



anRS

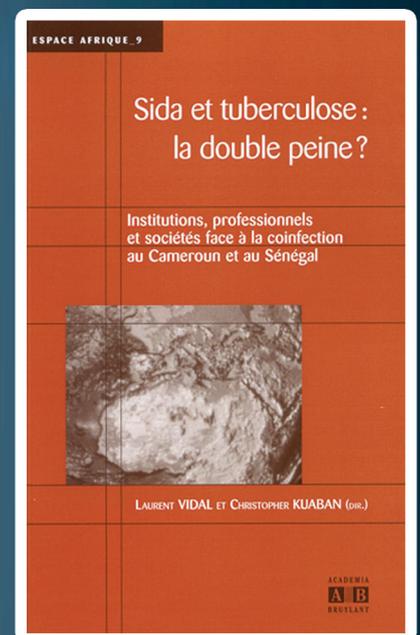
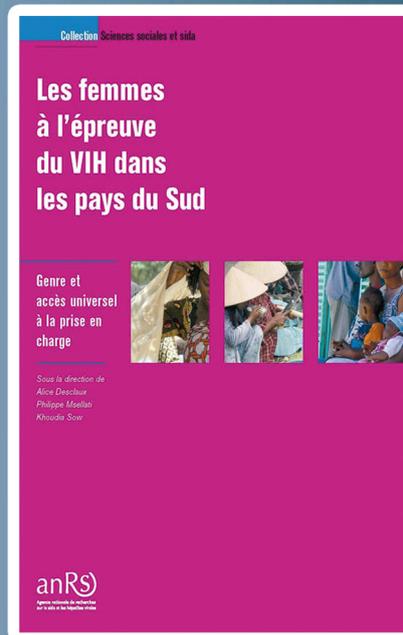
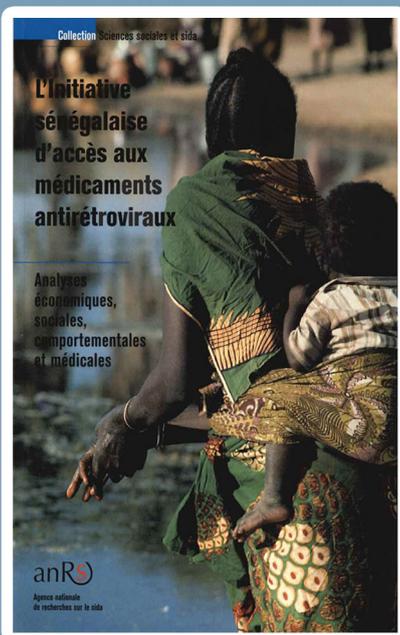
Agence nationale de recherches
sur le sida et les hépatites virales
| Agence autonome de l'Inserm |



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET
DE L'ACTION SOCIALE



RAPPORT SCIENTIFIQUE 2011 – 2012 SITE ANRS SENEGAL



Dr Ibra NDoye
Pr Pierre-Marie Girard
Coordinateurs du site ANRS





Sommaire

Les sites ANRS, un partenariat Nord-Sud au cœur de la recherche	5
Avant Propos	7
Fonctionnement du CRCF, plateforme de recherche au Sénégal	9
Activités de consultation	11
Activités du laboratoire	13
Activités de la pharmacie	17
Activités du service social	21
Activités du service informatique	23
Activités de formation	26
Bilan des projets ANRS	30
Recherche virologique	31
ANRS 12186.....	32
ANRS 12235.....	34
Surinfection dans ANRS 1215/1290	35
Sous-type C du VIH1	36
VHC dans étude ANRS 12243	37
Recherche clinique	39
ANRS 12115/IMEA 032 « DAYANA ».....	40
ANRS 12169 « 2LADY »	42
ANRS 12221/EDCTP/ALISA.....	44
ANRS 12250 METABODY	46
ANRS 12269 THILAO	48
ANRS 1215.....	51
ANRS 12100 HEPADAK.....	54
Recherche en sciences sociales et santé publique	55
ANRS 12231 « Médico-économique ».....	56
ANRS 12243 « UDSEN ».....	58
Projet Ethique	60
ANRS 12271.....	64
Quali-PED	66
ANRS 12201.....	68
ANRS 12251.....	69
ANRS 12264.....	70
ANRS 12266.....	71
ANRS 12234.....	72
CohMSM.....	74
Bilan des autres projets du CRCF	75
Essai vaccinal TB 021	76
Programme de supervision nationale des sites de prise en charge	78
WADA.....	80
DECVISEN.....	82
Grandir avec le VIH au Sénégal	87
Index de stigmatisation et de discrimination	89
Annexe :	91
Annexe 1 : Liste des projets ANRS en cours en 2012	92
Annexe 2 : Programme de la Journée Scientifique du 31 Mai 2012	96
Annexe 3 : Liste des publications du CRCF 2005-2012	99

SOUS LE HAUT PATRONAGE

DE SON EXCELLENCE MADAME LA MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE



Professeur
Awa Marie Coll-Seck

AVEC LA PRESENCE EFFECTIVE DU DIRECTEUR DE L'ANRS



Professeur
Jean -François DELFRAISSY

Les sites ANRS, un partenariat Nord-Sud au cœur de la recherche

L'Anrs concentre ses moyens humains et financiers dans des « pays sites » :

- en Afrique: la Côte d'Ivoire, le Sénégal, le Burkina Faso, le Cameroun
- en Asie du Sud-est : le Vietnam et le Cambodge
- l'Égypte
- le Brésil.

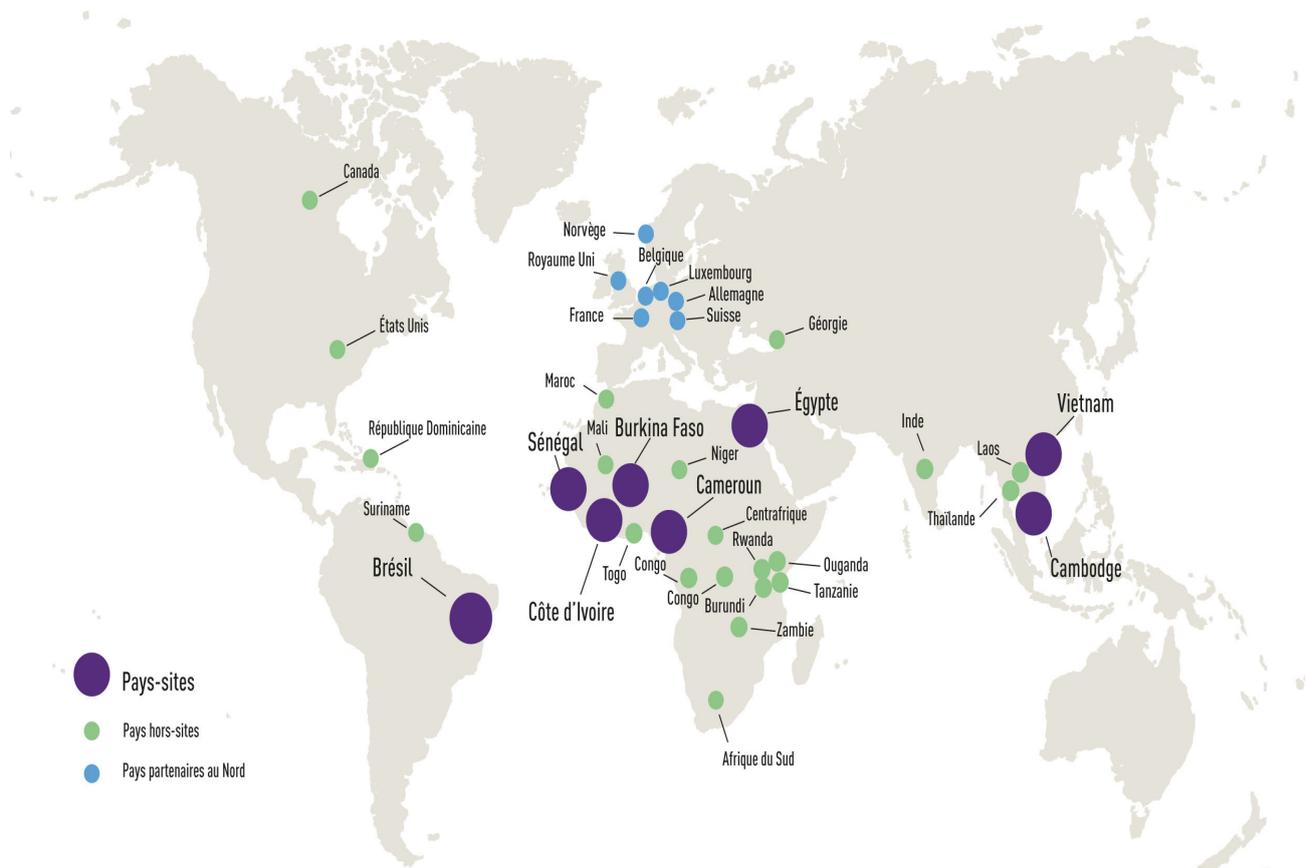
Établis en partenariat avec les autorités nationales de santé et de recherche, les sites Anrs sont placés sous la responsabilité conjointe d'un coordonnateur Nord et d'un coordonnateur Sud qui définissent ensemble les axes prioritaires de la recherche. Les sites Anrs permettent que soient établis des programmes de recherche entre:

- les institutions nationales des pays partenaires (hôpitaux universitaires, laboratoires et centres de recherche, Instituts Pasteur nationaux, programmes nationaux de lutte contre le sida...),
- les organismes de recherche français comme l'Institut de recherche pour le développement (IRD), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), le Centre national de la recherche scientifique (CNRS), le réseau des Instituts Pasteur, les universités, le réseau Esther...,
- des organismes d'autres pays (*National Institutes of Health, Centers for Disease Control, États-Unis, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume Uni*),
- des institutions internationales (Organisation mondiale de la santé, EDCTP...).

Les sites bénéficient par l'Anrs d'un soutien récurrent en personnel, équipements de laboratoires et bâtiments. Des journées scientifiques régulières sont organisées dans chaque site. Elles constituent un rendez-vous pour les chercheurs, les cliniciens, les représentants de la société civile, les autorités des pays et la presse pour discuter de l'avancement des projets, des résultats obtenus et des perspectives.

Environ 70 % du budget que l'Anrs consacre aux pays du Sud est destiné à financer la recherche sur les sites, 30% étant dévolu à des projets réalisés hors «sites », principalement en Afrique.

Les pays partenaires de l'ANRS



Avant Propos

L'infection VIH/Sida est une priorité nationale de santé publique. La mobilisation précoce - pionnière - des acteurs de la santé et des instances politiques explique pour une grande part que le Sénégal demeure en 2012 une région de prévalence relativement basse comparée à celle des autres pays du continent.

Dès 1994, le Sénégal et la France via le Ministère des Affaires Etrangères, l'ANRS en premier chef mais aussi d'autres organismes dont l'Institut de Recherche et Développement, les Universités de Paris et de Montpellier, les Fondations Léon Mba et Bouisson Bertrand, puis l'Union Européenne se sont mobilisés afin de répondre ensemble aux défis de cette épidémie. D'autres partenaires nous ont rejoints témoignant de l'attractivité du site pour de nouvelles équipes et de jeunes chercheurs du Sénégal et de la France.

L'ANRS est un groupement d'intérêt public de l'état français créée en 1992 afin de stimuler, coordonner, évaluer et financer les recherches afin d'améliorer les connaissances dans le domaine du VIH/sida. Son champ d'action a été élargi en 1999 aux hépatites virales. L'engagement de l'ANRS dans les pays en développement représentait environ 25 % de son budget annuel soit 17 Millions d'Euros en 2011 : c'est le deuxième poste budgétaire de l'Agence. Le Sénégal a été le premier des huit sites de recherche et de formations créés par l'ANRS et soutenus par des financements annuels de fonctionnement en Afrique Sub Saharienne, en Asie du Sud-Est et au Brésil.

Les Journées Scientifiques 2012 sont un moment fort de la vie du site. Les équipes de recherche ainsi que les représentants des associations de personnes affectées par le VIH, viennent partager les résultats des études conduites depuis les précédentes Journées Scientifiques de 2010 et, présenter et débattre des projets à venir, en présence des représentants de l'ANRS, des représentants des institutions de Santé et de recherche du Sénégal et des partenaires.

Ce document collige l'ensemble des travaux et publications du site. Les contraintes d'agenda de ces Journées font que nous ne pourrons pas exposer en détail tous les travaux menés. Nous avons pris le parti de sélectionner les plus emblématiques de la politique scientifique du site.

Les axes forts du Site ANRS Sénégal ont été les suivants :

- Recherche épidémiologique, biomédicale, et en Sciences Humaines dans le champ encore inexploré des Usagers de Drogues Injectables. Cette thématique est dans le droit fil de l'engagement historique du Site autour des populations vulnérables. Au delà des résultats importants obtenus, l'accent sera mis sur les conditions éthiques et la qualité de l'environnement méthodologique et logistique au sein du Centre de Recherche Clinique de Fann qui ont permis d'atteindre tous les objectifs prédéfinis malgré les difficultés potentiels de cette thématique.
- Développement des travaux de virologie clinique dans la perspective d'une optimisation de la prise en charge clinique des patients et de l'adéquation des politiques de santé publique. Sans oublier l'accent mis sur l'adaptation de techniques virologiques de suivi des patients à la fois dans les centres de références et dans le cadre de la décentralisation de la prise en charge.
- Essais thérapeutiques des antirétroviraux : la nouvelle orientation de ce pôle important du site, annoncée lors des précédentes journées est devenue réalité. Les essais randomisés ont été menés à bien (DAYANA). L'essai multicentrique 2-LADY arrive à la fin de son recrutement au Sénégal et le programme pionnier d'évaluation des troisièmes lignes d'Antirétroviraux (THILAO) est en cours de finalisation et débutera d'ici fin 2012.

Au-delà de ces thématiques, les nouvelles orientations stratégiques du site ANRS du Sénégal seront mises

en exergue. Ainsi, l'ouverture du site vers la décentralisation, l'évaluation à long terme des patients sous antirétroviraux sous ses aspects biomédicaux et sociaux, et la construction d'une dynamique forte de collaboration avec les sites de Côte d'Ivoire et du Cameroun sont devenus une réalité et nous nous en réjouissons.

Nous nous interrogerons aussi sur les acquis en termes de formation, de renforcement des capacités dans les domaines du soin et de la recherche, de rayonnement national et régional.

L'ancienneté et la pérennité de notre collaboration illustrent la qualité du partenariat établi par les équipes Sénégal-Françaises. Les résultats sont là. Certains les jugeront sur le plan académique: le rythme de publication dans les meilleures revues scientifiques et médicales internationales est à la hauteur des attentes des organismes de recherche; des thèses de Médecine et de Sciences ont été soutenues. Des étudiants des années 90 sont devenus les acteurs essentiels de la recherche et de la lutte contre le VIH/Sida des années 2000 au sein des Hôpitaux, des Universités, des Directions de la Santé, des Ministères, des Organismes Internationaux. D'autres constateront la mise à niveau structurelle. Les murs et les équipements sont - année après année - parvenus à donner à chacun les moyens de travailler. A juste titre, nombreux sont ceux qui exigeront un impact sur la santé des populations touchées de plein fouet par l'épidémie. Les faits sont là : les patients sont de plus en plus nombreux à vivre mieux et plus longtemps avec le VIH/Sida. La gratuité des soins a été inscrite dans la loi sénégalaise et transcrite dans la réalité de tous les jours. Enfin, la prévalence du VIH demeure contenue au Sénégal en 2012.

Ainsi, nous sommes particulièrement heureux de vous convier à cette journée d'échange du Site ANRS de Dakar. L'engagement du Sénégal et de la France dans la recherche VIH /Sida a contribué sans nul doute à réduire l'ampleur de la catastrophe.

Soyez tous remerciés de votre engagement dans ces travaux de recherche dans le domaine du VIH/SIDA, des Hépatites virales et des IST. Votre présence, votre fidélité ou - aussi - votre arrivée plus récente au site de Dakar, la diversité de vos talents et de vos parcours, vos critiques, nos débats sont nos atouts.

Quelque soient les résultats obtenus et rappelés trop brièvement ici, restons néanmoins lucides face aux difficultés. Dix sept ans après la création du Site ANRS de Dakar, sept ans après l'ouverture du Centre de Recherche Clinique de Fann, les attentes demeurent immenses. La recherche biomédicale est difficile, exigeante, compétitive. L'excellence n'est pas un luxe, c'est une nécessité. Ayons le courage de rester fidèle à notre formation clinique au service des patients : diagnostiquer les manques, les erreurs, les insuffisances, comprendre leur cause et appliquer le meilleur traitement dont nous pouvons disposer. Nos succès passés nous engagent pour l'avenir. Restons investis, solidaires, multidisciplinaires, imaginatifs. Des défis nouveaux se profilent : les patients seront plus nombreux, les traitements antirétroviraux de seconde et troisième ligne seront notre quotidien, les co-morbidités viennent au devant de la scène clinique, les virus VIH s'adapteront et déjoueront nos stratégies, les politiques actuels de prévention s'essouffent, les ressources humaines se tarissent, les financements sont menacés par l'ampleur de la crise économique mondiale, le vaccin tarde, la stigmatisation et l'exclusion des patients sont prêtes à resurgir à tout moment, le VIH/Sida ne sera bientôt plus perçu comme une priorité face aux autres menaces. Les hépatites chroniques liées aux virus des hépatites B et C doivent désormais s'inscrire dans nos priorités y compris sur le plan thérapeutique. Des traitements efficaces et bien tolérés sont désormais disponibles au Nord et vont se diversifier à brève échéance. Tenons-nous prêt ! Afin, que fort de notre expérience du succès de l'accès aux antirétroviraux à la fin des années 90, le Sénégal soit de nouveau un exemple de mobilisation pionnière fondée sur une approche de recherche opérationnelle. Notre engagement doit demeurer indéfectible quelles que soient les difficultés.

Ibra Ndoye

Coordonnateur Sud
Site ANRS Sénégal



Pierre-Marie Girard

Coordonnateur Nord
Site ANRS Sénégal



Fonctionnement du CRCF, plateforme de recherche au Sénégal

Fonctionnement du CRCF, plateforme de recherche au Sénégal

Le Centre Régional de Recherche et de Formation à la prise en charge clinique (CRCF) de Dakar est une plateforme de recherche et de formation située dans l'enceinte du service des maladies infectieuses au CHNU de Fann. Il est placé sous l'égide du Ministère de la Santé et de la Prévention. Le coordonnateur est le Médecin Chef du Service des Maladies Infectieuses.

Le CRCF a été inauguré le 27 mai 2005 par les autorités sénégalaises avec leurs partenaires français, européens et du système des Nations Unies.

Le CRCF est logé dans un bâtiment à deux niveaux :

- au rez-de-chaussée : l'accueil, la salle des associations PVVIH, le laboratoire, la pharmacie, la salle d'hospitalisation du jour et son infirmerie, six salles de consultation, et le bureau de l'assistant social.
- au premier niveau : les bureaux de l'administration, la bibliothèque, la salle de formation et de téléconférence (35 places), le service d'informatique, les bureaux des chercheurs, le bureau du coordonnateur, le bureau des assistants de recherche clinique.

L'équipe du CRCF comprend des médecins d'études cliniques, des médecins spécialisés en infectiologie et en pathologie VIH, des anthropologues, des pharmaciens, des biologistes, des informaticiens, des secrétaires, des opérateurs de saisie, des travailleurs sociaux, du personnel administratif, des intervenants communautaires.

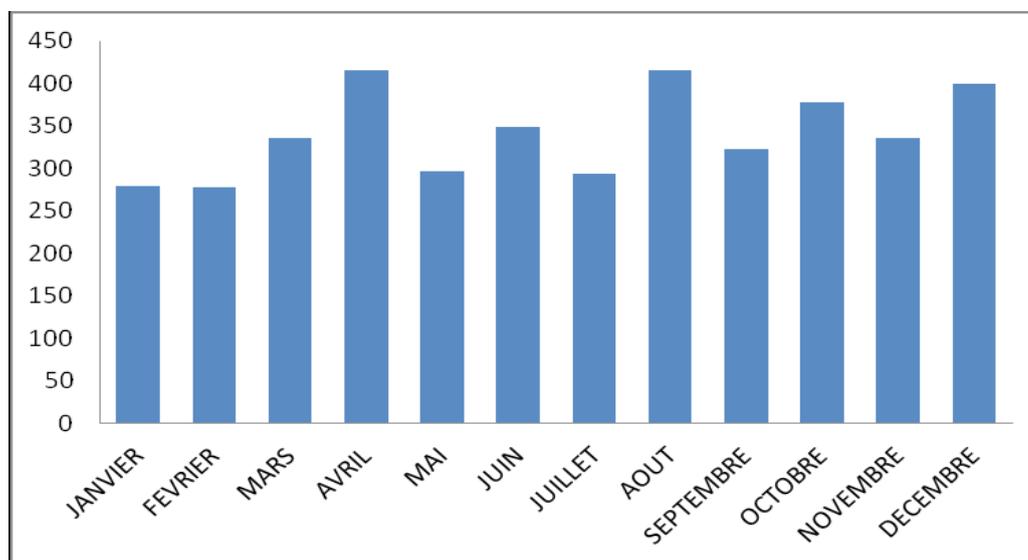
Le CRCF accueille une équipe de l'école doctorale des Sciences de la Vie, de la Santé et de l'Environnement. (ED-SEV) de l'Université Cheikh Anta DIOP, et de l'Unité Mixte Internationale 233 de l'IRD / UCAD / Université de Montpellier / Université de Yaoundé 1





Au cours de l'année 2011, il a été réalisé **4098** consultations médicales, que ce soit dans le cadre de projets de recherches ou dans le cadre du suivi des patients du programme national soit une augmentation de 5% du nombre de consultations réalisées en 2011. La file active de patients suivis au CRCF et sous antirétroviraux au 01/01/2012 est de **1026** personnes.

Figure 1 : Répartition du nombre de consultations médicales au CRCF au cours de l'année 2011



Durant l'année 2011-2012, un logiciel de gestion des rendez-vous des patients a été installé au niveau des postes informatiques de l'accueil. Le démarrage effectif de la consultation centralisée des personnes vivant avec le VIH a eu lieu en Mai 2011 suite à des réunions de coordinations entre le SMI et le CRCF et à la finalisation des procédures de gestion de la consultation centralisée. Impliquant une quinzaine de médecins, une vingtaine de CES de Maladies Infectieuses, une infirmière, une secrétaire médicale, une assistante sociale, des médiateurs communautaires, le personnel de pharmacie et de laboratoire du CRCF, cette consultation permet la centralisation progressive des dossiers et du suivi des patients. L'informatisation progressive des dossiers médicaux des patients a pu démarrer en Octobre 2011 permettant ainsi l'enregistrement de 691 dossiers et de 3125 visites de suivi. La mise en place de cette consultation est en cours d'évaluation auprès des patients et a fait l'objet d'une communication à la 6^{ème} Conférence Francophone sur le VIH/SIDA à Genève en Mars 2012¹.

192.168.50.2/grendevous/scripts/rendezvous_ajouter.php

Rdz-vous du jour | Ajouter un rdz-vous | Dispatching | Tous les rdz-vous | Rdz-vous passés validés | Rdz-vous passés non validés

CRCF
GESTION
DES
RENDEZ-VOUS

Patients
Rendez-vous
Projets
Personnel

Conneté: CISSE-Coumba
Déconnexion

Date rendez-vous:

Date limite:

Descriptions:

Projet: Sélectionnez un projet

Patient:

Rendez-vous avec:

Consulté par:

Etat validation: Non valider

Enregistrer

¹ Diallo MB et al, Communication orale 168/30S à la 6^{ème} conférence francophone sur le VIH/SIDA (Genève 25-28 Mars 2012)



Le laboratoire du CRCF est situé au niveau du rez de chaussée du CRCF, et compte deux techniciens de laboratoire qui y travaillent à plein temps. Les prélèvements sont réalisés dans une salle annexe par une infirmière puis sont acheminés au laboratoire. Les analyses suivantes sont réalisées en routine : la numération formule sanguine, la numération des lymphocytes CD4 (Facscount), la sérologie du VIH et des hépatites virales, les tests urinaires (bandelette urinaire BU et test de grossesse TG), la charge virale VIH, la séparation lymphocytaire et la réalisation de plasmathèque.. Les résultats générés dans le laboratoire sont saisis dans une base informatique et le rendu des résultats se fait après validation par le LBV de Le Dantec.

Les analyses réalisées

Au cours de l'année 2011, le laboratoire du CRCF a pu effectuer **5146** analyses dont **3250** concernent les activités de routine et ont été réalisées avec diverses techniques (cf. figure 1) et **1896** analyses réalisées lors de l'enquête UDSEN :ANRS 12243 (cf. figure 2)

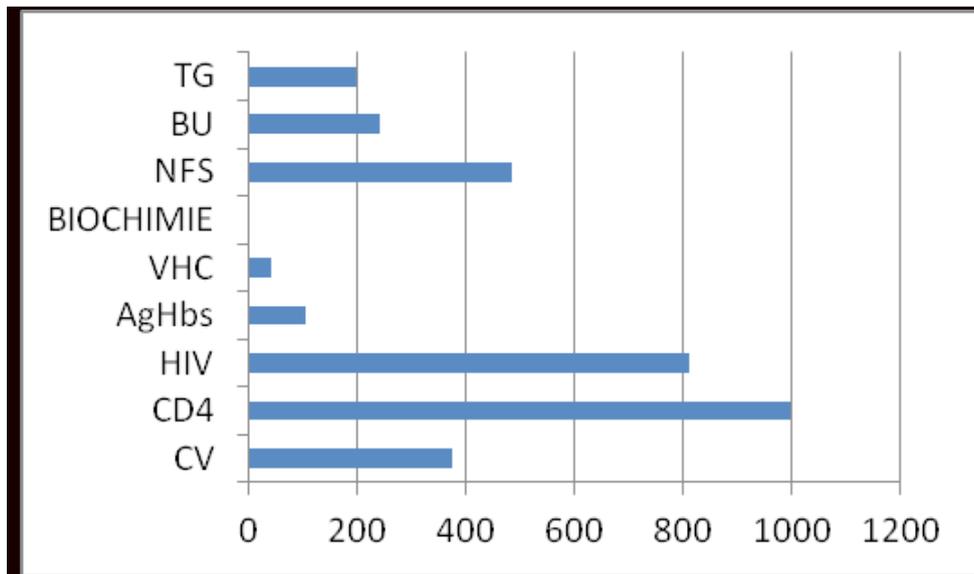


Figure 1: Répartition des analyses effectuées en routine en 2011

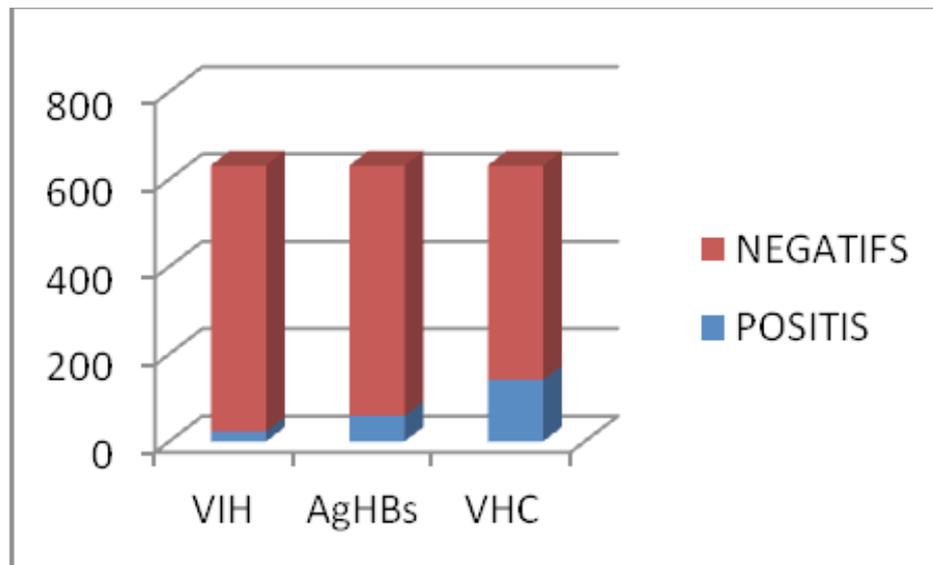


Figure 2: Répartition des résultats des tests sérologiques de l'enquête UDSEN

Le nombre d'analyses réalisé au niveau du laboratoire avait connu une hausse relativement élevée de 29,14% entre 2009 et 2010. Et entre 2010 et 2011, il y a également une hausse de 17.9% qui concerne essentiellement la réalisation des sérologies VIH et des lymphocytes TCD4.pendant que les examens biochimiques de routine ont été stoppés en raison d'un dysfonctionnement de l'appareil.

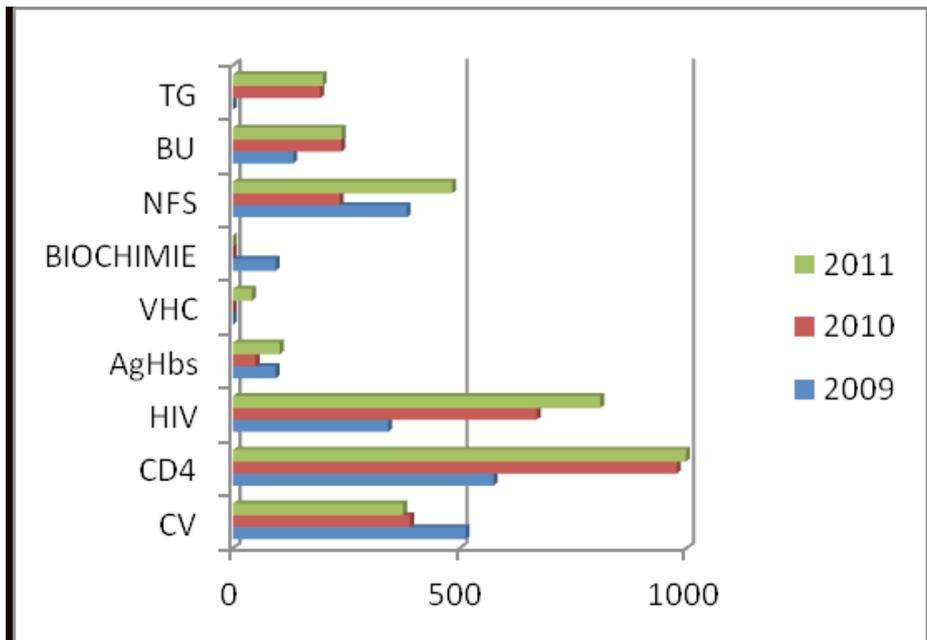


Figure 3: Comparaison entre le nombre d'analyses réalisées de 2009 à 2011

Les résultats sérologiques

Sur les 955 tests sérologiques réalisés, 810 sont pour le dépistage du VIH, 103 pour l'antigène HBs et 42 sont pour l'anticorps anti-VHC. Pour la sérologie VIH, 314 sont positifs dont 287 du profil 1, 22 du profil 2 et 5 sont double profil soit une prévalence en milieu hospitalier de 38.8% (figure 4). La sérologie des hépatites B et C montre les prévalences respectives des antigènes HBs et des anticorps anti-VHC de 30.1% et de 7.7% (figure 5).

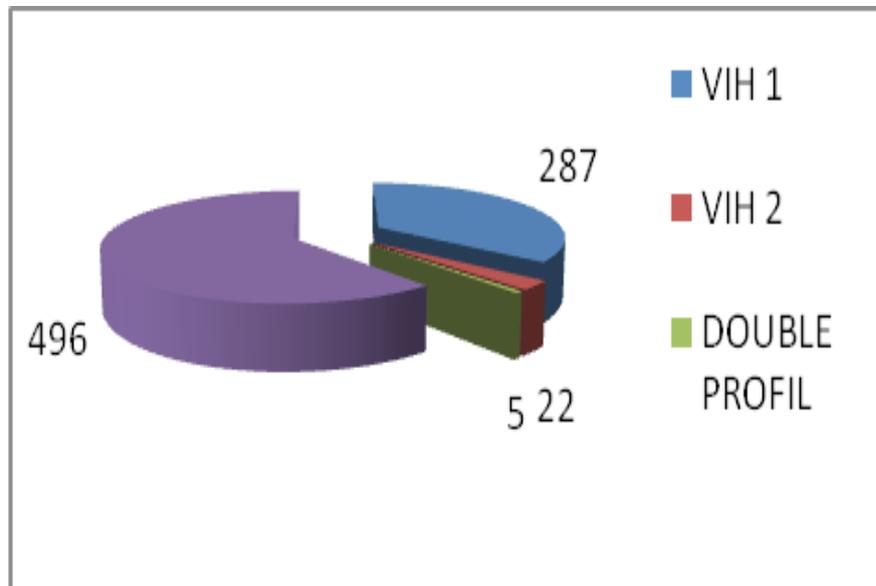


Figure 4 : Répartition des résultats de la sérologie VIH selon les profils

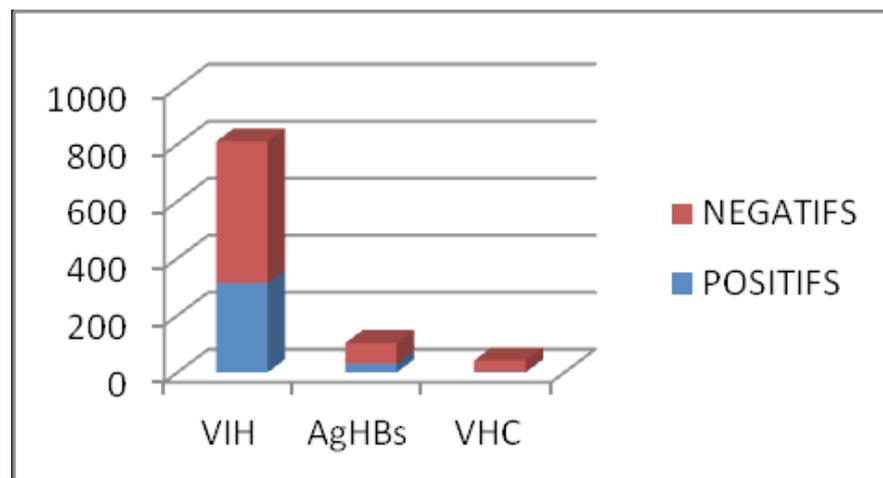


Figure 5 : Répartition des résultats des tests sérologiques

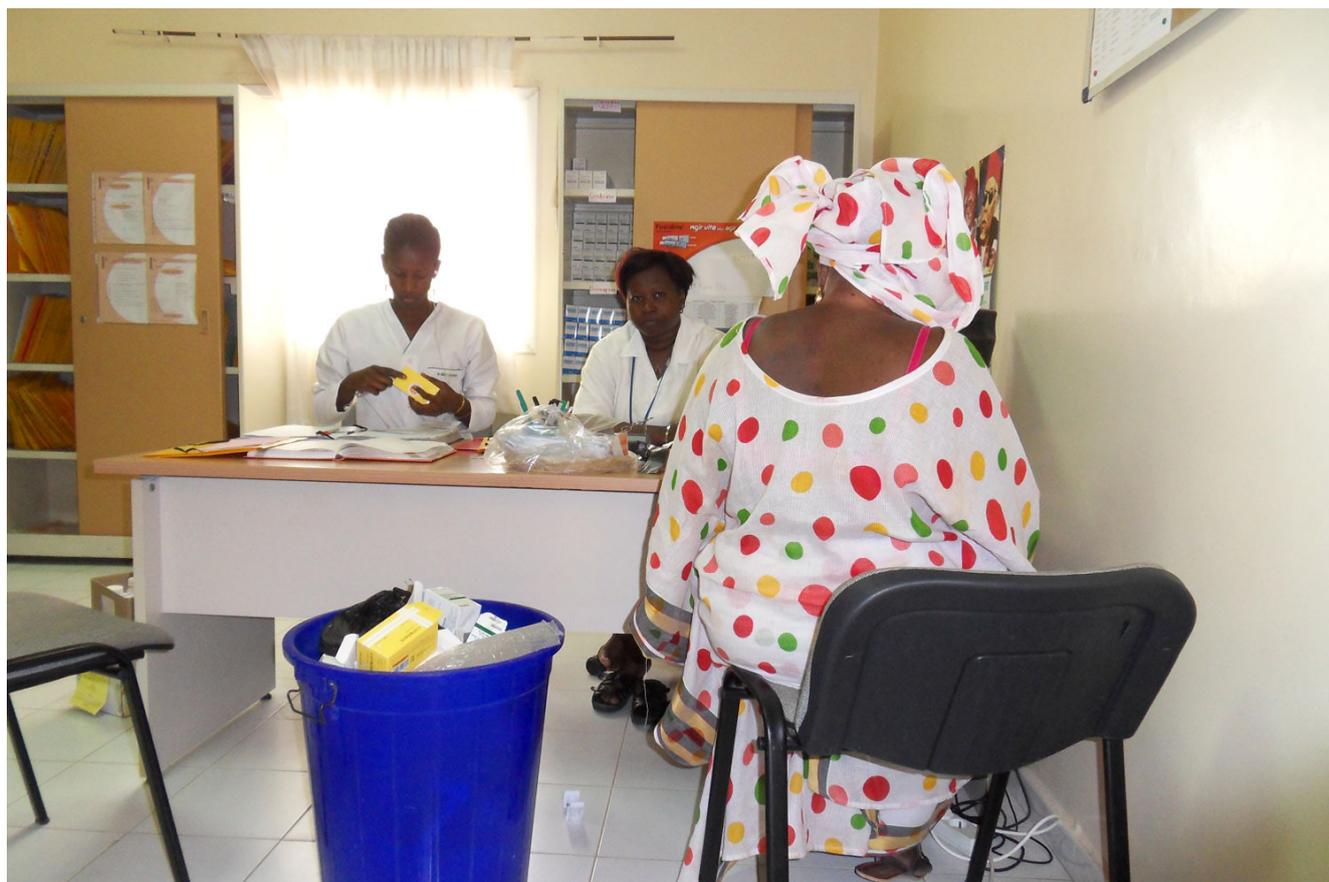
Les résultats de CD4

La numération des lymphocytes CD4 est réalisée dans 89% des cas (soit 889) pour les patients des maladies infectieuses/CRCF. Sur les 999 CD4 réalisés, 342 ont des CD4 < 200, 193 ont des CD4 compris entre [200 ; 350[, 183 ont des CD4 compris entre [350 ; 500[et 281 ont des CD4 > 500.

Charge virale par la technologie de PCR en temps réel (Biocentric)

Depuis le démarrage des activités de prise en charge au en fin 2005, le laboratoire de bactériovirologie de Le Dantec a accompagné le CRCF par la mise en place d'un laboratoire de biologie clinique pour faciliter le suivi des patients. Ce laboratoire qui a débuté par l'hématologie, la biochimie et l'immunologie s'est doté en 2010 d'unité de virologie pour la réalisation des charges virales et est passé à deux techniciens. La technologie de PCR en temps réel a été choisie (Technique ANRS) commercialisée par les Laboratoires Biocentric. Cette charge virale est devenue une réalité depuis février 2010. Cependant du fait de la lenteur en approvisionnement de réactifs, elle n'est passée en routine qu'en fin 2011. Ainsi, entre Décembre 2011 et Avril 2012, 289 prélèvements ont été testés dont 199 dans le cadre du projet DECVISEN. Sur les 199 charges virales qui ont été effectuées, 170 sont indétectables et 29 patients ont des charges virales détectables. Pour les patients qui ont une charge virale détectable, 23 ont des charges virales supérieures à 1000 copies/ml ce qui représente un taux de 11,5%. Le génotypage des rebonds est en cours.

Il y a nécessité de disposer d'un approvisionnement régulier en réactifs pour pouvoir réaliser la charge virale en routine au centre.



Les activités à la pharmacie s'articulent autour de deux rubriques :

- Prise en charge thérapeutique du patient
- Gestion du stock

Prise en charge thérapeutique

La prise en charge thérapeutique du patient, un acte de soin à part entière, est assurée par le pharmacien qui est un conseiller thérapeutique.

Il assure :

- la dispensation des médicaments antirétroviraux (ARV) et autres médicaments prescrits dans la prévention et le traitement des infections opportunistes (IO).
- le suivi et l'évaluation de l'observance
- l'éducation thérapeutique

1. La dispensation

La dispensation est faite de façon à garantir la confidentialité de l'entretien et selon un protocole de dispensation bien défini.

Les principaux outils de dispensation sont :

- le registre journalier portant les mentions suivantes
 - le numéro d'ordre
 - le numéro d'anonymat
 - la date de délivrance
 - la thérapie dispensée
- un agenda de rendez-vous
- une fiche d'observance pour chaque patient

a) Les activités de dispensation en ARV

Au cours de l'année 2011, **4642 traitements** ont été dispensés aux patients issus des différents programmes dont 228 traitements dispensés pour l'essai 2LADY. Il a été répertorié **200 nouvelles inclusions** (hors essais clinique)

b) Les activités de dispensation en médicaments pour les IO

Pour l'année 2011 la pharmacie du CRCF a délivré **1451 ordonnances** de médicaments pour les IO du programme national, soit 225 ordonnances en moins que l'année 2010.

Outre les antalgiques et anti inflammatoires (paracétamol ; ibuprofène), les antianémiques (fer) et la famille des antibiotiques sont les plus utilisées dans le large panel des médicaments IO.

Dans l'ordre ; le cotrimoxazole (prescription quasi systématique), l'amoxicilline, le métronidazole et la ciprofloxacine sont les antibiotiques les plus utilisés.

Contrairement à l'année 2010, où il y n'a pratiquement pas eu de ruptures au niveau de la PNA, l'année 2011 s'est signalée par de nombreuses ruptures en Cotrimoxazole, en Fluconazole, en Ceftriaxone, en Carbocysteine et en Cimétidine.

Par ailleurs, depuis le mois de novembre 2007, la pharmacie du CRCF bénéficie d'un appui en spécialités pharmaceutiques provenant du programme ESTHER (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique En Réseau). Durant l'année 2011 la pharmacie du CRCF a délivré 379 ordonnances de médicaments IO dans le cadre d'ESTHER avec un renforcement des antibiotiques et antalgiques injectables.

c) Les cas d'AES

Les ordonnances d'AES sont constituées par les accidents avec exposition au sang et par les accidents avec exposition au sexe.

Cette année nous avons enregistré 16 cas d'AES dont 5 cas d'accident avec exposition au sexe ; le même traitement a été dispensé à savoir : (AZT 300 mg +3TC 150 mg) +LPV/r (200 + 50) mg .

d) Les patients des autres sites de dispensations

Le service des maladies infectieuses et tropicales étant un site de référence, il arrive que les patients venant d'autres régions soient hospitalisés dans le service ou qu'ils viennent à la pharmacie du CRCF pour des dépannages ponctuels d'ARV. Les médicaments leurs sont dispensés sur la présentation d'une ordonnance établie par un médecin du service. En 2011, 24 ordonnances ont été ainsi délivrées au CRCF.

e) Les patients du programme national de lutte contre l'hépatite B

Le programme national de prise en charge des patients vivants avec le Vih prend en charge gratuitement le traitement des personnes séronégatives mais nécessitant un traitement contre l'hépatite B. Deux molécules sont concernées par cette prise en charge : la lamivudine et le ténofovir ; ces deux molécules sont prises seules ou en association.

Cette année soixante douze (72) patients ont été servis et parmi eux :

- 42 prenaient du 3TC
- 26 du TDF
- et 4 prenaient du TDF 300 mg et du 3TC 150 mg

Au 31 Décembre 2011 tous ces patients ont été orientés à la pharmacie du CTA de Fann, bureau de dispensation choisi par la DLSI pour centraliser la prise en charge de ces patients.

f) Les patients hors programme

Les patients hors programme sont constitués par les patients qui ne résident pas au Sénégal et qui y viennent de manière ponctuelle pour leur suivi .Les médicaments ARV leurs sont vendus au prix de revient de la PNA et reversés à la pharmacie centrale de Fann. En 2011, 128 traitements ont été délivrés.

Depuis le 31 Décembre 2011, les patients hors programme sont référés systématiquement à la pharmacie centrale de l'hôpital de FANN

2. Le suivi et l'évaluation de l'observance

Lors de la dispensation, le pharmacien évalue l'observance de chaque patient.

L'évaluation porte sur les informations suivantes :

- la régularité des prises
- les horaires des prises (EFZ au coucher)
- le respect de consignes alimentaires (prise à jeun avec DDI, prise après une collation avec TDF et LPV/r)

Outre la régularité aux rendez-vous médicaux ou le retard aux approvisionnements, le comptage des comprimés rapportés permet de savoir si les molécules sont prises correctement donc d'évaluer l'observance.

3. L'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique est une étape indispensable dans la prise en charge du patient. Bien conduite, elle permet au patient de mieux vivre avec sa maladie et son traitement car connaissant mieux sa pathologie.

- Initiation au traitement

Cette séance est menée lors de l'inclusion du patient. La connaissance de la pathologie et sa chronicité est vérifiée par le pharmacien. Ce dernier lui explique les objectifs et l'intérêt du traitement.

Le pharmacien trouve avec le patient les meilleurs horaires pour la prise du traitement en fonction de sa vie quotidienne (heures de réveil, de coucher, de repas).

Le patient est informé des effets secondaires qu'il peut rencontrer et qui seraient imputables au traitement.

Et enfin il lui est rappelé la date de son rendez-vous médical à J14 et lui demande de venir à la pharmacie à cette date avec ces médicaments pour un contrôle de la bonne utilisation de son traitement.

- Visite de suivi – Observance

A J14, M1..... Le pharmacien fait le point avec le patient sur les éventuelles difficultés rencontrées (effets secondaires) ; sur les horaires et la régularité des prises.

Il vérifie avec lui le nombre des comprimés restant.

Il répond aux questions du patient.

Il vérifie à nouveau ses connaissances par rapport à la maladie, aux objectifs et intérêts du traitement.

Le pharmacien cultive ainsi une relation de confiance avec le patient.

La gestion du stock

1. Approvisionnement

La pharmacie du CRCF ne gère pas le budget des médicaments ARV et des IO, quand bien même elle doit assurer la disponibilité à tout moment des médicaments ARV et IO à tous les patients sous traitement.

La pharmacie du CRCF s'approvisionne à la PNA via la Pharmacie centrale de FANN pour les ARV et via la DLS/IST pour les médicaments IO.

2. La gestion du stock

Les outils de gestion sont composés essentiellement des fiches de stock.

Ces fiches sont individualisées et permettent de suivre les mouvements d'entrée et de sortie des produits en stock : médicaments ARV, médicaments des infections opportunistes

Les entrées des médicaments sont portées en écriture et en unité de distribution dans les fiches de stock. A chaque nouvelle entrée, les quantités reçues sont ajoutées aux quantités en stock pour avoir le nouvel existant. Ainsi à chaque sortie, les quantités livrées sont déduites du stock précédent pour obtenir le stock disponible. Les outils de gestion sont tenus à jour sur toutes les entrées et sorties de chaque lot de produits.

3. L'inventaire

Annuellement la Pharmacie procède à un inventaire global. Il est daté du 31 décembre de l'année d'exercice. L'inventaire réalisé est une opération effectuée pour comparer le stock physique au stock théorique.

Par ailleurs, un inventaire qui est un préalable à la commande des ARV à la PNA est fait trimestriellement afin d'ajuster le stock et d'éviter les ruptures en médicaments.

Le résultat de l'inventaire indique que le stock physique est le plus souvent voisin du stock théorique. Le résultat de l'inventaire est matérialisé sur la fiche de stock de chaque molécule et reflète l'existant en stock de chaque molécule. Cette gestion des stocks est une gestion manuelle, faite à l'aide de fiches de stock tenues à jour régulièrement par le pharmacien.



Le service social du CRCF est dirigé par une assistante sociale à temps plein qui coordonne également des médiateurs communautaires intervenant dans un local associatif spécifique. En lien étroit avec les médecins, les pharmaciens et les biologistes, le service social est impliqué dans les activités suivantes :counselling pre et post test, éducation pré et post thérapeutique, organisation de causeries et de groupes de parole, réduction de risques, recherche de patients perdus de vue, visites hospitalières, implication dans le programme ESTHER et de façon générale dans les activités de recherche menées au CRCF.

Activités de counselling et d'éducation thérapeutique

Des séances individuelles supplémentaires de counselling pre et post test et d'éducation thérapeutique sont tenues à la demande des médecins et du pharmacien. Plus de 170 personnes ont ainsi pu bénéficier de ces séances dans le cadre de la consultation centralisée du CRCF. Par ailleurs, le service social a été impliqué dans le projet UDSEN pour le counselling post test, le renforcement et les conseils sur les bonnes pratiques aux usagers de la drogues injectables ainsi que le rendu des résultats des analyses effectuées (sérologie VIH, VHC et VHB). C'est ainsi que 475 personnes ont été vues au cours de l'étude.

Causeries et groupes de parole

Les séances de causerie se font le matin, une à deux fois par semaine, avant la consultation médicale permettant essentiellement d'aborder les problèmes liés à l'observance dans des groupes restreints de personnes. En 2011, 38 séances ont pu être organisées touchant ainsi 304 patients (104 hommes et 200 femmes). Les groupes de paroles sont organisés plutôt dans l'après-midi en préparant des thèmes et en invitant selon les thèmes abordés des personnes référentes (médecin, pharmacien, biologiste etc...). 21 groupes de parole ont pu être organisés en 2011 touchant 210 personnes (75 hommes et 135 femmes). Les thèmes abordés ont été les suivant : éducation thérapeutique, nutrition, réduction des risques (usage du préservatif), problématique liée au changement de traitement ARV, problématique de la sexualité au sein du couple séro-discordant et séro-concordant, problématique de la divulgation de son statut sérologique au sein du couple. Ces différentes causeries et groupes de parole sont ainsi des lieux d'échanges important permettant également d'aborder les difficultés ressenties par les patients allant de l'annonce de leur diagnostic jusqu'à leur prise en charge et leur suivi.

Réduction des risques

Le service social est impliqué dans la réduction des risques infectieux par les conseils d'information et d'éducation en utilisant divers supports de communication, par la distribution de préservatifs féminins et masculins (plus de 70 000 préservatifs distribués) ainsi que par la distribution de seringues stériles aux usagers de drogues injectables (plus de 1 000 seringues distribuées lors de l'enquête UJSEN).

Recherche de patients perdu de vue

En 2011, 160 patients perdu de vue ont été répertoriés au niveau de la pharmacie. Le service social a pu identifier 37 cas de décès, 34 cas de transfert, 16 personnes qui sont revenues en consultation et 73 personnes pour lesquelles aucune information n'a pu être retrouvée soulignant ainsi la nécessité de renforcer encore le soutien psycho-social des patients tout au long de leur suivi.

Activités en relation avec le Consortium des Organisations et Structures de prise en charge en Santé (COSPEC – SANTE)

Le service social supervise les activités des deux médiateurs recrutés par le COSPEC. Ces activités consistent en un renforcement du counseling, à l'accompagnement lors d'achat de médicaments et/ou d'examens complémentaires, à l'information des PVVIH sur la prise en charge communautaire et les relais existants, au remboursement du transport des patients avec l'appui des associations, aux visites intra hospitalière ou à domicile ainsi qu'aux séances de groupe de parole.

Implication du service social dans le programme ESTHER.

Deux cent deux patients ont bénéficié d'un bilan de routine gratuitement par le biais du programme ESTHER. Il faut noter que la demande reste toujours supérieure à l'offre, beaucoup de patients n'ayant pas la possibilité financière de contribuer à la réalisation d'examens non pris en charge dans le cadre du programme national (examens biochimiques et/ou radiologiques en particulier).

Visites intra – hospitalière

Les visites se font 3 fois dans la semaine pour tout malade VIH hospitalisé au service des maladies infectieuses. Les soutiens apportés aux patients varient d'un patient à l'autre. Pour le cas spécifique des patients VIH en plus de l'appui qu'apporte la structure hospitalière le soutien peut aller de l'achat des médicaments IO à un appui pour des analyses complémentaires ou à un transport.

Travail avec les associatifs

Au niveau du rez de chaussée du CRCF, une salle est à la disposition des associations de personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Une permanence est assurée par les médiateurs COSPEC. Ces personnes sont chargées d'activités liées au renforcement du counseling, à l'information des PVVIH sur la prise en charge communautaire et les relais associatifs existants, au remboursement du transport, de l'achat des ordonnances prescrites pour les médicaments autres que les antirétroviraux et des différents examens demandés aux patients. Par ailleurs, la salle est équipée d'un téléviseur avec lecteur DVD qui permettent de diffuser des films, courts métrages aidant à l'attente et au divertissement des PVVIH ainsi que de matériel permettant la réalisation de petits déjeuners. En fonction des projets de recherche, des médiateurs interviennent également au niveau associatif et communautaire afin d'accompagner les PVVIH au cours des études.

Activités du service informatique

Les activités du service informatique ont été articulées en 2011 autour de cinq rubriques :

- Gestion des bases des données (data management)
- Conception et développement d'applications informatiques
- Gestion du parc informatique
- Assistance technique
- Gestion du réseau

a) Gestion des bases de données :

Les différentes bases de données du CRCF sont :

- VOOISAARV : gestionnaire de patients de la cohorte ANRS1215
- WADA : West Africa Database
- G.LABORATOIRE : gestionnaire de saisie de biochimie, de résultat CD4, de résultat sérologique, de résultat de numération formule sanguine et taux de prothrombine, de numération lymphocytaire (CD3, CD4, CD8), de sérologie rétrovirale, de résultat de test de grossesse et bandelettes urinaire de l'ensemble des patients
- G.FINANCIERE : gestionnaire de saisie des bons de commandes, de demande de remboursement, de demande de règlement fournisseurs, de demande de caisse d'avance, de reçu de prestation de service.
- DEVENIR gestionnaire de recueil de données pour le devenir des patients de la cohorte ANRS 1215.
- UDSEN gestionnaire de recueil de données des usagers de drogues au Sénégal.
- G.RENDEZVOUS : gestionnaire des rendez-vous des patients
- RO-ZING: gestionnaire de recueil recherche opérationnelle Ziguinchor
- GPVVIH: gestionnaire des Personnes vivant avec le VIH. Il s'agit plus précisément de la gestion intégrée:
 - du suivi des adultes vivant avec le VIH
 - du suivi des enfants vivant avec le VIH
 - du suivi des patients du programme PTME

Toutes ces bases de données sont installées sur le serveur dédié du CRCF configuré sous la distribution linux Debian pour permettre une meilleure sécurisation.

Cette gestion s'effectue au quotidien et consiste à effectuer :

- la maintenance corrective : elle consiste à apporter des corrections en cas d'incohérence, d'erreur et de dysfonctionnement
- la maintenance évolutive : elle consiste à faire évoluer les bases de données suivant des besoins spécifiques.
- les sauvegardes : toutes les bases de données sont sauvegardées sur des supports extérieurs (Disque dur et DVD). Les sauvegardes se font de lundi au samedi à partir de 20h sur les disques dur externe. Chaque fin de mois les sauvegardes mensuelles de ces bases sont faites sur des DVD. Chaque lundi toutes les sauvegardes des semaines précédentes sont vérifiées minutieusement pour déceler d'éventuelles erreurs.

b) Conception et développement d'application :

La conception et le développement d'application consiste à mettre en place suivant des besoins spécifique une application informatique ou une base de données.

Les applications développées par le service informatique du CRCF sont les suivantes:

GESTION DES RENDEZ-VOUS pour la gestion des rendez-vous des patients suivis au CRCF.

(Participation à la conception : Christian Eric Massidi - informaticien, Ben Hamed Sambou -Stagiaire informatique, Dr Mouhamadou Baila Diallo - Médecin, Maryvonne Maynard -Médecin, Coumba Cissé Bassabi – Secrétaire Médicale).

ROZING gestionnaire de recueil de données pour la qualité des soins et causes des perdus de vue en zone décentralisé – site sud du Sénégal (région de Ziguinchor) (Participation à la conception : Ibrahima Ndiaye - informaticien, Dr Assane Diouf – Médecin).

DEVENIR gestionnaire de récolte de données pour le devenir des patients de la cohorte ANRS

1215. (Participation à la conception : Ibrahima Ndiaye - informaticien, Julie Cutherut – Volontaire internationale).

GLABORATOIRE : gestionnaire de saisie de biochimie, de résultat CD4, de résultat sérologique, de résultat de numération formule sanguine et taux de prothrombine, de numération lymphocytaire (CD3, CD4, CD8), de sérologie rétrovirale, de résultat de test de grossesse et bandelettes urinaire de l'ensemble des patients. (Participation à la conception : Christian Eric Massidi - informaticien, Laboratoire du CRCF).

G.FINANCIERE : gestionnaire de saisie des bons de commandes, de demande de remboursement, de demande de règlement fournisseurs, de demande de caisse d'avance, de reçu de prestation de service. (Participation à la conception : Christian Eric Massidi - informaticien, Service Administratif et Financier).

GPVVIH: gestionnaire des Personnes vivant avec le VIH. (Participation à la conception : Christian Eric Massidi - informaticien, Ibrahima Ndiaye – Informaticien, Professeur Papa Salif Sow, médecins CRCF/ SMI).

Depuis le début de la saisie en octobre 2011 c'est :

- 691 dossiers de patients saisis et 3125 visites de suivi
- 1331 fiches de biologie (inclusion et suivi)
- 23 hospitalisations, 10 évènements indésirables et 21 évènements cliniques saisis

13:43:52 Connecté(e) Christian Massidi, | Logout X

Exportation Rapport Listing Compte Administration

Creer dossier + PATIENT ADULTE: 011401P0279

Consulter -

Dossier Visite Visite int. Biologie Hospitalisation Eig Dispensation Ec Rendez-vous Evolution

Recherche patient

Perdu de vue

Rendez-vous +

Depistage +

Gestion stock pharmacie +

Ajouter

Date	Mois de suivi	Médecin	Edit	Delete
17/10/2011	M110			
13/07/2011	M107			
06/04/2011	M104			
20/09/2010	M096			
20/09/2010	M093			
08/03/2010	M090			
07/12/2009	M087			
29/06/2009	M081			
04/03/2009	M078			
24/12/2008	M076			
22/10/2008	M074			
20/08/2008	M072			

c) Gestion du parc informatique :

Le parc informatique du CRCF est constitué en moyenne d'une quarantaine d'ordinateurs, quatorze (14) imprimantes, deux (2) photocopieuses qu'il faut contrôler et maintenir pour prévenir d'éventuels dysfonctionnements.

d) Assistance technique

Il s'agit d'assister et d'aider tout le personnel du CRCF au quotidien.

e) Gestion du réseau informatique

Cette gestion se fait au quotidien et il s'agit de la gestion :

- du réseau physique : connexion et interconnexion des différents ordinateurs au réseau informatique.
- du réseau logique : attribution des adresses réseaux à l'ensemble des ordinateurs et imprimantes réseaux
- de l'accès et du partage de la connexion internet
- des adresses mails CRCF
- du site web du CRCF (www.crcf.sn)
- du serveur central (MBINDAN-CRCF). Sur ce serveur est installé toutes les bases de données, le domaine « SAMBA (stockage des profils utilisateurs)», le disque dure externe de sauvegarde.
- du modem routeur pour l'accès à internet
- des points d'accès (pour amplifier le signal du WIFI)
- des antivirus installés sur les ordinateurs
- de l'interconnexion des imprimantes entre ordinateurs

Activités de formation

Formations liées à des projets de recherche

- Udsen

Dans le cadre du projet UDSEN, de nombreuses formations ont été réalisées avant le démarrage de l'enquête :

- Formation de deux jours en partenariat avec le programme Esther (11 et 12 Octobre 2010) : sensibilisation des infectiologues et des psychiatres sur l'usage de drogues et les risques infectieux.
- Mission d'une semaine au Maroc avec échanges d'expérience des membres de l'équipe de l'enquête et des institutionnels (CNLS, CILD) dans le cadre du partenariat avec Esther
- Formation en addictologie du Dr Idrissa Ba : démarrage du DU d'addictologie en Janvier 2011 dans le cadre du partenariat Esther
- Missions de formation sur la méthodologie de l'enquête par Abdalla Toufik du 04 au 09 Avril et du 18 au 23 Avril 2011
- Formations réalisées le 22 et 23 Mars 2011 sur la gestion de la confidentialité à l'intention du personnel du CRCF et du CTA
- Formation réalisée le 24 Mars 2011 sur usage de drogues et VIH à l'intention des membres associatifs
- Formation FHI

Atelier sur l'Ethique en recherche clinique et les Bonnes Pratiques Cliniques : du 13 au 16 Avril 2012

- Formation « Enquête sur l'Index de stigmatisation et de discrimination »

En collaboration avec le RNP+ et HACI, formation de trois jours des enquêteurs incluant le protocole et l'éthique en recherche (05-07 Mars 2012).

Formations à l'étranger

Au cours de l'année 2011 :

Albert Gauthier Ndione, étudiant en master 2 de socio-anthropologie bénéficie d'un séjour de trois mois (financement SCAC/Egide) au laboratoire du Groupe de recherche Cultures, Santé, Sociétés de l'Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille (septembre-décembre 2011) afin de compléter sa formation sur l'anthropologie de la santé, en lien avec ses travaux de recherche menés au CRCF.

Un médecin et un pharmacien de l'hôpital de Fann, impliqués dans les activités de recherche et prise en charge des PVVIH ont également bénéficié de bourses de la coopération française pour suivre le DU IMEA-Fournier suivi d'un stage hospitalier de 4 semaines à l'hôpital Saint Antoine de Paris..

Sokhna Boye, doctorante en socio-anthropologie, a été sélectionnée pour l'Université d'été des Jeunes chercheurs de Sidaction.

Projet M2SA : Module pédagogique inter universitaire en ligne « Socio anthropologie du Sida en Afrique »

- Titre du projet : Production d'un module pédagogique interuniversitaire en ligne « Socio-anthropologie du sida en Afrique »
- Financement : Agence Universitaire de la Francophonie, IRD
- Institutions impliquées

Partenariat entre l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (CRCF), l'Université de Ouagadougou, l'Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille, et l'IRD.

Coordinateur : Pr Papa Salif Sow

Comité scientifique : Pr Joseph Drabo, Pr Papa Salif Sow, Pr Lamine Ndiaye, Pr Jean-Luc Bonniol, Pr Alice Desclaux

Cellule opérationnelle : Sophie Laplaze, Blandine Bila, Aïcha Diallo, Claire Beaudevin, Alice Desclaux

Comité pédagogique : Blandine Bila (IRSS Ouagadougou), Khoudia Sow (CRCF), Bernard Taverne (IRD/CRCF), Philippe Msellati (IRD Yaoundé), Fabienne Hejoaka (IRD Ouagadougou), Sylvain Faye (UCAD), Jean-Luc Bonniol (UPCAM).

- Date de début : 1er juin 2010 Date de fin : 30 juin 2012
- Résumé

Ce projet, présenté dans le rapport précédent, visait à produire les supports pédagogiques nécessaires à un module d'enseignement sur la socio-anthropologie du sida en Afrique. Ces supports devaient être produits en commun, validés et rendus accessibles en ligne sur une plateforme de FOAD (Formation à distance) de type Moodle pour que les enseignants puissent les utiliser pour leurs cours en présentiel, quelle que soit leur université appartenant au réseau du RAF-VIH.

- Autres sites

Burkina Faso (Ouagadougou)

France (Aix-en-Provence)

Informations en ligne : <http://m2sa.hypotheses.org/>

- Résultats/Etat d'avancement

Après la définition des orientations techniques et pédagogiques du projet, sa réalisation a été limitée par des problèmes matériels. L'accès à internet (et donc à la plateforme) par exemple (et parfois l'accès à l'électricité) n'est pas aisé pour tous les enseignants-chercheurs et chercheurs participant au projet. Le serveur, initialement basé à l'Agence Universitaire de la Francophonie à Ouagadougou, a dû être relocalisé à l'IRD Montpellier, car les connexions n'étaient pas constantes.

La formation en informatique délivrée dans le cadre du projet aux enseignants-chercheurs (une semaine, suivie trois mois plus tard d'une journée, et un appui par tchat hebdomadaire ou bi-mensuel pendant trois mois) leur a permis d'acquérir les connaissances nécessaires concernant les logiciels de base pour les présentations, la gestion des références bibliographiques, la formation à distance, et la gestion des courriels.

Un module de 13 « dossiers thématiques » a été produit, qui comprennent chacun un cours (sous forme de présentation et de texte), les documents correspondants (articles, liste bibliographique) et dans certains cas des présentations de recherches. En mai 2012, ces documents sont accessibles pour les participants au projet et en cours de validation par le comité scientifique.

Les difficultés rencontrées pour ce qui concerne le numérique laissent penser qu'un manuel serait utile en complément de la plateforme FOAD. Cette perspective est en cours d'exploration.

Projet du DU en Recherche Clinique

La recherche clinique est de plus en plus importante en Afrique. Pour faire face à ce développement, le Centre Régional de Recherche et de formation à la Prise en charge Clinique « CRCF », situé au sein du CHNU de Fann veut organiser une formation diplômante intitulée DURC (Diplôme d'Université de Recherche Clinique)

Cette formation concernerait principalement les recherches en matière de pathologies infectieuses telles que le paludisme, les hépatites virales, la tuberculose et les infections broncho-pulmonaires, la vaccinologie, le sida et les maladies associées.

Le DURC offre l'opportunité aux professionnels de santé d'acquérir les compétences et les outils nécessaires pour :

- Rédiger des protocoles de recherche clinique, rechercher leur financement et assurer la mise en œuvre, dans le contexte des pays africains de manière générale.
- Développer des recherches opérationnelles outils décisifs dans la mise en œuvre des politiques de santé, au Sénégal et en Afrique en général.

Le programme comprendrait les neuf unités d'enseignement suivantes:

- UE1 Méthodologie de la recherche clinique
- UE2 Réglementation de la recherche
- UE3 Principes bio statistiques
- UE4 Types d'études en recherche clinique
- UE5 Bases de données informatiques
- UE6 Recherche en sciences sociales
- UE7 Communication scientifique
- UE8 Optionnel: Recherche opérationnelle
- UE9 Optionnel: Anthropologie médicale

Les institutions impliquées seraient :

- Université Cheikh Anta DIOP (UCAD), Dakar, Sénégal

- IRD, Unité Mixte Internationale « Transitions épidémiologiques, recherches translationnelles appliquées au VIH et aux Maladies Infectieuses » (UMI 233, TransVIHMI), Montpellier, France
- Université de Montpellier I,
- Université de Lyon I
- Université Paul Cézanne d'Aix Marseille
- Université de Montréal

Travaux académiques

Les travaux suivants ont été réalisés au CRCF en 2011/2012:

- Hélène Dior Mboj : Mémoire de CES de maladies infectieuses. Les conditions de l'annonce du statut VIH chez les adolescents au CHU de Fann, UCAD, soutenu en 2011
- Mathilde Couderc : Thèse de doctorat d'anthropologie. Enjeux et pratiques de la recherche médicale en Afrique. Analyse anthropologique d'un centre de recherche clinique sur le VIH à Dakar (Sénégal). Directrice de thèse : A. Desclaux. MMSH, Aix en Provence, soutenue le 6 Mai 2011
- Ashley Ouvrier : Anthropologie de la recherche médicale en milieu rural sénégalais. Directrice de thèse : A. Desclaux. MMSH, Aix en Provence, soutenue le 9 Mai 2011
- Albert Gautier Ndione : Les relations de soins entre usagers de substances et soignants : Attitudes et représentations des professionnels de santé face aux usagers de drogues au CHNU de Fann Mémoire de Master 2 de socio-anthropologie soutenu le 1er février 2012 par Albert Gauthier Ndione, sous la direction de M. Lamine Ndiaye et le tutorat d'A. Desclaux
- Alassane Sow: Les personnes âgées et la fréquentation des associations de pvVIH à Dakar. Mémoire de Master 1 de socio-anthropologie soutenu le 30 novembre 2011, sous la direction de Sylvain Faye et le tutorat de Alice Desclaux
- Mingue Seck: Les représentations des mères face à la douleur des actes de soins dans le cadre de la prise en charge des enfants vivant avec le VIH à l'Hôpital Albert Royer. Mémoire de Master 2 soutenu le 25 janvier 2012 à l'UCAD sous la direction de M. Lamine Ndiaye, anthropologue, et le tutorat d'Alice Desclaux.
- Julie Couterut : Thèse de médecine. Le « partage » du statut sérologique chez les personnes vivant avec le VIH et traitées par ARV au Sénégal : déterminants et conséquences. Soutenance le 25 octobre 2011.
- Sabah Boufkhed. Etude sur les dépenses de santé de Personnes vivant avec le VIH/Sida au Sénégal pour appuyer un plaidoyer sur la gratuité des soins liés au VIH au niveau national. Cohorte ANRS 1215. Rapport de stage, Master Action et Droit Humanitaires, option Humanitaire et Développement Humain. Université Paul Cézanne. 20p, 2010.
- Khoudia Sow: Thèse de doctorat d'anthropologie. Avoir un enfant au temps du VIH en Afrique. De la distinction à la normalisation : dimensions socioculturelles du traitement des femmes dans les services de santé reproductive sénégalais. Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille, soutenance prévue en 2012
- Moussa Diaw Mbop : Thèse de Doctorat d'état en pharmacie sur le sujet : « Ampleur des interruptions thérapeutiques non programmées et impact sur l'efficacité chez les malades sous traitement antirétroviral depuis 1998 au Sénégal ». Cette thèse codirigée par Dr Assane DIOUF sous la supervision du Pr Bara NDIAYE a été soutenue le 29 mars 2011 avec mention très honorable et félicitations du jury.
- Mindor Basse : Thèse de Doctorat d'état en pharmacie sur le sujet : « Enquête sur la gestion des médicaments antirétroviraux dans les structures de dispensation du Sénégal ». Thèse en cours dirigée par Dr Assane DIOUF sous la supervision du Pr Bara NDIAYE. Soutenance en 2012
- Kouro Bouso : Mémoire de fin d'études de spécialisation en Maladies Infectieuses sur le sujet : « Mortalité chez les patients sous traitement antirétroviral depuis 1998 au Sénégal : incidence, causes et facteurs associés ». Mémoire en cours sous la direction du Dr Assane DIOUF et du Pr Cheikh Tidiane NDOUR. Soutenance en 2012.
- Fatou Lama Dieye : Thèse de Doctorat d'état en pharmacie sur le sujet « Interruptions thérapeutiques des antirétroviraux au CRCF ». Thèse en cours dirigée par le Dr Assane Diouf sous la supervision du Pr Bara Ndiaye. Soutenance prévue en 2012.
- Mamadou Ndoye : Thèse de Doctorat d'état en pharmacie sur le sujet « Cout des traitements hors ARV au CRCF ». Thèse en cours dirigée par le Dr Assane Diouf sous la supervision du Pr Bara Ndiaye. Soutenance prévue en 2012.

Autres formations

Projet ESTHER

- Atelier sur les causes de décès chez les PVVIH – 02 Février 2011
- Atelier de formation sur « VIH et drogues » : 1er module du 23 au 27 Avril 2012

Management Sciences for Health (MSH/USAID)

- Programme virtuel de renforcement des capacités de leadership- Sept 2010 à Juin 2011

Académie des Sciences

- 05 au 07 Juillet 2011 : 2ème Atelier de formation sur la rédaction Médicale

BILAN DES PROJETS ANRS

RECHERCHE VIROLOGIQUE

Titre du projet :

Evaluation de l'échec virologique et résistances aux ARVs chez des patients VIH positifs pris en charge dans les programmes et structures nationaux en Afrique et en Asie.

Promoteur :

Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS France)

Partenaires :

Centre Muraz, Bobo Dioulasso 01. CEDRES CHU de Treichville, Abidjan. CNR VIH/IST PNLS - BIOLIM, Lome Epidémiologie clinique, santé mère-enfant et VIH en Asie du Sud-Est UR054/PHPT Chiang Mai, University, Muang Chiang Mai. Laboratoire de bactériologie-virologie CHU Le Dantec, Dakar. Laboratoire de virologie Hôpital Necker-Enfants Malades, Paris. Laboratoire du VIH/Sida Institut Pasteur du Vietnam, Hô Chi Minh Ville.

Investigateurs principaux Nord Sud

Equipe Française : Ahidjo AYOUBA, Laboratoire/hôpital/institut Laboratoire «VIH/Sida et Maladies Associées» UMI 233-UMR 145 Université de Montpellier, Montpellier, France

Equipe du Sud : Avelin AGHOKENG FOBANG, Laboratoire/hôpital/institut UR Acteurs et systèmes de la santé UMI 233-UMR 145 Université de Montpellier, Montpellier, France

Résumé

L'objectif principal de ce projet est d'évaluer l'efficacité virologique et la fréquence de résistances aux ARV en cas d'échec virologique après 12 et 24 mois chez les patients traités en première ligne et suivis dans les programmes et structures nationales selon l'approche de santé publique de l'OMS (sans suivi virologique). Les objectifs spécifiques sont de :

- déterminer la proportion de patients ayant une charge virale plasmatique indétectable après 12 et 24 mois de traitement ARV ;
- déterminer la fréquence de virus résistants et le type de mutations sélectionnées chez les patients ayant une charge virale détectable (CV >1000) ;
- déterminer les facteurs associés aux échecs virologiques et l'apparition des mutations de résistance ;
- étudier le type de mutations sélectionnées en fonction des traitements reçus et en fonction des différents sous-types/CRF prédominants dans l'étude : CRF01 (>90% en Asie du sud-est) versus CRF02 (>70% en Afrique de l'ouest).
- Il s'agit d'une étude transversale dans 7 pays (2 en Asie, 5 en Afrique) chez des patients VIH-1 positifs sous trithérapie antirétrovirale de première ligne depuis 12 et 24 mois.

Chaque pays participant à l'étude (exception Côte d'Ivoire, voir plus loin) inclut 2 x 300 patients consécutifs sous traitement ARV de première ligne depuis 12 et 24 mois (± 2 mois).

Pour les patients à M24, des papiers filtres sont également réalisés. Au niveau de chaque pays, les 600 patients peuvent être inclus soit dans un site unique, soit dans plusieurs sites avec une prise en charge équivalente, tous selon l'approche santé publique de l'OMS. Chez les patients présentant une charge virale plasmatique supérieure à 3 log (1 000) copies/ml, un génotypage pour la recherche de mutations de résistance sera réalisé dans les gènes de la protéase (gène complet) et de la RT (au moins les 300 premiers codons).

Sites de recherche : Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Sénégal, Thaïlande, Togo, Vietnam

Nombre prévu de sujets 600 patients/site

Résultats du site Sénégal

Au Sénégal, le recrutement a commencé en Décembre 2009 se limitant au seul site du CTA mais en mars 2010 après le bilan du premier trimestre nous avons décidé d'augmenter le nombre de site de recrutement en ajoutant le CRCF et le centre de Santé de Roi Baudouin. En Février 2011, deux autres sites (Centre de promotion pour la santé CPS et Hôpital Aristide Le Dantec) ont été rajoutés pour augmenter les chances d'inclusion. En Avril 2011 coïncidant avec la fin du recrutement, un total de 430 patients avec 262 à 12 mois et 168 à 24 mois a été analysé avec un taux d'échec virologique de

9,5% à M12 et 10,25% à M24. Parmi les patients en échec virologique, 70,83% et 83,33% respectivement à 12 et 24 mois présentent au moins une mutation de résistance aux ARVs. Le taux global de résistance a été de 6,5% à M12 et 8,9% à M24. En outre, la majorité des patients étaient résistants à la EFV/NVP (73,80%), 3TC/FTC (54,76%), molécules retrouvées dans presque tous les traitements de première ligne. Parmi les patients en échec virologique, 19% présentaient déjà une résistance à l'étravirine, molécule non encore disponible au Sénégal.

Conclusion

A Dakar, l'émergence de la résistance du VIH-1 dans les premières lignes de thérapie antirétrovirale est modérée. Cependant, le nombre élevé de souches résistantes (67%), observées chez les patients en échec virologique après 12 mois de traitement montre l'importance de l'observance et la généralisation du suivi virologique qui permettrait d'éviter les accumulations de mutations. Des études supplémentaires dans d'autres régions du Sénégal sont nécessaires pour évaluer le taux général de résistance aux ARVs.

Contrôle de Qualité

Ce projet a été accompagné d'un programme de contrôle de qualité assuré par les laboratoires de Necker et de Montpellier. Pour le Sénégal le contrôle de qualité est assuré par le laboratoire de l'IRD et concerne la charge virale et le génotypage. Les résultats sont représentés par les figures suivantes : La figure 1a et 1b représentent les corrélations et la concordance en charge virale en prenant comme référence la technique Biocentric dont le seuil est à 300 copies/ml

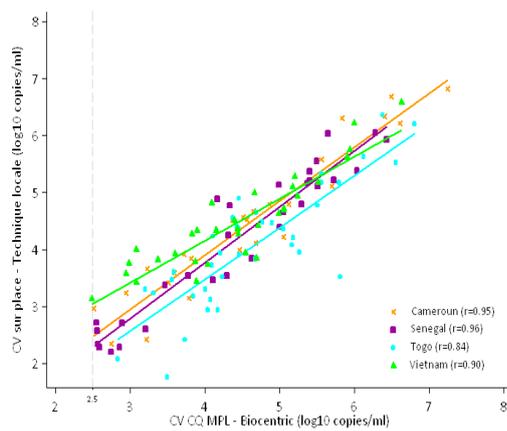
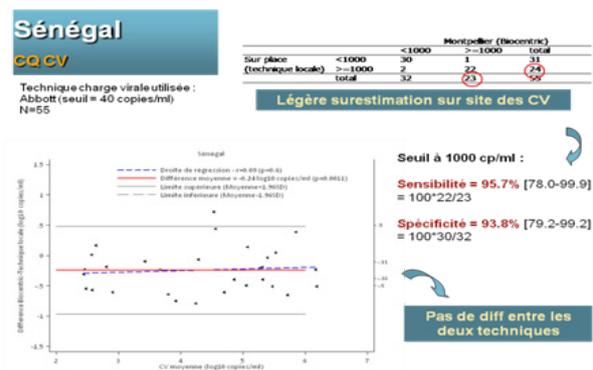


Figure 1a : les corrélations de charge virale



1b : diagramme de concordance

La figure 2 et le tableau 1 représentent les résultats du contrôle de qualité génotypage

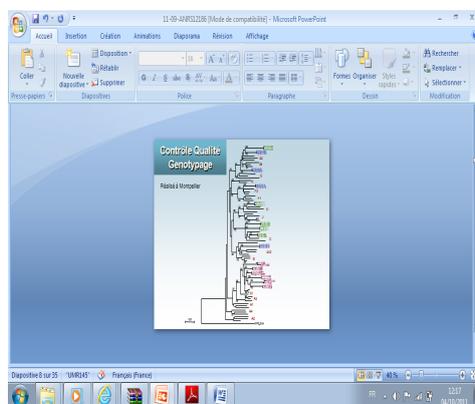


Figure 2 : Contrôle de Qualité génotypage

Sénégal CQ Genotypage

Echantillons,	nbre Nt diff (dégénéré) / nbre Nt tot	%
SN011	6 (6) / 1104	0,5
SN036	7 (6) / 1032	0,7
SN111	25 (19) / 1131	2,2
SN383	8 (7) / 1070	0,7
CM488	3 (2) / 1069	0,3

	NRTI							NNRTI		
	3TC	ABC	AZT (ZDV)	DDI	DDI	FTC	TDF	EFV	ETV	NVP
Mpi-SN011	Resistance									
SN-SN011	Mutation									
Mpi-SN036	Resistance									
SN-SN036	Mutation									
Mpi-SN111	Resistance									
SN-SN111	Mutation									
Mpi-SN383	Resistance									
SN-SN383	Mutation									
Mpi-SN488	Resistance									
SN-SN488	Mutation									

Séquences nucléotidiques comparables et une seule différence dans l'interprétation des résistances (I vs R)

Tableau N° 1: contrôle de qualité génotypage.

Le doctorant Nafissatou Leye Diouf travaille sur le projet dont les résultats préliminaires ont été présentés à ICASA 2011 et elle a obtenu le prix jeune chercheur du volet B.

ANRS 12235

C'est un projet ancillaire de l'étude précédente ANRS 12186

Ce projet consistait à préparer des spots de DBS sur le site de prélèvement à partir des échantillons de M24 et à les conserver à température ambiante et transférer dans le mois au laboratoire de référence pour une conservation à -80°C.

Objectifs

- Evaluer la charge virale sur buvard en utilisant la même technique que pour le plasma
- Evaluer le taux de réussite de l'amplification à partir du buvard
- Comparer les mutations obtenues sur buvard avec celles issues du plasma.

Méthodologie

Au Sénégal, les tests ont été réalisés sur 60 échantillons (paire plasma/DBS) répartis comme suit :

tous les patients avec CV > 1000 copies/ml,

10% des patients avec cv comprise entre le seuil et 1000 copies/ml

5% des patients avec CV < seuil

Les acides nucléiques ont été extraits à partir du plasma avec l'automate m2000sp de Abbott et de façon manuelle à partir de 2 spots de DBS par échantillon. Les charges virales (CV) des plasmas et DBS ont été quantifiées sur la plateforme m2000rt de Abbott.

Pour les besoins de comparaison des CV et des mutations de résistance, l'étude a porté sur soixante paires Plasma/DBS triés en fonction de valeurs de CV des échantillons plasma considérés comme références. L'analyse statistique a été faite par corrélation et concordance selon la méthode de Bland et Altman. Les tests de résistance ont été effectués avec la technique de l'ANRS et les mutations de résistance analysées avec l'algorithme de l'Université de Stanford.

Résultats

Sur 60 échantillons de plasma vs DBS, 39 avaient donné des résultats de CV concordants. Les 21 avaient des résultats discordants dont 6 invalides sur les DBS, 3 détectables uniquement sur DBS et 12 détectables seulement sur le plasma avec des valeurs de 41 à 515 copies/ml. Dix neuf parmi les 39 avaient une CV quantifiable. Leur corrélation était bonne ($r=0,99$). L'analyse par Bland Altman a montré une bonne concordance (biais moyen = 0,47) ; globalement une surestimation de la CV sur DBS était observée surtout pour les CV faibles. Parmi les 19 échantillons, 13 avaient une CV >1000 copies/ml et 12 d'entre eux ont déjà fait l'objet d'un génotypage. Les mutations majeures de résistance ont été identiques pour les 2 types de prélèvements : M184V (7), K103N (7), G190A (3), M41L (1), T215Y (1) et Y181V (1) pour les INRT et les INNRT.

Conclusion

Ces résultats ont montré que le DBS pourrait se substituer au plasma dans le suivi virologique des patients sous ARV d'autant plus que l'échec virologique et les mutations ont été identiques sur les deux supports de prélèvements.

Le doctorant Abou Abdallah Malick Diouara, travaillant sur le génotypage en utilisant le DBS, a assuré cette partie du projet qui a été présenté à la dernière conférence francophone AfraVIH 2012.

Documentation d'une surinfection d'un patient sous ARV au Sénégal dans la cohorte ANRS 1215/1290

Problématique

L'importance des phénomènes de recombinaisons génétiques observés lors de ces études d'épidémiologie moléculaire suggère que les phénomènes de co et de super-infection sont loin d'être rares et qui permis de documenter des cas de co-infections dans la populations de MSM et un cas de surinfection dans un couple hétérosexuel de la cohorte 1215/1290.

La cohorte ANRS 1215/1290 regroupe les premiers patients mis sous traitement ARV (dans le cadre de l'ISAARV) qui font l'objet de suivi virologique régulier.

Objectifs

Documenter un cas de surinfection entre sous type/CRF dans la cohorte.

Méthodologie

La phylogénie a été effectuée en utilisant le ClustalX 1.83 et l'étude des recombinaisons par Bootscanning avec Simplot v. 3.5.1. La mise en évidence d'un phénomène de surinfection est effectuée par SGA (single genome amplification) et séquençage direct des produits de PCR amplifiés. La datation probable a été effectuée par BEAST (Bayesian Evolutionary Analysis by sampling trees).

Résultats

L'analyse phylogénétique de la souche du patient index mis sous traitement en 2000 a montré dès 2001 son appartenance au sous-type G sur le gène pol. Ce sous-type a été conservé jusqu'en 2008. En 2009, un nouveau rebond virologique a permis de mettre en évidence l'acquisition d'un URF G/CRF18_cpx suspectant un phénomène de surinfection résultant d'une recombinaison entre sous-type G et CRF18_cpx. La confirmation du phénomène a imposé le séquençage des prélèvements du conjoint traité depuis 2007 (et non observant) qui a montré son appartenance au CRF18_cpx. L'utilisation de BEAST a permis d'estimer la période probable de la surinfection qui se situerait entre 2007 et 2008 malgré les changements de schémas thérapeutiques.

Conclusion

Cette étude a permis la documentation d'une surinfection et de montrer l'importance du suivi thérapeutique des patients, notamment dans un contexte où l'on envisage le traitement comme prévention de l'infection au VIH.

Le doctorant Moussa Thiam a mis en évidence le phénomène avec l'appui de l'UMI 233 du Pr Eric Delaporte.

Sous-type C du VIH1

Origine et histoire évolutionnaire du sous-type C du VIH-1 au Sénégal

Problématique

Au Sénégal, au plan de l'épidémiologie moléculaire du VIH-1, le CRF02_AG prédomine dans la population générale et les travailleuses du sexe (TS). En revanche, 40% des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (MSMs) au Sénégal sont infectés par le sous-type C. (Surprisingly high prevalence of subtype C and specific HIV-1 subtype/CRF distribution in men having sex with men in Senegal. Diop-Ndiaye H et al, JAIDS 2009 ; 52 :249-252). Afin de mieux comprendre l'histoire évolutive de ce sous-type, qui prédomine aujourd'hui dans cette population de MSMs, une étude a été entreprise pour analyser les origines géographiques et les dates d'introduction du VIH-1 C au Sénégal

Méthodologie/Résultats

Une combinaison d'analyses phylogénétiques et une approche de coalescence bayésienne ont été utilisées afin d'étudier les relations phylogénétiques dans la région pol de 56 isolats de sous-type C du Sénégal avec 3025 souches de sous-type C qui ont été échantillonnées dans le monde entier. L'analyse a montré un cluster soutenu de manière significative avec toutes les souches du sous-type C circulant chez les MSMs au Sénégal. Le cluster MSM et d'autres souches du Sénégal sont largement dispersés parmi les différents sub-clusters de VIH-1/C africains, suggérant de multiples introductions de sous-type C au Sénégal à partir de souches de différents pays du continent. Des analyses plus détaillées ont montré que les souches du VIH-1 C de MSM sont plus étroitement liées à celles de l'Afrique australe. La date estimée de l'ancêtre commun le plus récent (MRCA) du sous-type C dans la population MSM du Sénégal est estimée au début des années 80.

Conclusions

Cette reconstruction évolutionniste a suggéré que plusieurs virus de sous-type C avec un ancêtre commun, originaire du début des années 1970, sont entrés au Sénégal. Il n'y eu qu'une diffusion dans la population des MSMs, qui est fort probablement attribuable à une seule introduction.

Intérêt du papier buvard (DBS) pour le génotypage du virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues au Sénégal (ANRS 12243 UDSEN)

Promoteur

Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS, France),
Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée (IMEA, France), Fonds Mondial

Investigateurs

Equipe Nord : Dr Leprêtre Annie, Hôpital Bichat Claude Bernard, Paris (France)
Equipe Sud : Dr Ba Idrissa, Hôpital de Thiaroye, MSPM, Dakar (Sénégal)

Résumé

La prévalence du virus de l'hépatite C (HCV) est inférieure à 1% au Sénégal et était estimé à 1,6 % chez les patients VIH positif. Une récente étude, (ANRS 12 243) menée à Dakar dans le groupe des usagers de drogue (UD), a montré que 23,7% des participants étaient positifs à l'anticorps anti-VHC.

Objectif

Ce travail s'intéressait à la détermination de la charge virale et l'étude de la diversité génétique du VHC chez les usagers de drogue en utilisant le papier buvard comme support de prélèvement.

Méthode

Les participants utilisant l'héroïne et/ou la cocaïne durant les 3 mois qui ont précédé l'enquête ont été recrutés dans la région de Dakar entre Avril et Juillet 2011 par la méthode RDS (Respondent Driven Sampling). Cinq gouttes de sang total ont été déposées sur le papier buvard de type Whatman. Les anticorps anti-VHC ont été détectés utilisant un test rapide (Vedablab-HCV-Check). La charge virale (CV) a été réalisée avec la technique d'Abbott Realtime. Le génotypage a été réalisé sur tous les DBS avec une charge virale détectable avec deux techniques de génotypage (LiPA Versant HCV reverse hybridization assay et Abbott RealTime HCV Genotype II assay).

Autres sites de recherche

Laboratoire de Virologie de l'hôpital Saint Antoine de Paris - France

Résultats

Sur les 506 participants, 120 étaient positifs à l'anticorps anti-VHC. La CV était détectable sur 25 DBS et comprise entre 710 et 766740 IU/ml avec une valeur médiane de 150580 IU/ml. Le génotypage a montré une prédominance du génotype 1 (21/25) avec 16 génotypes 1a et 5 génotypes 1b. Les génotypes 4 (n=2), 3 (n=1), 2 (=1) ont également été retrouvés. Les 2 techniques de génotypage présente 100% de concordance et une possible double infection (1a + 1b) a été identifiée avec le génotypage Abbott.

Conclusion

Les DBS peuvent être utilisés pour la détection des anticorps anti-VHC, la charge virale et le génotypage. Une prédominance du génotype 1 est trouvée parmi les UD au Sénégal. Toutefois, un stockage des DBS à -20°C dans les 48 heures suivant la collecte est nécessaire pour éviter la sous quantification des DBS qui pourrait justifier le faible nombre des DBS quantifiés. Reconnaisant ces limites, les DBS seraient d'un grand apport pour la détection et le génotypage des patients VHC.

Le doctorant Ousseynou Ndiaye s'occupe de ce projet dont les résultats sont acceptés en Poster pour la conférence de Washington 2012.

Communications scientifiques en virologie 2011-2012 (publications en annexe)

16ème ICASA, Decembre 4-8,2011 – Addis Abeba, Ethiopie:

Echec virologique et résistance du VIH-1 aux ARVs après 12 et 24 mois de traitement de 1ère ligne au Sénégal (Projet ANRS 12186) MOAB0103

Apport du papier buvard dans le génotypage du VIH-1 en milieu décentralisé au Sénégal WEAA0504

Evolution de la résistance primaire de l'infection à VIH dans un groupe de MSM au Sénégal MOPE055

Etude génotypique de la résistance du VIH-1 chez des femmes antérieurement exposées a la PTME et présentant un echec virologique sous trithérapie WEPE021

Efficacité virologique du traitement antirétroviral dans un contexte de moyens limités, Expérience d'un hôpital décentralisé de Dakar : Hopital Militaire de Ouakam WEPE002

6ème IAS, juillet 17-20, 2011 – Rome, Italie

HIV-1/M circulating strains and dual infections in men having sex with men (MSM) versus general population in Senegal Poster MOPE099

Evolution of HIV-1 genetic diversity in MSM group in Senegal Poster MOPE029

HIV-1 reverse transcriptase inhibitor resistance in vertically infected infants in Senegal CD-ROM -CDB105

HIV-1 drug resistance and genetic diversity in infected patients receiving long-term HAART in Senegal CDB104 - CD-ROM

CROI , 5-8 Mars, 2012, Seattle, USA

Virological Outcome and Frequency of Drug-resistance Mutations in HIV-1+ Patients Receiving First-line ARV Regimen and Monitored with the Clinical Approach in Southeast Asia and Sub-Saharan Africa. Poster 737

AFRAVIH, 27-28 Mars, 2012 – Genève, Suisse

Résistance du VIH-1 aux antirétroviraux chez des enfants sénégalais en échec virologique après 20 mois de traitement de première ligne selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé. C214/39S

RECHERCHE CLINIQUE

ANRS 12115/IMEA 032 « DAYANA »**Titre du projet**

Essai de phase III sans insu sur les traitements, randomisé, évoluant à DAKAR(Sénégal) et à YAOUNDE (Cameroun) l'efficacité virologique et la tolérance de 4 nouveaux traitements antirétroviraux simplifiés pendant 96 semaines chez des patients infectés par le VIH₁ et naïfs d'antirétroviraux.

Promoteur

Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS France)

Investigateurs

Investigateur Principal : Dr Roland Landman CHU . Bichat-Claude Bernard 75018 Paris.

Investigateur Sénégal : Pr Papa Salif Sow - Service des Maladies Infectieuses – Centre régional de recherche et de Formation à la Prise en Charge clinique du VIH et Maladies Associées (CRCF)

Comité Ethique

Accord du comité éthique du MSP/DS/CNRS le 08/07/2008 (N° 00044 MSP/DS/CNRS SEN09/08)

Date de début : 15 Juillet 2008

Date de fin : Juin 2011

Résumé

Le but de cet essai est de démontrer que les traitements simplifiés ont la puissance suffisante pour rendre la charge virale plasmatique(CV) indétectable à court terme au même titre qu'une trithérapie de référence (TDF/FTC/EFV). L'essai n'a pas pour objectif d'être comparatif entre ces traitements mais de sélectionner sur la base de leur puissance des traitements prometteurs pour l'avenir qui pourront être ensuite évalués dans le cadre de cohorte ou d'essai thérapeutique plus large et de puissance suffisante pour être comparatif ou concluant sur le long terme.

Objectif principal

Identifier, parmi les 4 traitements étudiés, ceux dont la puissance antirétrovirale est suffisante pour assurer à S16 un taux de succès virologique, défini par un ARN VIH-1 plasmatique < 50 copies/mL sous traitement initial, supérieur à 50%.

Traitements de l'essai

Lopinavir/Ritonavir (LPV/r), Tenofovir (TDF), Efavirenz (EFV), Zidovudine (AZT), Nevirapine (NVP), Emtricitabine (FTC).

Nombre de patients 120, suivi sur 96 semaines

Autres sites de recherche

Yaoundé (Cameroun), Site ANRS

Etat d'avancement au Sénégal :

- Avis favorable du projet par l'ANRS : Mars 2005
- Avis favorable du Comité d'éthique Sénégal : 20 Novembre 2006 protocole soumis jusqu'à S48 et la demande de l'ANRS prolongation de l'essai à S96 avis favorable CE : 08/07/2008
- Les derniers contrats entre l'ANRS et les firmes pharmaceutiques ont été signés en janvier 2008.
- Autorisation d'importation de l'ATRIPLA à Dakar : 10 avril 2008
- 1ère inclusion effective: 28 août 2008
- Fin des inclusions : 17/06/2009
- Deux réunions du Comité indépendants ont eu lieu, en mars 2009, et Février 2010 qui recommandaient la poursuite de l'essai
- En Juin 2011 tous les participants ont terminé leur suivi, l'analyse est en cours.

Communications 2011

16ème ICASA, Decembre 4-8,2011 – Addis Abeba, Ethiopie:

Evaluation of four tenofovir containing regimens as first-line treatment in Cameroon and Senegal at

Week 72: the DAYANA Trial IMEA032/ANRS121115. Communication orale

6ème IAS, juillet 17-20, 2011 – Rome, Italie

Determinants of virological response in double therapy with TDF/LPV/r first-line therapy in Cameroon and Senegal: DAYANA trial, IMEA 032/ANRS121115. Poster 355

Evaluation of four tenofovir-containing regimens as first-line treatments in Cameroon and Senegal: DAYANA trial, IMEA 032/ANRS121115. Poster 277

Les résultats à S96 sont en cours de rédaction et devront être soumis très prochainement pour publication.

ANRS 12169 « 2LADY »**Titre du projet :**

Evaluation de trois stratégies de traitement antirétroviral de 2^{ème} Ligne en Afrique (Dakar - Bobo Dioulasso - Yaoundé)

Promoteur :

Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS, France)

- **Investigateurs**

Investigateurs Coordinateurs: Pr Eric Delaporte - Université de Montpellier 1, Institut de Recherche pour le Développement (UMI 233) France. Pr Koulla Shiro Sinata – Service de Maladies Infectieuses, Hôpital Central – FMSB/UY1 Yaoundé, Cameroun.

Investigateur Sénégal : Pr Papa Salif Sow - Service des Maladies Infectieuses – Centre régional de recherche et de Formation à la Prise en Charge clinique du VIH et Maladies Associées (CRCF)

Investigateur Burkina : Dr Adrien Sawadogo, Hôpital de Jour - CHU Sanou Souro

Comité Ethique

Accord du comité éthique du MSP/DS/CNRS le 06/07/2009 (0045 MSP/DS/CNRS SEN 16/09)

Date de début : Décembre 2009 Date de fin : Avril 2013

Résumé**Objectifs :**

Comparer, dans le contexte africain, chez des patients en échec virologique d'une première ligne d'antirétroviraux comprenant un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse, la réponse virologique (ARN VIH plasmatique < 50 copies/ml) à 48 semaines dans trois groupes de patients recevant trois associations antirétrovirales différentes : l'association emtricitabine-ténofovir-lopinavir/ritonavir dans le bras A, l'association abacavir-didanosine-lopinavir/ritonavir dans le bras B et l'association emtricitabine-ténofovir-darunavir/ritonavir en monoprise quotidienne dans le bras C.

Critère principal de jugement :

Réponse virologique: proportion de patients ayant un ARN VIH plasmatique < 50 copies/ml à 48 semaines. Des critères de tolérance et efficacité immuno-clinique sont aussi inclus dans l'analyse.

Par ailleurs une évaluation médico-économique de ces trois stratégies de traitement antirétroviral sera effectuée.

Autres sites de recherche

Yaoundé (Cameroun), Bobo- Dioulasso (Burkina Faso)

Etat d'avancement

- Tenue du DSMB en Septembre 2010 et Avril 2011 : favorable à la poursuite de l'étude
- Malgré des stratégies de screening plus larges, le nombre de participants inclus reste inférieur au nombre de participants prévus. Sur le site du Sénégal, plusieurs facteurs expliquent ce retard à l'inclusion: la décentralisation de la prise en charge, les schémas de première ligne utilisés, la difficulté de réalisation des charges virales.

C'est ainsi que fin 2011 on notait :

SITE	Prélèvement (J-60,45)	SCREENING (J-60,45) POSITIFS	PRE-INCLUSION (J-15)	INCLUSION
YAOUNDE	1369	349	237	202
DAKAR	358	155	72	52
BOBO	2928	242	110	76
	4655	746	419	330

Suite au Conseil Scientifique de Mars 2012, le recrutement sur le site du Sénégal a été arrêté.

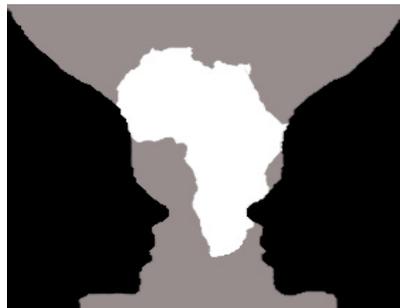
Communications 2011 - 2012

6^{ème} EDCTP Forum, Octobre 9-12, 2011, Addis Abeba, Ethiopie

The informed consent : a multi-steps approach. The experience from 2LADY, a second-line ART randomized trial.

AFRAVIH, 27-28 Mars, 2012 – Genève, Suisse

Dépistage de l'échec thérapeutique : une expérience de la phase de recrutement de l'essai ANRS 12169/EDCTP – 2LADY. 249/45S



ANRS 12221/EDCTP/ALISA**- EDCTP****Titre du projet :**

Essai multicentrique de phase III de traitements antirétroviraux de deuxième ligne chez des adultes africains (Cameroun, Sénégal, Tanzanie et Afrique du Sud)

Objectif :

L'objectif principal est de conduire un essai clinique de phase III pour évaluer les traitements de deuxième ligne recommandés par l'OMS et d'étudier la non infériorité d'un traitement simplifié deuxième ligne.

Les objectifs spécifiques sont de :

- Procéder à une évaluation des besoins en décrivant les ressources pertinentes qui existent actuellement au niveau des sites en vue d'établir une liste de besoins
- S'assurer que les sites disposent des effectifs suffisants avec l'expérience, les aptitudes et les compétences pour mener à bien des essais cliniques de phase III dans le respect des bonnes pratiques cliniques/bonnes pratiques de laboratoire
- Etablir et maintenir un système adéquat de gestion des projets qui favorisent l'accomplissement des exigences du projet
- Mettre en place un mécanisme de recueil des données à travers une base de données robuste
- Concevoir et maintenir un système d'assurance qualité et contrôle de qualité
- Conduire un essai multicentrique de phase III portant sur les quatre sites
- Maintenir un réseau de collaboration qui facilite l'harmonisation et le partage des connaissances entre les sites
- Promouvoir une meilleure communication et promouvoir la mobilisation/participation de la communauté
- S'assurer que les normes nationales/internationales en matière d'éthique soient respectées dans la planification et de conduite des essais cliniques

Principales composantes du projet:

Gestion du projet, essai clinique, renforcement des capacités et des échanges entre les sites participants au projet.

Durée du projet:

Durée du projet: 36 mois

Dans le cadre de ce projet EDCTP, deux protocoles ont été développés :

- ANRS 12169 « 2LADY » : cf. présentation plus haut**- ANRS 12221 « ALISA » :****Titre du projet :**

Essais multicentrique de phase III de stratégies de traitements antirétroviraux de seconde ligne chez des adultes africains (Tanzanie et Afrique du Sud)

Promoteur :

Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS, France) avec le soutien financier d'EDCTP, IRD, Université de Munich, Institut de Médecine Tropicale d' Antwerpen et du Fonds National Suisse de la Recherche Scientifique.

Investigateurs

Investigateur Coordinateur: Dr Alexandra Calmy – Université de Genève, 4 rue Gabrielle Perret-Gentil, 1205 Genève

Investigateur Principaux : Pr Eric Delaporte – Université de Montpellier 1, Institut de Recherche pour le Développement (UMR 145) France. Dr Lucas Maganga – Mbeya Medical Research Programme, Hospitla Hill, P O Box 2410 Mbeya, Tanzania. Pr Mzileni Olga Mogiyana, Université de Limpopo, Medunsa

Comités Ethiques

Version 2.1

Approbation par le Mbeya Medical Research and Ethics Committee (Tanzanie) le 23/05/2011

Approbation par le National Health Research Ethics Review Committee (Tanzanie) le 05/09/2011

Approbation par le Medunsa Research Ethics Committee (Afrique du Sud), le 18/08/2011

Date de début : non démarré

Date de fin : Décembre 2013

Résumé

Démontrer la non-infériorité d'une formulation générique en co-blister de lamivudine- ténofovir- atazanavir/ritonavir dans le groupe B par rapport au traitement de référence d'emtricitabine (ou lamivudine) -tenofovir-lopinavir/ritonavir dans le bras A, après un traitement antirétroviral de première ligne comprenant un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse, à 48 semaines en Tanzanie et en Afrique du Sud.

Critère principal de jugement :

Réponse virologique (ARN VIH <50 copies/ml) à 48 semaines : proportion de patients ayant un ARN VIH plasmatique < 50 copies/ml à 48 semaines. Des critères de tolérance et efficacité immuno-clinique sont aussi inclus dans l'analyse.

Une sous-étude sur la prévalence de l'hépatite chronique B sera réalisée dans le cadre d'une thèse par le Dr Lucas Manganga.

Autres sites de recherche

Aucun

Etat d'avancement

- Avis favorable du projet par l'ANRS : 03 Novembre 2010 (V2.0 du protocole)
- Approbation par le Mbeya Medical Research and Ethics Committee: 23 Mai 2011 (V2.0) et 5 Octobre 2011 (V2.1)
- Approbation par le National Health Research Ethics Review Committee: 06 Décembre 2011 (V2.1 + addendum spécifique pour Tanzanie)
- Approbation par le Food and Drugs Authority de Tanzanie : le, 11 Janvier 2012
- Approbation par le School of Medicine, Pathologic and Preclinical Science: 25 Mars 2011 (V2.0)
- Approbation par le Medunsa Research Ethics Committee : le 18 Aout 2011 (V2.1)
- En attente d'approbation du Medicines Control Council de l'Afrique du Sud
- Formation des équipes aux BPC, au protocole, et aux procédures spécifiques de l'étude
- Finalisation du manuel de procédure, du CRF et check-lists; mise en place de la base de données au niveau des sites
- Contrat entre l'ANRS et Mylan (ex Matrix) pas encore finalisé.
- Screening arrêté en Tanzanie (122 CV dont 28 positifs) en attente du contrat
- 1ère inclusion effective: dépend du contrat et de la disponibilité des médicaments

ANRS 12250 METABODY

Titre du projet :

Evaluation de la lipodystrophie et des troubles métaboliques chez des patients sous traitement antiretroviral de deuxième ligne en Afrique (Bobo Dioulasso, Dakar, Yaoundé). Sous étude de l'essai ANRS 12169 - 2LADY

Promoteur :

Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS, France)

Investigateurs

Laura Ciaffi, Jean Marc Mben (Cameroun),
Papa Salif Sow, Assane Diouf (Sénégal)
Arsène Héma (Burkina Faso).

Date de début : 16 mars 2011

Date de fin : 30 septembre 2013

Résumé**Problématique**

L'infection à VIH et son traitement sont associés à des troubles du métabolisme. L'expérience des traitements ARV de 2e ligne dans les pays du Sud est limitée (2,4% de la population sous ART). L'évolution des troubles morphologiques et du métabolisme après échec thérapeutique et passage en 2e ligne dans le contexte africain n'est pas encore décrite. L'essai clinique ANRS 12169 2LADY est une bonne opportunité pour évaluer en détail l'évolution clinique et biologique des changements métaboliques.

Objectif général

Décrire les altérations morphologiques et métaboliques chez des patients HIV positifs en échec de première ligne d'antirétroviraux et l'évolution/apparition de ces troubles après la mise sous traitement de 2e ligne.

Objectifs spécifiques

Evaluation initiale (J0) : Evaluation de la prévalence de lipodystrophie et du syndrome métabolique, description du profil de risque cardiovasculaire, de risque fracturaire (avec densité osseuse) et identification des facteurs associés.

Evaluation longitudinale (J0 à S48 au minimum) : Evaluation de l'incidence de la lipodystrophie et du syndrome métabolique. Evolution du risque cardiovasculaire et du risque fracturaire (avec densité osseuse). Description de l'évolution de la lipodystrophie et des anomalies métaboliques chez les cas prévalents et identification des facteurs associés à l'apparition de troubles du métabolisme.

Méthodes

Etude de cohorte prospective, multicentrique, descriptive et analytique évaluant la lipodystrophie et les troubles métaboliques (prévalence, incidence, évolution, facteurs associés) chez des patients africains infectés par le VIH-1 à partir de leur mise sous traitement antirétroviral de deuxième ligne à Bobo-Dioulasso (au Burkina Faso), à Dakar (au Sénégal) et à Yaoundé (au Cameroun) Les patients seront éligibles s'ils sont randomisés dans 2LADY et s'ils donnent leur consentement. Un échantillon de 300 patients est prévu.

Résultats attendus

Les informations pour guider la prise en charge des patients en 2ème ligne seront disponibles pour les autorités sanitaires, les associations des patients et la communauté scientifique. En particulier les données sur la densité osseuse et son évolution en cours de thérapie (jamais étudié chez les patients HIV+ en Afrique).

Etat d'avancement au Sénégal

- Les inclusions ont démarré le 13 Avril 2011 au Sénégal.
- A la date du 31 mars 2012, 19 participants ont été inclus dans l'étude METABODY. Parmi eux, deux sont décédés (voir résumé 2LADY) et 17 sont toujours suivis dont :
 - Deux patients qui sont arrivés à leur visite S48
 - Six patients qui sont arrivés à leur visite S24
 - Neuf patients qui ont fait leur visite J0
- La fin des inclusions est fixée au 30 avril 2012 et la fin de l'étude au 30 avril 2013.

ANRS 12269 THILAO

Titre du projet :

Renforcement de l'observance et traitement à base de darunavir et raltegravir chez des adultes infectés par le VIH-1 en échec virologique de deuxième ligne de traitement antirétroviral en Afrique sub-Saharienne : Cohorte thérapeutique THILAO (« Third Line Antiretroviral Optimization »)

Promoteur:

Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS, France)

• Investigateurs coordonnateurs:

Pr Serge Paul Eholié

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales,
CHU de Treichville, BP V3, Abidjan, Côte d'Ivoire

Tel: +225 08 64 10 80 ; Fax : +225 21 24 90 69

Courriel :speholie@afnet.net

Dr Roland Landman

IMEA - Hôpital Bichat Claude Bernard

46, rue Henri Huchard, 75018, Paris, France

Tél: +33 (0)1 40 25 63 54 ; Fax : +33 (0)1 40 25 63 56

Courriel : roland.landman@univ-paris-diderot.fr

Résumé:

Problématique : Dans les pays à ressources limitées, l'incidence des échecs des combinaisons antirétrovirales de 2ème ligne augmente rapidement. Le déficit de suivi virologique en temps réel, l'absence de test génotypique individuel en routine et le retard au changement des traitements en sont les principales raisons. Les conséquences de ces échecs sont redoutables: reprise évolutive du déficit immunitaire viro induit et de ses manifestations cliniques sévères, des manifestations liées aux virus lui-même notamment neurologiques, augmentation de la transmissibilité du VIH, risque de diffusion de souches résistantes dans la communauté. La majorité des patients en échec de seconde ligne en Afrique subsaharienne a été exposée de façon séquentielle à un régime à base d'un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) associé à deux inhibiteurs nucléosidiques (INTI) puis, en cas d'échec, à une trithérapie reposant sur une antiprotéase (IP), généralement le lopinavir/r et deux INTI. Il est important de souligner que les données descriptives tant cliniques (y compris en terme d'observance) que biologiques (en particulier les profils de résistance) demeurent très parcellaires. Chez ces patients, le succès virologique d'une 3ème ligne d'ARV sera lié à la combinaison de deux nouveaux ARV. Parmi ce type d'ARV qui commence à devenir disponible sur le terrain, darunavir (IP) et raltegravir (nouvelle classe des inhibiteurs d'intégrase, IT) sont des combinaisons de choix. A ce socle doit être associé un ou deux INTI auxquels le VIH devrait rester sensible (tenofovir notamment). Dans ce contexte, nous nous proposons d'une part de caractériser précisément les échecs de 2nde lignes et d'autre part d'évaluer par une cohorte observationnelle ces 3èmes lignes d'ARV sur les sites ANRS de Côte d'Ivoire, du Sénégal, du Mali, du Burkina Faso et du Cameroun

Objectifs :

Estimer, chez des personnes adultes VIH+ en échec de deux lignes de traitement ayant reçu une première ligne à base de INNTIs puis une deuxième ligne à base d'antiprotéases dans des pays à faibles ressources :

- l'efficacité d'une phase de renforcement d'observance de 12 semaines sur le contrôle virologique et les facteurs associés au succès de ce renforcement
- l'efficacité et la tolérance à 48 semaines d'un traitement antirétroviral de troisième ligne à base de raltegravir et de darunavir pour les patients chez qui le renforcement n'aura pas été efficace
- le maintien de cette efficacité 48 semaines plus tard, pour les patients chez qui le renforcement aura été efficace

Objectifs secondaires :

- analyser les déterminants de l'échec à 48 semaines de traitement de troisième ligne à base de darunavir et raltegravir
- estimer le rapport coût-efficacité des régimes de troisième ligne contenant au moins darunavir et raltegravir et analyser les déterminants de ce rapport coût-efficacité

- identifier les questions que posent ces traitements de troisième ligne et qui devront faire l'objet de futures études

proposer des algorithmes de stratégie de troisième ligne dans ce contexte ne reposant pas sur la réalisation individuelle des tests génotypiques

Type description :

Il s'agit d'une cohorte prospective thérapeutique, multicentrique, multipays concernant le Sénégal, la Côte d'Ivoire, le Mali, le Burkina Faso et le Cameroun. Des adultes infectés par le VIH-1 en échec virologique de traitement antirétroviral de seconde ligne seront recrutés, puis suivis en deux phases selon le schéma ci-dessous

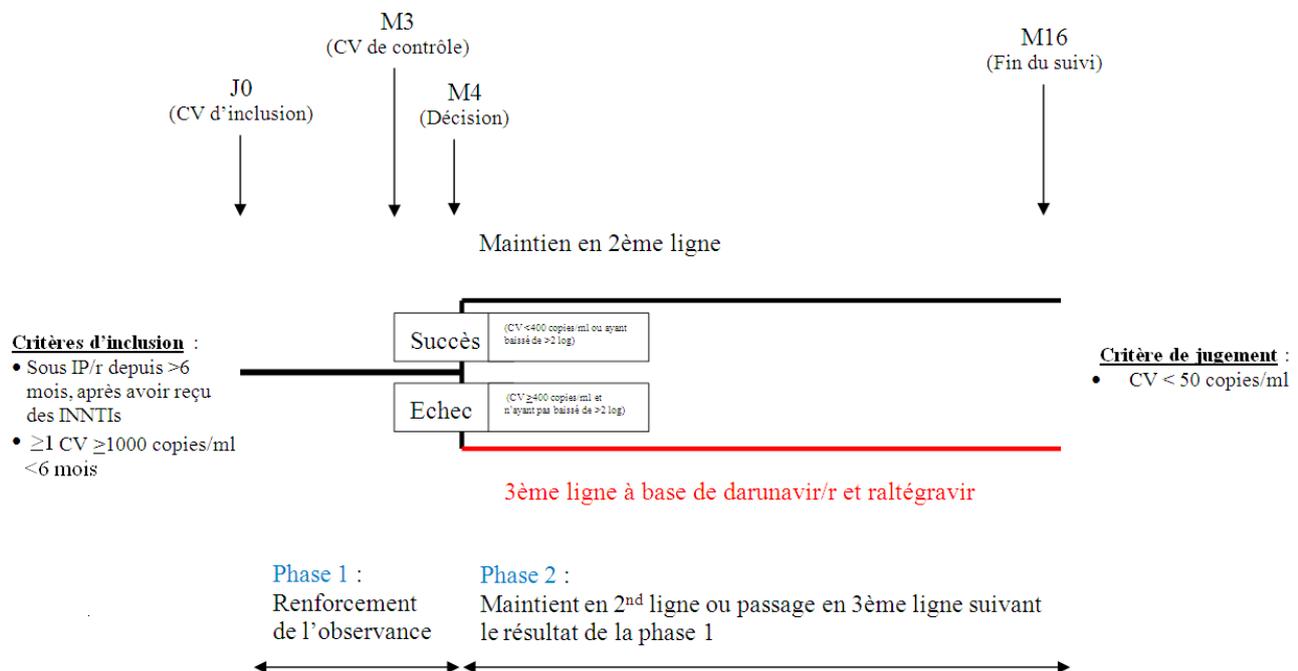
Critères d'inclusion :

- Age de la majorité dans le pays participant.
- Infection à VIH-1 documentée, quel que soit le stade clinique et le nombre/pourcentage de lymphocytes CD4.
- Patient ayant reçu une première ligne de traitement à base de 1 INNTI +2 INTIs, et se trouvant sous traitement de 2nde ligne à base d'inhibiteur de la protéase boosté stable depuis au moins 6 mois.
- Une charge virale ≥ 1000 copies/ml après au mois 6 mois de traitement de seconde ligne
- Consentement de participation signé par le patient.

Critères de non inclusion :

- Infection à VIH-2 seul;
- Evénement clinique sévère en cours d'exploration, en cours de début traitement, ou non maîtrisé, ne rendant pas souhaitable une décision immédiate de modification de régime de traitement ARV.
- Evénement clinique faisant prévoir que la personne sera sous traitement par rifampicine 4 mois plus tard.
- Antécédent de traitement par darunavir ou raltégravir

Schéma de la recherche



Autres sites de recherche:

Côte d'Ivoire, Mali, Burkina Faso et Cameroun

Situation:

En cours

Résultats attendus:

Cette cohorte sera à notre connaissance la première de ce type dans les pays à ressources limitées. Les éléments recueillis permettront de mieux comprendre les échecs de 2ème ligne, d'éclairer les enjeux cliniques et économiques des traitements de 3ème ligne, de préparer le cas échéant des futures études sur ce sujet (incluant de futurs essais thérapeutiques). Cette cohorte, de mise en route rapide, devrait accompagner l'arrivée des ARV de 3ème ligne dans les pays et contribuer au plaidoyer pour l'accès aux l'accès aux ARV de 3ème ligne dans les pays du Sud, enjeu majeur de santé publique

Titre du projet :

Evaluer l'impact bio-clinique et social, individuel et collectif, du traitement ARV chez des patients VIH-1 pris en charge depuis 10 ans dans le cadre de l'ISAARV.

Promoteur :

Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS, France)

Investigateurs

Investigateur principal Sud : Dr Ibra NDOYE Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) Sénégal

Investigateur principal nord : Dr Bernard TAVERNE IRD/Unité Mixte Internationale (UMI 233) « TRANSVIHMI » Montpellier France

Date de début : Juin 2009**Date de fin : Décembre 2011****Résumé**

L'objectif principal consiste à évaluer l'impact bioclinique et social, individuel et collectif, du traitement ARV chez des patients VIH-1 pris en charge depuis 10 ans dans le cadre de l'ISAARV. Cette étude est un suivi prospectif multidisciplinaire d'une cohorte observationnelle et comprend trois parties : sciences médicales, santé publique et sciences sociales. Elle concerne 284 patients vivants de la cohorte ANRS 1215, qui sont les premiers patients mis sous traitement ARV au Sénégal dans le cadre de l'ISAARV. L'étude en sciences médicales, dont la phase de recueil de données biocliniques s'est achevée le 30 juin 2010, reposait sur des visites médico-sociales trimestrielles avec notamment des enquêtes sociales, un soutien à l'observance ; un bilan biologique semestriel : hématologie, biochimie, CD4, charge virale ; un génotypage si besoin. Les critères de jugement comprennent le taux de mortalité, l'incidence des événements classant sida, le gain en CD4 et la proportion de patients avec une charge virale plasmatique indétectable. L'étude en santé publique menée en parallèle à l'étude bioclinique comprend un descriptif de la situation socioéconomique de la totalité des patients, ainsi que des sous-études concernant : les situations d'échecs thérapeutiques et leurs déterminants ; le devenir des enfants nés de parents sous traitement antirétroviral ; l'état de santé mentale des patients ; l'évaluation de l'observance à long terme. L'étude en sciences sociales, dont la phase de recueil de données s'est achevée mi 2011, comprend une investigation sur l'expérience de la maladie chronique ; une sous-étude sur l'expérience de la procréation dans le contexte du VIH ; une étude des discours en matière de prévention de la transmission sexuelle sous ARV.

Etat d'avancement :

Rédaction du rapport final :

Evaluation de l'impact bio-clinique et social, individuel et collectif, du traitement ARV chez des patients VIH-1 pris en charge depuis 10 ans dans le cadre de l'ISAARV – Cohorte ANRS 1215. Rapport final, mai 2012.

A. Desclaux, I. Ndoeye, B. Taverne

Le plan du rapport final comportera les chapitres suivant :

- Sommaire
- Introduction
- Partie 1 - Aspects biologiques et épidémiologies
 1. Efficacité à long terme (A. Diouf et al)
 2. Echec thérapeutique et résistances virales (P. de Beaudrap et al)
 3. Evénements indésirables graves comme critères de morbidité et de mortalité (M. Maynard et al)
 4. Vieillesse accélérée et VIH. Syndrome de fragilité et vieillissement osseux (A. Cournil et al)
 5. Mortalité (A. Diouf et al)

- Partie 2 - Aspects biocliniques et comportementaux

6. Diabète et hypertension artérielle : prévalence et facteurs associés (A. Diouf et al)
7. Lipodystrophies : prévalence, présentations cliniques et facteurs associés (A. Diouf et al)
8. Santé sexuelle : étude exploratoire (J. Diaw et al)
9. L'observance au traitement : un modèle à classes latentes (M. Bastard et al)

- Partie 3 - L'expérience individuelle et collective des patients

10. Le point de vue des patients (T. Ndoye)
11. Lipodystrophies : perceptions et souffrance des personnes atteintes, réponses collectives (A. Desclaux et al)
12. Perception du risque de transmission et sexualité (K. Sow et al)
13. Perception des effets du traitement et interprétations : antirétroviraux, VIH ou vieillissement ? (A. Desclaux et al)
14. Typologie de l'expérience du VIH et des ARV au temps de la normalisation (A. Desclaux)

- Partie 4 - Aspects sociaux

15. Le devenir socio-économique des patients (J. Coutherut)
16. Le partage du statut sérologique avec l'entourage (J. Coutherut)
17. Le partage de l'information sur son statut sérologique dans un contexte de polygamie (K. Sow)
18. Les attitudes en matière de procréation (K. Sow)
19. La quête matrimoniale (T. Ndoye)
20. L'expérience du veuvage (A. Desclaux et al)
21. Les personnes âgées et la fréquentation des associations (A. Sow et al)

- Partie 5 - De la cohorte au système de soins

22. Perceptions et prise en charge des échecs thérapeutiques (F. Muller et al)
23. Evolution du coût des traitements ARV 1998-2010 (M. B. Koïta-Fall et al)
24. Evolution des coûts hors ARV (S. Boufkhed et al)
25. Du patient au réseau : construction de la participation communautaire (C. Desclaux et al)
26. Dispositif expérimental d'information des participants en préalable à une recherche médicale (C. Desclaux et al)
27. Mesurer la stigmatisation : comparaison entre approches relativiste et universaliste auprès des veuves (A. Desclaux)
28. Base de donnée et propriété intellectuelle (B. Taverne)

Conclusion

Les apports de 10 ans de recherches de la cohorte ANRS 1215

Annexes

Communications 2011-2012 (publications en annexe)

Boufkhed, S. Taverne B. Analysis of direct costs for care related to HIV/AIDS between the third and tenth year of ARV treatment, in the context of implementing a payment-exemption mechanism in Senegal. : 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment: Abstract no. CDD301

Couderc M, Desclaux C, Desclaux A, Taverne B. Evolution des rôles et diversité des formes d'engagement communautaire dans la recherche médicale: l'expérience du Centre Régional de Recherche et de Formation à la prise en charge clinique de Fann (CRCF) au Sénégal. 6ème Conférence Francophone VIH/SIDA (AFRAVIH), Genève, Suisse, 25-28 mars 2012, Communication orale.

Cournil A, Eymard-Duvernay S, Diouf A, Moquet C, Coutherut J, Gueye N-F-N, Cames C, Taverne B, Bork K, Sow P-S, Delaporte E. Evaluation de la densité minérale osseuse par une méthode de mesure alternative chez les patients VIH de la cohorte Sénégalaise ANRS 1215 et comparaison avec la population générale. 6ème Conférence Francophone VIH/SIDA (AFRAVIH), Genève, Suisse, 25-28 mars 2012, Poster.

Cournil, A. et al. Bone mineral density in a Senegalese cohort of HIV-infected patients on antiretroviral therapy and comparison with controls from the general population. : 6th IAS Conference on HIV

Pathogenesis and Treatment: Abstract no. TUPE128

Coutherut, J. et al. Disclosure of HIV-positive status by PLHIV receiving ARV treatment for nine years in Senegal: determinants and consequences. : 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment: Abstract no. MOPE408

Desclaux A, Boye S, Taverne B. Les perceptions des lipodystrophies par les personnes atteintes à Dakar : effet « secondaire » ou motif de souffrance ? 6ème Conférence Francophone VIH/SIDA (AFRAVIH), Genève, Suisse, 25-28 mars 2012, Poster commenté.

Desclaux A, Boye S, Taverne B. Une « population vulnérable invisible » : les veuves vivant avec le VIH à Dakar. 6ème Conférence Francophone VIH/SIDA (AFRAVIH), Genève, Suisse, 25-28 mars 2012, Communication orale n° 92.

Diaw J, Coutherut J, Ndoye I, Taverne B. Etude préliminaire sur l'influence des représentations du VIH et de la sexualité sur les dysfonctions sexuelles des PVVIH traitées par ARV depuis une dizaine d'année Sénégal. 6ème Conférence Francophone VIH/SIDA (AFRAVIH), Genève, Suisse, 25-28 mars 2012, Poster.

Diaw J, Coutherut J, Ndoye I, Taverne B. Usage des préservatifs, santé sexuelle et gestion du risque de transmission chez les patients après 10 ans de traitement ARV au Sénégal. 6ème Conférence Francophone VIH/SIDA (AFRAVIH), Genève, Suisse, 25-28 mars 2012, Poster.

Diouf A, Eymard-Duvernay S, Fall Ba, Ndiaye I, Ngom Guèye N-F, Baal D, Fall Sané C, Ndiaye M, Diawara M, Delaporte E, Sow P-S. Aspects actuels du diabète et de l'hypertension artérielle chez les PVVIH sous ARV au Sénégal (cohorte « ANRS 1215 »). 6ème Conférence Francophone VIH/SIDA (AFRAVIH), Genève, Suisse, 25-28 mars 2012, Communication orale.

Diouf, A, Debeaudrap P, Diaw Mbop M, Koïta Fall M-B, Ndiaye B, Massidi C-E, Batista G, Sow P-S, Delaporte E. Interruptions thérapeutiques non programmées chez les PVVIH sous ARV : ampleur, facteurs associés et impact sur la mortalité dans la cohorte ANRS 1215. 6ème Conférence Francophone VIH/SIDA (AFRAVIH), Genève, Suisse, 25-28 mars 2012, Communication orale.

Diouf, A. et al. Long-term efficacy of HAART among adult patients receiving ART in Senegal: a twelve years cohort study. : 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment: Abstract no. CDB340

Maynard, M. et al. Changes in serious adverse events over the course of follow-up of a cohort of HIV patients on antiretrovirals for ten years in the Senegalese antiretroviral drugs access initiative (ISAARV). : 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment: Abstract no. CDB335

Sow A, Desclaux D, Ndoye I, Taverne B. Invisibilité des personnes âgées dans les associations d'appui aux PVVIH au Sénégal, impact sur la prise en charge. 6ème Conférence Francophone VIH/SIDA (AFRAVIH), Genève, Suisse, 25-28 mars 2012, Communication orale n°93.

ANRS 12100 HEPADAK

L'étude HEPADAK, essai randomisé comparant l'efficacité thérapeutique de l'association Lamivudine + vaccin hépatite B versus Lamivudine seule chez des patients atteints d'hépatite B chronique avec une charge virale $\geq 3,2$ log UI/ml, a été arrêtée le 30 juin 2008 suite à la décision du comité scientifique de l'étude en Décembre 2007.

La raison de cet arrêt est le faible nombre de patients recrutés (tirés au sort).

Les raisons pouvant expliquer ce faible recrutement, malgré le nombre important de patients présélectionnés, peuvent se résumer comme suit :

1) Au niveau de la pré-inclusion

- Très peu de sujets inclus à l'Hôpital Le Dantec (6 patients tous investigateurs confondus),
- Nombre de patients militaires (n=17) très largement inférieur à ce qui était prévu qui s'explique par une forte mobilité de ces militaires incompatible avec les contraintes du protocole
- Sujets recrutés au niveau du CNTS essentiellement porteurs inactifs.

Malgré cela, 250 patients étaient éligibles pour être inclus dans l'étude, ce qui correspondait au nombre initialement prévu.

2) Au niveau de l'inclusion

Seulement la moitié des 250 patients est revenue pour le bilan de M-2.

Les explications fournies sont diverses : peur du test de dépistage du VIH, forte réticence de la PBH des hépatologues et des sujets.

Il a cependant été décidé de poursuivre les collaborations mises en place avec un protocole de diagnostic à partir des sujets pré-inclus (Fibrodak, étude des marqueurs non invasifs de l'hépatite B chronique), suite à la mise à disposition par l'ANRS d'un FibroScan à l'Hôpital Principal de Dakar et des résultats des marqueurs biochimiques de fibrose. **Un article a été publié dans la revue Plos One sur les 225 patients ayant eu un examen par fibroscan et les biomarqueurs (fibrotest et fibromètre).**

En accord avec GSK et l'Institut Pasteur de Dakar, les patients HEPADAK/FIBRODAK relevant d'un traitement par lamivudine ont été traités par lamivudine pendant 2 ans avec un suivi clinique et un bilan biologique tous les 6 mois. Ce bilan semestriel comporte en plus d'un examen clinique, la détermination de la charge virale et des transaminases, ainsi qu'un examen au FibroScan. **Un article doit être rédigé sur les données des 55 patients traités en compassionnel par lamivudine.**

D'autre part, une analyse des fluctuations spontanées des valeurs d'ADN plasmatique du virus de l'hépatite B chez les 88 premiers patients pré inclus dans HEPADAK avec transaminases normales a été réalisée. Ces 88 patients ont été suivis de façon prospective pour dosage d'ALAT, d'ASAT, numération des plaquettes et quantification de l'ADN, 3 fois à 2 mois d'intervalle. Les résultats ont montré que 42 % des patients, auraient ou n'auraient pas été inclus selon le prélèvement retenu en fonction des fluctuations de l'ADN HBV. Le génotype et la recherche de mutations affectant l'expression de l'antigène HBe ont été effectués par puces à ADN. Cette étude souligne l'importance des fluctuations spontanées de l'ADN du VHB dans une population de patients Ag HBs positifs à transaminases normales (article en cours).

RECHERCHE EN SCIENCES SOCIALES ET SANTE PUBLIQUE

ANRS 12231 « Médico-économique »**Titre du projet :**

Evaluation médico-économique de trois stratégies de traitement antirétroviral de 2^{ème} Ligne en Afrique : projet associé à l'essai clinique 2-lady (ANRS 12169)

Promoteur :

Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS, France)

Investigateurs

Investigateur principal Sud : Pr Papa Salif Sow, Centre Régional de Recherche et de Formation (CRCF) de Fann, Dakar

Investigateur principal Nord : Dr Bruno Spire, ORS PACA - UMR 912 (INSERM-IRD-U2), Marseille

Date de début : 2010**Date de fin : 2013****Résumé**

Problématique : Un des défis majeurs à relever au cours des prochaines années est la gestion des échecs thérapeutiques et du passage en 2^{de} ligne de traitement antirétroviral dans les pays à ressources limitées. La hausse préoccupante des dépenses associées à l'arrivée des traitements de 2^{de} ligne, pour la plupart brevetés, conjuguée à un contexte de rareté des ressources, risquent d'accentuer davantage les contraintes budgétaires déjà existantes et de contraindre fortement l'accès aux traitements efficaces du VIH/Sida dans ces pays. Dans ce contexte, il apparaît prioritaire de définir des stratégies de deuxième ligne qui soient coût-efficaces. Afin de répondre à ce besoin, une étude économique est proposée d'être associée à l'essai clinique multicentrique 2-Lady ANRS 12-169, dont l'objectif est de définir des stratégies de 2^{de} ligne efficaces et bien tolérées dans le contexte spécifique de trois pays africains.

Objectif : Comparer le coût et l'efficacité de trois combinaisons thérapeutiques de 2^{de} ligne chez des patients en échec de 1^{ère} ligne dans trois pays d'Afrique Sub-saharienne (Burkina Faso, Cameroun, et Sénégal) : (i) les deux principales stratégies thérapeutiques recommandées par l'OMS dans les pays à faibles ressources, l'association emtricitabine-ténofovir-lopinavir/ritonavir (stratégie de référence) et l'association abacavir-didanosine-lopinavir/ritonavir, (ii) une troisième stratégie thérapeutique, non recommandée par l'OMS pour les pays du Sud mais ayant le double avantage d'une monoprise quotidienne et d'une meilleure tolérance, l'association emtricitabine-ténofovir-darunavir/ritonavir.

Méthodes : L'analyse proposée s'appuiera sur une analyse coût-efficacité réalisée à partir des données de l'essai clinique et de données collectées en face à face auprès des patients, complétée par un modèle probabiliste afin d'estimer les effets et les coûts à long terme des stratégies thérapeutiques comparées. La perspective adoptée sera celle de la société. Le critère d'efficacité principal sera le nombre d'années de vie gagnées. L'évaluation de la tolérance et des effets secondaires perçus par les patients dans l'essai 2-lady permettra d'affiner le résultat clinique en valorisant le parcours du patient dans les différents états de santé. L'analyse prendra en compte : (i) les coûts directs médicaux, évalués à partir des données cliniques sur les ressources consommées collectées dans le cadre de l'essai, (ii) les coûts non médicaux et les coûts indirects, évalués à partir d'un questionnaire administré en face à face auprès des patients. La réalisation d'une enquête sur les prix et coûts des services de chacun des trois hôpitaux partenaires du projet permettra d'effectuer la valorisation des coûts médicaux. L'efficacité et le coût des stratégies thérapeutiques seront comparés sur la base d'un ratio coût-efficacité marginal. L'analyse coût-efficacité sera également stratifiée en fonction du niveau d'ARN VIH plasmatique à la préinclusion (1000-5000 et > 5000 copies/ml). Une analyse de sensibilité sera conduite afin de tester la robustesse des résultats au changement des valeurs des paramètres clés de l'analyse.

Echéancier : Ce projet, associé à l'essai 2-lady ANRS 12169, se déroulera sur quatre années : les trois premières années correspondent à la phase de collecte de données (deux années d'inclusion et une année de suivi des patients) prévue dans l'essai clinique et la quatrième année sera consacrée à l'analyse économique et la valorisation scientifique.

Résultats attendus : Participer à l'élaboration des recommandations de politiques publiques en matière de traitement du VIH/Sida dans les PEDs.

Etat d'avancement :

projet en cours. Tous les participants de l'étude 2LADY ont pu bénéficier des interviews spécifiques à l'étude. Deux visites de monitoring ont eu lieu.

Sites de recherche

Sénégal, Cameroun, Burkina Faso

ANRS 12243 « UDSEN »**Titre du projet**

Enquête de prévalence et de pratiques à risques d'infection à VIH, VHB et VHC chez les usagers de drogues dans la région de Dakar (Sénégal).

Promoteur

Agence Nationale de Recherches sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS, France), Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée (IMEA, France), Fond Mondial

Investigateurs coordonateurs

Equipe Nord : Dr Leprêtre Annie, Hôpital Bichat Claude Bernard, IMEA, Paris (France)

Equipe Sud : Dr Ba Idrissa, Hôpital de Thiaroye, MSPM, Dakar (Sénégal)

Comité Ethique

Accord du comité éthique du MSP/DS/CNRS le 04/03/2011

Date de début : Janvier 2011

Date de fin : Décembre 2013

Résumé

L'Afrique de l'Ouest est devenue une zone de transit de l'héroïne et de la cocaïne à destination des pays consommateurs d'Europe et d'Amérique du Nord. Les conséquences en sont le développement du trafic et la consommation locale de ces drogues. Au Sénégal, l'étude de faisabilité ANRS12208 a permis de confirmer l'existence d'une population d'usagers d'héroïne et de cocaïne/crack dans différentes régions du pays. La région de Dakar, qui regroupe le quart de la population du pays est particulièrement concernée : une « scène ouverte » existe dans un quartier de Dakar. Plusieurs éléments (usage de la voie intra veineuse minoritaire mais existante, consommation en groupe, prostitution, précarité, liens avec usagers de drogues européens) suggèrent que cette population présente des facteurs de vulnérabilité importants aux infections à VIH, VHC et VHB. Actuellement, le recours aux soins des usagers est très limité, dans un contexte social de type répressif et un contexte sanitaire n'offrant pas de recours à des soins spécifiques.

OBJECTIFS : Mener une enquête mesurant l'ampleur de l'usage des drogues injectables, quelque soit le mode d'usage, dans la région de Dakar et estimer la séroprévalence VIH, VHC et VHB chez les usagers. La taille des populations d'usagers injecteurs et non injecteurs sera estimée. Les comportements à risques liés au mode d'usage et aux comportements sexuels seront identifiés. Le rôle du lien avec les Européens dans la diffusion du mode d'usage IV sera exploré. Les besoins des usagers en matière de prévention de la transmission du VIH, du VHB et du VHC et de soins d'addiction seront identifiés.

METHODES : La méthode d'échantillonnage orientée par les répondants, dite RDS, validée par les CDC d'Atlanta, comme méthodologie de référence de surveillance du VIH dans les populations difficiles à atteindre, sera utilisée. Le CRCF (site ANRS, CHU Fann) constituera la base de recherche. La taille estimée de l'échantillon est de 500 à 650 personnes. Les participants seront recrutés par vagues, à partir de « graines », représentatives de la diversité des usagers, chaque participant se voyant proposer de recruter trois usagers. Seront inclus les usagers de drogues ayant eu recours au mode d'administration intraveineux et/ou ayant consommé de l'héroïne ou de la cocaïne/crack au cours des trois derniers mois. L'enquête comportera un questionnaire RDS, un questionnaire comportemental et le recueil de gouttes de sang sur papier buvard. La gestion des prélèvements sera faite par les biologistes du laboratoire de virologie de l'hôpital Le Dantec, au sein de l'antenne du laboratoire au CRCF. Les usagers qui le souhaitent auront communication des résultats des sérologies lors d'une consultation et proposition, le cas échéant, d'une prise en charge dans le cadre du programme national de prise en charge du VIH. Cette enquête s'inscrit dans une démarche formative et de recherche opérationnelle visant, à mobiliser et former les personnels de structures de santé à la problématique de l'usage de drogues et du VIH.

Résultats

L'enquête s'est déroulée dans de bonnes conditions, d'avril à juillet 2011. La population des usagers

précaires d'héroïne et/ou de cocaïne/crack de la région de Dakar est estimée à 1324 (IC95% 1281-1367).

506 usagers ont été inclus dans l'enquête, dont 91,5% avaient consommé de l'héroïne au cours du dernier mois. 27,5% des enquêtés s'étaient injecté une drogue au moins une fois dans leur vie et 13,8% avaient utilisé l'injection au cours du dernier mois.

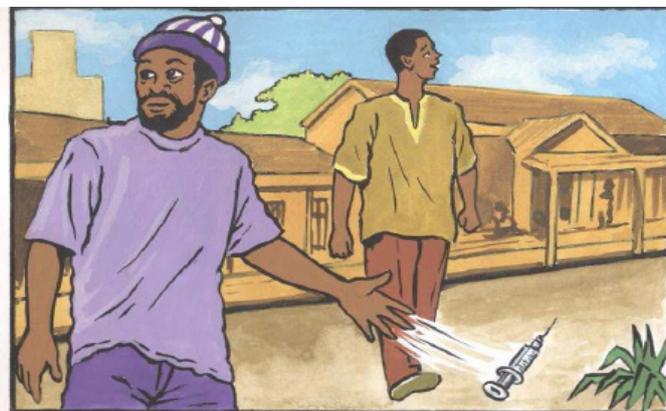
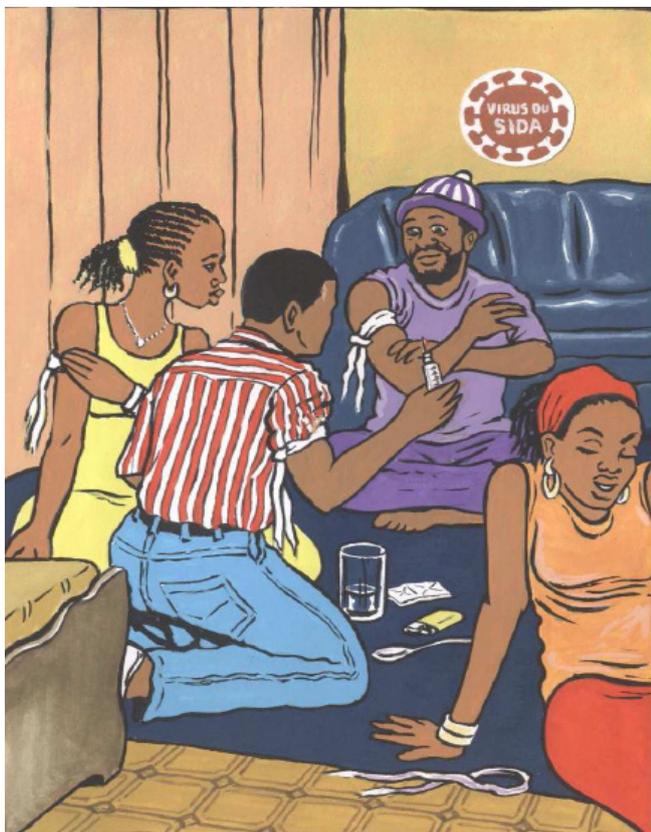
La prévalence du VIH est de 4,4 % vs 0,7% en population générale. Elle est de 9,4% chez les UD ayant déjà utilisé l'injection vs 2,5% chez les non injecteurs. La prévalence du VIH est élevée chez les femmes : 21,1 % pour celles ayant déjà injecté vs 7,5% pour les autres.

La prévalence du VHC est élevée: 23,7 % vs < 1% en population générale, encore plus pour les UD ayant déjà utilisé l'injection : 38,9 % vs 18% pour les non injecteurs. Il n'y a pas de différence selon le sexe. 226/609 usagers dépistés sont venus chercher leurs résultats. 39 patients soit 21% de l'ensemble des personnes ayant au moins un test positif étaient suivis à la consultation médicale du CRCF au 31/12/2011. Une équipe de prévention mobile auprès des UDI précaires a repris le travail de terrain depuis septembre 2011, elle a commencé à distribuer des seringues mi novembre 2011.

Les UDI font parti des populations vulnérables au VIH/SIDA dans le PLNS 2011/2015.

Perspectives

- Analyse multivariée et rédaction du rapport d'analyse final
- Réalisation d'études virologiques complémentaires : charges virales et sous typage des 22 prélèvements VIH positifs au LBV.
- Restitution des résultats complets de l'enquête :
 - o aux UDI selon les modalités définies à partir de l'étude en cours
 - o aux différentes autorités sanitaires et partenaires
- Rédaction et publication d'articles dans des revues d'audience internationale.
- Poursuite de l'appui pour la promotion d'actions de RDR et de traitements de substitution pour les UDI de la région de Dakar (projet de formation ESTHER , mission d'appui FEI/FM , projet de centre de soin et de prévention de référence à l'hôpital Fann)



Projet Ethique

Projet Ethique 3

Titre du projet :

Renforcement de la qualité (bonnes pratiques cliniques et aspects éthiques) des recherches au CRCF et autonomisation du Réseau Communautaire pour la promotion de l'éthique de la recherche et des soins au Sénégal (RECERS)

Promoteur :

SIDACTION/ANRS

Responsable scientifique :

Dr Koudia Sow

Coordinatrice du projet :

Caroline Desclaux Sall

Date de début : Janvier 2011

Date de fin : Décembre 2011

Résumé :

L'objectif général de ce projet est de « renforcer la qualité des recherches du CRCF et d'autonomiser le Réseau Communautaire pour la promotion de l'éthique de la recherche et des soins au Sénégal »

Les objectifs intermédiaires sont de :

- Améliorer la qualité des recherches au CRCF tant d'un point de vue éthique que des bonnes pratiques cliniques
- Proposer et favoriser des espaces de dialogue et de co-construction de la recherche entre équipes de recherche, communautés, participants, institutions de recherche et pouvoirs publics
- Accompagner l'autonomisation du RECERS et le développement de ses activités
- Contribuer aux activités de la Coalition RESPECT
- Documenter et analyser les expériences menées par le CRCF dans le domaine de l'éthique

Autres sites d'intervention :

Sénégal (Dakar), Burkina Faso (Ouagadougou)

Situation

Finalisé, certaines activités non réalisées ont été reportées en 2012

Résultats/Etat d'avancement

En matière d'ouverture d'espaces de dialogue, de discussion sur la recherche :

o Participation à l'organisation d'une session sur « Les nouvelles approches biomédicales de prévention du VIH » lors des Journées Anniversaire du CTA (juin)

o Réalisation de deux interventions sur « Ethique de la recherche et des soins » (Journées Anniversaire du CTA et Après-midi de l'ISAARV)

o Organisation d'une Journée d'information sur les usages de drogues au Sénégal en direction des membres du RECERS

o Organisation de 3 réunions entre les membres du RECERS et le CRCF sur les projets du centre (réunion thématique sur les projets de recherche en sciences sociales, sur les questions de gratuité de la prise en charge du VIH, réunion globale sur l'ensemble des projets du CRCF notamment de recherche médicale)

En matière d'amélioration de la qualité des recherches au CRCF

o Travail en collaboration avec le Projet QUALIPED sur la rédaction de procédures pour le CRCF

o Participation au développement des aspects éthiques dans le projet ANRS 12243-UDSEN (protocole de recherche, formation à la gestion de la confidentialité, participation de la médiatrice éthique) et

dans le projet de recherche opérationnelle CNLS/Fonds Mondial « DECVISEN »

En matière d'accompagnement du RECERS et de développement de ses activités

- o Organisation de réunions du Comité Directeur/Bureau et des commissions du RECERS (amélioration du fonctionnement du réseau, mise en place du processus décisionnel, travail sur le projet associatif du RECERS)
- o Travail de la commission Plaidoyer sur les difficultés d'accès aux soins des PvVIH et des groupes vulnérables au sein des associations
- o Réalisation d'une formation à la médiation scientifique pour les membres du RECERS (création de saynètes de théâtre-forum, de contes scientifiques pour enfants et adultes, de cartels d'images sur les questions d'éthique de la recherche et des soins)
- o Participation d'un membre du RECERS au Comité de suivi national d'une recherche opérationnelle menée au CRCF (DECVISEN)
- o Organisation de deux séances d'information collective sur l'éthique et la recherche dans les associations membres du RECERS. Mise en pratique des outils élaborés lors de la formation

En matière de contribution aux activités de la Coalition RESPECT

- o Réalisation de deux stages de membres du RECERS au Burkina Faso au sein de deux associations membres de la Coalition RESPECT (KASABATI, RAME) sur les questions de plaidoyer et de veille éthique ainsi que sur les formes d'implication des associations dans la recherche

En matière de valorisation des expériences menées dans le cadre du Projet Ethique

- o Intervention du Pr Alice Desclaux lors de la SISDAK 2011 sur « L'éthique de la recherche : l'expérience du CRCF »
- o Rédaction de deux articles (un sur le dispositif d'information expérimental de la cohorte et un sur l'histoire des dynamiques associatives au CRCF) pour le rapport ANRS 1215 (en cours de finalisation)
- o Deux communications orales et une présentation affichée acceptées pour la Conférence Francophone sur le VIH/sida à Genève en 2012

Projet Ethique 4

Titre du projet :

Améliorer la qualité des recherches et des soins au CRCF et renforcer les capacités d'intervention et le développement des activités du RECERS

Promoteur :

SIDACTION/ANRS

Responsable scientifique :

Dr Koudia Sow

Coordinatrice du projet :

Caroline Desclaux Sall

Date de début : Janvier 2012

Date de fin : Décembre 2012

Résumé :

L'objectif général de ce projet est d'« **améliorer la qualité des recherches et des soins au CRCF et de renforcer les capacités d'intervention et le développement des activités du RECERS**».

Les objectifs spécifiques sont de :

- Renforcer l'attention portée à l'éthique dans les projets actuels et à venir du CRCF
- Améliorer les conditions d'accès aux soins des patients suivis au CRCF en dehors des projets de recherche
- Proposer et favoriser des espaces de dialogue et de co-construction de la recherche entre équipes de recherche, communautés, participants, institutions de recherche et pouvoirs publics
- Renforcer les capacités d'intervention du RECERS, le développement de ses activités et sa visibilité
- Contribuer et participer au développement des activités de la Coalition RESPECT

Autres sites d'intervention :

Sénégal (Dakar-Mbour)

Situation

En cours

Résultats/Etat d'avancement

En matière de renforcement de l'attention portée à l'éthique dans les projets actuels et à venir du CRCF:

o Interventions sur les aspects éthiques de la recherche dans deux formations d'équipes de recherche (Etude sur l'Index de stigmatisation du RNP+, Etude sur l'acceptabilité de Depo-subQ dans l'appareil Uniject de FHI 360)

o Participation active de la médiatrice éthique dans le projet de recherche opérationnelle « DECUISEN » à Dakar.

En matière d'amélioration des conditions d'accès aux soins des patients suivis au CRCF en dehors des projets de recherche

o Une réunion doit être organisée avec les partenaires pour faire le point sur les dispositifs actuels de prise en charge médicale et discuter des modalités d'utilisation du fonds.

En matière de renforcement des capacités d'intervention du RECERS, le développement de ses activités et sa visibilité

o Deux séances d'information sur l'éthique et la recherche ont été organisées par les membres du RECERS auprès des bénéficiaires des structures membres. Les publics concernés étaient les adolescents vivant avec le VIH informés de leur statut et les adultes vivant avec le VIH (femmes et hommes).

- o Un membre du RECERS a participé à la Conférence Francophone sur le VIH à Genève et a pu présenter une communication orale sur une activité développée par le réseau autour de la médiation scientifique.
- o Les membres du RECERS ont participé activement à l'organisation d'une Journée d'échange sur la mobilisation de la société civile en Afrique dans la recherche en partenariat avec la Coalition RESPECT.
- o Le dépliant du RECERS a été créé et imprimé ce qui a amélioré la communication sur son existence et ses activités.

En matière de contribution et participation au développement des activités de la Coalition RESPECT

- o Le CRCF a participé à deux rencontres avec la Coalition lors de la Conférence Francophone sur le VIH à Genève.
- o Dans le cadre de la convention entre la Coalition RESPECT et Sidaction, le CRCF a organisé une Journée d'échange sur la mobilisation de la société civile en Afrique dans la recherche afin de valoriser les activités de la Coalition et du RECERS auprès des acteurs de la recherche présents au Sénégal. Cette rencontre a rassemblé environ 50 personnes (associations, ONGs de lutte contre le VIH, de défense des droits de l'Homme, CNER, Institut Pasteur, IRD, MSP, ONUSIDA). Deux partenaires de la Coalition étaient présents (Cameroun, Burlina Faso).

Publications/Communications

6^{ème} Conférence Francophone sur le VIH/SIDA, 25-28 mars 2012, Genève, Suisse

- o La formation à la technique de la médiation scientifique des associations membres du RECERS: un outil innovant pour faciliter la transmission des savoirs sur la recherche et les soins auprès des communautés (présentation orale 222/40S)
M. Diol, D. Ba, C. Desclaux
- o Evolution des rôles et diversité des formes d'engagement communautaire dans la recherche médicale: l'expérience du Centre Régional de Recherche et de Formation à la prise en charge clinique de Fann (CRCF) au Sénégal (présentation orale 245/44S)
M. Couderc, C. Desclaux, A. Desclaux, B. Taverne
- o Considérations éthiques et réglementaires liées à la méthode RDS utilisée pour l'enquête de prévalence et de pratiques à risques de l'infection par le VIH, le VHB et le VHC chez les usagers de drogues injectables (UDI) dans la région de Dakar (étude ANRS 12243 UDSEN) (présentation affichée 319/58A)
C. Desclaux, A. Leprêtre, M. Maynard, A. Desclaux, C. Fall Sané, I. Ba, A. Toufik, P.S. Sow, P.M. Girard, I. Ndoye

ANRS 12271

Titre du projet :

L'enfant protégé par les antirétroviraux. Analyses ethnologiques comparées (Sénégal, Burkina Faso, Laos)

Promoteur :

ANRS

Investigateurs

Alice Desclaux, Khoudia Sow

Comité Ethique

Accord du comité éthique en cours

Date de début : juillet 2012**Résumé**

Le projet PREM-SEN (PRévention Elimination Mère-enfant, composante Sénégal) est la composante sénégalaise d'un projet (PREM-SUD, ANRS 12271) mené dans trois pays, qui concerne également le Burkina Faso et le Laos. Fin 2009, de nouvelles recommandations de l'OMS qui proposent notamment de protéger les enfants par les ARV pendant l'allaitement permettaient aux agences des Nations-Unies de promulguer l'objectif d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici 2015 (ETME). Cette stratégie globale étend les situations de traitement des mères et accroît la médicalisation du suivi des enfants exposés et infectés, tout en permettant une forme de normalisation notamment pour l'alimentation infantile. Sur le terrain, elle fait l'objet de réticences inattendues de la part de certains professionnels de santé et femmes VIH, notamment au Sénégal. Ils estiment que l'extension des ARV à de nombreuses situations impliquant la mère et l'enfant multiplie les risques d'inobservance, accroît la charge de travail des équipes médicales et communautaires, et modifie le sens de la prise en charge dans un contexte d'incertitude prolongée concernant la transmission du VIH. Ils craignent la fin de « l'exceptionnalité du VIH » et une régression de l'efficacité préventive. Il reste à préciser si des réticences et difficultés similaires émergent dans d'autres pays du Sud.

L'objectif de ce projet est de décrire et analyser les dimensions sociales, culturelles et politiques, de l'application des nouvelles recommandations dans trois pays du Sud (en Afrique et en Asie) qui influent sur leurs limites et leurs effets, et de comprendre les réticences éventuelles face à cette avancée thérapeutique. Quatre thèmes seront abordés dans une approche anthropologique qualitative qui analysera les tendances globales et les particularités liées aux contextes locaux :

Les perceptions et pratiques autour du médicament ARV en contexte (usage des ARV, observance dans l'interaction entre mère et enfant et avec les soignants, perceptions des effets indésirables, alimentation hors allaitement exclusif).

Les perceptions de l'interaction entre VIH et ARV et de ses effets sur la transmission, dans l'ethnophysologie des substances corporelles (anthropologie du corps, des échanges entre fœtus et mère, et entre enfant et mère)

Les reconfigurations sociales et enjeux associatifs pour les femmes (effets sur la relation soignant-soigné incluant le diagnostic précoce, impact sur le suivi communautaire des femmes, dynamiques associatives et mobilisations sociales).

Les politiques locales de l'ETME : contextualisation des politiques nationales, émergence de discours divergents sur l'efficacité vs les risques, l'applicabilité locale, l'exceptionnalité vs normalisation, la notion « d'élimination ».

L'étude s'appuie sur des monographies au Sénégal, au Burkina Faso et au Laos, aux expériences différentes en matière de PTME. Les données seront recueillies par la méthode ethnographique (entretiens semi-structurés avec des mères, des professionnels de santé et des intervenants communautaires, observations, récensions, immersion) et analysées de manière comparée par une équipe d'anthropologues et médecins ayant une connaissance approfondie du terrain d'enquête.

En termes de résultats, cette étude :

- documentera l'expérience et les perceptions « sur le terrain » des acteurs de l'ETME et de la PEC du petit enfant

- montrera les acquis, limites, et effets sociaux des nouvelles recommandations et les obstacles subséquents à l'élimination effective de la transmission mère-enfant du VIH d'ici 2015 au Sud
- précisera les dimensions sociales qui doivent accompagner les ARV pour assurer leur efficacité prophylactique en PTME, apportant des éléments de discussion sur les conditions d'application des stratégies TasP (Treatment as Prevention).

Autres sites de recherche

Burkina Faso, Laos

Situation

En cours de mise en place. Le début aura lieu après obtention de l'avis du comité d'éthique du Laos.

Quali-PED

Titre du projet

Indicateurs de qualité et de respect des bonnes pratiques cliniques dans les essais thérapeutiques sur les sites ANRS : spécificités, pertinence, choix, définition, validation

Promoteur

ANRS

Responsables scientifiques

Brigitte Bazin, Service Recherches dans les pays en Développement de l'ANRS, Paris, France
Mina Hanna, U897, Institut de Santé Publique et Développement (ISPED), Université Bordeaux Segalen, Bordeaux, France

Résumé:

Les textes de référence pour les Bonnes Pratiques Cliniques (BPC) ne décrivent pas toujours les indicateurs permettant la mesure du respect des principes énoncés ; par ailleurs les indicateurs identifiés pour les essais en France ne peuvent pas tous être transposés au Sud. Certaines notions de qualité et de respect des BPC nécessitent une réflexion spécifique au contexte.

Le but du projet est d'élaborer et de tester une liste d'indicateurs permettant d'évaluer la qualité et le respect des BPC dans les essais thérapeutiques. Le projet est mené sur les sites ANRS d'Afrique et d'Asie. L'étude est réalisée en trois phases : (i) élaboration de consensus sur une liste de critères de qualité et d'indicateurs leur correspondant ; (ii) mesure des indicateurs sur les essais terminés ou en cours sur les sites ANRS ; (iii) analyse, discussion et synthèse des résultats de ces mesures au sein du groupe de travail.

Etat d'avancement

Entre 2008 et 2010, des missions sur 6 sites ANRS ont permis d'initier la démarche de recueil des indicateurs de qualité (IQ) en s'appuyant sur un responsable qualité désigné localement. Les particularités culturelles, organisationnelles et scientifiques de chaque type d'essai ont été identifiées et intégrées dans la conception des fiches techniques de recueil pour les 47 IQ retenus à la fin de la première campagne de recueil. Une deuxième campagne de recueil de données de qualité a démarré en juin 2011 dans 8 essais cliniques en cours dans 7 sites ANRS. Dans cette campagne, 6 nouveaux IQ de bibliothèque ont été identifiés.

Au Sénégal Ces indicateurs ont été mesurés une première fois à travers l'étude DAYANA en 2009 et les certains de ces résultats sont présentés dans la figure ci-dessous (Figure 1). Les indicateurs les moins satisfaisants ont été : la notice d'information, l'étiquetage des médicaments et la déclaration des EIG. Les recommandations ont été suivies et des efforts importants faits pour améliorer ces indicateurs.

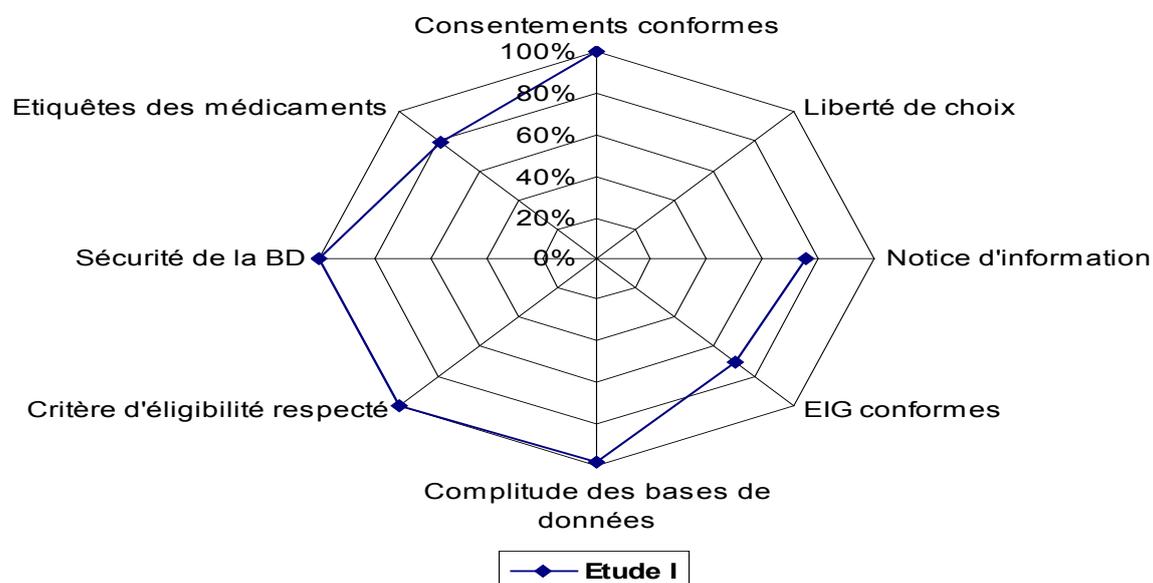


Figure 1 : Recueil des IQ (1^{ère} campagne, étude DAYANA)

Une deuxième mesure de ces indicateurs a été faite en 2011 à travers l'étude 2LADY et les résultats sont présentés la figure suivante en comparaison avec les indicateurs de l'étude DAYANA.

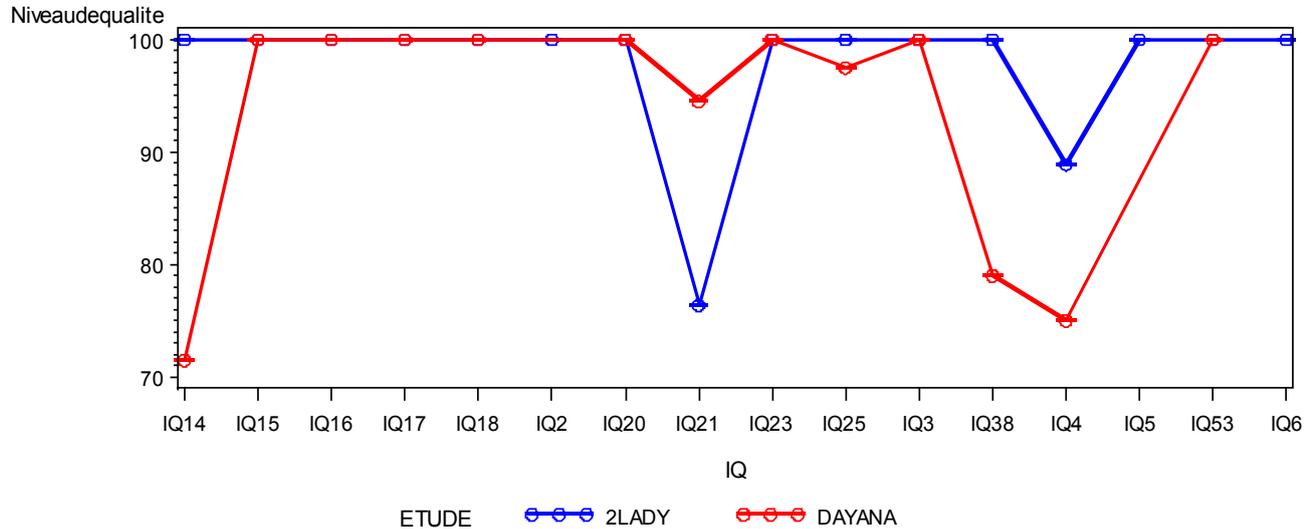


Figure 2: Niveau des indicateurs de qualité mesurés sur les essais DAYANA et 2LADY

Une nette amélioration est notée au niveau de quatre indicateurs :

- Le pourcentage d'informations présentes parmi celles attendues dans la notice d'information est passé de 75% à 89%
- Le pourcentage d'EIG ayant fait l'objet d'une déclaration conforme est passé de 71,5% à 100%.
- Le pourcentage de patients sans valeur manquante ou aberrante pour le critère de jugement principal à date fixe est passé de 97,5% à 100%
- Le pourcentage d'informations présentes parmi celles attendues sur l'étiquette des médicaments est passé de 79% à 100%.

Par contre, le niveau de qualité d'un indicateur de 2LADY a baissé par rapport à l'étude DAYANA. Il s'agit du pourcentage d'examen biologiques protocolaires effectués sans valeur manquante ou aberrante parmi ceux prévus chez les patients inclus/randomisés. La baisse de cet indicateur était liée à une erreur lors de la confection par l'équipe de monitoring des tableaux des examens protocolaires pour les laboratoires. En effet, la phosphorémie a été omise dans ce tableau alors qu'elle devait être faite régulièrement. Cette erreur a été corrigée et les tableaux mis à jour.

La mesure des IQ qualitatifs a été également réalisée dans le cadre de 2LADY et ces indicateurs seront comparés à ceux de l'étude DAYANA. La phase de validation avec les coordinateurs du groupe Quali-PED est en cours. Ils seront présentés ultérieurement.

- Communications 2011-2012

6^{ème} forum EDCTP : Strengthening Research Partnerships for Better Health and Sustainable Development, Addis Abeba, 09-12 Octobre 2011, Ethiopie

- Perspectives

Une charte qualité pour les essais ANRS dans les PED sera développée et validée par le groupe de travail courant 2012. Cette charte comportera les indicateurs à recueillir dans les essais ANRS d'une manière systématique.

ANRS 12201**Titre du projet**

Les dynamiques de mobilisations collectives au temps des ARV en milieu urbain d'Afrique francophone (Cameroun, Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal)

Promoteur

ANRS

Responsables scientifiques

Karine DELAUNAY, Unité de recherche «Constructions identitaires et mondialisation», Centre IRD d'Ile de France, Bondy cedex

Laurence TOURE, Association MISELI, Bamako, Mali

Date de début :01/10/2009**Date de fin : 30/09/2011****Résumé**

L'objectif du projet est donc de décrire et d'analyser l'évolution des mobilisations collectives face au sida dans différents contextes urbains d'Afrique francophone, au Cameroun, en Côte-d'Ivoire, au Mali et au Sénégal. Cet objectif général se décline en trois objectifs spécifiques :

- Retracer l'histoire des mobilisations associatives dans les pays considérés en analysant ses articulations avec l'évolution des dispositifs de lutte contre le sida à l'échelle locale et globale.

- Décrire le fonctionnement actuel des associations dans un contexte marqué par le foisonnement associatif.

- Étudier les actions menées par les associations, particulièrement du point de vue de leur implication ou positionnement face aux nouvelles problématiques de la lutte contre le sida : l'accès des femmes à la prise en charge dans le contexte du développement des programmes de PTME ; la transformation de l'identification de besoins en revendication de droits particulièrement sensible parmi la population des prostituées où émergent collectifs et réseaux de travailleuses du sexe ; enfin, la constitution d'un nouveau groupe cible car récemment identifié comme groupe à risque en Afrique, celui des homosexuels.

La recherche combinera, dans une approche qualitative des situations et des processus, les différentes méthodes d'enquête employées par les sciences sociales : collecte de documents, entretiens approfondis, observation...

Autres pays impliqués

Cameroun, Côte d'Ivoire, Mali

Titre

Gouvernance et sida en Afrique : accès universel, différentiels nationaux. Limites, obstacles et perspectives.

Promoteur

Contrat d'initiation de recherche de l' ANRS

Responsables scientifiques

Fred EBOKO, UMR 912 «Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés» (IRD-INSERM Université Aix-Marseille 2 de la Méditerranée) ORS PACA, Marseille, France
Maurice ENGUELEGUELE, Institut Africain de la Gouvernance, Dakar, Sénégal

Date de début :01/05/2011

Date de fin : 30/04/2012

Résumé

Le projet vise à comprendre les configurations d'acteurs nationaux, locaux et internationaux impliqués dans l'organisation de la prise en charge des patients en Afrique. Les échecs comme les réussites dans la mise en œuvre des recommandations internationales et nationales ne sont pas liées à un déficit d'expertise locale mais à l'absence ou à la faiblesse du lien entre les décideurs politiques et institutionnels et les réseaux d'experts et d'acteurs de la santé publique.

L'ambition opérationnelle de cette recherche est de travailler sur la construction de ces liens, sur leur institutionnalisation mais aussi sur leur « informalité ».

Il s'agit d'étudier les relations entre les «réseaux de politiques publiques» qui interviennent dans la réalisation d'action de santé publique à partir d'un thème transversal («L'Accès universel») et de thèmes particuliers : PTME, prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV), prise en charge et prévention auprès de populations vulnérables suivant les pays (MSM, usagers de drogues, par exemple).

La méthode est fondée sur :

- l'identification des acteurs et des réseaux d'acteurs impliqués dans l'accès aux ARV et réunis par l'objectif de l'Accès Universel et du 6ème objectif des ODM;
- la récolte de la littérature grise et de la littérature scientifique concernant les thèmes cités précédemment ;
- des entretiens avec les acteurs permettant de reconstruire la mémoire administrative desdits réseaux de l'action publique en matière de sida ;
- l'organisation de rencontres formelles entre les représentants des différents réseaux d'acteurs

Autres pays impliqués

Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire

ANRS 12264**Titre**

L'accès à la charge virale VIH dans les contextes de ressources limitées :analyse du marché et des politiques d'acquisition dans 3 pays (Brésil, Cameroun, Sénégal)

Promoteur

Contrat **d'initiation** de recherche de l' ANRS

Responsables scientifiques

Benjamin CORIAT, Centre d'économie de Paris Nord, IIDE-CPEN UMR 7115 Université Paris 13, Villetaneuse

Date de début :01/10/2011**Date de fin : 30/09/2012****Résumé**

Le projet a comme objectif d'explorer la faisabilité d'une étude économique détaillée sur le marché de la charge virale dont les objectifs sont de:

- 1- Détailler les caractéristiques de l'offre, de la structure du marché ainsi que des firmes et des technologies concernées ;
- 2- Mener une analyse des politiques d'acquisition et de mise en place des outils de suivi et des réseaux de la mesure de la charge virale du VIH dans 3 pays du Sud (le Brésil, le Cameroun et le Sénégal) ;
- 3- Explorer les opportunités qu'offrent les solutions innovantes susceptibles de favoriser des politiques d'acquisition appropriées aux besoins et contraintes des pays du Sud.

Autres pays impliqués

Brésil, Cameroun

Titre

Les CCM et le Fonds mondial. Appropriation et fonctionnements d'un instrument de la gouvernance internationale du sida (Cameroun, Sénégal)

Promoteur

Bourse de l'ANRS

Responsables scientifiques

Elise DEMANGE UMR 912 «Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés» (IRD-INSERM Université Aix-Marseille 2 de la Méditerranée) ORS PACA, Marseille

Date de début :01/01/2012

Date de fin : 31/12/2013

Résumé

Ce projet a pour objectif d'analyser l'appropriation nationale des modalités de gouvernance prescrites par le Fonds mondial, à travers le cas des instances de coordination nationales (Country Coordination Mechanism - CCM) qui, chargées de proposer des projets au Fonds et de superviser leur mise en œuvre, sont en effet soumises à un ensemble de règles de fonctionnement, plus ou moins contraignantes. Il s'agit d'identifier les facteurs de blocage de cette appropriation, les stratégies de contournement, et de réfléchir à leur adaptation aux contextes locaux des pays bénéficiaires.

Afin d'examiner des dynamiques d'appropriation contrastées, les cas d'un CCM considéré comme «relativement fonctionnel» (le Sénégal) et d'un CCM considéré comme «faiblement fonctionnel» (le Cameroun) seront étudiés. Une enquête qualitative sera menée dans les deux pays, auprès des membres des CCM, des (sous)beneficiaires du Fonds mondial ainsi que des principaux acteurs de la lutte contre le sida.

Autres pays impliqués

Cameroun

ANRS 12234

Titre

L'Homosexualité et le Sida au Sénégal : une réalité invisible.

Promoteur

Bourse de l'ANRS

Responsables scientifiques

Ndeye Ndiagna GNING

Résumé

La présence ou l'absence de l'homosexualité en Afrique est certainement l'un des débats les plus vivement contestés dans les milieux universitaires et politiques ces dernières années. Des travaux effectués par des historiens et des anthropologues démontrent que l'homosexualité a été tolérée ou acceptée dans certaines sociétés africaines. Si les africains tout comme les gens du monde entier argue Epprecht (2008)², «(ont toujours eu une gamme de sexualités et d'identités sexuelles)», il serait important pour nous, de comprendre comment les sociétés africaines en sont arrivées à se considérer comme singulièrement hétérosexuelles avec la mondialisation et la panique de l'épidémie du sida qui ont été des facteurs déterminants de la visibilité des HSH³.

En Occident, avec les débuts de l'épidémie du VIH/sida les HSH rencontraient presque les mêmes difficultés que leurs frères africains. En revanche, «la singulière prise de conscience d'un grand nombre d'hommes et de femmes a permis en l'espace d'une centaine d'années, à faire reculer peu à peu dans les sociétés les discours pathologique, policier et moraliste, au profit d'une reconnaissance de l'orientation sexuelle comme une liberté fondamentale de la personne avec des victoires symboliques et juridiques de l'homosexualité à la fin des années 1960»⁴(Paul Vaur, «L'homosexualité et le sida», 29 novembre 2005). Et l'avènement du sida a contribué d'une certaine mesure aussi à la reconnaissance des homosexuels à travers les associations de lutte contre le sida. Comme le fait remarquer Foreman (1998) «malgré l'ostracisme, le désaveu et le rejet très répandus, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) dans le monde occidental ont joué un rôle clé dans les efforts de mobilisation sociale visant à enrayer la propagation du VIH/Sida⁵».

Dans le cadre du contexte africain cependant, la question de l'existence des HSH rencontre généralement une hostilité farouche. Comparée à d'autres régions du monde, l'Afrique a le plus bas niveau dans la prise de conscience et la communication au sujet de l'homosexualité, et 55% des pays africains possèdent des lois contre les HSH⁶ (Mckenna, 1996). En effet, les HSH sont stigmatisés, discriminés dans bon nombre de pays africains. Autre constat, les pratiques homosexuelles sont passibles de peines de prisons et d'amendes comme c'est le cas au Sénégal et dans d'autres pays africains (peine de mort au Nigéria). La bible tout comme le Coran condamne très fermement l'homosexualité. Cette vision dépréciative de l'homosexualité s'est accrue avec le sida. Comme l'écrit Sontag, «le sida pensé comme un comportement dangereux, on y voit beaucoup plus qu'une simple faiblesse. Il s'agit de penchant coupable, de délinquance, d'intoxication par des substances cliniques prohibées, et d'habitudes sexuelles qualifiées de déviantes⁷» (Sontag, 1993:150).

Outre le sida, la stigmatisation de l'homosexualité au Sénégal est associée à une certaine conception hétérosexuelle de la sexualité (reposant sur des valeurs religieuses et culturelles) liant ainsi l'homosexualité à une certaine altérité mondiale et plus particulièrement occidentale.

De ce fait au Sénégal, à cause de l'illégitimité sociale et de la tolérance de la discrimination envers les HSH, rares sont les associations qui affirment ouvertement leurs actions de prévention auprès des homosexuels par crainte de représailles sociales. Les réseaux de HSH sont confrontés à d'importantes difficultés: lois oppressives, désapprobation culturelle et religieuse, médiatisation négative, violences et isolement. Mais ces attitudes négatives ne sont pas seulement le fait de la société civile et politique,

2 Epprecht. M., (2008), Heterosexual Africa? The history of an Idea from the Age of Exploration to the Age of AIDS, Ohio University Press, Athens, p.231.

3 La terminologie HSH est utilisée pour désigner toute personne de sexe masculin ayant des rapports sexuels avec une personne de même sexe et regroupe ainsi dans une large mesure ceux qui s'identifient comme homosexuels ou pas.

4 Vaur. P., (2005), «L'Homosexualité et le sida» <http://www.innovation-democratique.org/L-homosexualité-et-le-Sida.html>

5 Foreman, M. (1998). AIDS and Men: Taking Risks or Taking Responsibility, London, Panos Institute.

6 Mckenna, N. (1996). On the Margins, Panos and Norwegian Red Cross.

7 Sontag.S., (1993). La maladie comme métaphore, Le sida et ses métaphores, Paris, Christian Bourgeois, (1 édition, 1989).

elles semblent également être présentes au cœur même de l'appareil médical. Dans les structures de soins par peur d'être démasqués ou d'être jugés sur leurs pratiques sexuelles, ces derniers ne prennent pas le risque de s'y rendre. Même si, aujourd'hui le Sénégal est l'un des rares pays de l'Afrique de l'ouest où il existe un programme de distribution des traitements anti-rétroviraux et a mis en place des programmes d'intervention pour les HSH. Même s'il y a le centre de distribution et de suivi appelé Centre de traitement Ambulatoire (CTA) basé en 2002 à l'hôpital Fann de Dakar, des réticences demeurent au sein de la population homosexuelle à cause des tensions sociales de tout genre (violences verbales, physiques et psychologiques). Les rapports avec le corps médical sont souvent marqués de mépris ou du non respect de la confidentialité. Des études en effet, soulignent l'existence d'attitudes négatives à l'égard des HSH, de la part du personnel médical ou paramédical à l'intérieur des structures de santé, (Niang, 2002: 3) «certains HSH ont relevé que le personnel des centres médicaux les traitait avec mépris, s'ils ne les ignoraient pas tout simplement, et qu'ils ne respectaient aucunement leur confidentialité⁸ ». Cette étude montre la perméabilité du milieu médical aux valeurs dominantes de la société (dans ce cas précis l'idéal de l'hétérosexualité) et l'influence de celles-ci sur les rôles professionnels des acteurs du système de santé. Comme l'avait déjà démontré Goffman pour la maladie mentale, les membres de l'appareil médical assurent une fonction de «grands stigmatisateurs». Cette situation constitue un frein à l'accès à l'information et aux soins. Même si l'étude de Larmarange (2004, source ICASA 2008) souligne le fait que les HSH instruits et ceux sensibilisés et/ou membres d'une association se protègent plus avec leurs partenaires féminines et utilisent systématiquement le préservatif. Toutefois, avoir une partenaire féminine ne veut pas dire lui révéler son homosexualité. De plus, l'auteur a oublié l'homosexualité des gens ordinaires qui ne sont pas militants dans les associations et qui nous intéressent fortement dans notre étude.

Cette recherche s'inscrit dans un projet de doctorat. Il s'agit de décrire et d'analyser les discours et l'expérience de l'homosexualité au Sénégal avec comme toile de fond le sida. Partant du fait que le taux de séroprévalence chez la population homosexuelle est de 21, 5% contrairement au taux de la population générale qui est de 0,7 %, le but de cette recherche c'est de partir du vécu et de l'expérience des HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes) pour une meilleure prévention de ces derniers au Sénégal.

Notre Recherche implique de récolter les discours produits sur l'homosexualité dans l'espace public et d'interroger conjointement les pratiques et discours produits par les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Nous proposons d'interroger les logiques de discrimination, d'exclusion (les pratiques sociales qui sous-tendent ces pratiques) et plus globalement la question de la légitimité sociale et politique des HSH au Sénégal tout en appréhendant l'expérience des acteurs. Notre travail consiste également à inscrire la question de l'homosexualité dans les débats Nord-Sud autour de la notion de «sexualité africaine» dans son rapport à l'identité.

8 Niang, C., Diagne, M., Niang, Y., et al. (2002). Satisfaire les besoins de santé des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes au Sénégal. New York, Population Council.

(<http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/msmsenegalfr.pdf>)

CohMSM

Titre du projet

Prévention de l'infection par le VIH chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes en Afrique subsaharienne : étude de faisabilité d'une cohorte incidente multicentrique (CohMSM)

Promoteur

Contrat d'initiation de recherche de l'ANRS

Responsables scientifiques

Christian Laurent, Yves Yomb

Résumé

Objectifs du contrat d'initiation :

Evaluer la faisabilité d'une étude de cohorte prospective, incidente, multicentrique et multidisciplinaire sur le VIH chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) en Afrique subsaharienne (Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Mali et Sénégal). Spécifiquement, le contrat d'initiation permettra d'évaluer la capacité des sites pré-identifiés à recruter et suivre dans de bonnes conditions les sujets de l'étude, l'acceptabilité pour les HSH séronégatifs d'un suivi médical trimestriel, l'incidence de l'infection par le VIH dans les sites pré-identifiés et l'acceptabilité du projet par les autorités nationales.

Préparer l'étude de cohorte chez les HSH, et notamment étudier le contexte social (les législations nationales vis-à-vis de l'homosexualité, les différentes formes de répression, les processus de stigmatisation et les formes de discrimination dont sont victimes les HSH) et le contexte médical des sites pré-identifiés de l'étude (l'organisation de la prise en charge ainsi que les activités préventives et curatives auxquelles les HSH ont accès) afin de construire des indicateurs standardisés à recueillir dans l'étude de cohorte

Situation du sujet :

En Afrique, comme ailleurs, les HSH apparaissent beaucoup plus exposés au risque d'infection par le VIH que les hommes qui ont des relations sexuelles avec des femmes exclusivement (prévalences jusqu'à 20 fois supérieures). Outre les conséquences pour les HSH eux-mêmes, ces prévalences extrêmement élevées constituent une menace pour la santé de leurs partenaires féminines et, au-delà, de la population générale. Malgré cette situation, les HSH sont largement ignorés des programmes de prévention et de prise en charge. Des informations sont nécessaires pour guider l'élaboration de programmes de santé publique véritablement adaptés aux besoins de prévention des HSH et notamment pour préciser les circonstances dans lesquelles les HSH s'infectent dans le contexte africain. L'étude de cohorte envisagée à l'issue du contrat d'initiation aura donc pour objectif d'identifier les facteurs de risque individuels (médicaux, psychologiques et comportementaux), structurels (organisation de la prise en charge, activités préventives et curatives accessibles), contextuels (législation, répression, stigmatisation, discrimination) et sociologiques (incidence des relations sociales sur les conduites individuelles) d'infection par le VIH chez les HSH en Afrique subsaharienne.

Méthodes :

La faisabilité d'une étude de cohorte sera évaluée à partir d'une intervention spécifique mise en œuvre au cours du contrat d'initiation (3 visites à 3 mois d'intervalle chacune au site local de l'étude avec une proposition systématique de dépistage du VIH). Pourront être inclus des hommes majeurs rapportant au moins une relation sexuelle avec un autre homme au cours des 3 derniers mois et séronégatifs pour le VIH. L'acceptabilité du projet par les autorités nationales des 5 pays sera évaluée à partir des discussions menées avec elles pour les associer à l'étude. Enfin, les indicateurs standardisés relatifs au contexte social et médical des sites pré-identifiés de l'étude seront élaborés à partir des enseignements d'une enquête qualitative préliminaire dans les 5 pays

Echéancier :

Les activités prévues dans le cadre du contrat d'initiation seront réalisées sur une période de 12 mois

Résultats attendus :

Disposer d'informations permettant de guider l'élaboration de programmes de santé publique véritablement adaptés aux besoins de prévention des HSH.

BILAN DES AUTRES PROJETS DU CRCF

Essai vaccinal TB 021

Titre

Etude Phase II, de preuve de concept, randomisée, à double insu, contrôlée, pour évaluer : l'immunité protectrice contre la tuberculose maladie, l'innocuité et l'immunogénicité du MVA85A/AERAS-485 chez les adultes infectés par le VIH, sains.

Promoteur

Université d'Oxford

Sponsor : AERAS 1405 Research Boulevard Rockville, Maryland 20850 USA

Monitoring: Triclinium Clinical Trial Project Management Ltd, South Africa

Investigateurs

Dr Helen McShane: Centre for Clinical Vaccinology and Tropical Medicine, Churchill Hospital, Oxford OX3 7LJ

Pr Souleymane Mboup : Laboratoire de Bactériologie Virologie, Université Cheikh Anta DIOP CHU Le Dantec - BP 7325 Dakar-Sénégal

Comité éthique

Accord du comité éthique du MSP/DS/CNRS le Juin 2011

Date de début : Juillet 2011

Date de fin : 1 an après dernière inclusion

Résumé

Objectif Principal

Evaluer l'efficacité du MVA85A/AERAS-485 dans la prévention de la tuberculose maladie, par rapport à des sujets témoins vivant avec le VIH ayant reçu un placebo, chez des patients adultes africains qui ne présentent pas de tuberculose active

Objectifs Secondaires

- ✓ Evaluer l'innocuité du MVA85A/AERAS-485 comparé au placebo
- ✓ Evaluer le taux de CD4 et la Charge virale du VIH-1 avant et après l'administration du MVA85A/AERAS-485 comparés au placebo
- ✓ Evaluer l'efficacité du MVA85A/AERAS-485 dans la prévention de la tuberculose maladie chez des sujets sous ARV au départ comparés aux sujets qui ne sont pas sous ARV au départ, mais qui ont reçu un placebo
- ✓ Evaluer l'efficacité du MVA85A/AERAS-485 dans la prévention de la tuberculose maladie chez des sujets ayant reçu une trithérapie préventive à l'Isoniazide, comparés aux sujets témoins qui ont reçu une trithérapie préventive à l'Isoniazide, mais avec une administration de placebo
- ✓ Evaluer l'immunogénicité du MVA85A/AERAS-485 comparé au placebo telle que décrite par le test ex vivo IFN- γ ELISPOT
- ✓ Evaluer l'immunogénicité du MVA85A/AERAS-485 comparé au placebo telle que décrite par la coloration de la cytokine intracellulaire des cellules T-CD4+ et CD8+ cytométrie de flux après stimulation avec un pool de peptides d'antigènes de mycobactéries
- ✓ Identifier les potentiels corrélats immunologiques de la protection contre la tuberculose chez les sujets vaccinés avec le MVA85A/AERAS-485
- ✓ Evaluer le taux de conversion de QuantiFERON(QFN) au terme de l'évaluation finale de l'étude chez les sujets ayant reçu le MVA85A/AERAS-485 comparés MVA85A/AERAS-485 aux sujets témoins MVA85A/AERAS-485 sans diagnostic de tuberculose durant l'essai

Etat d'avancement

Les patients sont recrutés et suivis au CRCF et CTA du CHU de FANN. Il faut vacciner 400 patients
Le screening des patients a débuté au niveau du site de CRCF en juillet 2011.

Au 24 avril 2012, 178 patients ont été screenés et 155 patients vaccinés. 45 patients sous mis sous prophylaxie à l'Isoniazide pour 6 mois avant d'être vaccinés.

Programme de supervision nationale des sites de prise en charge

Promoteur

Fonds Mondial à travers le CNLS.

Responsables scientifiques

Investigateur : Professeur Papa Salif Sow, SMI/CRCF, CHNU Fann, Dakar, Sénégal

Coordonnateur : Docteur Ibrahima Ndiaye, SMI/CRCF, CHNU Fann, Dakar, Sénégal

Equipe des superviseurs : composée d'un Médecin et d'un Pharmacien

Résumé

Objectifs

· Principal : accompagner le processus de la décentralisation de la prise en charge des patients infectés par le VIH.

· Spécifiques :

- ✓ renforcer les capacités des prestataires
- ✓ évaluer la qualité de la prise en charge
- ✓ partager les nouvelles recommandations et directives du Programme pour le traitement anti-rétroviral

Période des activités

L'année budgétaire du Fonds Mondial s'étend de juillet à juin.

Pour 2011, il fallait exécuter les 3^e et 4^e trimestres de l'An 1 du Round 9 et les 1^e et 2^e trimestres de l'An 2 du Round 9.

Termes de références des parrains

- Effectuer des missions de supervisions formatives au niveau des sites de prise en charge des régions ciblées.
- Visiter les sites de Prise en charge des patients au niveau de chaque région
- Travailler avec les équipes de soins
- Evaluer le niveau d'organisation de la prise en charge au niveau des sites
- Passer en revue les différents documents de PEC ; le dossier-Patient, les registres.
- Renforcer les capacités en apportant les correctifs, en consultant avec les Prestataires
- Partager les nouvelles recommandations et Directives du programme pour le traitement anti-rétroviral.
- Formuler des recommandations

Résultats

- Taux d'exécution :

Pour l'An 1 du Round 9, la supervision a touché 9 régions sur 14 soit un taux d'exécution de 64%.

Pour l'An 2 du Round 9, les 1^e et 2^e trimestres n'ont pas été effectués.

- Les régions supervisées sont : Thiès, Diourbel, Fatick, Kaolack, Matam, Saint-Louis, Tambacounda, Sédhiou et Ziguinchor.
- Nombre de sites visités :
 - ✓ 48 sites de prise en charge supervisés
 - ✓ 7 Pharmacies Régionales d'Approvisionnement supervisées:

Pour identifier le circuit d'approvisionnement des ARV et réactifs et évaluer les stocks des intrants pour le VIH. (Fatick et Sédhiou n'ont pas encore de PRA)

- Les prestataires rencontrés

Les prestataires rencontrés et capacités : 50 médecins, 50 dispensateurs, 50 techniciens de laboratoire.

- Les sites disposant d'un appareil CD4

32 sites disposent d'un appareil CD4 pour le suivi biologique

Points Forts :

- Prise en charge effective dans toutes les régions
- ARV disponibles bien gérés sans rupture de stock

- Circuit d'approvisionnement bien maîtrisé
- CD4 disponibles dans chaque région au niveau des Hôpitaux
- Respect des protocoles de première ligne
- Respect des critères de mise sous traitement anti-rétroviral
- Disponibilité des documents de suivi et des registres

Points Faibles

- Baisse de motivation des prestataires
- Qualité de la prise en charge
 - ✓ Complétion des dossiers
 - ✓ Absence d'équipe de soins
 - ✓ Irrégularité du suivi clinique et immunologique
 - ✓ Absence du suivi virologique
- Gestion des échecs thérapeutiques
- Absence de médicaments de deuxième ligne
- Nombre élevé de patients perdus de vue
- Absence d'accompagnement et de soutien
- Absence de dispositif de recherche de patients perdus de vue
- Manque de ressources humaines qualifiées
- Mobilité du Personnel
- Non respect des normes de dispensation
- Rupture fréquente de réactifs CD4
- Panne fréquente des appareils CD4 au niveau des Districts
- Faible plateau technique des laboratoires.
- Collecte des données
 - ✓ Registres de collectes incomplets
 - ✓ Qualité des données collectées
 - ✓ Rétention des données
- Manque de formation des nouveaux Prestataires

WADA

Titre du projet :

West African Database on Antiretroviral Therapy (WADA)

Promoteur :

National Institute of Health (NIH)

Investigateurs principaux Nord Sud

Investigateur principal : Pr. François Dabis (Bordeaux, France)

Investigateur Sud : Pr Papa Salif Sow (Dakar, Sénégal)

Comité Ethique

Accord du comité éthique du MSP/DS/CNERS le 22 Novembre 2011.

Date de début : 2011 Date de fin : 2016

Résumé

La collaboration WADA (West Africa Data Base on Antiretroviral Therapy) a été mise en place en juillet 2006 et renouvelle en 2011 son engagement à poursuivre pour 5 ans et à élargir le programme leDEA (International Epidemiologic Databases to Evaluate AIDS) en Afrique de l'Ouest, qui est la région n°8 de ce programme.

Objectifs. Les objectifs principaux de WADA sont : 1) de mesurer l'efficacité à long terme des combinaisons antirétrovirales (ART) chez les sujets infectés par le VIH en Afrique de l'Ouest et de déterminer les facteurs associés ; 2) d'augmenter la capacité à délivrer les ART de façon durable chez les adultes et les enfants en améliorant la capacité à recueillir les marqueurs d'efficacité au niveau individuel et populationnel ; 3) de documenter la morbidité chez les sujets infectés par le VIH suivis dans les programmes de prise en charge en Afrique de l'Ouest.

Objectifs spécifiques. Dans ce cadre, les objectifs prioritaires concerneront les aspects suivants : rétention des patients dans les programmes, histoire naturelle de l'infection à VIH-2 et VIH-1+2, cancers, paludisme, hépatite B, issues de grossesse, pharmacovigilance, spécificités des adolescents et accès aux soins et efficacité opérationnelle des soins en pédiatrie.

Schéma d'étude. WADA est une collaboration en Afrique de l'Ouest de programmes de prise en charge d'adultes infectés par le VIH et d'enfants exposés et infectés par le VIH.

Le suivi est prospectif, le recueil de données est standardisé et des projets de recherche spécifiques sont réalisés dans des sites ou avec des patients sélectionnés.

Critères d'éligibilité. Les critères d'éligibilités sont : (i) Tous les sujets infectés par le VIH qui débutent un ART (adultes >15 ans, enfants <16 ans) ; (ii) Tous les adultes (18 ans et plus) infectés par le VIH-2 ou VIH-1+2, qu'ils reçoivent ou non un traitement ; (iii) Tous les enfants exposés au VIH nés de mère infectées jusqu'à leur diagnostic précoce; (iv) Tous les enfants infectés par le VIH, qu'ils reçoivent ou non un traitement.

Participants. Jusqu'à juin 2011, la base de données de la collaboration WADA

Collaboration a inclus 33 815 adultes et 3 533 enfants infectés par le VIH et ayant débutés un ART dans 26 centres cliniques. Le prochain cycle va impliquer 27 centres (adultes : 16, pédiatrie : 11) dans 9 pays (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée-Bissau, Mali, Nigeria, Sénégal, Togo).

Regroupement et harmonisation des données. Les données sont recueillies dans les programmes participants et sont regroupées une fois par an selon des procédures standardisées. L'amélioration des capacités dans les centres participants comprend un financement de personnel, une formation à la qualité des données, un appui technique sur site et des réunions annuelles visant à renforcer les échanges concernant les aspects techniques et scientifiques.

Analyses et valorisation. Les méthodes d'analyse de données sont spécifiques à chaque projet et seront décrites dans une 'Fiche projet', en accord avec les 'Principes de collaboration'. Ce dernier document décrit les règles d'auteur, de communication, les rôles et les responsabilités et les aspects concernant la confidentialité des données.

Autres sites de recherche

Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée-Bissau, Mali, Nigeria, Togo

DECVISEN**Titre du projet :**

Evaluation et accompagnement de la prise en charge du VIH au Sénégal : problématiques spécifiques de la décentralisation et du vieillissement des patients

Promoteur :

CNLS/Fonds Mondial

Responsables scientifiques

Investigateur principal: Pr Papa Salf Sow

Coordinateur de l'étude: Pr Cheikh Tidiane Ndour

Partenaires : IBB/UMI 233 (Pr Eric Delaporte), LBV (Pr Souleymane Mboup), DLSI (Dr Abdoulaye Sidibé Wade)

Comité Ethique

Avis favorable du CNERS le 1er février 2012 (numéro SEN 11/55)

Autorisation administrative du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Prévention le 2 février 2012

Date de début : Février 2011

Date de fin : Février 2013

Résumé :

Les programmes africains d'accès aux ARV font maintenant face à deux enjeux majeurs complémentaires :

- d'une part, la décentralisation de la prise en charge au niveau des structures sanitaires périphériques (liée à l'évolution des programmes au cours des dernières années)
- d'autre part, le vieillissement des patients traités (lié à l'ancienneté des programmes).

Cette recherche opérationnelle multidisciplinaire (bioclinique, de santé publique et de sciences sociales) a pour objectifs :

Objectif général :

- Évaluer la prise en charge des patients infectés par le VIH au Sénégal

Objectifs spécifiques :

- Évaluer la prise en charge décentralisée au niveau du district de Mbour
- Évaluer l'impact du vieillissement sur la prise en charge des patients (Dakar)

Les sites de l'étude sont: le CHNU de Fann (CRCF/CTA) et le district de Mbour, en particulier l'Hôpital Départemental.

La population d'étude est : les anciens participants de la cohorte ANRS 1215 (environ 270 patients), les patients traités par TARV et non traités par TARV à l'hôpital de niveau 1 de Mbour (environ 500), les acteurs de la prise en charge du VIH dans le district de Mbour (associations, professionnels de la santé et du social).

Méthodologie :

Une enquête transversale sera réalisée parmi tous les patients infectés par le VIH, sous traitement ARV ou non, suivis à l'hôpital de niveau 1 de Mbour et les anciens participants de la Cohorte ANRS 1215 (questionnaire médical, questionnaire sur l'observance, questionnaire sur l'insécurité et les pratiques alimentaire, questionnaire Dysplasies). De façon complémentaire pour les participants du site de Mbour, une enquête santé publique (conditions sociodémographiques et économiques, situation matrimoniale, emploi, stigmatisation, santé sexuelle, procréation, représentations sur le VIH, vie associative) par questionnaire sera réalisée. Enfin, des enquêtes qualitatives seront réalisées :

1. Auprès des acteurs de la prise en charge médicale, sociale et communautaire dans le district sanitaire de Mbour :

- l'organisation du dispositif de soins,
- les services offerts pour le dépistage et la prise en charge du VIH,
- la mise en œuvre des recommandations nationales sur la prise en charge du VIH, l'articulation et la

- cohérence des différents services offerts pour le continuum de soins (dépistage/ PEC VIH/TB/PTME),
- les discours en matière de prévention, de PEC du VIH chez tous les acteurs ,
- la prise en charge médicale des groupes vulnérables (Travailleuses du sexe, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) ,
- la prise en charge communautaire (processus de construction des associations, acteurs, rôles, fonctionnement, services offerts...)

2. Au près des PvVIH sous TARV à l'EPS de Mbour :

les conditions de vie des personnes atteintes par le VIH, l'expérience de la maladie (perception VIH, vécu des changements corporels, perception de la mise sous traitement, impact sur le quotidien et les relations sociales, recours aux soins selon le genre), les perceptions et les pratiques liées à la prévention du risque de transmission sexuelle , les perceptions et les pratiques liées au partage de l'information, les perceptions et les pratiques liées à la procréation, à la maternité, à l'allaitement, les perceptions et les pratiques liées à la prise en charge familiale , l'impact sur le vécu social, l'adhésion au traitement et le recours aux soins des PvVIH des activités communautaires

3. Au près des anciens participants de la cohorte ANRS 1215 :

- les perceptions du vieillissement des PvVIH sous TARV,
- le devenir des participants de la cohorte ANRS 1215 un an après l'arrêt de leur prise en charge dans l'étude

Situation

En cours de recrutement

Résultats/Etat d'avancement

Enquête TARV à Dakar et à Mbour

Deux modalités d'information étaient proposées aux patients : soit une séance individuelle, soit collective. Dans les deux cas, la note d'information était remise aux patients. A Mbour, l'équipe sociale composée l'assistante sociale et des médiateurs a organisé quatre (4) séances d'information collective dans les locaux d'Enda Santé qui ont rassemblé 15 participants à chaque fois. A Dakar, quatre (4) séances collectives ont été réalisées. La séance collective a permis aux participants de s'exprimer, d'échanger entre eux sur les enjeux d'une telle participation, sur leurs craintes, leurs attentes. Ce type de séance a, selon les équipes sociales, suscité plus de débats que les séances individuelles.

Actuellement, les équipes sociales continuent de contacter les patients n'ayant pas encore participé pour les inviter à une séance d'information. Cependant, elles sont confrontées à des difficultés liées au contact téléphonique des patients (absence de numéro dans les dossiers, faux-numéros, numéros non attribués...). L'autre possibilité de prise de contact avec les patients est leur visite de suivi de routine ou pour la prise des ARV à la pharmacie.

Au 20 avril 2012, 301 patients ont été informés : 100 au CRCF, 67 au CTA et 134 à l'EPS de Mbour. Suite à l'information, trois (refus) de participation ont été enregistrés à Mbour, quatre (4) au CTA et sept (7) au CRCF (3 personnes ont refusé dès la prise de contact par téléphone). Les patients invoquent comme raison principale le manque de disponibilité. D'autres patients expriment des craintes face à la possibilité que le bilan biologique proposé ainsi que la réalisation du FCU chez les femmes n'entraînent une découverte d'une nouvelle pathologie. Aussi, les difficultés d'accès aux soins notamment pour des raisons économiques les conduisent à refuser.

Au 20 avril 2012, le nombre de patients sous TARV inclus dans l'étude après avoir été informés et signés leur consentement libre et éclairé s'élève à 259. Ces participants sont répartis ainsi sur les 3 sites : 119 à Mbour (dont 17 sont VIH 2 ou VIH 1-2), 76 au CRCF à Dakar et 64 au CTA.

Les charges virales ont été réalisées au CRCF à partir de la technique Biocentric. Au total la charge virale a été évaluée chez 199 patients dont 64 au CRCF, 52 au CTA et 83 à Mbour. Au total, 170 sont indétectables (soit 85,42%) et 29 patients ont des charges virales détectables. Pour les patients qui ont une charge virale détectable, 23 ont des charges virales supérieures à 1000 copies/ml ce qui représente un taux de 11,5%. Cependant, ce taux ne peut être considéré comme le taux d'échec virologique que si la charge virale est confirmée sur un autre prélèvement après renforcement d'observance.

Pour les patients VIH-2 et double profil, la charge virale ne peut être réalisée avec la technique Biocentric et les charges virales se feront donc au niveau de la Biologie Moléculaire du laboratoire de Bactériologie virologie du CHU Le Dantec. Ce sont 9 patients qui ont le profil 2 (VIH-2) et 8 patients qui sont double profil (VIH-1/2).

Tous les patients ayant une charge virale supérieure à 1000 copies/ml bénéficieront d'un génotypage en prenant en compte leur date de mise sous traitement. Les génotypages seront réalisés au LBV.

Entre le 27 Février et le 20 Avril 2012, 249 prélèvements ont été manipulés pour la réalisation des CD4. 127 participants ont des CD4 supérieurs à 500, 57 entre 350 et 500, 37 entre 200 et 350 et 23 inférieurs à 200. Pour les CD4, le site de Mbour, en raison de difficultés dues à l'approvisionnement en réactifs pour le Fascount, envoie régulièrement les CD4 à techniquer au CRCF. Certains participants n'ont pas eu de CD4, soit parce qu'ils avaient fait un bilan très récemment (moins de deux semaines), soit en raison d'un problème technique.

Pour l'AgHBS, 255 prélèvements ont été reçus et techniqués. Pour Dakar, sur les 136 prélèvements, 10 sont revenus positifs, soit une prévalence de 7,35%. Les participants ont bénéficié d'un changement de schéma si celui en cours ne comportait pas de TDF et de 3TC/FTC. Pour Mbour, la prévalence est de 12,6% soit 15 résultats positifs sur 119 prélèvements.

Pour la biochimie, 138 prélèvements ont été réalisés à Dakar et 119 à Mbour. En raison de certaines difficultés à obtenir des réactifs (lipases par exemple), certaines analyses n'ont pas pu être effectuées. Concernant le dépistage du col de l'utérus, il est réalisé par deux sages-femmes d'état basées chacune sur un site (Mbour et Dakar). Les prélèvements sont ensuite envoyés au Laboratoire d'Anatomo-Pathologie de HALD pour analyse et interprétation auprès du Dr Nafy Ndiaye Ba (Anapath).

Au 20 avril, 175 FCU ont été réalisés et 104 résultats de FCU étaient disponibles, soit 51 pour Dakar et 53 pour Mbour.

22 participantes à référer pour colposcopie auprès du Dr Birama Dembélé à l'Institut Curie, HALD. Les colposcopies sont recommandées en cas de lésions intra-épithéliales de bas grade, d'ASCUS et d'AGUS, de lésions de haut grade ou de résultats peu contributifs. Dans la majorité des cas nécessitant une colposcopie, il s'agit d'un ASCUS (lésions intra-épithéliales de nature indéterminée).

5 FCU sont à reprendre en raison d'un prélèvement insuffisant

44 FCU sont normaux dont un avec une infection à trichomonas

33 FCU ne présentant aucune lésion intra-épithéliale mais sont inflammatoires et nécessitent un traitement médical local

Enquêtes qualitatives à Mbour et Dakar

Enquête « Acteurs »

La première mission a eu lieu du 13 au 18 Mars à l'hôpital de Mbour, elle a permis de travailler essentiellement avec les acteurs de l'Hôpital de Mbour. Elle a conduit à l'identification des différents intervenants dans le circuit des patients et à la réalisation des entretiens semi-directifs avec toutes les personnes impliquées dans le dépistage, la prise en charge médicale, le suivi biomédical, l'accompagnement soutien des PvVIH.

Des entretiens semi-directifs ont été effectués avec l'équipe médicale qui assure la prise en charge médicale :

- 5 médecins (2 généralistes, un infectiologue, un dermatologue, un pédiatre) en charge de la prise en charge biomédicale des adultes et des enfants de statut VIH sous traitement antirétroviral ou qui bénéficie d'un suivi médical
- Une pharmacienne biologiste responsable du laboratoire qui effectue les confirmations du dépistage VIH, les examens hématologiques, biochimiques et immunologiques
- Un pharmacien gestionnaire qui assure l'approvisionnement et la dispensation des ARV
- La maîtresse sage-femme chargée de la PTME
- Les membres de l'équipe sociale chargés de l'accompagnement soutien : l'assistante sociale, les trois médiateurs : la présidente de l'association des PvVIH et les médiateurs issus de l'association des MSM avec le soutien d'Enda Santé
- La seconde mission a eu lieu du 21 au 31 Mars au District sanitaire de Mbour. Les acteurs du district de santé de Mbour ont été rencontrés

Des entretiens ont eu lieu avec :

- Le médecin chef du district sanitaire de Mbour
- L'assistant social responsable de l'Éducation Pour la Santé
- L'assistante sociale chargée du suivi des Travailleuses du sexe
- La maîtresse sage-femme chargée de la PTME et des visites médicales des professionnelles du sexe
- Des contacts ont eu lieu avec les membres de l'équipe d'Enda Santé en charge des MSM et des Professionnelles du Sexe.

La durée des entretiens a été variable de 45 minutes à 2 heures. L'accord de tous les participants a été préalablement recueilli. Tous les entretiens ont été intégralement enregistrés, réécoutés le jour même, et envoyés pour retranscription. Ils ont été relus et corrigés après retranscription. Les autres aspects descriptifs liés à l'environnement jugés importants ont été notés.

Les professionnels de santé ont été tous très coopératifs, aucune difficulté particulière n'est à noter en dehors de problèmes de disponibilité de certains professionnels.

Enquête « Expérience de la maladie et du traitement des PvVIH à Mbour »

L'enquête s'est déroulée au sein du centre de Enda Santé que les PvVIH connaissent dans leur majorité surtout pour ce qui concerne les associatifs qui y tiennent leurs réunions, groupes de parole, etc. Une salle y fait figure de siège de l'association. Enda offre un cadre convivial et discret et certaines PvVIH l'appellent d'ailleurs pour cela « Dalal Xel » (endroit qui tranquillise l'esprit).

Les enquêtés étaient appelés par l'assistante sociale ou la médiatrice la veille pour s'assurer de leur disponibilité. En cas de confirmation, ils passent chez l'assistante sociale qui les oriente à Enda-Santé où l'enquête est réalisée avec une moyenne d'environ trois personnes par jour. Les entretiens durent en moyenne une heure. 29 personnes ont été touchées à ce jour.

Les hypothèses de travail étaient :

- Le contexte de proximité et d'interconnaissance influence l'adhésion à la décentralisation et le niveau de fréquentation des structures de prise en charge
- L'adhésion à l'association permet de mieux faire face à la maladie et de lutter contre la peur de la « stigmatisation »

Les enquêtés ont été choisis suivant différents profils bien déterminés :

- Diversité de situations matrimoniales
- Femmes ayant eu des grossesses, des accouchements (expériences de procréation), des avortements... des enfants en bas âge
- Associatifs (militants, non militants)
- MSM/TS (vulnérables)
- PvVIH présentant une résistance aux ARV
- Anciens perdus de vue (PDV)
- Stigmatisés
- Personnes (n') ayant (pas) partagé
- PvVIH de + de 50 ans (hommes/femmes)
- Personnes ayant commencé une PEC à Dakar
- PvVIH pauvres/démunies
- PvVIH actives (qui travaillent)

Chez certains, les critères ne sont pas exclusifs. Ils remplissent plusieurs critères comme avoir commencé leur prise en charge à Dakar, avoir des enfants, et associatifs (militants ou non). C'est dire que certains critères ont pu être croisés chez une même personne. Les critères ont été enrichis tout au long des rencontres avec les PvVIH et les enquêteurs s'occupant du volet quantitatif.

Les enquêtés ont été très coopératifs et ont montré une envie de se raconter et de partager leurs difficultés voyant dans cet exercice une sorte de thérapie et encourageant la recherche. On note un besoin important de partager leur expérience, de se confier, de partager leurs inquiétudes. De ce point de vue, d'autres rencontres avec d'autres spécialistes seraient à prévoir.

Les enquêtes réalisées lors de la première mission ont été transcrites et sont entrain d'être exploitées pour donner lieu à un rapport.

En termes de perspectives, il est prévu d'organiser un focus group sur la décentralisation et l'expérience de la maladie, la transcription et l'exploitation (analyse et interprétation) des entretiens et la rédaction du rapport de l'enquête

Enquête « Vieillir avec le VIH » et « Devenir des participants de la cohorte ANRS 1215 un an après l'arrêt de leur prise en charge dans l'étude »

Au 20 avril, le nombre total de personnes rencontrées est de :

22 (11 femmes / 11 hommes)

15 personnes de 50 ans et + : 50-60 (10) / 60-70 (3) / + 70 (2)

Le nombre total d'entretiens réalisés est de 27 (séries d'entretiens répétés avec 5 PvVIH).

Les premiers résultats de l'enquête montrent notamment par rapport aux conséquences de l'arrêt de la cohorte ANRS 1215:

De nombreux cas de bilans non effectués (1 ou 2) pour différents motifs :

Accessibilité financière (somme non disponible pour payer les frais d'examens ; somme utilisée pour des examens jugés prioritaires)

Changement de médecin traitant (nouvelles pratiques ; insatisfaction avec nouveau médecin)

Une fréquentation moindre des consultations en dehors des rendez-fixés chaque 3 mois :

Frein à la consultation : crainte de ne pas pouvoir payer les frais d'ordonnance ;

Conséquences : certaines affections / problèmes de santé qui durent avant de pouvoir être traités (ex. problèmes dermatologiques ; hémorroïdes ; épaule démise, etc.)

Une précarité économique accrue

Un arrêt de l'étude perçu différemment selon le profil des PvVIH : bénéficiaires d'une protection sociale ou d'une pension de retraite ; possibilité de recours à un soutien familial ou pas ; personne soutien de famille ou pas, etc.

Les perspectives de l'enquête au 20 avril sont de :

Mettre en place d'un groupe de réflexion autour de la thématique Vieillesse et VIH

Établir une liste actualisée des patients ANRS 1215 (nombre de décès ; de perdus de vue ; de transferts) et répertorier les patients ANRS1215 de 50 ans et + avec l'aide des médiateurs associatifs et des membres du personnel de santé (médecins, pharmaciens, assistants sociaux)

Privilégier les patients ANRS1215 de + de 50 ans

Alterner le lieu d'enquête et mener les entretiens au CTA

Titre du projet :

Facteurs de risque de troubles nutritionnels et métaboliques chez l'enfant et l'adolescent sous traitement antirétroviral ou non

Promoteur :

Soumis à l'Appel d'Offre de l'ANRS du 15 Mars 2012

Investigateurs :

MSELLATI Philippe : Institut de Recherche pour le Développement/UMI 233, Montpellier, France

SY SIGNATE Haby : Hôpital d'Enfants Albert Royer, CHNU Fann, Dakar, Sénégal

Date de début : Septembre 2012

Date de fin : Septembre 2015

Résumé

Problématique: La transformation de l'infection à VIH en une maladie chronique sous traitement antirétroviral (TAR) permanent pose des problèmes nouveaux, liés entre autres à une perturbation du métabolisme du glucose, des anomalies lipidiques, des atteintes cardiovasculaires, auxquelles s'ajoutent chez l'enfant les effets potentiels sur la croissance et la puberté. Les connaissances sur l'évolution nutritionnelle et métabolique des enfants infectés par le VIH sous TAR manquent cruellement en Afrique, alors que l'application des dernières recommandations de l'OMS devrait se traduire à terme par une augmentation du nombre d'enfants sous TAR dans cette région. Par ailleurs, l'évolution bioclinique des enfants non traités est très peu documentée dans le contexte africain. La mise en place d'une cohorte permettant l'étude de l'évolution nutritionnelle et métabolique de ces enfants est aujourd'hui indispensable.

Objectif général : Etudier sur le long terme les désordres nutritionnels et métaboliques et caractériser les facteurs de risque de leur survenue chez des enfants et adolescents infectés par le VIH sous TAR ou non, pris en charge dans deux structures sanitaires à Dakar et à Guédiawaye, au Sénégal.

Objectifs spécifiques : Décrire la prévalence, l'intensité et l'évolution du retard de croissance et du retard pubertaire, des altérations de la composition corporelle (lipodystrophies), du métabolisme glucidique et lipidique, rechercher et caractériser les facteurs de risque d'apparition et d'évolution de ces désordres nutritionnels et métaboliques, principalement dans leur profil bioclinique, thérapeutique et alimentaire.

Méthode: Il s'agit d'une étude de cohorte ouverte, bi centrique, de type descriptif et analytique menée sur 3 ans. L'étude sera proposée aux enfants de moins de 18 ans infectés par le VIH-1 sous TAR ou non suivis sur les sites. Le potentiel d'inclusion est de 350 à 400 patients. Dans le cadre du suivi de cohorte, un bilan clinique complet sera réalisé à l'inclusion puis tous 2 mois durant toute la période de suivi. Le recueil des données spécifiques sur des désordres nutritionnels et métaboliques sera réalisé à l'inclusion puis tous les 6 mois (évaluation anthropométrique complète, bioimpédancemétrie, alimentation). Un prélèvement sanguin et urinaire à l'inclusion, puis tous les 6 mois permettra la réalisation d'un bilan approfondi et la constitution d'une biothèque. Les dossiers médicaux conservés par les structures de prise en charge participantes contiennent des données qui permettront de reconstruire l'histoire clinique, thérapeutique et nutritionnelle avant et après la mise sous TAR des enfants inclus. Les données issues des recueils rétrospectif et prospectif seront ensuite analysées conjointement.

Echéancier : La durée totale de l'étude est prévue pour trois ans mais pourra être prolongée en fonction des financements éventuels, des premiers résultats et de l'avis du conseil scientifique de l'étude. Les

inclusions démarreront en octobre 2012 et la fin du suivi est prévue pour septembre 2015. Le traitement et l'analyse préliminaire des données des dossiers médicaux seront réalisés en 2012 et 2013.

Résultats attendus : La diffusion de données de référence sur l'évolution bioclinique, nutritionnelle et métabolique des enfants et adolescents infectés par le VIH sous TAR ou non, aussi bien au niveau national qu'international. Associées aux résultats de la recherche étiologique, ces connaissances permettront d'argumenter un plaidoyer au niveau du ministère de la santé pour une prise en charge des complications à long terme dues au VIH et/ou aux traitements chez l'enfant. De plus, cette cohorte constituera un outil essentiel pour le développement de recherches pluridisciplinaires visant à améliorer plus largement la prise en charge des enfants infectés. Les partenaires du projet s'engagent aussi à initier auprès des institutions sénégalaises les démarches nécessaires à la pérennisation de cette cohorte.

Situation

Soumis pour financement

Titre du projet :

Protocole d'enquête sur l'index de la stigmatisation et de la discrimination envers les PVVIH au Sénégal

Promoteur:

Réseau Mondial des Personnes Vivant avec le VIH (GNP+)

Investigateur principal:

Alioune Fall, HACI Sénégal

Mise en œuvre : Réseau National de PVVIH (RNP+), CRCF

Date de début: 02/2012

Date de fin : 12/2012

Comité éthique

Avis 00040 MSP/DS/CNERS du 21/03/2012

Résumé du projet:

Contexte

Dans le cadre d'un partenariat avec le GNP+ (Réseau Mondial des Personnes vivant avec le VIH/Sida), le RNP+ (Réseau National des Personnes vivant avec le VIH/Sida du Sénégal) développe un programme de mise en œuvre de la Plateforme pour le Leadership de la réponse au VIH/sida (LTA). L'ambition ultime, à travers la responsabilisation, est de conduire la réponse contre le VIH/sida pour réaliser l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien aux PVVIH. Il s'agit, concrètement, dans une quinzaine de pays, de mettre en œuvre des outils avec et pour les PVVIH en vue de renforcer les preuves dans cinq domaines clés : **1** La stigmatisation et la discrimination ; **2** Le niveau de participation des PVVIH ; **3** La documentation et l'analyse des expériences actuelles de criminalisation de la transmission du VIH ; **4** La documentation et l'analyse des violations des droits humains contre les PVVIH ; **5** La collecte d'informations sur les besoins spécifiques en santé de la reproduction des populations clés.

Objectifs de l'enquête

Le principal objectif de cette collecte d'informations et de leur présentation sous forme d'index est de documenter, analyser et faire des rapports sur les expériences des personnes vivant avec le VIH en matière de stigmatisation et de discrimination liées au VIH au Sénégal.

Pour concrétiser l'objectif principal ci-dessus, l'étude se fixe les objectifs spécifiques suivants concernant les PVVIH:

- Déterminer et analyser les causes perçues de la stigmatisation et de la discrimination
- Déterminer et analyser la perception de l'accès à la formation et à l'insertion professionnelle (et dans certains cas l'accès des membres de son ménage) et aux services de soins et de prise en charge médicale
- Déterminer le niveau de stigmatisation interne ;
- Déterminer le niveau de connaissance de leurs droits, lois et polices ;
- Déterminer le degré de divulgation et de confidentialité sur leur statut
- Déterminer et analyser la perception de l'accès aux services et prestations de prise en charge communautaires (accompagnement/soutien)
- Identifier les actions et les interventions menées au niveau personnel, associatif et national pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida
- Examiner le niveau d'implication des PVVIH dans la lutte contre la stigmatisation et de discrimination liées au VIH/sida.

Méthodologie

Il s'agit d'une enquête d'observation descriptive et transversale se déroulant au niveau des sites ou est représenté le RNP+, que ce soit en milieu urbain ou rural dans quatre régions au Sénégal : Dakar, Saint Louis, Kaolack et Ziguinchor.

La taille finale de l'échantillonnage a été estimée à 600 PVVIH qui seront enquêtés dans 50% des cas au niveau de structures associatives par sondage aléatoire simple et dans 50% des cas au niveau des structures médicales de prise en charge.

Le questionnaire, de type structuré est divisé en trois sections :

- Section 1 : Informations générales sur l'enquêté (et son ménage)

- Section 2 : Les indicateurs axés sur l'expérience de l'année écoulée rapportée par les personnes vivant

avec le VIH, concernant la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, la stigmatisation interne, la protection des droits des personnes vivant avec le VIH par le biais de la loi, de la politique et/ou de la pratique et, le fait d'apporter un changement.

- Section 3 : Les indicateurs portant sur des exemples de stigmatisation et/ou de discrimination liées au VIH au cours de l'année écoulée, concernant particulièrement le test du VIH, la divulgation et la prestation de soins de santé.

Par ailleurs, une approche plus qualitative sera réalisée par la conduite d'une vingtaine d'entretiens individuels menés par un sociologue.

Résultats attendus

- Elaborer un puissant outil de plaidoyer capable d'appuyer le but collectif des gouvernements, des organisations communautaires, des militants de la cause et des personnes vivant avec le VIH, c'est-à-dire réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH

- Le processus de la mise en œuvre de l'Index vise à être un processus autonomisant pour les personnes vivant avec le VIH, leurs réseaux et les communautés locales

- Eclairer l'élaboration et la mise en œuvre de politiques nationales de protection des droits des personnes vivant avec le VIH

- Modeler la conception des interventions programmatiques de sorte qu'elles prennent en compte la question de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH dans leur contenu.

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des projets ANRS en cours en 2012



Une agence de recherches pour lutter contre le
VIH / Sida et les Hépatites Virales

Programmes de recherche de l'ANRS dans les pays en développement

Projets Actifs Sénégal

Infection par le VIH

Epidémiologie descriptive

Epidémiologie moléculaire

			Année d'Appel d'Offre	Situation Actuelle
ANRS 12186	Ahidjo AYOUBA Avelin AGHOKENG FOBANG	Evaluation de l'échec virologique et résistances aux ARVs chez des patients VIH positifs pris en charge dans les programmes et structures nationaux en Afrique et en Asie Pays impliqué(s) dans ce projet : Burkina Faso Cameroun Côte d'Ivoire Sénégal Thaïlande Togo Vietnam	2008	En cours

Diagnostic et Suivi biologique

			Année d'Appel d'Offre	Situation Actuelle
ANRS 12235	Ahidjo AYOUBA Avelin AGHOKENG FOBANG	Le sang total séché sur papier filtre, DBS (dried blood spot), est-il utilisable pour le suivi virologique en routine des patients VIH+ traités et suivis dans les programmes nationaux : étude multicentrique en Afrique en Asie du Sud-Est. Pays impliqué(s) dans ce projet : Burkina Faso Cameroun Côte d'Ivoire Sénégal Thaïlande Togo Vietnam	2010	En cours

Recherche clinique

Essais thérapeutiques

Traitement par les antirétroviraux chez l'adulte

			Année d'Appel d'Offre	Situation Actuelle
ANRS 12115 DAYANA	Roland LANDMAN Papa Salif SOW	Essai de phase III sans insu sur les traitements, randomisé, évaluant à Dakar et à Yaoundé l'efficacité virologique et la tolérance de 4 Nouveaux traitements Antirétroviraux simplifiés pendant 48 semaines, chez des patients naïfs d'antirétroviraux, infectés par le VIH-1 Pays impliqué(s) dans ce projet : Cameroun Sénégal	2005	Fin d'étude
ANRS 12169 2-LADY	Eric DELAPORTE Sinata KOULLA SHIRO	Essai multicentrique de phase III de non infériorité, randomisé, sans insu sur les traitements, comparant l'efficacité virologique et la tolérance de 3 lignes de traitement antirétroviral pendant 48 semaines, chez des patients infectés par le VIH-1 en échec d'une première ligne d'antirétroviraux au Cameroun et au Sénégal Pays impliqué(s) dans ce projet : Burkina Faso Cameroun Sénégal	2007	En cours
ANRS 12269 THILAO	Roland LANDMAN Serge EHOLIE	Essai pilote de traitement à base de Darunavir et Raltegravir au sein d'une cohorte de patients en échecs de seconde ligne Pays impliqué(s) dans ce projet : Burkina Faso Cameroun Côte d'Ivoire Mali Sénégal	2011	En attente

Diagnostic et Suivi biologique

			Année d'Appel d'Offre	Situation Actuelle
ANRS 12250 METABODY	Laura CIAFFI Assane DIOUF	Evaluation de la lipodystrophie et des troubles métaboliques chez des patients sous traitement antirétroviral de 2ème ligne en Afrique (Bobo Dioulasso, Dakar Yaoundé) : projet associé à l'essai clinique 2LADY (ANRS 12169). Pays impliqué(s) dans ce projet : Burkina Faso Cameroun Sénégal	2011	En cours

Sciences sociales et santé publique

Prévention

Année
d'Appel d'Offre

Situation Actuelle

Prévention de la transmission mère-enfant

ANRS 12271	Alice DESCLAUX Khoudia SOW	L'enfant protégé par les antirétroviraux au Sud. Analyses ethnologiques comparées (Sénégal, Burkina Faso, Cambodge, Laos). Pays impliqué(s) dans ce projet : Burkina Faso Cambodge Laos Sénégal	2012	En attente
------------	-------------------------------	--	------	------------

Risques liés à la sexualité

ANRS 12234	Ndeye Ndiagna GNING B57	L'Homosexualité et le Sida au Sénégal : une réalité invisible. Pays impliqué(s) dans ce projet : Sénégal	2010	En cours
------------	--------------------------------	---	------	----------

Prise en charge et accès aux soins

Année
d'Appel d'Offre

Situation Actuelle

Situations de vulnérabilité

ANRS 12201	Karine DELAUNAY Laurence TOURE	Les dynamiques de mobilisations collectives au temps des ARV en milieu urbain d'Afrique francophone (Cameroun, Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal) Pays impliqué(s) dans ce projet : Cameroun Côte d'Ivoire Mali Sénégal	2009	En cours
------------	-----------------------------------	--	------	----------

Analyse des politiques publiques

Année
d'Appel d'Offre

Situation Actuelle

ANRS 12251	Fred EBOKO Maurice ENGUELEGUELE CI	Gouvernance et sida en Afrique : accès universel, différentiels nationaux. Limites, obstacles et perspectives. Pays impliqué(s) dans ce projet : Burkina Faso Cameroun Côte d'Ivoire Sénégal	2011	En cours
ANRS 12266	Elise DEMANGE B63	Les CCM et le Fonds mondial. Appropriation et fonctionnements d'un instrument de la gouvernance internationale du sida (Cameroun, Sénégal). Pays impliqué(s) dans ce projet : Cameroun Sénégal	2011	En cours

Economie de la santé

			Année d'Appel d'Offre	Situation Actuelle
ANRS 12231	Bruno SPIRE Papa Salif SOW	Evaluation médico-économique de trois stratégies de traitement antirétroviral de 2ème Ligne en Afrique : projet associé à l'essai clinique 2LADY (ANRS 12169) Pays impliqué(s) dans ce projet : Burkina Faso Cameroun Sénégal	2010	En cours
ANRS 12264	Benjamin CORIAT	L'accès à la charge virale VIH dans les contextes de ressources limitées : analyse du marché et des politiques d'acquisition dans 3 pays (Brésil, Cameroun, Sénégal) Pays impliqué(s) dans ce projet : Brésil Cameroun Sénégal	2011	En cours
CI				

Co-infection VIH/hépatites

Sciences sociales et santé publique

Prévention

Situations de vulnérabilité

			Année d'Appel d'Offre	Situation Actuelle
ANRS 12243 UDSEN	Annie LEPRETRE Idrissa BA	Enquête de prévalence de l'infection par le VIH, le VHB et le VHC chez les usagers de drogues dans la région de Dakar Pays impliqué(s) dans ce projet : Sénégal	2010	Fin d'étude

Annexe 2 :

Programme de la Journée Scientifique du 31 Mai 2012

JOURNEE SCIENTIFIQUE DU SITE ANRS SENEGAL

Jeudi 31 Mai 2012, Hôtel Novotel - Dakar

08H30 – 09H00 CEREMONIE D'OUVERTURE

- | | |
|---|-------|
| ❖ Ibra Ndoye – Pierre Marie Girard : Coordonnateurs site ANRS | 10 mn |
| ❖ Jean François Delfraissy : Directeur de l'ANRS | 5 mn |
| ❖ Nicolas Normand : Ambassadeur de France | 5 mn |
| ❖ Awa Marie Coll Seck : Ministre de la Santé et de l'Action Sociale | 10 mn |

Suspension de séance

BILAN (2011-2012) ET PERSPECTIVES DES ACTIVITES DE RECHERCHE
DU SITE ANRS DE DAKAR

09H10 – 10h30 1. Le CRCF comme site de recherche sur les vulnérabilités

Modérateurs: Manuel Da Quinta, Maryvonne Maynard

- | | |
|---|-------|
| 1.1 Projet Ethique (Caroline Desclaux Sall) | 15 mn |
| 1.2 Vulnérabilité des HSH (Abdoulaye Sidibé Wade) | 10 mn |
| 1.3 Index de stigmatisation et de discrimination (Ibrahima Ba) | 10 mn |
| 1.4 Résultats de l'enquête de prévalence et comportementale chez les usagers de drogues injectables à Dakar /ANRS 12243/IMEA/CNLS/FM (Annie Leprêtre) | 15 mn |
| 1.5 Vulnérabilité invisible : les veuves /ANRS 1215 (Alice Desclaux) | 10 mn |
| DISCUSSION | 20 mn |

10h30 – 11h00 PAUSE CAFE

11h00 – 12H10 2. Recherche virologique

Modérateurs : Coumba Toure Kane, Eric Delaporte

- | | |
|--|-------|
| 2.1 Evaluation de l'échec virologique et résistances aux ARVs chez des patients VIH positifs pris en charge dans les programmes et structures nationaux en Afrique et en Asie / ANRS 12186 (Nafissatou Leye Diouf) | 10 mn |
| 2.2 Le sang total séché sur papier filtre, DBS (dried blood spot), est-il utilisable pour le suivi virologique en routine des patients VIH+ traités et suivis dans les programmes nationaux : étude multicentrique en Afrique en Asie du Sud-Est / ANRS 12235 (Malick Diouara) | 10 mn |
| 2.3 Hépatite C et usagers de drogues injectables à Dakar /ANRS 12243 / IMEA/ CNLS/FM (Ousseynou Ndiaye) | 10 mn |
| 2.4 Documentation d'un cas de surinfection d'un patient sous ARV /ANRS 1215 (Moussa Thiam) | 10 mn |
| 2.5 Origine et histoire évolutionnaire du sous-type C du VIH-1 au Sénégal (Nafissatou Leye Diouf) | 10 mn |
| DISCUSSION | 20 mn |

12h10 – 13h00 3. Recherche clinique**Essais Thérapeutiques****Modérateurs : Ndeye Fatou Ngom, Roland Landman**

3.1 Résultats à S96 d'un essai de phase III sans insu sur les traitements, randomisé, évaluant à Dakar et à Yaoundé l'efficacité virologique et la tolérance de 4 Nouveaux traitements Antirétroviraux simplifiés pendant 48 semaines, chez des patients naïfs d'antirétroviraux, infectés par le VIH-1 /ANRS 12115/IMEA 032/ DAYANA (Mouhamadou Baila Diallo) 10 mn

3.2 Essai multicentrique de phase III de non infériorité, randomisé, sans insu sur les traitements, comparant l'efficacité virologique et la tolérance de 3 lignes de traitement antirétroviral pendant 48 semaines, chez des patients infectés par le VIH-1 en échec d'une première ligne d'antirétroviraux au Cameroun et au Sénégal / ANRS 12169 2LADY et sous études (Louise Fortes Deguenonvo) 10 mn

3.3 Essai pilote de traitement à base de Darunavir et Raltegravir au sein d'une cohorte de patients en échecs de seconde ligne /ANRS 12269/THILAO (Moussa Seydi) 10 mn

DISCUSSION 20 mn

13h00 – 14h00 PAUSE DEJEUNER

14h00 – 15h20 3. Recherche clinique (suite)**Session adulte****Modérateurs : Bernard Marcel Diop, Gilles Raguin**

3.5 Morbidité et mortalité à long terme chez les PVVIH sous ARV /ANRS 1215 (Assane Diouf) 10 mn

3.6 Santé sexuelle et traitements ARV / ANRS 1215 (Jeanne Diaw) 10 mn

3.7 Évaluation et accompagnement de la prise en charge du VIH au Sénégal : problématiques spécifiques de la décentralisation et du vieillissement des patients / CNLS/ FM/ DECVISEN (Cheikh Tidiane Ndour) 10 mn

DISCUSSION 10 mn

Session pédiatrique**Modérateurs : Haby Sy Signaté, Sandra Perrot**

3.8 Grandir avec le VIH au Sénégal : Facteurs de risque de troubles nutritionnels et métaboliques chez l'enfant et l'adolescent sous traitement antirétroviral ou non (Cécile Cames) 10 mn

3.9 Consultation transitionnelle des adolescents (Hélène Mbodj)

3.10 Enfant protégé par les ARV : analyses ethnologiques comparées (Sénégal, Burkina Faso, Laos) ; /ANRS 12271 (Khoudia Sow) 10 mn

DISCUSSION 10 mn

15h20 – 16h00 PAUSE CAFE

16h00 – 17h00 4. Sciences sociales et santé publique**Modérateurs : Samba Cor Sarr, Alice Desclaux**

- | | |
|---|-------|
| 4.1 Vivre à long terme avec le VIH /ANRS 1215 (Tidiane Ndoye) | 10 mn |
| 4.2 Impact des formes galéniques des ARV (Mame Basti Koita Fall) | 10 mn |
| 4.3 Vécu des lipodystrophies /ANRS 1215(Sokhna Boye) | 10 mn |
| 4.4 Evolution des coûts hors ARV de la 3 ^{ème} à la 10 ^{ème} année de suivi (Bernard Taverne) | 10 mn |

DISCUSSION 20 mn

17h00 – 18h00 5. Perspectives

Modérateurs : Ibra Ndoye, Pierre Marie Girard

- | | |
|--|-------|
| 5.1 CRCF : recherche intégrée aux soins et à la formation (Papa Salif Sow) | 10 mn |
| 5.2 Collaborations : intersite, UMI (Eric Delaporte) | |
| 5.3 Thématiques émergentes : VHB,VHC, Fozivudine (Pierre Marie Girard) | 10 mn |
| 5.4 Prise en charge des usagers de drogues injectables (Idrissa Ba) | 10 mn |

DISCUSSION 10 mn

20 mn

18H00 – 18H15 Synthèse et clôture de la journée

(Pr Delfraissy, Dr Ndoye, Pr Pierre Marie Girard)

Annexe 3 :

Liste des publications du CRCF 2005-2012

2012

Balestre E, Eholie SP, Lokossue A, Sow PS, Charurat M, Minga A, Drabo J, Dabis F, Ekouevi DK, Thiebaut R; for the International epidemiological Database to Evaluate AIDS (IeDEA) West Africa Collaboration. Effect of age on immunological response in the first year of antiretroviral therapy in HIV-1-infected adults in West Africa.

AIDS. 2012 Feb 29. [Epub ahead of print]

Cournil A, Eymard-Duvernay S, Diouf A, Moquet C, Coutherut J, Gueye NF, Cames C, Taverne B, Bork K, Sow PS, Delaporte E; for the ANRS 1215 Study Group.

Reduced Quantitative Ultrasound Bone Mineral Density in HIV-Infected Patients on Antiretroviral Therapy in Senegal.

PLoS One. 2012;7(2):e31726. Epub 2012 Feb 16.

Desclaux A

Une "simple prise d'antirétroviraux" ? L'élimination de la transmission mère-enfant du VIH vue par les femmes sénégalaises ».

Transcriptases 2012 (147):33-36. <http://www.vih.org/transcriptases>

Duracinsky M, Herrmann S, Berzins B, Armstrong AR, Kohli R, Le Coeur S, Diouf A, Fournier I, Schechter M, Chassany O.

The development of PROQOL-HIV: an international instrument to assess the health-related quality of life of persons living with HIV/AIDS.

J Acquir Immune Defic Syndr. 2012 Apr 15;59(5):498-505.

Hardon A., Vernooij E., Bongololo-Mbera G., Cherutich P., Desclaux A., Kyaddondo D., Ky-Zerbo O., Neuan M., Wanyenze R., Obemeyer C.

Women's views on consent, counseling and confidentiality in PMTCT: a mixed-methods study in four African countries.

BMC Public Health 2012, 12(1):26, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/26>

Jung M, Leye N, Vidal N, Fargette D, Diop H, Toure Kane C, Gascuel O, Peeters M

The Origin and Evolutionary History of HIV-1 Subtype C in Senegal.

PLoS One. 2012;7(3):e33579. Epub 2012 Mar 28.

2011

Bastard M, Koita Fall MB, Lanièce I, Taverne B, Desclaux A, Ecochard R, Sow PS, Delaporte E, Etard JF.

Revisiting long-term adherence to HAART in Senegal using latent class analysis.

J Acquir Immune Defic Syndr. 2011 Feb 4

Chartier L, Leng C, Sire JM, Le Minor O, Saman M., Bercion R, Rahalison L, Fontanet A, Germany Y, L'Her P, Mayaud C, Muriel Vray M

Factors Associated with Negative Direct Sputum Examination in Asian and African HIV-Infected Patients with Tuberculosis (ANRS 1260)

Plos One June 2011. Volume 6 . Issue 6 . e21212

Desclaux A, Msellati P, Sow K

Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud.

ANRS, Collection Sciences sociales et sida, Paris, 2011.. www.anrs.fr

Ekouevi DK, Azondekon A, Dicko F, Malateste K, Touré P, Eboua FT, Kouadio K, Renner L, Peterson K, Dabis F, Sy HS, Leroy V; IeDEA pediatric West Africa Working Group pWADA.

12-month mortality and loss-to-program in antiretroviral-treated children: The IeDEA pediatric West African Database to evaluate AIDS (pWADA), 2000-2008.

BMC Public Health. 2011 Jun 30;11:519.

Fenner L, Forster M, Boulle A, Phiri S, Braitstein P, Lewden C, Schechter M, Kumarasamy N, Pascoe M, Sprinz E, Bangsberg DR, Sow PS, Dickinson D, Fox MP, McIntyre J, Khongphatthanayothin M, Dabis F, Brinkhof MW, Wood R, Egger M; ART-LINC of IeDEA.

Tuberculosis in HIV programmes in lower-income countries: practices and risk factors. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2011 May;15(5):620-7.

Laurent C, Tchatchueng Mbougua JB, Ngom Guèye NF, Etard JF, Diouf A, Landman R, Molinari N, Girard PM, Sow PS, Ndoye I, Delaporte E; for the ANRS 1215/1290 Study Group.

Long-term effectiveness and safety of didanosine combined with lamivudine and efavirenz or nevirapine in antiretroviral-naïve patients: a 9-year cohort study in Senegal. *Trop Med Int Health.* 2011 Feb;16(2):217-22

Mbaye PS, Sarr A, Sire JM, Evra ML, Ba A, Daveiga J, Diallo A, Fall F, Chartier L, Simon F, Vray M
Liver Stiffness Measurement and Biochemical Markers in Senegalese Chronic Hepatitis B Patients with Normal ALT and High Viral Load

Plos One July 2011 . Volume 6 . Issue 7 . e22291

Raguin G, Lepretre A, Ba I, Ndoye I, Toufik A, Brucker G, Girard PM.

Drug use and HIV in West Africa: a neglected epidemic.

Trop Med Int Health. 2011 Sep;16(9):1131-3.

Laurent Vidal et Christopher Kuaban (dir.)

Sida et tuberculose : la double peine ? Institutions, professionnels et sociétés face à la coinfection au Cameroun et au Sénégal.

2011, Espace Afrique N°9 Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant, 378 pages

2010

De Beaudrap P, Diallo MB, Landman R, Gueye NF, Ndiaye I, Diouf A, Kane CT, Etard JF, Girard PM, Sow PS, Delporte E for the ANRS 1215 Study Group

Changes in the Renal Function After Tenofovir-Containing Antiretroviral Therapy Initiation in a Senegalese Cohort (ANRS 1215).

AIDS Res Hum Retroviruses. 2010 Nov;26(11):1221-7.

De Beaudrap P., Etard JF, Diouf A, Ndiaye I, Guèye NF, Sow PS, Kane CT, Ecochard R, Delaporte E. for the ANRS 1215 study group.

Incidence and determinants of new AIDS-defining illnesses after HAART initiation in a Senegalese cohort. *BMC Infectious Diseases* 2010, 10:179

Drylewicz J, Eholie S, Maiga M, Zannou DM, Sow PS, Ekouevi DK, Peterson K, Bissagnene E, Dabis F, Thiébaud R; International epidemiologic Databases to Evaluate AIDS (IeDEA) West Africa Collaboration. First-year lymphocyte T CD4+ response to antiretroviral therapy according to the HIV type in the IeDEA West Africa collaboration.

AIDS. 2010 Apr 24;24(7):1043-50

Ekouevi DK, Balestre E, Ba-Gomis FO, Eholie SP, Maiga M, Amani-Bosse C, Minga A, Messou E, Sow PS, Lewden C, Traoré HA, Bissagnene E, Dabis F; IeDEA West Africa Collaboration.

Low retention of HIV-infected patients on antiretroviral therapy in 11 clinical centres in West Africa *Trop Med Int Health.* 2010 Jun;15 Suppl 1:34-42

Gottlieb GS, Smith RA, Sow PS.

Long-term nonprogressive disease among individuals with untreated HIV infection.

JAMA. 2010 Oct 27;304(16):1784; author reply 1785-6

Groupe ELIHoS, « Évaluer les interventions de prévention des IST et du VIH auprès des homosexuels masculins au Sénégal (projet ANRS 12139) Rapport Scientifique », Working Paper du CEPED, numéro 06, UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD, Paris, Janvier 2010. Available at <http://www.cepced.org/wp>

Landman R, Diallo MB, Gueye NF, Kane CT, Mboup S, Fall MB, Ndiaye B, Peytavin G, Bennai Y, Benalycherif A, Girard PM, Sow PS.

Efficacy and safety of unboosted atazanavir in combination with lamivudine and didanosine in naive HIV type 1 patients in Senegal.

AIDS Res Hum Retroviruses 2010, May ; 26(5) :519-25

Orsi F, Carrieri MP, Coriat B, Delaporte E, Moatti JP, Spire B, Taverne B, Barré-Sinoussi F.

Call for action to secure universal access to ART in developing countries.

Lancet. 2010 May 15;375(9727):1693-4

Raguin G, Leprêtre A, Ba Idrissa, Toufik A, Perrot S, Brückner G, Girard PM

Usage de drogue et VIH en Afrique de l'Ouest.

Med Trop 2010; 70 : 319-320

Sasco AJ, Jaquet A, Boidin E, Ekouevi DK, Thouillot F, Lemabec T, Forstin MA, Renaudier P, N'dom P, Malvy D, Dabis F.

The challenge of AIDS-related malignancies in sub-Saharan Africa.

PLoS One. 2010 Jan 11;5:e8621

Sire JM, Sow PS, Chartier L, Ndiaye B, Ndaye M, Sarr FD, Vray M, Boye CS, M'boup S, L'her P, Debonne JM, Mayaud C, Diop B.

Aetiology of AFB negative pneumonias in hospitalized HIV patients in Dakar.

Rev Mal Respir. 2010 Nov;27(9):1015-1021

Taverne B

Traitement du VIH/sida en Afrique: la gratuité pour limiter les coûts

Glob Health Promot. 2010 Sep;17(3):89-91

Tournoud M, Etard JF, Ecochard R, DeGruttola V.

Adherence to antiretroviral therapy, virological response, and time to resistance in the Dakar cohort.

Stat Med. 2010;29(1):14-32

2009

Ayoub A, Lien TT, Nouhin J, Vergne L, Aghokeng AF, Ngo-Giang-Huong N, Diop H, Kane CT, Valéa D, Rouet F, Joulia-Ekaza D, Toni TD, Nerrienet E, Ngole EM, Delaporte E, Costagliola D, Peeters M, Chaix ML.

Low prevalence of HIV type 1 drug resistance mutations in untreated, recently infected patients from Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Senegal, Thailand, and Vietnam: the ANRS 12134 study.

AIDS Res Hum Retroviruses. 2009 Nov;25(11):1193-6

Bashi J, Balestre E, Messou E, Maiga M, Coffie P, Zannou M, Ba-Gomis FO, Traore HA, Eholié S, Minga A, Sow PA, Bissagnene E, Dabis F, Ekouevi KD.

Evolution des conditions d'initiation du traitement antirétroviral des patients infectés par le VIH en Afrique de l'Ouest. Collaboration leDEA West Africa (1996-2006).

Med Mal Infect 2009, Dec 30.

De Beudrap P, Etard JF, Diouf A, Ndiaye I, Gueye NF, Gueye PM, Sow PS, Mboup S, Ndoeye I, Ecochard R, Delaporte E.

Modeling CD4+ Cell Count Increase Over a Six-Year Period in HIV-1-Infected Patients on Highly Active Antiretroviral Therapy in Senegal.

Am J Trop Med Hyg. 2009;80(6):1047-1053.

Desclaux A, Msellati P, Walentowitz S.

Women, mothers and HIV care in resource-poor settings.

Soc Sci Med. (2009);69(6):803-806.

Etard JF, Diouf A, De Beudrap P, Akoi K, Ngom-Guèye NF, Ndiaye I, Ecochard R, Sow PS, Delaporte E.

Short and Long-Term Incidence of Tuberculosis and CD4-Cell Count Dynamic on HAART in Senegal.

The open AIDS journal. 2009;3:63.

Jaquet A, Ekouevi DK, Aboubakrine M, Bashi J, Messou E, Maiga M, Traore HA, Zannou M, Guehi C, Ba-Gomis FO, Minga A, Allou G, Eholie SP, Dabis F, Bissagnene E, Sasco AJ.

Tobacco use and its determinants in HIV-infected patients on antiretroviral therapy in West African countries.

Int J Tuberc Lung Dis. 2009;13:1433-9.

Landman R, Poupard M, Diallo M, Ngom Gueye NF, Diakhate N, Ndiaye B, Toure Kane C, Trylesinski A, Diop H, Mboup S, Koita Fall MB, Delaporte E, Benalycherif A, Girard PM, Sow, PS.

Tenofovir-emtricitabine-efavirenz in HIV-I-infected adults in Senegal: a 96-week pilot trial in treatment-naive patients.

J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic Ill), 2009. 8(6): p. 379-84.

Manga NM, Diop SA, Ndour CT, Dia NM, Mendy A, Coudec M, Taverne B, Diop BM, Sow PS.

Dépistage tardif de l'infection à VIH à la clinique des maladies infectieuses de Fann, Dakar: circonstances de diagnostic, itinéraire thérapeutique des patients et facteurs déterminants.

Med Mal Infect. 2009;39(2):95-100.

Mercier S, Gueye NF, Cournil A, Fontbonne A, Copin N, Ndiaye I, Dupuy AM, Cames C, Sow PS, Ndoye I, Delaporte E, Simondon KB.

Lipodystrophy and metabolic disorders in HIV-1-infected adults on 4-to 9-year antiretroviral therapy in Senegal: a case-control study.

J Acquir Immune Defic Syndr. 2009;51(2):224-230.

Ndiaye HD, Toure-Kane C, Vidal N, Niama FR, Niang-Diallo PA, Dièye T, Gaye-Diallo A, Wade AS, Peeters M, Mboup S.

Surprisingly high prevalence of subtype C and specific HIV-1 subtype/CRF distribution in men having sex with men in Senegal.

J Acquir Immune Defic Syndr. 2009 Oct 1;52(2):249-52

2008

Braitstein P, Boule A, Nash D, Brinkhof MW, Dabis F, Laurent C, Schechter M, Tuboi SH, Sprinz E, Miotti P, Hosseinipour M, May M, Egger M, Bangsberg DR, Low, Antiretroviral Therapy in Lower Income Countries (ART-LINC) study group.

Gender and the use of antiretroviral treatment in resource-constrained settings: findings from a multicenter collaboration.

J Womens Health (Larchmt). 2008 Jan-Feb;17(1):47-55.

De Beaudrap P, Etard JF, Ecochard R, Diouf A, Dieng AB, Cilote V, Ndiaye I, Gueye NF, Gueye PM, Sow PS, Mboup S, Ndoye I, Delaporte E.

Change over time of mortality predictors after HAART initiation in a Senegalese cohort.

Eur J Epidemiol. (2008);23(3):227-234.

De Beaudrap P, Etard JF, Gueye FN, Gueye M, Landman R, Girard PM, Sow PS, Ndoye I, Delaporte E.

Long-term efficacy and tolerance of efavirenz- and nevirapine-containing regimens in adult HIV type 1 Senegalese patients.

AIDS Res Hum Retroviruses. (2008);24(6):753-760.

Desclaux A

Medical research-ethics applied to social sciences: relevance, limits, issues and necessary adjustments.

Bull Soc Pathol Exot. (2008);101(2):77-84

Desclaux A.

Les lieux du «véritable travail éthique» en anthropologie de la santé : terrain, comités, espaces de réflexion ?

Ethnographiques.org.(2008);17:http://www.ethnographiques.org/2008/Desclaux.html.

Desclaux A, Cadart ML.
Having a child in the HIV/AIDS infection context: medical discourse and social links.
Med Sci (Paris). (2008); 24 Spec No 2:53-61.

Diop-Ndiaye H, Toure-Kane C, Etard JF, Lo G, Diaw P, Ngom-Gueye NF, Gueye PM, Ba-Fall K, Ndiaye I, Sow PS, Delaporte E, Mboup S.
Hepatitis B, C seroprevalence and delta viruses in HIV-1 Senegalese patients at HAART initiation (retrospective study).
J Med Virol. (2008);80(8):1332-1336.

Hardon A, Desclaux A, Egrot M, Simon E, Micollier E, Kyakuwa M.
Alternative medicines for AIDS in resource-poor settings: insights from exploratory anthropological studies in Asia and Africa.
Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine. (2008);4(1):16.

2007

Canestri, A., P. S. Sow, M. Vray, F. Ngom, S. M'Boup, C. T. Kane, E. Delaporte, M. Gueye, G. Peytavin, P. M. Girard, and R. Landman. 2007.
Poor efficacy and tolerability of stavudine, didanosine, and efavirenz-based regimen in treatment-naive patients in Senegal.
Med Gen Med. 2007 Oct 9;9(4):7

Etard, J. F., I. Laniece, M. B. Fall, V. Cilote, L. Blazejewski, K. Diop, A. Desclaux, R. Ecochard, I. Ndoye, and E. Delaporte. 2007.
A 84-month follow up of adherence to HAART in a cohort of adult Senegalese patients.
Trop Med Int Health. 2007 Oct;12(10):1191-8.

Poupard, M., N. F. Ngom Gueye, D. Thiam, B. Ndiaye, P. M. Girard, E. Delaporte, P. S. Sow, and R. Landman. 2007.
Quality of life and depression among HIV-infected patients receiving efavirenz- or protease inhibitor-based therapy in Senegal.
HIV Med. 2007 Mar;8(2):92-5.

2006

Eholié SP, N'dour CT, Cissé M, Bissagnéné E, Girard PM.
Observance of antiretroviral treatments: African specificities
Med Mal Infect. 2006 Sep;36(9):443-8.

Etard JF, Ndiaye I, Thierry-Mieg M, Guèye NF, Guèye PM, Lanièce I, Dieng AB, Diouf A, Laurent C, Mboup S, Sow PS, Delaporte E.
Mortality and causes of death in adults receiving highly active antiretroviral therapy in Senegal: a 7-year cohort study.
AIDS. 2006 May 12;20(8):1181-9.

2005

Desvarieux M, Landman R, Liataud B, Girard PM.
Antiretroviral therapy in resource-poor countries: illusions and realities.
Am J Public Health. 2005 Jul;95(7):1117-22.

Wade AS, Kane CT, Diallo PA, Diop AK, Gueye K, Mboup S, Ndoye I, Lagarde E
HIV infection and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Senegal.
AIDS. 2005 Dec 2;19(18):2133-40.

