

## Revue de presse - Avril 2010

### ***VIH***

Libération-05/04/10	«Sida, paludisme... On a des résultats exceptionnels et on peut les amplifier»	p.2
ONUSIDA-25 /04/10	L'Afrique du Sud lance une vaste campagne de prévention et de traitement contre le VIH	p.3
Libération-20/04/2010	Maroc, terre rebelle au sida	p.4
Le potentiel-20/04/2010	Congo-Kinshasa -Les chirurgiens dentistes demandent leur intégration dans les programmes de dépistage précoce du VIH/sida	p.7
Le quotidien-20/04/2010	Sénégal -Lutte contre le sida la transmission mère-enfant inquiète l'ONUSIDA –	p.8
IRIN-26/04/2010	KENYA- Les travailleurs du sexe bisexuels risquent gros	p.9
IRIN-04/2010	RWANDA: Les personnes handicapées oubliées d'une campagne de prévention	p.11

### ***Paludisme***

Le monde-26/04/2010	Le paludisme peut être vaincu, par Michel Kazatchkine	p.12
Le Monde -24/04/2010	La lutte contre le paludisme progresse en Afrique	p.14

### ***Tuberculose***

IRIN-04/2010	ETHIOPIE: Course contre la montre pour endiguer la tuberculose multirésistante	p.15
--------------	--	------

### ***Maladies chroniques***

Fraternité matin-09/04/10	Côte d'Ivoire - Maladies chroniques: les spécialistes ivoiriens ont examiné le diagramme d'évaluation et de prévention de risque	p.18
---------------------------	--	------

Libération 05/04/2010

## «Sida, paludisme... On a des résultats exceptionnels et on peut les amplifier»

*Interview Michel Kazatchkine, patron du Fonds mondial contre les pandémies, plaide pour un nouvel effort financier.*

Convaincre. Mobiliser. Plus que jamais. Michel Kazatchkine, directeur du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, doit pousser les grands pays donateurs à s'engager de nouveau pour les trois années à venir (2011-2013). Et pour cause... Le fonds est devenu le premier organisme financier au monde en matière d'aide sanitaire. Avec des résultats impressionnants. Depuis sa création, en 2002, plus de 14 milliards de dollars (10,3 milliards d'euros) ont été versés. Mais la bataille de la solidarité sanitaire n'est pas gagnée.

### **Comment convaincre les pays à continuer à s'engager ?**

Tout simplement parce que cela marche. Nous avons des résultats exceptionnels, et on peut les amplifier. Plus de 2,5 millions de personnes ont bénéficié des traitements antisida grâce au fonds. Plus de 6 millions de traitements contre la tuberculose ont été administrés. Et près de 110 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticides ont été distribuées pour prévenir le paludisme. Tout cela a permis de sauver près de 5 millions de personnes, 3 600 par jour. Dans les pays en développement, les plus touchés par le sida, l'épidémie recule, et la mortalité a baissé de 40 à 70%. Nous avons la possibilité d'éradiquer le paludisme de la planète, mais aussi de supprimer toute forme de tuberculose résistante...

### **Vous évoquez trois scénarios pour l'avenir du fonds. Quels sont-ils ?**

Ce sont trois hypothèses d'engagements de la communauté internationale pour la phase 2011-2013. Une base où le fonds disposerait de 13 milliards de dollars (9,6 milliards d'euros) ; une hypothèse moyenne, à 17 milliards (12,6 milliards d'euros) ; une autre, plus ambitieuse, à 20 milliards de dollars (14,8 milliards d'euros). Cela peut paraître élevé, utopique en ces temps de difficultés financières, mais, pour poursuivre les programmes existants, nous avons besoin de 8,5 milliards de dollars. Ce ne sont pas des chiffres en l'air. Ils reposent tous sur le financement de demandes précises de pays. Nous ne pouvons nous arrêter à mi-chemin et dire à certains pays : «Non, on ne peut plus soigner vos malades...»

### **Que vous disent les pays donateurs ?**

Nous sommes face à des vents qui vont dans tous les sens. Des pays du G8 - qui représentent 80% de nos fonds - nous ont fait savoir que le scénario le plus bas dépassait déjà de 30% ce qu'ils comptaient engager. Même les pays scandinaves font part de leurs inquiétudes. Pour autant, aucun des pays n'a remis en cause le fonds et ses résultats. Et il y a des signes positifs. Le Japon, peu engagé dans le Fonds mondial, a décidé d'augmenter sa contribution. En Grande-Bretagne, travaillistes comme conservateurs nous ont apporté un soutien unanime. Les Etats-Unis, qui nous versaient jusqu'à présent 700 millions de dollars par an, ont porté leur contribution à 1,05 milliard de dollars. Mais cela ne suffira pas... Nous cherchons à élargir la liste des pays donateurs. Par exemple, les pays du Golfe sont peu engagés, alors que

les pays musulmans, comme l'Indonésie, sont fortement touchés par le sida. Je vais donc me rendre en Arabie Saoudite, mais aussi au Koweït, au Qatar, dans les Emirats arabes unis. Enfin, un certain nombre de grands pays étaient hier receveurs d'aides du fonds, comme la Russie. Or, celle-ci va rembourser la totalité de l'argent qu'on lui a versé. La Chine, à qui le fonds a versé plus d'un milliard de dollars, devrait aussi évoluer.

### **Les fonds privés restent toujours aussi faibles...**

Nous avons encore beaucoup à faire. Ils représentent à peine 2% de notre budget. Nous voulons les porter à 4%. Une série d'initiatives sont prévues, ainsi que le recours à des financements innovants, comme celui de «la dette contre la santé» - déjà pratiquée par l'Allemagne. Le principe est le suivant : si un pays est endetté à hauteur de 50 millions de dollars, on lui enlève la moitié de la dette à condition que l'autre moitié soit directement investie par le pays dans le budget de la santé.

### **Et la France ?**

Je n'ai pas d'information particulière. La France est le premier contributeur de l'Union européenne au Fonds mondial. J'espère qu'elle va le rester et qu'elle augmentera sa subvention, autour de 300 millions d'euros.

### **Mais il y a d'autres crises : économique, alimentaire, énergétique...**

Au début, personne ne croyait en nous. Aujourd'hui, tout est devenu possible. Nous avons démontré que nos projets marchent à 85%. 2010 sera une année décisive. Soit on enterre les Objectifs du millénaire [*de réduction de la pauvreté de moitié d'ici à 2015, ndlr*], dont l'accès universel à la santé. Soit on se donne les moyens pour y parvenir en 2015. L'expérience du fonds montre que c'est à portée de main.

---

## **ONUSIDA - 25 avril 2010**

### **L'Afrique du Sud lance une vaste campagne de prévention et de traitement contre le VIH**

Le Président Zuma a aujourd'hui lancé une campagne ambitieuse qui pourrait changer la face de l'épidémie de sida en Afrique du Sud et dans le monde. La campagne vise à effectuer 15 millions de dépistage sur le VIH d'ici l'année 2011, contre 2,5 millions en 2009. Le nombre de personnes dépistées a ainsi été multiplié par six en l'espace de deux ans seulement. Dans le cadre de cette campagne, 1,5 million de personnes recevront des traitements antirétroviraux d'ici à juin 2011, contre un million en 2009.

« L'Afrique du Sud peut briser la trajectoire de l'épidémie de VIH », a déclaré le Directeur exécutif de l'ONUSIDA, Michel Sidibé, lors du lancement national de la campagne à Gauteng, en présence des dirigeants sud-africains. « Cette campagne promet d'être aussi importante que « la Commission Vérité et Réconciliation » pour la riposte au sida dans le pays. »

L'Afrique du Sud est le pays le plus touché au monde par le VIH. Elle compte, selon les estimations, 5,7 millions de personnes vivant avec le virus, soit un sixième du nombre

mondial de personnes séropositives. Environ 18 % des adultes sud-africains sont séropositifs au VIH.

Les dépistages sur le VIH offrent un point d'entrée propice aux échanges sur diverses questions délicates comme la sexualité, la violence contre les femmes et les rapports sexuels intergénérationnels. Dans le cadre de la nouvelle campagne, les personnes ayant effectué un dépistage sur le VIH recevront, dans certains cas, 100 préservatifs. Le dialogue intercommunautaire sur la prévention contre le VIH et sur la sexualité sans danger sera aussi relancé.

En Afrique du Sud, les prix de la plupart des médicaments antirétroviraux sont pour le moins 25 à 30 % plus élevés que les prix moyens internationaux correspondants – ce qui constitue un défi crucial pour le pays qui s'efforce actuellement d'étendre ces traitements. L'ONUSIDA se félicite du récent changement de politique adopté par le gouvernement sud-africain pour réduire le coût lié à la distribution des traitements antirétroviraux.

« C'est la première fois qu'un pays décide d'améliorer la prévention et le traitement contre le VIH avec autant de célérité et pour autant de personnes », a déclaré le Directeur exécutif de l'ONUSIDA, Michel Sidibé. « Je félicite l'Afrique du Sud de cette courageuse initiative. »

L'Afrique du Sud finance plus des deux tiers de sa riposte au sida. En 2010, les dirigeants sud-africains ont promis une enveloppe d'un milliard de dollars USD en faveur de cette riposte – soit 30 % de plus que l'année précédente.

---

## Libération 20/04/2010

### **Maroc, terre rebelle au sida**

Au royaume de Mohammed VI comme dans tout le Maghreb, l'épidémie de VIH reste contenue. Une exception qui tient à des facteurs socio-culturels, mais aussi au travail réalisé par la professeure Hakima Himmich et son Association de lutte contre le sida.

Une petite maison anodine en plein centre de Casablanca. Ce sont les locaux de l'Association de lutte contre le sida (ALCS). Lundi soir, 19 heures, l'heure de la réunion d'information sur le sida avec les professionnels du sexe. L'ambiance est détendue, rigolarde même. L'animatrice est voilée. Elle est jeune, se montre très professionnelle.

Des dessins et des photos défilent sur un tableau. «*Des réactions ?*» demande l'animatrice. «*Ah, il ne faut pas se fier aux apparences, lâche une toute jeune fille devant l'image qu'on lui présente, qui est celle d'un homme aux allures de cadre. C'est avec eux que l'on a le plus de problèmes*», raconte-t-elle. Une autre : «*Moi, si j'ai le choix, je choisis toujours le vieux client. A peine a-t-on eu le temps de lui mettre un préservatif que c'est fini.*» Elles éclatent de rire, se donnent des conseils. Certaines sont si jeunes. Puis l'animatrice revient sur les règles d'hygiène, s'inquiète de cette mauvaise habitude qu'ont les prostituées de se nettoyer le vagin avec les doigts après un rapport sexuel. «*Cela risque de vous provoquer des lacérations, insiste-t-elle. Et puis ne jamais passer le doigt de l'anus au vagin, mais toujours l'inverse.*» Tout est abordé. On essaye même les préservatifs sur une maquette. Ensuite, les filles vont voir un médecin et repartent par une porte dérobée, certaines avec des traitements contre la syphilis, toutes avec des préservatifs. La moitié sont voilées, la plupart ne savent ni lire ni écrire. «*C'est vraiment cela notre travail : être là où il y a des risques*», explique l'animatrice.

Deux jours plus tard, le matin, à la gare routière de Casablanca. Le lieu est glauque. Le camion de dépistage est installé depuis les toutes premières heures du jour. Autour de lui, des conducteurs d'autocars et leurs accompagnateurs, souvent de très jeunes garçons. *«Ici, ça marche très bien. On fait plus de 60 tests par demi-journée»*, explique le médecin de l'ALCS. Les hommes vont et viennent, on leur donne des préservatifs. Ils reçoivent un cahier d'instruction. *«C'est un groupe à risque, poursuit le médecin. Ils sont souvent partis plusieurs jours. Dans le voyage, il y a des lieux où ils s'arrêtent, avec des filles qui les attendent. On a cinq camions comme celui-là dans le pays.»*

Au Maroc, comme dans tout le Maghreb, l'épidémie de VIH reste faible. *«En Algérie, à peine un millier de malades. L'épidémie de VIH n'est pas importante»*, nous expliquait un chef de service de maladies infectieuses d'Alger lors de la 5<sup>e</sup> conférence francophone VIH-sida, qui s'est tenue à Casablanca, fin mars. En Tunisie, même son de cloche. Au Maroc, selon le ministère de la Santé, on a enregistré 3 198 cas de sida depuis l'année 1986. Pour 2008, le nombre de séropositifs a été estimé à 22 300. C'est peu. Un taux de prévalence autour de 0,08% au sein de la population générale, trois fois moins qu'en France (environ 0,25%).

«La circoncision fait baisser les risques de transmission»

Il y a vingt ans, pourtant, on redoutait le pire. Nombreux étaient ceux qui imaginaient que le Maroc ne serait pas épargné. Comment expliquer ce faible taux de prévalence, alors que le tourisme sexuel, certes tabou, est bien présent ? *«Restons prudents, tempère un responsable de l'ONUSIDA. Rien n'est définitif, et en particulier ce qui se passe avec les usagers de drogues est inquiétant. On peut avancer quelques éléments qui expliquent cette faible prévalence.»* La circoncision, d'abord : *«Les pays d'Afrique du Nord sont des pays où les hommes sont très majoritairement circoncis. Or, on sait que la circoncision fait baisser de 60% les risques de transmission.»* Second facteur : les sociétés d'Afrique du Nord sont très contrôlées, la place de la religion y est importante, et le multipartenariat peu développé. Dans les années 90, certains religieux allaient même jusqu'à affirmer que les valeurs culturelles de la région apportaient *«une sorte d'immunité face au VIH»* !

L'essentiel, dans la lutte contre l'épidémie, c'est l'action des hommes ou des femmes. La fatalité a parfois bon dos. Au Maroc, tous les observateurs notent le rôle essentiel joué par le milieu associatif, et en particulier par l'Association de lutte contre le sida, fondée et dirigée par Hakima Himmich. Elle fait partie de ces quelques rares personnalités dont on peut dire qu'elles ont eu une influence directe sur l'évolution, et en l'occurrence sur la faible progression, du VIH au royaume du Maroc. Pourtant, Hakima Himmich s'en défend. Elle dit que *«c'est avant tout une histoire collective»*. Ajoute : *«Vous avez bien vu lors des réunions avec les travailleuses du sexe ou avec les camionneurs, nous sommes nombreux dans l'association.»* Assurément, mais Hakima est la chef de bande. Une boule d'énergie que rien n'arrête. Et surtout pas les prophètes de l'immobilisme.

*«En 1986, nous raconte-t-elle, je suis alors jeune médecin à Paris, et je suis effrayée par tout ce que je vois venir. En France, on panique, mais je vois la société civile qui réagit, avec la création de l'association Aides.»* Interne des hôpitaux de Paris, elle est en première ligne, chez Willy Rozenbaum, qui allait être la personnalité centrale dans la découverte du virus. *«Je me suis dit que si on ne faisait rien, cela allait exploser dans mon pays. Il fallait réagir, et le faire avec la société civile.»* Deux ans plus tard, en 1988, alors qu'il y a moins de 20 cas officiels, elle crée l'ALCS, avec l'objectif d'être au plus près du terrain. Elle devient chef du service de maladies infectieuses de l'hôpital universitaire de Casablanca, le seul qui va suivre

pendant des années les malades marocains du sida. Vingt-deux ans plus tard, Hakima est toujours là. En ces premiers jours de printemps, elle préside la conférence francophone sur le sida, qui se tient au Maroc. C'est un peu son heure de gloire. A plusieurs reprises, elle a eu droit à des *standing ovations* de la part des participants. Elle est devenue un symbole.

Hakima a aujourd'hui près de 60 ans. En 2000, nous l'avions suivie dans son service, où elle se démenait pour que les malades marocains aient droit aux traitements. Elle y est parvenue, et les malades sont soignés. Ce sont les tout premiers en Afrique, plus d'une centaine d'abord, puis tous. Gratuitement. Hakima Himmich nous expliquait sa recette : *«Les trois femmes de ménage de mon service, c'est une association d'aide aux malades qui nous les finance. Le jardin ? C'est une entreprise privée qui l'entretient.»* Une camionnette a été offerte par l'ambassade du Japon. La pièce qui servait de pharmacie apparaissait comme un condensé de la situation. Chaque étagère avec son origine : don de l'ambassade de France, don de l'association Aides-Alsace, don d'Act Up, etc.

Aujourd'hui, entre l'argent du Fonds mondial de lutte contre le sida, le soutien du GIP Esther (Groupe d'intérêt public Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau), lancé par la France, et celui de l'Agence nationale de recherche sur le sida, tous les malades marocains sont pris en charge dans six centres dans le pays. Fin de l'histoire ? Le sida, une affaire réglée au royaume de Mohammed VI ?

«Faute de travail, les femmes se prostituent»

Pas si sûr... Des inquiétudes demeurent, en particulier dans le maintien d'une forte politique de prévention et de dépistage. *«L'important, c'est d'arrêter les contaminations, répète Othman Mellouk, jeune dentiste et l'un des responsables de l'ALCS. Je ne dis pas que l'épidémie va exploser, mais nous avons des éléments de crainte. En particulier dans la région d'Agadir. C'est une grande région agricole, avec beaucoup de travailleurs saisonniers, des femmes surtout. Elles viennent travailler dans les fermes mais se prostituent aussi, faute de travail.»*

L'autre source d'inquiétude porte sur les usagers de drogues. Au début, ils étaient concentrés dans le nord du pays, dans la région de Tanger. *«Une population très pauvre, vivant souvent dans des conditions dramatiques. A Nador, on a des taux de prévalence qui peuvent monter jusqu'à 30%»,* raconte la professeure Himmich. Cette crainte sur les usagers de drogues concerne d'ailleurs tous les pays africains. Autre difficulté : la maladie reste peu «visible» dans la société et les médias : *«Il n'y a quasiment pas de séropositifs, ni même de gays, qui acceptent de témoigner à visage découvert»,* constate Othman Mellouk.

Dans ses moments de lassitude, Hakima *«rêve de passer la main»*. Mais tous le savent : elle est devenue indispensable. Alors Hakima reste. *«Mon père était terriblement déçu que je ne sois pas un garçon. J'ai passé ma vie à lui montrer qu'il avait tort»,* ironise-t-elle. Au grand bénéfice de la lutte contre le VIH.

## Le potentiel - Congo-Kinshasa - 20/04/2010

### **Les chirurgiens dentistes demandent leur intégration dans les programmes de dépistage précoce du VIH/Sida**

Les chirurgiens dentistes ont clôturé, le samedi 17 avril 2010, leur congrès sur «le VIH/Sida et la cavité buccale». Au terme des travaux, ils ont formulé plusieurs recommandations, notamment leur intégration dans les programmes de dépistage précoce du virus VIH/Sida. «Sur le plan pratique, la communauté des dentistes sera invitée à s'associer aux services spécialisées pour la mise en œuvre des recommandations». Telle a été l'assurance du ministre de la Santé sur la prise en considération des recommandations du deuxième congrès international de chirurgie dentaire. Et ce, après la lecture faite par le président de l'Association nationale des chirurgiens dentistes à la clôture de ce congrès.

Ainsi, les congressistes ont recommandé d'intégrer les chirurgiens dentistes dans les programmes de dépistage précoce du VIH/Sida, parrainer leur formation continue dans des domaines médicaux, en général, et, particulièrement, en médecine dentaire. Ils ont aussi demandé au ministère de la Santé d'inciter le personnel à se former par des mesures contraignantes, et favoriser l'implantation effective du Programme national de santé bucco-dentaire, etc.

Les participants ont également recommandé un accroissement du quota d'inscription des chirurgiens dentistes à l'Ecole de santé publique afin d'animer efficacement le programme national de santé bucco-dentaire à travers le pays. Aussi, ont-ils souhaité l'affectation des chirurgiens dentistes dans les provinces et l'amélioration de leurs conditions de travail.

Il sied de souligner que ces assises ont servi de cadre d'explication sur plusieurs techniques, sur la médecine bucco-dentaire, lesquelles doivent être bien maîtrisées au profit des patients.

Dans son discours, le ministre de la Santé, Victor Makwenge, a affirmé que les recommandations formulées par les participants cadrent avec les stratégies d'amélioration de la politique sanitaire mise en œuvre à travers son ministère par le gouvernement. Il a également fait savoir que les décisions de ce 2ème congrès international constituent un apport incontestable faisant partie de la comptabilité des actions palpables et réussies dans le cadre du chantier santé.

Par rapport à l'assurance de la prise en compte des recommandations du congrès, le ministre a promis d'instruire le secrétaire général à la Santé publique pour un examen utile des ces dernières.

La cérémonie de clôture a également été marquée par la remise de brevets aux intervenants et des prix aux gagnants du jeu tombola organisé pour la circonstance.

## Le quotidien - Sénégal - 20/04/2010

### **Lutte contre le sida la transmission mère-enfant inquiète l'ONUSIDA**

Les risques d'infection du VIH, à travers la transmission mère-enfant sont énormes au Sénégal. La révélation est faite hier, par le directeur exécutif de l'ONUSIDA, qui indique que les raisons sont liées au fait que sur 100 femmes en état de grossesse, seules 20 bénéficient de la Prévention de la transmission mère-enfant (PTME).

Le Sénégal est à 20 % de couverture de la prévention

L'Afrique a enregistré une baisse de 17 % de ses cas de nouvelles infections du VIH, selon les dernières statistiques officielles, a rappelé l'ONUSIDA hier, à l'occasion d'une conférence de presse. Soit 400 000 nouvelles infections qui sont évitées. Ce qui est un réel motif de satisfaction pour son directeur exécutif, Michel Sidibé. Mais, ce dernier n'a pas manqué d'afficher ses inquiétudes par rapport au taux de couverture très bas de la Prévention de la transmission mère-enfant, dans certains pays africains, comme le Sénégal. Ce qui fait que, chaque année, le continent enregistre 400 000 nouveau-nés avec le virus du Sida, dans le sang. Pis, 50 % de ces enfants ont déjà la certitude de mourir avant leur deuxième anniversaire.

Le Sénégal, lui, est à seulement... 20 % de couverture, là où le Botswana a réussi une couverture de pratiquement 100 % de la prévention mère-enfant. Quant à la Namibie, elle affiche fièrement un taux de 80 % de couverture. L'exemple de ces deux pays illustre, selon Michel Sidibé, l'engagement de leurs autorités à faire de la lutte contre le Sida, une priorité nationale.

Même s'il ne crache pas sur «les efforts» des autres pays africains, le directeur exécutif de l'ONUSIDA les appelle à s'impliquer davantage, avec des programmes rationnels et pertinents au bénéfice exclusif des communautés de base. Il a laissé entendre, sous ce rapport, que les fonds alloués dans le cadre de la réponse devraient plus faire tâche d'huile au niveau de ces communautés. Heureusement, se félicite-t-il, des «efforts énormes» ont été faits dans ce sens, mais il est toujours bon de persévérer dans la voie de la transparence, rappelle-t-il. Aussi, a-t-il plaidé pour que l'architecture financière au niveau des Etats, soit repensée, pour permettre la flexibilité des fonds et leur disponibilité dans un temps réduit, pour leurs bénéficiaires, dans le cadre des programmes exécutés à la base.

A propos de la participation financière des Etats africains, des efforts restent à faire dans la mesure où, indique M. Sidibé, ce sont le Fonds mondial et une autre institution américaine, qui financent à eux seuls, 96 % des programmes de lutte contre le Vih en Afrique. Cette dépendance vis-à-vis de l'étranger peut être un blocage dans le déroulement de certains programmes à efficacité prouvée, prévient M. Sidibé. Les gouvernements africains doivent ainsi prendre leurs responsabilités et respecter leurs engagements, en rapport avec les budgets alloués à leur ministère de la Santé. Ceux-ci devant être portés jusqu'à 15 %. Par ailleurs, Michel Sidibé a fait cas des 8 millions d'Africains, qui n'ont pas encore accès au traitement. Seules, 3,7 millions de personnes vivant avec le VIH en bénéficient, encore que 93 % d'entre elles sont sur la première ligne de traitement. Ce qui représente des risques de

résistance au traitement, auxquels ces personnes atteintes sont confrontées. Toujours à propos du traitement, le directeur exécutif de l'ONUSIDA ne désespère pas de voir un jour, l'Afrique produire sa propre consommation.

D'ailleurs, il sourit que les choses soient en bonne voie, avec la dynamique unitaire de chercheurs africains regroupés en réseaux, pour mieux optimiser leurs résultats.

Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA : «On est encore loin d'un vaccin contre le VIH»

Ceux qui s'attendent à voir, en ces temps qui courent, le virus du Sida vaincu par un vaccin doivent déchanter. Le directeur exécutif de l'ONUSIDA indique, en effet, que les chercheurs sont loin d'avoir trouvé un remède contre le mal, qui est apparu depuis le début des années 80. La dernière découverte faite par des Américains et des Asiatiques, qui a suscité beaucoup d'espoir auprès de la communauté scientifique mondiale, s'est terminée en eau de boudin. Puisqu'elle n'a que 30 % de taux d'efficacité, révèle Michel Sidibé.

Cependant, M. Sidibé rassure que les recherches continuent de plus belle et le rêve est encore permis au regard des combinaisons scientifiques, qui sont en cours d'essai sur des espèces animales.

---

IRIN 26/04/2010

## **KENYA: Les travailleurs du sexe bisexuels risquent gros**

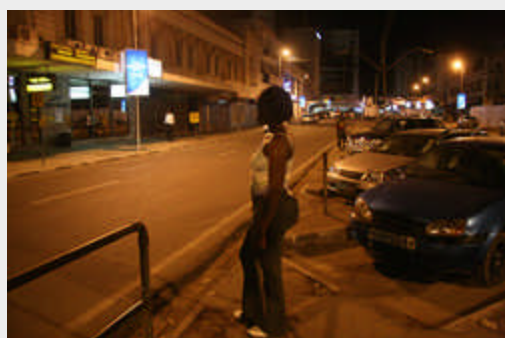


Photo: [Julius Mwelu/IRIN](#)

Dans les rues de Mombasa (photo d'archives)

MOMBASA, 22 avril 2010 (PlusNews) - Dans une boîte de nuit de Mombasa, sur la côte kényane, Tito Bakari\*, un autochtone, et Leonard Smithberger, un touriste, se bécotent dans un coin sombre, avant que le videur ne leur demande de quitter les lieux. Main dans la main, ils vont s'installer dans un autre bar du quartier, où ils continueront de faire la fête jusqu'au bout de la nuit.

« Mon amoureux allemand est là depuis Pâques ; la fête ne fait que commencer », a dit M. Bakari à IRIN/PlusNews. M. Smithberger se rend au Kenya plusieurs fois par an et couvre Tito de cadeaux et d'argent ; lorsqu'il est là, ce dernier quitte son

domicile, où il vit avec sa femme et son enfant, pour emménager dans l'hôtel de son amant.

Jusque 60 pour cent des travailleurs du sexe de Mombasa ont également des partenaires sexuelles féminines, selon une [étude récente](#), présentée à l'occasion de la 17e Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, à San Francisco.

« Bien que, pour la plupart, les partenaires sexuels des MSM-SW [hommes travailleurs du sexe ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes] soient des hommes, ces derniers ont aussi souvent des rapports sexuels, généralement transactionnels, et souvent sans protection, avec des femmes de la région », peut-on lire dans l'étude.

« On ne sait pas véritablement si les femmes qui font appel aux services des MSM-SW sont conscientes des risques qu'elles encourent elles-mêmes, ni quelles sont leurs motivations ; toutefois, ces problèmes risquent d'être négligés dans le cadre des interventions destinées à réduire les risques uniquement entre les MSM [hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes] ».

Selon la dernière enquête sur les indicateurs du sida réalisée au Kenya, 15,2 pour cent des nouveaux cas d'infection au VIH concernent les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et ils sont souvent vus comme une passerelle de transmission du VIH à la population générale.

### **Des risques mal compris**

Le gouvernement mène actuellement une enquête qui orientera ses premières campagnes de lutte contre le VIH ciblées sur les MSM ; jusqu'ici exclus des efforts de prévention du VIH, ces derniers perçoivent mal leurs propres risques.

« Ma femme sait que je suis bisexuel, mais je pourvois à ses besoins et je la satisfais aussi sexuellement. J'ai même eu deux enfants avec elle, alors elle ne se plaint jamais », a expliqué Ben Maina\*, un travailleur du sexe de Mombasa, qui n'utilise pas systématiquement le préservatif avec ses clients et n'en porte jamais avec sa femme.

Selon une autre étude, réalisée en 2007 à Mombasa, le taux de prévalence élevé du VIH chez les MSM kényans est probablement dû à des pratiques anales passives sans protection et à l'usage limité du préservatif.

Malgré les risques et l'intolérance de la société, M. Maina gagne trop d'argent pour envisager de quitter la profession : dans un pays où la moitié de la population vit avec moins d'un dollar par jour, il empoche jusque 365 dollars par semaine. « Cet argent m'aide à subvenir aux besoins de ma famille », a-t-il dit.

### **Déni**

D'après le docteur Mary Mwangombe, chercheuse au Kenya Medical Research Institute (KEMRI) de Kilifi, une ville du littoral, les programmes de lutte contre le VIH ciblés sur les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et leurs partenaires – hommes et femmes - sont difficiles à mener : l'homosexualité est illégale et le public ne la tolère pas.

« La plupart des hommes qui travaillent dans le secteur du commerce sexuel vivent et font leurs affaires en secret, pour éviter d'être 'victimisés' soit par les représentants municipaux, soit par la police, soit par le public dans son ensemble », a-t-elle dit à IRIN/PlusNews.

En février, dans la ville côtière de Mtwapa, un « mariage gay » a été interrompu par la police, suivie par une foule en colère qui a également pris d'assaut les bureaux du KEMRI, prétendant que l'organisme abritait des homosexuels.

« Les médecins et les conseillers se sont heurtés à de graves difficultés, non seulement face aux idées fausses relatives à la transmission et à la prévalence du VIH, mais aussi en tentant de convaincre d'autres parties prenantes et le grand public que les comportements sexuels extrêmement risqués tels que ceux-ci sont une réalité au Kenya », a dit Mme Mwangombe.

---

## IRIN 04/2010

### **RWANDA: Les personnes handicapées oubliées d'une campagne de prévention**

KIGALI, 22 avril 2010 (PlusNews) - La campagne nationale de sensibilisation à l'usage du préservatif qui a dernièrement été menée au Rwanda n'incluait pas de messages destinés aux personnes handicapées, ce qui constitue une erreur car ce groupe, selon des experts, est souvent exposé à autant de risques de contracter le VIH que le reste de la population.

« Le fait que la campagne de mobilisation à grande échelle sur l'usage du préservatif ne s'adressait pas aux personnes aveugles et sourdes compromettrait non seulement les efforts visant à combattre le VIH/SIDA, mais également les changements de comportement au sein du reste de la population », a dit Jacques Sindayigaya, coordinateur des programmes VIH au sein de l'ONG Handicap International. « Nombre de personnes handicapées sont sexuellement actives et peuvent avoir par conséquent des rapports sexuels non protégés ».

Les trois mois de campagne ont essentiellement fait appel à la radio et aux annonces publicitaires (panneaux et plus de 200 000 affiches) afin de diffuser des messages. La campagne a pris fin en février et, selon des sources gouvernementales, a permis de sensibiliser un plus grand nombre d'habitants. Toutefois, tant que certains groupes de la population ne sont pas pris en compte par de tels programmes, les changements de comportement seront restreints, a souligné M. Sindayigaya.

Cyriaque Kanimba, un jeune artisan de 28 ans atteint de cécité qui travaille à Kigali, la capitale rwandaise, a confié ne pas comprendre les messages.

« Je vis avec ma cécité depuis ma naissance. J'avais l'habitude d'écouter les émissions de radio, mais j'ai également besoin qu'une personne me décrive les préservatifs et m'explique comment les utiliser », a-t-il dit.

Avec l'aide de la Commission nationale de lutte contre le sida (CNLS) et de Handicap International, le groupement rwandais des associations de personnes handicapées dans la lutte contre le sida (UAHLS) a été en mesure de lancer quelques activités de sensibilisation au VIH spécialement conçues pour les personnes handicapées, notamment une formation de pairs éducateurs sachant communiquer en langage des signes.

---

Toutefois, selon l'UAHLS, de nombreux obstacles persistent afin de lutter contre le VIH parmi les personnes handicapées au Rwanda, dont un taux d'analphabétisme élevé ; un manque d'harmonisation du langage des signes et de faibles connaissances du Braille ; la crainte d'être victime d'une double stigmatisation lorsqu'on est à la fois séropositif et handicapé ; des travailleurs sanitaires ne pouvant communiquer efficacement avec des patients atteints de cécité ou de surdité ; et un manque de données nationales sur le VIH/SIDA et le handicap.

---

Le Monde - 26/04/2010

## **Le paludisme peut être vaincu, par Michel Kazatchkine**

C'était hier, le 25 avril, la journée internationale de lutte contre le paludisme. Depuis des décennies, le paludisme continue de faire des ravages dans de nombreuses régions du monde en développement. Les premières victimes du paludisme sont les enfants de moins de 5 ans. Il y a quelques années de cela, dans les dispensaires que j'ai pu visiter au Rwanda, en Tanzanie, au Nigeria, les salles d'attente ne pouvaient faire face au flux de malades. J'ai vu de nombreuses fois des femmes portant dans leur bras des enfants brûlant de fièvre et des soignants dans l'impossibilité d'agir, faute de médicaments. Et puis la communauté internationale s'est mobilisée pour faire face à cette maladie de la pauvreté. Il n'y a pas eu de recette miracle, juste une vraie volonté politique et la mobilisation conjointe de tous les acteurs – société civile, organisations internationales et non gouvernementales, ainsi que, en écho, des voix de musiciens, d'artistes comme Youssou N'Dour qui ont relayé les messages, appelé à agir.

La prise de conscience remonte à septembre 2000 à New York quand la communauté internationale a décidé d'entrer dans une nouvelle ère de l'aide au développement. Les 189 chefs d'Etat et de gouvernement réunis au si ge de l'ONU ont alors souhaité relever le défi et se sont engagés en signant la Déclaration du millénaire. Les Objectifs du millénaire sont nés de cette volonté politique des pays riches et des pays pauvres de mettre en commun leurs efforts pour venir à bout de la pauvreté à l'horizon 2015. Quinze ans pour accélérer le développement des pays les plus pauvres, lutter contre le sida, le paludisme et la tuberculose, diminuer la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle, bref, rendre le nouveau millénaire plus humain, plus éthique, plus responsable et plus juste.

### **TRAVAILLER ENSEMBLE**

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est n  peu après, en 2002, pour s'attaquer de front aux trois maladies qui condamnent chaque année des millions de personnes à la pauvreté, à la discrimination, souvent à d'autres formes de violation des droits de l'homme, et à une mort précoce et pourtant évitable.

Pour chacune des trois maladies, des partenariats stratégiques se sont développés pour répondre à l'urgence. Le partenariat "Faire reculer le paludisme" (Roll Back Malaria, RBM) coordonne les interventions sur le plan international et sur le terrain, pour ce qui concerne le paludisme. Depuis sa création, le Fonds mondial apporte plus de deux tiers de tous les

financements internationaux en faveur de la lutte contre le paludisme. Il a permis de distribuer plus de 100 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide, a rendu possible la pulvérisation d'insecticide dans plus de 20 millions de foyers et a introduit de nouveaux traitements pour répondre à l'urgence ainsi qu'à la résistance du parasite aux médicaments qui étaient utilisés jusqu'alors. Chaque jour, le Fonds mondial permet de sauver des milliers de vies.

Sur les cinq dernières années, les pays les plus touchés par la maladie – tels l'Afrique du Sud, le Burundi, l'Éthiopie, l'Érythrée, le Kenya, le Mozambique, le Rwanda, le Swaziland ou la Zambie – ont vu le nombre de nouveaux cas de paludisme et la mortalité liée à ce dernier, diminuer de moitié, voire des deux tiers.

Au Rwanda, les enseignants des facultés de médecine en viennent à utiliser des vidéos pour enseigner le paludisme à leurs étudiants, tant les cas cliniques deviennent rares dans leurs services hospitaliers.

### **NE MANQUONS PAS LES RENDEZ-VOUS DE 2010**

Ces progrès sont sans précédent dans l'histoire de la santé publique mais restent fragiles : ainsi, les moustiquaires imprégnées ayant une durée de vie limitée, il faut les renouveler tous les cinq ans.

2010 est une année cruciale dans nos efforts de lutte contre le paludisme et pour le Fonds mondial. C'est en effet en octobre à New York que les pays donateurs s'engageront dans leurs promesses de financement en faveur du Fonds pour les trois années à venir et indiqueront si le Fonds mondial, premier financeur de la lutte contre le paludisme, peut continuer à progresser dans la lutte contre ce fléau et permettre ainsi de sauver des millions de vies.

Nous avons présenté trois scénarios financiers de reconstitution des fonds aux donateurs. Avec 17 milliards de dollars, nous pourrions continuer à financer les programmes existants et de nouveaux programmes à la hauteur de ce que le Fonds a financé dans les deux dernières années. Avec 13 milliards de dollars, nous pourrions continuer à financer les programmes existants et ne pourrions financer qu'un nombre restreint de nouveaux programmes. Avec 20 milliards, le Fonds pourrait accroître de manière importante le nombre de nouveaux programmes et progresser plus rapidement vers la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement en termes de santé.

En moins de cinq ans, le monde est passé de l'espoir de vaincre le paludisme à la démonstration que la maladie peut être contrôlée et que son élimination en tant que fardeau majeur de santé publique d'ici à 2015 est possible. Mais cela ne pourra se faire que si les efforts financiers de la communauté internationale se poursuivent et s'intensifient. Le paludisme peut être éliminé. C'est à notre portée.

*Michel Kazatchkine est directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme*

## Le Monde - 24/04/2010

# La lutte contre le paludisme progresse en Afrique

Les bonnes nouvelles sont rares en matière de maladies parasitaires. Il faut donc savourer celle que nous ont apportée, lundi 19 avril, le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) et le Partenariat RBM (Rock Back Malaria : Faire reculer le paludisme).

Leur rapport, publié en amont de la Journée mondiale contre le paludisme, dimanche 25 avril, confirme que cette maladie transmise par les moustiques fait nettement moins de ravages qu'auparavant en Afrique. Même si l'Organisation mondiale de la santé (OMS) continue de déplorer chaque année 250 millions de cas de paludisme et 850 000 décès (chiffres 2008), dont près de 90 % sur ce seul continent.

*"Ces dernières années, le financement mondial de la lutte contre le paludisme a considérablement augmenté"*, passant d'environ 220 millions d'euros en 2003 à 1,25 milliard en 2009, rappellent en préambule les auteurs de ce rapport. Un budget qui a permis de soutenir la production, l'achat et la distribution des principaux produits antipaludiques, et d'enregistrer ainsi des progrès notables dans plusieurs pays d'Afrique.

La production mondiale des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) a été multipliée par cinq, passant de 30 millions en 2004 à 150 millions en 2009. Dans les vingt-six pays d'Afrique disposant à ce jour de données conjoncturelles, qui réunissent 71 % de la population africaine des moins de 5 ans, l'utilisation moyenne des MII chez les enfants est passée de 2 % en 2000 à 22 % en 2008.

La situation évoluant très vite, le rapport précise que, fin 2009, *"de nombreux pays d'Afrique avaient reçu suffisamment de moustiquaires pour protéger plus de la moitié de la population à risque"*, et que sept pays (Burundi, Liberia, Madagascar, Namibie, République centrafricaine, Sénégal et Soudan) en avaient reçu assez *"pour protéger 80 % des ménages"*.

Même constat en ce qui concerne la pulvérisation sur les murs intérieurs des habitations d'insecticides à effet rémanent. Dans les zones où cette méthode préventive est appropriée, les efforts menés ont abouti en 2008 à la protection de près de 25 millions de personnes dans quatorze pays, contre 2,1 millions de personnes dans trois pays en 2006.

## BEAUCOUP DE CHEMIN À PARCOURIR

Les progrès sont moins évidents en ce qui concerne la mise en oeuvre rapide, en cas d'infection, du traitement antipaludique le plus efficace : une combinaison thérapeutique dite ACT, à base d'artémisinine. D'abord, parce que bon nombre d'établissements de soins ne disposent pas encore de l'équipement et de l'expertise nécessaires pour pratiquer un examen de frottis sanguins en laboratoire, méthode considérée comme la plus efficace pour dépister le paludisme. Ensuite, parce que le traitement par les ACT est coûteux.

Si l'on observe depuis 2004 une augmentation rapide des achats d'ACT dans le monde (160 millions de doses en 2009, contre 5 millions en 2004), les enquêtes menées depuis 2007 montrent que seul un faible pourcentage d'enfants africains bénéficie de ce traitement, la grande majorité continuant de recevoir des médicaments moins adaptés (chloroquine sulfadoxine-pyriméthamine).

En termes de santé publique, les résultats de cette politique volontariste n'en sont pas moins déjà perceptibles. Se basant sur les estimations des moustiquaires MII disponibles dans trente-cinq pays africains (qui, à eux seuls, représentent plus de 95 % de la mortalité infantile due au paludisme), les auteurs de ce rapport estiment que, sans MII, le nombre de décès dus au paludisme entre 2000 et 2010 *"se serait élevé à plus de 10 millions chez les moins de 5 ans"*.

Durant cette même période, la couverture en MII *"a permis de sauver 908 000 vies dans ces pays, et donc d'éviter 8,8 % de décès dus au paludisme"*, détaillent-ils, en précisant que ce pourcentage devrait monter à 20 % pour la seule année 2010.

Des estimations que viennent étayer les données fournies début 2010 par neuf pays d'Afrique, qui ont enregistré au cours des dernières années une diminution significative (30 à 95 %) des indicateurs de morbidité et de mortalité dus à l'infection parasitaire.

Ces avancées ne doivent pas le cacher : il reste beaucoup de chemin à parcourir avant que le paludisme soit totalement vaincu en Afrique. Avant, notamment, que l'on dispose d'un vaccin accessible et réellement efficace - même si une première version est espérée dans les cinq ans à venir. Mais le mouvement est bel et bien enclenché. Y compris dans des pays où rien n'était acquis il y a seulement quelques années, comme le Nigeria, qui prévoit de distribuer environ 60 millions de moustiquaires d'ici à la fin 2010.

Dernière bonne nouvelle : les chefs d'Etat africains, affirment les rapporteurs, *"s'engagent de plus en plus pour contribuer à la réalisation des objectifs préalablement définis"* en matière de lutte contre le paludisme. Une course contre la montre qui permettra peut-être que soit atteint l'un des huit Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), qui prévoit d'avoir maîtrisé le paludisme - parmi d'autres maladies graves - d'ici à 2015.

---

## IRIN 04/2010

### **ETHIOPIE: Course contre la montre pour endiguer la tuberculose multirésistante**



Photo: Sam Efron/Flickr 

Addis Abeba ne dispose que de deux

centres pouvant dépister la TB-MR

ADDIS ABABA, 30 avril 2010 (PlusNews) - À l'hôpital St Peter, spécialisé dans la tuberculose, sur les hauteurs du mont Entoto, au nord de la capitale éthiopienne Addis Abeba, Johannes\* souffre, derrière son masque, de tuberculose multirésistante (TB-MR) et a passé un mois à l'hôpital.

Les médecins se réjouissent qu'il reçoive un traitement, mais ils sont préoccupés : Johannes est chauffeur de bus dans la ville très peuplée d'Addis Abeba, il est donc impossible de dire à combien de personnes il pourrait avoir transmis la maladie avant de se faire soigner. Nombre de ces personnes ne seront vraisemblablement pas diagnostiquées et soignées à temps pour éviter de nouvelles contagions.

« Le diagnostic et le traitement de la TB-MR restent difficiles. Jusqu'à maintenant, nous n'avons que deux centres à Addis Abeba qui peuvent faire les cultures et les tests de sensibilité aux médicaments nécessaires », a dit à IRIN/PlusNews Diriba Agegnehu, responsable du programme TB/VIH pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en Éthiopie.

« Briser le cycle de transmission est essentiel pour mettre fin à la TB-MR. Nous devons donc agir vite », a-t-il ajouté.

L'Éthiopie, qui se trouve à la septième place dans la liste de l'OMS des 22 pays les plus touchés par la tuberculose dans le monde, est également l'un des trois pays d'Afrique où l'on estime à plus de 5 000 le nombre de nouveaux cas d'infection par la TB-MR chaque année. Parmi les personnes touchées, 1,6 pour cent des nouveaux cas et 11,8 pour cent des cas déjà traités souffrent de TB-MR.

## Traitement

Jusqu'à maintenant, St Peter est le seul établissement du pays capable de traiter la TB-MR. « Nous traitons 89 patients, mais nous avons une liste d'attente de 170 patients », a dit Abdusamed Adem, directeur des services de santé de l'hôpital de la tuberculose. « Nous devons ouvrir d'urgence de nouveaux centres ».

Plus de 100 patients atteints par la TB-MR sont décédés alors qu'ils étaient sur la liste d'attente. Ayant diagnostiqué 390 cas en dehors de la capitale, le gouvernement éthiopien se hâte de construire des centres de dépistage et de traitement dans plusieurs régions administratives.

Selon M. Diriba, de l'OMS, le gouvernement et ses collaborateurs étendent le diagnostic et la prise en charge des cas de TB-MR aux autres États. Le développement et le renforcement de laboratoires est en cours aux quatre coins du pays, notamment à Bahir Dar, dans le nord-ouest, à Mekele, dans le nord, à Adama, dans l'est et à Awassa, dans le sud. Le gouvernement prévoit également de construire au moins un centre de traitement et un laboratoire dans chacune de ces villes.

« Des membres du personnel ont également été formés à la prise en charge des cas de TB-MR et à la prévention des infections en Éthiopie et à l'étranger, dans des pays avec plus d'expérience tels que le Cambodge et le Lesotho », a-t-il ajouté.

## Renforcer le DOTS

« La principale cause de la TB-MR est l'incapacité à appliquer de façon adéquate le programme de DOTS [traitement directement observé, courte période]. Améliorer la qualité du programme DOTS et étendre son application pour atteindre le plus grand nombre en Éthiopie rurale est une étape importante dans la lutte contre la TB-MR », a dit M. Diriba.

Le taux de dépistage des cas de tuberculose ordinaire est de 35 pour cent, ce qui est largement en deçà des 70 pour cent recommandés par l'OMS pour la réussite du programme DOTS.

Un bon système de santé de proximité appliquant la délégation des tâches et plus de 30 000 « agents de santé de proximité » pour assurer le suivi des patients se traduisent par un taux de réussite du traitement d'environ 84 pour cent lorsqu'un patient est diagnostiqué, soit presque l'objectif de 85 pour cent fixé par l'OMS.

« Le programme DOTS éthiopien est sous-utilisé. Les comportements favorisant la santé restent peu répandus. Il faut y remédier », a dit Akram Eltom, chef d'équipe de lutte contre le VIH pour l'OMS en Éthiopie. « Un bon programme DOTS est la meilleure protection contre la TB-MR ».

Jusqu'à maintenant, grâce au Comité Feu Vert de l'OMS et au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le pays dispose de suffisamment de fonds pour traiter les patients atteints de TB-MR jusqu'en 2014. Mais, selon M. Diriba, avec des diagnostics et des traitements étendus, davantage de financements pourraient être nécessaires et les organisations partenaires soutiennent cet effort.

## Observance

« Nous devons également renforcer les consultations d'observance au traitement lors de notre développement, car les médicaments de deuxième intention contre la tuberculose ont plus d'effets secondaires que les médicaments contre la tuberculose habituels », a-t-il remarqué. « Ils durent aussi plus longtemps, de 18 à 24 mois ».

Pour les personnes sous traitement contre le VIH et contre la tuberculose, c'est encore plus difficile. On estime que 25 pour cent des Éthiopiens atteints de tuberculose sont co-infectés par le VIH.

Daniel\*, un chauffeur de bus de 34 ans, est à l'hôpital d'Addis Abeba depuis un mois pour être soigné contre la TB-MR. Il était déjà sous traitement antirétroviral.

« J'ai des nausées et je vomis beaucoup et je suis toujours fatigué », a-t-il dit à IRIN/PlusNews.

La mère de Daniel, qui s'occupe de lui à l'hôpital, a dit que malgré sa faiblesse due aux médicaments, son état s'était beaucoup amélioré. « Au moins, maintenant, il peut s'asseoir et manger », a-t-elle dit.

Les patients sont admis à l'hôpital pour trois mois, après quoi ils sont suivis de près par leur centre de santé local, l'hôpital de la tuberculose, les membres de leur famille et les agents de santé de proximité.

M. Adem a dit que les visites mensuelles à l'hôpital obligatoires pour les patients externes représentaient une dépense que la plupart des malades ne vivant pas à Addis Abeba pouvaient difficilement se permettre.

« Le GHC [Global Health Committee] nous aide à nourrir et transporter les patients externes, mais ils auront besoin de plus de soutien au fur et à mesure que le programme se développera », a-t-il dit.

### **Problèmes d'effectifs**

« Le renouvellement du personnel est très élevé ici [à St Peter], essentiellement à cause du caractère très risqué de la TB-MR... Si une infirmière est infectée, sa famille est également en danger, alors lorsqu'elles trouvent un autre travail, elles s'en vont », a dit M. Adem. « En outre, il y a peu de mesures d'incitation. Par exemple, les professionnels de santé – même ceux qui occupent des postes à haut risque comme ici – ne sont pas assurés contre les maladies ».

Malgré les défis auxquels fait face le programme, les spécialistes ont dit que l'engagement du gouvernement à améliorer les structures de soin, former le personnel de santé et suivre les recommandations de l'OMS concernant la TB-MR permettait d'être optimiste.

« Jusqu'à maintenant, les résultats du traitement sont bons. Un patient a terminé le traitement de deux ans et est guéri », a dit M. Adem. « Selon notre registre des patients sous traitement, les frottis positifs deviennent négatifs en un temps relativement réduit et les effets secondaires sont minimes ».

\* Noms d'emprunt

---

## **Fraternité matin - Côte d'Ivoire - 09/04/2010**

### **Maladies chroniques: les spécialistes ivoiriens ont examiné le diagramme d'évaluation et de prévention de risque**

Le Programme national de prévention des maladies non transmissibles a organisé, ce jeudi 08 avril, une séance de travail et d'information, de présentation et d'échanges sur l'outil de prévention primaire des maladies cardiovasculaires.

La rencontre s'est tenue à l'immeuble Crae-Uemoa d'Abidjan Plateau, avec pour but d'impliquer l'ensemble des acteurs du domaine du médicament, de l'assurance maladie et des pathologies cardiovasculaires en Côte d'Ivoire.

Il s'est, en effet, agi pour les participants de passer en revue le Diagramme d'évaluation et de prédiction du risque de survenue d'événement cardiovasculaire mortel ou non. Un outil développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en collaboration avec la Société internationale d'hypertension.

Après quoi, ils ont entrepris de décrire les mesures et actions médicales de prévention primaire en fonction du niveau de risque. Avant d'exposer les implications liées à l'utilisation du Diagramme au niveau du système de santé. Enfin, ont été présentées les nécessités et étapes suivantes du processus de vulgarisation de l'utilisation de cet outil au niveau du même système de santé.

Cette séance de travail aura permis, selon M. Prosper Djessou, représentant le Ministre de la Santé et de l'Hygiène publique, « aux différents acteurs d'être au même niveau d'information afin que les dispositions adéquates soient mises en œuvre pour le bien être des populations ».

Les principales maladies chroniques non transmissibles, à savoir les maladies cardiovasculaires, les cancers, les affections respiratoires chroniques et le diabète, constituent aujourd'hui les causes majeures de morbidité et de mortalité dans le monde, selon l'Organisation mondiale de la Santé (Oms). En Afrique subsaharienne, les statistiques de l'Oms indiquent que plus de 20 millions de personnes sont affectées par l'hypertension artérielle. Si rien n'est fait, l'organisation onusienne prédit qu'en 2020, les maladies cardiovasculaires seront, à elles seules, à la base de 50% des décès toutes causes confondues.

Les facteurs de risque majeurs à la base d'une forte proportion de ces affections chroniques sont entre autres l'abus d'alcool, le tabagisme, la mauvaise alimentation, l'inactivité physique et leurs corollaires que sont le surpoids et l'obésité, l'hyperglycémie et l'hypercholestérolémie.