La lettre de Solthis

Numéro 17 - Avril 2016
Spécial AFRAVIH

Solthis
Solidarité Thérapeutique et Initiatives pour la Santé

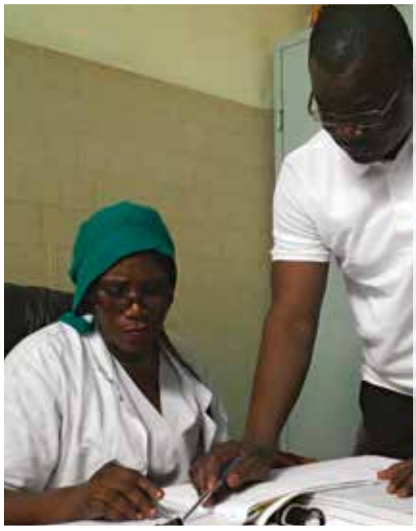
8e CONFÉRENCE INTERNATIONALE FRANCOPHONE
VIH/HEPATITES
AFRAVIH 2016
20 AU 23 AVRIL 2016
LE SQUARE-BRUXELLES

AFRAVIH
ALLIANCE FRANCOPHONE DES ACTEURS DE SANTÉ CONTRE LE VIH

ACTUALITÉS SCIENTIFIQUES

La prophylaxie Pré Exposition, à quand l'égalité pour les jeunes femmes ?

p. 4



DOSSIER

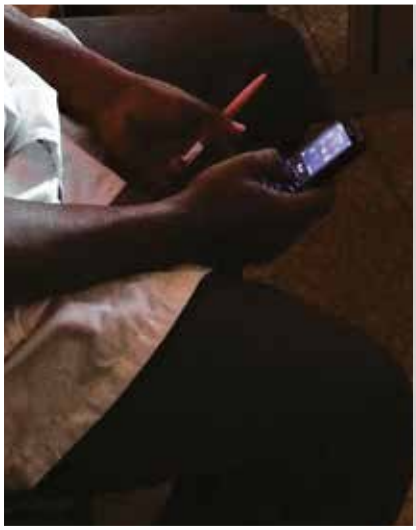
Recherche opérationnelle en Guinée, Diavina et Tivina

p. 5

RETOUR DU TERRAIN

La crise Ebola : l'action de Solthis en Guinée et en Sierra Leone

p. 10



GRAND ANGLE

Technologies numériques appliquées à la santé dans les pays à ressources limitées

p. 12

La santé est un droit pour tous ! Agissons ensemble

Entretien avec Constance Delaugerre

Co-présidente de la conférence AFRAVIH 2016

Vous êtes co-présidente de la 8me conférence internationale francophone VIH-Hépatites, quelle est selon vous la spécificité de cette conférence ?

C'est l'occasion de donner au maximum la parole aux acteurs francophones, de choisir les thématiques fortes de la francophonie et d'illustrer la diversité impressionnante des programmes de recherche, tout en montrant à la fois les différences et les parallélismes dans cette diversité.

La prévention est ainsi un enjeu commun Nord/Sud et la PrEP est une thématique d'actualité qui présente des enjeux convergents au niveau scientifique : comment diffusent les ARV ? Est-ce que les produits diffusent de la même façon dans les différents compartiments ? Fonctionnent-ils pareil entre hommes et femmes ? Les enjeux d'observance sont-ils identiques ? Mais la PrEP relie aussi la recherche fondamentale à des enjeux concrets de mise en œuvre qui divergent selon les pays. La France est le 1er pays européen à avoir autorisé la PrEP, alors que la Belgique et la Suisse en sont aussi éloignés que la Côte d'ivoire. A l'inverse le Canada la rembourse depuis 2 ans. On apprend énormément des expériences de chacun.

> L'AFRAVIH c'est la synergie des acteurs francophones de la recherche et du soin

Avez-vous eu des « surprises » en préparant cette conférence ?

Le comité scientifique a volontairement axé les plénières autour des enjeux de prise en charge (PEC) chronique des patients atteints du VIH/Sida, autour des co et poly-morbidités cardiovasculaires ou cancéreuses.

Or, nous avons été surpris car les abstracts reçus du terrain n'étaient pas cliniques, mais très orientés autour des enjeux de rétention et de PEC réelle, et en particulier sur le rôle des infirmières et la délégation des tâches. Ces questionnements sont intéressants en France aussi avec la raréfaction des ressources publiques et la nécessité de faire évoluer la PEC.

Les outils de communication numérique et les SMS offrent aussi de nouvelles possibilités pour gagner dans la rétention dans le soin et mettre en place des méthodes de PEC innovantes tout en garantissant l'anonymat des patients.

Pour vous virologue, quelles sont les clés pour renforcer les laboratoires ?

Le suivi virologique reste une priorité. De plus en plus de stratégies de réduction des coûts sont mises en place, mais sans suivi virologique c'est impossible. La charge virale est fondamentale pour le suivi des patients sous traitement et reste la priorité.

Les abstracts reçus du terrain montrent une préoccupation forte autour des résistances très élevées au Sud chez les enfants et les adolescents. Cette problématique est remontée comme prioritaire, avec un focus sur les adolescents et la nécessité de spécifier leur PEC à un âge complexe où ils sont entre le monde de l'enfance et de l'adulte.

Quelle est selon vous aujourd'hui la place de la recherche francophone en virologie ?

Nous sommes à l'aube de la recherche virologique dans les pays du Sud. Dans les structures où les professionnels de santé ont été formés en France et où il y a un vrai travail de collaboration avec des ONG, ces partenariats sont un gage de réussite. Ailleurs, on reste aux prémices de la virologie clinique. C'est pourquoi les partenariats de recherche et les collaborations Nord/Sud sont fondamentaux.

Comment êtes-vous devenue une militante de la lutte contre le VIH ? D'où vient votre engagement ?

Mon engagement est affectif. J'ai malheureusement connu beaucoup de personnes qui ne sont plus de ce monde. J'ai fait de la virologie pour faire du VIH, qui est une maladie à multiples facettes avec une dimension à la fois très intime et très politique. C'est une discipline créative et de recherche, de remise en question permanente de ce que l'on a acquis.

Constance Delaugerre est Maître de Conférences des Universités–Praticien Hospitalier en Virologie à l'Hôpital Saint-Louis, Université Paris Diderot (Paris, France) et Présidente du comité médical et scientifique de Sidaction

> La recherche francophone en virologie clinique se développe grâce aux collaborations et partenariats

AFRAVIH
ALLIANCE FRANCOPHONE DES ACTEURS DE SANTÉ CONTRE LE VIH

Venez écouter le **Symposium AFRAVIH** en partenariat avec **Aides**, **Sidaction**, la **Plateforme Elsa**, **Prévention Sida** et **Solthis**

« La synergie des acteurs institutionnels, associatifs et communautaires, élément clé de l'efficience »

Mercredi 20 avril de 15h30 à 17h
Hall Silver

Sommaire

INTERVIEW 2

Entretien avec Constance Delaugerre

SOMMAIRE & EDITORIAL 3

ACTUALITÉS SCIENTIFIQUES 4

La prophylaxie Pré Exposition, à quand l'égalité pour les jeunes femmes ?

DOSSIER 5

Recherche opérationnelle en Guinée, Diavina et Tivina

DÉCOUVRIR SOLTHIS 8

Nos projets en 2016

RETOUR DU TERRAIN 10

La crise Ebola : l'action de Solthis en Guinée et en Sierra Leone

GRAND ANGLE 12

Technologies numériques appliquées à la santé dans les pays à ressources limitées

ACTUALITÉS DE SOLTHIS 14

Bilan et perspectives du projet OPP-ERA en Guinée

Tri-ARV, un jeu de société pour renforcer les compétences médicales

Les temps forts de Solthis à l'AFRAVIH 2016 : présentations orales, posters, participation aux symposium

Programme complet au dos de cette Lettre

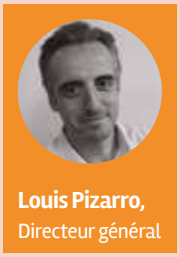
Retrouvez–nous aussi sur le stand de la Plateforme Elsa.

Agissons ensemble !

Pour nous rejoindre, nous aider :

www.solthis.org

Editorial



Louis Pizarro,
Directeur général

« La francophonie sera subversive et imaginative ou ne sera pas ! » Ainsi s'exprimait Boutros Boutros-Ghali en 1995 à Cotonou. Aujourd'hui, nous pouvons dire la même chose de l'AFRAVIH et des débats que nous allons avoir lors de cette conférence.

Depuis Montpellier il y a deux ans, le monde francophone a été secoué par une actualité riche et souvent dramatique. Alors que la planète se donne rendez-vous en 2030 avec des nouveaux objectifs pour le développement durable, Ebola nous rappelle la fragilité de nos systèmes de santé pour répondre aux urgences épidémiologiques. Alors que nous célébrons ensemble la COP21 et la lutte contre le réchauffement climatique, le terrorisme et la barbarie frappent de plein fouet nos nations, la Belgique ayant été la dernière d'une série macabre et affligeante.

En 2015, Le Lancet proclame l'avènement d'une « planetary health »[1] qui intégrerait la réflexion sur la santé humaine à son environnement planétaire. Néanmoins, on ressent une certaine difficulté du monde francophone pour construire un discours original et adapté à cette nouvelle donne internationale.

Une première explication concerne notre dispositif de recherche qui mobilise trop souvent des disciplines isolées avec une utilisation rare d'approches mixtes. Cela est aggravé par la faible interaction entre ces acteurs de la recherche et ceux du monde associatif, qu'ils soient constitués par les personnes affectées par la maladie (communautaires) ou par les opérateurs de programmes de développement. Le cas du VIH étant un des rares exemples où ces deux mondes ont travaillé ensemble.

Une deuxième explication réside dans la faible collaboration entre les gouvernements, les ONG et les chercheurs. Ces trois mondes se connaissent trop peu et peinent à construire des dynamiques vertueuses capables de porter des réponses adaptées aux réalités propres aux pays francophones. Ce fut le cas en France mais aujourd'hui cette dynamique partenariale est interrompue.

Partout, les enjeux sanitaires au niveau de la planète sont abordés avec une vision « global health » impulsée par nos collègues anglo-saxons. Ainsi par exemple le New Public Management place les « incentives » financiers comme seuls garants d'efficacité, et les « think-tanks » ou les départements universitaires à Londres ou Boston, sont à l'origine des stratégies des organisations internationales et des grandes fondations privées.

La mondialisation est un fait et la francophonie doit prendre une part plus importante dans les débats académiques et politiques internationaux afin d'enrichir cette discipline naissante qu'est la santé mondiale. Alors qu'en France, certains opposent encore les maladies entre elles ou débattent sans fin entre le bi et le multilatéral, nous espérons que les participants à l'AFRAVIH montreront l'exemple à suivre pour le monde francophone de la santé, avec sa diversité, sa pluridisciplinarité et, surtout, avec sa solidarité réaffirmée !

1- From public to planetary health: a manifesto. Horton, Richard et al. The Lancet, Volume 383, Issue 9920, 847

La prophylaxie Pré Exposition, à quand l'égalité pour les jeunes femmes ?

Guillaume Breton,
Directeur scientifique

La PrEP par voie orale, basée sur l'utilisation de TDF seul ou associé au FTC, réduit le risque d'acquisition du VIH[1]. Son implémentation à large échelle est recommandée par l'OMS, et cette stratégie, couplée au traitement ARV immédiat pour tous les patients infectés par le VIH laisse espérer qu'on puisse enfin agir sur la dynamique de l'épidémie.

Cependant, dans des études conduites parmi les couples séro-différents, les hommes et les femmes hétérosexuelles en zone de forte endémie, les données poolées d'efficacité de la PrEP montrent une réduction du risque d'acquisition du VIH globalement plus importante chez les hommes (62%) que chez les femmes (43%), les hommes ayant des rapport sexuels avec d'autres hommes, les transgenres, et les utilisateurs de drogues injectables[1].

L'observance est la clef de l'efficacité de la PrEP

En Afrique sub-saharienne, dans les pays ayant une forte incidence du VIH, les jeunes femmes sont tout particulièrement touchées par l'épidémie, et représentent une population prioritaire pour la PrEP[1]. Les résultats d'efficacité de quatre essais de PrEP incluant des femmes en Afrique de l'Est et Australe sont pourtant assez contradictoires : deux essais (Partners PrEP incluant 4747 couples séro-différents et TDF2 incluant 1219 personnes dont 489 femmes) montrent une efficacité entre 49 et 75% sans différence entre les hommes et les femmes, alors que deux autres essais, FEM-PrEP et VOICE incluant respectivement 2120 et 3019 femmes, n'ont montré aucune efficacité[2-5]. Ces différences sont dues principalement à des différences d'observance : la PrEP n'est efficace que si on la prend ! L'essai VOICE montre que l'observance de la PrEP est corrélée à une bonne estimation du risque d'exposition au VIH, mais aussi que les femmes les plus jeunes, les plus à risque, sont aussi celles qui estiment le moins bien ce risque[5]. La PrEP, n'est pas un traitement à vie comme dans le cas de l'infection par le VIH, mais un traitement adapté à une période de vie où le risque d'exposition au VIH est élevé. Le renforcement de l'observance nécessite plus spécifiquement d'agir sur la perception du risque pour aider les individus à bien estimer leur risque et son évaluation au cours du temps pour adapter leur observance en conséquence[6].

> La PrEP n'est efficace que si on la prend ! Son observance est corrélée à une bonne estimation du risque d'exposition au VIH

D'autres stratégies qui pourraient simplifier l'observance sont en développement, comme les traitements injectables à longue durée d'action (cabotégravir, rilpivirine), les implants sous-cutanés d'ARV et les traitements locaux (microbicide, gel ou anneau vaginaux imprégné d'ARV). L'essai ASPIRE, testant un anneau vaginal imprégné de dapivirine, réalisé en Afrique de l'Est chez 2614 femmes est décevant avec 27% d'efficacité. Même si l'efficacité atteint 61% chez les femmes de plus de 25 ans, les femmes de moins de 21 ans, dont le risque d'acquisition du VIH est deux fois plus élevé, ne tirent aucun bénéfice de cette stratégie toujours en raison des difficultés d'observance[7]. Cela montre les limites des solutions bio-médicales et suggère que le renforcement de l'observance reste crucial.

> Le renforcement de la perception du risque doit être une priorité

La PrEP orale quotidienne donne la possibilité de limiter les nouvelles infections chez les femmes vivant en Afrique sub-saharienne, mais les plus jeunes d'entre elles, qui en ont le plus besoin et qui cumulent le risques d'exposition au VIH et le risque d'inobservance les plus élevés, sont paradoxalement celles qui bénéficient le moins de cette stratégie. En conséquence, le renforcement de leur perception du risque pour leur permettre d'adapter l'observance de la PrEP doit être une priorité pour que ces jeunes femmes puissent bénéficier de la PrEP avant qu'il ne soit trop tard. ■

Notes

1- **WHO**, Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV, Genève, World Health Organization, 2015

2- **PM Mumane, C Celum, N Mugo et al.** Efficacy of preexposure prophylaxis for HIV-1 prevention among high-risk heterosexuals : subgroup analyses from a randomized trial, AIDS 2013; 27:2155-2160.

3- **MC Thigpen, PM Kebaabetswe, LA Paxton et al.** Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Bostwana, N Engl J Med 2012; 367:423-434.

4- **L Van Damme, A Corneli, K Ahmed et al.** Preexposure prophylaxis for HIV infection among women, N Engl J Med 2012; 367:411-422.

5- **JM Marrazzo, G Ramjee, BA Richardson et al.** Tenofovir-based preexposure prophylaxis for HIV infection among women. N Engl J Med 2015; 372:509-518.

6- **JE Haberer,** Current concepts for PrEP adherence in the PrEP revolution : from clinical trials to routine practice, Curr Opin HIV AIDS 2016 ; 11:10-17.

7- **JM Baeten, T Palanee-Phillips, ER Brown et al.** Use of a vaginal ring containing dapivirine for HIV-1 prevention in Women, Lancet 2016

Recherche opérationnelle en Guinée, Diavina et Tivina

Agir pour les femmes enceintes infectées par le VIH et leurs nouveaux nés.

Guillaume Breton,
Directeur scientifique

En 2013, on estime que plus de 90% des 240.000 enfants infectés par le VIH vivent en Afrique sub-saharienne, où les ressources en soins sont les plus limitées. Ces infections sont le plus souvent d'origine materno-fœtale, conséquence d'un accès encore limité des femmes enceintes aux programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. On estime en effet qu'un tiers des femmes enceintes vivants avec le VIH dans les 22 pays prioritaires du Plan Mondial n'ont pas reçu d'ARV pour prévenir la transmission mère-enfant (TME) en 2013[1].

Par ailleurs, l'accès au diagnostic virologique des nourrissons exposés reste limité compte tenu de la nécessité d'une technique de PCR qui n'est pas largement implémentée. Seulement 56% (520.000) des nourrissons exposés ont pu bénéficier de l'accès au diagnostique par PCR dans les pays à revenus faibles et intermédiaires en 2013[2]. De plus, même si l'OMS recommande que le diagnostic virologique soit réalisé à six semaines de vie, le délai entre les consultations, le prélèvement, son transport dans un laboratoire équipé, la transmission du résultat et la mise sous traitement des enfants est proche de sept mois et finalement la moitié des enfants ayant une infection confirmée par le VIH sont perdus de vue avant même de débuter le traitement[3]. En l'absence de traitement, les nourrissons infectés pendant la période périnatale (in utero et intra partum) sont à haut risque de décès pendant la première année de vie (50% de décès)[4]. En comparaison, le risque de décès est de 8% chez les enfants non infectés par le VIH en Afrique sub-saharienne. Le pic de mortalité liée au VIH chez ces enfants survient vers l'âge de 2-3 mois, laissant une courte marge pour les dépister et les traiter[5].

Tous ces éléments expliquent que de nombreux nourrissons infectés progresseront rapidement vers un stade avancé de la maladie avant d'avoir l'opportunité être traités. Des données récentes sur le moment optimal pour le dépistage des nourrissons suggèrent un bénéfice du dépistage très précocement après la naissance pour identifier rapidement les enfants infectés in utero et ainsi prévenir la mortalité précoce par un traitement ARV très précoce[6]. En France par exemple, la recherche du virus chez les nourrissons exposés est effectuée à la naissance (J0-J3) et à 1, 3 et 6 mois, et le renforcement du traitement préventif de la TME chez le nourrisson est recommandé si la mère n'a pas reçu de traitement ARV durant la grossesse.

Il est important d'initier un traitement par ARV dès la naissance

Toutes ces données montrent qu'il est donc essentiel de réaliser un diagnostic de l'infection à VIH très rapidement après la naissance, d'assurer un retour rapide des résultats et d'initier un traitement par ARV dès la naissance. Chez les nourrissons exposés, seule la détection de virus intra-cellulaires ou de virus plasmatiques permet de diagnostiquer l'infection de l'enfant; en effet, les anticorps maternels anti-VIH pouvant persister chez l'enfant jusqu'à l'âge de 18 mois, les tests sérologiques ne peuvent être utilisés avant cet âge.

L'évolution des recommandations de l'OMS : un traitement prophylactique renforcé pour les nouveaux nés à haut risque d'infection.

Les dernières recommandations internationales proposées par l'OMS en 2015 prévoient que l'ensemble des nourrissons nés de mères vivant avec le VIH reçoivent un

traitement prophylactique par monothérapie de nevirapine pendant six semaines, durée potentiellement étendue à 12 semaines et associé avec de l'AZT lorsque leur mère a découvert son infection par le VIH autour de l'accouchement et n'a donc reçu aucun traitement ARV au cours de sa grossesse[7]. Par ailleurs, l'OMS recommande de faire un premier diagnostic virologique du VIH par PCR entre 4 et 6 semaines de vie. Le diagnostic virologique du VIH à la naissance chez les nourrissons exposés est une option actuellement discutée par l'OMS, et ce tout particulièrement lorsque la mère n'a pas reçu d'ARV pendant la grossesse. Cependant, cette stratégie doit encore être évaluée dans les pays à ressources limitées et des études dans différents contextes sont nécessaires, à très court terme, pour évaluer si le diagnostic à la naissance pourrait améliorer l'initiation précoce des traitements chez les nourrissons et leur rétention dans les systèmes de santé. En effet, différentes expériences de programmes de PTME appliquant les recommandations actuelles ont montré des résultats fluctuants sur le taux de dépistage précoce des nourrissons et un important taux de perdus de vue parmi les dépistés.

L'intérêt du traitement très précoce des enfants

Le bénéfice du traitement précoce des enfants infectés à la naissance, indépendamment du taux de CD4, est établi et ce traitement est recommandé par l'OMS6. Les résultats de l'essai CHER montrent en effet que le traitement précoce (7,4 mois) réduit la mortalité et la survenue d'événements SIDA en comparaison avec un traitement retardé (20 mois)[8]. Le bénéfice sur la mortalité d'un traitement encore plus précoce, débuté dès les premières heures de vie, n'a pas été encore évalué, cependant des travaux préliminaires montrent l'intérêt potentiel de cette stratégie. Le traitement très précoce des nourrissons infectés pendant la période périnatale avant la 8me ou la 12me semaine, lors de la primo-infection, limite la constitution du réservoir cellulaire et tissulaire de VIH latent[9]. Le réservoir est d'autant plus faible que le traitement est précoce[10].

La réduction très précoce du réservoir viral pourrait permettre à certains patients d'atteindre un statut de « post-treatment controller » (PTC), après arrêt secondaire du traitement antirétroviral, mais, si une telle situation a déjà été décrite chez plusieurs dizaines de patients infectés à l'âge adulte, un seul cas d'adolescent PTC infecté en période périnatale a été rapporté à ce jour[11] ; toutes les autres tentatives d'interruption du traitement ARV chez des enfants/adolescents ont été suivis d'un rebond virologique immédiat ou différé, même en cas de réservoir viral très faible avant l'interruption.

Le traitement très précoce des nourrissons infectés à la naissance limite la constitution du réservoir cellulaire et tissulaire du VIH latent

L'importance de maintenir un réservoir le plus faible possible est corroborée par les travaux chez les adultes. Le réservoir de cellules infectées est corrélé à la mesure de l'ADN-VIH total dans les cellules mononucléées circulantes (PBMC), qui a une valeur pronostique de l'évolution immunologique et clinique, indépendamment du nombre des lymphocytes CD4 et de la charge virale ARN-VIH plasmatique. Un niveau très bas du réservoir est associé au contrôle de la réplication virale à long terme après arrêt de traitement, chez les sujets traités précocement au moment de la primo-infection de l'essai ANRS Visconti, comme cela a déjà été observé chez les patients contrôleurs du VIH[12]. Sur le plan immunologique, il existe un possible bénéfice d'un traitement précoce chez l'adulte sur la préservation de la muqueuse digestive et l'inflammation secondaire qu'elle génère. Du fait du rôle important de la muqueuse digestive dans les premières années de la vie dans la maturation de nombreuses réponses immunes, le bénéfice pourrait être important chez l'enfant. L'identification des patients adultes au stade de la primo-infection reste difficile en pratique clinique compte tenu de sa présentation clinique aspécifique. La situation de la transmission materno-fœtale occupe une place à part à cet égard et permet d'identifier très précocement les nouveaux nés et les nourrissons. Le bénéfice d'une instauration très précoce du traitement paraît donc intéressant pour améliorer le pronostic clinique des enfants et pourrait potentiellement améliorer la réponse à de futures stratégies visant la rémission comme par exemple des anticorps neutralisants ou des vaccins thérapeutiques.

Un projet de recherche opérationnelle en Afrique de l'Ouest

Nous proposons d'évaluer, en Guinée, dans l'essai ANRS 12344 DIAVINA (DIAgnostic Virologique et Initiation à la NAissance) soutenu par l'ANRS et la Mairie de Paris l'opérationnalité d'une stratégie combinant, un diagnostic de l'infection à VIH et un traitement prophylactique renforcé par trithérapie antirétrovirale dès la naissance, chez des nourrissons à haut risque d'infection dont les mères n'ont pas été traitées pendant le dernier mois de leur grossesse, car le plus souvent, elles n'ont pas eu de dépistage VIH avant l'accouchement. Nous associerons à l'essai DIAVINA, une cohorte d'enfants infectés par le VIH, le projet TIVINA (Traitement Immédiat des nouveaux nés Infectés par la VIH à la NAissance) qui évaluera chez les nourrissons infectés par le VIH-1 en période périnatale, l'impact sur la morbi-mortalité et le réservoir du VIH d'une stratégie combinant un traitement

antirétroviral très précoce, et une optimisation des traitements préventifs associant vaccinations, prévention du paludisme et de la tuberculose, soutien nutritionnel et un renforcement de l'observance.

Ces deux études se feront dans le cadre du projet OPP-ERA en s'appuyant sur la structure du laboratoire installé et formé à la charge virale VIH à Conakry. L'inclusion de 300 couples mère/enfant et d'environ 30 nouveaux nés infectés par le VIH est attendue. Le dépistage du VIH sera proposé aux femmes enceintes se présentant pour accoucher à la maternité du CHU Ignace Deen. Si ce dépistage est positif, et que les femmes acceptent de participer à l'étude, leur nouveau-né bénéficiera d'un diagnostic virologique du VIH à la naissance et sans attendre les résultats, un traitement prophylactique renforcé par trithérapie ARV sera débuté dans les premières heures de vie et poursuivi pendant 12 semaines.

Le régime thérapeutique proposé sera : zidovudine, lamivudine, nevirapine en cas d'infection à VIH-1 (la nevirapine sera interrompue à l'âge de 10 semaines), zidovudine, lamivudine, lopinavir, ritonvir en cas d'infection à VIH-2. Ce traitement sera interrompu à 12 semaines de vie en cas de négativité de la première PCR réalisée à la naissance, quel que soit le mode d'allaitement. Dans le cas contraire, le traitement sera modifié (ou repris) par l'association zidovudine, lamivudine, lopinavir, ritonvir à posologies curatives.

Evaluer une stratégie combinant un diagnostic de l'infection à VIH et un traitement prophylactique renforcé par trithérapie

Les nourrissons infectés par le VIH à la naissance ou au cours de 18 mois de suivi bénéficieront de vaccinations contre le pneumocoque et le rotavirus, d'un dépistage intrafamilial du VIH et de la tuberculose associé à un traitement préventif par isoniazide, d'un soutien à l'observance, d'un soutien nutritionnel, de fourniture de moustiquaires imprégnées d'insecticide et d'un filtre à eau pour le nourrisson et sa famille.

Cette stratégie opérationnelle associant un diagnostic de l'infection à VIH dès la naissance pour les nourrissons exposés nés de mères non-traitées pendant la grossesse et une initiation très précoce d'une trithérapie d'ARV en prophylaxie dans un premier temps puis en curatif si le diagnostic est confirmé associé au renforcement des traitements préventifs chez les enfants infectés devrait permettre de limiter la constitution du réservoir du VIH, de préserver le développement du système immunitaire et de réduire la morbi-mortalité des nourrissons lors de leurs premières années de vie. ■

Notes

1- **WHO**, Global UPDATE on the Health Sector Response to HIV, 2014, World Health Organization, Geneva, 2014.

2- Ibid.

3- **CG Sutcliffe, JH van Dijk, F Hamangaba, F Mayani, WJ Moss,** Turnaround time for early infant HIV diagnosis in rural Zambi : a chart review. Plos One: 2014; e87028

4- **R Becquet, M Marston, F Dabis, LH Moulton, G Gray, HM Coovadia, et al.** Children who acquire HIV infection perinatally are at higher risk of early death than those acquiring infection through breastmilk: a meta-analysis. PLos One 2012; 7:e28510.

5- **DE Bourne, M Thompson, LL Brody, M Cotton, B Draper, R Laubscher et al.** Emergence of a peak in early infant mortality due to HIV/AIDS in South Africa. Aids 2009, 23:101–106.

6- **RR Lilian, E Kalk, K Bhowan, L Berrie, S Carmona, K Technau, et al.** Early diagnosis of in utero and intrapartum HIV infection in infants prior to 6 weeks of age. J Clin Microbiol 2012; 50:2373–7.

7- **WHO**, Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prohylaxis, 2015. World Health Organization, Geneva, 2015.

8- **MF Cotton, A Violari,** South African infants : results from the CHER (Children with HIV early antiretroviral) Randomized Trial. Lancet 2013; 382:1555-1563.

9- **M Martínez-Bonet, MC Puertas, C Fortuny et al.** Establishment and Replenishment of the Viral Reservoir in Perinatally HIV-1-infected Children Initiating Very Early Antiretroviral Therapy. Clin Infect Dis. 2015;61:1169-78.

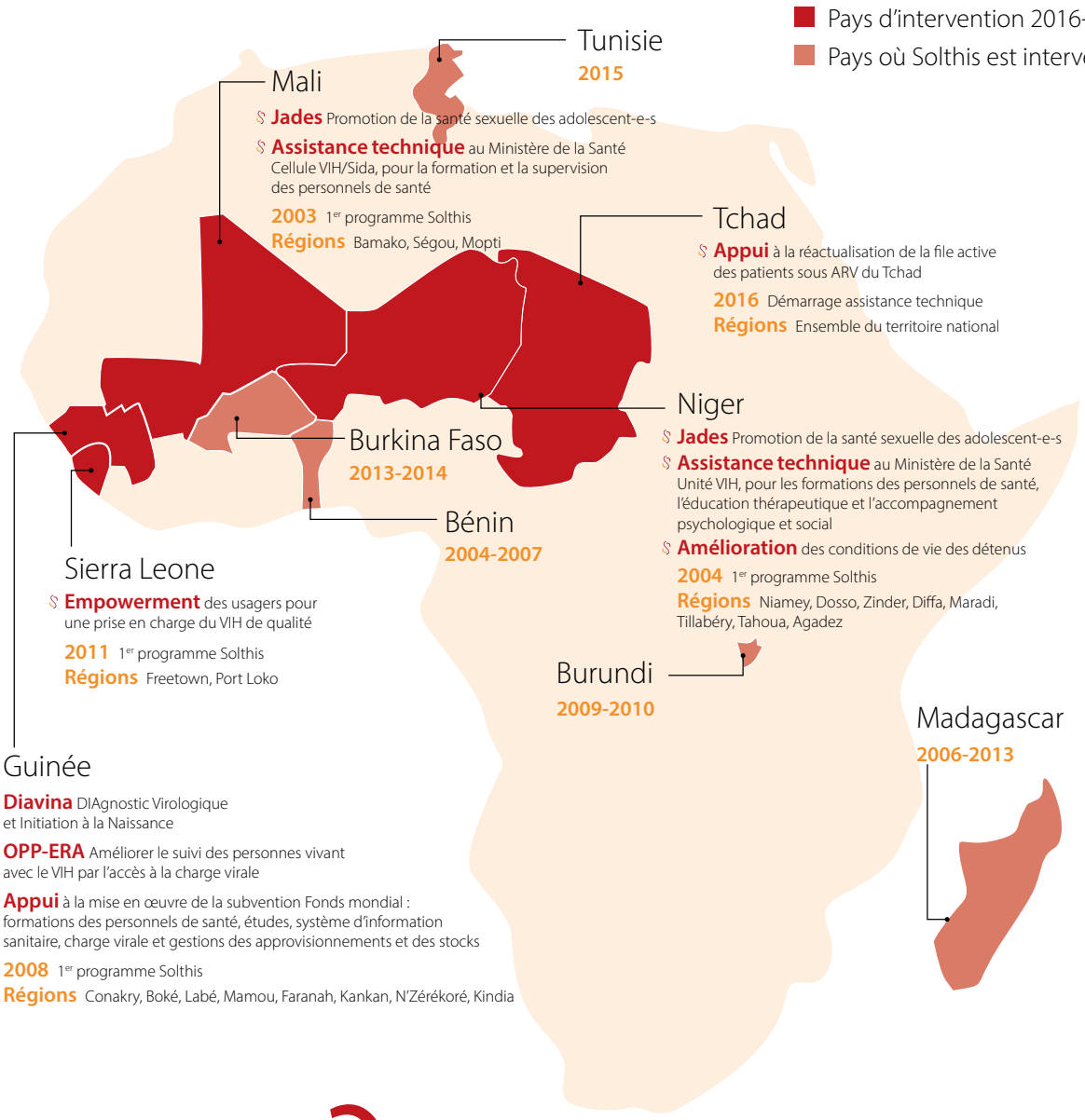
10- Ibid.

11- **P Frange, A Faye, V Avettand-Fenoël et al.** HIV-1 virological remission lasting more than 12 years after interruption of early antiretroviral therapy in a perinatally infected teenager enrolled in the French ANRS EPF-CO10 paediatric cohort: a case report. Lancet HIV. 2016 Jan; 3: e49-54.

12- **A Saez-Cirin, C Bacchus, L Hocqueloux et al.** Post-treatment HIV-1 controllers with a long-term virological remission after the interruption of an early initiated antiretroviral therapy ANRS Visconti study. Plos Pathogens 2013; 9:e1003211.

DÉCOUVRIR SOLTHIS

Nos projets en 2016



NOS PRIORITÉS DE SANTÉ

Santé de la mère et de l'enfant

- Prévention de la Transmission Mère-Enfant
- Prise en charge pédiatrique
- Santé sexuelle et reproductive

Maladies infectieuses

- VIH/Sida
- Hépatites
- Tuberculose
- Ebola
- Paludisme
- Maladies tropicales négligées

NOTRE OBJECTIF

- Améliorer la santé pour tous dans les pays à ressources limitées
- Donner accès à des services de santé de qualité
- Renforcer durablement les systèmes de santé

La santé est un droit pour tous

3 MODES D'INTERVENTION

- Renforcement des capacités
- Recherche opérationnelle
- Plaidoyer

DEPUIS 2003

+ **de 5 000 personnels de santé formés**
+ **de 100 centres de soin** appuyés en continu
+ **de 70 000 patients, enfants ou adultes** ont reçu un traitement contre le Sida dans les centres que nous appuyons
+ **de 1 million de patients** consultent chanque année les centres que nous appuyons

NOTRE EXPERTISE

Renforcement des systèmes et services de santé

Donner accès aux populations à des services de santé de qualité dans les structures de santé par une meilleure intégration/coordination des services entre eux et de l'organisation de l'offre de soin

Apporter une réponse concrète, globale et durable en matière de santé publique en agissant sur toutes les composantes des systèmes et services de santé nationaux

NOS DOMAINES DE COMPÉTENCES

Ressources humaines

Appuyer nos partenaires nationaux dans l'élaboration et le suivi de leurs stratégies nationales de formation et de délégation des tâches

Produits de santé et système pharmaceutique

Permettre un accès pérenne à des médicaments de qualité et garantir le bon usage des produits de santé par les prescripteurs, dispensateurs et patients

Laboratoires et plateaux techniques

Améliorer le diagnostic et le suivi biologique des patients par l'appui aux équipes dans la réalisation des examens, l'interprétation des résultats et la gestion des équipements

Système d'information sanitaire

Renforcer le système de collecte et traitement des données sanitaires pour assurer le bon suivi des patients, l'analyse des épidémies et l'évaluation des programmes de santé

Gouvernance et politiques de santé

Appuyer l'élaboration de politiques nationales de santé, de stratégies sectorielles et de normes et procédures. Renforcer la concertation avec la société civile

Financement de la santé

Agir avec nos partenaires pour la mobilisation des financements internationaux, l'accès équitable à la santé et l'adéquation des dispositifs d'aide aux réalités du terrain

Secteur communautaire

Accompagner les acteurs communautaires et les patients pour les rendre acteurs de leur santé

Solthis est une ONG de solidarité internationale en santé

Créée en 2003 par des médecins-chercheurs de la Pitié Salpêtrière, spécialistes du VIH/sida, **Solthis** est devenue en 2015 **S**olidarité **Th**érapeutique et **I**nitiatives pour la **S**anté.

Solthis inscrit son action dans une démarche de développement pérenne avec une stratégie d'intervention basée sur une approche globale des enjeux sanitaires et du renforcement de toutes les composantes de systèmes de santé : les hommes et les femmes, les institutions, les circuits, les technologies.

ONG de professionnels de santé et du développement engagés, notre spécificité repose sur :

- une démarche scientifique et empirique afin de trouver des solutions coûts-efficaces adaptées aux réalités du terrain
- une mobilisation d'experts pluridisciplinaires des pays du Nord et du Sud afin de prendre en compte toutes les dimensions des enjeux de santé : médicale, sociale, économique ou politique

Agissons ensemble

La crise Ebola : l'action de Solthis en Guinée et en Sierra Leone

Après deux années de lutte, la Guinée, la Sierra Leone et le Liberia se projettent dans l'après Ebola

Bertrand Vagnon,
Coordinateur
des Programmes

Les gouvernements de ces trois pays, les personnels de santé, les communautés et les acteurs nationaux et internationaux de la réponse restent mobilisés en cette période décisive.

Plus de 28600 personnes ont été infectés et 11301 personnes sont décédées depuis décembre 2014.Les personnels de santé en Guinée et en Sierra Léone ont été dès le début de l'épidémie en 1re ligne pour la prise en charge des malades, avec beaucoup de courage et un grand sens du service rendu à la population, et ont été également les premières victimes du virus (plus de 881 soignants infectés, 513 décédés soit un taux de létalité bien supérieur à la moyenne).

Solthis, présente en Guinée depuis 2008 et en Sierra Leone depuis 2011, a apporté son appui à ses partenaires nationaux historiques (Coordination intersectorielle de la Présidence, Programmes VIH nationaux, Ministères de la santé, associations de PVVIH). Et ce, grâce à nos équipes exemplaires sur le terrain qui ont pris la mesure de la menace du virus sur les victimes directes, leurs familles, les systèmes de santé dans leur ensemble et la situation économique et sociale des pays de la Mano River.

Comme de nombreux autres acteurs, Solthis a dû dès l'été 2014, au moment où l'épidémie connaissait une croissance rapide et généralisée, s'adapter. D'abord pour appréhender la menace pour nos équipes et la mitiger en adoptant de nouvelles mesures de sécurité sur nos sites d'intervention. Les formations au départ de nos personnels ont été renforcées et des partenariats tissés avec d'autres ONG nous ont permis de faire bénéficier nos équipes de formations de MSF Belgique et du consortium MdM/ACF et PUI.

La solidarité entre différentes ONG, notamment françaises, a été un élément fort de cette crise et a porté à la création de précieux espaces de discussion. Nous échangions très régulièrement nos vues lors des réunions de la Task Force Ebola organisées par les autorités françaises.

Très rapidement Solthis a porté l'idée que le virus Ebola était, en plus d'un vecteur mortel terrible, une menace systémique. L'accès aux soins et la continuité des traitements des autres pathologies étaient également gravement menacés.

Cette crise a en effet désorganisé les services sanitaires et a impacté gravement les conditions d'accès aux soins pour les populations. Nos équipes sur place ont témoigné de la situation catastrophique dans certains hôpitaux : peur des PVVIH de se rendre dans les centres de santé pour consulter ou prendre leurs médicaments, interruption des traitements, augmentation du nombre de « perdus de vue » sortis du circuit de soins.

Face à la crise, nous nous sommes d'abord investis dans la phase d'urgence. Ainsi, en Sierra Leone dès septembre 2014, nous avons mis nos véhicules à la disposition du réseau Nethips (réseau d'associations de personnes vivant avec le VIH) engagé dans des actions de recherche et de contact des patients séropositifs qui avaient interrompu leur suivi dans les centres VIH en raison du contexte Ebola de l'été. Toujours

« Hygiène hospitalière et protection des soignants

En Guinée, pour le volet PCI (prévention et contrôle des infections) de son programme, Solthis a développé un partenariat avec le GERES (Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants) qui possède une expertise reconnue dans l'hygiène hospitalière.

Dès le début de la crise Ebola, nos équipes ont été alertées sur son impact sur le travail des soignants : des médecins ont interrompu leurs consultations VIH faute de matériel de protection de base adéquat à disposition. D'autres médecins poursuivaient leurs activités en dépit de l'absence ou l'incomplétude de matériel de protection. La prévention effective de la transmission du virus en milieu de soins et l'appui aux soignants pour la poursuite de leurs activités de routine, y compris en dehors des centres spécifiques de traitement Ebola, est ainsi apparue essentielle pour aider à endiguer l'épidémie et assurer le maintien d'une offre de soins de qualité pour les patients suivis chroniquement pour le VIH et la tuberculose.

Au total en Guinée 170 personnels de santé ont été formés sur les mesures de prévention et de contrôle des infections en milieu de soins. Des supervisions dans chacune des préfectures ont été réalisées avec les autorités nationales et régionales. Les outils et protocoles développés avec les soignants au cours de ce projet mené en temps de crise, participent sur le long terme au renforcement de la résilience du système sanitaire dans son ensemble.

en Sierra Leone, nous avons travaillé pendant cette première phase avec l'Unicef et des groupes de soutien pour rechercher les enfants séropositifs perdus de vue, dont le nombre avait considérablement augmenté. Nous avons acheminé, dans des conditions logistiques très compliquées en raison de la fermeture des frontières, des équipements de protection pour les centres de santé que nous appuyions avant la crise en Guinée et en Sierra Léone, et réalisé les premières formations à l'hygiène hospitalière et aux modes de transmission du virus Ebola pour ces personnels en Sierra Leone.

Enfin, Solthis s'est associée avec d'autres organisations pour appuyer la démarche des autorités françaises afin d'instaurer un système d'évacuation sanitaire européen pour tous les étrangers participants à la riposte dans les trois pays. Dans le même temps, Solthis a porté également un plaidoyer actif pour la création de centres de santé de prise en charge Ebola de haut niveau de qualité dans nos pays d'intervention pour les soignants nationaux (et notamment nos collègues guinéens et sierra léonais impliqués dans la riposte au sein de nos équipes).

Ebola a gravement impacté l'accès aux soins des populations

Dans un second temps, Solthis a mené en 2015, grâce au soutien de l'Initiative 5% financée par le Ministère des Affaires étrangères et du Développement international et pilotée par Expertise France, deux projets de continuité des soins VIH en contexte Ebola avec les dimensions de renforcement de la prévention et du contrôle des infections, dans toutes les structures de santé et pas seulement dans les unités VIH, et d'adaptation de l'offre de soins VIH (perdus de vue, gestion des interruptions de traitement, espacement des rendez-vous…) dans 23 sites de Guinée (dans les huit préfectures du pays) et dans neuf sites de Sierra Leone à Freetown.

Ces deux projets ont été élaborés et mis en œuvre avec nos partenaires en Guinée (PNPCSP/CNLS/Onusida/Associations de PVVIH REGAP+/REFIG) et en Sierra Leone (NACP/NAS/NETHIPS). Dans ces deux pays, nos équipes se sont également coordonnées avec les cadres d'intervention définis pour tous les acteurs nationaux et internationaux par les Coordinations nationales de réponse Ebola, ainsi qu'avec l'OMS.

Solthis aura donc apporté son appui à ses partenaires guinéens et sierra léonais pendant cette crise sanitaire mondiale. Au cours de cette dernière, les enjeux de mobilisation communautaire et d'empowerment des usagers des services de santé se sont imposés comme fondamentaux. Solthis, en parallèle de son appui continu à l'offre de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, va lancer dès 2016 plusieurs projets en direction de la demande de soins, des communautés et de leurs visions de la santé. ■

Publications scientifiques de Solthis et de ses partenaires

The Lancet / CROI 2015 et 2016

Analyse de l'impact d'Ebola sur la continuité des soins en Guinée et en Sierra Leone

Au moment du lancement des projets de Solthis en Guinée et en Sierra Leone, il n'existait pas d'évaluation chiffrée de l'impact de l'épidémie d'Ebola sur la continuité des soins VIH.

Dans le cadre de ces projets, Solthis a réalisé en collaboration avec ses partenaires guinéens et sierra léonais une étude sur la rétention des personnes vivant avec le VIH au traitement antirétroviral durant l'épidémie Ebola de 2014-15, dans la région de Conakry en Guinée et une étude sur l'évaluation de l'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH dans les districts de santé affectés par l'épidémie en 2014 en Sierra Leone.

- La correspondance « ***Prévention de la propagation du VIH durant l'épidémie d'Ebola en Guinée*** » a été publiée dans Le Lancet du 11 avril 2015[1].
- Un poster sur les résultats de l'étude menée en Guinée a été présenté à la CROI 2015[2], et un poster sur les résultats en Sierra Leone a été présenté à la CROI 2016[3].

Une contribution administrative et logistique à l'essai JIKI a facilité sa réalisation sur le terrain grâce à l'équipe de Solthis à Conakry . Solthis se réjouit de la publication des résultats de cet essai dans PLOS médicine début mars et félicite les partenaires du projet dont l'INSERM.

1- **Jacques D A Ndawinz, Mohamed Cissé, Mohamadou S.K. Diallo, Cheik T. Sidibé, Eric D'Ortenzio** "*Prevention of HIV spread during the Ebola outbreak in Guinea*", The Lancet, Volume 385, Issue 9976, 1393

2- **Mohamed Cissé** (Donka National Hospital, Guinée), **Mohamadou S.K. Diallo, Cece Kpamou, Justeau Dimitri,** (Solthis, Guinée) **Cheik T. Sidibé,** (Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/SIDA, Guinée), **Eric D'Ortenzio, Jacques D.A. Ndawinz** (Solthis France), "*Impact of the Ebola outbreak on the Quality of Care of People Living with HIV Taking Antiretroviral Treatment at Donka National Hospital in Conakry, Guinea*", Poster CROI 2015

3- **Ndawinz Jacques, Guillard Etienne** (Solthis France), **Kenneth R. Katumba** (Solthis Sierra Leone), **Victor Kamara, Wogba Kamara** (National AIDS Secretary Sierra Leone), **Lamine Bangura, Victoria Kamara, Umu N. Nabieu** (National AIDS/HIV Control Programme Sierra Leone), "*Access to HIV Care in Health Districts Affected by Ebola Epidemic in Sierra Leone*", Poster CROI 2016

AFRAVIH
ALLIANCE FRANÇOPHONE DES ACTEURS DE SANTÉ CONTRE LE VIH

Retrouvez les 2 communications orales de Solthis

« Faible accès des personnes vivant avec le VIH au traitement ARV durant l'épidémie d'Ebola : le cas de la Guinée et de la Sierra Leone »

Jeudi 21 avril

Sessions Infections hors tuberculose

10h30 à 12h00

Hall 300

Technologies numériques appliquées à la santé dans les pays à ressources limitées

Des opportunités pour améliorer la santé des individus et renforcer les systèmes de santé

Etienne GUILLARD,
Directeur Renforcement des Systèmes et Services de Santé

De quoi parle-t-on ?

Depuis plus de 40 ans les technologies numériques sont rentrées dans nos vies et font partie de nos quotidiens. Certains auteurs évoquent pour cette croissance exponentielle le concept de « perturbation digitale »[1].

Utilisées en santé, elles recouvrent de nombreux termes : e-santé, m-santé, santé connectée, TIC en santé, avec des utilisations variées : télémédecine, e-learning, etc. Cette grande famille des technologies d'e-santé a connu la même croissance. En son sein, la m-santé, qui renvoie à l'utilisation de la téléphonie mobile, est en pleine expansion, exploitant notamment les fonctionnalités offertes par les smartphones : caméra, GPS, capteurs, localisation... Il y aurait ainsi entre 100 000 et 1 millions d'applications en santé sur smartphone, dédiées soit à des utilisations médicales (maladies chroniques, glycémie, base de données médicamenteuses...) soit de bien-être (mesure du nombre de pas, tension, conseils, ...). Ces applications seraient déjà utilisées par plus de 500 millions de personnes.

Plus récemment, les objets connectés ont exploité les technologies d'échange d'informations et les progrès en miniaturisation permettant aujourd'hui d'avoir des objets connectés très petits, pouvant pour certains être utilisés comme dispositifs médicaux.

Face à cette effervescence, nous avons souhaité faire un premier tour d'horizon.

Enjeux et défis de la mise en œuvre de projets de TIC en santé dans les pays à ressources limitées

Si le développement des TIC en santé peut apporter des solutions innovantes à des problèmes de santé[2], il peut également conduire à des échecs. Ainsi face à la multiplication de projets pilotes avortés, des recommandations[3] ont été développées afin d'éviter de reproduire ces échecs et soulignent l'importance d'inclure ces outils dans des projets plus larges de renforcement et non comme une fin en soi. Par ailleurs, outre la fracture technologique que vivent encore les pays à ressources limitées, peu d'entre eux disposent de stratégies nationales en santé intégrant les TIC et ils vont devoir se renforcer pour affronter cette vague technologique et les projets qui y sont associés. Pour cela, la mobilisation d'expertises nouvelles sera essentielle, dans une approche pluridisciplinaires et par conséquent intersectorielle : santé, télécommunication, éducation. Cela impliquera en outre de développer des compétences pour accompagner le déploiement de ces solutions, maintenir les équipements et développer une culture numérique pour les professionnels de santé afin de favoriser leur capacité d'adaptation, d'appropriation rapide des outils et leur formation à leur utilisation et à l'analyse des données. Enfin l'évaluation et la régulation de ces technologies, et des projets associés, seront nécessaires pour s'assurer autant de leur pertinence et de leur qualité, que de la protection de leurs utilisateurs et bénéficiaires ou de leur efficience pour les systèmes de santé.[4]

Anticiper les usages à venir, se préparer à s'adapter

Il est probable que nous ne soyons encore qu'au début de cette « perturbation digitale ». Les solutions technologiques de demain feront certainement s'estomper les séparations d'aujourd'hui, notamment au sein des NBIC : nanotechnologies, biotechnologies, information, cognitif.

Au-delà de l'évolution technologique, nos pratiques de professionnels de santé vont devoir s'adapter, avec parfois des changements profonds à prévoir, en particulier avec l'émergence des solutions d'intelligence artificielle. Nous allons également devoir nous adapter à des patients plus informés sur leurs maladies, sur leurs traitements, des patients qui pourront aussi évaluer nos pratiques (« liker » sur facebook) en temps réel.

Il apparait essentiel que les professionnels de santé soient préparés pour tirer le maximum de ces changements.

Quelles utilisations et quelles places pour ces outils dans les systèmes de santé ?

Les diverses solutions de TIC en santé peuvent être utilisées pour toutes les problématiques de santé, tant en termes de promotion de la santé que de prise en charge et de suivi. La santé sexuelle et reproductive et la santé materno infantile sont actuellement les domaines dans lesquels les projets TIC sont les plus nombreux. Si elles participent toutes plus ou moins directement à l'amélioration de la santé des individus, elles interviennent à différents niveaux.

Le tableau ci-joint présente les principales utilisations qui se dégagent.

Aperçus d'utilisations possibles des TIC en santé dans les pays à ressources limitées

Acteurs ou niveau d'utilisation	Utilisations
Individu / patient / client	**Développer les connaissances, le pouvoir d'agir et l'autonomie des patients** • Communication et support pour le changement de comportements, tant en prévention qu'en prise en charge : counseling, éducation thérapeutique, soutien à l'observance • Accès à une information rapidement (pharmacie de garde, gestes de premiers secours,…) • Analyse et prise de décision dans situations complexes • Alerte et partage d'information sur une situation ou urgence (Observatoire ou télésurveillance) • Echanges entre patients : échanges d'avis, groupes de soutien
Entre patient et soignant	**Développer la relation de soin** • Suivi personnalisé et conseil au patient / client - « Hotline » • Consultation à distance directe avec un spécialiste (télémédecine)
Soignant / professionnel de santé	**Développer et améliorer l'offre de services de santé** • Accès rapide à une information de référence : recommandations thérapeutique et guide de prise en charge électronique • Aide à la décision : Checklists numériques, algorithmes cliniques électroniques. Outils d'intelligence artificielle • Diagnostic simplifié – technologies Point of Care (POC) : imagerie, dépistage • Accès à des avis de spécialistes sur un cas clinique ou un examen (télémédecine) • Entre soignants : transfert de dossiers patients (dossiers médicaux partagés), référence / contre référence, forums d'échanges
	Développer et renforcer les compétences et pratiques des ressources humaines • Formation, tutorat à distance : e-learning, m-learning, MOOC • Approches pédagogiques interactives, mixées et ludiques : outils de simulation virtuelle, « serious games » ; méthodes, forums d'échanges • Supervision et évaluation des pratiques professionnelles à distance : quizz
Système d'information sanitaire (SIS)	**Optimiser le pilotage de la qualité, l'efficacité et l'efficience des services de santé en disposant et en exploitant plus facilement et rapidement les données sanitaires** • Tant pour l'information de routine que pour les enquêtes ou sondages spécifiques : dossiers médicaux électroniques, bases de données • Analyse des données mobiles et du « Big Data » : « Data mining », utilisation des données pour des analyses épidémiologiques, recherche de victimes (par exemple tremblements de terre*) * Flowminder http://www.flowminder.org/
Système de gestion des approvisionnements et des stocks	**Disposer et exploiter plus facilement et rapidement de données de gestion logistique pour permettre un meilleur suivi des stocks et éviter les ruptures** • Gestion des stocks et des commandes • Alertes sur des contrefaçons
Financement de la santé	**Simplifier les transactions financières dans le système de santé** • Paiement des actes par les patients • Rémunération des soignants à l'acte, incitations, paiement basé sur la performance

Notes

1- Digital disruption. Voir notamment Brian Solis, the wheel of digital disruption http://thenextweb.com/entrepreneur/2014/04/16/digital-disruption-changing-business-technology-isnt-answer/

2- Pour un aperçu, voir mHealth Compendium Volume 5 : https://www.msh.org/sites/msh.org/files/2015_08_msh_mhealth_compendium_volume5.pdf

3- Voir notamment Greentree consensus - principes pour le développement numérique : http://digitalprinciples.org/ Et The M.A.P.S. Tool - mHealth Assessment and Planning for Scale : http://tinyurl.com/MAPS-Toolkit-Download

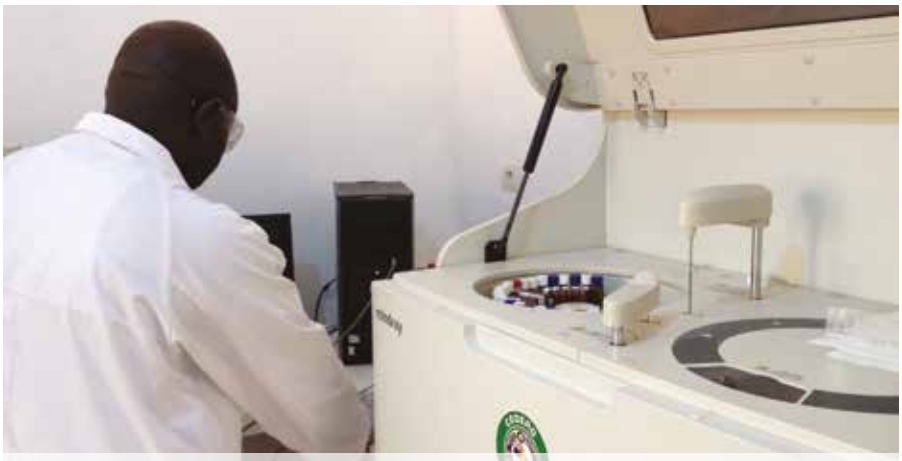
4- Voir notamment mHealth alliance & mHealth knowledge http://mhealthknowledge.org/ et mHealth evidence https://www.mhealthevidence.org/

Envie d'en savoir plus sur les MOOC ?

- **FUN** – France Université Numérique https://www.fun-mooc.fr/
- **Coursera** https://www.coursera.org/
- **Future Learn** https://www.futurelearn.com

Bilan et perspectives du projet OPP–ERA en Guinée

Plus de 5000 patients sous ARV ont déjà bénéficié d'une charge virale et ¾ sont en succès thérapeutique



Laboratoire de charge virale à l'Hôpital National de Donka à Conakry

Retrouvez le projet OPP–ERA lors de l'AFRAVIH 2016

- **Au corner dédié au projet OPP-ERA** sur le stand d'Expertise France
- **Avec la présentation orale du Pr Christine Rouzioux** « Plateforme ouverte et charge virale : le programme OPP-ERA » - Session Prise en charge thérapeutique - vendredi 22 avril de 10h30 à 12h00 - Hall Silver
- **Durant le Satellite ONUSIDA** - mercredi 20 avril de 14h00 à 15h30 - Hall Silver

Sophie Ouvrard,
Responsable Unité Pharmacie et laboratoire

Le projet OPP-ERA, mis en œuvre par Solthis, a permis d'introduire pour la première fois un accès gratuit à la CV dans le système public de santé guinéen et son accès a été maintenu pendant la crise Ebola. Deux plateformes ouvertes ont été installées : une à l'INSP (Institut National de Santé Publique) où Solthis a réhabilité le laboratoire de biologie moléculaire et l'autre au CHU de Donka, principal site de prise en charge des patients vivant avec le VIH (PVVIH), où Solthis a construit et équipé un laboratoire dédié.

Fin mars, Solthis, en collaboration avec le Programme National de lutte contre le VIH (PNPCSP), a organisé un atelier consacré au projet OPP-ERA, en présence du Professeur Christine Rouzioux de l'ANRS. Les échanges entre cliniciens, patients, laborantins et institutionnels ont permis d'étudier les pistes d'amélioration pour renforcer encore la prescription de la CV, notamment le circuit des prélèvements, le délai de rendu des résultats et l'interprétation de ces résultats pour renforcer l'observance et/ou adapter le traitement. Ces étapes sont nécessaires pour que davantage de patients bénéficient de cet examen notamment dans le cadre de la décentralisation de la prise en charge du VIH en Guinée.

Cet évènement a ainsi permis de montrer des premiers résultats prometteurs :

- 6756 CV VIH ont été réalisées depuis le début du projet, dans 83% des cas pour vérifier le succès thérapeutique en routine,
- 74% des patients étaient en succès virologique,
- Une très bonne sensibilité de la technique au seuil de 500 copies/ml, adapté aux recommandations de l'OMS qui proposent un seuil inférieur à 1000 copies/ml pour définir un succès thérapeutique. ■

Le projet OPP–ERA

Le projet OPP-ERA a pour objectif d'améliorer le suivi des PVVIH à travers un accès gratuit à la charge virale (CV) et au diagnostic des nourrissons. Il vise aussi à ouvrir le marché des technologies de la CV à de nouveaux fournisseurs grâce au modèle des « Open Polyvalent Platforms (OPP) » et ainsi de diminuer le coût du test et élargir l'accès à cet examen pour les patients infectés.

La polyvalence de ces plateformes permet par ailleurs le diagnostic de nombreux agents infectieux (Tuberculose, VHB, VHC, bactéries multi résistantes...). En Guinée, le diagnostic de la tuberculose sera privilégié dans un premier temps.

Financé par UNITAID, le projet OPP-ERA est co-financé et mis en œuvre par un consortium de partenaires français – Expertise France, ANRS, Sidaction et Solthis – dans 4 pays : Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire et Guinée depuis mars 2013. Solthis est responsable de la mise en œuvre du projet en Guinée.

Tri-ARV, un jeu de société pour renforcer les compétences médicales

Solthis a conçu un outil innovant de pédagogie active pour améliorer la prise en charge du VIH

1re séance de formation de paramédicaux au Niger avec le jeu Tri-ARV conçu par Solthis

Sur le principe du Trivial Poursuite, Solthis a développé un prototype de jeu permettant de tester et consolider les connaissances des paramédicaux, dans ce cas précis, sur les compétences médicales et pharmaceutiques essentielles. Conçu dans le cadre d'un projet financé par Sidaction et la Fondation Bettencourt-Schueller, cet outil innovant, le « Tri-ARV poursuite », permet de renforcer la maîtrise des connaissances des paramédicaux à la prise en charge des patients pour les responsabiliser notamment dans la prescription des traitements antirétroviraux.

C'est un enjeu essentiel en contexte de ressources médicales limitées comme au Niger notamment dans les hôpitaux de district des régions de Tillabéri et Dosso. La création de ce jeu de société, s'inscrit dans la démarche de renforcement des compétences et de pédagogie active menée par Solthis au Niger depuis plusieurs années pour améliorer la prise en charge et la décentralisation des soins pour les patients séropositifs, notamment dans le cadre du projet CASSIS (Capacités pour l'accès aux soins et le système d'information sanitaire). Une première séance de formation de perfectionnement auprès de 23 paramédicaux des hôpitaux appuyés par Solthis à Dosso et Tillabéry, et deux médecins « marraines » référentes s'est tenue à Niamey du 1er au 5 mars et a permis de tester l'utilisation de ce jeu.

Contexte du projet

Au Niger, 2 personnes sur 3 ayant besoin d'un traitement antirétroviral (ARV) contre le VIH n'y ont pas accès. Le manque de médecins et une décentralisation encore trop faible de la prise en charge font partie des principaux facteurs qui empêchent une bonne couverture en traitements ARV des personnes séropositives. Le Ministère de la santé du Niger a notamment lancé un programme de délégation de tâches des médecins vers les paramédicaux (infirmiers et sages-femmes) pour pallier la pénurie de médecins.

Le projet CASSIS est financé par l'Initiative 5% – mise en œuvre par Expertise France sous le pilotage du Ministère des Affaires étrangères et du Développement international – et la Fondation Bettencourt Schueller (FBS).

La Lettre de Solthis n°17, avril 2016

Présidente de Solthis : Pr Christine Katlama
Directeur de publication : Dr Louis Pizarro
Coordination : Rachel Demol-Domenach et Gianni Giuliani
Conception, réalisation & impression : Agence Graphique & Co
Crédits photos : 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

En savoir plus sur les projets de Solthis : **page 8**

AFRAVIH
ALLIANCE FRANCOPHONE DES ACTEURS DE SANTÉ CONTRE LE VIH

Venez tester le **Tri-ARV Poursuite** avec **Solthis** sur le stand de la plateforme ELSA !

Abonnez-vous à notre newsletter sur www.solthis.org

Les temps forts de Solthis à l'AFRAVIH 2016

3 Communications orales

Session Infections hors tuberculose (S4)
Faible accès des personnes vivant avec le VIH au traitement antirétroviral durant l'épidémie Ebola de 2014-2015 : le cas de la Guinée et de la Sierra Leone

2 communications orales présentées par Jacques NDAWINZ
(Résumé S4.01)
Jeudi 21 avril – 10h30 à 12h00 – Hall 300

Session Délégation des tâches / Adaptation des systèmes de soin (S19)
Expérience pilote de la décentralisation de la prise en charge globale du VIH au Niger

Présentée par Roubanatou ABDOULAYE-MAMADOU
(Résumé S19.02)
Vendredi 22 avril 15h à 17h – Hall 300

1 Mini-Lecture

Session Coût et financement / Propriété intellectuelle (S24)
Evolution des financements internationaux

Mini lecture de Louis PIZARRO
(ML24.2)
Samedi 23 avril de 8h30 à 10h – Hall 300

3 Posters

Rétention et suppression virologique chez des femmes infectées par le VIH initiant un traitement antirétroviral en prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH à la maternité de l'hôpital national de Donka en Guinée

PJ312
Session du jeudi 21 avril, 14h-15h

Effet de l'âge atteint sur la rétention au long cours des enfants suivis dans la cohorte pédiatrique du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré de Bamako, au Mali

PV297
Session du vendredi 22 avril, 14h-15h

Prise en charge des infections opportunistes du système nerveux central chez les personnes vivant avec le VIH hospitalisées en Guinée

PV220
Session du vendredi 22 avril, 14h-15h

Venez assister aux symposiums

Symposium AFRAVIH en partenariat avec Aides, Sidaction, la Plateforme Elsa, Prévention Sida et Solthis

La synergie des acteurs institutionnels, associatifs et communautaires, élément clé de l'efficience

Intervention conjointe de Louis PIZARRO (Solthis) et Renaud Becquet (Isped) intitulée « Chercheurs et ONG au cœur d'une recherche action »
Symposium mercredi 20 avril 15h30-17h – Hall Silver

Symposium de la Plateforme ELSA

Des acteurs autonomes et performants dans la lutte contre le VIH : repenser l'accompagnement !

Intervention de Etienne GUILLARD (Solthis) :
Les organisations communautaires, maillons indispensables pour un renforcement durable des systèmes de santé – quelles synergies, quelles interactions tisser ?
Symposium jeudi 21 avril 12h15 à 13h30 – Hall Arc

Retrouvez-nous sur le stand de la plateforme ELSA

Venez jouer sur le stand de la Plateforme ELSA avec Solthis au Tri-ARV poursuite !
Un jeu de société innovant conçu par Solthis pour tester et consolider les connaissances des professionnels de santé sur la prise en charge du VIH !

Agissons ensemble !
Pour nous rejoindre, nous aider, contactez-nous :

Solthis
Solidarité Thérapeutique et Initiatives pour la Santé

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

Tél. : + 33 (0) 1 81 70 17 97
contact@solthis.org
www.solthis.org