

N°
148

numéro spécial printemps 2012

TRANSCRIPTASES

 **Solthis**
SOLIDARITÉ THÉRAPEUTIQUE
& INITIATIVES CONTRE LE SIDA

Compte rendu de la XVI^{ème} ICASA
4 - 8 déc. 2011, Addis Abeba, Ethiopie

**Appropriation,
Renforcement et
Pérennisation**



Appropriation, renforcement et pérennisation

La 16^{ème} conférence africaine sur le sida et les IST, sise à Addis-Abeba du 4 au 8 décembre 2011, a fait montre d'une Afrique fière de ses racines et prête à jouer son rôle dans le XXI^{ème} siècle. Le mot d'ordre de la conférence résume à elle-seule cette ambition: « Appropriation, renforcement (scaling-up) et pérennisation. » Dans ce contexte, le choix de l'Éthiopie, souvent citée parmi les « bons élèves » des politiques de développement, n'était pas anodin.

Tout avait été préparé par le Comité d'Organisation dans le but de faire ressortir les avancées notables de la lutte contre le sida en Afrique: diminution des nouvelles infections, baisse de la mortalité et augmentation de la couverture antirétrovirale. Cependant, malgré quelques données épidémiologiques encourageantes, le moral des participants était au découragement. Pourquoi? Plusieurs éléments expliquent les freins à plus d'appropriation, plus de « scaling up » et plus de pérennisation, précisément.

Tout d'abord, les activistes africains reprochent toujours à leurs gouvernements de ne pas respecter les engagements de la Déclaration d'Abuja en 2001 et attribuer 15% du Budget national à la Santé. Certes, des pays ont réalisé des efforts pour augmenter le financement de la santé, tels le Mali, le Nigéria ou le Botswana, mais beaucoup d'entre eux ont vu, au contraire, leur effort diminuer: Zambie, Mozambique, Tanzanie ou Niger, et d'autres encore. Que dire alors du niveau réel d'appropriation?

D'autre part; même si la part du budget national allouée à la santé augmentait, cela ne suffirait pas. Dans les pays aux revenus les plus faibles, 15% du budget national ne permettrait en aucun cas de couvrir le « paquet minimum de soins » établi par l'OMS, et encore moins d'assurer la gratuité de la prise en charge du VIH/sida. L'aide extérieure reste, malheureusement, une nécessité vitale.

Une des principales réponses aux défis de la pérennité et de l'appropriation, consiste à intégrer les programmes de lutte contre le VIH dans le renforcement des systèmes de santé et à placer les personnes infectées ou affectées par la maladie au centre des stratégies nationales. Hélas, nous avons pu constater à Addis-Abeba qu'il reste beaucoup à faire encore pour que les projets internationaux acceptent le jeu de l'harmonisation et de l'alignement. Qui plus est, les politiques nationales en Afrique sont encore largement répressives vis à vis de certaines communautés, les homosexuels mais aussi dans certains pays les usagers de drogues, et ne font pas une place suffisante aux PvVIH. La mobilisation sur ce dernier point de la société civile, au Nord comme au Sud, est plus que jamais un besoin crucial.

Les défis ne s'arrêtent pas là. En effet, même si des progrès étaient consentis sur ces deux chantiers, cela serait insuffisant pour assurer un passage à l'échelle dans l'accès au traitement. Aujourd'hui les ressources disponibles ne sont plus suffisantes pour élargir l'accès à la prise en charge. Les économistes et les médecins

Louis Pizarro,
Solthis
Gilles Pialoux,
Pistes

travaillent ensemble pour trouver de nouvelles approches, plus efficaces ou plus « coût/efficace »; Approches qui permettent de mieux choisir des stratégies appuyées sur l'évidence scientifique. Les résultats de tels travaux sont déterminants pour un passage à l'échelle. Par contre, ils ne peuvent pas compenser l'absence de volonté de la communauté internationale pour relever le défi d'un monde sans VIH. La crise économique a frappé de plein fouet l'aide publique au développement et, pire encore, la santé ne semble plus être une priorité de l'agenda international.

Comment, au moment où ce numéro spécial Solthis/Transcriptases se termine, ne pas évoquer le Fonds Mondial, principale source de financement de la lutte contre le sida avec le PEPFAR. Ce même Fonds qui n'a pas su mettre en avant les progrès considérables qu'il a réussi, non seulement dans l'accès au traitement, mais aussi dans la participation des bénéficiaires directs de l'aide. Il a, de plus, laissé une certaine confusion gagner son CA et ses principaux bailleurs, autant sur la stratégie que sur la transparence des procédures, entraînant le départ du Directeur Exécutif, Michel Kazatchkine. Enfin, et c'est peut-être là le plus grave, le Fonds n'a pas accompagné sa croissance rapide avec une gestion réactive des projets sur le terrain. Une nouvelle étape du Fonds se construit actuellement. Espérons que les mesures annoncées dans la nouvelle stratégie votée au CA d'Accra en 2011 pourront apporter des

réponses concrètes aux blocages perçus sur le terrain.

Alors que la communauté internationale se penche sur le développement durable à Rio+20 cet été, alors que des nouveaux Objectifs du Millénaire pour le Développement vont être proposés, les acteurs engagés dans la lutte contre le VIH doivent, plus que jamais, renforcer leur mobilisation. A ICASA des voix se sont élevées pour exiger une conférence exceptionnelle de reconstitution du Fonds Mondial. Depuis, la Fondation Gates est venue à son secours. La France a lancé une nouvelle Initiative, appelée « I5PC ». Elle vise à renforcer l'assistance technique aux projets Fonds Mondial dans les pays. Sur un autre tableau, la taxe « Robin des Bois » sur les transactions financières pourrait apporter des ressources nouvelles importantes. Des pistes existent donc mais les responsables politiques doivent faire des choix courageux dans une période d'instabilité économique et sociale. Seront-ils à la hauteur?

Si la 16^{ème} ICASA n'a pas donné lieu à la présentation de nouveautés scientifiques majeures (ou notables), ce forum a néanmoins permis aux acteurs de terrain de se rencontrer et partager leur expérience. Dans un contexte particulièrement difficile, l'équipe de Solthis, présente à la conférence, a souhaité mettre en lumière un certain nombre de sujets à la fois médicaux et « sociaux » pour trouver les pistes d'une action sur le terrain plus efficace, plus proche des réalités et capables d'élargir l'accès à la prévention et au traitement de façon durable. □

Transcriptases

est une revue de la littérature scientifique internationale sur le sida et les hépatites, critique et indépendante, éditée depuis 1991.

Vih.org

est un site d'information et d'échange, destiné aux professionnels et à toutes les personnes concernées par le VIH/sida du Nord et du Sud. Il relaye l'actualité des autres sites consacrés au VIH. Depuis 2009, les notes de lecture de Transcriptases sont publiées directement sur le site.

Swaps

est l'autre revue de l'association Pistes. Elle est consacrée à la réduction des risques et aux questions de toxicomanie et de dépendance. Elle est consultable sur internet (www.pistes.fr) ou sur abonnement.

Pistes, association loi de 1901

président

Michel Kazatchkine

directeur de la publication

Didier Jayle

rédacteur en chef Transcriptases, Vih.org, Swaps

Gilles Pialoux

rédacteur en chef adjoint

Charles Roncier

coordination pour Solthis

Magali Mevellec, responsable
de la communication

mise en page

Franck Delaire

Inscrivez-vous
sur vih.org
et commentez directement
les articles publiés dans
Transcriptases

Ecrivez à
transcriptases@vih.org
pour partager avec
la rédaction vos actualités
liées au sida
ou aux hépatites

Prévention, dépistage

6 Tests de dépistage rapides : Améliorer les pratiques de laboratoires

Florence Huber, membre du groupe scientifique, Solthis

Emmanuel Ouedrago, responsable médical, Solthis Mali

Mouslihou Diallo, responsable pharmacie et laboratoire, Solthis Niger

8 Circoncision, de l'essai randomisé au passage à l'échelle

Emilie Henry, chargée de programme recherche, Coalition Plus

Tests de dépistage rapides : Améliorer les pratiques de laboratoires

Florence Huber,
Emmanuel Ouedragou,
Mouslihou Diallo,
Solthis

Récemment, Solthis s'était émue du manque de respect des protocoles d'utilisation des tests de dépistages rapides (TDR) en Afrique, seules techniques de dépistage faisables et disponibles dans nombre de pays à ressources limitées. Sans vouloir pointer du doigt des acteurs de santé officiant souvent dans des conditions contraintes et difficiles, il s'agissait surtout d'alimenter la réflexion sur le diagnostic des dysfonctionnements et sur les moyens d'améliorer les pratiques.

Voici quelques observations non exhaustives mais issues du terrain d'intervention.

– Des faux résultats positifs apparaissent avec le test SD Bioline, lorsque celui-ci est interprété après les 20 minutes prescrites. Typiquement, le soignant surchargé de travail, n'a pas de chronomètre ; il débute le test, puis part vaquer à d'autres activités avant de revenir lire le résultat dans un délai approximatif.

– L'algorithme national en vigueur n'est pas toujours respecté, en particulier en cas de rupture de stock. Dans ces conditions, le résultat est parfois annoncé au patient après un test seulement, sans le 2^{ème} test de confirmation recommandé.

– Nous avons observé que des TDR validés uniquement sur du sérum ou plasma étaient parfois réalisés sur sang total, par prélèvement capillaire au bout du doigt (Genie II et Immunocomb).

– La quantité précise de liquide biologique n'est pas toujours respectée. Par

ailleurs, les pipettes requises manquent souvent sur les sites¹.

– Les TDR sont parfois utilisés au-delà de leur date de péremption, du fait de ruptures de stock, ou de la gestion défectueuse des approvisionnements.

– La pratique du dépistage est parfois délégué à un inférieur hiérarchique insuffisamment formé. L'exemple typique est la délégation faite par les sages-femmes, vers les matrones non formées au TDR dans les sites PTME, notamment lorsque la charge de travail devient trop importante.

– Le test Determine fait sur sang capillaire au bout du doigt pose des problèmes spécifiques, en particulier parce qu'il requiert l'utilisation d'un tube capillaire EDTA pour collecter le sang². Or, nous observons souvent que le doigt du patient est appliqué directement sur le test, sans utilisation du tube capillaire³. La solution tampon qui doit être déposée ensuite est parfois remplacée par de l'eau courante, du sérum physiologique ou d'autres solutions à disposition.

Ce catalogue non exhaustif traduit les défaillances structurelles de systèmes de soin et sans doute une négligence « historique » vis à vis de la question de la qualité des examens de laboratoire. Ces dysfonctionnements peuvent être interprétés comme un symptôme dans

un contexte où les indicateurs de programme ciblent plus souvent les aspects quantitatifs que qualitatifs.

Si nous n'avons pu quantifier les conséquences des ces défaillances sur nos terrains d'intervention, Wolpaw et coll. ont récemment rapporté une chute de sensibilité des TDR à moins de 70% lorsque les protocoles de dépistage n'étaient pas respectés dans des cliniques sud-africaines⁴. Aussi, on ne peut que se réjouir que le 16^{ème} congrès de l'ICASA ait mis à son agenda la question de la qualité des examens de laboratoires.

La présentation de Mashate y a montré l'importance des écarts de procédures survenant en amont de l'analyse (qualité du prélèvement, erreurs de paillasse...).

Le Programme SLIPTA⁵ et l'African Society for Laboratory Medicine (ASLM) y ont également été présentés. SLIPTA « Stepwise Laboratory

Improvement Process Towards Accreditation », développé par l'OMS-AFRO et le CDC est un système d'accréditation à plusieurs niveaux, basé des mécanismes d'audits de procédures et de pratiques, d'après des check-lists de référence. Une à cinq étoiles sont accordés aux laboratoires selon le niveau de conformité.

L'ASLM, inauguré en mars 2011, est une société savante œuvrant pour

Ces dysfonctionnements peuvent être interprétés comme un symptôme dans un contexte où les indicateurs de programme ciblent plus souvent les aspects quantitatifs que qualitatifs

l'amélioration quantitative et qualitative de la biologie médicale sur le continent africain (www.afslm.org). Son premier congrès « Accurate Laboratory Diagnostics: a Pillar of Quality Healthcare » est prévu au Cap en décembre 2012.

En espérant que les annonces d'Addis ne restent pas des vœux pieux, il nous semble essentiel de poursuivre dans cette voie. D'ici là, Solthis continuera de plaider pour le renforcement des laboratoires nationaux de référence, organes essentiels pour l'élaboration des recommandations, et surtout pour la mise en place urgente de systèmes de contrôle qualité destinés à tous les sites périphériques concernés. Afin de mobiliser les moyens humains et financiers nécessaires, il faudra encore convaincre les décideurs et les bailleurs internationaux de l'importance de l'enjeu, dans un contexte de contraintes financières majeures. Ce n'est donc pas le moindre des défis... □

1 - La pipette fournie avec SD Bioline permet de prélever les 20µl nécessaires au test sur sang total, mais cette même pipette ne permet pas de prélever 10µl si le test est réalisé sur sérum/plasma. Or, les laboratoires disposent rarement de la pipette nécessaire pour les 10µl ! Le test Determine, qui requiert 50 µl de sérum/plasma ou de sang total n'est pas livré avec pipette.

2 - Les tubes capillaires EDTA sont indispensables pour quantifier le sang total nécessaire à la bonne utilisation du test (50µl), et aussi pour éviter la coagulation du prélèvement (l'EDTA est un anticoagulant)

3 - Par conséquent, la quantité déposée est variable et imprécise, avec un risque de coagulation.

4 - Un patient séropositif sur 3 n'était pas dépisté par le test réalisé.

5 - African Society for Laboratory Medicine (ASLM); World Health Organization African Regional Office (WHO-AFRO); Stepwise Laboratory Improvement Process Towards Accreditation (SLIPTA)

Bibliographie

Wolpaw BJ, Mathews C, Chopra M, Hardie D, de Azevedo V, Jennings K, et al. The failure of routine rapid HIV testing: a case study of improving low sensitivity in the field. *BMC Health Serv Res* 2010; 10:73-76.

Moodley D, Moodley P, Ndabandaba T, Esterhuizen T. Reliability of HIV rapid tests is user dependent. *S Afr Med J* 2008; 98:707-709

Lidija B-Z, Ana-Maria Š, Vesna Š.S., Nora N, Lorena H. Self rod routines and procedures for the extra-analytical phase of laboratory practice in Croatia - cross-sectional survey study. *Biochemia Medica* 2010;20(1):64-74.

Development of a preanalytical errors recording software. *Biochemia Medica* 2010;20(1):90-5.

Circoncision, de l'essai randomisé au passage à l'échelle

Emilie Henry,
Coalition PLUS

Entre 2005 et 2007, trois grands essais randomisés¹ confirmaient l'effet protecteur de la circoncision masculine sur l'acquisition du VIH. En 2007, s'en suivaient les directives d'Onusida et de l'OMS appelant à la mise en œuvre de programme de circoncision masculine dans les pays à fort prévalence du VIH/sida et dans lesquels la circoncision masculine était peu répandue. Où en est-on depuis et quels sont les principaux enjeux du passage à l'échelle ?

« Own scale-up and sustain »²: Le thème de l'édition 2011 de la conférence africaine sur le VIH/sida résumait bien à lui seul les défis relatifs à la circoncision dans la plupart des pays du Sud et de l'Est du continent africain. Depuis qu'il a été démontré dans le cadre de trois essais randomisés que le risque d'acquisition du VIH était réduit de 60% chez les hommes adultes circoncis, le paysage a beaucoup changé. Progressivement, la circoncision a été intégrée comme un outil de prévention à part entière dans de nombreuses stratégies nationales de lutte contre l'épidémie. Depuis 2007, le Botswana, l'Éthiopie, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, le Rwanda, l'Afrique du Sud, le Swaziland, la Tanzanie, l'Uganda, la Zambie ou encore le Zimbabwe se sont

Depuis qu'il a été démontré dans le cadre de trois essais randomisés que le risque d'acquisition du VIH était réduit de 60% chez les hommes adultes circoncis, le paysage a beaucoup changé.

appropriés les directives internationales de l'OMS et d'ONUSIDA. Mi-2011, plus d'un million deux cent mille hommes adultes s'étaient fait circoncire dans le cadre de ces programmes nationaux (Asamoah-Odei, 2011). Il faut dire que les modèles mathématiques ont montré que cette intervention était hautement coût-efficace avec des coûts pour éviter une infection allant de 150 à 900 dollars sur un horizon de dix ans et une nouvelle infection évitée pour 5 à 15 circoncisions réalisées (« Male circumcision for HIV prevention in high HIV prevalence settings », 2009). Parvenir à 80% de couverture en ce qui concerne la circoncision masculine d'ici 2015 et être en capacité de maintenir ce taux permettrait d'éviter plus de 20% des nouvelles infections au VIH au Botswana, Lesotho, Malawi, Rwanda, Swaziland, Uganda, Zambie et Zimbabwe (Hankins, Forsythe, & Njeuhmeli, 2011). Pas moins de 47 présentations orales et affiches sur le sujet à Addis Abeba tentaient de faire l'état des lieux de la mise en œuvre sur le terrain³. Partout, les programmes s'inscrivent dans les recommandations de l'OMS et d'Onusida, proposant plus qu'une intervention chirurgicale isolée, un paquet de services partant du counseling et de la proposition de dépistage, en passant par l'examen clinique incluant la prise en charge des infections sexuellement transmissibles,

la circoncision proprement dite, les soins postopératoires et le suivi. Pour les personnes apprenant leur séropositivité au cours du processus, la prise en charge du VIH est organisée dès le retour du test positif. La circoncision est appréhendée dans le cadre d'une approche de prévention combinée incluant l'utilisation des préservatifs masculins et féminins, le traitement des infections sexuellement transmissibles, la réduction des risques sexuels, le counseling et le dépistage volontaire et la provision du traitement ARV aux personnes séropositives éligibles. La plupart des services ont été intégrés dans des centres de santé locaux mais des unités mobiles sont également testées dans certains pays comme en Tanzanie dans le but de rejoindre certaines zones isolées où la prévalence du VIH est élevée (Mwinyi et al., 2011). Reste que dans la plupart des pays, la mise en œuvre reste difficile et on est encore loin du véritable passage à l'échelle. Dans les pays jugés « prioritaires »⁴ pour la mise en œuvre de la circoncision masculine par l'OMS et Onusida, seulement 2.7% d'hommes adultes avaient reçu l'intervention fin 2010, sur les vingt millions de circoncisions estimées nécessaires. C'est dans la province de Nyanza au Kenya qu'ont été enregistrés les plus grands succès. Plus de 230 000 hommes ont été circoncis soit 27% des circoncisions masculines nécessaires au niveau national et 62% à l'échelle de la province (WHO/UNAIDS, 2011). Mais au Zimbabwe, par exemple, l'un pays avec

un taux parmi les plus bas de circoncision dans les pays du Sud de l'Afrique, 42 000 circoncisions ont été réalisées depuis que le pays a lancé sa stratégie nationale en 2009. Encore très loin donc des 1.9 million de circoncisions nécessaires pour optimiser l'impact en terme de prévention du VIH au niveau populationnel (Dickson et al., 2011).

Les challenges du passage à l'échelle

En matière de circoncision, ce n'est donc plus tant le concept qui fait parler que les défis de l'opérationnaliser à large échelle. Parmi ces derniers, on retrouve d'abord les contraintes liées aux systèmes de santé, déjà bien connues dans le cadre de la prise en charge des personnes séropositives : des ressources humaines en nombre limité dans des contextes où la division des tâches ne fait par ailleurs pas toujours consensus (Otieno, Herman-Roloff, Agot, & Bailey, 2011), des infrastructures peu adaptées à la délivrance des services, des ressources financières limitées, des ruptures fréquentes de consommables alimentées par des problèmes d'approvisionnement des services et encore des enjeux importants de coordination qui pénalisent la bonne mise en œuvre efficace des programmes. Dans ce contexte, la réduction des moyens du Fonds Mondial qui a joué un rôle déterminant ces dernières années dans le renforcement des systèmes de santé et l'annulation du round 11, sont de très mauvaises nouvelles.

La mise en œuvre des programmes nationaux de circoncision se confronte aussi à des défis de mise en œuvre propres à la circoncision masculine. Ces défis sont connus et avaient largement été discutés dans les essais. Mais la situation en dehors en dehors du cadre de recherche est différente. En passant à l'échelle, est-il possible de garantir la qualité des services et comment ?

Contrairement à ce qui se passe dans les essais randomisés, les programmes

Pas moins de 47 présentations orales et affiches sur le sujet à Addis Abeba tentaient de faire l'état des lieux de la mise en œuvre sur le terrain

nationaux à large échelle n'ont pas de contact régulier et à long terme avec leurs clients et sont donc dépendants du retour volontaire des personnes dans le cadre des soins

et du suivi post-intervention. Ces visites sont d'une grande importance afin de vérifier que l'intervention s'est déroulée normalement mais aussi parce qu'elles représentent une nouvelle occasion de délivrer des messages d'information et de prévention. Or, les programmes se heurtent pourtant à un taux important de non-retour.

D'autre part, afin d'optimiser les effets de la circoncision masculine sur la réduction du risque d'acquisition du VIH, il est nécessaire d'observer une période d'abstinence sexuelle de 42 jours à la suite de l'intervention. Dans le cadre des essais randomisés, la pratique d'une activité sexuelle précoce a été reportée chez 3.9 à 22.5% des participants. Dans le cadre d'une étude prospective menée dans le cadre d'un service de circoncision masculine de la province de Nyanza au Kenya et basée à la fois sur les déclarations des clients et l'observation clinique dans le cadre, 30.7% des répondants indiquaient avoir eu une activité sexuelle précoce. L'un des facteurs associés majeur était le fait d'être marié ou de cohabiter. Les auteurs concluent qu'il est nécessaire de penser

et de mettre en œuvre des stratégies visant à réduire l'activité sexuelle précoce à la suite d'une circoncision (Nhlapo et al., 2011). Celles-ci passent certainement par plus d'efforts pour inclure les partenaires féminines de ces hommes dans le counseling, davantage de campagnes de communication grand public, et l'utilisation renforcée des SMS pour inviter les hommes à se présenter aux visites de suivi (Herman-Roloff, Bailey, & Agot, 2011).

Ces propositions renvoient à l'importance de la communication dans ces

programmes. Pour créer la demande, des initiatives de communications grand public et plus ciblées ont du être imaginées et ont eu un impact sur l'acceptabilité de l'intervention (Kaggwa, Nangai, Ndizeye, Lettenmaier, & Museruka, 2011). Aujourd'hui, alors que l'une des cibles prioritaires des programmes sont les adolescents, l'évaluation des pratiques professionnelles en matière de recueil de consentement éclairé se pose et des outils de communication adaptés doivent encore être développés (Friedland et al., 2011).

La qualité des services offerts est directement en lien avec le degré de succès des programmes. Pour le Dr Nicholas Muraguri, chef de centre national kenyan sur le VIH/sida et le contrôle des infections sexuellement transmissibles « les gens doivent croire dans les bénéfices du service que vous leur proposez, et avoir des leaders à ses côtés est extrêmement important. Ensuite, si vous offrez un service de qualité, les files d'attente vont s'allonger ». Plusieurs études ont par ailleurs montré que la circoncision masculine avait eu des effets positifs sur le dépistage volontaire. En Afrique du Sud, sur l'un des sites proposant la circoncision, 95% des clients des services ont

accepté le dépistage avant l'intervention (Nhlapo et al., 2011). Dans le cadre d'une étude de suivi d'un essai au Kenya dont les résultats ont été présentée dans les late breakers de la conférence, aucune diffé-

rence entre les hommes circoncis et les autres n'a été rapportée dans l'utilisation des préservatifs lors du dernier rapport sexuel, dans le fait d'avoir eu des rapports sexuels tarifés au cours des derniers six mois, du nombre de partenaires sexuels sur les six derniers mois et sur le fait d'avoir eu le dernier rapport sexuels avec une partenaire régulière (Westercamp, Bailey, & Agot, 2011).

Les clefs de l'accélération

Si l'ICASA a permis de faire le bilan de l'avancée des programmes nationaux de

circconcision masculine, elle a aussi été l'occasion d'un appel à plus d'action. « La science nous a montré le chemin. Nous avons un véritable problème de mise en œuvre. Il est temps maintenant de combler ce déficit entre l'évidence scientifique et la mise en œuvre » a indiqué Michel Sidibé, directeur de l'ONUSIDA lors du lancement d'un nouveau plan quinquennal (WHO/UNAIDS, 2011) proposé par l'OMS, Onusida, le PEPFAR, la Fondation Bill & Melinda Gates et la Banque Mondiale. Cette nouvelle initiative se donne pour objectif d'atteindre 20 millions d'hommes dans les pays d'Afrique de l'Est et du Sud d'ici 2015. Elle prévoit aussi la mise en place de programme de circoncision chez les nouveaux nés à partir de deux mois (un axe stratégique essentiel qui a encore peu été soutenu dans les pays) ainsi que le renforcement des activités en direction des adolescents afin de réussir à toucher 80% de cette population.

La question des ressources financières disponibles est centrale. Les modèles mathématiques montrent que le passage à l'échelle coûterait 1,5 milliard de dollars mais que cet investissement permettrait de réaliser une économie nette de 16,5 milliards sur le prix des traitements et de la prise en charge des personnes dont les infections auraient été évitées (Njeuhmeli et al., 2011). Jusqu'à présent, une partie importante des opérations réalisées (75% environ) ont été financées par l'argent du PEPFAR⁵ mais l'argent investi représente encore un pourcentage très faible de l'ensemble des investissements du programme du président américain sur la prévention. D'autre part, l'impact à long terme des programmes nationaux, notamment à travers le soutien à la mise en place des programmes de circoncision en direction des enfants, est aussi dépendant de la capacité des Etats africains à dédier des fonds sur les budgets de santé nationaux. Une fois n'est pas

coutume, c'est l'occasion de rappeler aux pays africains les engagements pris lors de la conférence d'Abuja en 2001⁶. A l'échelle des pays, données scientifiques à l'appui, n'est-il pas également temps de commencer à réaffecter certaines lignes de financement à l'intérieur des budgets de la prévention ?

En parallèle, il est important de continuer à soutenir la recherche (AVAC, 2011). Plusieurs innovations sont actuellement testées comme le dispositif de circoncision d'anneau de Shang (Awori, 2011) qui, si elles étaient validées, permettraient de

simplifier l'intervention et d'apporter une partie de la solution aux problèmes d'effectifs réduits et de qualité des services sur le terrain.

Alors que plusieurs autres outils de prévention biomédicaux sont actuellement évalués dans le cadre de

grands essais randomisés comme c'est le cas pour la PrEP et les microbicides, la mise en œuvre des stratégies nationales de circoncision masculine est un test de la capacité collective des acteurs de la lutte contre le VIH/sida à répondre aux défis majeurs que suppose le passage de l'essai randomisé à la mise en œuvre à grande échelle. □

Pour créer la demande, des initiatives de communications grand public et plus ciblées ont du être imaginées et ont eu un impact sur l'acceptabilité de l'intervention

1 - Auvert et al., 2005; Bailey et al., 2007; Gray et al., 2007.

2 - traduit en français par « Appropriation, renforcement et pérennisation ».

3 - http://www.malecircumcision.org/publications/documents/ICASA_MC_sessions_and_abstracts.pdf

4 - Pour la liste des pays concernés, voir http://www.malecircumcision.org/programs/country_implementation_updates.html

5 - <http://www.state.gov/secretary/rm/2011/11/176810.htm>

6 - Lors de la conférence d'Abuja, les pays africains se sont engagés à consacrer 15% de leurs budget nationaux à l'amélioration de la santé de leurs populations.

BIBLIOGRAPHIE

AVAC. (2011). AVAC Report 2011 : The End? A science-based agenda to end the epidemic.

Asamoah-Odei, E. (2011, décembre). Overview of voluntary medical male circumcision. Icasa, Addis Ababa.

Auvert, B., Taljaard, D., Lagarde, E., Sobngwi-Tambekou, J., Sitta, R., & Puren, A. (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial. *PLoS Medicine*, 2(11), e298. doi:10.1371/journal.pmed.0020298

Awori, Q. (2011, décembre). Randomized controlled trial of the Shang Ring versus conventional surgical techniques for adult male circumcision in Kenya and Zambia. Icasa, Addis Ababa.

Bailey, R. C., Moses, S., Parker, C. B., Agot, K., Maclean, I., Krieger, J. N., Williams, C. F. M., et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet*, 369(9562), 643-656. doi:10.1016/S0140-6736(07)60312-2

Dickson, K. E., Tran, N. T., Samuelson, J. L., Njeuhmeli, E., Cherutich, P., Dick, B., Farley, T., et al. (2011). Voluntary Medical Male Circumcision: A Framework Analysis of Policy and Program Implementation in Eastern and Southern Africa. *PLoS Medicine*, 8(11). doi:10.1371/journal.pmed.1001133

Friedland, B., Schenk, K., Apicella, L., Sheehy, M., Munjile, K., Adams, A., & Hewett, P. C. (2011, décembre). Improving the informed consent process for adolescents undergoing male circumcision in Zambia and Swaziland. Icasa, Addis Ababa.

Gray, R. H., Kigozi, G., Serwadda, D., Makumbi, F., Walya, S., Nalugoda, F., Kiwanuka, N., et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet*, 369(9562), 657-666. doi:10.1016/S0140-6736(07)60313-4

Hankins, C., Forsythe, S., & Njeuhmeli, E. (2011). Voluntary Medical Male Circumcision: An Introduction to the Cost, Impact, and Challenges of Accelerated Scaling Up. *PLoS Medicine*, 8(11). doi:10.1371/journal.pmed.1001127

Herman-Roloff, A., Bailey, R. C., & Agot, K. (2011, décembre). Factors associated with the early resumption of sexual activity following medical male circumcision in Nyanza province, Kenya. Icasa, Addis Ababa.

Kaggwa, E., Nangai, R., Ndizeye, S., Lettenmaier, C., & Museruka, R. (2011, décembre). Attitudes and acceptability of male circumcision: one year after launch of the national male circumcision policy in Uganda. Icasa, Addis Ababa.

Male circumcision for HIV prevention in high HIV prevalence settings: what can mathematical modelling contribute to informed decision making? (2009). *PLoS Medicine*, 6(9), e1000109. doi:10.1371/journal.pmed.1000109

Mwinyi, A., Mbatia, R., Zegeli, B., Kazaura, K., Almeida, A., Zelothe, J., Mmasi, J., et al. (2011, décembre). Mobile male circumcision services in the Lake Victoria Islands of Kagera, Tanzania: program description and achievements. Icasa, Addis Ababa.

Nhlapo, C. M., Ngcobo, B. Q., Madonsela, Z., Shongwe, L., Govender, J. T., Taljaard, D., & Rech, D. (2011, décembre). HIV counseling and testing (HCT) uptake in a medical male circumcision setting. Icasa, Addis Ababa.

Njeuhmeli, E., Forsythe, S., Reed, J., Opuni, M., Bollinger, L., Heard, N., Castor, D., et al. (2011). Voluntary medical male circumcision: modeling the impact and cost of expanding male circumcision for HIV prevention in eastern and southern Africa. *PLoS Medicine*, 8(11), e1001132. doi:10.1371/journal.pmed.1001132

Otieno, N. O., Herman-Roloff, A., Agot, K., & Bailey, R. C. (2011, décembre). Voluntary medical male circumcision in Nyanza province, Kenya: Challenges and solutions for VMMC service providers. Icasa, Addis Ababa.

WHO/UNAIDS. (2011). Joint strategic action framework to accelerate the scale-up of voluntary medical male circumcision for HIV prevention in Eastern and Southern Africa (p. 36).

Westercamp, N., Bailey, R. C., & Agot, K. (2011, décembre). Is there behavioral risk compensation 12 months after circumcision: interim results from a prospective cohort study of circumcised and uncircumcised men in Nyanza province, Kenya. Icasa, Addis Ababa.



Prise en charge

14 Utilisation de critères immuno-cliniques comme stratégie de dépistage de l'échec au traitement ARV en zone décentralisée

Alain Akondé, coordinateur médical, Solthis Mali

Souleymanou Mohamadou, coordinateur médical, Solthis Niger

Rémi Lefrançois, directeur médical Solthis

17 L'atazanavir et les nouvelles stratégies thérapeutiques antirétrovirales dans les pays à ressources limitées

Etienne Guillard, responsable pharmacie, Solthis Paris

Aimé Kourouma, responsable médical, Solthis

Alain Akondé, Coordinateur Médical, Solthis Mali

20 La coinfection tuberculose / VIH à la conférence ICASA 2011

Bassirou Diallo, coordinateur médical, Solthis Guinée

Franck Lamontagne, coordinateur médical, Solthis Sierra Leone

23 La prise en charge de la cryptococcose chez les personnes infectées par le VIH

Franck Lamontagne, coordinateur médical, Solthis

Bassirou Diallo, coordinateur médical, Solthis Guinée

25 L'analyse des coûts dans les décisions politiques de la lutte contre le VIH

Grégoire Lurton, responsable des systèmes d'information, Solthis

28 Vers l'accès universel : une dynamique menacée si l'offre de soins VIH n'est pas repensée

Sophie Calmettes, directrice exécutive, Solthis

Caroline Gallais, chargée des relations avec les bailleurs de fonds, Solthis

Utilisation de critères immuno-cliniques comme stratégie de dépistage de l'échec au traitement ARV en zone décentralisée

Lors de la 16^{ème} ICASA qui s'est tenue à Addis Abeba en décembre 2011, une présentation orale a été consacrée aux résultats d'une nouvelle étude cherchant à évaluer la valeur prédictive positive d'échec virologique d'un score immuno-clinique dans le contexte des pays à ressources limitées.

L'équipe de Patrice Kiuvu et coll.¹ a appliqué aux patients d'une région rurale du Lesotho un score prédictif d'échec thérapeutique basé sur des critères cliniques et immunologiques identifiés par L. Lynen sur une cohorte Cambodgienne². A ces différents critères, lorsqu'ils existent, sont associées des valeurs de 1 à 3 avec un score maximum de 10 (figure n° 1). D'après Lynen, les patients ayant un score < 2 ont une très faible probabilité d'être en échec thérapeutique et ne doivent pas être systématiquement switchés ; ceux qui ont un score ≥ 5 sont fortement suspectés d'échec thérapeutique et doivent être switchés pour diminuer le risque de répllication sous traitement. Enfin, les patients présentant un score intermédiaire doivent bénéficier d'une mesure de charge virale pour décider de la conduite à tenir. Afin d'évaluer la

pertinence de ce score, l'équipe de Kiuvu l'a appliqué aux patients en situation d'échec et les a prélevé pour une mesure de charge virale.

Méthodologie

1 131 patients traités à M6 ont été inclus dans cette étude. Parmi eux, 134 patients en situation d'échec clinique ou immunologique selon les définitions OMS (soit 11,8% des patients suivis), étaient éligibles pour bénéficier de la charge virale et de l'application du score de Lynen. Cependant 13 patients sont décédés, 10 perdus de vue, et 7 ne sont pas revenus aboutissant à 104 patients prélevés,

parmi lesquels 9 prélèvements ont été perdus et 2 hémolysés témoignant des difficultés inhérentes à l'acheminement des prélèvements. Au total, ce sont donc 93 résultats de charge virale qui ont été finalement obtenus (représentant 89% des patients en échec clinique et immunologique). Pour ces 93 patients, les résultats de charge virale ont alors été croisés avec le score prédictif d'échec thérapeutique basés sur les critères clinique et immunologique de Lynen.

Résultats

En tout, 66 des patients en situation d'échec clinique ou immunologique selon

Figure 1 - Score prédictif d'échec thérapeutique d'après Lynen and al.

| PREDICTOR | Score if condition is present |
|---|-------------------------------|
| Adherence < 95% (using visual analogue scale) | 3 |
| CD4 below baseline | 1 |
| CD4 > 25% decrease from peak | 1 |
| CD4 >50% decrease from peak | 1 |
| CD4 < 100 after 12 months of ART | 1 |
| Prior ART exposure | 1 |
| Haemoglobin drop ≥ 1 g/dl | 1 |
| New onset or recurrent papularpruritic eruption | 1 |
| Maximum SCORE (Sum) | 10 |

Alain Akonde,
Souleymanou Mahamadou,
Rémi Lefrançois,
Solthis

les définitions de l’OMS avaient une charge virale détectable (définie par un seuil \geq à 40 cp/ml). Celle-ci était comprise entre 40-339 copies/ml pour 13 d’entre eux, entre 400-4 999 copies/ml pour 5, et \geq 5 000 copies/ml pour 48. A contrario, 27 de ces patients avaient donc une charge virale indétectable.

Parmi les 48 patients ayant une CV $>$ 5 000 copies, 8 (17%) sont décédés dans les quatre semaines suivant le switch en 2^{ème} ligne (OR 4.3 [0.97 -19.11]).

En ce qui concerne le croisement du score prédictif d’échec thérapeutique avec les résultats de la charge virale (figure n°2), un score \geq 5 (20 patients

sur 93) était prédictif d’une charge virale supérieure à 40 copies/ml dans 100% des cas; alors qu’un score \geq 6 avait une valeur prédictive positive à 100% d’un résultat de charge virale \geq 5 000, correspondant au seuil de passage en deuxième ligne recommandé par l’OMS.

Redoubler d’efforts

La charge virale constitue l’examen biologique de référence de l’échec virologique et le plus à même de guider le clinicien pour le changement d’un traitement ARV.

Lorsque la charge virale n’est pas accessible, particulièrement dans le contexte des pays à ressources limitées, l’aide

d’un score prédictif d’échec thérapeutique basé sur des critères cliniques et immunologiques, sous réserve d’études supplémentaires avec un échantillon plus important, peut être un outil de gestion des échecs thérapeutiques. Dans l’étude présentée par Kiuvu and al., un score \geq 5 est prédictif à 100% d’échec virologique (seuil \geq à 40 cp/ml). L’application de ce score aurait permis d’éviter la réalisation d’une charge virale pour 20 patients en situation d’échec immuno-clinique (21.5% des cas). Mais une telle étude, où la charge virale n’a d’ailleurs pas été contrôlée par un deuxième prélèvement conformément aux recommandations OMS, montre surtout que près de 80% des patients en situation d’échec clinique ou immunologique doivent absolument bénéficier du dosage de la charge virale pour décider du passage en deuxième ligne.

Il est important donc de redoubler les efforts pour rendre l’accès à la charge virale le plus large possible. A terme, cela se concrétisera par la mise au point d’appareils « point of care », par le renforcement des conditions matérielles et financières des laboratoires nationaux

Figure 2 - Correspondance entre Score de Lynen et résultat de charge virale

| Score | n=93 | VL \geq 40 cp/ml | VL \geq 5000 cp/ml |
|----------|------|--------------------|----------------------|
| \geq 1 | 93 | 70% | 51% |
| \geq 2 | 91 | 71% | 51,60% |
| \geq 3 | 74 | 72,90% | 58% |
| \geq 4 | 42 | 80% | 71% |
| \geq 5 | 20 | 100% | 90% |
| \geq 6 | 14 | 100% | 100% |
| \geq 7 | 7 | 100% | 100% |
| \geq 8 | 3 | 100% | 100% |

et par l'ouverture du marché international de la charge virale à des nouveaux opérateurs. □

1 - Patrice Kiuvu et coll. Viral Load Testing, Rate of Viral Failure among Patients with Immunological or Clinical Failure and Positive Predictive Value of a Clinical Score - Experience from Rural Lesotho. Présentation ICASA 2011.

2 - Lynen L, An S, Koole O, Thai S, Ros S, De Munter P, Sculier D, Arnould L, Fransen K, Menten J, Boelaert M, Van den Ende J, Colebunders R. An algorithm to optimize viral load testing in HIV-positive patients with suspected first-line antiretroviral therapy failure in Cambodia. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009, 52:40-48.

3 - World Health Organization. World Health Organization Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents-recommendations for a public health approach. 2010 Revision.

4 - Reynolds SJ, and al. Failure of immunologic criteria to appropriately identify antiretroviral treatment failure in Uganda. *AIDS* 2009; 23(6):697-700.

5 - World Health Organization. World Health Organization Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents-recommendations for a public health approach. 2006 Revision.

6 - Van Oosterhout JJ, Brown L, Weigel R, Kumwenda JJ, Mzinganjira D, Saukila N, Mhango B, Hartung T, Phiri S, Hosseinipour MC. Diagnosis of antiretroviral therapy failure in Malawi: poor performance of clinical and immunological WHO criteria. *Trop Med Int Health* 2009; 14(8):856-61. Epub 2009 Jun 22.

7 - Hosseinipour MC, Schechter M. Monitoring antiretroviral therapy in resource-limited settings: balancing clinical care, technology, and human resources. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2010 Aug;17(3):168-74.

8 - Mee P, Fielding KL, Charalambous S, Churchyard GJ, Grant AD. Evaluation of the WHO criteria for antiretroviral treatment failure among adults in South Africa. *AIDS* 2008; 22(15):1971-7.

9 - Les switch tardifs augmentent la mortalité et la morbidité (MSF cohort, Pujades, CROI 2010)

La charge virale dans le suivi des patients sous traitement

Le traitement ARV a pour objectif de maintenir la charge virale VIH indétectable afin de permettre la restauration progressive de l'immunité.

Au cours de la prise en charge des patients séropositifs, deux examens biologiques sont plus particulièrement utiles au clinicien :

– La valeur des CD4, qui reflète l'immunité du patient et constitue le principal critère sur lequel se baser pour débiter un traitement ARV³. Mais si le dosage régulier des CD4 pendant le suivi thérapeutique est utile, pouvant révéler un échec immunologique, il ne suffit pas à identifier formellement tous les échecs thérapeutiques⁴.

– La quantification de la charge virale VIH permet de suspecter précocement une mauvaise observance, de détecter les échecs virologiques et de préserver les options ultérieures en guidant le clinicien vers une modification rapide du traitement antirétroviral. Cette approche, rarement disponible en pratique dans les pays en voie de développement (PVD), est néanmoins recommandée par l'OMS³.

Cependant, la réalisation de la charge virale a un coût important (en infrastructures, en ressources humaines, en approvisionnement d'intrants, en maintenance...) qui n'est pas toujours réalisable dans le contexte des pays du sud, particulièrement en zones décentralisées. Dans ce cas, des procédures d'acheminements groupés des prélèvements vers le site de charge virale le plus proche peuvent être réalisées, mais du temps précieux est souvent perdu entre

le prélèvement et la réception des résultats, du fait du délai nécessaire à l'acheminement ou à la réalisation des tests. Par ailleurs, des erreurs techniques (prélèvements hémolysés, insuffisants, ou perdus en route...) contribuent à décourager les médecins et les malades.

Consciente de ces limites, l'OMS avait élaboré des critères de diagnostic de l'échec de la première ligne sur des arguments cliniques et immunologiques en l'absence de la charge virale⁵.

Ces critères ont été évalués dans le contexte de pays à faibles ressources par différentes équipes, aboutissant souvent à un changement ou bien trop précoce ou inutile, ou bien trop tardif de la première vers la seconde ligne entraînant l'accumulation de résistances^{6,7}. Une étude menée en Afrique du Sud⁸ a ainsi évalué la sensibilité respective des critères immunologiques et cliniques à 21% et 15% et leur spécificité à 95% et 88%. Or une modification trop tardive du traitement ARV entraîne l'augmentation de la morbidité et de la mortalité⁹. ■

L'atazanavir et les nouvelles **stratégies** thérapeutiques antirétrovirales dans les pays à **ressources limitées**

Etienne Guillard,
Aimé Kourouma,
Alain Akondé,
Solthis

Bien que des résultats d'essais menés avec l'atazanavir dans des pays africains n'aient pas fait l'objet de présentations spécifiques, plusieurs sessions de cette 16^{ème} ICASA ont abordé l'importance de disposer de l'atazanavir dans l'arsenal thérapeutique de seconde ligne, comme l'OMS le préconise depuis 2007¹.

Avant même le début de la conférence, cette molécule avait fait parler d'elle car l'US-FDA² préqualifiait le premier générique d'atazanavir boosté contenant ATV300mg et RTV100mg dans un même comprimé thermostable. Si cette information a été relayée et a alimenté de nombreuses discussions c'est que ce médicament fabriqué par le laboratoire Matrix/Mylan comporte 2 avantages en plus de contenir une molécule particulièrement intéressante en thérapeutique: il est combiné avec du ritonavir, ce qui simplifie la prise, et est vendu à un prix très intéressant qui en fait l'inhibiteur de protéase boosté de 2^{ème} ligne le moins cher aujourd'hui. Cette molécule devient ainsi accessible pour les patients des pays à ressources limitées, ce qui permet une mise en œuvre des dernières recommandations de l'OMS³, qui la recommandent comme un des inhibiteurs de protéase de référence. Cette actualité nous donne donc l'occasion de revenir sur cette molécule pour rappeler ses principales caractéristiques et cette

actualité, sans chercher cependant à réécrire la littérature déjà importante qui existe sur le sujet.

L'avantage principal de cette nouvelle forme demeure dans l'intégration du boost de ritonavir (RTV) dans une combinaison en un seul comprimé, lui offrant un avantage indéniable en nombre de prises/jour par rapport au lopinavir boosté⁴ (respectivement 1 vs 2) et de comprimés/prise (respectivement 1 vs 2). Au final, cela permet de passer de 4 comprimés en 2 prises par jour (LPV/r) à 1 comprimé en 1 prise/jour (ATV/r).

Des économies

Coté prix, cette combinaison boostée devrait être vendue approximativement à 25\$ par boîte, soit environ 307\$/patient/an^{5,6}. Elle sera ainsi moins chère que le générique le moins cher de lopinavir boosté, à 402\$/patient/an. Bien qu'il n'y ait pas là de grandes avancées car les formes génériques déjà disponibles d'ATV et de RTV étaient déjà moins chères que le LPV/r, la forme combinée boosté a ici encore un atout, qui plus est dans un contexte actuel de restrictions budgétaires.

Plusieurs avantages thérapeutiques mais aussi quelques inconvénients

Plus d'une dizaine d'études cliniques ont été menées avec l'atazanavir et ont clairement démontré son efficacité et son profil de tolérance, cela tant chez le patient adulte naïf de traitement ARV que chez l'adulte prétraité ou encore chez l'enfant de plus de 6 ans⁷. Sans revenir ici sur le détail de ces différentes études qui positionnent aujourd'hui l'atazanavir comme un inhibiteur de protéase de référence, nous nous inspirerons ici de certaines d'entre elles, et en particulier des résultats de l'étude CASTLE tant à 48 semaines en 2008⁸, qu'ensuite à 96 semaines en 2010⁹, ainsi que d'autres revues de synthèse^{10,11}.

Une efficacité indéniable

L'efficacité de l'atazanavir n'est plus à démontrer.

Dans l'étude CASTLE, chez le patient infecté par le VIH1 naïf de tout traitement ARV en association avec TDF+FTC, les résultats à 96 semaines montrent un nombre de patients ayant une charge virale indétectable supérieur chez ceux recevant atazanavir (74 vs 68%, p<0,01).

Cette molécule devient ainsi accessible pour les patients des pays à ressources limitées, ce qui permet une mise en œuvre des dernières recommandations de l'OMS³, qui la recommandent comme un des inhibiteurs de protéase de référence.

Toutefois, si cette efficacité existe sur le VIH1, il est important de souligner qu'une absence d'efficacité in vitro sur le VIH2 a été observée. Bien que l'on ne sache pas complètement si cela est le cas in vivo, son utilisation est déconseillée chez les patients VIH2 ou VIH1+2 et cette option thérapeutique devra être discutée dans des pays à forte prévalence de VIH2. Chez le patient VIH1 prétraité en échec virologique, les résultats de l'essai BMS AL424-045¹² montrent que l'atazanavir boosté donne les mêmes résultats d'efficacité virologique que le lopinavir boosté (33 vs 36 %, $p > 0,01$). Toutefois, l'utilité de l'atazanavir sur des virus multirésistants à d'autres IP est discutée et l'atazanavir n'a actuellement qu'une place limitée dans la prise en charge des échecs aux autres IP.

Une utilisation possible chez les femmes enceintes

Bien que cette molécule n'ait été utilisée que chez un nombre limité de femmes, il ressort que l'atazanavir serait bien toléré au cours de la grossesse¹³. Toutefois des données de pharmacocinétique montrent une diminution des concentrations plasmatiques en atazanavir au cours de la grossesse¹⁴. Si cela n'implique pas d'adaptation posologique systématique, l'administration concomitante de ténofovir¹⁵ nécessite par contre d'augmenter la dose d'atazanavir à 400mg boosté par 100mg de ritonavir¹⁶.

Un profil de tolérance intéressant mais imparfait

En comparaison avec les autres IP, la tolérance gastrointestinale de l'atazanavir est très favorable et cela constitue un des points forts de cette molécule pour des patients ayant des troubles digestifs avec d'autres IP.

Il semblerait également que l'atazanavir ait moins d'effets secondaires à long terme, moins de syndromes métaboliques et de diabète qu'avec les autres IP. En outre, il entraîne moins de dyslipidémies que les autres inhibiteurs de protéase¹⁷ et ce profil lipidique favorable lui donne un avantage pour des patients

chez qui l'on souhaiterait limiter les risques cardiovasculaires. En outre, il semble qu'il entraîne moins de lipodystrophies que d'autres IP et en particulier le lopinavir (LPV/r).

Cependant, à côté de ces différents avantages, l'atazanavir n'est pas dénué d'effets secondaires. Outre une fréquence non négligeable de nausées (suivant les études entre 4 et 12%¹⁸), ce sont surtout l'hyperbilirubinémie, qui survient chez plus de la moitié des patients et un ictère, survenant chez 5 à 10% des patients, qui sont des points faibles pour cette molécule. Enfin, des cas rares mais graves de lithiases urinaires ont été documentés et une attention doit donc être portée à la fonction rénale dans le suivi des patients.

Un profil de résistance spécifique

L'atazanavir présente une barrière génétique élevée et un profil de résistance intéressant avec des résistances qui ne sont pas croisées avec celles des autres IP, du LPV/r notamment¹⁹, comme le montre le tableau ci-joint (figures 1 et 2) En outre, l'atazanavir sélectionne la mutation spécifique I50L, qui augmente la sensibilité à d'autres IP, et en particulier celle du LPV/r²⁰. Ces avantages sont favorables à une utilisation de l'atazanavir comme IP de première intention, ce qui permettraient ensuite l'utilisation du lopinavir boosté en cas d'échec thérapeutique.

Conclusion

L'existence d'une forme galénique combinée d'atazanavir avec un boost de ritonavir intégré et à un prix particulièrement intéressant, constitue une avancée majeure dans l'arsenal thérapeutique antirétroviral en Afrique et rend possible l'application des recommandations de l'OMS ou leurs transpositions africaines par le RESAPSI/IMEA²¹.

D'un point de vue thérapeutique, nous avons vu les nombreux avantages de l'atazanavir. Il n'en demeure pas moins

que certains problèmes de tolérance, et son inefficacité sur le VIH2, peuvent être des points faibles non négligeables. L'absence de plateaux techniques performants pour réaliser le dosage de la bilirubine devra être prise en compte

pour le choix d'une stratégie thérapeutique à base d'atazanavir, en particulier dans les pays à ressources limitées. En outre, les pays dont la prévalence du VIH2 est importante devront mesurer les difficultés que pourrait poser la sélection

de cette molécule et la complexification des protocoles thérapeutiques.

Dans tous les cas, l'atazanavir sera prochainement une molécule incontournable des stratégies de 2ème ou 3ème ligne dans les pays en développement. Les laboratoires de génériques ont déjà un pas d'avance: Matrix/Mylan commercialise déjà un coblister contenant 2 comprimés à prendre 1 fois par jour: l'un de l'ATV/r mentionné ici et l'autre de TDF+3TC et développe actuellement un comprimé tout en un. Cependant, même si ces traitements de 2ème ligne deviennent plus accessibles, leur coût représente encore l'équivalent du coût de 2 à 3 patients en 1ère ligne et cela rappelle l'extrême importance qu'il y a à éviter l'échappement thérapeutique de ces patients et d'épargner le plus possible ces molécules de 2^{ème} ligne. □

1 - OMS. Prioritizing Second-Line Antiretroviral Drugs for Adults and Adolescents: a Public Health Approach Report of a WHO Working Group Meeting. World Health Organization HIV Department Geneva, Switzerland 21-22 May 2007

2 - US Food & Drug Administration. Programme de préqualification d'ARV pour les achats effectués par le PEPFAR dans les pays qu'il appuie. <http://www.fda.gov/InternationalPrograms/FDABeyondOurBordersForeignOffices/AsiaandAfrica/ucm119231.htm>.

3 - OMS. Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent: recommandations pour une approche de santé publique – mise à jour 2010. Rev. Genève, Suisse; OMS; 2010. p157.

4 - Difficile de ne pas comparer à l'inhibiteur de protéase de référence actuellement disponible dans les pays à ressources limitées, le lopinavir boosté (LPV/r)

5 - MSF. Untangling the Web of Antiretroviral Price Reductions, Actualités, Disponible sur: <http://msf-utw.tumblr.com/post/13260793909/first-ever-atv-r-combination-pill-improves-treatment>.

6 - Ces prix sont ceux à la sortie d'usine (Incoterm EXW), ils n'intègrent pas les frais de transport et de gestion.

7 - Résultats du protocole PACTG1020A: Rutstein R, Samson P, Kiser J & al. The PACTG 1020A Protocol: Atazanavir with or without Ritonavir in HIV-infected Infants, Children, and Adolescents. Présenté à la 14ème Conférence on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2007. Los Angeles, CA, USA, 25-28 Février 2007 (Abstract 715). <http://retroconference.org/2007/Abstracts/28255.htm>.

8 - Molina JM, Andrade-Villanueva J, Echevarria J, et al. Once-daily atazanavir/ritonavir versus twice-daily lopinavir/ritonavir, each in combination

with tenofovir and emtricitabine, for management of antiretroviral-naïve HIV-1-infected patients: 48 week efficacy and safety results of the CASTLE study Lancet 2008;372:646-55

9 - Molina JM, Andrade-Villanueva J, Echevarria J, et al. Once-daily atazanavir/ritonavir compared with twice-daily lopinavir/ritonavir, each in combination with tenofovir and emtricitabine, for management of antiretroviral-naïve HIV-1-infected patients: 96-week efficacy and safety results of the CASTLE study. J Acquir Immune Defic Syndr. 2010;53:323-332

10 - Achenbach CJ, Darin KM, Murphy RL, Katlama C. Atazanavir/ritonavir-based combination antiretroviral therapy for treatment of HIV-1 infection in adults. Future virology 2011 Feb; 6(2):157-177

11 - Wood R. Atazanavir: its role in HIV treatment. Expert Rev Anti Infect Ther. 2008;6(6):785-796

12 - Bristol-Myers Squibb Company. Atazanavir - Clinical Study Report for Study 19 Janv 2007. Disponible sur: <http://ctr.bms.com/pdf/A1424-045%20192wk.pdf>

13 - Natha M, Hay P, Taylor G et al. Atazanavir use in pregnancy: a report of 33 cases. Présenté à la 14ème Conférence on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI). Los Angeles, CA, USA, 25-28 Février 2007 (Poster 750) Disponible sur <http://www.retroconference.org/2007/Abstracts/28351.htm>

14 - Mirochnick M, Best BM, Stek AM, et al. Atazanavir pharmacokinetics with and without tenofovir during pregnancy. JAIDS. 2011;56:412-419

15 - Ainsi que les antagonistes des récepteurs H2 à l'histamine: cimétidine, ranitidine, ...

16 - US Food & Drug Administration. Atazanavir label - Full Prescribing Information. Label approved on 17/10/2011

17 - Carey D, Amin J, Boyd M et al. Lipid profiles in HIV-infected adults receiving atazanavir and atazanavir/ritonavir: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Antimicrob Chemother 2010; 65: 1878–1888

18 - D'après les différentes études menées avec l'ATV: A1424-138, A1424-034, A1424-007, et A1424-008. Résultats accessibles sur le site internet de BMS: http://www.bms.com/clinical_trials/Pages/home.aspx (Accès le 8 février 2012)

19 - Schnell T, Schmidt B, Moschik G, et al. Distinct cross-resistance profiles of the new protease inhibitors amprenavir, lopinavir, and atazanavir in a panel of clinical samples. AIDS 2003;17:1258-61

20 - Colonna, R., R. Rose, C. McLaren, A. Thiry, N. Parkin, and J. Friborg. 2004. Identification of I50L as the signature atazanavir (ATV)-resistance mutation in treatment-naïve HIV-1-infected patients receiving ATV-containing regimens. J. Infect. Dis. 189:1802-1810

21 - RESAPSI, IMEA. Conclusions du 5e Atelier RESAPSI - IMEA sur les recommandations OMS 2010. Disponible sur http://imea.fr/imea-resapsi/100511_Girard_1.ppt.

Figure 1 - Spectre de sensibilité des inhibiteurs de protéase après 1 an de traitement en échappement virologique VIH-1

| Résistance croisée ↓ | En commençant par | | | |
|----------------------|-------------------|----------------|---------------|----------------|
| | LPV Lopinavir | ATV Atazanavir | DRV Darunavir | SQV Saquinavir |
| LPV | ■ | ■ | ■ | ■ |
| ATV | ■ | ■ | ■ | ■ |
| DRV | ■ | ■ | ■ | ■ |
| SQV | ■ | ■ | ■ | ■ |

- Après un an d'échappement, la sensibilité au LPV est partiellement diminuée
- DRV est l'IP la plus robuste
- ATV n'induit aucune résistance croisée avec les autres IP

Figure 2 - Spectre de sensibilité des inhibiteurs de protéase après 2 ans de traitement en échappement virologique VIH-1

| Résistance croisée ↓ | En commençant par | | | |
|----------------------|-------------------|----------------|---------------|----------------|
| | LPV Lopinavir | ATV Atazanavir | DRV Darunavir | SQV Saquinavir |
| LPV | ■ | ? | ■ | ■ |
| ATV | ■ | ■ | ■ | ■ |
| DRV | ■ | ? | ■ | ■ |
| SQV | ■ | ? | ■ | ■ |

- Résistance acquise
- Sensibilité partiellement diminuée
- Pas de baisse de sensibilité

Pr V. Calvez, JS Solthis, Paris, Juillet 2011

La coinfection tuberculose / VIH à la conférence ICASA 2011

Bassirou Diallo,
Franck Lamontagne,
Solthis

Selon le dernier rapport de l'OMS en 2010¹, le fardeau mondial de la tuberculose était estimé à 8.8 millions de nouveau cas annuels de toutes formes de tuberculose, dont 1.1 million de décès. La coinfection TB-VIH concernait 1.1 million de cas dont 350 000 décès demeurant plus qu'une question d'actualité.

Fort de ce constat, la coinfection TB-VIH a occupé une place importante dans les débats lors des dernières assises de l'ICASA à Addis Abeba. On ne s'attendait pas à une révolution sur cette question, mais ces débats ont eu le mérite de rappeler aux participants certains aspects essentiels de la gestion de la coinfection TB/VIH, à savoir :

- l'intérêt de la collaboration entre les deux programmes ;
 - les problèmes de diagnostic de la tuberculose ;
 - à quel moment débiter le traitement ARV par rapport au traitement antituberculeux chez un patient co-infecté.
- Les équipes éthiopiennes, qui tiennent une place remarquable dans la recherche dans ce domaine depuis plusieurs années, étaient particulièrement à l'honneur.

La collaboration entre les deux programmes

Tous les acteurs estiment que pour arriver à bout de la coinfection TB/VIH, il faudra une plus grande collaboration entre les deux programmes. Mais comment arriver à cette collaboration tant souhaitée ?

Trois modèles de collaboration possibles (voir figure 1) :

La référence

Ici les patients tuberculeux seront référés vers les services de prise en charge du VIH pour un dépistage et éventuellement l'instauration d'un traitement ARV. En retour, les personnes testées séropositives pour le VIH seront référées vers les centres anti tuberculeux pour la recherche de la tuberculose et une éventuelle prise en charge.

L'intégration partielle ou modèle semi intégré

Il consiste à mettre à disposition des centres anti tuberculeux du cotrimoxazole et des ARV pour le traitement intégré des deux pathologies. A l'inverse, dans les centres de prise en charge du VIH, une radiographie et un examen des crachats à la recherche d'une tuberculose sont réalisés. Dans ce modèle, la circulation des infirmiers entre les deux services doit être favorisée.

Modèle de totalement intégré

Ici les deux activités sont effectuées dans un même service et par le même personnel. Aujourd'hui, les pays du sud travaillent tant bien que mal à la collaboration entre les deux programmes comme l'attestent ces résultats présentés à Addis. Une

Aujourd'hui, les pays du sud travaillent tant bien que mal à la collaboration entre les deux programmes comme l'attestent ces résultats présentés à Addis

étude réalisée en Zambie a démontré qu'avec la collaboration des deux programmes le nombre de tuberculeux testé pour le VIH était passé de 43 % en 2006 à 90 % en 2010 dans la province Sud du pays².

Cette collaboration a permis de mettre à disposition des centres antituberculeux des tests pour le dépistage du VIH et de référer les tuberculeux séropositifs vers les sites de prise en charge ARV.

Seii M. J. et al. ont démontré à travers leur étude rétrospective sur une cohorte en milieu rural au Kenya que l'intégration des services TB et VIH permet également de réduire le temps d'initiation aux ARV des patients co-infectés³.

Le problème du diagnostic microbiologique de la tuberculose

Malgré les progrès réalisés dans les pays en développement, le diagnostic de la tuberculose basé sur la recherche du BK dans les crachats (technique de coloration du Ziehl Neelsen) et sur la radiographie pulmonaire pose encore de sérieux problèmes. Ces pays souffrent d'une part de la faible disponibilité de moyens techniques, et d'autre part de la faible disponibilité de ressources humaines de qualité pour interpréter et donner des résultats fiables.

Ramatou Abba et coll. ont présenté une étude réalisée au Niger⁴ illustrant bien les difficultés rencontrées en pratique. Les

nouvelles recommandations de l'OMS élargissent le screening clinique qui doit aboutir à une recherche de tuberculose: dans cette étude 76% des patients avant mise sous ARV étaient éligibles pour cette recherche. La valeur prédictive des signes évocateurs est en revanche faible, ce qui, couplé à la faible sensibilité du ZN, aboutit à une très faible proportion de sujets pour lesquels un diagnostic de certitude peut être porté: 8/156 (5%). Pour 95% des sujets restants, le soignant doit utiliser une stratégie de diagnostic beaucoup plus délicate, associant notamment différents examens d'imagerie qui ne se limitent pas à la radiographie pulmonaire (car une importante proportion des tuberculoses sont extrapulmonaires) et une antibiothérapie non spécifique d'épreuve.

Des pratiques très hétérogènes ont été observées traduisant les difficultés des soignants et l'absence de recommandations précises et/ou suffisamment maîtrisées.

Face à cette situation, la microscopie à fluorescence pourrait apporter un certain bénéfice en terme de sensibilité, mais aussi réduire la charge de travail pour les techniciens là où il en existera, comme l'a confirmé l'étude présentée par Fantaye G. M. et al⁵ à l'ICASA: le microscope à fluorescence a augmenté considérablement le taux de détectabilité

Des pratiques très hétérogènes ont été observées traduisant les difficultés des soignants et l'absence de recommandations précises et/ou suffisamment maîtrisées

de la tuberculose et réduit significativement le temps de la technique par rapport au Ziehl Neelsen. Certes nul ne met en cause l'avantage que le microscope à fluorescence apportera au diagnostic de la tuberculose, par contre nous sommes en droit de nous poser les questions suivantes:

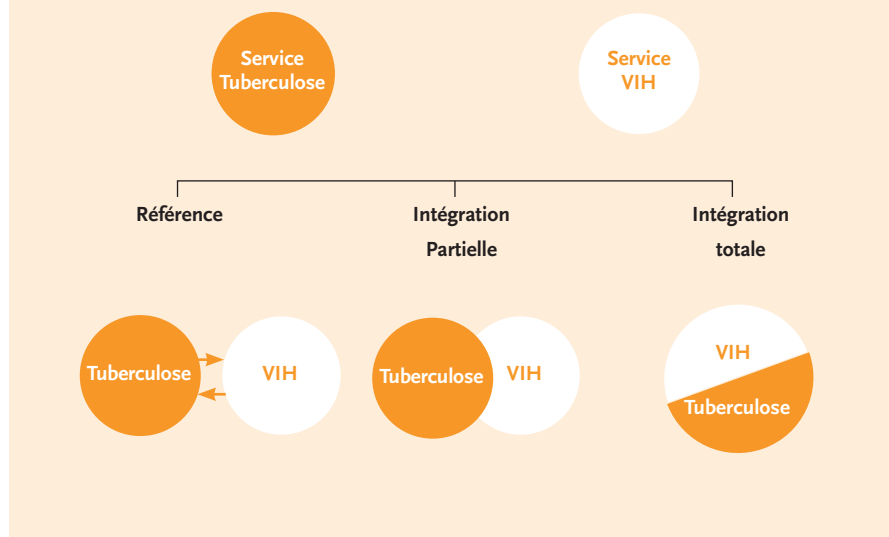
– Quel délai pour que les pays du Sud bénéficient de tels équipements?

– Des mesures suffisantes seront-elles prises pour assurer un programme de maintenance régulier et performant une fois ces équipements installés?

– Des dispositions seront-elles prises pour améliorer le circuit d'approvisionnement en réactifs?

Les pays du Sud doivent avoir une réflexion sur ces questions et prendre des décisions courageuses pour améliorer ces insuffisances avant d'entamer une mise à échelle de ces microscopes à fluorescence. C'est à ce prix qu'on brisera le cercle vicieux d'équipements installés mais non opérationnels dans ces pays.

Figure 1 - Trois modèles de collaboration possibles entre les programmes VIH et tuberculose



Quand commencer un traitement ARV par rapport au traitement antituberculeux chez un patient coinfecté?

Concernant le début du traitement ARV par rapport au traitement anti tuberculeux, une équipe éthiopienne⁶ a montré les résultats préliminaires d'un essai comparant 3 bras: traitement ARV 1 semaine après le début du traitement antituberculeux, ou 4 semaines ou 8 semaines. Aucune différence significative n'a été observée entre ces différentes options, quel que soit le niveau de CD4. Il a été cependant noté une tendance au surrisque de mortalité en cas de traitement très précoce chez les sujets ayant plus de 50 CD4/mm³. Ces résultats ne sont pas superposables à ceux des essais précédents publiés en Octobre 2010 dans le NEJM: CAMELIA⁷ qui a mis en évidence un bénéfice global à traiter précocement (à 2 semaines versus 8 semaines) dans la population étudiée, qui était cependant caractérisée par une médiane de CD4 très basse (25/mm³), et les essais SAPIT⁸ et STRIDE⁹ qui ont montré un bénéfice au traitement précoce mais uniquement

chez les sujets avec $CD4 < 50/mm^3$. Dans SAPIT, les IRIS et effets indésirables des médicaments étaient plus fréquents chez les sujets avec $CD4 > 50/mm^3$ traités précocement sans aucun bénéfice sur la survie ou les événements classant sida, conduisant les auteurs à recommander de différer le traitement pour cette catégorie de patients.

Finalement, Diane Havlir de San Francisco¹⁰ a conclu que l'attitude la plus simple et rationnelle en contexte de ressources limitées était de recommander de débiter le traitement ARV pour tous 2 semaines après le traitement anti-tuberculeux.

A la lumière de ces résultats, nous pouvons dire que les gestionnaires de programmes tuberculose et VIH ont suffisamment d'arguments pour opérer des choix stratégiques dans les pays. Ces choix pourront concerner les aspects suivants: le moment propice au début du traitement ARV chez les patients coinfectés, l'amélioration du diagnostic de la tuberculose en général et particulièrement chez les patients coinfectés et enfin l'amélioration de la collaboration entre les deux programmes. □

1. WHO Report 2010, Global Tuberculosis control : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069_eng.pdf
2. K. Cuthbert, A. Lutanga, M. Kebby, Z.Nancy, C. Francis, M. Johanzi, et al. Scaling up TB/HIV services – the experience of southern province, Zambia. Présentation ICASA 2011 MOAB0201.
3. Seii M. J. Reduced Time to Initiation of Anti-Retroviral Therapy at Integrated TB/HIV Sites Compared to Non-Integrated Sites: A Retrospective Cohort Study in Rural Kenya. Présentation ICASA 2011 MOPDB0204.
4. Ramatou Abba, Franck Lamontagne, Mohamadou SOULEYMANOU, Oumarou SEYBOU, Yahayé HANKI, Sanata DIALLO, Grégoire LURTON, Saidou MAMADOUL. Hétérogénéité des pratiques et difficultés diagnostiques de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH à Niamey, Niger. Présentation ICASA 2011 MOPE024.
5. Fantaye G.M. Gossa E. Mattanovich D. Fluorescence microscopy shortens time to mycobacterium tuberculosis diagnosis and reduces laboratory work loads. Présentation ICASA 2011 MOPDB0203.
6. Degu Wondwossen A. Habtewold A. Yimer G. Makonnen E. Worku A. Sonnerborg A. et al. Efficacy as well as safety of immediate versus deferred initiation of HAART in TB/HIV co-infected patients with CD4 counts less than 200 cells/mm³. Présentation ICASA 2011 MOAB0205.
7. Blanc F-X, Sok T, Laureillard D, et al. Earlier versus later start of antiretroviral therapy in HIV-infected adults with tuberculosis. *N Engl J Med* 2011 ;365:1471-81.
8. Abdool Karim SS, Naidoo K, Grobler A, et al. Integration of antiretroviral therapy with tuberculosis treatment. *N Engl J Med* 2011 ;365:1492-501.
9. Havlir DV, Kendall MA, Ive P, et al. Timing of antiretroviral therapy for HIV-1 infection and tuberculosis. *N Engl J Med* 2011 ; 365:1482-91.
10. Diane Havlir. Achieving Universal Access to HIV Treatment for TB Patients– Science and Politics. Présentation ICASA 2011 THPL05.

La prise en charge de la cryptococcose chez les personnes infectées par le VIH

Franck Lamontagne,
Bassirou Diallo,
Solthis

Même si les infections opportunistes compliquant le VIH, à l'exception de la tuberculose, sont à bien des titres des maladies négligées, un regain d'intérêt pour la cryptococcose est perceptible depuis quelques temps et a été manifeste lors de la 16^{ème} ICASA d'Addis Abeba, puisque cette question était à l'honneur d'au moins deux sessions orales.

L'actualité concernant cette maladie est en effet riche, entre un nouveau test de diagnostic prometteur, plusieurs études évaluant l'intérêt d'un dépistage systématique et d'un traitement précoce, des essais thérapeutiques évaluant de nouvelles options thérapeutiques plus abordables en contexte de faibles ressources et les premières recommandations de l'OMS pour la prise en charge de cette affection.

1/ La cryptococcose : première cause de mortalité chez les patients infectés par le VIH et quatrième cause de mortalité dans la population générale en Afrique sub-saharienne ?

Aussi étonnante que paraisse cette assertion, telle est la conclusion d'un travail publié en 2009 par Park, et al. des CDC d'Atlanta¹, et cité à maintes reprises, notamment lors de cette 16^{ème} ICASA, entre autre par Marco Vitoria de l'OMS². De ce constat, largement méconnu, découle la priorité accordée à améliorer la prise en charge de cette maladie opportuniste.

2/ Le « cryptoPOCT » : le test idéal ?

D'un point opérationnel, la cryptococcose mérite également d'être considérée comme une priorité de santé publique dans les RLS (Ressource limited settings) par l'accessibilité de son diagnostic. C'était déjà le cas avec l'examen microscopique du LCR après coloration à l'encre de Chine et la mesure de l'antigène cryptococque par technique immunoenzymatique (EIA) ou par agglutination latex (LA) dans différents milieux (sang, LCR, urine). Pourtant, force est de constater que ce diagnostic est rarement fait dans ce contexte, y compris dans les structures de soins tertiaires et dans les services spécialisés, comme l'illustre le travail mené en Guinée par Grâce Choaken, Rosalie Vilain et al.³. D'où l'intérêt particulier du CrAg Lateral Flow Assay (LFA) développé par le laboratoire IMMY : comparativement aux autres techniques (Nelesh Govender⁴), ce test a non seulement toutes les qualités d'un test point-of-care (POCT), à savoir la rapidité du résultat, la facilité de réalisation et d'interprétation (absence de nécessité d'une expertise technique), l'absence de nécessité d'une chaîne du froid et d'un équipement de laboratoire, mais il est également doté d'une excellente performance⁵, le tout malgré un coût

extrêmement concurrentiel, y compris face à l'examen du LCR à l'encre de Chine. Ce test prometteur pourrait changer la donne et étendre enfin l'accès à la prise en charge d'une des infections opportunistes les plus meurtrières.

3/ Faut-il systématiser le dépistage ?

Ce nouveau test relance notamment l'intérêt d'un dépistage systématique de la cryptococcose chez les sujets infectés par le VIH. Le taux de positivité est relativement important, y compris chez des sujets asymptomatiques, si on sélectionne des sujets avec des CD4 < 100, voire 200/mm³ comme l'a montré Aber Shiferaw en Ethiopie⁶. Monika Roy (CDC) a réussi à mettre en évidence dans une cohorte sud-africaine rétrospective⁷, que ce dépistage permettait d'identifier des sujets avant le développement d'une cryptococcose méningée symptomatique, et avait un impact majeur sur le pronostic grâce à la remarquable efficacité et simplicité du traitement préemptif par fluconazole. Ce dépistage est recommandé, assez prudemment, par l'OMS⁸ : il est à considérer chez les sujets ayant moins de 100 CD4/mm³ si la prévalence de la cryptococcose dans le pays est supérieure à 3%. Ces recommandations reposent principalement sur une étude coût-efficacité publiée en 2010⁹, démontrant que le coût du traitement de

la cryptococcose symptomatique (avec amphotéricine B) dépassait celui du dépistage systématique dès que la prévalence de l'affection dans la population considérée était supérieure à 3%.

4/ Les premières recommandations de l'OMS concernant une infection opportuniste (tuberculose exceptée)

Même après diagnostic, le pronostic de la cryptococcose reste sombre dans les RLS (Songida Ismael Ouattara¹⁰). Une des raisons est l'inadaptation des protocoles thérapeutiques nationaux, bien mise en évidence par Philippa Easterbrook de l'OMS¹¹. Même en cas de protocoles thérapeutiques conformes aux recommandations internationales, les produits sont fréquemment indisponibles ou la prévention des effets indésirables et la

surveillance des traitements insuffisants. D'où la recherche de nouveaux protocoles thérapeutiques simplifiés, permettant notamment de trouver des alternatives à la classique induction par amphotéricine B + 5FC qui est particulièrement difficile à mettre en œuvre en RLS: raccourcissement de la durée de l'amphotéricine B (notamment si les moyens de prévention et surveillance de la toxicité manquent), voire utilisation de fluconazole seul à haute dose. L'ensemble de ces éléments ont abouti à l'élaboration d'un document de recommandation de l'OMS pour la prise en charge de la cryptococcose en RLS qui a été diffusé à l'occasion de l'ICASA (Rapid Advice⁷, la version complète est attendue en Mars 2012)¹², une première, puisqu'aucun guide de prise en des IO n'avait été produit à ce jour par cette institution. □

1 - Park BJ, Wannemuehler KA, Marston BJ, Govender N, Pappas PG, Chiller TM. Estimation of the current global burden of cryptococcal meningitis among persons living with HIV/AIDS. *AIDS* 2009; 23:325-30

2 - WELNADS₃₁: The Global Burden of Diseases of Priority Opportunistic Infections

3 - MOPEo26: Neurological Disorders among HIV infected Patients Hospitalized in Conakry: A Diagnosis to improve considering their Major Impact on Mortality

4 - WELNADS₃₁: Diagnostics of Cryptococcal Infections: Review and Updates

5 - Lindsley MD, Mekha N, Baggett HC, Surinthong Y, Autthateinchai R, Sawatwong P, Harris JR, Park BJ, Chiller T, Balajee SA, Poonwan N. Evaluation of a newly developed lateral flow immunoassay for the diagnosis of cryptococcosis. *Clin Infect Dis*. 2011 Aug;53(4):321-5

6 - THLB0303: Screening for Cryptococcal Disease in HIV-Infected patients Visiting Black Lion and ALERT ART Clinics in Addis Ababa, Ethiopia, 2011

7 - TUAB0503: Evaluation of a Cryptococcal Antigen Screening Program for HIV-infected Persons Initiating Antiretroviral Therapy (ART) in South Africa

8 - Rapid Advice. Management of cryptococcal disease in HIV-infected adults, adolescents and children. WHO, Dec 2011.

9 - David B. Meya, Yukari C. Manabe, Barbara Castelnovo, Bethany A. Cook, Ali M. Elbireer, Andrew Kambugu, Moses R. Kamya, Paul R. Bohjanen, and David R. Boulware. Cost-Effectiveness of Serum Cryptococcal Antigen Screening to Prevent Deaths among HIV-Infected Persons with a CD4+ Cell Count <100 Cells/mL Who Start HIV Therapy in Resource-Limited Settings. *CID* 2010; 51(4):448-455

10 - TUAB0504: Prise en Charge et Devenir de la Cryptococcose Neuroméningée à l'Ère des Antirétroviraux chez les Adultes Ouest Africains (Côte d'Ivoire) Infectés par le VIH

11 - TUAB0505: Cryptococcal Meningitis (CM): Review of Induction Treatment Guidance in Resource-Limited Settings

12 - WELNADS₃₁: Overview of the WHO Guidelines on Management of Cryptococcal Infections

L'analyse des coûts dans les **décisions politiques** de la lutte contre le VIH

Grégoire Lurton,
Solthis

La crise du financement de la lutte contre le VIH a été très présente à la conférence d'Addis-Abeba. L'analyse des coûts apparaît donc comme de plus en plus importante pour la compréhension de l'analyse des programmes et pour l'amélioration de leur performance.

Les prises de positions les plus spectaculaires ont concerné la dimension politique de cette crise, en soulignant les responsabilités des différents acteurs engagés, et en appelant à une mobilisation forte pour obtenir l'augmentation des financements dédiés à la lutte contre le VIH.

Au-delà des débats sur la mobilisation des ressources, la question de leur utilisation dans les meilleures conditions possibles a aussi été évoquée dans de nombreuses communications.

Debrework Zewdie, la directrice exécutive adjointe du Fonds Mondial, le soulignait dans son intervention en séance plénière, « le côté face de la pièce du financement est la dépense ». Et

dans la même intervention, elle attribuait au président malien Amadou Toumani Touré l'idée que « chaque dollar détourné [de la lutte contre le VIH] est une vie perdue ».

L'outil analytique qui permet d'attribuer à un dollar utilisé dans la lutte contre le VIH le bénéfice qu'il a pu procurer à un patient est le raisonnement en termes de

coût-efficacité. Sous ce terme, on regroupe parfois abusivement une famille de raisonnements qui tendent à rapprocher le coût d'une activité à son résultat final. Sans entrer ici dans la catégorisation des méthodes, nous distinguons trois niveaux d'utilisation de l'analyse des coûts et des résultats obtenus qui ont pu être présentés au cours de l'ICASA.

Au sein d'un même programme

Un premier niveau, le plus simple, est la comparaison au sein d'un même programme, de plusieurs stratégies de mise en œuvre d'un service ou d'une intervention. Ainsi, une présentation proposait de comparer deux stratégies pour assurer l'accès au comptage CD4 des patients suivis dans un programme ougandais¹.

L'une organisée autour d'un appareil de comptage fixe, nécessitant le déplacement des patients vers un site de prise en charge de référence pour le prélèvement. L'autre, organisée autour d'un appareil mobile, pouvant se déplacer au plus près des

patients pour effectuer le comptage. La seconde stratégie s'est révélée beaucoup plus coût-efficace que la première, puisque le coût unitaire d'un comptage CD4 a été évalué à 12,22 \$, contre 27,96 \$ pour le fonctionnement avec un appareil fixe. Ce résultat est d'autant plus intéressant que l'étude préalable à l'implémentation de ces stratégies avait estimé le coût unitaire

de la méthode fixe à 6,28 \$, soit un coût plus faible que la stratégie mobile. De plus, le fait d'éviter le déplacement au patient permet de lui faire économiser une moyenne de 19,01 \$.

Ici, on voit bien que la simple évaluation des coûts de prise en charge par le système de santé, rapportée aux résultats de l'intervention (le nombre de comptages CD4 effectués), permet, dans un contexte particulier, de comparer deux interventions données. La conséquence de cette analyse à ce niveau d'intervention est évidente : une stratégie paraît bien préférable à l'autre et devrait, dans ce contexte bien précis, lui être substituée.

Dans des contextes différents

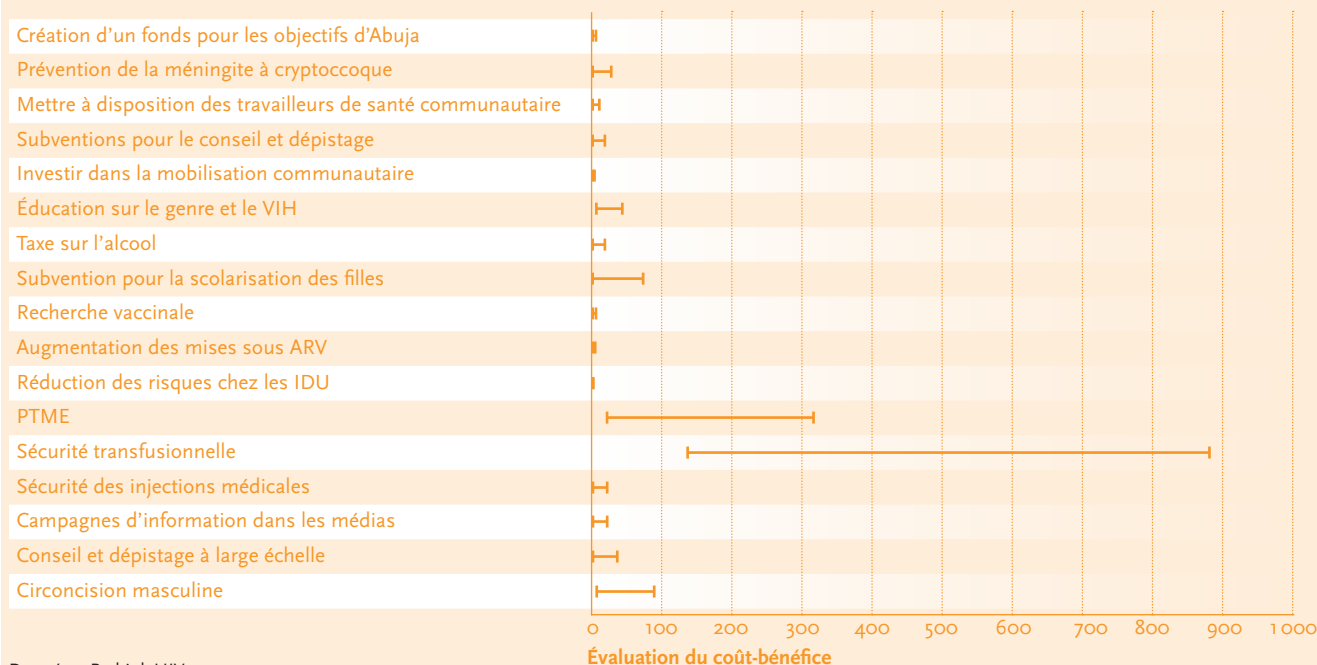
Un deuxième niveau d'utilisation est la comparaison des coûts et des résultats de programmes semblables, dans des contextes différents. Ainsi, la comparaison des coûts et des résultats de plusieurs programmes de Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME) à travers le monde² permet d'estimer le coût à payer pour éviter une transmission du VIH entre une mère et son enfant (TME). Les résultats de cette étude dans trois pays africains donnent l'image de la PTME comme une stratégie aux rendements décroissants. Les pays où la couverture des besoins pour la PTME est la plus forte sont aussi ceux où l'on dépense le plus d'argent pour éviter un cas de TME (Tableau 1). Ainsi, la Côte d'Ivoire, où le coût pour éviter une TME est estimé à 1703 \$, pourrait

Tableau 1 - Estimation des coûts de la réduction de la TME dans trois pays d'Afrique

| | Budget du programme de PTME (millions de \$) | Taux de couverture de la PTME | Estimation du nombre de TME en absence de PTME | Estimation de nombre de TME avec la couverture PTME actuelle | Estimation de la réduction de la TME avec la couverture PTME actuelle | Estimation du coût d'une TME évitée |
|----------------------|--|-------------------------------|--|--|---|-------------------------------------|
| Côte d'Ivoire | 3,14 | 41 % | 7 457 | 5 610 | 25 % | 1 703 \$ |
| Rwanda | 5,20 | 72 % | 3 335 | 1 848 | 45 % | 3 497 \$ |
| Namibie | 5,42 | 91 % | 2 730 | 1 476 | 46 % | 4 323 \$ |

Données extraites de la présentation de P. Doughty.

Tableau 2 - Amplitudes des estimations de coût-bénéfice des différentes interventions



Données : Rethink-HIV

être considérée plus performante que le Rwanda et la Namibie (où ce coût est respectivement estimé à 1 848 \$ et 1 476 \$), mais la réduction de la TME grâce aux programmes de PTME est estimée à seulement 25 % en Côte d'Ivoire, alors qu'elle est estimée à plus de 50 % au Rwanda et en Namibie.

La comparaison des performances de ces différents programmes permet de comprendre les enjeux opérationnels liés au développement de la PTME. Ce n'est pas ici une comparaison entre des stratégies, mais une comparaison entre différents programmes. Les informations qu'on en

tire ne permettent pas de privilégier un type d'intervention à une autre, mais la mise à disposition de ce type de données permet aux programmes de se situer en termes de coûts et de performance par rapport à d'autres programmes, et donc d'identifier des pistes d'amélioration de leurs activités.

Rethink HIV

Un troisième niveau d'analyse, plus abstrait, était celui proposé par le groupe Rethink HIV³, très présent à la conférence. L'idée de ce groupe, basé au Copenhagen Consensus Center, est de demander à des

scientifiques de différentes disciplines (économistes, démographes, épidémiologistes) d'estimer le coût-bénéfice des principales interventions en matière de lutte contre le VIH. L'analyse coût-bénéfice consiste à exprimer le résultat d'une intervention en termes monétaires, pour pouvoir comparer l'investissement consenti et le résultat attendu dans une unité monétaire unique, ce qui est supposé faciliter la prise de décision.

On ne rentrera pas ici dans les détails de l'évaluation des bénéfices des interventions de lutte contre le VIH en termes monétaires. Un élément central

néanmoins, est l'hypothèse selon laquelle on peut chiffrer le prix d'une vie humaine. Cette hypothèse peut (et doit) être discutée. La valorisation d'une vie humaine

en termes monétaires

est en effet un exercice dérangeant, surtout quand on indexe cette valorisation sur des mesures économiques qui varient à travers le monde (comme le PIB par habitant d'un pays par exemple). Il

faut bien évidemment considérer cette évaluation comme un exercice de pensée, qui peut contribuer à objectiver des choix, en complément d'autres arguments.

L'analyse coût-bénéfice proposée par Rethink HIV porte sur dix-huit interventions, regroupées en six thématiques principales : prévention de la transmission sexuelle, prévention de la transmission non-sexuelle, traitement, recherche vaccinale, politique sociale et renforcement de système de santé.

Le **tableau 2** montre les résultats de ces estimations de coût-bénéfice. Comme il paraît illusoire de proposer une valeur unique pour chaque intervention, on a représenté ici, pour chaque intervention, l'intervalle entre la valeur minimum de l'estimation du ratio coût-bénéfice, et sa valeur maximum. Ainsi, on voit que les interventions de sécurité transfusionnelle, malgré une amplitude très importante, paraissent apporter un bénéfice maximum pour une dépense donnée, puisque l'investissement d'un dollar dans la sécurité transfusionnelle peut rapporter jusqu'à 882 \$ de bénéfices.

Les résultats de ces évaluations montrent que la PTME a un ratio coût-bénéfice particulièrement intéressant (entre 28 \$ et 316 \$ de bénéfice pour chaque dollar investi dans des interventions de PTME). En regard, le coût des traitements ARV fait que le bénéfice d'un dollar investi dans l'accès aux ARV procure un bénéfice évalué entre 1 \$ et 6,3 \$.

En marge de la conférence, un atelier réunissant des représentants de la société civile a été organisé, autour de

la question : « Si 10 milliards de dollars étaient récoltés pour la lutte contre le VIH, quelle serait la meilleure utilisation à en faire » ? Les participants, informés

des évaluations de Rethink HIV ont proposé une priorisation des interventions, qui plaçait la PTME au premier rang des actions à privilégier, immédiatement suivie par le passage à l'échelle des traitements.

L'investissement pour la circoncision masculine

n'arrivait qu'en septième place. Le même exercice avait été proposé, à l'Université de Georgetown, en septembre 2011, à un panel de décideurs investis dans la lutte contre le Sida. Ce panel, avait placé la circoncision masculine en haut de la liste des actions prioritaires, le traitement et la PTME venant respectivement en deuxième et troisième place.

La comparaison de ces deux exercices est intéressante, puisqu'elle montre que l'inclusion des arguments de coût-bénéfice dans une réflexion politique n'en détermine pas entièrement l'issue, mais fournit un argument à part, au même titre que les arguments éthiques, des principes de droit à la santé et d'accès équitable aux soins, ou les préférences subjectives des personnes impliquées dans la prise de décision.

L'analyse des coûts, élément moteur ?

On voit ici que les réflexions sur la meilleure façon de dépenser les ressources de la lutte contre le VIH étaient bien présentes à l'ICASA 2011. Plus que d'apporter des réponses définitives sur la meilleure façon de dépenser, les présentations ont fait apparaître la nécessité d'aborder ces coûts à trois niveaux de réflexion. Au niveau opérationnel, le suivi précis des coûts des traitements ARV pour une vie entière et des résultats obtenus permet de déterminer quelles stratégies paraissent les plus efficaces pour atteindre un objectif donné. Ces mêmes données permettent, à un niveau d'agrégation supérieur, de comparer les

coûts de différents programmes, et de mieux comprendre les conditions de production des services nécessaires pour la lutte contre le VIH. Enfin, à un niveau encore supérieur d'agrégation, on peut théoriquement comparer les bénéfices à attendre d'interventions différentes.

L'analyse des coûts est donc essentielle pour la compréhension des programmes et pour l'amélioration de leurs performances. Néanmoins, comme cela a été souligné à plusieurs reprises par les audiences des sessions, cette analyse n'est qu'une famille d'arguments parmi d'autres. Les considérations de coût doivent avant tout être prises comme une manière d'optimiser la lutte contre le VIH, mais ne peuvent pas être l'unique moteur des décisions politiques sur le financement de cette lutte. □

1 - MOAE0105 – Ocerro A., Akena S., Otuba J., Ciccio L. - Providing CD4 Cell Count Tests to Hard-to-reach Communities in Northern Uganda: Cost-effectiveness of an Outreach Delivery Model

2 - MOAE0102 – Doughty P., Toure H., Chewe L., Dabis F. – Estimating the Cost of Preventing Mother to Child Transmission of HIV: A Multi-country Appraisal

3 - <http://www.rethinkhiv.com/>

Vers l'accès universel : une dynamique menacée si l'offre de soins VIH n'est pas repensée

Sophie Calmettes,
Caroline Gallais,
Solthis

L'objectif de 15 millions de personnes sous traitement en 2015 représente d'immenses défis, tant les besoins à couvrir restent importants¹, parmi lesquels le développement de l'accès aux soins en zone décentralisée. Pour y contribuer, l'OMS-ONUSIDA a développé l'initiative « Treatment 2.0 », qui vise à « promouvoir l'innovation et les gains d'efficacité pour catalyser la prochaine phase de passage à l'échelle en matière d'accès au traitement ». Parmi les cinq piliers de cette initiative² figure « l'adaptation de l'offre de soins », avec ses composantes : délégation des tâches, réorganisation des circuits patients et accès local au suivi biologique. Quel a été l'apport de la conférence sur ces trois enjeux, qui ont fait l'objet de nombreuses communications ? Que penser de la nouvelle méthode en vogue pour mener cette adaptation des soins nécessaire au passage à l'échelle, la « démarche qualité » ?

De nombreux pays africains ont prouvé que l'offre de soin peut être largement étendue à des niveaux décentralisés sans perdre en qualité, au contraire : la décentralisation peut s'accompagner d'une diminution des délais de mise sous traitement (Malawi³), et peut améliorer les résultats de rétention et de mortalité

(Afrique du Sud⁴). Néanmoins, de tels résultats nécessitent de porter une attention particulière à plusieurs éléments : la délégation des tâches, l'organisation des soins et le suivi biologique des patients

La délégations des tâches

La délégation des tâches (voir figure 1) semble indispensable à cette extension de l'offre de soin en zone décentralisée, où les structures sanitaires ne disposent pas de médecins. Un nombre croissant de pays africains ont mis en place cette démarche, qui prend le plus souvent la forme d'une responsabilisation des infirmiers pour la prescription des ARV et le suivi des patients. Aucune nouveauté notable en la matière n'a été présentée à Addis, mais quelques études ont mesuré la performance des infirmières par rapport à celle des médecins, avec de bons résultats (initiation précoce, mortalité et perdus de vue), comme au Lesotho et en Ethiopie (voir à ce sujet l'article « Amélioration de la prise en charge pédiatrique du VIH dans les pays à ressources limitées par la délégation des tâches au personnel paramédical » de R. Maïga et C. Dézé). Si la formation du personnel paramédical responsabilisé sur de nouvelles tâches est toujours mentionnée, on peut en revanche regretter que les mécanismes de régulation (supervision, référence et mentoring), tout aussi indispensables à une délégation des tâches

réussie, soit peu décrits dans les expériences présentées. De même, d'autres facteurs déterminants tels qu'une dotation minimum en ressources humaines, en infrastructure et en matériel, ainsi que l'estimation des coûts de formation et d'accompagnement des paramédicaux au cours d'un tel processus sont peu explicités. Ainsi, la plupart des communications ne parviennent pas à donner une vision complète des enjeux aux participants des pays souhaitant franchir le pas de la délégation des tâches, en particulier les pays d'Afrique de l'Ouest qui sont les moins avancés en la matière, en dépit de leur retard pour l'accès au traitement.

La réorganisation des soins

Mais les pays à ressources limitées doivent aller au-delà de la délégation des tâches pour réussir la décentralisation et le passage à l'échelle. En effet, adapter l'offre de soin ne se résume pas à confier aux agents de santé des centres périphériques les tâches réalisées par les médecins dans les hôpitaux. Il s'agit de penser de façon globale à l'intégration d'une activité nouvelle dans une structure de santé décentralisée, parfois isolée, exigüe, et le plus souvent tenue par des soignants déjà surchargés.

Cette réorganisation des soins a été illustrée par deux initiatives liées à des programmes décentralisés de circoncision masculine (voir également l'article

d'E. Henry, « La circoncision : de l'essai randomisé au passage à l'échelle »).

Kenya : Circoncision médicale masculine volontaire dans la province de Nyanza : défis et solutions pour les prestataires⁵

Comment intégrer une activité nouvelle et massive (objectif : 860 000 opérations en 5 ans) sans augmenter les ressources humaines dans les centres de santé en zone décentralisée ? Le défi était posé en termes 1) d'intégration : comment intégrer la nouvelle activité en perturbant le moins possible le reste des activités : faut-il programmer les opérations de circoncision tous les jours ou les concentrer sur une journée par semaine ? 2) de répartition des tâches : faut-il responsabiliser une seule personne par site, ou former le maximum de personnel sur chaque site ? et 3) de motivation : faut-il verser des primes ou instaurer des motivations non financières (élection de « champions »...) ? Ces différentes options sont

encore en phase de test dans les structures sanitaires de la province.

Swaziland : Notification et gestion des complications post-opératoires par la mise en place d'une permanence téléphonique gouvernementale

Engagé dans un programme massif de circoncision masculine, le pays est confronté à deux obstacles : d'une part, la réticence des hommes habitant en zone rurale à venir se faire opérer par crainte que des complications post-opératoires les obligent à revenir au centre de santé, éloigné de leur domicile. D'autre part, le risque d'un afflux important d'hommes en post-opératoire, conduisant à une saturation des centres de santé ayant réalisé les circoncisions. Le dispositif régional

imaginé pour dépasser ces deux obstacles consistait en une permanence téléphonique par 5 infirmières, 24h sur 24. L'analyse des 3 premiers mois d'appels indiquait que seuls 4% des appels (60 sur 1 500) représentaient des complications nécessitant de revenir au centre de santé. Tous ces cas ont été référés et pris en charge en moins de 48h.

Le suivi biologique

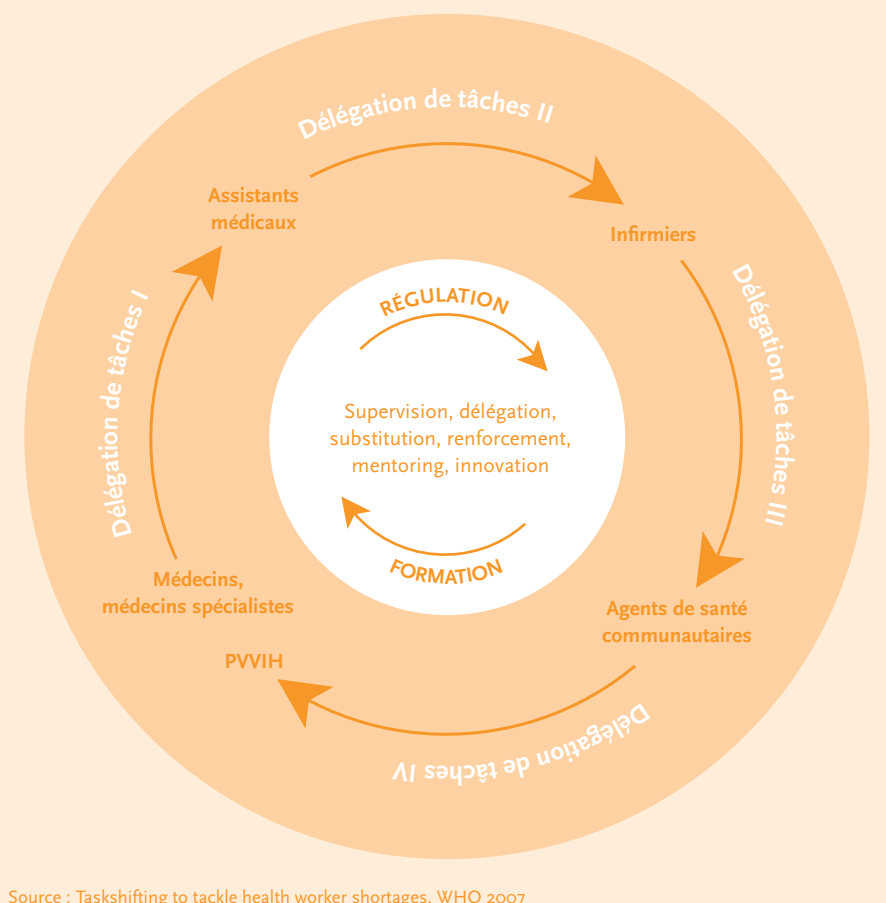
Enfin, dernier enjeu de la décentralisation, l'intégration des activités de suivi biologique des patients VIH dans les laboratoires du niveau périphérique, a été largement abordée lors de la conférence. Elle constitue un pan essentiel de l'offre de soin, souvent déficient en zone décentralisée car les circuits de prélèvement et de rendu des résultats sont difficiles à mettre en place. Cela a été souligné en plénière

La délégation des tâches semble indispensable à cette extension de l'offre de soin en zone décentralisée, où les structures sanitaires ne disposent pas de médecins.

par John NKengasong du CDC : de nombreux tests sont réalisés mais non rendus aux patients : 46% pour les CD4, 51% pour le diagnostic précoce de l'enfant (selon les données de la CHAI pour le Mozambique, le Malawi et l'Afrique du Sud). Les innovations technologiques seules ne suffiront pas à résoudre ces problèmes systémiques. Certes, l'avènement de 5 nouvelles technologies de diagnostic et suivi biologique que sont les tests rapides de dépistage, le papier buvard, les CD4 en *point-of-care*, la charge virale en *point-of-care*, et les tests d'incidence, constitue un pas décisif pour améliorer l'accès au suivi biologique minimal. Néanmoins, selon le CDC, le renforcement des laboratoires périphériques par la formation, l'intégration (plateformes multi-pathologies), l'accréditation, et l'adoption d'une démarche qualité, est une priorité si l'on veut tirer parti de ces innovations technologiques.

Ainsi, la question de l'extension de la prise en charge en zone décentralisée ne doit pas se réduire à trouver et former des ressources humaines de substitution pour qu'elles absorbent une charge de

Figure 1 - La délégation des tâches



Source : Taskshifting to tackle health worker shortages, WHO 2007

travail supplémentaire, mais doit commencer par une véritable réflexion sur la définition du circuit du patient (fréquence des rendez-vous, déplacements évités, ...) et la manière d'améliorer l'efficacité des personnels soignants, par des réorganisations et par l'utilisation de nouvelles technologies.

Cette réflexion sur l'adaptation de l'offre de soins VIH est complexe, et elle doit être menée localement, voire au cas par cas - dans chaque structure de santé, pour être pertinente. Une des méthodes disponibles pour mener cette réflexion sur le développement de l'offre de soin dans un centre de santé donné est la démarche qualité, qui a été présentée dans de nombreuses communications à Addis.

Repenser l'offre de soins avec la démarche qualité

Largement répandue dans le secteur privé et dans les projets de développement, la démarche qualité est de plus en plus présente dans le secteur de la santé, et notamment dans le domaine de la prise en charge du VIH. En effet, face à une maladie chronique, les dispositifs à mettre en place pour garantir une bonne prise en charge sont plus complexes, et la question de la qualité devient cruciale. Particulièrement portée par les

organisations américaines, la démarche qualité (« Quality Improvement ») vise à associer l'ensemble des personnels soignants concerné d'une structure à la réflexion sur la réorganisation des soins en son sein. Cette méthode est déployée depuis quelques années en Afrique, dans les pays bénéficiant de financements PEPFAR. La conférence d'Addis Abeba a ainsi fait la part belle aux posters et présentations d'organisations comme la Elisabeth Glaser Pediatric Aids Foundation, ICAP (International Center for Aids Care and Treatment Programs -Columbia University), Aids Relief, Catholic Relief Services, qui ont développé et expérimenté des méthodes d'amélioration de la qualité des soins qui se sont révélées particulièrement adaptées aux pays à ressources limitées.

Cette démarche qualité a fait l'objet d'un atelier de formation⁶ à part entière à l'ICASA, animé par le Global Health Institute de l'Université Wisconsin-Madison. Les 4 principes clés de cette démarche sont (voir figure 2) :

1 – une approche centrée sur le patient : les efforts d'amélioration de la qualité devraient être déterminés par les besoins, les attentes et les valeurs des patients, communautés et populations concernés ;

2 – une approche axée sur l'analyse des processus et des circuits ;

3 – une approche basée sur l'utilisation des données et des preuves : une revue des dernières connaissances scientifiques est utile au moment de la définition des standards (à adapter au contexte), et la mesure est cruciale pour comprendre les changements qui vont se produire dans la structure ;

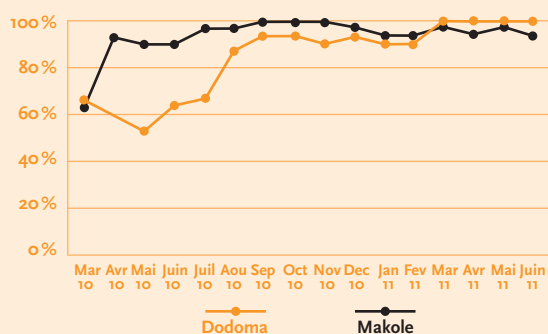
4 – une approche participative, permettant de parvenir aux solutions les plus appropriées au contexte local et favorisant l'adoption rapide des innovations. De très nombreuses illustrations de cette méthodologie ont été présentées à la conférence d'Addis Abeba. Ainsi, en Tanzanie, l'hôpital régional de Dodoma, qui rencontrait des difficultés dans le suivi de près de 4 000 patients VIH, a entrepris une démarche d'amélioration de sa prise en charge des patients VIH⁷.

Accompagnée par FHI (Family Health International), l'équipe de l'hôpital s'est fixé 4 objectifs :

- réduire la durée de visite de chaque patient à moins de trois heures ;
- réduire la proportion de patients perdus de vue ;
- améliorer l'accès des patients à huit composantes essentielles de la prise en charge : dépistage de la TB ; consultation

Figure 2 - Résultat de la démarche qualité dans la région de Dodoma - Tanzanie

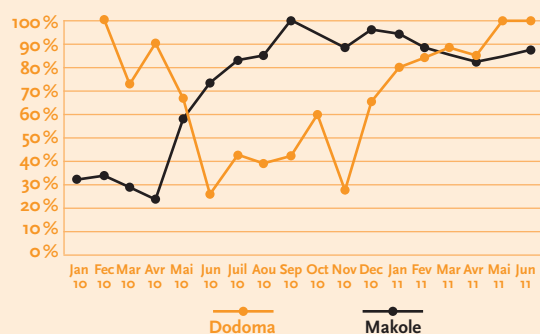
Proportion des usagers qui ne passent pas plus de 3h à chaque visite au centre de santé



Des temps de visites réduits

- Dodoma : 100% des patients ont passé moins de 3h par visite
- Makole : plus de 90% des patients ont passé moins de 3h par visite

Proportion des usagers référés aux soins à domicile qui sont effectivement inclus dans les soins à domicile



Des systèmes de référence améliorés

- Dodoma : Plus de 80% des patients inclus pour des soins à domicile après avoir été référés par le centre de santé
- Makole : 100% des patients inclus pour des soins à domicile après avoir été référés par le centre de santé

d'observance; CD4; suivi biologique; prophylaxie au cotrimoxazole; référence pour des soins à domicile; consultation de planning familial; counseling prévention;

– améliorer la référence entre l'hôpital et les soins à domicile.

Chacun des objectifs a fait l'objet d'une définition d'indicateurs, et d'un suivi des résultats. Ceux-ci se sont révélés extrêmement probants,

amenant les auteurs à conclure qu'une démarche structurée d'amélioration de la qualité peut « *significativement améliorer la performance du système*

de santé pour les patients VIH », et que les solutions conçues par les équipes soignantes sont « *innovantes, durables, boostent le moral, et ont un impact positif sur les autres services de l'hôpital* ».

Simple et efficace

De manière générale, les promoteurs de la démarche affirment qu'elle est simple et efficace, qu'elle a fait ses preuves dans de nombreux pays, et qu'elle répond aux besoins des praticiens des pays en développement: « *la démarche qualité permet des améliorations progressives dans*

des systèmes qui fonctionnent correctement. Dans les pays à ressources limitées, elle peut provoquer des changements spectaculaires »⁸.

Il convient néanmoins de ne pas occulter les écueils d'une telle démarche, seules les expériences réussies étant, comme souvent, documentées.

D'une part, les défis à relever et les conditions à remplir pour atteindre un tel

succès sont nombreux: turnover du personnel, manque de moyens matériels, difficulté à mobiliser du personnel surchargé, besoin de leadership pour mener le processus, et nécessité d'une assistance

technique pour accompagner aussi bien les structures sanitaires que les autorités sanitaires locales. Faute d'avoir correctement pris en compte ces aspects, se lancer inconsidérément dans ce genre de démarche peut se solder par un échec complet.

D'autre part, on peut relever une certaine contradiction entre la volonté d'intégrer la prise en charge du VIH dans les structures sanitaires périphériques, et la tendance à re-verticaliser l'approche au moment de parler organisation et qualité des soins. La coordination et la

diffusion de la démarche auprès d'autres services/pathologies reste à accomplir pour un impact significatif sur le système de santé. L'Ethiopie en est un bon exemple, avec des initiatives de démarche qualité mises en œuvre dans les services d'urgences.

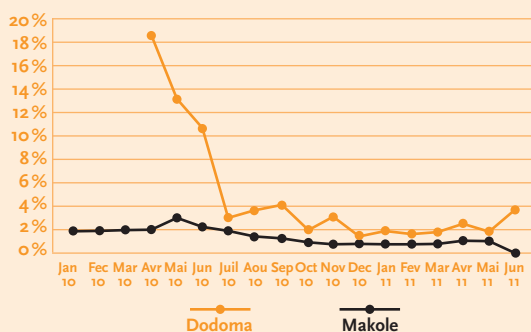
Enfin, ces démarches qualité sont mises en œuvre par les équipes soignantes, accompagnées par des organisations de développement (ONG, Universités), à l'initiative des Ministères de la Santé, sous la forte influence de certains bailleurs de fonds. Dans ce tableau des acteurs impliqués dans l'amélioration de la qualité des soins, le grand absent reste le patient.

Le chaînon manquant: remettre le patient au cœur du système

Afin de favoriser des améliorations rapides et durables de la qualité, il semble indispensable d'associer les principaux concernés et de développer des approches complémentaires conduites par les usagers. Les observatoires de l'accès au traitement, mis en place par des réseaux de patients, en sont une excellente illustration et on peut regretter qu'ils n'aient fait l'objet d'aucune communication à l'ICASA. Des initiatives existent pourtant en Afrique: ainsi, au Cameroun, le

Cette réflexion sur l'adaptation de l'offre de soins VIH est complexe, et elle doit être menée localement, voire au cas par cas

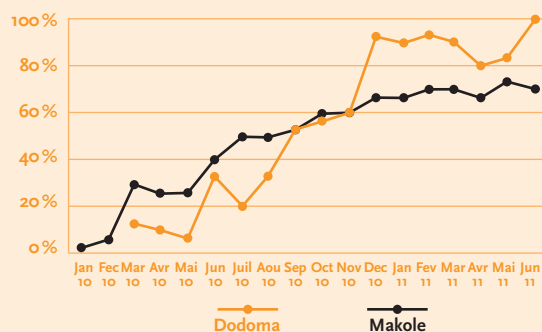
Taux d'usagers perdus de vue parmi tous les usagers sous traitement ARV



Moins de patients perdus de vue (PDV)

- Dodoma : La part de patients perdus de vue a diminué d'environ 20% à 4%
- Makole : La part de patients perdus de vue a diminué d'environ 2% à 1%

Proportion des usagers qui reçoivent les huit service essentiels selon les standards



Hausse des prestations des 8 services VIH essentiels pour les patients

- Dodoma : La proportion de patients perdus de vue bénéficiant des 8 services est passée d'environ 12% à 100%
- Makole : La proportion de patients perdus de vue bénéficiant des 8 services est passée d'environ 3% à 70%

Treatment Access Watch (TAW) est un observatoire communautaire de l'accès aux soins des populations, qui vise à faire entendre les points de vue des principaux usagers des services de santé sur l'état de l'accès aux soins. Leur rôle est de collecter, analyser et diffuser des informations relatives aux dysfonctionnements concernant l'accès aux soins des populations, d'élaborer des propositions et recommandations visant l'amélioration des conditions d'accès aux soins pour les malades, et de mener un plaidoyer efficace pour l'accès aux traitements. Ainsi, le « Programme sentinelle » est un dispositif communautaire de suivi de la disponibilité des antirétroviraux, des réactifs (dépistages et examens biologiques) et aussi de suivi des coûts. Ces activités reposent sur des patients-observateurs bénévoles dans chaque structure de soins⁹. Que les patients prennent une véritable place en tant qu'acteur du système de soins : tel est le dernier défi pour instaurer une culture de la qualité.

En définitive, si la question de l'adaptation de l'offre de soins n'a pas encore trouvé de solution miracle, on peut saluer les nombreuses expériences qui voient le jour pour tenter d'apporter des réponses aux défis que représentent la délégation des tâches, la réorganisation des soins et le suivi biologique pour étendre l'offre de soins dans les zones décentralisées. Parmi les méthodes employées, la démarche qualité, qui fédère soignants et partenaires autour d'une même réflexion, semble prometteuse. Une voix reste cependant à faire entendre, et non des moindres : celle des patients. □

1 - 6,6 millions de patients sont sous traitement dans les pays en développement fin 2010, soit une couverture des besoins de 50 % (Rapport de progrès vers l'accès universel 2011, OMS, UNICEF & ONUSIDA)

2 - Les 5 piliers de l'initiative Treatment 2.0 sont : 1) optimiser les régimes thérapeutiques, 2) fournir des diagnostics en point of care, 3) réduire les coûts, 4) adapter l'offre de soins, et 5) mobiliser les communautés

3 - Bemelmans M et al. Providing universal access to antiretroviral therapy in Thyolo, Malawi through task-shifting and decentralization of HIV/AIDS care. *Tropical Medicine and International Health*, 2010, 15(12) :141.

4 - Fatti G, Grimwood A, Bock P (2010) Better Antiretroviral Therapy Outcomes at Primary Healthcare Facilities: An Evaluation of Three Tiers of ART Services in Four South African Provinces. *PLoS ONE* 5(9) : e12888. doi:10.1371/journal.pone.0012888

5 - WEAEO402 – Otieno, Nixon Ouku, Herman-Roloff, Amy, Agot, Kawango, Bailey, Robert - Voluntary Medical Male Circumcision in Nyanza Province, Kenya: Challenges and Solutions for VMMC Service Providers

6 - TULSBW17 Quality Improvement: A Strategy to Promote, Ownership, Sustainability, and Scale-up

7 - WEPE196 - Chaula, Zainab, Mlangwa, Salehe, Masanja, Benedicta, Mushi, Charles, Van Praag, Eric, Dirks, Rebecca, Bouchet, Bruno, Mtey, Godfrey - Strengthening the Health System for HIV Patients through Quality Improvement in Dodoma, Tanzania

8 - Lori DiPrete Brown, UW-Madison Global Health Institute

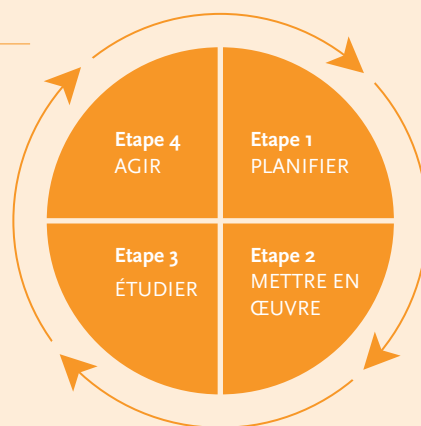
9 - Fogué Fogueto, TAW, Positive-Generation, Cameroun - Présentation à la Journée Scientifique de Solthis, juillet 2011

Le processus d'amélioration de la qualité

Pour définir la qualité, deux méthodes peuvent être mobilisées de manière complémentaires : 1) un travail collectif au sein de la structure sanitaire visant à expliciter les critères de qualité (sécurité, accès, efficacité, performance technique, continuité, viabilité, empathie), et 2) l'utilisation de standards (normes, protocoles, procédures, algorithmes)

Pour mesurer la qualité, trois éléments sont essentiels : 1) choisir des indicateurs, qui soient précis, faciles à comprendre, faciles à obtenir, et si possible déjà collectés par ailleurs ; 2) Suivre les évolutions : ne pas se limiter à collecter des données, mais les exploiter à l'aide de représentations graphiques pour prendre des décisions ; 3) Mettre en œuvre les décisions et évaluer les changements.

Il est à noter que ces efforts de suivi peuvent mettre en lumière des insuffisances et un besoin d'amélioration du système d'information de routine de la structure.



Pour améliorer la qualité, les étapes recommandées sont celles du cycle « PDSA » classique de la démarche qualité : 1) établissement d'un plan des changements prioritaires à mettre en place pour résoudre les principaux problèmes affectant la continuité et la qualité des soins (comprenant des objectifs et des indicateurs), puis 2) mise en œuvre des changements, 3) étude des résultats, et enfin 4) abandon, adaptation, ou adoption à une plus large échelle de ces changements.

Santé publique, sciences sociales

35 PTME: L'intégration d'une planification familiale adaptée aux besoins des couples vivant avec le VIH

Charlotte Dézé, responsable des formations, Solthis

Sanata Diallo, Chef de mission, Solthis Niger

40 Stigmatisation, l'épidémie cachée

Stéphanie Tchiombiano, chef de mission, Solthis Mali

Nathalie Daries, chef de mission, Solthis Sierra Leone

42 Tableau: Aperçu des lois spécifiques à l'épidémie de sida

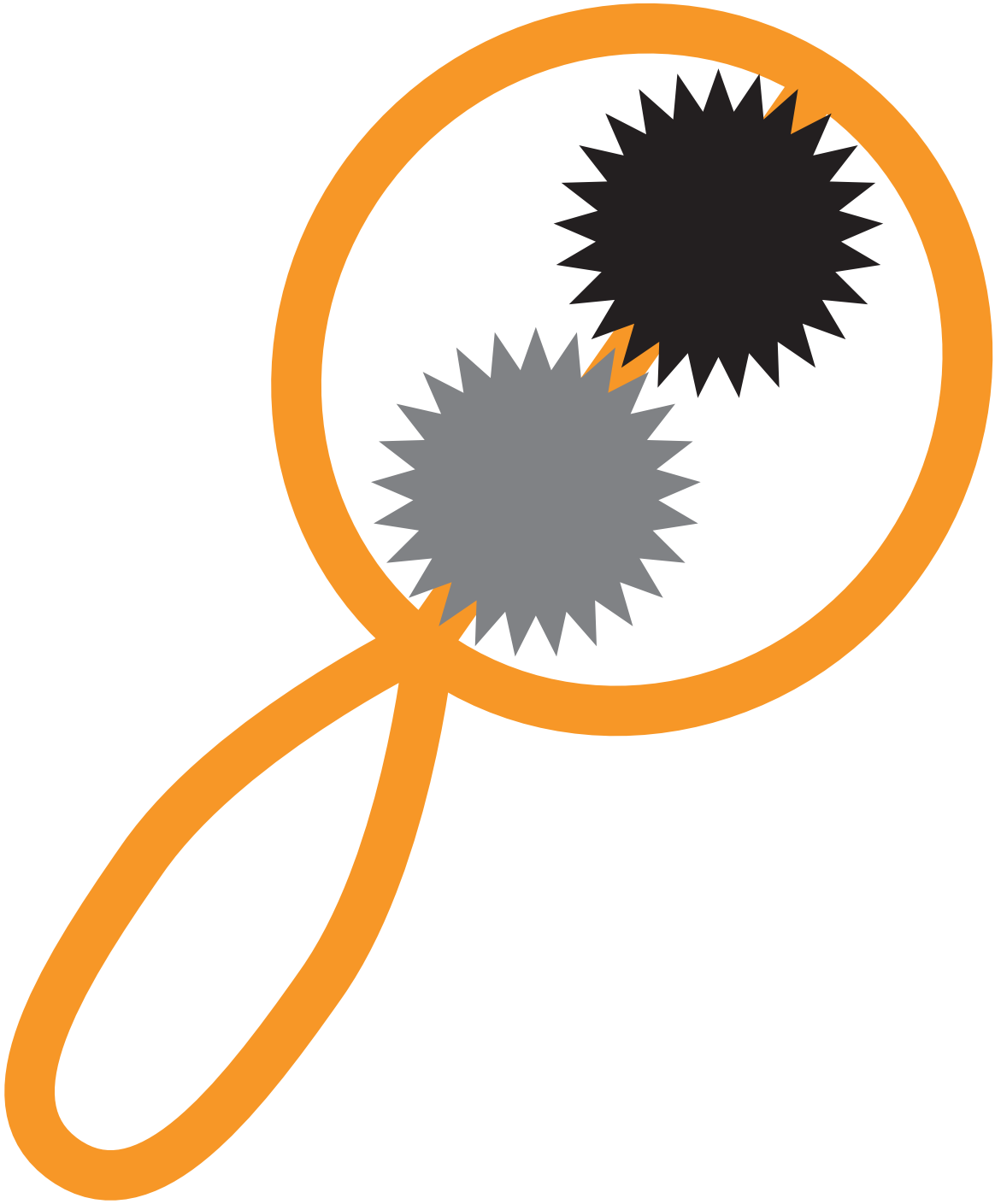
43 La délégation des tâches pour améliorer la prise en charge pédiatrique du VIH

Roubanatu Maïga, pédiatre et responsable PTME, Solthis Niger

Charlotte Dézé, responsable des formations, Solthis Paris

48 « La dépénalisation des pratiques homosexuelles est incontestablement un enjeu majeur »

Steave Nemandé, directeur d'Evolve, Cameroun



PTME : L'intégration d'une planification familiale adaptée aux besoins des couples vivant avec le VIH

Charlotte Dézé,
Sanata Diallo,
Solthis

La 16^{ème} ICASA a accordé plusieurs sessions au thème de l'intégration des services de santé sexuelle et génésique (SSG) et de ceux liés au VIH/Sida, en particulier planning familial et PTME. Cela a été l'occasion pour les représentants des institutions internationales de présenter les stratégies récentes en matière d'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et pour quelques pays d'exposer des expériences prometteuses d'intégration des services (Ouganda, Zimbabwe, Éthiopie).

Par ailleurs, certaines présentations ont permis de mieux comprendre les obstacles à cette intégration, obstacles qui empêchent les pays de réaliser un développement concret de l'offre de services intégrés, malgré les stratégies et les preuves de plus en plus nombreuses des effets bénéfiques et de la faisabilité d'intégrer les services de PF et de PTME.

En 15 ans (1995-2010), les efforts mondiaux pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant (PTME) auraient permis d'éviter l'infection à VIH chez environ 350 000 nouveau-nés. L'incidence est en baisse constante depuis 2004 mais reste cependant supérieure à 100 000 nouvelles infections à VIH chez les enfants de moins de 15 ans en 2010¹.

Des opportunités majeures

Ces résultats sont essentiellement dus à des interventions sur les piliers 3 et 4 de

la PTME (voir figure 1). Aujourd'hui, tous les experts s'accordent sur le fait que, ces interventions, même renforcées, ne suffiront pas à elles seules à atteindre l'objectif d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants en 2015. Des actions concrètes doivent être menées envers les piliers 1 et 2 de la PTME pour éviter les nouvelles infections dans la population en âge de procréer et prévenir les grossesses non désirées. Dans ce

contexte, l'intégration des services de planning familial et de PTME du VIH est vue comme une des opportunités majeures pour atteindre cet objectif, mais également pour atteindre les OMD 4 (réduire la mortalité infantile), 5 (améliorer la santé maternelle) et 6 (combattre le VIH/Sida, la malaria et les autres maladies).

Le planning familial: une composante essentielle de la PTME pour obtenir l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants

La deuxième plénière de la conférence a donné la parole à Chewo Luo de l'UNICEF sur le thème « Où en est l'Afrique en matière de PTME? : succès, défis et élimination de la TME »². Après une première phase pilote entre 1999 et 2004, puis une phase de passage à l'échelle entre 2004 et

A tous les niveaux, l'intégration des services peut entraîner une amélioration du coût-efficacité

2010, Chewo Luo a montré que la PTME était désormais rentrée dans une troisième phase, celle de l'élimination des nouvelles infections chez les enfants de moins de 15 ans. Dans ce cadre, elle a présenté le plan global pour l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants

(2011-2015)³. La figure 2

reprend les objectifs généraux et spécifiques de cette stratégie. Dans une autre session, Georges Tembo⁴, du FNUAP, est revenu sur cette stratégie en annon-

çant la mise à disposition prochaine d'un document de cadre stratégique 2011-2015 spécifiquement dédié aux objectifs des piliers 1 et 2 « prévenir le VIH et les grossesses non désirées ».

Pour justifier de l'importance stratégique de l'intégration des services de planning familial et de PTME, C. Luo et G. Tembo se sont basés sur les résultats d'études récentes :

– Le modèle de Mary et al. (figure 3)⁵ montrant que les objectifs des piliers 1 et 2 doivent être ajoutés au pilier 3 pour réduire d'environ 80% la TME du VIH par rapport aux chiffres de 2009 dans les 25 pays les plus touchés par le VIH (représentant 91% des femmes enceintes séropositives des pays à revenus moyens et faibles)

– Les différentes études réalisées par Desgrées-du-Loû et al. (2002), RoCHAT et al. (2006), et HomSY et al. (2008)

Figure 1 - Approche stratégique globale de prévention de l'infection du VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants (Nations unies 2003)

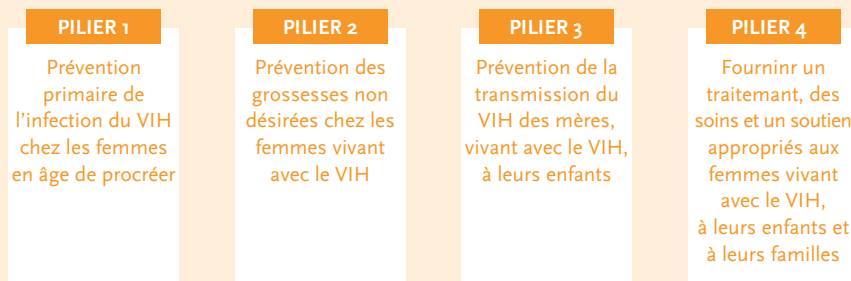


Figure 2 - Cibles pour l'élimination de nouvelles infections chez les enfants

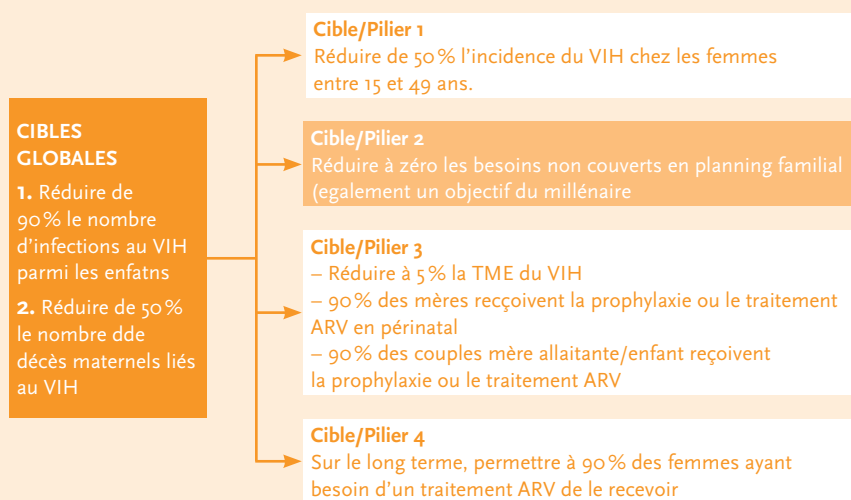
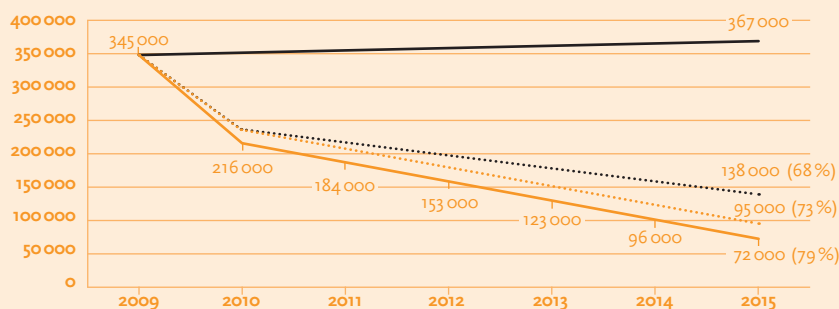


Schéma adapté de la présentation Chewie Lou UNICEF (16^{ème} ICASA) et du document: Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive – 2011-2015 UNAIDS

Figure 3 - Nombre estimé de nouvelles infections au VIH chez les enfants. Différents scénarios pour 25 pays

Schéma adapté de la présentation de G. Tembo (FNUAP) à la 16^{ème} ICASA⁴



Scénario 1 : — la couverture et le régime ARV obtenu en 2009 est maintenu
 Scénario 2 : la cible / pilier 3 est atteinte
 Scénario 3 : les cibles / piliers 1, 2 et 3 sont atteintes
 Scénario 4 : — les cibles / piliers 1, 2 et 3 sont atteintes et l'allaitement maternel est limité à 1 moyenne de 12 mois

montrant des taux élevés de grossesses non désirées de 51-91% chez les femmes séropositives au VIH dans les pays à forte prévalence. Comblant les besoins de ces femmes en intégrant le PF dans les services de PTME représenterait donc une formidable opportunité de réduire le nombre d'enfants exposés au VIH. D'autant plus que les contraceptifs (à leur niveau d'utilisation en 2009) sont, comparativement aux ARV, d'une efficacité plus grande en termes de réduction de nouvelles naissances séropositives évitées : 220 000/an pour les contraceptifs contre 240 000/5 ans pour les ARV dans les pays les plus touchés par le VIH⁶. Selon Reynolds et al.⁷, la couverture des besoins en PF en Afrique subsaharienne permettrait d'éviter annuellement 173 000 naissances séropositives.

Les avantages des liens et/ou de l'intégration des services de SSG/PF dans les services de PTME

Jean-Baptiste ROUNGOU de l'OMS⁸ a rappelé lors de sa présentation à la 16^{ème} ICASA le bénéfice certain et la faisabilité évidente des liens entre les services de SSG et ceux liés aux VIH, en se basant sur une revue de la littérature réalisée par un panel d'experts en 2009 et qui concluait notamment aux avantages suivants :

Au niveau des programmes :

- meilleure couverture des populations-cibles ;
- renforcement de l'efficacité et de l'efficience des programmes.

Au niveau des services :

- augmentation de l'utilisation des services ;
- amélioration de la qualité des soins ;
- utilisation plus rationnelle des ressources humaines en santé.

Au niveau des femmes séropositives/couples :

- accès accru aux services de SSG plus adaptés à leurs besoins ;
- réduction de la stigmatisation et de la discrimination ;
- amélioration de leur santé, de leur comportement (utilisation plus importante du préservatif), et de leurs connaissances sur le VIH et les IST.

Ces avantages sont dépendants de la prévalence de l'infection à VIH (avantages plus marqués si élevée), l'utilisation préalable des services de planification familiale (avantages plus marqués s'ils sont utilisés) et des capacités existantes des structures de santé à assurer les services intégrés.

Enfin, à tous les niveaux, l'intégration des services peut entraîner une amélioration du coût-efficacité. Plusieurs études ont déjà démontré cet avantage (2003, J.Stover et al., 2006 et 2008, H. Reynolds et al)⁹. A la conférence, un poster relatant une étude de coût-efficacité menée au Malawi et au Swaziland¹⁰ confirme ce fait: l'intégration des services peut procurer des gains en terme d'efficience, du niveau programmatique jusqu'au niveau des bénéficiaires. Cependant, ces résultats sont contextes spécifiques et il n'existe pas de processus d'intégration idéal. L'intégration peut comporter des risques de démultiplication des services avec une sur-utilisation d'un personnel débordé et une attente prolongée des patients.

L'intégration des liens entre SSR et VIH: expériences présentées à la 16^{ème} ICASA

La faisabilité, les avantages structurels, programmatiques et individuels, ainsi que les bénéfices financiers des liens entre SSR et VIH ne sont donc plus à démontrer aujourd'hui. L'évolution favorable des positions des bailleurs (notamment des Etats-Unis) comme celles des gouvernements des pays à ressources limitées (engagement de 9 pays d'Afrique francophone en matière de planning familial suite à la Conférence de Ouagadougou en 2011¹¹) représente une opportunité supplémentaire pour opérationnaliser l'intégration des services. Pourtant, très peu d'expériences ont été présentées à la 16^{ème} ICASA. On pourra citer néanmoins:

– Le projet Star-E (USAID – MHS)¹² en Ouganda a intégré les services de SSR au profit des couples sérodiscordants et

concordants suivis dans leurs centres: sensibilisation sur la SSG, conseil et dépistage du VIH pour les partenaires séronégatifs, dépistage et traitement des IST et du cancer du col, proposition de contraceptifs. 100 sur 485 couples ont accepté d'utiliser un contraceptif.

– Le projet CARMMA¹³ (initiative de la Commission de l'Union Africaine pour mettre en œuvre le plan d'action de Maputo pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique et l'atteinte des OMD 4 & 5 - 34 pays d'Afrique) a formé au Zimbabwe plus de 300 agents de santé sur les thématiques intégrées SSR/VIH. Cette formation a permis une collaboration des programmes VIH/TB et SSR pour la réalisation du manuel de formation, une utilisation efficace des ressources et une amélioration des connaissances des agents de santé sur ces thématiques. Cependant aucun résultat n'a été présenté en termes de changements de pratiques sur le terrain ni d'impact sur la santé, les comportements, etc.

– L'intégration d'un conseil en planning familial à l'initiative du prestataire dans les cliniques VIH de TASO (The AIDS Support Organisation, Ouganda)¹⁴ a permis de toucher près de 40% des 2 000 femmes VIH+ en âge de procréer suivies à TASO. 92,7% d'entre elles ont accepté une contraception, dont 84% ont choisi le préservatif. Seules 4,6% ont choisi la double protection.

Le peu d'initiatives et de résultats présentés à l'ICASA sont le reflet de la réalité: l'intégration de la PF dans les services de PTME est très peu réalisée. Une étude sur la place de la SSG dans les propositions liées au VIH approuvées par le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme réalisée en 2008 montre que, dans les sept premiers rounds, au moins 70% des propositions contenaient une ou plusieurs interventions liées à la SSG. Cependant, seules 6% de la totalité des propositions approuvées contenaient des interventions de planning familial au sein de la PTME. Aucune ne prévoyait de

conseils sur la double protection lors des conseils sur le préservatif¹⁵.

Pour améliorer cette situation, les amis du Fonds Mondial pour l'Afrique et Population Action International ont créé The Initiative Partnership (TIP)¹⁶: destiné à 6 pays d'Afrique subsaharienne, le TIP incite les pays à accroître leur demande pour réaliser l'intégration de la SSG et du VIH et plaide pour que cette intégration constitue une priorité pour les institutions internationales, y compris d'un point de vue financier. 568 millions USD ont ainsi été octroyés à ces activités dans les propositions des rounds 8 et 9 de ces pays.

Les obstacles à l'intégration de la PF dans les services de PTME

Les obstacles structurels

– Existence de mécanismes séparés et parallèles pour le financement des deux programmes et la faible attribution des fonds pour le PF (50 fois moins que pour le VIH)¹⁷.

– Résistance politique des principaux financeurs et décideurs politiques dans le domaine du VIH/sida à l'intégration de la SRH comme composante importante dans les programmes contre le VIH.

Les obstacles opérationnels

– Focalisation étroite des programmes de PTME actuels sur le traitement des femmes séropositives pour le VIH déjà enceintes.

– Faible disponibilité des intrants PF dans les services de PTME.

– Lacunes des bases d'éléments factuels relatives aux approches efficaces pour l'intégration des services de SRH et des services liés au VIH.

– Ressources humaines limitées en nombre et incapables de fournir un paquet global de soins comprenant le PF et le VIH par manque de formation.

Les obstacles individuels

Les PVVIH ont des besoins spécifiques en matière de contraception dont il faut tenir compte avant de prescrire un contraceptif. Les questions suivantes devront être posées:

– *La méthode contraceptive préconisée est-elle accessible et disponible à long terme?*

Les besoins non couverts des PVVIH en

Recommandations : comment améliorer l'accès à la PF dans les programmes de PTME :

Les recommandations pour intégrer les services de PF et de PTME énumérées ci-dessous sont la synthèse des conclusions des différentes études présentées à la 16^{ème} ICASA et relatées dans cet article. Elles rejoignent en grande partie celles élaborées en 2009 par les partenaires des programmes SSG et VIH²⁵ :

- Prôner et appuyer l'établissement de liens entre le PF et le VIH au niveau des politiques, des systèmes et des services
- Réaliser un plaidoyer fort pour un investissement des bailleurs internationaux dans les activités intégrées de SSR et de VIH
- Réviser les directives et les guidelines pour mettre en avant le rôle du PF dans les services liés au VIH
- Prévoir une ligne budgétaire pour le PF dans le budget national VIH
- Adapter les systèmes de M&E pour intégrer les indicateurs de PF dans ceux du VIH

– Etablir des mécanismes pour permettre l'intégration du PF sans réduire la qualité des services liés au VIH. Dans le cas échéant, assurer une collaboration entre les services pour une référence adéquate

– Renforcer les compétences des acteurs de santé dans les deux domaines et notamment la double protection, les spécificités des IST chez les PvVIH, les interactions entre ARV et contraceptifs hormonaux, etc.

– Assurer un approvisionnement régulier des intrants en PF, IST et VIH²⁶

– Intégrer les partenaires dans les activités de PF et de VIH

– Avoir recours à la communauté et particulièrement aux patients experts (délégation des tâches)

– Promouvoir l'évaluation et la diffusion des expériences réussies et des bonnes pratiques ■

PF résultent en grande partie d'une faible accessibilité au planning familial. Les résultats d'une étude ougandaise présentée oralement à l'ICASA¹⁸ illustrent bien ce fait: parmi 1142 PvVIH interrogés, plus de 80% connaissaient leurs droits en tant que PvVIH de recevoir le planning familial, mais seuls 13% d'entre eux disaient avoir accès à un conseil en PF. 32% d'entre eux avaient des besoins non couverts en PF. Seuls 10% étaient sous double protection. Parmi les répondants, 43% de ceux qui avaient eu un enfant depuis l'annonce de leur séropositivité n'avaient pas planifié leur dernière/actuelle grossesse.

– *La méthode contraceptive choisie va-t-elle interagir avec les antirétroviraux ou les autres médicaments prescrits ?*

On sait aujourd'hui que les contraceptifs hormonaux (pilule combinée, contraceptifs injectables à base d'acétate de medroxy-progestérone) présentent des interactions avec certains ARV (notamment l'éthinylestradiol contenu dans les pilules oestroprogestatives et les INNTI et IP) et aussi, dans certaines études, un

sur-risque de contamination par le VIH. Les autres méthodes possibles, notamment les stérilets ou au lévonorgestrel sont considérés comme sûrs (recommandations OMS 2006) et semblent donc être une option intéressante chez les femmes séropositives, en l'absence de situation à risque d'IST.

Par ailleurs, une étude de cohorte prospective (poster du Kenya¹⁹ présenté à l'ICASA) a suivi pendant 12 mois 34 femmes sous ARV de 1^{ère} ligne depuis au moins 6 mois et ayant un implant au levonorgestrel parallèlement à un nombre similaire de femmes « contrôles » (sans contraceptif) présentant les mêmes caractéristiques en termes de durée sous ARV et de taux de CD4. Les deux groupes ont montré une évolution des CD4 et un nombre d'épisodes d'infections opportunistes similaires. Aucune grossesse n'a été vécue parmi les femmes sous contraception.

– *La méthode contraceptive choisie entraîne-t-elle un risque de transmettre le VIH au(x) partenaire(s) séronégatif(s) ?*

Les études les plus récentes sont contradictoires à ce sujet. Deux études (Heffron et al. 2009 et Wand et al. 2012 : 2 études prospectives de cohorte sur 3790 couples discordants et 2236 femmes séronégatives respectivement) montrent que les contraceptifs hormonaux, injectables notamment, pourraient entraîner un risque accru d'acquisition et de transmission du VIH et d'autres IST, alors qu'une autre (Morrison et al 2012 : étude de cohorte prospective portant sur 5567 femmes séronégatives) ne montre aucun risque significatif d'acquieser le VIH en cas d'utilisation de contraceptifs hormonaux. Les résultats de ces études sont cependant à relativiser puisqu'il s'agit d'études observationnelles et qu'elles comportent plusieurs biais de sélection.

– *Quelle est l'efficacité de cette méthode pour prévenir la grossesse ? et la transmission du VIH ?*

Les décisions quant au choix des contraceptifs à utiliser doivent reposer sur la prévention de l'infection à VIH et des IST combinée à la prévention des grossesses non désirées. La double protection, constituée d'une méthode faisant barrière (préservatif) et d'un contraceptif plus efficace, permet cette double prévention. C'est aussi la conclusion de la consultation technique de l'OMS.

– *Sera-t-il facile pour la patiente d'intégrer cette méthode dans son style de vie ?*

La réponse à cette question est multiple. En consultation, différents aspects doivent être considérés pour choisir au mieux une méthode: mode de vie de la patiente, connaissance de son statut par le partenaire et la famille, existence de pressions sociales, culturelles et religieuses, désir d'enfants, croyances sur les contraceptifs. Une étude du Zimbabwe ayant fait l'objet d'un poster à l'ICASA²⁰ a montré que malgré la disponibilité des contraceptifs à durée prolongée mais non définitifs (LARCs), les femmes séropositives (n=21) ne souhaitaient pas l'utiliser en postnatal. Les raisons invoquées par ces femmes et par 20 prestataires de services PTME étaient: la croyance que les LARCs entraînaient une baisse de la fertilité, voire une infertilité, la pression du partenaire et de

la famille pour avoir d'autres enfants ainsi que les croyances religieuses.

Malheureusement les agents de santé manquent souvent de connaissances et de temps pour aborder tous ces sujets. Le choix de la méthode se fait alors dans le non-respect des droits de la patiente, ce qui peut entraîner de nombreuses conséquences²¹. A l'extrême, des cas de stérilisation abusive sont fréquemment relatés (> 10% des femmes séropositives africaines selon un poster de la communauté internationale des femmes vivant avec le VIH)²².

– *La méthode contraceptive choisie est-elle sans danger?*

Le taux d'effets secondaires dus aux contraceptives hormonaux n'est pas différent de ceux survenant chez une femme séronégative. Cependant l'infection à VIH, les ARV et la contraception hormonale peuvent avoir un certain nombre d'effets secondaires en commun, qui en aggravent les conséquences chez la femme VIH+ (anémie, effets sur la densité osseuse, élévation des lipides, nausées)²³

– *La méthode contraceptive choisie est-elle accessible financièrement pour la patiente?*

Le coût des contraceptifs est très variable et dépend de nombreux facteurs tels que le type de contraceptif ou les subventions disponibles pour réduire le coût des « clients ». C'est en tout cas un des facteurs limitant l'utilisation des contraceptifs. Un poster présenté par le FNUAP²⁴ à l'ICASA montre que même les préservatifs sont difficilement accessibles en Afrique de l'Ouest et du Centre, les coûts (entre autre) restant un obstacle prépondérant. Selon cette étude, la plupart des gouvernements ne contribuent pas suffisamment au financement de l'achat de produits de santé reproductive pour répondre aux besoins de leurs populations. □

1 - WHO (2011) Global HIV/AIDS response: Epidemic update and health sector progress towards universal access. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf

2 - Luo C. -UNICEF (2011): Where is Africa in PMTCT? Successes, Challenges and MTCT elimination. 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUPLo3

3 - ONUSIDA (2011) Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive 2011-2015

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf

4 - Tembo G. -FNUAP (2011): PMTCT Prongs 1 & 2 and the repositioning of Family Planning, 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TULNADS16

5 - Mahy M. et al. (2010) What will it take to achieve virtual elimination of MTCT of HIV? An assessment of current progress and future needs Sex Transm Infect; 86 (Suppl 2)

6 - Petruney et al. (2010) Increasing support for contraceptive as HIV prevention: stakeholder mapping to identify influential individuals and their perceptions. Plos one; 5

7 - Reynolds HW et al. (2005) Contraception's proved potential to fight HIV. Sex Transm Inf; 81: 184-5

8 - Rongou J.B. (2011) Overview of the SRH and HIV Linkage 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TULNADS16

9 -Contraception to prevent HIV-positive births: current contribution and potential cost savings in PEPFAR countries.

10 -Chatakula et al (2011) Cost, effectiveness and savings: human resources and institutional strengthening to enhance cost-effectiveness 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUPE177

11 - Conférence "population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone: l'urgence d'agir"

12 - Acio, JF. Et al (2011) Enhancing positive prevention among HIV sero-discordant and concordant couples through reproductive health: the Star-E experience 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUAD1001

13 - Mugurungi O. et al. (2011) Zimbabwe country experience on SRH and HIV linkages / Integration leverage by CARMMA (Campaign for Accelerated Reduction of Maternal Mortality in Africa)16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TULNADS16

14 - Okoboy, S. et al. (2011) Increasing Uptake of Family Planning Services for Persons Living with HIV/AIDS through Provider Initiated Counseling

(PIC). A Case of TASO, Uganda 16^{ème} ICASA, Addis Abeba TUAD1003

15 - Lusti-Narasimhan M. et al (2009) Sexual and reproductive health in HIV-related proposals supported by the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria Bull World Health Organ;87:816–823

16 - Nwachukwu C. (2011) Global Fund and reproductive health/ HIV integration 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUPE178

17 - Wilcher R. et al. (2009) Reproductive choices for women with HIV Bull World Health Organ; 87: 833-839

18 - Kansiime, A. et al. (2011) Knowledge of sexual and reproductive rights and acting on choices among people living with HIV and AIDS in Uganda 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUAD1005

19 - Hubacher D. et al. (2011) Concomitant use of antiretroviral therapies and a levonorgestrel subdermal implant for contraception: prospective cohort study to monitor changes in CD4 counts 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUPE174

20 - Moyo P. et al. Factors Perceived to Affect Uptake of Long Acting Reversible Contraceptives(LARCs) among HIV Positive Women: Qualitative Findings from a Feasibility Study Conducted in Zimbabwe 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUPE172

21 - Nyatsi A. (2011) Family planning and women living with HIV in Swaziland 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia Satellite session TUSAT25

22 - Mworeko L. (2011) Listen to Us! Building a Political Voice for Women Living with HIV & AIDS in East and Southern Africa 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUPE181

23 - WHO (2007) Review of priorities in research – Hormonal contraceptions, IUD and HIV infection - Report of a technical meeting - Geneva

24 - Yelibi S. et al. (2011) Accès et Utilisation des Préservatifs en Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC): Quels Facteurs Affectent le Choix, l'Accès et l'Utilisation 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUPE189

25 - IPPF, UNFPA, WHO, UNAIDS, GNP+, ICW & Young Positives (2009) Rapid Assessment Tool for Sexual and Reproductive Health and HIV Linkages: A Generic Guide. http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/91825_eng.pdf

26 - Une liste des médicaments essentiels pour la santé génésique est disponible au lien suivant http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_PSM_PAR_2006.1_fre.pdf

Stigmatisation, l'épidémie cachée

Stéphanie Tchiombiano,
Nathalie Daries,
Solthis

La lutte contre toutes les formes de stigmatisation est clairement devenue l'une des thématiques importantes des conférences internationales. A Addis Abeba, plusieurs sessions ont été consacrées aux questions de discrimination et de stigmatisation, considérées comme des obstacles majeurs à l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien.

L'ONUSIDA donne la définition suivante de la stigmatisation et de la discrimination¹: « Un "processus de dévaluation" des personnes vivant avec le VIH ou associées au VIH. [...] La discrimination, qui fait suite à la stigmatisation, désigne le traitement injuste fait à une personne au motif de son statut sérologique réel ou supposé. »

Les conséquences directes de la stigmatisation liées au VIH et aux comportements discriminants sont aujourd'hui reconnues par tous comme pouvant être aussi destructrices que la maladie elle-même: rejet social, abandon familial, perte d'emploi, refus d'accès aux soins, etc. La crainte de la stigmatisation est par ailleurs un frein évident au dépistage volontaire et à l'accès aux soins.

Évaluer le niveau de stigmatisation

La conférence a permis de faire le point sur les résultats africains de l'utilisation du Stigma Index², outil de mesure de la stigmatisation liée au VIH, présenté par l'International Planned Parenthood Federation (IPPF) à Dakar, il y a quatre ans, lors de la précédente CISMA.

Le principe du stigma index est de documenter, par le biais de questionnaires, le vécu des Personnes Vivant avec le VIH en matière de stigmatisation, de discrimination et de droits, par des enquêteurs eux-mêmes séropositifs. Les informations recueillies de manière standardisées permettent d'évaluer le niveau de stigmatisation, de faire des comparaisons entre les pays, mais aussi et surtout d'analyser la dynamique de la stigmatisation dans le temps, en comparant les résultats d'enquêtes successives.

Les résultats obtenus dans plusieurs pays africains (Ethiopie, Swaziland, Cameroun, Kenya, Nigéria et Zambie) présentés à Addis Abéda ont montré un niveau important de stigmatisation, et des pratiques d'auto-stigmatisation très fortes. En Ethiopie, par exemple, une personne séropositive sur quatre s'est isolée elle-même de sa famille et de ses amis (Poster TUPE 164, People Living with HIV Stigma Index: Ethiopian Stigma and Discrimination Survey Report). Les discriminations rencontrées sont notamment liées

à l'accès au logement et au milieu du travail, mais elles sont également le fait du personnel de santé (poster TUPE169, Joining the Struggle, Confronting Stigma: Results from the People Living with HIV Stigma Index in Cameroon, Kenya, Nigeria, and Zambia).

Si les comparaisons inter-pays et l'évaluation du niveau de discrimination restent

difficiles (car les réponses aux questionnaires sont subjectives et la perception de la discrimination très différente, d'un pays à l'autre), il sera intéressant de confronter les prochains résultats de ces enquêtes avec les bases de données initiales, afin de mesurer les changements et la dynamique de la stigmatisation dans un pays donné, sur une période précise. Cela permettra notamment de mesurer l'impact des campagnes de lutte contre la discrimination, de plus en plus nombreuses, à l'échelle du continent, et difficiles à évaluer.

Facteurs sociaux associés à la stigmatisation

Une étude a porté sur les facteurs associés à la stigmatisation au sein des hommes en uniforme au Nigeria (présentation orale WEPDD0304: Prevalence and Factors

Associated with HIV/AIDS Stigma and Discrimination among Uniformed Service Personnel: Findings from the Integrated Biological and Behavioural Surveillance Survey (IBBSS) in Nigeria). Le fait de porter les jugements les plus discriminants (estimant qu'un

enfant séropositif ne devait pas fréquenter l'école, ou refusant l'idée de s'occuper personnellement d'une personne séropositive dans leur entourage, par exemple) était corrélé non seulement à un niveau d'éducation bas et à une méconnaissance des modes de transmission, mais aussi au sentiment de ne pas être vulnérable au VIH, au fait de ne connaître aucun

Les résultats obtenus dans plusieurs pays africains présentés à Addis Abéda ont montré un niveau important de stigmatisation, et des pratiques d'auto-stigmatisation très fortes

PVVIH et de n'avoir jamais fait le test de dépistage.

Comment protéger les droits des personnes séropositives

S'il fait partie des 7 programmes clés visant à réduire la stigmatisation et à élargir l'accès au droit³, le recours aux services juridiques reste extrêmement faible en Afrique. On a assisté ces dernières années à une grande évolution de l'environnement légal (création d'un tribunal spécifique au Kenya, mise en place de services juridi-

ques accessibles et axés sur la protection des droits des PVVIH⁴, début de prise en compte des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes dans les programmes nationaux, etc.). Les années 80 et 90 ont été marquées par une inertie globale mais la première décennie du 3^{ème} millénaire aura été celle d'une hyperactivité législative, pour reprendre les termes de Patrick Eba, de l'ONUSIDA: 27 pays d'Afrique ont promulgué des lois spécifiques sur le VIH-Sida⁵, souvent précédées ou suivies de plusieurs initiatives régionales, etc. Plusieurs présentations ont mis en avant le rôle de facilitateur joué par la société civile pour faciliter l'accès aux droits des PVVIH. Parallèlement à une volonté générale de protéger les droits des patients séropositifs, certains pays ont vu leur système juridique évoluer dans un sens plus répressif (un congolais a récemment été condamné à 15 ans de prison et 200 000 dollars pour avoir transmis le VIH, par exemple). Plusieurs pays, notamment le Cameroun, l'Ouganda, et le Nigéria, débattent l'adoption de textes répressifs ciblant les personnes homosexuelles.

Lien entre accès au traitement et stigmatisation ?

Le rôle de la discrimination dans l'accès aux soins a déjà été étudié à maintes reprises (Castro and Farmer 2005; Wolfe, Weiser et al. 2008) mais il est également intéressant d'étudier les répercussions de l'accès au traitement sur

la discrimination. Une étude qualitative menée en Ethiopie (présentation orale MOADO305, Refashioning Stigma: Experiencing and Managing HIV/AIDS in the Biomedical Era) a montré que si le traitement diminue la discrimination (en effaçant les signes distinctifs physiques de l'infection, en permettant un retour à une vie professionnelle normale, en créant un lien potentiel avec d'autres personnes séropositives), il est également considéré comme un facteur de risque accru de discrimination pour les patients (peur d'être vu au sein du site

de prise en charge, crainte d'être suivi au sein du système de santé par des outils, registres, etc. spécifiques VIH et non confidentiels, stress engendré par le transport et le stockage des médicaments, qui représentent un risque d'être « reconnu » comme PVVIH). Considérer l'accès au traitement comme un frein à la discrimination n'est donc pas si évident...

Si l'on associe généralement la discrimination à l'insulte, au rejet familial, à la discrimination professionnelle, il est important de ne pas oublier que les agents de santé peuvent aussi être à la base de comportements discriminants (en traitant différemment les patients séropositifs, en les blâmant, en prenant des gestes de précaution inutiles, en outrepassant la confidentialité ou encore en refusant l'accès à certains soins aux PVVIH).

Les efforts réalisés ces dernières années pour atteindre l'accès universel au traitement et au soin ont permis de dépister et traiter plus de 6,6 millions de personnes dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. En Afrique Subsaharienne, la couverture antirétrovirale a par exemple augmenté de 20% entre 2009 et 2010. Aujourd'hui de plus en plus d'africains connaissent une personne séropositive dans leur entourage. Pourtant, la maladie est encore loin d'être banalisée, les personnes atteintes sont encore trop souvent discriminées, rejetées, stigmatisées.

Difficile à évaluer, cette stigmatisation reste néanmoins un des principaux freins au dépistage et au traitement.

Au-delà de la volonté de bien faire, nous devons nous interroger sur les effets collatéraux des activités de lutte contre la stigmatisation mises en place. A vouloir légiférer pour protéger les droits des patients, nous risquons parfois de produire un contre effet et de voir les textes législatifs se durcir à l'égard des PVVIH ou des populations les plus touchées par l'épidémie. A faire des campagnes de lutte contre la stigmatisation, nous risquons également de dramatiser la réalité sans le vouloir et de renforcer paradoxalement la crainte des PVVIH d'être pointés du doigt et rejeté. Ces questions sont particulièrement sensibles et doivent être traitées avec une finesse toute particulière, pour que le sida ne reste pas... une épidémie cachée. □

1 - ONUSIDA, UNAIDS fact sheet on stigma and discrimination. Décembre 2003.

2 - Outil élaboré par le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH et le sida (ICW), avec le soutien de la Fédération internationale pour la Planification familiale (IPPF) et du Secrétariat de l'ONUSIDA.

3 - Les sept programmes clés sont les suivants : Programmes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination portant sur les causes, c'est-à-dire, l'ignorance, la crainte, les mythes, etc. / Services juridiques destinés aux personnes vivant avec le VIH et aux membres des groupes affectés et/ou marginalisés / Programmes visant à réformer et à surveiller la législation liée au VIH / Programmes de vulgarisation juridique donnant les moyens aux personnes affectées par le VIH de connaître leurs droits et les lois / Formation en matière de droits de l'homme pour les professionnels de soins de santé / Formation et sensibilisation des agents d'application de la loi, des juges et des avocats / Programmes visant à promouvoir les droits des femmes dans le contexte du VIH - Principe de non discrimination dans les ripostes au VIH, ONUSIDA, 2010

4 - L'ONUSIDA et le PNUD ont collaboré avec le Secrétariat de l'ONUSIDA et l'Organisation internationale de droit du développement (OIDD) pour mettre au point et lancer le « Manuel: augmenter les services juridiques liés au VIH », présenté à Addis Abbéba.

5 - Notons que ces lois, promulguées dans la grande « vague » de l'atelier organisé par Aware en 2004, au Tchad, ont été révisées, ou sont en cours de révision dans la majorité des pays.

Tableau

Aperçu des lois spécifiques à l'épidémie de sida

| Pays, Territoires et entités | LOIS PROTECTRICES | | LOIS PUNITIVES | | | | | |
|------------------------------|--|--|---|---|---|---|--|---|
| | Lois et règlements qui protègent les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination | Lois et règlements anti-discriminatoires qui prévoient une protection pour les populations vulnérables | Lois, règlements ou politiques présentant des obstacles à l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et soutien pour les groupes vulnérables | Restrictions liées au VIH à l'entrée, au séjour et à la résidence | Lois qui pénalisent spécifiquement la transmission ou l'exposition au VIH | Lois qui pénalisent les relations sexuelles entre personnes adultes consentantes de même sexe | Lois considérant le travail du sexe («prostitution») comme illégal | Loi imposant le traitement obligatoire des personnes qui consomment des drogues et/ou punissant de la peine de mort les infractions liées à la drogue |
| Bénin | Oui | Oui | Non | Non | Oui | Non | Non | Non |
| Burkina Faso | Oui | Oui | Non | Non | Oui | Non | Oui | Non |
| Burundi | Oui | Oui | Oui | Non | Oui | Oui | Oui | Non |
| Cameroun | Non | Non | Non | Non | Non | Oui | Oui | Non |
| Cap Vert | Oui | Oui | Non | Non | Oui | Non | Non | Non |
| Congo, Rep. Du | Non | Non | Non | Non | Non | Non | Non | Non |
| Côte D'ivoire | Non | Non | Non | Non | Non | Non | Non | Non |
| Gabon | Non | Non | Non | Non | Non | Non | Oui | Non |
| Gambie | * | * | Oui | Non | Contradictions | Oui | Oui | Non |
| Ghana | Non | Non | Non | Non | Non | Oui | Non | Non |
| Guinée | Oui | Oui | Non | Non | Oui | Neant | Oui | Oui |
| Guinée Equatoriale | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Guinée-Bissau | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Libéria | Oui | Non | Non | Non | Oui | Oui | Oui | Non |
| Mali | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Mauritanie | Oui | Oui | Non | Non | Oui | Oui | Oui | Non |
| Niger | Oui | Oui | Non | Non | Oui | Non | Non | Non |
| Nigeria | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Rép. Centrafricaine | Oui | Oui | Non | Non | Oui | Non | Non | Non |
| Rdc | Oui | Non | Non | Non | Oui | Non | Non | Non |
| São Tomé Et Principe | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| Sénégal | Oui | Oui | Non | Non | Oui | Oui | Non | Non |
| Sierra Leone | Oui | Non | Non | Non | Oui | Oui | Non | Non |
| Tchad | Oui | Oui | Non | Non | Oui | Non | Non | Non |
| Togo | Oui | Oui | Non | Non | Oui | Oui | Non | Non |

**** : Pas d'informations à la date d'élaboration du tableau
Avril 2011 (liste non exhaustive)

Source : ONUSIDA / Unité des droits Humains (RST WCA), avril 2011

La délégation des tâches pour améliorer la prise en charge pédiatrique du VIH

Roubanatu Maïga,
Charlotte Dézé,
Solthis

Malgré de nombreux efforts et un engagement plus fort des politiques, le dépistage et la prise en charge médicale du VIH pédiatrique restent les parents pauvres de la lutte contre le VIH.

Bien que peu de sessions aient été consacrées à cette thématique, la 16^{ème} ICASA qui s'est tenue à Addis Abéba en décembre dernier a été l'occasion de découvrir des initiatives intéressantes, notamment en ce qui concerne la délégation des tâches comme stratégie d'amélioration du dépistage précoce et de la prise en charge des enfants infectés par le VIH.

Lorsque l'on s'intéresse à l'épidémiologie de l'infection à VIH chez les enfants de moins de 15 ans telle que décrite dans le rapport global de l'OMS 2011¹, on est frappé par deux éléments :

– Malgré une diminution constante depuis plusieurs années l'incidence du VIH chez les enfants reste élevée : 390 000 enfants nouvellement infectés en 2010, dont 90 % par transmission verticale.

– Alors que les enfants représentent 14 % de la population séropositive ayant besoin d'ARV, ils ne constituent que 7 % des personnes recevant effectivement les médicaments. La couverture antirétrovirale pédiatrique est faible (23 %) et n'atteint même pas la moitié de celle des adultes (51 %).

Ces résultats s'expliquent essentiellement par les facteurs suivants :

– Une importante perte de vue lors du suivi des enfants exposés car nés de mères

séropositives : l'effet de perte de vue « en cascade », avec un accès réduit pour les patients à chaque étape, est désormais bien connu. Il a encore été illustré dans plusieurs posters à l'ICASA, notamment au Burkina Faso : les chiffres nationaux de PTME en 2010 montrent que malgré un large accès aux soins anténataux (72,8 % des 77 855 femmes enceintes attendues dans l'année sont vues en consultation prénatale) et un taux de dépistage élevé (80 %) de ces femmes, seuls environ 8 % des enfants de moins de

deux ans séropositifs attendus bénéficient d'un traitement ARV². Dans une revue de plus de 1 000 dossiers PTME au Togo entre 2004 et 2008, le taux de perdus de vue des enfants dans les 12 mois suivant leur naissance était de 52,2 %³.

– Un dépistage insuffisant et trop tardif des enfants séropositifs, alors que l'histoire naturelle de la maladie peut évoluer plus vite que chez les adultes.

– Une initiation trop tardive du traitement antirétroviral pour les enfants identifiés et éligibles : plusieurs posters (CESAC au Mali⁴ et Hôpital National du Cameroun⁵...) ont montré que le taux important de mortalité chez les enfants séropositifs étaient dû au stade avancé de la maladie au moment du dépistage et/ou de l'initiation au traitement ARV.

– Des ressources humaines insuffisantes et peu formées à la prise en charge du VIH pédiatrique.

– Des médicaments adaptés peu accessibles et insuffisamment prescrits (et pourtant disponibles désormais).

Cette insuffisance de prise en charge médicale entraîne une surmortalité d'environ 50 % de la population pédiatrique vivant avec le VIH comparée à celle de la population adulte¹.

L'infection à VIH pédiatrique est une entité spécifique, notamment dans ses composantes de prévention et de prise en charge globale (clinique, biologique, thérapeutique, psychologique et sociale), nécessitant une expertise rarement disponible dans les pays à ressources faibles et modérées.

La survie des enfants infectés dépend de la précocité du dépistage et du délai d'initiation de la prise en charge et de sa qualité, d'où l'importance de rendre plus accessibles et fonctionnels pour les enfants les services de dépistage et de prise en charge. Une des solutions pour améliorer cette accessibilité consiste à procéder à une délégation des tâches du personnel médical spécialisé vers d'autres prestataires, notamment en zone rurale.

La délégation des tâches est un principe acquis internationalement et qui a fait

l'objet d'un document de recommandations de l'OMS en 2008⁶. Particulièrement, les recommandations 16 à 22, contenues dans le chapitre « organisation des services de soins », mettent l'accent sur la flexibilité de l'application concrète de la délégation des tâches, en s'adaptant au contexte spécifique de chaque pays. Elles insistent également sur la délégation des tâches non seulement au personnel médical non spécialisé, mais également au personnel paramédical, aux cadres de santé (pharmaciens, techniciens de laboratoire et tout personnel intervenant dans les soins liés au VIH) et aux agents communautaires, y compris les personnes vivant avec le VIH.

La délégation des tâches appliquée au dépistage et à la prise en charge des enfants infectés par le VIH

La délégation des tâches appliquée à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et à la prise en charge pédiatrique est un principe réaffirmé dans les documents internationaux stratégiques plus récents, notamment le *plan global pour l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants de moins de 15 ans* (2010)⁷ et le *kit d'outils pédiatriques de plaidoyer pour améliorer le diagnostic, le traitement et les soins des enfants infectés par le VIH dans les pays à forte prévalence* (2011)⁸. Lors de la conférence, plusieurs présentations orales et écrites ont montré comment la délégation des tâches, appliquées à différents niveaux de prestataires, en zone décentralisée ou non, concernant le dépistage ou/et la prise en charge, pouvaient être une opportunité pour une amélioration de la prise en charge des enfants exposés et infectés au VIH :

La délégation des tâches pour dépister plus d'enfants

Déléguer l'information sur le dépistage et les soins pédiatriques du VIH aux PvVIH⁹. Une étude qualitative menée auprès de

100 personnes séropositives ou de statut inconnu a été réalisée par la TANEPHA (réseau national de PvVIH en Tanzanie) en collaboration avec l'Université d'Amsterdam

La délégation des tâches est un principe acquis internationalement et qui a fait l'objet d'un document de recommandations de l'OMS en 2008

en 2008 afin de comprendre les raisons de la faible couverture thérapeutique des enfants infectés par le VIH en Tanzanie (8%) malgré la gratuité des ARV depuis 2005. Les résultats de cette étude ont montré, notamment, que les adultes ne connaissaient pas le statut de leurs enfants, ni l'existence de services de dépistage et de soins VIH dédiés aux enfants. D'autre part, ils avaient peur de dévoiler leur statut à leurs enfants et peur de la discrimination. Pour améliorer l'accès au dépistage et aux soins des enfants, la TANEPHA a réalisé un programme de sensibilisation via des représentations théâtrales. En six mois, le nombre d'enfants se présentant pour un dépistage aux différentes structures de santé de la zone étudiée a doublé, 160 enfants ont été dépistés séropositifs et plus de la moitié ont été mis sous ARV.

Déléguer le dépistage à d'autres services.

Les enfants doivent non seulement être dépistés dans les services réalisant la PTME et les services de pédiatrie, mais également dans les lieux regroupant les enfants susceptibles d'être particulièrement affectés par l'infection : centres de renutrition intensif et ambulatoire, orphelinat, centre de traitement de la tuberculose, service VIH adultes (via le dépistage intrafamilial).

Une étude rétrospective réalisée dans les services de pédiatrie du CHU de Brazzaville de 2006 à 2010 et présentée en poster à l'ICASA a montré que sur 214 enfants de 18 mois à 15 ans (moyenne d'âge de 9,3 ans), la sérologie VIH montrait un taux de positivité de 34,1%¹⁰.

La délégation des tâches pour dépister plus précocement les enfants

Sachant le diagnostic précoce essentiel à la survie des enfants infectés et important pour le suivi des enfants exposés, certaines structures publiques et/ou privées

des zones décentralisées ont mis en place une forme de délégation des tâches au laboratoire : la PCR est toujours réalisée en capitale mais les prélèvements se font au laboratoire de province dont les techniciens sont formés à la technique du buvard (Dried Blood Spot, DBS) et un système d'acheminement engageant souvent les responsables des district ou région sanitaire.

Mettre en place un système de diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants nés de mères séropositives dans les départements reculés du Bénin¹¹.

Tenant compte de l'éloignement des départements du Nord Bénin de l'absence de grandes infrastructures sanitaires dans cette zone, un système de dépistage précoce a été mis en place afin d'améliorer la survie des enfants nés de mères séropositives dans ces départements. Il repose sur quatre piliers : le renforcement des capacités des acteurs départementaux et du niveau opérationnel, la mise à disposition d'équipements pour la réalisation des PCR, l'initiation d'un système d'acheminement des prélèvements et de transmission des résultats et l'alimentation d'une base de données de suivi. En 14 mois, 239 enfants nés de mère séropositives ont ainsi pu bénéficier d'un dépistage précoce, autour d'une moyenne d'âge de 5 mois, réduisant considérablement l'âge de dépistage chez ces enfants exposés.

Déléguer le dépistage des enfants à un centre de conseil et dépistage à domicile pour une prise en charge plus précoce au Kenya¹².

Le Liverpool Voluntary counselling and testing, care and treatment (LVCT) a développé une initiative de dépistage du VIH chez les enfants en offrant un conseil et dépistage à domicile. Cette démarche permet les échanges avec toute la famille et l'accompagnement vers la prise en charge. Le LVCT a ainsi dépisté 2752 enfants de moins de 15 ans, dont 1% se sont révélés séropositifs. Ils ont tous été pris en charge par les structures de soins. La détection active des enfants

séropositifs permet ainsi une prise en charge plus précoce de ces enfants, réduisant leur morbidité et leur mortalité.

La délégation des tâches pour une prise en charge plus précoce et plus globale des enfants infectés au VIH

Dans le cadre de la décentralisation, la délégation de tâches à des paramédicaux formés selon les normes est une solution viable permettant de faire face à la pandémie quand le nombre de soignants est restreint.

Des expériences de délégation de la prise en charge pédiatrique aux paramédicaux ont été conduites avec succès notamment au Lesotho et en Ethiopie, permettant d'améliorer l'accessibilité des soins, ainsi que la rétention des patients sous traitement ARV.

La formation des infirmières accroît l'initiation précoce des ARV et réduit la mortalité des enfants infectés en zone rurale au Lesotho¹³.

Le Lesotho présente la 3^{ème} prévalence du VIH la plus élevée au monde. En 2010, selon l'OMS, 21 000 enfants infectés avaient besoin d'ARV, mais seuls 22 % étaient sous traitement contre 57 % de couverture chez les adultes. Au Lesotho, comme dans les autres pays d'Afrique subsaharienne, le traitement pédiatrique de l'infection à VIH est un vrai défi, du fait des délais dans le diagnostic de certitude (12 semaines en moyenne pour l'obtention des résultats) et dans l'initiation du traitement.

En effet, très peu de formations sanitaires offrent un dépistage, des soins et des traitements adaptés aux enfants infectés par le VIH, essentiellement par manque de formation du personnel. Bien que les infirmières soient autorisées à prescrire les ARV aux adultes au Lesotho, elles n'ont que rarement été formées pour les prescrire aux enfants éligibles et préfèrent référer aux deux cliniques pédiatriques du pays.

Afin de réduire la mortalité et la morbidité

la délégation des tâches est probablement une des stratégies offrant le plus de potentiel tout en étant très flexible et adaptable

Figure 1 - Evolution des soins VIH pédiatriques dans les centres soutenus et non-soutenus entre décembre 2008 et décembre 2010

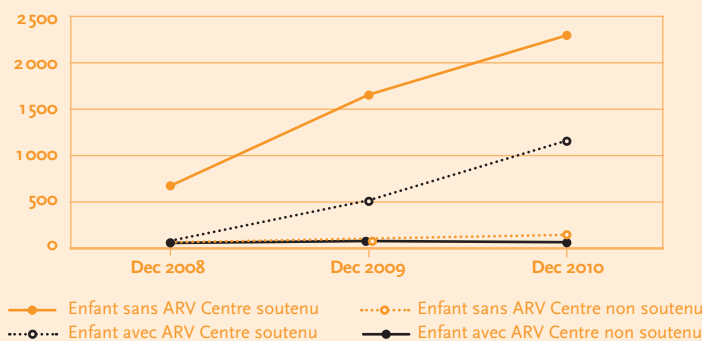


Schéma adapté de la présentation Chewie Lou UNICEF (16^{ème} ICASA) et du document: Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive – 2011-2015 UNAIDS

pédiatrique due à ces insuffisances, EGPAF¹⁴ a soutenu deux actions :

- la formation d'une semaine de plus de 50 infirmières au VIH pédiatrique en utilisant les modules de l'ANECCA¹⁵ associée à un suivi post-formation à long-terme ;
- la mise à disposition d'ordinateurs et de clés 3G dans les différents districts permettant de recevoir les résultats de PCR par internet, réduisant ainsi à 4 semaines le délai d'obtention des résultats.

En l'espace d'un an, le nombre d'enfants infectés mis sous ARV a été multiplié par un facteur 4. La mortalité dans les trois mois suivants l'initiation des ARV a diminué de 15 % à 4 %, prouvant ainsi que la délégation des tâches après formation adéquate du personnel, associée à l'introduction des nouvelles technologies pour compenser les distances, améliore considérablement la prise en charge du VIH pédiatrique.

En l'espace d'un an, le nombre d'enfants infectés mis sous ARV a été multiplié par un facteur 4.

Traitement, soins et soutien des enfants infectés par le VIH dans les centres de santé en Ethiopie¹⁶.

En Ethiopie, où la prévalence du VIH est de 2,2 %, la décentralisation de la prise en charge des adultes a été initiée en 2006 et celle des enfants en 2008.

Afin d'améliorer la couverture thérapeutique des enfants infectés, les autorités éthiopiennes se sont fixées comme objectif d'atteindre une proportion d'enfants

de 9 % parmi les PvVIH sous ARV en 2010. En 2008, cette proportion était à 5,6 %. Cela s'expliquait principalement par la faible capacité des centres de santé primaire à réaliser la prise en charge pédiatrique du VIH (alors que les paramédicaux de ces centres prennent en charge les adultes séropositifs) et la résistance des familles à amener l'enfant au centre suite au résultat du diagnostic.

Pour démontrer la faisabilité d'une telle amélioration, Management Sciences for Health¹⁷ et ANECCA ont réalisé une étude de cohorte rétrospective auprès des paramédicaux des centres de santé primaire des 4 régions les plus importantes d'Ethiopie.

L'étude comparait les connaissances et les compétences des paramédicaux et les taux d'inclusion aux ARV chez les enfants VIH+ entre : 1) 79 centres appuyés par une formation et du mentorat des agents de santé et 2) 35 autres centres ne recevant aucune intervention

Les deux groupes présentant des caractéristiques similaires concernant l'éducation, le sexe et l'âge des agents de santé (niveau infirmier ou inférieur).

Les résultats montrent que (figure 1) : – L'évolution des connaissances et compétences des agents de santé formés sont séparées en trois catégories :

- 1) Très significativement améliorées. Cela concerne tout d'abord le suivi des enfants exposés et celui des enfants infectés sous ARV, mais aussi le remplissage des outils

de données. 2) Significativement améliorées. Cela concerne l'examen clinique, le suivi biologique et la prophylaxie au cotrimoxazole. 3) Pas de changement: Seul, l'accompagnement à l'observance ne donne pas de résultat significatif

– Le travail en équipe était effectif dans 75% des centres soutenus contre 25% des centres non soutenus

– Le suivi des enfants infectés sans et sous ARV est nettement accru entre décembre 2008 et décembre 2009:

Malgré une augmentation significative du nombre d'enfants suivis, l'étude n'a pas permis d'atteindre les objectifs nationaux en termes de couverture thérapeutique, mais elle a montré une voie possible au Ministère de la Santé éthiopien sur les moyens d'y parvenir.

La délégation des tâches incite à l'entraide

Les différentes applications de la délégation des tâches présentées à la 16^{ème} ICASA comportent un point commun: la délégation des tâches incite à l'entraide entre catégories professionnelles et contribue à la multidisciplinarité. Ainsi se crée autour des enfants une chaîne solidaire, dont les divers maillons constituent au final la prise en charge globale. En cela, la délégation des tâches est probablement une des stratégies offrant le plus de potentiel tout en étant très flexible et adaptable, pour contribuer à l'élimination des nouvelles infections à VIH dans la génération future et à la survie des enfants infectés. Malheureusement, bien qu'inscrite désormais dans la majorité des documents nationaux de normes et protocoles, son application se heurte encore à de nombreux obstacles: ressources humaines peu nombreuses et déjà assignées à de multiples tâches, formation et mentorat des ressources humaines peu réalisés, organisation des soins n'ayant pas fait l'objet d'adaptations. Les obstacles externes sont aussi nombreux. Ainsi, selon l'état des lieux dans 14 sites de prise en charge du VIH pédiatrique en Afrique en 2011 réalisé par le programme Grandir¹⁸, même si la PCR est accessible pour 71% des sites,

seuls 3 d'entre eux reçoivent les résultats dans les délais recommandés. Les ARV pédiatriques de 1^{ère} intention, même si de plus en plus disponibles, ne sont pas encore accessibles à tous sous une forme combinée. □

1 - WHO (2011) Global HIV/AIDS response: Epidemic update and health sector progress towards universal access. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf

2 - Coulibaly M. et al. (2011) Early Care Management of Paediatric HIV-infected Children (0-2 years) in Ouagadougou, Burkina Faso: Situational Analysis in 2010 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUPE044

3 - Pitche P. et al. (2011) Fate of Children Born to HIV Positive Mothers Followed in the Context of Preventing Mother-to-Child Transmission of HIV in Togo. Study of 1042 Infants 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUPE052

4 - Konaté, T.B. et al. (2011) Causes des Décès des Enfants Infectés par le VIH/SIDA au Cesac de Bamako (Site ARCAD/SIDA Mali) 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUPE015

5 - Abumbi B.L. et al. (2011) Predictors of Mortality in HIV-1 Infected Children on Antiretroviral Therapy in Cameroon: A Prospective Cohort 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUPE016

6 - OMS (2008): Treat, train and retain – Task shifting - Global recommendations and guidelines <http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>

7 - ONUSIDA (2011) Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive 2011-2015

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf

8 - Paediatric care and treatment working group, Interagency task team on the prevention and treatment of HIV infection in pregnant women, mothers and children (2011) Paediatric advocacy tool kit for improved paediatric HIV diagnosis, care and treatment in high prevalence countries and regions. Geneva, WHO

9 - Margery Alex et al. (2011) Evidence-Based Interventions Work Better with the Involvement of PLHIV: Pediatric ARV Treatment Access in Mwanza Region Tanzania 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia WEPE142

10 - Mapapa Miakassisa, C. et al. (2011) Taux Élevé de Séropositivité au VIH chez les Enfants Hospitalisés pour Tuberculose au CHU de Brazzaville 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia MOPE071

11 - Soliou B. et al. (2011) Mise en Place d'un Système de Diagnostic Précoce de l'Infection à HIV chez les

Enfants Nés de Mères Séropositives: Expérience des Départements du Nord Bénin 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia MOPE178

12 - Karonge, J.W. (2011) Inclusion of Children in HIV Testing and Counseling Programs: Experiences from Liverpool VCT, Care and Treatment 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia TUPE105

13 - Ahimbisibwe A. et al. (2011) Scaling up Access to Comprehensive HIV/AIDS Services in Lesotho: A Summary of Early Experiences in Project Implementation 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia WEPE187

14 - EGPAF (Elizabeth Glazer paediatric AIDS infection) <http://www.pedaids.org>

15 - ANECCA: Réseau africain pour les soins aux enfants affectés et infectés par le VIH/Sida <http://www.anecca.org>

16 - Deribessa S.J. et al. (2011): Pediatric HIV treatment, care and support services at health center levels in Ethiopia 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia THLBo4

17 - MSH: Management Sciences for Health <http://www.msh.org>

18 - Langlois J. et al. (2011) Diagnostic précoce du VIH, ARV pédiatriques et Plumpy Nut: quelles facilités d'accès pour les sites de prise en charge? Etat des lieux dans 14 sites de prise en charge du VIH pédiatrique en Afrique en 2011 16^{ème} ICASA, Addis Abeba Ethiopia MOPE 253

“La dépénalisation des pratiques homosexuelles est incontestablement un enjeu majeur”

Dr. Steave Nemandé,
Directeur d'Evolve, Cameroun

Comment est structurée la mobilisation sur le thème VIH et Homosexualité au niveau Africain ?

La mobilisation sur le thème VIH et homosexualité n'est pas structurée de façon unique; elle s'est même développée de manière très hétéroclite dans différentes régions. Elle est vieille d'une vingtaine d'années en Afrique du Sud et au Zimbabwe, pays où GALZ (Gays and Lesbians of Zimbabwe) a commencé très tôt des actions de sensibilisation. Elle est plus récente en Afrique de l'Ouest et portée majoritairement par les associations de lutte contre le VIH. Dans certains pays comme le Sénégal, les chercheurs furent les premiers à se pencher sur la question et susciter une réponse institutionnelle. De plus en plus de pays considèrent aujourd'hui les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH) comme étant hautement vulnérables au VIH. Par conséquent, la contribution des gouvernements devient cruciale.

Mais les homosexuels ne sont pas seulement des cibles des programmes VIH: Ils sont nombreux à être organisés en associations et à revendiquer activement les droits des personnes LGBTI (lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres et intersexuées). Certains ont révélé leur homosexualité (Cameroun, Ouganda, Nigeria, Afrique du Sud, etc.) ou leur statut sérologique (Namibie, Nigeria, Côte d'Ivoire) afin de rompre avec le déni et apporter de la visibilité à la question, ce qui a contraint quelques-uns à quitter leur pays pour préserver leur

sécurité. D'autres proposent des services à leurs communautés notamment dans les centres communautaires qui fleurissent aujourd'hui au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Kenya, au Maroc, en Afrique du Sud. Mais très peu encore participent aux prises de décision au niveau institutionnel, c'est le cas au Cameroun, au Sénégal, en Namibie ou des HSH sont membres des instances nationales de coordination (CCM en anglais, Country Coordinating Mechanism).

Quelques réseaux existent aujourd'hui au niveau sous-régional à l'exemple d'Afyaminorités qui regroupe des associations d'Afrique de l'Est et d'Africagay initié par l'association Aides (France) en Afrique de l'Ouest et Centrale. L'Amsher est une coalition régionale de 15 associations dirigées par des homosexuels issues de 13 pays africains. Elle œuvre pour la promotion des droits des personnes LGBT, l'amélioration de l'accès aux services liés au VIH, et l'augmentation des financements au bénéfice des associations dirigées par des homosexuels.

Quels sont les principaux enjeux ?

Le manque d'évidence sur cette problématique est aujourd'hui l'un des principaux enjeux de la lutte contre le VIH puisque très peu de données sont disponibles sur la prévalence du VIH parmi les HSH dans nos pays. Du coup, les acteurs locaux manquent d'arguments dans leur

plaidoyer pour la prise en compte des HSH par les programmes nationaux. Le besoin en initiatives de recherche pluridisciplinaire est très élevé, à la fois pour nourrir le plaidoyer et pour proposer des prestations de qualité.

Nous avons besoin de plus de financements pour les programmes ciblant les HSH et d'une plus forte représentativité des associations d'HSH dans les mécanismes de contrôle. Le scandale autour du détournement de fonds alloués à ces programmes en Guyane est un exemple

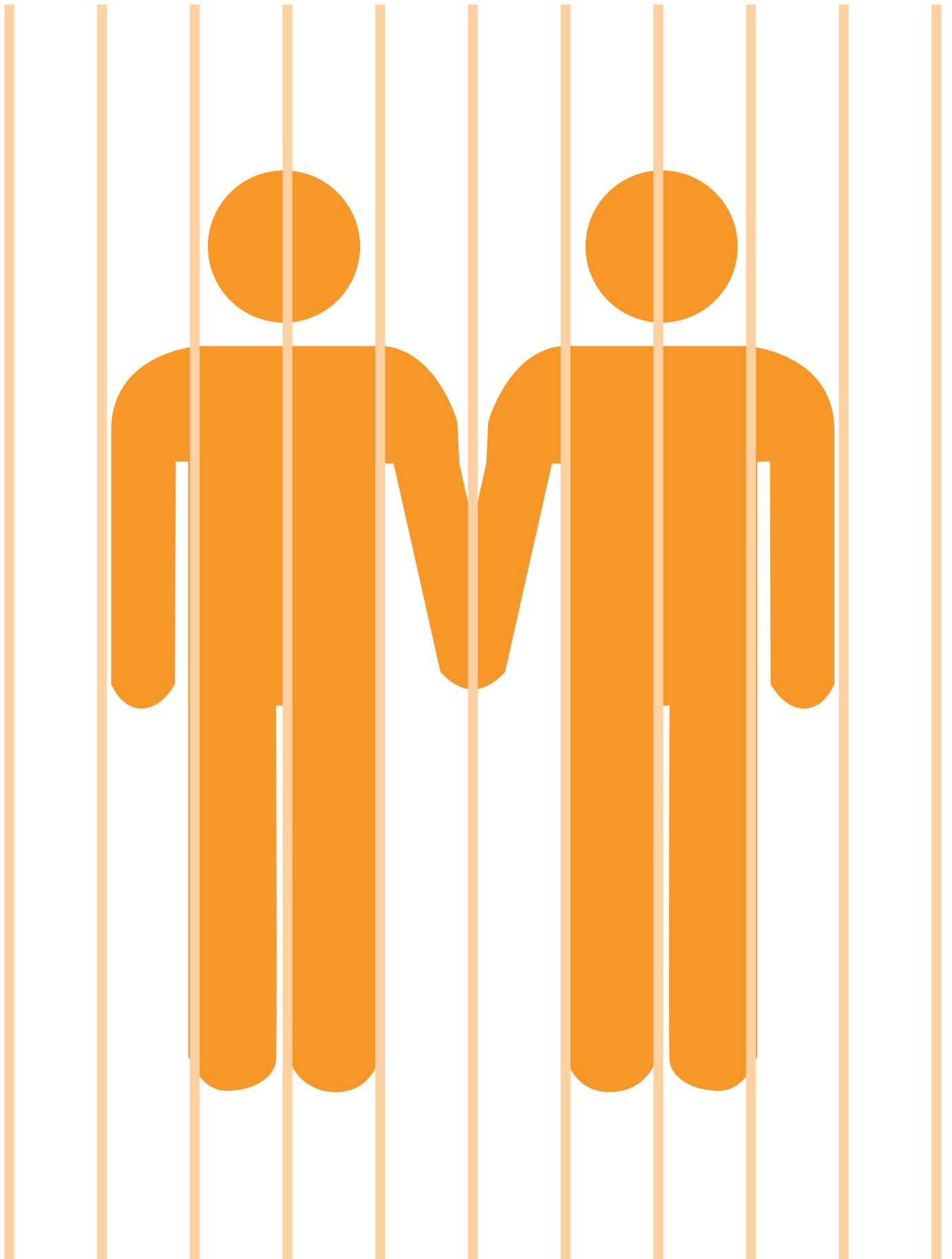
suffisant pour exiger que ces financements soient gérés directement par les associations ou fédérations identitaires qui en ont les capacités.

Il est donc très important de renforcer les capacités

de ces associations à se structurer, à gérer et développer des activités adaptées. Au-delà d'une assistance technique, ce soutien passe par l'aide au financement des dépenses de fonctionnement et la formation du personnel associatif.

Sur un continent où une soixantaine de pays pénalisent les pratiques sexuelles entre personnes de même sexe, la dépénalisation de ces pratiques est de manière incontestable un enjeu majeur. Ce d'autant plus, que le bénéfice de l'abrogation de lois punitives sur l'évolution de l'épidémie est aujourd'hui démontré. Les associations de défense des droits des personnes LGBT le martèlent depuis quelques années, elle est officiellement reconnue et recommandée par l'Onusida

Très peu de données sont disponibles sur la prévalence du VIH parmi les HSH dans nos pays



et le Fonds Mondial... Mais les pressions exercées n'ont pas apporté de résultats, en cause notamment, la rigidité des autorités et l'hostilité des contextes. La lutte contre la stigmatisation et la discrimination apparaît donc comme une stratégie dont il faudra savoir user pour faire évoluer les mentalités. On a certainement beaucoup à apprendre en la matière des personnes vivant avec le VIH.

Plus particulièrement, quelle est l'histoire de la mobilisation autour de du VIH et de l'homosexualité et Quels sont les enjeux actuels de la lutte contre le SIDA au Cameroun ?

La mobilisation autour de cette question est d'abord communautaire. Elle intervient en 2006 dans un contexte où la question de l'homosexualité fait pour la première fois l'objet d'un débat public au Cameroun. Ce mouvement est notamment dû à la publicité dont aura bénéficié l'arrestation dans un bar de la ville de Yaoundé de trente-deux citoyens camerounais (dont neuf seront condamnés par la suite pour homosexualité) et au scandale causé ensuite par la publication dans certains journaux d'une liste dite « Top 50 » de personnalités camerounaises présumées homosexuelles.

Une catégorie de personnes qui ne se reconnaissaient pas dans les propos homophobes et lesbophobes des débats télévisés ni dans les amalgames véhiculés par la presse s'est mobilisée pour faire valoir les droits des personnes homosexuelles, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins. Les premières actions de sensibilisation ont eu lieu dans des établissements fréquentés par les gays et lesbiennes des villes de Douala et Yaoundé. Ces actions seront renforcées et structurées grâce au soutien des associations partenaires en France et aux Etats-Unis et de l'Onusida Cameroun. Aujourd'hui, un centre de santé propose des prestations adaptées aux besoins de ces personnes dans les villes de Douala (le Centre Access d'Alternatives-Cameroun) et Yaoundé (le centre de la Camnafaw).

Cette réponse communautaire a servi de modèle dans l'élaboration du volet

HSH (ou MSM; men who have sex with men) de la proposition soumise par le Cameroun au Fonds Mondial au round 9. Des conventions viennent d'être signées entre le Fonds Mondial et les principaux bénéficiaires que sont l'association Camnafaw et le Ministère de la Santé publique du Cameroun pour financer des actions au bénéfice des HSH et assurer un passage à l'échelle.

Les enjeux de la lutte contre le Sida au Cameroun sont essentiellement ceux de la pérennisation des efforts menés jusqu'à présent. Les financements reçus du Fonds Mondial ne suffiront pas pour atteindre les résultats attendus de la Stratégie Sectorielle de la Santé, y compris en ce qui concerne le VIH. Il est donc urgent de trouver plus de fonds en augmentant, par exemple, la part du budget national alloué au Ministère de la Santé Publique. Celle-ci représentait 5,2% du PIB en 2005¹

ce qui demeure largement en dessous des 15% préconisés par les chefs d'Etat africains à Abuja³ en 2000 et des 10% recommandés par l'OMS. Il est urgent de trouver des moyens innovants pour financer la santé, d'associer le secteur privé, mais il est davantage important d'exécuter le budget alloué à la santé en dépassant le taux de 65,6% déclaré en 2006.

Par ailleurs, il est crucial de reprendre les actions de sensibilisation, suspendues depuis quelques années, qui avaient pourtant donné de bons résultats en matière de prévention et de dépistage précoce. Parce que, malgré la stabilisation de l'épidémie, l'incidence reste importante avec 451² nouvelles infections à VIH par jour au Cameroun. Parce que les praticiens assistent à une réémergence de cas de SIDA à cause du dépistage tardif.

Y a-t-il une différence entre l'Afrique anglophone/ Afrique francophone en terme d'enjeux et de mobilisation ?

Les enjeux sont de manière globale les mêmes dans toutes les régions

d'Afrique puisque les contextes sont similaires. Nous avons hérité des mêmes lois répressives des anciennes puissances coloniales, nous vivons dans des environnements sociopolitiques et économiques presque identiques, et nous faisons face aux mêmes challenges dans notre travail.

Cependant des différences existent: la mobilisation est plus ancienne dans les pays anglophones; les associations y sont souvent mieux structurées, plus impliquées dans la vie politique de leurs pays, souvent organisées en coalitions aussi bien au niveau national que sous-régional. Ce qui est par ailleurs remarquable chez nos collègues anglophones c'est leur fierté, leur ambition, leur confiance

en la réussite et leur combativité, parfois même alors qu'ils vivent dans la précarité. Ils revendiquent leurs places et savent exactement quelles sont celles de leurs partenaires. Je pense que là résident les

vraies différences: dans les mentalités. Beaucoup de militants francophones expriment encore le besoin de devoir se justifier de leurs actes, démontrer qu'ils sont réellement engagés dans ce qu'ils font, et laissent croire que leurs avenir dépendent de leurs partenaires; des sentiments que certaines associations véreuses du Nord comme du Sud ne manquent pas d'exploiter pour instaurer une relation de subordination. Il est temps que la fierté et l'ambition prennent une connotation positive et que les relations d'aide cèdent la place à de véritables partenariats. si l'on veut voir émerger un véritable leadership LGBTI dans nos pays.

Quels sont les principaux projets en cours et les thèmes de recherches discutés actuellement, notamment parmi ceux présentés à Addis ?

Parmi les présentations qui auront attiré mon attention, je citerai celle de Morenike Ukpog, faite au cours de la réunion stratégique organisée par l'Irma (International Rectal Microbicide

Advocates) sur le sexe anal. On apprend de cette présentation que de nombreuses études sont conduites sur la question en Afrique et que celles-ci révèlent des pratiques anales fréquentes chez des personnes hétérosexuelles. A l'exemple de celle menée par Kalichman et al auprès de 2 593 hommes et 1 818 femmes de la ville de Cape Town dont les résultats révèlent que 14% des hommes et 10% des femmes ont eu des pratiques anales au cours des 3 mois précédant l'enquête. Parmi eux, seulement 67% des hommes et 50% des femmes avaient utilisé des préservatifs. Cette fréquence de rapports sexuels anaux est encore plus élevée chez les travailleuses de sexe (40%) et les chauffeurs routiers (42%) selon Schwandt et al. La pénétration anale est souvent pratiquée par des personnes hétérosexuelles pour préserver la virginité, éviter les grossesses indésirables, voire le VIH. Elle nécessite donc d'être abordée dans les programmes d'éducation sexuelle et les campagnes de sensibilisation contre le VIH; Ce serait une bonne nouvelle pour la déstigmatisation de ces pratiques souvent associées aux homosexuels et une raison de plus pour développer la recherche sur les microbicides anaux.

L'Irma développe un projet: le projet ARM - Africa for Rectal Microbicides qui vise à développer la recherche sur les microbicides anaux en Afrique. Un autre projet en cours est celui de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health qui envisage d'effectuer quelques études en Afrique de l'Ouest et Centrale sur la thématique VIH et HSH.

En quoi cette conférence a-t-elle apporté quelque chose?

L'Amsher a surtout rencontré d'importantes difficultés dans l'organisation d'une formation et d'une préconférence MSM en prélude à cette conférence, notamment les annulations successives de deux hôtels, de la réservation payée de la salle de conférence. Par ailleurs, des articles homophobes sont parus dans la presse locale, les autorités religieuses éthiopiennes ont protesté à de

nombreuses reprises, les douanes ont retenu du matériel d'Amsher. Que peuvent apporter ce type de conférences si l'on ne peut discuter librement de tous les sujets liés au VIH sinon la certitude qu'elles sont de plus en plus politisées au Sud alors même que l'engagement des hommes politiques traîne encore la patte? □

1 - WHO, National accounts series (1996-2005)

2 - Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes. OUA. 2001.

3 - Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes. OUA. 2001.

Solthis

SOLIDARITÉ THÉRAPEUTIQUE & INITIATIVES CONTRE LE SIDA

Créée en 2003, Solidarité Thérapeutique et Initiatives contre le Sida (SOLTHIS) a pour objectif de renforcer les systèmes de santé des pays où elle intervient, pour leur permettre d'offrir une prise en charge médicale de qualité, accessible et pérenne, aux personnes touchées par le VIH/sida. En 2012, Solthis intervient en Guinée, au Mali, au Niger, en Sierra Leone et à Madagascar.

Solthis s'investit tout particulièrement sur 4 thématiques prioritaires de la prise en charge du VIH : le dépistage, le suivi au long cours des patients, la prise en charge des mères et des enfants, et les infections intercurrentes, notamment la tuberculose et la cryptococcose.

Les axes d'intervention sur ces thèmes concernent 5 éléments majeurs des systèmes de santé :

- les personnels soignants
- les plateaux techniques
- la pharmacie (approvisionnement et dispensation)
- le système d'information sanitaire
- les organes de coordination et politiques nationales de santé

Solthis intervient concrètement sur ces axes et thématiques selon les principes suivants :

FAIRE BÉNÉFICIER LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT D'UNE EXPERTISE SCIENTIFIQUE

Les programmes de Solthis s'appuient sur l'expertise de médecins hospitaliers, de spécialistes du VIH/sida et du développement.

AGIR IN SITU SELON LE PRINCIPE DE NON SUBSTITUTION

Les équipes de Solthis interviennent directement sur le terrain tout en respectant le principe de non substitution. Elles apportent un appui aux acteurs locaux sans faire à leur place. Elles répondent à une demande des partenaires nationaux et mettent en place leurs programmes d'action en concertation avec eux.

PRÔNER LE PARTAGE DES COMPÉTENCES

Sur le terrain, Solthis renforce les capacités des acteurs locaux par :

- la formation en salle et dans les centres de santé,
- l'appui à l'organisation du circuit de soins et l'appui matériel,
- l'aide à l'élaboration de politiques nationales de lutte contre le VIH.

CONSTRUIRE DES PROGRAMMES FONDÉS SUR L'ÉVIDENCE SCIENTIFIQUE

Afin de répondre aux difficultés opérationnelles soulevées par les programmes de lutte contre le sida, Solthis promeut les projets de recherche-terrain au service de l'action.

MENER DES ACTIONS DE PLAIDOYER pour défendre l'accès équitable aux soins pour tous et améliorer l'adéquation des dispositifs d'aide internationale (financements et assistance technique) aux réalités du terrain.

AGISSONS ENSEMBLE !

Pour nous rejoindre,

nous aider,

contactez-nous :

www.solthis.org

Contact :

contact@solthis.org

Transcriptases 148 - Solthis - ICASA 2011

2 Editorial : Appropriation, renforcement et pérennisation

Dr. Louis Pizarro, directeur général Solthis
Gilles Pialoux, rédacteur en chef
Transcriptases et Vih.org

Prévention, dépistage

6 Tests de dépistage rapides : Améliorer les pratiques de laboratoires

Florence Huber, membre du groupe scientifique,
Emmanuel Ouedrago, responsable médical
Mali Mouslihou Diallo, responsable pharmacie
et laboratoire, Niger, Solthis

8 Circoncision, de l'essai randomisé au passage à l'échelle

Emilie Henry, chargée de programme
recherche, Coalition Plus

Prise en Charge

14 Utilisation de critères immuno-cliniques comme stratégie de dépistage de l'échec au traitement ARV en zone décentralisée

Dr. Alain Akondé, coordinateur médical
au Mali, Dr. Souleymanou Mohamadou,
coordinateur médical Solthis au Niger, Dr. Rémi
Lefrançois, Directeur Médical Solthis.

17 L'atazanavir et les nouvelles stratégies thérapeutiques antirétrovirales dans les pays à ressources limitées

Dr. Etienne Guillard, responsable Pharmacie,
Paris; Dr. Aimé Kourouma, Dr. Alain Akondé,
coordinateur médical, Mali

20 La coinfection tuberculose / VIH à la conférence ICASA 2011

Dr. Bassirou Diallo, coordinateur médical
Solthis en Guinée; Dr. Franck Lamontagne,
coordinateur médical, Solthis,

23 La prise en charge de la cryptococcose chez les personnes infectées par le VIH

Dr. Franck Lamontagne, coordinateur médical,
Solthis Dr. Bassirou Diallo, coordinateur
médical Solthis en Guinée

25 L'analyse des coûts dans les décisions politiques de la lutte contre le VIH

Grégoire Lurton, responsable des systèmes
d'information, Solthis

28 Vers l'accès universel : une dynamique menacée si l'offre de soins VIH n'est pas repensée

Sophie Calmettes, directrice exécutive, Solthis,
Caroline Gallais, chargée des relations avec les
bailleurs de fonds, Solthis

Santé publique, sciences sociales

35 PTME : L'intégration d'une planification familiale adaptée aux besoins des couples vivant avec le VIH

Dr. Charlotte Dézé, Solthis, responsable des
formations, Dr. Sanata Diallo, chef de mission
Solthis au Niger

40 Stigmatisation, l'épidémie cachée

Stéphanie Tchiombiano, chef de mission
Solthis au Mali, Nathalie Daries, chef de
mission Solthis en Sierra Leone

42 Tableau : Aperçu des lois spécifiques à l'épidémie de sida

43 La délégation des tâches pour améliorer la prise en charge pédiatrique du VIH

Dr. Roubanatou Maïga, pédiatre et responsable
PTME Solthis au Niger, Dr. Charlotte Dézé,
responsable des formations, Solthis Paris

48 « La dépénalisation des pratiques homosexuelles est incontestablement un enjeu majeur »


Dr. Steave Nemandé, directeur d'Evolve,
Cameroun

Transcriptases

Chaire d'addictologie CNAM
case courrier 1D4P20
292 rue Saint Martin
75141 Paris cedex 03

vih.org/transcriptases
transcriptases@vih.org

Avec le soutien
de la Direction générale
de la santé,
de l' **anRS**
et des Laboratoires

 Abbott Laboratories

Boehringer
Ingelheim 

 Bristol-Myers Squibb
Virologie

 GILEAD

 Roche

tibotec
www.tibotec.com HANSEN-CLAG

 ViiV
Healthcare