

Quelques commentaires sur la Conférence Internationale Francophone (AFRAVIH 2014) à Montpellier

Véronique WALTER, Technicienne d'Etudes Cliniques,
CH LC Fleming, SAINT-MARTIN



L'AFRAVIH, c'est quoi ?



- **AFRAVIH** = Alliance Francophone des Acteurs de Santé contre le VIH (et maintenant les Hépatites)
- Se réunit tous les 2 ans pour débattre des avancées dans le domaine, présenter les dernières données, essayer de trouver des solutions pour aller plus loin.
- Cette année, l'AFRAVIH a eu lieu à Montpellier, en France, avec une très forte représentation des pays du sud, notamment d'Afrique Francophone, et des communications exclusivement en français.

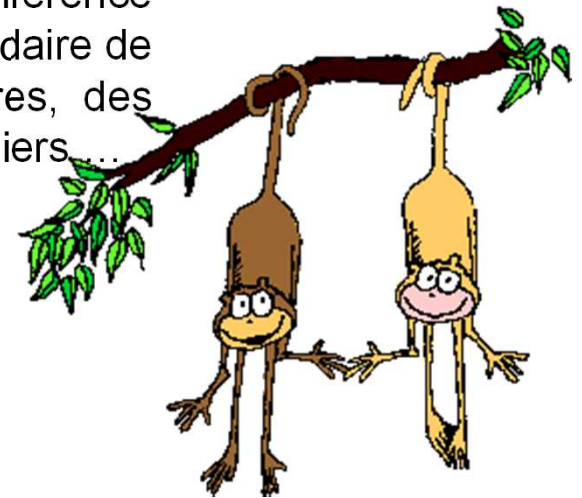


Ce fut une conférence très éclectique, où il a été question de nos ancêtres les singes, de la transmission de virus d'une espèce à l'autre, de recombinaison virale et de mutation, d'ADN et de réservoir viral, de l'émergence de nouvelles zoonoses et de leur diffusion possible, qui laissent présager un avenir plus que funeste...

Mais on a également beaucoup parlé d'« accès universel aux traitements » et de « finances », le sujet d'actualité étant « traiter aussi bien pour moins cher... ».

Enfin, et c'est ce qu'il faudra également retenir, cette conférence s'est déroulée dans la bonne humeur et l'optimisme légendaire de nos amis africains, et les couloirs ont résonné des rires, des éclats de voix et du vocabulaire fleuri qui leur sont coutumiers...

Une sacrée leçon de vie et d'espoir, encore une fois...



Pourquoi l'AFRAVIH ?

Poster accepté dans la catégorie « Prévention de la Transmission Mère-Enfant » (PTME) :

« Caractéristiques des femmes enceintes infectées par le VIH suivies au Centre Hospitalier L.C.Fleming de Saint-Martin (Antilles françaises) sur une période de 10 ans (2002-2012) »

V. WALTER, C. CLAVEL-OSORIO

Unité d'infectiologie, avril 2014



La liste des thèmes abordés sur une durée de 3 jours est très longue. Et elle n'est pas exhaustive...

- Physiopathologie du VIH
- Paléovirologie
- Antirétroviraux et résistance
- Stratégies (et recommandations actuelles) de traitement
- Hépatite B
- Ethique et recherche
- Comorbidités
- Epidémiologie
- Cancer et VIH
- De la PTME à l'ETME
- Pédiatrie
- Co-infection VIH-VHC
- Tuberculose et infections opportunistes
- Adolescents et jeunes adultes infectés
- Addictions
- Populations clés
- Vivre avec le VIH : qualité de vie (Résultats enquêtes VESPA)
- Dépistage et prévention
- Financement de la prise en charge au long cours et coûts des médicaments
- Santé sexuelle
- Pharmacologie et monitoring
- VIH en milieu pénitentiaire

Sans compter les multiples symposiums et séminaires de recherche, les projections de films et autres débats d'experts.... De quoi avoir le tournis !!!!

→ **La totalité de la conférence ne peut pas être couverte, il faut faire des choix.**

→ **Il est difficile de faire une synthèse.**

→ **Voici quelques points qui ont retenu mon attention ou qui m'ont particulièrement intéressée dans le cadre de mon travail.**



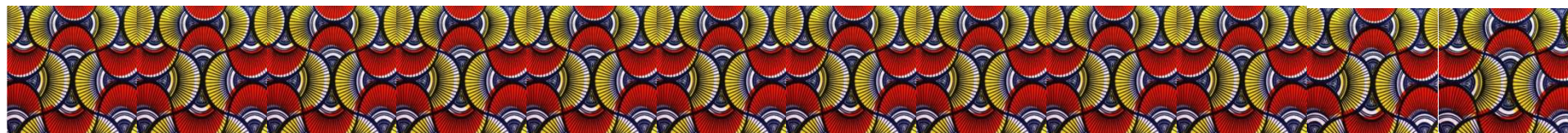
Rappel des objectifs 2015 de l'OMS :

→ **ETME** : Par définition, l'ETME est un plan qui vise à l'Élimination de la Transmission du VIH de la Mère infectée à son Enfant. L'ETME est un objectif, elle ne remplace pas la PTME qui est une stratégie. Cet objectif vise principalement l'élimination des nouvelles infections chez le nourrisson et l'amélioration de la survie et la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans le contexte du VIH d'ici 2015.

→ 15 millions de malades sous **TAR** d'ici à 2015



Mais...



◆ L'Afrique francophone est en retard dans la **lutte contre le VIH**.

En pratique, 13% seulement des patients VIH + vivent en zone francophone en Afrique. Mais en terme de budget de santé, les pays anglophones consacrent plus de budget à la santé en général que les pays francophones. Les chiffres démontrent également que dans le domaine de la recherche et de la publication, les décideurs des pays francophones sont en retard dans leur soutien à leurs équipes locales.

→ **En Afrique, il est démontré que quand une femme est dans le gouvernement, il y a plus de crédits dans le domaine de la santé. Alors, si l'on donnait plus de pouvoir aux femmes ?**



- ◆ Il y a encore trop d'obstacles au recours au **dépistage**, qui est, rappelons-le, la porte d'entrée du soin.

Ces obstacles sont plus sociaux que techniques : incompréhension du risque, crainte de la maladie, crainte de la révélation non voulue de la maladie (mort-sociale), stigmatisation et discrimination. Ainsi, les individus les plus à risques sont le plus souvent ceux qui ont accès à une information de moins bonne qualité dans les PED. La très faible acceptabilité parentale dans le cadre du dépistage des enfants et adolescents est également à prendre en compte.

Et puis cette constatation, maintes fois répétée par les femmes : « Ou sont les hommes ? On les attend !!! »

→ Il faut davantage sensibiliser les hommes au dépistage, développer des stratégies nouvelles pour lever les obstacles à leur réticence.

Les pays progressant le plus rapidement sont ceux, en général, qui ont mis en place des politiques plus offensives et plus individualisées de dépistage (ex. le Rwanda).

→ Recours au dépistage communautaire hors structures de soins (« causeries éducatives » dans les villages africains, dépistages ciblés dans le cadre familial).



- ◆ « Chaque personne mérite d'avoir une bonne santé et une vie productive ».

Concrètement, **l'accès aux soins** dans la longue durée est la condition du succès des stratégies thérapeutiques. Il y a cependant de gros efforts à faire en termes d'égalité sociale :

- Dans les pays du Nord, avec notamment l'exemple des populations migrantes, en situation de grande précarité (papiers, ressources, logement).
- Dans les PED, où règne l'extrême pauvreté, et où il n'y a pas de politique de gratuité totale des soins. Le « reste à charge » y constitue une menace importante pour le suivi des patients et donc pour la santé publique en général.

Et c'est encore plus vrai pour les personnes séropositives.



- ◆ Les **traitements** sont chers et inaccessibles pour une grande majorité des malades

→ L'exemple du VHB :

L'hépatite B, avec 350 millions de porteurs chroniques dans le monde, dont 60 millions en Afrique subsaharienne et 93 millions en Chine, est une cause majeure de décès. Le dépistage reste trop faible, l'accès au traitement est limité dans les pays du Sud et seule la Lamivudine est disponible, mais avec une résistance élevée. Le Ténofovir à prix générique est disponible mais uniquement pour les co-infectés VIH-VHB. Scandaleux...

Enfin, il vaut mieux être co-infecté VIH-VHB pour avoir accès au traitement efficace de l'hépatite B au sud, plutôt que d'être mono-infecté VHB où il n'y a aucun programme d'accès. Par ailleurs, il y a peu de pays au Sud disposant de recommandations de traitement et de prévention.

Pour diminuer leur coût excessif des médicaments et les rendre ainsi accessibles aux malades éligibles, il faut s'appuyer sur :

- L'ouverture de nouvelles négociations avec les bailleurs de fond et les laboratoires pharmaceutiques (il existe déjà des programmes nationaux modèles tel que ceux du Brésil et de l'Afrique du Sud)
- L'amorce d'un mouvement de réformes concernant la loi des brevets
- La production locale de génériques (l'Inde a donné l'exemple)
- Les financements innovants et additionnels (ex. taxe de solidarité, parafiscalité dans les pays à ressources limitées)
- La collaboration entre le secteur public et privé (responsabilité partagée)

Objectif : un financement équitable dans un régime d'égalité sociale



Et avant de conclure, un petit clin d'œil à mes collègues, parce qu'il a aussi été question d'épidémiologie et de base de données...

LE VIH ET LES COHORTES : UN MARIAGE REUSSI

- La constitution de réseaux et l'assemblage de grandes bases de données avec des protocoles standardisés représentent une avancée méthodologique majeure.
- Très précocement, les cohortes ont permis de décrire, de documenter, de chiffrer, puis de suivre l'évolution à long terme des populations étudiées.
- L'exemple à retenir est bien évidemment celui de la **Base de Données Hospitalière Française (cohorte FHDH de l'INSERM), qui enrôle des patients VIH+ depuis 1989 dans les hôpitaux français participants.** La couverture estimée de la base est de 56% des patients suivis en France pour cette pathologie en 2009. Au 31 décembre 2011, 127 195 patients sont inclus dans la base (70 hôpitaux).

Bravo les TECs !!!



EN CONCLUSION,



Il y a encore beaucoup de boulot et de nombreux obstacles à lever avant d'atteindre les objectifs fixés. Mais il faut bien admettre aujourd'hui que le VIH/SIDA est la seule maladie ayant provoqué un mouvement social de cette ampleur avec une telle force de transformation des « choses ».

Alors tous les espoirs sont permis, et puis comme le dit ce proverbe africain,

« Au bout de la patience, il y a le ciel... »

Retrouvez le meilleur de l'AFRAVIH 2014 sur www.vih2014.org

