la mise sous ARV sont suivies, que la prise en charge des infections opportunistes est efficace ...

L'analyse de ces cohortes permet aussi de documenter l'effet des ARV en terme de réduction de la mortalité, de reconstitution immunitaire mesurée par le gain du nombre de lymphocytes CD4. Elle permet, par exemple, d'identifier les facteurs qui handicapent la réponse immunitaire. Lorsque les données utiles ont été recueillies, l'analyse épidémiologique permet de répondre à des questions spécifiques. Il est connu que l'adhérence aux antirétroviraux est une condition essentielle pour le succès des thérapies. Il est donc utile de vérifier qu'un programme d'éducation thérapeutique visant à favoriser l'adhérence aux ARV est efficace.

Pour améliorer la prise en charge des patients infectés par le VIH, il reste des questions auxquelles nous devons rapidement apporter des réponses. L'analyse épidémiologique des programmes d'accès aux ARV peut nous y aider. Des études ont par exemple montré que certains patients, plus ou moins tardivement après l'initiation des ARV, ne se présentent plus aux visites médicales, ne recevant donc plus d'ARV. Pourquoi ces patients quittent-ils ces programmes? Ces patients ont peut-être des problèmes d'observance, sont découragés par les effets indésirables des traitements. En recueillant les informations pertinentes, nous pourrions répondre à ces questions, et nous pourrions prendre des initiatives qui permettraient d'améliorer la prise en charge des patients. ■







## Au Niger

**Stéphanie Tchiombiano**  
Chef de mission



Niamey & Zinder

**Présente au Niger depuis octobre 2004, Solthis a signé une convention de partenariat avec la Coordination Intersectorielle de Lutte contre le Sida (CISLS) et le Ministère de la Santé Publique pour une période de cinq ans.**



Après deux ans de présence au Niger, il est aujourd'hui temps de faire le bilan de l'appui technique de Solthis pour l'accès aux anti-rétroviraux au Niger. Rappelons que notre convention avec le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Grandes Endémies, ainsi qu'avec la coordination Intersectorielle de lutte contre le Sida a été signée en octobre 2004 pour une période de cinq années.

Sur le plan médical, la file active ne cesse de s'étendre, avec plus de 1000 patients sous ARV actuellement suivis par les équipes médicales des sites publics du Niger. La décentralisation de la prise en charge a été définie comme une priorité par les plus hautes autorités au Niger.

### Une décentralisation progressive : la mise en place d'un nouveau site prescripteur à Maradi

Après Zinder, Tahoua, Galmi et Dosso. Le Site de Maradi (environ 600 km de Niamey, ville carrefour à la frontière du Nigéria) est également devenu, le 18 septembre dernier, un site prescripteur. Avec 7 médecins prescripteurs formés, un FACSCOUNT financé par l'OMS, le Centre Hospitalier de l'Hôpital Régional devrait voir sa file active de patients évoluer très rapidement (on attend près de 300 patients dans les mois qui viennent), grâce notamment aux regroupements des patients résidant à Maradi jusqu'alors suivis dans d'autres sites prescripteurs, mais également grâce aux femmes enceintes séropositives, dépistées grâce au programme PTME (Prévention de la Transmission mère-enfant), particulièrement actif à Maradi. Après plusieurs missions exploratoires et suite à la demande des autorités nigériennes, Solthis a décidé d'appuyer tout particulièrement le site de Maradi, et le Dr Charlotte Dézé, basée à Zinder, se rendra pendant une semaine chaque mois, afin d'appuyer l'équipe pluridisciplinaire mise en place. Cette visite régulière permettra d'apporter un soutien à l'équipe médicale de Maradi, nouvellement formée à la prise en

charge des patients séropositifs, sur le plan technique (formation continue, discussions autour des cas cliniques, etc.) mais aussi organisationnel (circuit du patient, approvisionnement, laboratoire, base de données, etc...). Elle sera également l'occasion de renforcer les liens avec les autorités et l'association de patients de Maradi, déjà très active. Précisons que les villes d'Agadez et de Diffa devraient également devenir des sites prescripteurs dans les mois qui viennent, ce qui complètera encore la couverture nationale.

### Le renforcement du système d'approvisionnement en médicaments : une priorité au Niger

L'approvisionnement en médicament est le principal goulot d'étranglement au Niger. Si la gratuité de la prise en charge des patients séropositifs est théoriquement au Niger relativement étendue (en dehors des anti-rétroviraux, une grande partie du suivi biologique, du diagnostic et du traitement des Infections Opportunistes est également gratuite), elle n'est pas régulière et peut varier d'un site à l'autre selon les aléas des problèmes d'approvisionnement.

Si aucune rupture d'ARV n'a été répercutée directement sur les patients, il est important aujourd'hui de renforcer le système d'achats, de distribution et de dispensation, avant que la file active et la couverture géographique des sites prescripteurs ne soit trop importante.

Suite aux recommandations de plusieurs partenaires (Banque Mondiale, Fonds Mondial, notamment), le Ministère de la Santé Publique a décidé d'affecter un pharmacien spécifiquement chargé des médicaments du Paludisme,

de la Tuberculose et du VIH/Sida. **Solthis a de son côté recruté un pharmacien, Julien Cavagnoud, afin d'appuyer le démarrage de ce processus.** Il s'agira pour eux non seulement d'identifier les problèmes du circuit d'approvisionnement actuel, mais également de faire des recommandations pour la mise en place d'un circuit d'approvisionnement pérennisé, plus régulier, plus efficace.

### Installation de la Charge Virale au Niger

Depuis le mois de Novembre 2006, la charge virale est enfin disponible au Niger, au sein de laboratoire National de Référence VIH/Sida du Pr Mamadou Saïdou. Si, dans un premier temps et en priorité, la charge virale permettra de définir le statut sérologique des enfants de 18 mois nés de mères séropositives, elle permettra ensuite de renforcer le suivi des patients sous traitement et d'identifier les éventuelles résistances. Deux techniciens du laboratoire devraient prochainement venir en stage à Paris, afin de compléter leur formation. ■

## En bref...

- **Date de lancement:** oct. 2004
- **Lieu d'implantation:** Niamey, Zinder, Tahoua, Galmi, Dosso, Maradi.
- **13 sites prescripteurs**
- **30 médecins prescripteurs**
- **Plus de 1000 patients suivis sous ARV au Niger.**

### Equipe Solthis 2006

De gauche à droite et de haut en bas: **Julien Cavagnoud**, pharmacien, **Adhiza Bawa**, responsable de l'éducation thérapeutique, **Amina Abdoulaye**, assistante administrative, **Pierrick de Ronne**, Responsable administratif et financier, **Stéphanie Tchiombiano**, Chef de mission, **Jean Daniel Yovanovitch**, responsable médical, **Tahirou et Ralilou**, chauffeurs.



**Dr Charlotte DEZE** (au premier plan) à l'issue de la formation en prescription ARV. Début 2006. Zinder.





## LA JOURNEE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA AU NIGER

Une année après les lancements officiels du Centre de dépistage et du Centre de prescription des ARV à l'hôpital de Zinder, voici ce qui est prévu pour le 1<sup>er</sup> décembre 2005 :

### NIAMEY

**Elaboration d'une petite brochure d'information sur l'accès au traitement** pratique et concrète :

Ou se faire dépister ? Ou se faire prendre en charge ? Ou rencontrer des associations de patients ?

...Mais aussi des affiches et des émissions de radio pour sensibiliser les nigériennes et les nigériens sur le VIH, ses modes de transmission, le dépistage, l'accès aux traitements, la PTME...

*Réseau Nigérien des Personnes Vivant avec le VIH avec le soutien de Solthis*

**30 novembre, 16 heures.**  
**Au Centre Culturel franco-nigérien (CCFN)**

**Conférence sur la prise en charge des patients séropositifs** co-animée par le Rail-Sida (réseau des ONG de lutte contre le VIH / Sida), le comité médical technique de l'INAARV, Solthis et le Renip (Réseau National des associations de PVVIH).

Le Rail organisera également une soirée au CCFN. Au programme: théâtre-forum, sketches et rap!

### ZINDER

**Brochures sur l'accès au traitement** et organisation de débats radiophoniques au niveau régional ...

**Journées portes ouvertes dans les Centres de dépistage.**

Solthis apporte également son appui technique et financier au Club des Amis du livre pour le montage d'une **pièce de théâtre** qui se déroulera au CCFN .

## BILAN DE LA JOURNEE SCIENTIFIQUE 2006



Le 12 octobre 2006, s'est tenue à Niamey la deuxième journée scientifique VIH/Sida au Niger, organisée par la Cellule Intersectorielle de Lutte contre le Sida, le Ministère de la Santé Publique, avec l'appui de Solthis.

Cette journée a été l'occasion d'échanger sur les dernières actualités thérapeutiques, mais également sur les problèmes concrets rencontrés dans les différents sites de prise en charge.

Elle aura notamment permis de faire le bilan de deux années de prise en charge antirétrovirale au Niger.

Sous la Présidence du Professeur Touré, et en présence des Prs Christine Katlama, Vincent Calvez et Brigitte Autran, tous trois venus spécialement de France pour échanger avec les praticiens nigériens, près de 200 personnes, dont plus de vingt venues de l'intérieur du pays sont venues assister à l'événement.

Grâce aux communications des différents intervenants: Pr Mamadou Saidou, Dr Moussa Idé, Dr Abdoulaye Bagnou, Dr Wafa, Dr Rachid Sani, Dr Jean-Daniel Yovanovitch, Dr Maman Garba Laouan de Zinder et Pierrick de Ronne (Responsable administratif et financier de Solthis), le point a été fait sur l'épidémiologie, le bilan de la prise en charge des patients au Niger, la PTME, la tuberculose, l'appui alimentaire, etc.

La parole a également été donnée au Réseau Nigérien des personnes vivant avec le VIH, par la voix de son Président: M. Maiga qui a présenté le réseau et ses activités.

Les échanges ont été très fructueux et ont permis de poser les bases d'une meilleure prise en charge des patients au Niger...

On retiendra notamment l'installation de la charge virale et la nécessité de renforcer les synergies entre les programmes Sida et tuberculose. ■



Séance de travail lors de la visite des Prs Christine Katlama, Brigitte Autran et Vincent Calvez à Niamey en novembre dernier.



**Sarah Dalglish,**  
étudiante en Master  
d'économie du développement  
Sciences-Po Paris

*Dans le cadre de la collaboration entre l'Institut d'Etudes Politiques de Paris et Solthis, Sarah Dalglish est au Niger depuis septembre 2006 où elle réalise une étude micro-économique sur l'accès aux soins des patients séropositifs.*

## Un fléau qui a le même âge que moi !

*Étudier l'économie du développement à Paris offre des belles bases théoriques, mais je savais qu'il était indispensable de venir dans un pays du Sud pour les confronter à la réalité. Je me suis intéressée à l'économie de la santé à la suite d'un cours passionnant à Sciences-Po, où je suis en 5<sup>ème</sup> année.*

*La problématique du Sida en Afrique me semblait être un bon terrain de recherche et de réflexion. Le fait de rencontrer des patients et des soignants ici me permet d'avoir réellement les pieds bien ancrés dans la réalité...*

*En plus, ce fléau a le même âge que moi, et j'ai toujours voulu faire une contribution, aussi petite qu'elle soit, à la lutte contre le Sida.*

*Je suis arrivée à Niamey, Niger il y a deux mois, et*

*je réalise actuellement une étude sur l'accès aux soins pour les patients séropositifs. Mon quotidien consiste à aller sur les sites, visiter les hôpitaux, afin de parler avec les patients et travailler mes questionnaires sur le coût de la prise en charge et le statut socio-économique.*

*Après, je vais corrélérer ces données économiques avec les données médicales de chaque patient afin d'identifier les aspects spécifiques de la pauvreté qui empêche l'accès aux soins.*

*Ce travail n'aurait pas été possible si ce n'était pas pour l'assistance des conseils de toute l'équipe de Solthis au Niger, qui m'a fourni des contacts, des lectures, des conseils, et beaucoup plus! ■*



**Mélanie HEARD**

Doctorante à l'IEP de Paris,  
Chercheuse  
en santé publique,  
Secrétaire de Rédaction  
à PISTES-TRANSCRIPTASES

## “L'épidémie de VIH/Sida nous a appris qu'un déficit de respect pour les droits de l'Homme accroît la vulnérabilité des populations”



Cette position de Jonathan Mann a marqué les esprits, car elle a façonné la façon dont sont appréhendés, depuis 25 ans, les enjeux éthiques et politiques du Sida à l'échelle mondiale. Alors que les autorités politiques avaient traditionnellement agi face aux épidémies en considérant que la défense de la santé publique pouvait justifier de limiter l'exercice de certains droits humains, un tel arbitrage a été défini, s'agissant du Sida, comme étant contre-productif : c'est au contraire, depuis Jonathan Mann, en promouvant l'éthique et les droits de l'Homme que l'on promeut la santé publique.

C'est là ce que Mann a appelé la “révolution copernicienne” du Sida, l'avènement d'un “nouveau paradigme” en santé publique.

Ce paradigme inédit se décline d'abord au plan politique, pour le choix des mesures de lutte contre l'épidémie. Ainsi, à la question de savoir si la lutte contre l'épidémie peut légitimer de recourir à des mesures d'obligation (par exemple en matière de dépistage ou de déclaration), ou bien à des mesures d'interdiction (par exemple en matière de criminalisation de la transmission), il sera souvent répondu que de telles stratégies seraient contre-productives; elles favoriseraient la diffusion du virus, alors que la responsabilisation des individus, dans le respect de leurs droits, posséderait, elle, une efficacité supérieure.

Cette application politique du nouveau paradigme du Sida pose cependant question: la théorie politique libérale classique ne définirait pas stricto sensu de telles stratégies de santé publique comme des limitations des

droits de l'Homme. L'existence de limitations légales à l'exercice de certaines libertés est plutôt la norme du contrat social, telle qu'elle régit nos vies quotidiennes. En l'espèce, la position de Mann demande donc à être maniée avec la plus grande prudence; de ce que la défense de la santé publique et la promotion des droits de l'Homme doivent selon lui aller de pair, il ne doit pas pour autant découler que toute mesure qui limiterait les libertés individuelles doive être suspectée de constituer une atteinte aux droits de l'Homme contre-productive pour la santé publique.

La seconde application du nouveau paradigme joue au plan éthique, et concerne en particulier la recherche clinique. L'épidémie de Sida a contribué à façonner les standards éthiques que doivent respecter les essais cliniques. Certains ont pu faire valoir que, dans une situation d'urgence sanitaire telle que celle connue par certains pays en développement, le respect de tels standards éthiques pouvait s'avérer contre-productif en retardant la disponibilité des traitements. Là encore, le paradigme des droits de l'Homme définit cette position comme un contresens, en stipulant que seule la promotion des droits des patients possède une efficacité en termes de santé publique. Responsabiliser les individus en leur assurant l'estime de soi que procure le plein exercice des droits humains les plus fondamentaux constitue la seule stratégie efficace pour défendre la santé publique.

Les enjeux politiques et éthique du paradigme des droits de l'Homme dans la lutte contre le Sida sont nombreux, et exigent, on le voit, la plus grande attention dans le maniement des concepts. Nos mentalités politiques sont façonnées par l'idée que, pour défendre le bien commun, il peut être légitime de limiter certaines libertés. Mais critiquer l'extension des pouvoirs de l'Etat en la matière, et veiller à garantir que nos libertés ne soient pas plus limitées qu'il n'est nécessaire pour l'intérêt commun, constitue aussi la base de nos cultures politiques libérales. Il est crucial de distinguer les limitations légales de nos libertés, qui sont justifiées par l'intérêt commun, des atteintes aux droits de l'Homme: par exemple, limiter la liberté d'un individu pour garantir à un autre indivi-

du l'exercice de ses droits n'est en aucun cas une atteinte aux droits de l'Homme. S'agissant des atteintes aux droits de l'Homme, l'apport fondateur de Mann a été de montrer, par exemple, qu'une femme qui verrait son droit de propriété, son droit de vote, ou ses droits sociaux limités, en serait d'autant plus vulnérable au VIH: ici l'équation entre atteinte aux droits de l'Homme et contre-productivité en termes de santé publique est clairement pertinente pour guider l'action politique face à l'épidémie. En revanche, ce serait un contresens par rapport au paradigme formalisé par Mann que d'assimiler des mesures telles que l'obligation de déclaration des cas de VIH, l'obligation de proposer un dépistage en routine, ou l'interdiction de transmettre consciemment le VIH, à des atteintes aux droits de l'Homme pour en déduire qu'elles sont contre-productives dans la lutte contre l'épidémie. Il faut, en somme, distinguer les enjeux éthiques du Sida qui relèvent de la problématique des droits de l'Homme, des enjeux politiques stratégiques concernant le choix des mesures de lutte contre l'épidémie, qui relèvent quant à eux de la problématique du contrat social, au sein duquel, tous, nous acceptons, quotidiennement, de voir certaines de nos libertés limitées au nom de l'intérêt collectif. ■

### POUR PLUS D'INFORMATIONS

Journal du Sida n°107-108

Octobre 1998 - Numéro spécial Jonathan MANN

[http://www.arcat-Sida.org/publi/archives\\_jds/som107.html](http://www.arcat-Sida.org/publi/archives_jds/som107.html)

Retrouver la revue **TRANSCRIPTASES**

Sur le site du Crips Ile de France :  
[www.lecrips.net](http://www.lecrips.net)

Retrouver l'Interview en ligne

« Le nouveau contrat social » - par M. Heard  
[www.tetu.com](http://www.tetu.com)

### - SOLTHIS -

#### UN NOUVEAU GROUPE DE TRAVAIL !

Toujours en vue d'améliorer la prise en charge des patients atteints par le VIH Solthis monte un nouveau groupe de travail et de réflexion éthique - juridique et politique.

C'est autour du Dr Véronique FOURNIER, fondatrice et directrice du Centre d'éthique clinique - Hôpital Cochin - Paris - que Solthis a souhaité réunir des experts: médecins, chercheurs en sciences sociales... Afin de tenter d'apporter des réponses concrètes aux questions de plus en plus difficiles que pose la prise en charge des patients VIH, notamment dans les pays du Sud.





## Actualité



DR

### 1<sup>er</sup> décembre 2006

**Journée mondiale de lutte contre le Sida  
Pleins feux sur la RESPONSABILITÉ  
"Stop Sida. Tenons notre promesse"**

La journée mondiale de lutte contre le Sida 2006 est consacrée au thème de la responsabilité

Pour plus de détails sur la campagne:  
[www.worldaidscampaign.org](http://www.worldaidscampaign.org)

Pour connaître les dernières données ONUSIDA, consulter le rapport en ligne:  
[www.unaids.org](http://www.unaids.org)

### En France:

Le réseau des Crips a recensé pour nous les différentes actions et manifestations menées en France à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le Sida.

Pour plus d'informations: [www.lecrips.net](http://www.lecrips.net)

## La Journée Mondiale de Lutte Contre le Sida et SOLTHIS...

Le 24 novembre 2006  
Table-ronde  
**"Paris s'engage contre le Sida en Afrique"**  
Hôtel de Ville de Paris

Le 30 novembre 2006 - 14 heures -  
**10 ans de trithérapie ici  
Quelle actualité, quel futur ?  
Ici et dans le monde...**

Conférence de presse – Pitié Salpêtrière  
Equipes médicales VIH des Hôpitaux Pitié Salpêtrière, Saint Antoine, Tenon et Trousseau dans le cadre du réseau de Coordination régionale de lutte contre le VIH Paris Centre COREVIH.

RFI au Niger - 5 décembre, 11h40.  
**Emission "Priorité Santé"  
spéciale 1<sup>er</sup> décembre.**  
Reportage sur l'accès décentralisé aux antirétroviraux au Niger avec différents acteurs de la lutte contre le Sida dont Solthis.

## Agenda international du VIH

### Décembre 2006- Eté 2007

**01/12/2006 - 03/12/2006, Pékin**  
Journée mondiale de lutte contre le Sida - Chine 2006 "STOP au Sida - Tenez vos promesses!"

**10/12/2006 - 14/12/2006, Cancun**  
VIH DART 2006: Limites du développement des thérapies antirétrovirales.

**23/01/2007 - 25/01/2007, Ouidah**  
Congrès francophone d'épidémiologie en milieu tropical

**25/02/07 - 28/02/07 - CROI - Los Angeles**  
Conférence internationale sur les Infections Opportunistes et les Rétrovirus.

**05/06/2007 - 08/06/2007, Durban**  
3<sup>ème</sup> Conférence Sud Africaine VIH/Sida: Construire un consensus sur la prévention, le traitement et la prise en charge.

**22/07/2007 - 25/07/2007 Sydney**  
IAS 2007: 4<sup>ème</sup> IAS (International AIDS Society)

## Les rendez-vous Solthis

**Sana'a/ Yemen - 2/12/2007- 5/12/2006**  
Rencontre régionale VIH/Sida pour les pays du Moyen Orient et d'Afrique du Nord (Fonds Global/ PNUD). Solthis a été invitée à venir présenter ses activités au cours de différents ateliers.

**Bamako/ Mali**  
**17/01/07 -18/01/07- 19/01/07**  
Solthis participera aux **Troisièmes Journées VIH à Bamako.**

**Mars 2007 / Science-Po Paris et Solthis**  
Le cycle de huit cours-conférences démarre à compter de mars 2007 sous l'intitulé: "Enjeux des programmes de lutte contre le Sida en Afrique"

*Impact du VIH/Sida sur les systèmes de santé et les services publics... Bailleurs de fonds, secteur privé et enjeux économiques de la lutte contre le VIH... Rôle de la coopération bi- et multi- latérale, des ONG... Autant d'autres thèmes retenus dans le cadre de la formation...*

Pour plus d'infos: [www.sciences-po.fr](http://www.sciences-po.fr)

## EACS: Recrutements en cours

La European AIDS Clinical Society (EACS) propose deux programmes de formation:

- Medical Exchange Programme for Young HIV Physicians
- Advanced HIV Course

*Vous souhaitez y participer ?*

Plus d'infos: [sylvie-chatelin@eacs.ws](mailto:sylvie-chatelin@eacs.ws)

## ENFANCE ET VIH

**Niamey / Niger - 11/12/2007-15/12/2006**  
**Atelier pédiatrique**

Galop d'essai pour Solthis cette première formation, initiée par le Pr Christine Katlama et coordonnée par le Pr Courpotin, devrait réunir près de 30 participants, majoritairement africains.

Prévention de la Transmission du virus de la mère à l'enfant, diagnostic de l'enfant; suivi post natal, IO de l'enfant, prise en charge clinique des enfants sur les sites, traitement, annonce du diagnostic, observance, VIH et adolescence...

Autant de thèmes qui font aujourd'hui les grands enjeux de la prise en charge des enfants au Sud.

Une première rencontre volontairement restreinte en nombre de participants et construite autour de nombreux ateliers.

Un objectif: rester au plus près des réalités, travailler, donner la parole aux praticiens de terrain et voir comment nous pouvons, ensemble, améliorer la prise en charge des enfants séropositifs.

Pour plus d'infos: Paris: [contact@solthis.org](mailto:contact@solthis.org)  
Niamey: [stephanie.tchiombiano@solthis.org](mailto:stephanie.tchiombiano@solthis.org)

**Pour en savoir toujours plus sur les enfants et le VIH/Sida**

**Revue GRANDIR info**

(Sidaction / Initiatives Développement)

Pour vous abonner ou pour toute information:

[Grandir@Sidaction.org](mailto:Grandir@Sidaction.org)



## Rendez-vous des acteurs francophones de la lutte contre le VIH/Sida

**La 4<sup>e</sup> Conférence Francophone VIH/Sida aura lieu du 29-31 mars 2007 à Paris, à la Cité des Sciences et de l'Industrie.**

Placée sous l'égide de l'ANRS (Agence Nationale de recherches sur le Sida et les hépatites virales), la conférence est présidée par les Prs Jean-François Delfraissy et Christine Katlama.

**Cette conférence a pour objectif de:**

- Permettre l'échange des données médicales, scientifiques, épidémiologiques, sociales sur la prise en charge du VIH/Sida, au Nord comme au Sud.
- Aborder les aspects politiques et économiques de l'épidémie.
- Promouvoir des forums de discussion entre les différents acteurs issus de pays francophones et de contextes culturels différents,
- Favoriser la collaboration et l'émergence d'un travail en réseau,
- Stimuler les réflexions politiques et analyser les initiatives innovantes.

Pour plus d'infos: [www.vihparis2007.com](http://www.vihparis2007.com)



# Solthis l'équipe

## Les membres fondateurs

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

## Les permanents à Paris

Dr Louis PIZARRO, Directeur général  
Dr Cécilia PIZZOCOLO, Responsable médicale  
Nolwenn BODO, Responsable de l'information  
Christophe GUEDON, Responsable administratif et financier  
Corine NICOUE, Assistante de programme  
Erwan BAETE, Assistant administratif.

## Les acteurs sur le terrain

**Au Mali:** Pierre TEISSEIRE, Chef de mission  
Dr Alain AKONDE, Responsable médical  
Dr Mariame KANTE, Responsable PME - Prise en charge Mère-Enfant  
Dr Marie-Léa DAKOUO, Responsable décentralisation  
Ambroise DEMBELE, Responsable administratif  
Dr Almustapha MAIGA, Pharmacien-Biologiste  
**Au Niger:** Stéphanie TCHIOMBIANO, Chef de mission  
Dr Jean-Daniel YOVANOVITCH, Responsable médical  
Julien CAVAGNOUD, Pharmacien  
Pierrick de RONNE, Responsable administratif et financier  
Hadiza BAWA, Responsable de l'éducation thérapeutique  
Amina ABDOULAYE, Assistante administrative  
**Au Bénin:** Denis da CONCEIÇÃO, Chef de Mission  
Pr Christian COURPOTIN, Responsable médical  
Antoine MESSANH, Responsable administratif  
**Madagascar:** Sophie ROYER: Chef de mission  
Catherine SCOTTO : Responsable administrative et financière.

## Conseil d'Administration

Pr Brigitte AUTRAN, Pr Jean-François BERGMANN, Pr François BRICAIRE, Pr Gilles BRUCKER,  
Pr Jean-François DELFRAISSY, M. Armand de BOISSIERE, M. Patrice de MAISTRE, Pr Pierre-Marie  
GIRARD, Pr Christine KATLAMA, M. Jean-François SAUVAT, M. Jean-Pierre VALERIOLA.

## Comité de pilotage scientifique

Françoise AEBERHARD, Pr Brigitte AUTRAN, Dr Elie AZRIA, Dr Catherine BONNAUD, Pr Elisabeth  
BOUVET, Dr Guillaume BRETON, Pr Gilles BRUCKER, Pr Vincent CALVEZ, Dr Ana CANESTRI,  
Dr Guislaine CARCELAIN, Pr Christian COURPOTIN, Pr Patrice DEBRE, Pr Jean-François DELFRAIS-  
SY, Pr Marc DOMMERGUES, Dr Serge EHOLIE, Dr Arnaud FONTANET, Pr Pierre-Marie GIRARD,  
Pr Vincent JARLIER, Dr Bernard JARROUSSE, Pr Christine KATLAMA, Dr Roland LANDMAN, Yoann  
MADEC, Dr Anne-Geneviève MARCELLIN, Dr Vanina MEYSSONNIER, Dr Gilles PEYTAVIN, Dr Louis  
PIZARRO, Dr Cécilia PIZZOCOLO, Dr Gilles RAGUIN, Sophie-Marie SCOUFLAIRE, Dr Tuan  
TRAN-MINH, Dr Roland TUBIANA.



## Notre partenaire

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



**Pavillon Laveran**  
**Hôpital de la Pitié Salpêtrière**  
47, bd de l'Hôpital  
75651 Paris Cedex 13, France  
Tél: +33 (0)1 53 61 07 84 - (0)1 45 83 27 78  
Fax: +33 (0)1 53 61 07 48  
**Pour toute demande d'information**  
[contact@solthis.org](mailto:contact@solthis.org) - [www.solthis.org](http://www.solthis.org)

**Directeurs de la publication:**  
Prs Christine Katlama & Gilles Brucker  
**Directeur exécutif:** Louis Pizarro  
**Rédactrice en chef & secrétariat de rédaction:** Nolwenn Bodo  
**Conception, réalisation & impression:** Magigraphi  
**Photo de couverture:**  
© Andres Koryzma  
**Photos:** © tangi.ch pour Solthis  
(sauf autre mention)

