

5^e conférence francophone sur le VIH/sida (Casablanca, 28-31 mars 2010)

Milleliri JM¹, Goudjo A²

1. Organisation Mondiale de la Santé, Libreville, Gabon
2. FCI/AFD - SEP/CNLS, Brazzaville, Congo

Med Trop 2010; **70** : 226-228

La 5^e conférence francophone VIH/sida (www.vihcasablanca2010.com) qui s'est tenue à Casablanca (Maroc) (figure 1) du 28 au 31 mars 2010 a fait suite à celles précédentes de Montréal (2001), Lyon (2003), Bruxelles (2005) et Paris (2007). Le thème retenu pour cette rencontre rassemblant le monde francophone des acteurs impliqués dans la lutte contre le sida était : «renforcer les ressources».



Figure 1. Casablanca

Une conférence très suivie

Portée pour la première fois par l'AFRAVIH (Alliance francophone des acteurs de santé contre le VIH), association créée en 2009, cette conférence était porteuse des messages de pérennité, de qualité et d'équité.

Pour le Pr Christine Katlama, présidente de l'AFRAVIH : «la spécificité de la conférence francophone est de donner à la fois un aperçu des avancées médicales mais aussi de mettre en avant les expériences de terrain».

La conférence de Casablanca s'est située en effet à un moment crucial de la prise en charge des personnes infectées par le VIH. Des progrès importants ont été obtenus dans de nombreux pays du Sud, grâce à la mobilisation des professionnels de santé, de la société civile et des associations engagées dans la lutte contre le VIH, mais aussi grâce à l'appui des financements internationaux et des institutions internationales.

Les pays ayant le français en partage ont

trouvé grâce à cette conférence un espace de discussion commun, la barrière de la langue pouvant limiter - lors des grandes conférences internationales se déroulant en anglais - la capacité des acteurs de terrain et des scientifiques à s'exprimer et à confronter leurs expériences. Ce français en partage facilitant les échanges est également une opportunité pour faire naître de nouveaux projets et pour renforcer les coopérations existantes.

«La solidarité s'exprime depuis longtemps dans l'espace francophone et le soutien des pays du Nord a permis à de nombreux programmes de traitement et de prévention de voir le jour dans les pays du Sud» a expliqué le Pr Hakima Himmich, présidente de la conférence.

Cette solidarité s'est exprimée également avec émotion lors de l'intervention de Jean-William Pape, directeur des centres GHESKIO en Haïti qui a montré qu'en dépit des terribles conséquences du tremblement de terre du 12 janvier dernier la communauté internationale s'était aussi mobilisée pour que la prise en charge des patients infectés puisse se poursuivre. L'assemblée s'est levée pour applaudir l'intervenant haïtien.

La présence à cette conférence des grandes institutions internationales (Organisation Mondiale de la Santé, Fonds Mondial, ONUSIDA...) a été aussi l'occasion de mettre en avant la francophonie qui pourrait être mieux représentée dans les mécanismes de gouvernance ou dans les programmes d'action de ces organisations (figure 2).

Les enjeux financiers liés à la crise mondiale ont été au cœur des débats, les principaux bailleurs de fonds étant menacés par ce



Figure 2. Stand ONUSIDA.



tsunami ayant frappé toutes les économies. Les pays du G8 n'ont pas tenu leurs promesses et le Fonds Mondial qui est dans une phase critique a été obligé de reculer le lancement de la 10^e série d'appel à propositions, et il ne sera certainement pas en mesure de répondre à toutes les demandes de financements. Le PEPFAR lui-même a annoncé le gel de ses engagements notamment en faveur de l'Afrique. Les pays africains n'ont eux non plus pas tenu leurs promesses d'Abuja de consacrer 15% de leur budget à la santé.

Pour lutter efficacement contre le VIH/sida, la pérennisation des moyens financiers est indispensable. Au cours des dernières années, l'augmentation des financements consacrés à la lutte contre l'épidémie de sida a notamment permis l'accès de 4 millions de personnes au traitement antirétroviral. Que de chemin parcouru depuis la conférence d'Abidjan en 1997 où l'appel à la prise en charge thérapeutique des malades du Sud avait été lancé par les gouvernants français appuyés par des scientifiques parmi lesquels Marc Gentilini. Mais pour cela, le financement mondial est passé de moins de 100 millions de dollars en 1988 à près de 14 milliards en 2008.

Des fonds de financement en crise

Lors de la première session plénière, le Pr Jean-Paul Moatti, professeur d'économie à l'Université de Méditerranée, a montré que l'épidémie de sida a permis de relancer les financements sur l'aide public au développement mais qu'avec la crise la baisse des engagements sera de 10 à 15% dans un pays sur deux. Les résultats d'une enquête qualitative conduite par la Banque Mondiale et ONUSIDA, montrent qu'une diminution de l'aide internationale est attendue dans 38 pays les plus touchés par l'épidémie et que 30 d'entre eux craignent une baisse des crédits consacrés au sida. Ceci est d'autant plus dommageable que, comme l'a montré le

• Correspondance : millelirij@ga.afro.who.int

Pr Moatti, la lutte contre le sida est à un point d'inflexion où les investissements consentis ces dernières années commencent à produire des effets et que le renoncement à la poursuite des efforts ferait perdre leurs bénéfices antérieurs à un moment crucial.

La recherche de financement pérenne et innovant, à l'image de la taxe sur les billets d'avion qui alimente UNITAID, est indispensable à l'heure où les scénarios envisageant la prise en charge de 7,5 millions de patients sous traitement antirétroviral tablent sur un besoin de 20 milliards de dollars. Ces 20 milliards de dollars correspondent à la somme qui manque actuellement au Fonds Mondial pour la période 2011-2013. Les USA envisagent d'augmenter leur contribution annuelle de 700 millions à 1 milliard de dollars. La France avec une contribution de 300 millions d'euros par an reste le deuxième contributeur mais souhaite baisser cette contribution en affectant une part de cette somme au financement d'opérateurs.

C'est en ce sens que Eric Fleutelot, directeur général adjoint de Sidaction, a au cours d'une intervention pleine d'esprit et de conviction en arborant le chapeau vert du justicier de Sherwood, exhorté le public « à rejoindre les partisans de la taxe Robin des Bois », cette micro-taxe de 0,005% qui s'appliquerait sur les transactions interbancaires de change. Cette taxe pourrait rapporter 42 milliards de dollars par an. « Vous avez tous une mission, a-t-il ajouté. Allez leur dire [à vos gouvernements, ndlr] que ce n'est plus acceptable, allez leur dire qu'il faut trouver de l'argent maintenant ».

Les nouvelles recommandations de l'OMS

Le traitement antirétroviral comme moyen de contrôler l'épidémie a été présenté en plénière le 30 mars. L'efficacité d'une telle stratégie a été démontrée et les projections montrent que si toutes les personnes infectées par le VIH étaient dépistées puis traitées dans la foulée, l'épidémie mondiale de VIH pourrait être complètement enravée. Pour le Pr Katlama : « c'est une avancée majeure car non seulement il y a un bénéfice individuel pour les patients mais à titre collectif, cette approche peut bouleverser la courbe épidémiologique mondiale ».

En séance plénière, Teguest Guerma pour l'OMS a présenté les nouvelles recommandations sur la prise en charge et leurs implications en santé publique. Ces recommandations, émises sur la base des dernières données scientifiques disponibles, remplacent

les lignes directrices publiées en 2006.

Chez l'adulte et l'adolescent, l'OMS préconise désormais une mise sous traitement antirétroviral, dès que le taux de CD4 est inférieur ou égal à 350 cellules/ml de sang (contre 200 précédemment), que les patients présentent ou non des symptômes. L'OMS recommande également l'arrêt progressif de l'utilisation de la Staduvidine (d4T) en raison de ses effets secondaires, neuropathie ou lipoatrophie, irréversibles à long terme. Elle conseille d'utiliser en remplacement le Ténofovir (TDF) ou la Zidovudine (AZT) qui présentent une toxicité moindre. Les recommandations 2009 mettent en avant l'importance du suivi biologique, en particulier l'accès à la numération des CD4 et le suivi de la charge virale.

Chez les femmes enceintes enfin, l'OMS préconise la mise sous traitement dès la 14^e semaine de la grossesse (contre la 28^e précédemment) et encourage l'allaitement des nourrissons jusqu'à un an sous condition de traitement antirétroviral de la mère ou de l'enfant.

Si la mise en place de ces nouvelles recommandations va se traduire par une augmentation importante des personnes nécessitant un traitement antirétroviral, les modalités et appuis de leur mise en œuvre n'ont pas été précisés, et le Pr Brücker a noté que : « l'OMS dans ses nouvelles recommandations, ne s'est pas avancée sur les modalités pratiques de ce suivi qui sont, à l'heure actuelle, très difficiles en dehors des centres les mieux organisés ».

Pour conclure cette session, Teguest Guerma a appelé tous les activistes à se mobiliser pour que des ressources supplémentaires soient mobilisées pour la mise en œuvre de ces recommandations qui, si elles augmentent les besoins financiers nécessaires à leur mise en œuvre, réduiront la mortalité des personnes infectées de 20% et réduiront de 1 million le nombre de nouvelles infections entre 2010 et 2015.

Améliorer la qualité de la prise en charge

Pour le message de qualité tenu par la conférence, les interventions ont porté sur la fragilité du succès de la prise en charge globale, liée à de nombreux maillons comme l'a expliqué le Pr Gilles Brücker : « ... car si l'un des maillons est défaillant, il y a des ruptures de traitement qui mènent à l'échec ».

De nombreuses communications orales et affichées ont abordé le sujet de la qualité de la prise en charge, du choix des molécules au suivi biologique. Parmi elles, on aura

relevé celle présentée par l'équipe du Burkina Faso (essai ANRS 12103/12167) montrant que la simplification des traitements peut améliorer l'observance et l'efficacité thérapeutique, avec la combinaison en prise unique de 3TC+DDI+EFV. Celle-ci présente en effet une bonne efficacité virologique et immunologique à 24 mois.

Dans cette démarche de qualité, le rôle tenu par les personnels de santé a une place prépondérante. Lors d'un atelier sur la délégation de tâches et les ressources humaines animé par Solthis et Esther, a été illustrée la place de l'infirmier, du médiateur de santé dans la chaîne de prise en charge. Au Niger, la délégation du dépistage aux sages-femmes dans le cadre de la prise en œuvre du programme PTME a permis d'améliorer le taux d'acceptation du dépistage.

La place de la mesure du taux de CD4 et de la charge virale ont également été présentés comme des outils nécessaires à l'amélioration de la qualité cette prise en charge. Lors du symposium « accéder à la charge virale dans les pays à faibles ressources » animé par l'ANRS, il a été question des défis techniques posés par l'application de ce suivi car il existe encore d'énormes difficultés dans les pays du Sud pour que les patients puissent procéder au moins une fois par an à la mesure de leur charge virale, qui n'est d'ailleurs pas toujours gratuite.

Un prix Nobel à Casablanca

Le Pr Françoise Barré-Sinoussi, prix Nobel de médecine 2008, a également donné de sa voix lors de la conférence en déclarant : « les chercheurs se battent et travaillent pour de nouvelles et plus efficaces molécules, ce n'est pas pour que ces traitements ne soient pas accessibles aux malades... il est de la responsabilité des gouvernements de les rendre disponibles ».

L'équité de l'accès aux soins n'a pas été oubliée de cette conférence. Favoriser l'accès à la prévention et aux soins des populations vulnérables est aussi une priorité, car comme l'a rappelé Eric Fleutelot : « l'équité dans l'accès universel est avant tout une question politique ». Ces populations-vulnérables ne doivent pas être des laissés-pour-compte des politiques de santé publique, et la conférence de Casablanca l'a rappelé. Dans l'univers carcéral, trop longtemps oublié des grandes institutions internationales, la situation des détenus est alarmante. Au Cameroun en 2005, une prévalence de 12%, 3 fois supérieure à celle mesurée en population générale, avait été relevée. Pourtant des initiatives se

développent comme celle présentée par l'association pénitentiaire africaine à Ouagadougou, qui a touché plus de 11 000 détenus parmi lesquels plus de 2 600 se sont faits dépistés. En Côte d'Ivoire, se sont plus de 4 000 détenus qui se sont faits dépister dans le cadre d'un projet global soutenu par Esther au profit de 9 établissements dans lesquels des pairs-éducateurs et des équipes soignantes assurent le lien avec les détenus pour un soutien du programme de prévention et de soins.

Car l'équité de la lutte contre le sida est aussi un combat pour les droits de l'individu. La lutte contre la stigmatisation et contre la discrimination fait partie de l'arsenal nécessaire à ce combat du quotidien. Une session complète organisée par l'ONUSIDA et le PNUD était consacrée à « VIH et droit : briser les barrières et réaliser l'accès universel ». Longtemps tabou en Afrique la question de l'homosexualité a également été traitée dans la session « minorité sexuelle et genre ». Les communications du Cameroun et du Sénégal sur le sujet ont montré que ces populations de HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes) ne pouvaient être ignorées des programmes de lutte. Au Cameroun une expérience de l'association Alternatives-Cameroun a ciblé 750 HSH et montré que les messages de prévention sont parfois trop hétéro-centrés pour avoir un impact chez eux. Au Sénégal où la prévalence chez les HSH est de 22% (versus moins de 1% dans la population générale), J. Larmarange du CEPED a montré que la bisexualité est élevée (plus de 70%) et que les pôles d'activité sexuelle présentent des profils comportementaux contrastés qui doivent être pris en compte par les programmes de prévention.

Quelques points pour la pratique

1. Le Pr Bernard Hirschel (Unité VIH/sida des Hôpitaux Universitaires de Genève) a fait une communication sur le traitement comme prévention. Cette présentation est visible au lien : <http://www.slideshare.net/Vihorg/casablanca-2010-le-traitement-arv-en-tant-que-prvention>

Au terme d'une revue passionnante de la littérature et de travaux en cours, sur les vertus préventives du traitement ARV bien conduit, il ressort par exemple de l'analyse de 3 études africaines ayant toutes en point commun des couples sérodifférents et la promotion du préservatif, que le traitement ARV est supérieur au préservatif utilisé seul dans un

couple sérodifférent.

- Etude A : si les couples sérodifférents utilisent le préservatif seul, le risque de transmission VIH par an est de 12%,

- Etude B : si les couples sérodifférents sont sous traitement ARV et utilisent des préservatifs, le risque de transmission VIH est de 0,5% par an

- Etude C : si les couples sérodifférents ont une période avec utilisation seule de préservatifs, suivi d'une période où ils combinent utilisation de préservatif et traitement ARV, les risques passent de 2,23% à 0,39% par an.

Par ailleurs, en matière de PTME, si la virémie maternelle est inférieure 1000 copies/ml, il n'y a pas ou peu de risque de transmission.

En résumé, il est important de traiter les PVVIH pour optimiser la prévention secondaire et limiter le risque de transmission du VIH aux partenaires séronégatifs. Les recherches sont toujours en cours.

2. Pour ce qui concerne la co-infection VIH-VHB, dont une présentation a été faite par le Pr Karine Lacombe (CHU Saint-Antoine), le constat est que dans les pays en développement et en Afrique en particulier, la prise en charge classique entraîne une survie du VIH, mais une augmentation des cancers et des cirrhoses du foie. Plus de 200 000 morts par an en Afrique sont dus aux hépatites B survenant chez des patients infectés par le VIH.

Les facteurs favorisant les cancers du foie sont liées à l'immunodépression due au VIH et entraînant la multiplication du VHB. Dans les protocoles classiques tels l'association AZT+3TC+NVP, la co-infection VIH et VHB entraîne 90% de résistance au 3TC. Il faut donc préférer le ténofovir (TDF) en cas de co-infection VIH et VHB. Le TDF possède une bonne tolérance, peu de toxicité rénale et osseuse à court et moyen terme. Mais les conséquences financières sont importantes car les coûts sont majorés dans les traitements de première ligne. En conclusion, il convient de dépister systématiquement le VHB chez les PVVIH (Ag HBS) et traiter le plus précocement possible en cas d'hépatite avérée. Sinon vacciner contre l'hépatite. Les hépatites virales occultes d'évolution souvent graves nécessitent pour leur diagnostic chez les PVVIH en cas de VHB et VHC négatives, la recherche de DNA VHB et de RNA VHC par PCR.

3. Sur le sujet du VIH et du vieillissement, le Pr Françoise Capeau (CHU La Pitié-Salpêtrière) a rappelé que le VIH entraîne un vieillissement accéléré de l'organisme des PVVIH par des processus combinés d'inflammation, de sénescence, de troubles

métaboliques, de lipodystrophies, et d'augmentation des co-morbidités hépatiques et rénales.

Conclusion

Après quatre jours d'échanges, la conférence francophone s'est achevée sur un bilan extrêmement positif : plus de 1500 inscriptions, dont plus de la moitié venant de pays du Sud, 1 780 résumés reçus, 537 acceptés, 190 bourses acceptées pour des soignants, chercheurs et représentants associatifs des pays du Sud; les Professeures Hakima Himmich, présidente de la conférence, et Christine Katlama, présidente de l'AFRAVIH, ont réussi à mobiliser la communauté francophone. Une communauté unanimement convaincue de la nécessité de renforcer les financements de la réponse à l'épidémie.

Gilles Brücker, secrétaire général de l'AFRAVIH, a clos la cérémonie en annonçant que la 6^e conférence francophone de 2012 devrait se tenir à Genève. C'est le Dr Bernard Hirschel qui coordonnera l'événement pour l'association. Cette cérémonie de clôture a été chahutée par des activistes qui dans une intervention lucide ont exhorté les gouvernements, notamment celui français, à augmenter leurs ressources. Le plaidoyer mené durant la conférence pour la mise en œuvre de la taxe « Robin des Bois », visant à lever des fonds à partir d'une micro-taxe de 0,005% sur les transactions interbancaires de change, avait déjà donné l'occasion aux activistes d'être présents dans le débat.

Patrice Debré, Ambassadeur pour la France chargé de la lutte contre le VIH/sida et les maladies transmissibles, a également fait les frais de la détermination des militants. Alors qu'il allait prendre la parole, des rangs entiers d'activistes, suivi d'autres conférenciers, ont tourné le dos à la tribune.

En conclusion, la 5^e conférence francophone sur la VIH/sida peut être considérée comme une grande réussite. Cette conférence n'a pas levé les doutes liés à la pérennisation des financements d'autant que l'application des nouvelles recommandations sur la prise en charge et sur la PTME devraient augmenter le volume des files actives de patients à traiter (et par là les volumes financiers à mobiliser). La qualité des interventions scientifiques, la richesse des expériences présentées, l'esprit qui a animé les rencontres en dehors des sessions ont permis d'illustrer que la famille francophone engagée dans la lutte contre le sida savait se mobiliser. ■