

À l'institut de recherche biomédicale Henri-Mondor (Créteil), Clarisse Benne s'intéresse à une molécule dont on connaît le rôle depuis un an : SAMHD1. Cette protéine intracellulaire protège naturellement les cellules dendritiques de l'infection par le VIH-1 en bloquant sa répllication. L'idée développée par la chercheuse est de faire surexprimer SAMHD1 en insérant son gène dans les cellules souches sanguines qui se différencieront ensuite en CD4. Les travaux n'en sont qu'à leurs débuts.

Autre stratégie développée : faire exprimer par les lymphocytes B, cellules productrices d'anticorps, des anticorps neutralisants particuliers. En décembre dernier, l'équipe du prix Nobel de médecine [1975] David Baltimore, du California Institute of Technology, a réussi à faire produire à des souris deux anticorps neutralisants, b12 et VRC01, capables de bloquer toutes les variantes connues du VIH⁴. Les chercheurs avaient injecté dans la patte du rongeur un virus inoffensif équipé d'un morceau d'ADN codant pour les deux anticorps. Les taux d'anticorps exprimés étaient suffisamment élevés pour prévenir une infection par le VIH. Des essais chez l'homme doivent être lancés.

Des limites à dépasser. Les stratégies sont donc diverses et semblent pour certaines prometteuses. Les premiers essais cliniques de phase I et II montrent la faisabilité et l'apparente innocuité de la thérapie génique. Mais il convient d'être prudent sur les limites de cette approche. Le nombre insuffisant de cellules souches génétiquement modifiées et réinjectées aux patients empêche souvent d'observer un réel bénéfice de cette thérapie sur la charge virale. Combiner les cibles dans une même thérapie pour



rait peut être s'avérer payant. Reste que la tâche risque d'être lourde et difficile à mettre en œuvre. Et si la thérapie génique est aujourd'hui une réalité comme stratégie d'éradication du virus, elle ne pourrait pour l'heure s'adresser qu'à une infime proportion de patients qui devraient bénéficier d'une greffe de moelle osseuse. Le coût peut sembler élevé, de l'ordre de 15 000 dollars pour une injection, mais cela représente presque le prix moyen d'un an de trithérapie au Nord. Finalement, une guérison en une seule injection, bien que coûteuse, le serait probablement moins qu'un traitement à vie. ●

¹ R. T. Mitsuyasu *et al.*, *Nature Medicine*, 15, 285, 2009.

² Cellules à l'origine de toutes les cellules immunitaires, dont les lymphocytes CD4, et que l'on trouve dans la moelle osseuse.

³ N. Holt *et al.*, *Nature Biotechnology*, 28, 839, 2010.

⁴ A. Balazs *et al.*, *Nature*, 481, 81, 2011.

La stratégie du gène-médicament

En avril 2000, à l'hôpital Necker (Paris), deux enfants privés de système immunitaire depuis leur naissance sortaient de la bulle stérile dans laquelle ils vivaient afin d'éviter les infections. Une sortie possible après que des scientifiques ont corrigé la maladie en remplaçant le gène défectueux, responsable de leur pathologie, par sa copie normale. D'où le nom de thérapie génique. Le principe ? Les chercheurs créent un vecteur, un virus rendu inoffensif après avoir supprimé une grande partie de son génome. Ils y insèrent une copie normale du gène à remplacer ou un gène « médicament » ou encore un gène inhibant l'expression d'un autre. Ce vecteur est ensuite mis en culture avec les cellules cibles du patient que l'on veut corriger. Par exemple, les cellules souches de la moelle osseuse. L'ADN du

vecteur s'intègre aléatoirement au génome des cellules souches, leur apportant ainsi le gène correcteur. Les cellules modifiées sont réinjectées au patient par voie intraveineuse. Elles se divisent et finissent par remplacer les cellules défaillantes. Les premiers succès de thérapie génique, il y a une dizaine d'années, ont été très médiatisés, mais ils ont rapidement été entachés d'effets secondaires graves, comme des leucémies. Le rétrovirus de souris utilisé comme vecteur avait tendance à s'insérer en amont d'un gène connu pour être un initiateur de tumeur, un proto-oncogène. Depuis, des progrès majeurs ont été réalisés. Les scientifiques ont développé d'autres vecteurs, moins à risque de s'insérer à proximité d'un proto-oncogène, comme les lentivirus, des rétrovirus de la même famille que le VIH.

Afrique : Sidaction s'exporte

La première antenne de Sidaction vient de voir le jour à Ouagadougou, au Burkina Faso. Son ambition est d'apporter une assistance technique aux associations locales, à commencer par la gestion administrative et comptable.

Avec une prévalence estimée à 1,7 %, le Burkina Faso est régulièrement présenté comme un pays sinon modèle au moins impliqué dans une lutte contre le VIH sérieuse et volontaire. Pour preuve, en l'espace d'une décennie, la proportion de personnes séropositives est passée de plus de 7 % à moins de 2 %. Certes, la surveillance épidémiologique s'est depuis améliorée et les chiffres sont certainement plus justes aujourd'hui, mais la tendance à l'amélioration est réelle. Elle a notamment été possible par un engagement des pouvoirs publics et, surtout, de la société civile, traditionnellement très active au « pays des hommes intègres ». Très tôt, elle a su s'organiser et se mobiliser afin d'assurer plaidoyer, soutien, prise en charge et prévention. De nombreux programmes ont été créés, dont l'ingéniosité, la pertinence et l'efficacité ont permis aux instigateurs de bénéficier de financements internationaux.

Répondre à l'exigence des bailleurs. Parmi ces bailleurs, Sidaction, au sein de laquelle les projets associatifs burkinabés ont progressivement occupé un espace conséquent. Naturellement, en vertu d'analyses d'efficacité et d'économie, s'est donc imposée l'idée d'ouvrir à Ouagadougou, la capitale, la première antenne de Sidaction. Car ces financements attribués, et tous ceux auxquels peuvent prétendre les structures associatives et de formation, nécessitent un suivi de gestion comptable et financière du niveau d'une entreprise du secteur privé. Ce dont ne disposent pas toujours ces associations nées dans l'urgence et constituées de personnels engagés et volontaires mais pas toujours formés. Confrontées à une offre exigeante répondant à une demande exsangue, les associations se doivent de garantir aux bailleurs un niveau élevé de compétences administratives et sociales. Patrick Kaboré, chargé de mission « Gestion finance » à Sidaction, explique qu'il est primordial d'apporter « un appui à la structuration et à la professionnalisation des associations ». « En effet, poursuit-il, ces structures ne perçoivent pas toujours l'enjeu de disposer d'un manuel de procédures, de fiches de poste, d'inventaire des biens et d'un logiciel comptable. » Des éléments aujourd'hui primordiaux afin d'être en mesure de certifier les comptes et, par ricochet, de se placer au niveau d'exigence des bailleurs internationaux. « Ainsi, souligne Patrick Kaboré, avec l'appui sur le terrain de Sidaction, certaines associations

parviennent à obtenir une certification des comptes. Pour les autres, encore en formation, même en l'absence d'une certification officielle, la capacité à produire des comptes de qualité dans un délai raisonnable est un atout majeur. »

Formation à la gestion informatisée. Concrètement, l'intervention du représentant de Sidaction débute par un état des lieux, réalisé au cours d'une mission (une à deux semaines) visant à recenser les conditions préalables à l'installation d'un système de gestion informatisée, choisi en concertation avec les associations. Pour débiter une formation à la gestion informatisée, les structures doivent disposer d'un manuel de procédures administratives et financières, d'un état global des paies pour les intervenants et les salariés, d'un dossier pour le suivi de chacun et des contrats à jour. Concernant les biens, un inventaire de tout ce dont elles disposent doit être établi. Enfin, pour l'utilisation du logiciel, un plan des activités comptables, budgétaires et géographiques sera élaboré, ainsi qu'un recensement des bailleurs. « Une fois ces conditions réunies, les associations sont à même de débiter l'apprentissage à l'utilisation du logiciel. » Patrick Kaboré intervient d'abord en formation, puis en suivi, « l'utilisation effective du logiciel impliquant une grosse charge de travail ». À ce jour, cinq structures burkinabés ont été équipées et formées : Revs+, Alavi, le Rame, la MAS et AAS. Revs+ devrait être en mesure de faire certifier ses comptes pour l'année 2011 grâce au logiciel et à la formation inhérente (avec l'appui conjoint de Coalition Plus). Les autres pourront produire des états financiers annuels globaux fin 2012. Patrick Kaboré se réjouit de témoigner « d'une volonté indéniable des premiers responsables, ainsi que des comptables ». Il souligne également que les interventions en direct, au sein de chaque structure, « réveillent les compétences ».

En intégrant le logiciel au sein des structures associatives, Sidaction participe à leur développement et à leur indépendance, indispensables à la sollicitation de budgets internationaux. « Une structure à même de certifier ses comptes et de produire un audit global sera perçue comme « propre » par les bailleurs. Une force incontestable à un moment où la crise se fait ressentir fortement, tant par les bénéficiaires que par les bailleurs », conclut Patrick Kaboré. ●

Un nouveau palier à franchir

Après une succession de progrès entraînant une certaine stabilisation de l'épidémie au Burkina Faso, un nouvel élan semble nécessaire pour envisager l'accès universel aux soins.

« Les progrès sont considérables », souligne en introduction le D^r Jean-Baptiste Guiard-Schmid, conseiller inter pays Afrique de l'Ouest à l'Organisation mondiale de la santé, basé à Ouagadougou. En moins de dix ans, « 35 000 personnes ont été placées sous antirétroviraux (ARV) au Burkina Faso, soit une couverture de 55 % à 60 % des besoins, ce qui n'est pas si mal pour un pays de la sous-région [Afrique de l'Ouest et centrale, NDLR]. » Mais le bât blesse en termes de qualité de la prise en charge, très hétérogène. « La décentralisation n'est pas effective, rappelle-t-il. Les efforts doivent porter sur l'accroissement de cette couverture afin d'atteindre l'accès universel fixé à plus de 80 % de personnes sous ARV. » En effet, cette couverture universelle est essentielle, tant en termes de prise en charge que de prévention « dont on sait aujourd'hui qu'elle est un réel levier pour réduire les nouvelles infections ».

Du dépistage à la prise en charge. Passer de 50 % à 80 % exige des efforts, par exemple celui d'identifier les personnes ignorant leur statut sérologique. « Nous devons poursuivre les efforts au dépistage et aller vers les populations qui ont un accès plus réduit, explique le D^r Guiard-Schmid, comme les travailleuses du sexe et leurs clients, les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, les prisonniers et les usagers de drogues par voie intraveineuse. » Cet objectif nécessite des programmes de prévention dans les milieux vulnérables, ainsi que des intervenants qualifiés.

Le premier enjeu – un dépistage accru – est directement corrélé au deuxième, celui d'augmenter la qualité de la prise en charge. L'échec thérapeutique de première ligne doit en effet être retardé au maximum, ce qui implique une amélioration de l'environnement psychosocial. « Plus on s'occupe mal de la qualité de la prise en charge, plus on se fabrique une bombe à retardement, témoigne le D^r Guiard-Schmid, et une situation inextricable pour l'avenir. » Selon lui, le Centre hospitalier universitaire de Bobo-Dioulasso, deuxième ville du pays, est l'un des meilleurs exemples de prise en charge. « Le taux de perdus de vue et d'échec thérapeutique y sont très faibles. » Mais ces résultats ne se retrouvent pas dans les structures décentralisées, en raison d'un niveau de formation du personnel inégal, d'une indisponibilité du personnel ou d'un turnover trop élevé. « La sécurisation des ressources humaines et



la qualification du plateau technique restent prioritaires », plaide le médecin.

Enfin, autre enjeu, et non des moindres : la gestion des intrants. Depuis le début de l'année, la couverture des besoins en matière d'ARV est de 70 %, de 25 % en matière de réactifs et de 50 % en matière de traitements contre les infections opportunistes. Du 5 au 9 mars 2012, les acteurs de la société civile, à travers le Réseau accès aux médicaments essentiels et la plate-forme de la société civile intervenant dans la lutte contre le VIH/sida et la santé, ont d'ailleurs effectué des sorties sur le terrain. Leurs conclusions sont sans appel¹. « L'argent manque, l'État doit s'engager au-delà de ce qu'il entreprend aujourd'hui », précise le D^r Guiard-Schmid. Malheureusement, la situation socio-économique n'est pas bonne, et le gouvernement a d'ores et déjà engagé les 15 % du budget consacrés à la santé requis par les accords d'Abuja². « Malgré un investissement incontestable de l'État, nous nous heurtons à un problème de fond, celui du système de santé », explique-t-il. Pour exemple, moins de 30 % des femmes bénéficient d'une couverture prénatale totale. Un taux qui ne garantit pas en outre un accouchement suivi. « L'élimination de la transmission materno-foetale sera donc compliquée, ainsi sommes-nous encore confrontés à des naissances d'enfants séropositifs », déplore-t-il. Conclusion : tant que le programme « sida » ne sera pas lié au renforcement des systèmes de santé nationaux, cela ne fonctionnera pas. ●

¹ Rapport disponible sur <http://rame-int.org>

² Lors d'un sommet extraordinaire des chefs d'État de l'Organisation de l'union africaine en avril 2001, engagement avait été pris d'attribuer 15 % de leur budget à la santé. Ce sommet avait appelé à la création du Fonds mondial.

L'éthique, enfin une préoccupation du Sud

Kasabati, association burkinabé de lutte contre le sida bénéficiant du soutien de Sidaction, œuvre dans un domaine resté longtemps ignoré sur le continent : l'éthique et, plus précisément, la confidentialité au sein des structures.

À l'origine de la création d'un groupement interassociatif réunissant vingt-cinq structures, Kasabati concentre ses actions sur la recherche et la formation. René Sankara, en charge du programme « Éthique » au sein de l'association, rappelle que ces formations sont dédiées à « une personne dans chacune des vingt-cinq structures de lutte contre le sida. Cette personne devient le point focal en matière d'éthique et veille à son respect ». Le référent est prioritairement un membre de l'équipe soignante. Le premier volet de la formation consiste à l'informer sur la recherche et les lois encadrant la confidentialité au Burkina Faso : loi relative aux droits des personnes vivant avec le VIH et notamment le respect de la confidentialité concernant le dossier médical, le résultat des tests, l'identité ou les informations médicales, loi qui régit la personne et, enfin, le code de déontologie qui oblige les médecins au secret professionnel, dont la rupture implique des sanctions pénales.

Application. Mais les structures associatives, en particulier leurs soignants, ne savent pas toujours comment appliquer ces lois. D'où l'étude de nombreux modules, rappelle René Sankara, « en fonction des besoins exprimés ». Cette méthodologie permet d'être en adéquation avec les réalités du terrain. Ainsi seront développés des thèmes comme la gestion de la confidentialité, le consentement libre et éclairé, l'accueil des bénéficiaires dans un centre de soins, la thérapie familiale sur mineur, l'annonce de la sérologie à l'enfant ou encore l'observance. Ces thèmes sont déclinés sous un angle très concret, prenant en compte des éléments *a priori* aussi évidents que : « Exercez-vous dans un lieu qui rassure, fermé, avec des fenêtres, des pièces séparées, éloigné des endroits de rassemblement public comme les marchés? » ; « Comment réagir si vous rencontrez quelqu'un que vous connaissez en salle d'attente? » ; « Disposez-vous d'une codification permettant l'anonymat des dossiers? » ou encore « Comment restreindre l'accès aux dossiers sans pour autant compromettre le transfert d'informations entre membres de l'équipe soignante? » Une attention particulière est portée aux conseillers psychosociaux, qui entrent rapidement dans un lien de confiance avec les patients sans avoir prêté serment au préalable.

Vigilance. Sont également étudiées les divulgations accidentelles, par le port d'un tee-shirt à l'effigie d'une association, des visites à domicile répétées qui peuvent dévoiler le statut du patient à ses voisins. René Sankara rappelle que « la vigilance doit être de mise vis-à-vis des personnes rencontrées – y compris les gardiens de parking et les femmes d'entretien – et en termes de comportements – gestes, paroles, véhicules. » Un message principal est diffusé : « Se taire, se rappeler que l'on a une responsabilité dans et hors les murs ». Dans les murs, justement, où des règles d'archivage doivent être apprises et où une attention particulière doit être portée sur des éléments aussi insignifiants que la fermeture des placards ou l'échange de clés USB.

Ces formations « produisent une amélioration incontestable, reconnaît René Sankara. Les acteurs savent désormais que chaque patient a droit à l'information et à son respect. Ils savent également qu'ils doivent prêter attention à leurs affaires et à leurs gestes. » Toutefois, « des visites mystères [visites impromptues des formateurs] seraient nécessaires pour garantir la véracité de ces déclarations », conclut René Sankara. ●

Une formation à vocation sous-régionale

Depuis la première session 2003/2004, Sidaction soutient le diplôme interuniversitaire délivré par l'unité de formation et de recherche en sciences de la santé de l'université de Ouagadougou, en partenariat avec l'université Pierre-et-Marie-Curie (Paris VI). L'objectif est de dispenser à des médecins, pharmaciens, biologistes, paramédicaux et personnels psychosociaux de vingt pays africains francophones un enseignement théorique et pratique centré sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne, afin de développer des programmes d'accès aux soins.

« Tout est prioritaire »

Membre du comité international de Sidaction, Christine Kafando dirige la Maison des associations basée à Bobo-Dioulasso. Depuis 2004, cette structure, qui regroupe des associations de lutte contre le sida, contre le paludisme et contre la tuberculose, travaille au sein d'un cadre de concertation trimestriel qui permet aux acteurs de tenir un langage commun. Elle organise des formations, assure le plaidoyer et développe des actions de prévention et de dépistage. Entretien.

Vous développez des actions de prévention et de dépistage, grâce au soutien de Sidaction et de la mairie de Paris. Quel est votre point de vue sur ces deux problématiques ?

Nous pensons qu'il est indispensable de continuer à travailler sur la prévention et le dépistage. Aujourd'hui, nous avons fait dix pas en arrière. Depuis 2011, nous ne disposons plus d'assez de ressources pour couvrir les besoins en dépistage, qui est pourtant la porte d'entrée de toute autre action de lutte contre le VIH. Il est prématuré de négliger un des aspects de la lutte.

Plus globalement, quel regard portez-vous sur la lutte contre le sida au Burkina Faso ?

Nous sentons un relâchement depuis la fin de l'utilisation des financements du précédent round du Fonds mondial. Nous ne nous sommes pas suffisamment préparés à cette issue, de sorte que tous les acteurs, y compris le gouvernement, ont été surpris. En conséquence, nous avons constaté des préruptures, c'est-à-dire l'impossibilité de procéder à de nouvelles inclusions. Des patients dépistés en stade sida n'ont pas pu être pris en charge ! Le réseau des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) a alors réalisé un important plaidoyer auprès du gouvernement qui a rapidement débloqué un milliard de FCFA (1,5 million d'euros), puis un deuxième pour assurer le suivi en traitements et réactifs, en attendant le déblocage des financements suivants.

Mon point de vue est que le gouvernement n'a pas respecté ses engagements. Il y avait un manque à combler et, en cela, il n'a pas suffisamment bien joué son rôle. Les PVVIH ont dû tirer la sonnette d'alarme et assurer le plaidoyer pour qu'une solution soit trouvée. C'est la conséquence d'une trop faible implication des PVVIH dans la gestion des intrants et le suivi. Une meilleure collaboration permettrait d'éviter de telles situations.

Vous dites ne pas avoir été préparés à ces préruptures et ne pas être suffisamment associés. Pourtant, la lutte contre le VIH au Burkina bénéficie d'un investissement historique des PVVIH, comment expliquez-vous cela ?

Le comité de suivi mis en place par le ministère de la Santé n'a pas associé les PVVIH. Toutefois, suite à cet événement, nous avons demandé à y siéger et cela a été accepté. Désormais, nous participons au suivi et aux missions de terrain.

Comment voyez-vous l'évolution de la lutte contre le sida au Burkina Faso ?

Nous avons été admis au round 10 du Fonds mondial, les choses repartiront donc bientôt. Mais, après quinze ans de lutte, il est temps de faire le point sur nos forces et nos faiblesses. Je perçois une fatigue au niveau des acteurs. L'engagement des PVVIH et du gouvernement ont régressé. Nous devons également faire la promotion de tout ce que nous avons réalisé pour remotiver des acteurs, notamment découragés par l'arrivée de personnes vénales dans la lutte contre le sida, supposée « riche ». Mais le VIH n'est pas un business où l'on peut s'enrichir.

Quelle est la priorité ?

Tout est prioritaire. La prise en charge régresse ; la prévention se relâche, car certains pensaient que les succès obtenus étaient suffisants ; l'incitation au dépistage est toujours essentielle, car la nouvelle génération est moins consciente et a trop peu de propositions de dépistage.

La lutte contre le VIH est-elle toujours une priorité gouvernementale ?

Le gouvernement considère que la santé est une priorité. Mais pour les partenaires techniques, ce n'est malheureusement plus le cas. Le gouvernement doit continuer à considérer que le VIH prime avant tout dans notre pays, car notre situation socio-économique fait que la prévalence pourrait repartir à la hausse très rapidement. La jeune génération, notamment, n'est pas assez sensibilisée. ●

« Maintenir les gens sous ARV »

Président de l'Association africaine solidarité (AAS), Issoufou Tiendrébogo est engagé dans la lutte contre le sida au Burkina Faso depuis quinze ans. Membre du conseil d'administration de Sidaction, il nous expose son point de vue sur la situation actuelle.

Nous avons peur, tellement peur. Le nombre de personnes sous traitement montre qu'il y a un manque. À ce jour, il n'est pas possible d'inclure plus de personnes, ni de conserver tous les bénéficiaires. Nous pensions que le Nord serait motivé par nos efforts. Mais cela ne s'est pas produit. Par ailleurs, si le Burkina Faso veut être indépendant, cela implique que l'État investisse à hauteur des pays du Nord, sans que l'espoir investi dans le Fonds mondial ne nous en rende dépendant. L'impact ne se produit pas que sur le manque effectif de traitement, il est beaucoup plus large : lorsque la presse parle de ces ruptures [de traitements], l'effet sur la population est incommensurable. Pourquoi être observant s'il n'y a pas assez de traitements ? Pourquoi se faire dépister s'il n'y a

pas de médicaments ? Nous voulions travailler davantage avec les groupes vulnérables, mais sans moyens nous devons reculer pour conserver les personnes déjà sous traitement. Nous sommes dans l'incertitude. Pourtant nous bénéficions des financements du Fonds mondial. Mais celui-ci gagnerait à s'exclure d'un système anglo-saxon et accepter notre mode de fonctionnement. Notre force est la société civile, qui n'a pas attendu le Fonds et est mobilisée depuis quinze ans.

Pour l'instant, nos objectifs sont de maintenir les gens sous traitement, de ne décourager personne et de produire un plaidoyer concerté et audible, qui encourage l'État à fournir la moitié de la contribution de la France. Non pour diminuer la contribution du Nord, mais pour augmenter l'offre. ●

Mali : état d'urgence

Putsch, rébellion armée, le Mali, pays frontalier du Burkina Faso, connaît des temps difficiles, avec des conséquences graves pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Dans un chaos inquiétant, soignants et patients s'organisent au jour le jour.

À la suite du putsch militaire qui a destitué le président Amadou Toumani Touré le 22 mars dernier, c'est le chaos au Mali. « Les conséquences des événements sont dures pour les patients vivant avec le VIH et pour nous les soignants, témoigne le D^r Bintou Dembelé, directrice exécutive d'Arcad-Sida, association partenaire de Sidaction basée à Bamako. Nous voyons quinze ans d'effort s'effondrer en quinze jours ! » Dans les jours qui ont suivi le putsch, patients et soignants ont paniqué sur la question de la rupture des traitements. L'association a choisi d'assurer un service minimum au Cesac, le principal centre de prise en charge d'Arcad-Sida. Objectifs : accueillir ceux qui parvenaient tout de même à se déplacer, mais aussi prévenir tout risque de pillage.

Reste qu'aujourd'hui « les institutions de l'État sont peu fonctionnelles et il existe une pénurie d'électricité, donc le circuit d'approvisionnement classique des antirétroviraux est suspendu », explique le D^r Bintou Dembelé. Par ailleurs, « à Gao, un site a été saccagé par les rebelles armés : l'équipement et les dossiers des patients ont été emportés ;

le médecin, l'infirmier, le pharmacien et les conseillers ont dû rester cachés chez eux ». Le médecin a finalement réussi à rallier Bamako. L'infirmier et le pharmacien assurent un suivi auprès des patients par téléphone. Des antirétroviraux sont acheminés par bus jusqu'à Gao. Mais certaines molécules manquent cruellement.

Bien que la situation soit plus calme à Sikasso, l'association Kéné Dougou Solidarité a aussi lancé un appel à l'aide à Sidaction. Les coopérations multilatérales et bilatérales ont été suspendues, ce qui est très inquiétant dans un pays où la lutte contre le sida est aussi dépendante de l'aide extérieure. D'autant que le Fonds mondial ne versait plus d'argent au pays depuis plus d'un an. Le président sortant avait promis en décembre dernier de couvrir une partie des charges que le Fonds mondial n'assurait plus de fait... Le 5 avril, Sidaction, Aides, Solthis et Coalition Plus ont attiré l'attention de Lelio Marmora, directeur Afrique et Moyen-Orient du Fonds mondial, pour une intervention urgente. La vie de 76 000 personnes vivant avec le VIH en dépend. ●

Éric Fleutelot