



DOSSIER DE PRESSE

Dossier réalisé avec la participation de :

Professeure Christine Katlama,
Hôpital de la Pitié-Salpêtrière
Professeur Jean-François Delfraissy,
Directeur de l'ANRS
Professeur Jean-Paul Moatti,
Président de la Commission ANRS
« Recherches en Sciences de l'Homme et de la Société »

Contacts presse :



Laurence Jacquillat

Delphine Eriau & Camille Journet

16 rue de l'Arcade – 75008 Paris

Tél : 01 45 03 89 89 / Fax : 01 45 03 89 90 – d.eriau@ljcom.net / c.journet@ljcom.net

I - Riposte à l'épidémie du Sida : un renforcement de la francophonie s'impose

- **Le Sida n'est pas un problème réservé au Nord ou au Sud.**
- **La France, acteur majeur sur le plan international et francophone**
- **Face à la coopération renforcée entre les équipes scientifiques du Nord et du Sud, un congrès en langue française s'impose**

II - Vivre avec le VIH au Nord et au Sud

- **Vivre avec le VIH au Nord : l'enquête ANRS/VESPA révèle l'ampleur et l'impact des discriminations**
- **Vivre avec le VIH au Sud : entre progrès et obstacles majeurs**

III - Transmission Mère/Enfant (TME) : de la recherche à l'action

- **Une situation maîtrisée au Nord**
- **Des recherches originales au Sud**
- **Pourquoi ce fossé ?**
- **Une priorité : les recherches interventionnelles**
- **L'allaitement maternel**

IV - Références

I - Riposte à l'épidémie du Sida : un renforcement de la francophonie s'impose

La 4e Conférence Francophone VIH/SIDA qui se déroulera à La Cité des Sciences et de l'Industrie de Paris, du 29 au 31 mars 2007, constitue le principal forum international sur la recherche et la lutte contre le Sida à usage des pays francophones et vise notamment à amener les pays francophones concernés à mettre en place des politiques régionales et de collaboration internationale sur ce sujet.

Où en est-on en 2006, au Nord et au Sud ?

On estime que 39,5 millions de personnes dans le monde étaient porteuses du VIH en 2006. 17,7 millions sont des femmes, parmi les 37,2 millions adultes, et 2,3 millions sont des enfants de moins de 15 ans.

Près de 5 millions de personnes séropositives sont recensées dans les pays francophones du Sud et près de 1,5 million d'entre elles auraient besoin d'un traitement. Or, mi 2006, seuls 150 000 auraient reçu un traitement*.

* Sources rapport ONUSIDA 2006 et estimation Onusida/OMS de 2006.

Comment vit-on avec le Sida au Nord et au Sud ? Qu'en est-il plus particulièrement de la discrimination ou encore de la transmission mère-enfant ?

Le comité scientifique de la 4e Conférence Francophone VIH/SIDA a particulièrement choisi d'aborder ces aspects qui sont au cœur des débats et qui illustrent bien les problématiques Nord/Sud :

- Au Nord et au Sud, certains problèmes sont les mêmes et perdurent. Par exemple, les personnes infectées par le VIH font l'objet de discriminations graves dans leur vie professionnelle et quotidienne, partout dans le monde, et même dans un pays comme la France.
- Il existe encore d'importants fossés entre le Nord et le Sud : le problème de la transmission mère-enfant au Sud l'illustre bien, un long chemin reste à parcourir, en particulier avec l'aide du Nord où la situation est maîtrisée.

Le Sida n'est pas un problème réservé au Nord ou au Sud.

Accès aux soins, prise en charge, nouvelles stratégies anti-rétrovirales, prévention, décentralisation... Le Sida impacte de plus en plus fortement les changements de société au Nord comme au Sud, avec des problématiques spécifiques et des enjeux communs.

Si d'importants progrès ont été obtenus, tant en faveur de la qualité et de l'équité des services offerts par les pays, qu'en faveur de l'efficacité des efforts déployés pour combattre la stigmatisation et la discrimination, « au Nord, comme au Sud rien n'est réglé ! » soulignent les Professeurs Jean-François Delfraissy, Directeur de l'ANRS et Christine Katlama, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, co-présidents de la 4e Conférence Francophone VIH/SIDA.

Le rapport 2006 de l'ONUSIDA révèle une forte diversité entre les pays et régions :

- Certains pays ont fait de rapides progrès dans l'extension de l'accès aux traitements, mais ils ont peu avancé dans l'élargissement des programmes de prévention,
- D'autres pays, qui connaissent aujourd'hui une baisse de la prévalence nationale du VIH, n'améliorent que lentement les programmes visant à assurer un traitement pour tous ceux qui en ont besoin.

La France, acteur majeur sur le plan international et francophone

Dans ce contexte, la Professeure Christine Katlama souligne que « La lutte contre le VIH s'inscrit pleinement dans l'ère de la mondialisation. **Le Sida n'est pas un problème réservé au Nord ou au Sud. Il s'agit d'un problème mondial et la lutte doit plus que jamais s'inscrire dans les agendas politiques internationaux** » C'est l'affaire de tous les pays et l'implication de chacun ne doit pas avoir de barrières. Les expériences et les savoir-faire se doivent d'être partagés.

La vision francophone de la santé est sensiblement différente de celle que l'on connaît dans les pays anglo-saxons. « L'action de la France à l'inverse des pays anglo-saxons se montre plus tournée vers la prise en charge des patients que vers l'aspect santé publique » précise le Professeur Jean-François Delfraissy (Directeur de l'ANRS). La mise en place d'une Conférence Francophone est l'occasion de hisser la lutte contre le Sida au cœur de la Francophonie et de porter cette vision au plan international.

Sur le plan international, la France joue un rôle très important dans la coopération multilatérale. Elle est en particulier le deuxième donateur du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida la Tuberculose & la Malaria (290 millions d'euros).

Grâce aux actions de ses institutions (comme l'ANRS ou encore ESTHER), la France fédère de nombreuses initiatives dans les pays francophones, en matière de recherche, transferts de compétences hospitalières, prise en charge et formation.

Face à la coopération renforcée entre les équipes du Nord et du Sud, un congrès en langue française s'impose

« Si les rencontres internationales dédiées au VIH sont nombreuses, le monde actuel est dominé par l'anglophonie et l'espace de communication pour les francophones reste inadapté et insuffisant » précise la Professeure Christine Katlama. **Or, ne pas pouvoir s'exprimer revient à ne pas pouvoir communiquer ni échanger ou partager.** Il est donc important de faire le point sur les connaissances concernant le VIH en donnant la parole à tous les acteurs francophones impliqués quotidiennement dans la prise en charge des patients séropositifs. Tel est l'objectif de la 4e Conférence Francophone VIH/SIDA, où 1 500 personnes sont attendues.

« Ce concept de congrès n'existe d'ailleurs nulle part. Les praticiens francophones des pays du Sud ne sont pratiquement pas présents dans les congrès internationaux. Il est indispensable de mettre en place un pôle d'échanges en langue française avec un poids africain important » complète le Professeur Jean-François Delfraissy.

La 4e Conférence Francophone VIH/SIDA est organisée sous les patronages du Ministère de la Santé et des Solidarités, du Ministère de la Recherche et du Ministère des Affaires Étrangères, sous l'égide de l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales (ANRS), en partenariat avec ESTHER, SIDACTION, AIDES, EACS et SOLTHIS. Elle a reçu le soutien de laboratoires pharmaceutiques.

FRANCOPHONIE

Zoom sur le programme scientifique de la 4e Conférence Francophone VIH/SIDA

150/35A 31 mars 2007 - 15:15 - SALLE 4

La francophonie génère une indispensable solidarité en matière de lutte contre le sida

H. Rossert *AIDES, Pantin, France*

Objectif : Favoriser tant au niveau local que international la diffusion des savoirs et expériences acquis en matière de lutte contre le sida au sein de la francophonie.

Conclusion : Le français a été la langue d'union des peuples au niveau des capitales nationales. Or, le renforcement de la maîtrise du français écrit et la transmission des savoirs accumulés en français aux langues locales au fil de la décentralisation de la prise en charge sont deux défis linguistiques actuels de la lutte contre le sida. Enfin, devant le besoin de financements qu'ont les associations, il faut renforcer la possibilité de présenter des dossiers en français et donc renforcer la qualité du français écrit afin de préserver ce capital d'expérience jusque-là acquis en français oral.

II - Vivre avec le VIH au Nord et au Sud

Au Sud, l'Afrique demeure la région du monde la plus touchée par la pandémie du VIH/SIDA. **Cependant, avec le soutien du Nord, un bond en avant a été effectué depuis quelques années dans les pays du Sud.** Mais d'importants obstacles perdurent, comme les discriminations contre les personnes atteintes et la stigmatisation de certains comportements, l'accès aux médicaments de deuxième ligne, la difficile décentralisation des soins ou encore la pénurie de personnel soignant.

Au Nord, les trithérapies ont totalement modifié le quotidien des personnes séropositives au VIH en allongeant considérablement leur espérance de vie. L'infection au VIH est donc devenue une maladie chronique avec laquelle les personnes atteintes doivent réapprendre à vivre, à défaut d'en guérir. Il est donc devenu important d'évaluer les conditions de vie au sein de la population séropositive. Tel a été l'objectif de l'enquête ANRS/VESPA.

Vivre avec le VIH au Nord : l'enquête ANRS/VESPA révèle l'ampleur et l'impact des discriminations

L'enquête ANRS/VESPA, menée sous la responsabilité scientifique de France Lert (U 687 Inserm) et Yolande Obadia (U 379 Inserm et ORS PACA) a permis de s'interroger sur le retentissement physique et psychologique de l'infection par le VIH, sur l'insertion sociale et professionnelle ou encore sur la vie affective et sexuelle, dans les pays du Nord ².

Cette enquête dresse une cartographie de tous les aspects de la vie des personnes atteintes par le VIH dans le Nord.

- Environ 5000 personnes vivant en France métropolitaine et aux Antilles ont participé à l'étude.
- Les données ont été recueillies de façon aléatoire à l'aide d'entretiens personnalisés dans des centres de prise en charge du VIH sélectionnés afin d'obtenir un échantillon représentatif de la population infectée.

ANRS/VESPA (au même titre que des enquêtes menées dans d'autres pays développés) délivre deux messages indiscutables :

- Partout dans le monde, et même dans un pays comme la France, **les personnes infectées par le VIH continuent d'être victimes de discriminations graves** dans leur vie professionnelle et quotidienne du fait de leur maladie.
- De fait, **ces discriminations contribuent à alimenter la poursuite de la transmission du VIH en limitant les possibilités pour les personnes atteintes d'être adhérentes à leurs traitements antirétroviraux et d'adopter des comportements de prévention.**

Le Professeur Jean-Paul Moatti - Professeur d'Economie à l'Université de la Méditerranée, Directeur de l'Unité INSERM 379/ ORS Paca et éditeur du numéro spécial* de la revue AIDS consacré à l'étude ANRS/VESPA et à des études analogues dans d'autres pays développés - souligne que ce type d'enquête présente l'intérêt de « **mieux comprendre les mécanismes au travers desquels ces discriminations affectent la vie des personnes atteintes et la diffusion du virus et donc d'éclairer les politiques publiques et les actions à mener.** »

* Living with HIV : recent research from France and the french caribbean (VESPA study), australia, Canada and the United Kingdom – Vol. 21 suppl. 1 Janvier 2007

ANRS/VESPA souligne des inégalités dans la réponse au traitement

L'efficacité immuno-virologique et clinique du traitement est moins élevée parmi les migrants que parmi les autres. Cet écart est net, malgré la prise en compte des différences concernant les déterminants clinico-biologiques établis de la réponse au traitement entre les différents sous groupes de patients :

- L'échec immunologique concerne respectivement 10,6% et 13,4% des hommes et des femmes hétérosexuel(le)s né(e)s en France, versus 27,4% et 37,5% des hommes et des femmes migrant(e)s.
- L'échec clinique concerne respectivement 1,8% et 0,6% des hommes et des femmes hétérosexuel(le)s né(e)s en France, versus 5,6% et 3,1% des hommes et des femmes migrant(e)s.

Cette hétérogénéité dans la réponse au traitement est probablement liée aux conditions de vie précaires des migrants ainsi qu'à une moins bonne maîtrise des connaissances sur la maladie et les traitements.

VIVRE AVEC LE SIDA AU NORD Zoom sur le programme scientifique de la 4^e Conférence Francophone VIH/SIDA

68/15A 30 mars 2007 - 15:45 - SALLE 3

Femmes migrantes et observance au traitement antirétroviral A. Bantsimba-Keta - Association Ikambere, Saint-Denis, France

Objectif : plusieurs études ont montré l'intérêt majeur d'une bonne observance pour le contrôle de l'infection par le VIH. Une enquête réalisée par la DGS en 2005, comparant des femmes migrantes et des femmes françaises, ne montrait pas de différence dans l'observance d'un traitement antirétroviral entre les 2 populations. Toutefois, il nous a semblé important de mener une première étude auprès d'une population de femmes migrantes VIH+ suivies par l'association IKAMBERE, afin d'évaluer des facteurs prédisposant à l'inobservance qui n'auraient pas été retrouvés dans l'enquête globale de la DGS. Le suivi de ces femmes montre que beaucoup rencontrent des difficultés quant à l'observance.

Conclusion : cette étude montre la nécessité d'une validation d'un questionnaire mieux adapté à cette population de femmes migrantes. Les données d'ores et déjà obtenues nous montrent qu'il est important d'analyser beaucoup plus précisément les différents facteurs qui obèrent l'adhésion au traitement, afin d'établir une typologie des comportements de cette population, pour une meilleure observance et un renforcement de la qualité de leur prise en charge. Elle corrobore l'intérêt d'une prise en charge spécifique dans l'éducation et le conseil thérapeutiques.

Des discriminations qui impactent considérablement les différents aspects de vie des patients

Une incidence sur la vie professionnelle

« Près d'un patient sur quatre de VESPA est au chômage à la suite d'une perte d'emploi intervenue après le diagnostic d'infection à VIH » souligne l'enquête ANRS/VESPA.

Les chiffres le confirment :

- Le taux d'emploi est de 56,5% chez les personnes séropositives en âge de travailler, sachant que 70,1% d'entre eux n'ont pas déclaré leur statut VIH dans leur cadre professionnel,
- 44,9% d'entre elles restent sans emploi depuis le diagnostic de séropositivité,
- 11,6% seulement ont eu un emploi après leur diagnostic.
- Parmi les « sans emploi », 64,5% se sont vus proposer des plans de retour ou d'accès à l'emploi mais seulement 58,2% d'entre eux les suivent.

Ces phénomènes de perte et d'accès à l'emploi apparaissent donc liés, non seulement aux caractéristiques socioprofessionnelles des personnes, mais aussi, de façon indépendante, aux caractéristiques de leur état de santé.

Malgré les progrès majeurs survenus dans la prise en charge de l'infection par le VIH, la maladie constitue encore aujourd'hui un handicap vis-à-vis de l'activité professionnelle.

Outre les conséquences fonctionnelles de la maladie, les discriminations liées au VIH en matière d'emploi et le manque d'adaptation des conditions de travail pour les personnes malades jouent un rôle sur le risque de perte ou d'accès à l'emploi parmi les personnes séropositives⁴.

Une incidence sur la vie sexuelle :

Un patient sur quatre rapporte des expériences concrètes de discrimination dans sa vie personnelle ou professionnelle ainsi que dans ses relations avec les professionnels de santé (40% pour les patients infectés par voie toxicomane). Les analyses montrent que ce vécu est corrélé, toutes choses égales par ailleurs, à la prise de risque dans les relations sexuelles (un patient sur 5 rapporte des rapports non protégés avec des partenaires sérodiscordants dans les 12 derniers mois), notamment dans le groupe infecté par voie hétérosexuelle, le plus à même de mixage sexuel avec la population générale et qui alimente actuellement le plus l'épidémie en France.

Des actions au niveau du couple sont essentielles pour prévenir la transmission VIH et encourager le dialogue.

Par ailleurs, à propos des mesures préventives, **l'enquête ANRS/VESPA révèle un important manque d'information sur le territoire français, notamment dans la population migrante, sur les moyens de protection post-exposition qui restent encore méconnus.** La diffusion de messages via les médias et la distribution de brochure par les autorités de santé semble ne pas avoir touché tous les sous-groupes de patients vivant avec le VIH.

Une incitation à garder le secret

Ces enquêtes montrent bien aussi en quoi la discrimination conduit au secret sur le statut séropositif auprès de l'entourage et ce faisant à de plus grandes difficultés de la prévention :

- dans l'extension Antilles Guyane de Vespa, un patient sur 3 n'avait levé le secret sur son statut auprès de quiconque dans son entourage ;
- dans ANRS/VESPA métropole, 15% des personnes vivant en couple n'avaient pas informé leur partenaire.

Plus l'âge est élevé au moment du diagnostic et plus le niveau d'éducation est important, plus les individus ont tendance à s'exprimer.

L'absence de révélation du statut VIH se traduit par l'isolement des personnes atteintes. À l'inverse, la divulgation involontaire ou forcée de l'information sur la séropositivité (auprès de l'employeur par exemple) s'accompagne d'une nette détérioration de la qualité de vie.

VIVRE AVEC LE SIDA AU NORD

Zoom sur le programme scientifique de la 4^e Conférence Francophone VIH/SIDA

19/5A 30 mars 2007 - 11:00 - SALLE 1

Le projet MAYA : un regard prospectif sur la qualité de vie des personnes de Montréal (Québec, Canada) vivant avec le VIH

J. Otis³, G. Godin⁴, J. Côté², R. Lavoie¹, Groupe de recherche, Projet Maya.³

¹COCQ-sida ²Sciences Infirmières, Université de Montréal ³Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé, UQAM, Montréal ⁴Chaire de recherche du Canada sur les comportements et la santé, Université Laval, Québec, Canada

Objectifs : Décrire les dimensions de la qualité de vie (QV) et ses facteurs associés chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) du projet MAYA.

Discussion : Compte tenu des effets positifs à long terme des TA sur la santé et le fonctionnement physiques des PVVIH, les aspects psychologiques et sociaux de leur vie semblent prendre de plus en plus d'importance. Ceci devrait être considéré et intégré systématiquement dans les soins, services ou programmes visant l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH.

22/5A 30 mars 2007 - 11:45 - SALLE 1

Troubles de la sexualité déclarés chez les personnes séropositives en France - Résultats de l'enquête ANRS-EN12-VESPA

A.D. Bouhnik², M. Préau^{1,2}, M.A. Schiltz³, Y. Obadia², F. Lert⁴, B. Spire²

¹Laboratoire de psychologie sociale, Aix-en-Provence ²ORS PACA/INSERM UMR 379, Marseille ³CAMS-CERMES-CNRS-EHESS, Paris ⁴INSERM U687, Saint-Maurice, France

Introduction : Les multithérapies ont bouleversé la vie des personnes séropositives et notamment leur vie sexuelle. Si les traitements peuvent redonner désir et forme physique, ils peuvent également engendrer des difficultés. L'objectif de cette étude est d'étudier les troubles de la sexualité dans l'enquête ANRS-EN12-VESPA.

Conclusions : Aucun facteur lié à la sévérité de la maladie n'intervient dans les troubles autodéclarés de la sexualité, en revanche le vécu du traitement et de la maladie y sont associés. Un soutien psychologique visant à améliorer le vécu de l'infection à VIH, et plus particulièrement l'impact des traitements en termes d'effets secondaires perçus pourrait avoir un impact positif sur le vécu des troubles sexuels.

Vivre avec le VIH au Sud : entre progrès et obstacles majeurs

Grâce au soutien du Nord, le Sud a bénéficié d'un bond en avant depuis quelques années

Dans toutes les régions du monde, les pays ont considérablement progressé grâce à l'initiative internationale notamment celle du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose. L'accès au traitement anti-VIH a été élargi dans toutes les régions du monde. L'Afrique subsaharienne ainsi que l'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, les régions les plus fortement touchées par l'épidémie, ont réalisé les progrès les plus rapides et les plus soutenus : selon l'OMS, plus d'1,5 million de personnes recevaient un traitement en juin 2006, soit 3 à 10 fois plus qu'en 2003, selon les régions. Mais on dénombre 6,8 millions de personnes qui devraient bénéficier d'une trithérapie...

Les obstacles majeurs perdurent, mais l'on note certains axes de progrès

Les prix des traitements sont encore trop élevés

C'est le cas des médicaments antirétroviraux (ARV) de deuxième ligne qui sont aujourd'hui 10 à 20 fois plus chers que les traitements de première ligne mais également des tests, kits de diagnostic et outils de suivi biologiques.

Or, 3 ans après la mise sous traitement, environ 20% des patients sont en échec de traitement et les médicaments de deuxième ligne ne sont pas disponibles sous forme de génériques.

Quel sera l'accès à ces médicaments dans les pays du Sud alors que les stratégies de deuxième ligne sont efficaces ?

VIVRE AVEC LE SIDA AU SUD Zoom sur le programme scientifique de la 4^e Conférence Francophone

51/12A 30 mars 2007 - 16:00 - LOUIS ARMAND 2

Accès aux antirétroviraux de deuxième ligne : le retour en arrière

F. Pascual, A.S. Scoufflaire, C. Perez, A. Calmy

Objectif : L'accès aux médicaments de deuxième ligne est difficile dans la plupart des pays à ressources limitées. MSF a recensé les différents types de protocoles de deuxième ligne utilisés dans une large cohorte multicentrique (FUCHIA, MSF) et puis a analysé les raisons conduisant à une prescription limitée d'antiprotéases.

Méthodes : La cohorte MSF, débutée en 2001, comprend plus de 57 000 patients (Mars 2006). Les données relatives à ces patients sont enregistrées dans une base de données électronique (FUCHIA software, Epicentre, Paris). L'analyse porte sur les patients sous antiprotéases.

Conclusion : L'accès à des molécules de deuxième ligne n'a pas progressé depuis 5 ans et des molécules obsolètes sont encore trop souvent prescrites. L'absence de concurrence générique, de marché et un réseau de distribution déficient sont responsables de ces observations. Les organisations internationales et les donateurs doivent s'attaquer aux problèmes qui rendent difficiles la réalisation des objectifs de l'Accès Universel d'ici 2010.

La gratuité des traitements ARV pour les patients en Afrique est une priorité, mais elle est encore hétérogène

Des exemples précis montrent que de plus en plus de gouvernements africains assurent la gratuité du dépistage et des traitements antirétroviraux au point de consommation pour les patients les plus vulnérables afin d'étendre l'accès aux médicaments et d'améliorer la prévention. C'est le cas au Gabon et au Congo depuis début 2007. Les traitements ARV au Gabon coûtent désormais entre 4 et 10 dollars par mois, contre 800 à 1000 dollars avant avril 2003.¹⁰

« *Le passage à la gratuité totale pour tous, entraînant une bien meilleure observance et un résultat nettement supérieur, doit être l'objectif. D'ailleurs, si l'on s'inscrit dans une démarche de 3 ou 4 ans, le coût de ces prises en charge ne peut que baisser.*

La gratuité totale des soins existe dans moins de 25% des pays du Sud, mais moins de 10% d'entre eux imposent aux malades une contribution sur les médicaments » précise le Professeur Jean-François Delvaux.

Malheureusement, d'autres Etats ont encore des programmes d'accès aux soins basés sur le principe d'une participation financière des patients. Malgré les subventions accordées, le coût de la prise en charge médicale reste largement supérieur aux ressources de la majorité des malades. La gratuité au point de consommation suppose cependant de construire des mécanismes de financement qui garantissent sa pérennité en combinant aide extérieure, subventions publiques et mécanismes d'assurance. C'est ce que vient de souligner la Conférence Internationale sur la couverture du Risque Maladie dans les Pays en Développement organisé les 15 et 16 Mars derniers à Paris, dans le cadre du G8, à l'initiative de la Présidence de la République.

Pour faire face à la réalité, on s'engage vers la décentralisation des soins

Si l'accès aux traitements progresse dans les grandes villes, les zones rurales, à l'inverse, sont moins favorisées. La lenteur de la mise en place d'une décentralisation est due à un problème d'organisation des soins :

- Systèmes d'approvisionnement, de gestion et de distribution des médicaments insuffisants,
- Capacités de laboratoire limitées,
- Manque de professionnels de santé, et notamment d'infirmières.

L'OMS estime que 57 pays souffrent actuellement d'une pénurie critique en personnels de santé, les déficits les plus élevés étant observés en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est. L'Afrique subsaharienne ne possède que 3% des agents de santé, ceux-ci étant le plus souvent concentrés dans les villes avec des effectifs d'autant plus clairsemés en milieu rural^{11,12}. Il faut d'ailleurs noter que le VIH contribue lui aussi à cette pénurie en exposant les personnels de santé à la maladie et à la mort.

VIVRE AVEC LE SIDA AU SUD Zoom sur le programme scientifique de la 4^e Conférence Francophone

76/16A 30 mars 2007 - 16:15 - SALLE 4

Motivation et satisfaction au travail des personnels de santé chargés de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH : Enquête prospective dans les centres de références du programme Access Gabon

L. Gassita⁵, M. Ondo Mba⁵, C. Zamba³, I. Ngoua Nguéma⁷, I. Mistoul⁴, G.P Obiang Ndong⁶, G. Malonga², H. Degui¹
¹CHMP Centrale Humanitaire Médico Pharmaceutique, Clermont-Ferrand - ²Coordination générale Sida Santé, CEEAC Communauté Economique des Etats de l'Afrique Centrale - ³ Centre de Traitement Ambulatoire - ⁴ Infectiologie, Centre Hospitalier de Libreville - ⁵ Département de Pharmacologie, Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé - ⁶ Programme Access, Programme National de Lutte contre le Sida et les IST - ⁷ Sociologie, Université Omar Bongo Ondimba, Libreville, Gabon

La séroprévalence de l'infection à VIH au Gabon a été estimée à 8,1% en 2004 (Source PNLS/IST). 52 110 personnes vivent avec le VIH. Depuis le 1^{er} décembre 2001, les malades séropositifs résidant au Gabon, ont accès aux trithérapies antirétrovirales à prix modéré, par le biais du programme ACCESS, programme de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (pvvih) initié par le gouvernement gabonais en collaboration avec différents partenaires internationaux. 9491 malades sont aujourd'hui suivis régulièrement dans les centres de références et 3471 sont sous traitement anti rétroviral. **Devant le nombre croissant des malades qui se pressent aux portes des centres de prises en charge, les auteurs ont jugé utile de mener une enquête auprès des personnels de santé travaillant dans ces centres.** ... Les résultats ont mis à jour des plaintes récurrentes et nombreuses des travailleurs notamment : l'épuisement professionnel, les salaires misérables, le manque de formation continue, le manque d'interlocuteurs au niveau des instances politiques dirigeantes, le non paiement des primes, l'inadéquation entre les fonctions exercées et les compétences initiales, les mauvaises conditions de travail, la surcharge constante de travail, le manque d'équipement médical, les ruptures fréquentes des médicaments, le manque de reconnaissance, par la tutelle, des efforts accomplis sur le terrain. Des ressources humaines compétentes et motivées sont le garant de prestation de qualité des soins de santé. **Il est donc primordial, au regard de ses résultats, de mettre en place rapidement des mesures efficaces et incitatives pour motiver le personnel de santé chargé des pvvih et garantir le succès durable des programmes de prise en charge.**

Des actions, visant à une décentralisation efficace des soins, apparaissent donc cruciales à un moment où les programmes d'accès aux traitements se multiplient dans les pays du Sud. Il est nécessaire d'accompagner les initiatives locales c'est pourquoi l'ANRS a initié un vaste programme de recherche opérationnelle en 2005, au Cameroun. Il consiste à évaluer en conditions réelles les politiques de décentralisation de l'accès au traitement antirétroviral en Afrique. Les résultats de ce programme sont attendus pour la prochaine conférence mondiale sur le Sida de Mexico à l'été 2008.

Enfin, il est vital d'évaluer les discriminations dont sont victimes les personnes infectées et comment celles-ci affectent l'équité dans l'accès aux traitements et aux soins du Sida. Il faut en particulier montrer à quelles conditions (de lutte contre les discriminations notamment) et en quoi la lutte contre le Sida peuvent avoir un effet d'entraînement positif sur la lutte contre la pauvreté et pour l'accès aux soins en général dans ces pays.

Prévention, les nouveaux enjeux de la recherche

Les jeunes, les enfants, notamment les orphelins, et les jeunes femmes représentent une population à risque dans l'épidémie de Sida, alors que le VIH est une infection absolument évitable. Même en l'absence de vaccin, les adultes peuvent se prémunir contre le VIH par la modification de leurs comportements, le recours aux préservatifs et par d'autres moyens qui ont freiné la propagation du VIH dans un nombre croissant de pays pauvres.

Huit des onze études portant sur des pays subsahariens indiquent que le pourcentage des jeunes ayant des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans a diminué, et que **le recours aux préservatifs est en hausse¹³. Mais les infections demeurent, d'où l'importance de mettre en place des programmes de recherche complémentaires à l'usage du préservatif.**

Le vaccin préventif, la circoncision, qui pourrait préserver 60 % des jeunes hommes, ou encore le développement des microbicides pour mieux protéger les femmes, sont autant d'alternatives qui font aujourd'hui l'objet de recherches.

Penser à l'enfant

Les aides internationales se sont tout d'abord donné 2 grandes priorités : La prise en charge des patients adultes et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant. La maladie semble avoir été oubliée chez l'enfant.

Selon les données de l'Onusida, plus de 2 millions des personnes infectées par le VIH seraient des enfants de moins de 15 ans. **La difficulté de prise en charge de l'enfant provient essentiellement du manque de pédiatres et du peu de disponibilité de formulations pédiatriques.**

III - Transmission mère/enfant (TME) : de la recherche à l'action

La TME du VIH peut survenir in utero dans les dernières semaines de la grossesse, au moment de l'accouchement, et pendant l'allaitement. Elle reste par conséquent, une préoccupation constante. Cependant, ce mode de transmission a pu être minimisé dans les pays du Sud qui ont accès aux ARV en particulier par la mise en place d'un traitement antirétroviral avant et pendant l'accouchement. De nombreuses questions se posent encore car l'objectif envisagé dans ces pays n'est pas atteint.

Une situation maîtrisée au Nord

Des progrès réalisés dans le domaine de la prévention et surtout les avancées thérapeutiques des années 1990 ont modifié l'histoire du VIH/SIDA dans les pays développés. Le taux de transmission qui était de 30 à 35 % en dehors de toute prévention est inférieur à 2% dans la plupart des pays développés.¹⁷

En France, le faible taux de transmission repose sur :

- la proposition de dépistage du VIH chez les femmes enceintes,
- la prescription d'ARV pendant la grossesse,
- la pratique éventuelle d'une césarienne au moment de l'accouchement,
- un allaitement artificiel du nouveau-né.

L'allaitement présente, en effet, un risque de surcontamination de l'ordre de 5%. En l'absence de traitement, le taux de transmission avoisine les 20%¹⁸.

Des recherches originales au Sud

L'ensemble des questions posées par l'infection au VIH ne peut pas se résoudre uniquement par des études réalisées dans les pays du Nord. Certains problèmes sont spécifiques aux pays du Sud, notamment pour ce qui concerne la transmission mère/enfant. C'est pourquoi elle a tant suscité de recherches originales.

« Toute une série de questions concernant la transmission mère/enfant ne pouvaient trouver de réponses dans le Nord. Elles ont donc fait l'objet de travaux de recherche dans les pays du Sud. Dans les maternités de ces pays, l'incidence de séropositivité est de 20 à 25%, ce qui implique une situation radicalement différente de celle rencontrée au Nord » précise le Professeur Jean-François Delfraissy.

« Environ 60% des principaux éléments de réponse actuels ont été apportés par les équipes françaises, en partenariat avec des équipes du Sud, dans le cadre de la francophonie » poursuit-il.

L'efficacité d'un traitement antirétroviral court pendant la grossesse a été montrée pour la première fois en Afrique. Un essai de l'ANRS (ANRS 049-Ditrame) datant de 1999 a révélé qu'il était possible de réduire le taux de transmission du VIH. À l'âge de 6 mois, seulement 18% des enfants de mères séropositives étaient infectés contre 27,5% dans le groupe placebo¹⁹.

Depuis, d'autres travaux de recherche ont été effectués avec de meilleurs résultats. L'essai ANRS-1201-Ditrame Plus avait pour objectif d'évaluer l'efficacité d'un traitement associant 2 ou 3 ARV chez la mère au moment de l'accouchement, en traitant également le nouveau-né à la naissance. Ce protocole thérapeutique a permis de ramener le taux de transmission à moins de 5%. Il s'est montré non seulement efficace mais aussi faisable, compte tenu de l'acceptabilité rencontrée²⁰.

« Pourtant, si l'on sait aujourd'hui ce qu'il est nécessaire de faire, seulement 10% des femmes enceintes séropositives ont accès aux programmes complets de prise en charge : dépistage, traitements ARV, suivi post-grossesse. Il existe donc un fossé important entre les résultats de la recherche et leurs applications dans les pays du Sud. »

Pourquoi ce fossé ?

Les causes d'échec de la PTME sont multiples :

- Manque de dépistage des femmes enceintes,
- Prise en charge insuffisante du couple,
- Accouchements en dehors des structures de soins,
- Allaitement maternel.

Une discrimination qui va à l'encontre de la prévention

Un problème majeur à la PTME reste le risque de l'exclusion des femmes lors de l'annonce du diagnostic à leur conjoint. Un certain nombre d'entre elles ne reviennent pas dans les structures de soins.

« On fait des lettres d'invitation pour des soins sans préciser que c'est dans le cadre de la PTME. Mais il y a beaucoup de rejet... les femmes infectées ont peur d'être abandonnées par leur mari. Dans l'esprit de beaucoup, le VIH ne concerne que la femme qui a révélé sa séropositivité. Heureusement, il existe des couples séro-discordants au sein desquels ça se passe bien et, côté dépistage, on a réussi à passer de 2 à 7% » précise une sage-femme de Côte d'Ivoire²¹.

Le problème ne concerne pas seulement le dépistage mais aussi et surtout la gestion du suivi. Pour être efficace, la mise en oeuvre de la PTME nécessite l'adhésion de la communauté locale et le dépistage du conjoint doit être mieux pris en compte au sein du couple. Une réflexion est donc ouverte pour optimiser l'information, l'éducation thérapeutique et l'aide à l'observance dans l'ensemble de ces populations du Sud.

Des accouchements trop fréquents en dehors des structures hospitalières

Les pratiques d'accouchement traditionnelles sont encore largement en usage dans les pays du Sud et touchent plus volontiers les secteurs ruraux. Mais, s'il est vrai que la tendance à s'adresser à des structures de soins publiques, pour le suivi de la grossesse et pour l'accouchement, est plus marquée en ville qu'à la campagne, il est néanmoins utile de souligner que certaines pratiques sont encore gérées au sein de la famille et entraînent l'absence de suivi et même de dépistage.

Une priorité : les recherches interventionnelles

Le fort contraste constaté entre les résultats des études effectuées et la mise en application au sein des populations du Sud incite à l'élaboration de nouveaux essais de type interventionnel.

Comment dépasser le taux de prise en charge de 10% ?

Des expériences pilotes dans l'objectif de visualiser les difficultés existantes dans l'observance des traitements ARV et les moyens de les résoudre sont aujourd'hui d'actualité.

Faut-il utiliser des traitements simplifiés ou passer d'emblée à une trithérapie ?

Des questions auxquelles les études réalisées ou en cours de réalisation doivent pouvoir répondre.

La transmission au cours de la grossesse se faisant majoritairement à la fin de la gestation et lors de l'accouchement, les différents régimes actuellement proposés dans les pays du Sud consistent en l'administration d'une combinaison d'ARV au cours du dernier mois de la grossesse, lors de l'accouchement, et à la naissance d'un traitement court à l'enfant.

L'administration de névirapine en dose unique reste encore un traitement antirétroviral efficace et facile à utiliser dans les pays du Sud qui n'ont accès qu'à un nombre limité d'ARV pour la PTME et ne disposent que d'une infrastructure très restreinte. Ce protocole thérapeutique simplifié diminue le risque de transmission sans toutefois le supprimer car il existe un risque résiduel au cours de l'accouchement d'environ 12%. **Cependant, un problème majeur se pose avec l'émergence potentielle de souches virales résistantes, à la fois chez l'enfant mais aussi chez la mère. Ce qui peut avoir des conséquences lors de la mise ultérieure sous traitement antirétroviral.** Un complément thérapeutique d'une semaine d'ARV est souvent donné à la mère après l'accouchement pour diminuer ce risque²².

Lorsque l'accès aux ARV est plus aisé, l'administration d'une trithérapie pendant la grossesse est souhaitable et les efforts réalisés au Sud vont dans ce sens.

L'allaitement maternel

Si aucun traitement antirétroviral n'est parfait chez la femme qui allaite, plusieurs solutions sont possibles avec chacune ses avantages et ses inconvénients²².

En effet, l'allaitement maternel entraîne un risque additionnel de TME du VIH et ce risque est d'autant plus important que l'allaitement est prolongé. En France, l'allaitement des femmes séropositives est contre-indiqué.

Dans les pays du Sud, les programmes de prévention de PTME conseillent aux mères de remplacer le lait maternel par des substituts afin de réduire le risque de transmission du VIH à leur enfant au cours de l'allaitement.

Cependant, l'aspect culturel incite les femmes à allaiter. La pénurie alimentaire chronique, le manque de moyens financiers et l'accès limité à l'eau potable indispensable à la préparation et à la consommation de ces substituts ne permet pas non plus aux mères de se les procurer. Il est donc souvent difficile d'imposer une alimentation de remplacement.

Plusieurs études présentées à la dernière CROI (Conférence sur les Rétrovirus et les Infections Opportunistes) montrent que, dans des pays à faibles ressources, l'utilisation d'une alimentation artificielle augmente les risques de diarrhées sévères et les décès des nouveau-nés. L'évaluation de l'allaitement selon un rapport bénéfice/risque pour le nourrisson a alors mené l'OMS à nuancer ses recommandations : **« Quand l'alimentation de substitution est acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable, la mère séropositive devrait renoncer entièrement à l'allaitement au sein. Mais lorsque ces conditions ne sont pas remplies, il est recommandé à la mère séropositive qui choisit d'allaiter son nourrisson de le faire de manière exclusive durant les six premiers mois »**

Différents essais visent à évaluer les différentes pratiques

Parmi ceux-ci, l'essai ANRS 1289/Kesho Bora consiste à proposer aux mères qui choisissent d'allaiter un traitement ARV pendant l'allaitement en complément d'un traitement proposé en fin de grossesse et à l'accouchement.

« Le risque de transmission de la mère qui allaite étant particulièrement fort au cours des premières semaines de vie, l'allaitement artificiel, lorsque la mère en a fait le choix, doit être préconisé dès la naissance. Toutefois, la surmortalité due notamment aux gastro-entérites incite maintenant à être plus prudents et à préserver l'allaitement maternel avec une prévention antirétrovirale chez la mère et chez l'enfant » précise le Professeur Jean-François Delfraissy. *« À l'avenir, on verra donc probablement une utilisation plus large des trithérapies chez les mères qui allaitent »* poursuit-il.

TRANSMISSION MÈRE / ENFANTS

Zoom sur le programme scientifique de la 4e Conférence Francophone VIH/SIDA

8/3A 30 mars 2007 - 11:25 - LOUIS ARMAND 1

Transmission mère-enfant du VIH à l'ère des multithérapies dans l'Enquête Périnatale Française (ANRS-EPF)

J. Warszawski², R. Tubiana⁷, J. Le Chenadec², S. Blanche⁶, J.P. Teglas², C. Dollfus⁴, A. Faye⁵, M. Burgard³, C. Rouzioux³, L. Mandelbrot¹, ANRS-EPF.

Enquête Périnatale Française²

¹Hôpital Louis Mourier, Université Paris VII, AP-HP, Service de Gynécologie Obstétrique, Colombes

²INSERM, INED U569, Le Kremlin-Bicêtre - ³Hôpital Necker, AP-HP, Laboratoire de Virologie - ⁴Hôpital Trousseau, AP-HP, Service d'Hématologie et d'oncologie pédiatrique ⁵Hôpital Robert Debré, AP-HP, Service de Pédiatrie Général - ⁶Hôpital Necker, AP-HP, Unité d'Immunologie Hématologie Pédiatrique, AP-HP, Paris 5 - ⁷INSERM U543, Paris, France

Objectifs : identifier les facteurs de risque résiduels liés à la transmission mère-enfant du VIH chez les femmes recevant un traitement antirétroviral pendant la grossesse à l'ère des multithérapies.

Conclusion : Nos résultats soulignent le rôle majeur du contrôle de la charge virale à l'accouchement avec un taux de transmission très bas en cas de charge virale indétectable (0,3%). En outre, ils suggèrent de commencer le traitement prophylactique avant le début du troisième trimestre, et d'autant plus tôt qu'il existe des signes de prématurité, dont nous avons montré l'association très forte avec le risque de transmission.

32/7A 30 mars 2007 - 11:15 - SALLE 3

Utilisation du papier filtre dans la quantification de l'ARN viral plasmatique au Sénégal

C.Touré-Kane⁴, H. Diop-Ndiaye⁴, S. Diallo⁴, M.C. Bernard¹, F. Simon¹, N.Diouf⁴, I. Ndiaye⁴, N. Mbaye³, A.S. Wade², A. Gaye-Diallo⁴, S. Mboup⁴

¹Laboratoire Biomérieux, Lyon, France, ²Division de Lutte contre le Sida/IST, Ministère de la Santé publique, ³Synergie pour l'enfance, ⁴LBV HALD, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

Objectifs : L'objectif de cette étude est d'évaluer l'utilisation du papier buvard (DBS) comme support de prélèvement pour la détermination de la charge virale plasmatique du VIH-1 par la technologie Nuclisens EasyQ des laboratoires Biomérieux.

Conclusion : Ces résultats, extrêmement prometteurs pour le suivi virologique des patients en zone décentralisée, devront être confirmés par une étude plus large dans d'autres régions du Sénégal.

IV- Références

1. ONUSIDA : Résumé d'orientation ; Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida 2006
2. Pereti-Watel P. et al. L'enquête VESPA/ANRS: enquêter 2003. Colloque francophone sur les sondages 2005
3. Dray-Spira R et al. and the ANRS/VESPA Study Group. Heterogeneous response to HAART across a diverse population of people living with HIV: results from the ANRS-EN12-VESPA Study. *AIDS*. 2007;21(Suppl 1):S5-S12.
4. Dray-Spira R, Lert F, and the ANRS/VESPA Study Group. Living and working with HIV in France in 2003: results from the ANRS-EN12-VESPA Study. *AIDS*. 2007;21(Suppl 1):S29-36.
5. Bouhnik AD et al. And the ANRS/VESPA Study Group. Unsafe sex in regular partnerships among heterosexual persons living with HIV: evidence from a large representative sample of individuals attending outpatients services in France (ANRS-EN12-VESPA Study). *AIDS* 2007 Jan ; 21 Suppl 1 : S57-S62.
6. Rey D et al. And the ANRS/VESPA Study Group. Awareness of non-occupational HIV postexposureprophylaxis among French people living with HIV:the need for better targeting. *AIDS* 2007 Jan ; 21 Suppl 1 : S71-S76.
7. Bouillon K, Lert F, Sitta R, Schmaus A, Spire B, Dray-Spira R. Factors correlated with disclosure in the French Antilles and French Guiana: results from the ANRS-EN-13VESPA DFA study. *AIDS* 2007 Jan ; 21 Suppl 1 : S89-S94
8. Heard I et al. And the ANRS/VESPA Study Group. Reproductive choice in men and women living with HIV: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA Study). *AIDS* 2007 Jan ; 21 Suppl 1 : S77-S82.
9. OMS. Communiqué de presse conjoint OMS/ONUSIDA – 28 mars 2006
10. GABON : Dépistage et traitements gratuits pour les plus vulnérables. IRIN NEWS.ORG
11. OMS. Vers un accès universel d'ici à 2010 :Activités de l'OMS avec les pays pour étendre la prévention, le traitement, les soins et le soutien en matière de VIH. 2006
12. Nouveau plan de l'OMS contre la pénurie de personnel de santé. Témoignages ; vendredi 18 août 2006 (page 8)
13. Banque Mondiale. Le SIDA en Afrique aujourd'hui. HIV/AIDS in Africa ACTAfrica
- 14.Kahn JG, Marseille E, Avert B. Cost-Effectiveness of Male Circumcision for HIV Prevention in a South African Setting. *PLoS Medicine* Vol. 3, No. 12, e517 doi:10.1371/journal.pmed.0030517
15. Appaix O. Prise en charge des OEV : passage à l'échelle ; 1er octobre 2006. www.orphelins-sida.org
16. Dr Luis Gomes Sambo. Message du Directeur Régional de l'OMS pour l'Afrique à l'occasion de la Journée Mondiale de Lutte contre le Sida ; 1^{er} décembre 2006
- 17.Yé D et al. Enfants nés de mères VIH-positives : à propos de 4 cas de contamination sur une période de 14 ans de suivi au CHU de Rouen. Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé . Volume 15, Numéro 3, 171-4, Juillet-Août-Septembre 2005, Étude originale
18. Enfance et Sida. Faire reculer la maladie dans les pays en développement ; Dossier de presse, 15-16 juin 2006
19. Dabis F et al. 6-month efficacy, tolerance and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte d'Ivoire and Burkina Faso: a double-blind placebo-controlled multicentre trial. Ditrane Study Group (ANRS 049 Clinical Trial). *Lancet* 1999, 353 (9155): 786-92
20. ANRS. Communiqué de presse, Côte d'Ivoire : La recherche continue. 24 avril 2006
21. Sida en Côte d'Ivoire : la prévention de la transmission mère-enfant. Dossier de l'UNICEF contre le Sida en Côte d'Ivoire; 16 octobre 2006
22. Enfance et : de la recherche à l'action. ISPED – Revue de la littérature enfance et sida – Janvier 2007;