

# TAP

Treatment Acceleration Program

---

**Rapport de**  
**la Troisième Réunion du Comité consultatif régional (RAP) et de la**  
**Première Réunion du Sous-comité clinique de coordination régionale**

**Maputo (Mozambique)**

**19-23 juin 2006**

Secrétariat du TAP  
Commission économique pour l'Afrique  
Addis-Abeba (Éthiopie)



## TABLE DES MATIERES

	<b>Page</b>
<b>Abréviations</b> .....	ii
<b>I. RÉSUMÉ ANALYTIQUE</b> .....	1
<b>II. ÉTAT D'AVANCEMENT DU PROGRAMME</b> .....	1
1. État d'avancement de la mise en oeuvre du TAP au Burkina Faso, au Ghana et au Mozambique .....	1
2. Échange d'expériences sur la pharmacorésistance du VIH et suivi et évaluation de la surveillance des patients .....	9
3. Échange d'expériences en matière de recherche opérationnelle et activités prévues .....	11
4. Recommandations .....	14
5. Voie à suivre .....	19
<b>III. ANNEXES</b>	
Annexe A: Burkina Faso: Suites à donner	
Annexe B: Ghana: Principales suites à donner	
Annexe C: Mozambique: Recommandations à mettre en œuvre en priorité	
Annexe D: Liste des Participants	

## **Abréviations**

CTV	Conseil et test volontaires
INS	Institut national de la statistique
PO	Partenaires Opérationnels
PTME	Prévention de la transmission de la mère-enfant
RAP	Comité Consultatif Régional
RCCC	Réunion du Sous-comité clinique de coordination régionale
TAR	Traitement antirétroviral
TAP	Programme d'accélération du traitement

## **I. RÉSUMÉ ANALYTIQUE**

La Deuxième Réunion du Comité consultatif régional (RAP) s'est tenue à Addis-Abeba (Éthiopie) du 12 au 13 décembre 2005 et a essentiellement porté sur les présentations par pays et les discussions sur l'état d'avancement de la mise en œuvre en général et, de manière plus précise, sur leurs programmes de prévention de la transmission de la mère-enfant (PTME). La réunion a également apporté des clarifications sur le programme de formation et sur le rôle de la recherche opérationnelle dans le contexte du Programme d'accélération du traitement (TAP).

La Troisième Réunion du RAP s'est tenue à Maputo (Mozambique) les 22 et 23 juin 2006. Faisant suite aux recommandations de la dernière réunion, la Première Réunion du Sous-comité clinique de coordination régionale (RCCC), à laquelle ont essentiellement participé des experts de pays participants au TAP ou non, s'est tenue concomitamment, afin de permettre des discussions plus approfondies sur les questions cliniques définies et sur les défis à relever. Les pays et organismes concernés ont convenu de mettre l'accent de ces réunions sur: a) suivi de la résistance au traitement et questions relatives à l'observance; b) système de surveillance et de suivi des patients. La réunion de la RCCC a tiré profit de l'expérience des experts du Bureau pour l'Afrique et du siège de l'OMS et les discussions ont essentiellement porté sur l'échange d'expériences concernant la surveillance des patients, les systèmes de surveillance et d'évaluation des programmes de prévention, de traitement, et de prise en charge dans le domaine du VIH/sida.

La Troisième Réunion du RAP a été l'occasion pour les partenaires opérationnels (PO) du Burkina Faso, du Ghana et Mozambique de discuter des progrès accomplis et des problèmes rencontrés depuis la Deuxième Réunion du RAP. Chaque pays a fait une présentation sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du programme, en mettant en relief: a) l'analyse de la situation (vue d'ensemble de la situation actuelle étayée par des faits et des chiffres relatifs aux services fournis, à la prévalence, au nombre de personnes sous traitement, au coût du traitement par patient et aux approches adoptées par les différents PO); b) les leçons qui en ont été tirées; c) les principaux enjeux et problèmes; d) les questions ayant trait au traitement en général; e) les questions pertinentes au regard du système de surveillance des patients et de la résistance aux médicaments.

Les participants aux réunions du RAP et du RCCC se sont rencontrés le 23 juin 2006 pour échanger des vues, présenter les recommandations issues de leurs discussions respectives, débattre du programme de formation et des prochaines étapes auxquelles les pays concernés devraient passer, ainsi que de la voie que le TAP devra suivre.

## **II. ÉTAT D'AVANCEMENT DU PROGRAMME**

### **1. État d'avancement de la mise en oeuvre du TAP au Burkina Faso, au Ghana et au Mozambique**

La Troisième Réunion du RAP a essentiellement mis l'accent sur la nécessité d'obtenir un tableau complet du suivi de la résistance aux médicaments, une des principales menaces qui pèsent sur les programmes de traitement antirétroviral (TAR) et sur les structures concernées et les systèmes de suivi et de surveillance des patients). Le Burkina Faso, le Ghana et le Mozambique ont fait une présentation sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du programme, des résultats obtenus, des difficultés rencontrées et des leçons qu'ils en ont tirées.

## 1.1. Burkina Faso

### 1.1.1. Principaux résultats

Le Burkina Faso a indiqué que le nombre de centres de conseil et test volontaires (CTV) dans le pays est passé de 56 à la fin de 2004 à 95 à la fin de 2005. Quarante-trois de ces CTV sont appuyés par le TAP (46 % de l'ensemble). Environ 190 263 personnes ont subi des tests à la fin de 2005, dont 81 183 qui ont bénéficié du soutien du TAP (soit 43 % de l'ensemble).

En ce qui concerne la prévention de la transmission mère-enfant, le nombre des sites à plus que doublé, passant de 63 à la fin de 2004 à 152 à la fin de 2005. Quatre-vingt-deux pour cent de ces sites bénéficient de l'appui du TAP. 25 023 femmes ont bénéficié de soins prénatals et de tests de dépistage du VIH en 2005. Le nombre de sites offrant un TAR, y compris ceux qui sont appuyés par le réseau d'associations, est passé de 24 en 2004 à 46 à la fin de 2005. Le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida et bénéficiant d'un traitement est passé de 3 867 à la fin de 2004 à 8 136 à la fin de 2005 et a connu, par la suite, une augmentation de près de 20 %, soit 9 536 personnes au cours de la première moitié de 2006. Sur ces 9 538 personnes vivant avec le VIH/sida et bénéficiant d'un TAR, le TAP a apporté son soutien à 5 515 patients, soit 57,8 % de l'ensemble des patients bénéficiant d'un TAR au Burkina Faso. À la fin de l'année 2005, le TAP avait fait bénéficier 2 520 patients d'un TAR, ce qui représente 31,08 % du nombre de patients (7 000) qui devraient bénéficier du TAP d'ici à 2007.

Un soutien psychologique et nutritionnel a été fourni aux patients séropositifs, en particulier par le réseau d'associations et d'ONG, qui ont permis, dans une large mesure, de garantir la qualité du traitement. Par exemple, 255 séances d'éducation en matière de nutrition ont été organisées par le réseau en 2005 et 1 922 personnes ont reçu une formation qui leur permet de prodiguer des soins en matière de nutrition. Le nombre de personnes bénéficiant d'un soutien nutritionnel a plus que doublé entre le premier et le deuxième semestre de 2005, passant de 2 932 à 7 593.

Le tableau ci-dessous est une présentation succincte du rôle du TAP qui se sert d'indicateurs relatifs aux domaines prioritaires du TAP.

#### Burkina Faso: indicateurs relatifs aux domaines clés du TAP

		<b>Situation initiale à la fin de 2004</b>	<b>Résultats obtenus à la fin de 2005</b>	<b>Contribution du TAP</b>
<b>CTV</b>	Nombre de districts sanitaires disposant d'un CTV au moins	22	31	19 (61%)
	Nombre total de CTV	56	93	43 (46%)
	Nombre de personnes ayant subi des tests - Pourcentage de femmes: - Nombre de personnes âgées de moins de 25 ans		190 263 68%	81 183 (43%)
	Pourcentage de districts disposant d'au moins un centre de prévention de la transmission mère-enfant	14	37	21 (57%)

		<b>Situation initiale à la fin de 2004</b>	<b>Résultats obtenus à la fin de 2005</b>	<b>Contribution du TAP</b>
<b>Prévention de la transmission mère-enfant</b>	Nombre total de centres de prévention de la transmission mère-enfant	63	152	125 (82%)
	Nombre de femmes ayant bénéficié d'une consultation et ayant subi des tests prénatals		25 023	20 518
	- Nombre de femmes-enfants suivant un traitement dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant - Nombre de mères sous TAR		856	156
<b>Thérapeutiques antirétrovirales</b>	Nombre de districts sanitaires disposant d'au moins un centre spécialisé dans les ARV	11	28	21 (75%)
	Nombre de structures offrant un traitement et des soins		46	32
	Nombre total de personnes vivant avec le VIH/sida et bénéficiant d'antirétroviraux (ARV) - Pourcentage de femmes	3 867	8 136 (en 2005)	2 520 (19%)
	Nombre de personnes bénéficiant d'une prophylaxie/d'un traitement contre les maladies opportunistes - Pourcentage de femmes - Nombre de personnes âgées de moins de 25 ans		20 677	3 151
	Nombre de personnes recevant des soins à domicile - Pourcentage de femmes - Nombre de personnes âgées de moins de 25 ans		8 189	8 189
	Nombre d'activités de recherche opérationnelle en cours		2(2006)	1(2006)

### 1.1.2. Problèmes rencontrés et leçons apprises

#### *Problèmes*

Les problèmes qu'il reste à résoudre sont pratiquement les mêmes que ceux dont il a été question lors de la Deuxième Réunion du RAP et se rapportent essentiellement à l'acquisition tardive de biens et services, en raison de lourdeurs bureaucratiques. Un problème qui est récemment apparu concerne l'amélioration de l'offre de traitement grâce à l'appui du TAP, qui entraîne un accroissement de la demande de soins. Ceci réduit petit à petit les capacités de certains centres de santé, qui, par conséquent, auront besoin d'un appui supplémentaire.

## *Leçons apprises*

Dans le contexte du Burkina Faso, il est clair que le renforcement des capacités des bénéficiaires du TAP a permis d'améliorer le traitement de personnes vivant avec le VIH/sida et que la participation des associations et des ONG a amplement contribué à élargir l'accès aux thérapies antirétrovirales et à faciliter l'observance du traitement. Une autre leçon tirée de cette expérience est qu'en partant sur des bases appropriées, il est possible d'établir une collaboration franche entre les associations s'occupant des personnes vivant avec le VIH/sida et les structures de santé publique.

Il est évident que les fonds fournis par le TAP ont contribué à faciliter l'accès des personnes vivant avec le VIH/sida aux thérapies antirétrovirales au niveau national. Toutefois, une attention particulière doit être accordée au suivi de la résistance aux médicaments et à la viabilité du TAP, afin de tirer profit de ces riches expériences.

### 1.2. Ghana

Au Ghana, le TAP est en train de mettre en place, à titre expérimental, des partenariats entre les secteurs public et privé, en engageant des ONG à but lucratif et des cliniques privées dans le souci d'élargir les programmes d'antirétroviraux à un nombre croissant de patients séropositifs. Dans ce cadre, le Ghana a signé un contrat avec le *National Catholic Health Service* (NCHS) en vue de la fourniture de services de traitement au titre du TAP. Le NCHS collaborera dans la mise en œuvre qui a déjà été lancée avec *Family Health International* (FHI). Les discussions se poursuivent avec la Fondation des entreprises privées (PEF) en tant qu'éventuel PO, et elles sont axées sur la proposition révisée ou qui a été soumise en mai 2006.

#### 1.2.1. Principaux résultats

Quatre sites appuyés par le FHI ont commencé à offrir un traitement complet en mars 2006, après la formation du personnel dans tous les aspects concernant les soins aux personnes séropositives (CTV, prévention de la transmission mère-enfant, gestion des ARV, des maladies sexuellement transmissibles et des infections opportunistes, bonnes pratiques en laboratoire, système informatique de gestion logistique ou LMIS et système informatique de gestion ou HMIS). Quarante-trois patients bénéficient de soins cliniques depuis le lancement du TAP et 38 reçoivent désormais un TAR. Six sites du NCHS sont en cours de préparation et commenceront à offrir des soins complets en juillet 2006.

Le tableau ci-dessous est une présentation résumée de la contribution du TAP et se sert d'indicateurs relatifs aux domaines prioritaires du TAP.

**Ghana: indicateurs relatifs aux domaines prioritaires du TAP**

		<b>Situation initiale à la fin de 2004</b>	<b>Résultats obtenus à la fin de 2005</b>	<b>Contribution du TAP</b>
<b>CTV</b>	Nombre de districts sanitaires disposant d'un CTV au moins	40	82	ND
	Nombre total de CTV	59	145	ND
	Nombre de personnes ayant subi des tests - Pourcentage de femmes: - Nombre de personnes âgées de moins de 25 ans	15 490	45 536	ND
<b>Prévention de la transmission mère-enfant</b>	Pourcentage de districts disposant d'au moins un centre de prévention de la transmission mère-enfant	52	82	ND
	Nombre total de centres de prévention de la transmission mère-enfant	52	138	ND
	Nombre de femmes ayant bénéficié d'une consultation et ayant subi des tests prénatals	8 490	20 296	ND
	- Nombre de femmes-enfants suivant un traitement dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant - Nombre de mères bénéficiant d'un TAR	493	1 078	ND
<b>Thérapeutiques antirétrovirales</b>	Nombre de districts sanitaires disposant d'au moins un centre spécialisé dans les TAR	3	4	ND
	Nombre de structures offrant un traitement et des soins	4	5	ND
	Nombre total de personnes vivant avec le VIH/sida sous ARV - Pourcentage de femmes	2 028	4 060	ND
	Nombre de personnes bénéficiant d'une prophylaxie/d'un traitement contre les maladies opportunistes - Pourcentage de femmes - Nombre de personnes âgées de moins de 25 ans	4 054 2 360 ND	9 396 5 938 ND	ND ND ND
	Nombre de personnes recevant des soins à domicile - Pourcentage de femmes - Nombre de personnes âgées de moins de 25 ans	ND	ND	
	Nombre d'activités de recherche opérationnelle en cours	ND	ND	

\*ND –non disponible

### 1.2.2. Problèmes rencontrés

Le principal problème du TAP au Ghana se rapporte à la lenteur de sa mise en oeuvre. Ceci est essentiellement dû au changement de partenaires opérationnels et aux retards accusés dans la conclusion d'un accord avec un troisième partenaire opérationnel qui devrait, entre autres, se charger de la mobilisation des communautés vivant dans le voisinage, afin qu'elles tirent profit des services offerts par les différents sites du TAP.

Au nombre des problèmes rencontrés au cours des six derniers mois, il y a lieu de citer: le coût élevé des frais de consultation dans les établissements sanitaires privés, qui a constitué un obstacle à l'accroissement du nombre de clients. En outre, on a noté que le niveau de collaboration entre les établissements sanitaires publics et les structures du TAP est une question sur laquelle il est nécessaire de se pencher.

### 1.3. Mozambique

À la fin du mois d'avril 2006, 23 956 patients au total bénéficiaient d'ARV dans 45 sites de traitement du Mozambique. Sur ces 23 956 patients inscrits bénéficiaires d'ARV, les enfants représentaient 8,6 %, les jeunes 9,6 % et les adultes (la grande majorité) 81,8 %. Quarante pour cent des patients bénéficiant de TAR sont traités au niveau des sites où Sant'Egidio, *Pathfinder* et *Health Alliance International* utilisent les fonds fournis par le TAP.

Au cours des 12 derniers mois, l'utilisation effective des services dispensant des ARV a connu une progression mensuelle de 5,91 %. Néanmoins, le Mozambique doit accroître ses capacités de 11% par mois afin d'accueillir de nouveaux patients et de parvenir à l'objectif national de 55 000 patients bénéficiant d'ARV d'ici à la fin de 2006.

#### 1.3.1. Principaux résultats

Le Mozambique a indiqué qu'une progression significative de l'utilisation des services tels que les CTV, la gestion des IO, les soins à domicile, la prévention de la transmission mère-enfant et les TAR depuis le lancement du TAP. En outre, des coordonnateurs chargés des questions relatives au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme ont été récemment nommés pour prêter leur concours au processus de décentralisation du programme au niveau des provinces.

Il a également été indiqué que les services personnalisés dans les cliniques soucieuses des préoccupations des jeunes ont été efficaces lorsqu'il s'est agi d'encourager les jeunes séropositifs à bénéficier d'un traitement et de soins, et que le rôle des « activistas » (militants) a été important en ce qui concerne l'appui en matière d'observance du traitement et la surveillance des défaillants, grâce à de meilleurs soins et à la réduction au minimum des risques de résistance aux médicaments.

De nombreuses activités de formation dans le domaine de la gestion des TAR ont été organisées à l'intention des médecins et du personnel des services de santé et un centre de recherche opérationnelle a été mis en place.

Enfin, le Ministère de la santé a simplifié les procédures de passation des marchés de médicaments destinés au traitement d'IO et introduit des formulaires nationaux dans pratiquement

tous les sites de traitement. Il existe désormais un mécanisme d'établissement de rapports périodiques sur les activités concernant les TAR, aussi bien dans les sites de traitement qu'aux niveaux provincial et central.

Le tableau ci-dessous est une présentation résumée de la contribution du TAP et se sert d'indicateurs relatifs aux domaines prioritaires du TAP.

**Mozambique: indicateurs relatifs aux domaines prioritaires du TAP**

		Situation initiale à la fin de 2004	Résultats obtenus à la fin de 2005	Contribution du TAP
<b>CTV</b>	Nombre de districts sanitaires disposant d'un CTV au moins	ND	67	
	Nombre total de CTV	113	223	
	Nombre de personnes ayant subi des tests	294 567 67%	685 239 61%	
	- Pourcentage de femmes: - Nombre de personnes âgées de moins de 25 ans	118 324	305 749	
<b>Prévention de la transmission mère-enfant</b>	Pourcentage de districts disposant d'au moins un centre de prévention de la transmission mère-enfant	ND	ND	
	Nombre total de centres de prévention de la transmission mère-enfant	51	88	
	Nombre de femmes ayant bénéficié d'une consultation et ayant subi des tests prénatals	46 583	99 835	
	- Nombre de femmes-enfants suivant un traitement dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant - Nombre de mères bénéficiant d'un TAR	3 182 (m) 3 335 (c) 197	7 690 (m) 5 437 (c) 554	
<b>Thérapeutiques antirétrovirales</b>	Nombre de districts sanitaires disposant d'au moins un centre spécialisé dans les TAR	17	30	
	Nombre de structures offrant un traitement et des soins	23	39	
	Nombre total de personnes vivant avec le VIH/sida et bénéficiant d'un TAR	6 500 ND	19 754 54.7%	
	- Pourcentage de femmes			
	Nombre de personnes bénéficiant d'une prophylaxie/d'un traitement contre les maladies opportunistes	ND	ND	
	- Pourcentage de femmes			
	- Nombre de personnes âgées de moins de 25 ans			
	Nombre de personnes recevant des soins à domicile	11 355 ND	27 582 ND	
	- Pourcentage de femmes			

		<b>Situation initiale à la fin de 2004</b>	<b>Résultats obtenus à la fin de 2005</b>	<b>Contribution du TAP</b>
	- Nombre de personnes âgées de moins de 25 ans			
	Nombre d'activités de recherche opérationnelle en cours	ND	9	

En ce qui concerne la troisième colonne (contribution du TAP), il n'a pas été possible de fournir les informations requises. Les trois PO ont commencé à collaborer avec le système national de santé bien avant la mise en place du projet et ne sont pas exclusivement financés par le TAP. Le Ministère de la santé collaborera avec les PO afin qu'ils indiquent la part de leurs budgets futurs qui sera financée par la Banque mondiale dans le cadre du TAP.

### 1.3.2. Problèmes rencontrés et leçons apprises

#### *Problèmes*

Bien que le TAP ait été d'un grand secours dans de traitement et la prise en charge au Mozambique, de nombreux problèmes subsistent. En particulier, il est toujours nécessaire: a) de renforcer les capacités en matière de gestion du programme au niveau provincial; b) d'accroître le nombre de sites de traitement dans les régions du Nord et du Centre du Mozambique (infrastructures, ressources humaines, équipements de laboratoire de meilleure qualité, etc.); c) de renforcer le système de suivi et d'évaluation, notamment en matière de collecte, d'analyse et d'interprétation de données relatives aux installations sanitaires, aux districts sanitaires, aux ONG et aux organisations communautaires.

Un autre problème concerne les occasions ratées de recruter des patients des autres composantes des services de santé (tuberculose, prévention de la transmission mère-enfant, maladies sexuellement transmissibles et soins aux malades hospitalisés), et le Ministère de la santé compte rapidement tenir compte de cet aspect de la question. La surveillance de la résistance aux médicaments demeure plutôt déficiente et l'élaboration et l'adoption d'un système de suivi des patients constituent des éléments essentiels de l'amélioration des programmes de traitement au Mozambique. Enfin, il est nécessaire de mettre au point des messages de prévention culturellement plus adaptés.

#### *Leçons apprises*

Une des leçons tirées de cette expérience est que le soutien nutritionnel devrait être utilisé comme mesure d'incitation uniquement au départ, afin que les patients obtiennent des médicaments. Tous les patients devraient bénéficier de conseils appropriés en matière de nutrition afin qu'ils puissent améliorer et préserver leur état nutritionnel, même en l'absence de soutien.

Une autre leçon à retenir est que l'adoption de normes et procédures de passation de contrats avec les ONG a permis de réduire les risques et les dérapages dans la mise en oeuvre des programmes. Le Mozambique a également appris qu'avec des fonds supplémentaires et la participation des ONG, il est tout à fait possible d'accroître le nombre de patients bénéficiant d'un TAR sans pour autant remettre en cause la qualité des services.

## 2. Échange d'expériences sur la pharmacorésistance du VIH et suivi et évaluation de la surveillance des patients

### 2.1. Suivi de la pharmacorésistance du VIH

Tous les trois pays participants au TAP ont reconnu que la progression de la pharmacorésistance constitue un sérieux risque pour leurs programmes de traitement et ont mis en place, dès le départ, des mécanismes de suivi d'une éventuelle pharmacorésistance. Ces trois pays se situent à différentes étapes du processus et les discussions qui ont eu lieu lors des réunions du RAP et du RCCC leur ont permis d'échanger des expériences et des idées sur les méthodes de suivi de la pharmacorésistance au niveau national.

Au Burkina Faso, des recherches ont été menées sur 127 patients ayant le VIH –1+, dont 97 sous TAR (la plupart suivant un traitement de première intention) et 30 patients naïfs de traitement à Bobo-Dioulasso et Ouagadougou. Les premiers résultats indiquent que 77 patients ont montré une certaine résistance à un ARV au moins, 17 devant poursuivre les analyses et trois autres devant subir de nouveaux tests.

Une étude pilote sur le suivi de la pharmacorésistance a également été menée au Ghana en octobre 2005, où 54 échantillons ont été collectés auprès de patients naïfs de traitement. Étant donné que le Ghana doit encore mettre en place des capacités et améliorer les compétences en matière de suivi de la pharmacorésistance, les analyses ont été faites en Espagne et n'ont révélé aucune résistance. Depuis lors, un séquenceur a été acquis grâce aux fonds du TAP, dans le but de réaliser les analyses dans le pays même. Une proposition est également en cours d'élaboration, afin de mettre en place un comité d'experts en matière de résistance aux médicaments, qui sera chargé de faciliter les travaux de recherche et de mettre en place un système de suivi grâce à l'appui du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, de l'OPEP et du PNLS.

Au Mozambique, le suivi de la pharmacorésistance est assuré grâce à la collaboration entre le Ministère de la santé et le programme DREAM de la communauté de Sant' Egidio. Le Pr Leonardo Palombi a déjà présenté certains des résultats préliminaires des recherches actuellement menées sur les «traitements antirétroviraux hautement actifs et le suivi de la résistance et des mutations virales au Mozambique». Les objectifs de cette étude sont les suivants: a) déterminer si les souches virales présentes au Mozambique sont naturellement résistantes aux thérapies antirétrovirales ou non; b) définir la spécificité des clades de souches virales.

#### *Conclusions sur les patients naïfs de traitement:*

- Les souches de VIH présentes au Mozambique appartiennent au clade C (le plus répandu à travers le monde);
- Les mutations primaires qui réduisent l'efficacité des ARV ne sont pas présentes dans ce groupe de patients, ce qui laisse à penser (en principe) que le TAR est efficace;
- Les résultats cliniques confirment l'importante activité des protocoles thérapeutiques antirétroviraux utilisés jusqu'ici;
- Néanmoins, l'importante présence de polymorphismes (caractéristiques du virus du sous-type C) indique l'importance d'un suivi méticuleux à long terme de l'efficacité des ARV qui sont, dans une certaine mesure, susceptibles d'être différents de ce que l'on trouve en Europe et en Amérique, où le sous-type B est prévalant;

- le suivi de la résistance aux ARV chez les patients qui ne se conforment pas à la thérapie demeure également crucial en Afrique.

*Conclusions relatives aux femmes enceintes:*

- Le développement de la résistance aux ARV est limité chez les femmes enceintes traitées grâce à une trithérapie: il est moins important que la prévalence dont il a été fait état avec le recours exclusif à la névirapine.

*Conclusions relatives aux patients qui ne se conforment pas au TAR:*

- La résistance aux ARV est relativement commune au moment de la non-observance;
- La résistance se limite essentiellement aux médicaments ayant une barrière génétique peu élevée (analogues de la cytidine ou 3TC et analogues non nucléosidiques inhibiteurs de la transcriptase inverse ou INNTI) qui ne remettent pas en cause l'efficacité du deuxième schéma thérapeutique;
- Les mutations associées à la thymidine, qui confèrent une résistance croisée à grand nombre d'ARV sont rares au moment de la non-observance;
- les mutations de la protéase, qui confèrent une résistance aux ARV sont également rares et ont un lien avec les inhibiteurs de protéase non « boostés » avec du ritonavir. Il n'est donc pas exclu que l'introduction d'inhibiteurs de protéase non « boostés » accroisse l'efficacité et réduisent davantage la résistance.

La principale conclusion de l'étude est que les traitements de secours peuvent être présumés aussi efficaces dans des contextes africains où les thérapies sont administrées et suivies de manière appropriée.

## 2.2. Systèmes de suivi des patients et surveillance

À l'image de la surveillance de la pharmacorésistance, la conception de systèmes de suivi des patients dans les pays concernés par le TAP est encore en retard par rapport à la mise en oeuvre du Programme et la plupart des systèmes de suivi des patients appliqués ne constituent que des initiatives ponctuelles. Toutefois, tous les pays concernés reconnaissent qu'un seul système de suivi des patients devait être utilisé, afin de veiller à ce que les patients puissent être aisément orientés ou transférés vers d'autres structures, pour un meilleur suivi des principaux indicateurs de traitement au niveau national.

Au Burkina Faso, il n'existe pour l'instant aucun système intégré de suivi des patients. Cependant, avec l'assistance technique de l'OMS, un atelier a été organisé du 27 au 31 mars 2006, dans le souci de mettre au point le premier projet de protocole de surveillance de la résistance aux ARV. Tous les moyens administratifs nécessaires à cet effet sont en place et un système intégré de suivi des patients devrait être mis au point d'ici à décembre 2007.

L'élaboration d'un système intégré de suivi des patients est en cours au Ghana, et ce système mis au point localement est appliqué à titre expérimental au niveau de l'hôpital régional et devrait être élargi aux autres sites dispensant des ARV dans les mois qui viennent. Le système intégré de suivi des patients sera mis en place dans le cadre d'un réseau regroupant les sites dispensant des ARV et le PNLS, de manière à ce que les données puissent être regroupées et surveillées par rapport

aux objectifs nationaux. Les données qui doivent être saisies englobent des informations sur la gestion des patients (données démographiques et cliniques). Ce nouveau système intégré facilitera l'accès aux données au niveau national et l'orientation d'un site à l'autre.

Au Mozambique, il existe plusieurs systèmes intégrés de suivi des patients. Sant' Egidio, HAI et Pathfinder ont recours à des systèmes différents. Néanmoins, le Ministère de la santé a créé un groupe de réflexion chargé d'examiner ces différents systèmes de suivi et d'élaborer un système national qui sera utilisé dans le secteur public, en se fondant sur les aspects positifs des systèmes actuellement utilisés par les PO. Dans les structures publiques, toutes les inscriptions sont faites manuellement, sur la base de l'ancien système d'enregistrement des hôpitaux.

### **3. Échange d'expériences en matière de recherche opérationnelle et activités prévues**

#### 3.1. Recherche opérationnelle

##### 3.1.1. Impact socioéconomique du traitement

Afin de tirer les leçons de l'impact socioéconomique du traitement, le Département de la recherche de la Banque mondiale (DECRG) mène actuellement des recherches opérationnelles dans le but d'évaluer les deux dimensions du TAP: a) avantage pour le bien-être des patients et des ménages; b) effets, aussi bien bénéfiques que nocifs, de la disponibilité du traitement sur les comportements sexuels à risque. Ces deux thèmes de recherche seront examinés grâce à la réalisation de trois enquêtes longitudinales auprès de ménages ayant un patient vivant avec le VIH/sida et d'autres ménages choisis au sein de la population des trois pays. Le même questionnaire sera soumis aux deux types de ménages.

Le questionnaire sera utilisé pour évaluer l'impact socioéconomique du traitement. L'évaluation des résultats tiendra compte des mesures prises dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, de la participation de la main-d'oeuvre, des revenus, de l'éducation des enfants, de la santé et autres indicateurs du bien-être.

En outre, en suivant les patients qui ont reçu un traitement dans le cadre des différents types de prise en charge (communautaire ou hospitalière), il sera possible d'identifier les principaux déterminants de l'observance du traitement et de réduction des risques de résistance. Les données relatives aux intrants (coûts, ressources humaines) utilisés dans chaque type de prise en charge seront également collectées, ainsi que celles contenues dans les registres médicaux des patients (avec des liens anonymes).

L'aspect du questionnaire concernant le comportement traitera des connaissances, des attitudes et du comportement vis-à-vis de la pandémie du VIH/sida. Il mettra également au point une mesure de la proximité du traitement antirétroviral, afin d'évaluer le changement d'attitude et de comportement susceptibles d'intervenir lorsque le TAR devient disponible au sein de la communauté.

La Banque mondiale mettra à profit deux enquêtes pour faire face à cet ensemble de questions. La première est une enquête sur les ménages des patients et de leur famille, outre celle concernant les ménages témoins. La Banque mondiale a lancé un appel à manifestation d'intérêt pour la réalisation de l'enquête et elle évalue actuellement les propositions reçues des cabinets

intéressés. La proposition de recherche a été soumise au Comité national d'éthique et les observations faites ainsi que les questions soulevées par ce dernier ont été examinées.

La Banque mondiale sera également en mesure de mettre à profit l'enquête nationale sur le VIH, dans la mesure où l'Institut national de la statistique (INS) a accepté d'inclure des questions sur les ART (disponibilité du traitement et perception). Ces questions permettront d'examiner le problème du changement de comportement. L'enquête devrait être menée dans le courant du deuxième trimestre de 2006.

Au Ghana, des données relatives au comportement et aux connaissances en matière de VIH/sida ont été collectées dans le cadre du Système sentinelle de surveillance des comportements, qui en est à la phase de saisie des données. Plusieurs réunions ont été organisées afin de discuter des modalités d'une enquête anticipée sur les ménages.

### 3.1.2. Qualité des services offerts

Il est essentiel de pouvoir évaluer la qualité des services offerts en matière de VIH/sida pour juger de la réussite du TAP et en tirer les leçons. En 2002, la combinaison d'une norme de qualité des prestations de services (QSDS) et d'un mécanisme de contrôle des dépenses publiques a été mise en oeuvre dans les structures sanitaires du Mozambique en 2002 sous l'appellation «Enquête sur le contrôle des dépenses et les prestations de services» (ETSDS). L'ensemble des enquêtes sur les structures sanitaires que la Banque mondiale propose de mener constituerait un suivi de l'enquête de 2002, avec un nouvel accent mis sur le VIH/sida et la fourniture de services en matière de TAR. L'Irlande a accepté de fournir un financement de 150 000 de dollars des E.U à cette fin. Les prochaines étapes consisteront à mener à bien les accords financiers et à démarrer le processus contractuel.

### 3.1.3. Partenariat entre les secteurs public et privé

Les partenariats entre les secteurs public et privé appuyés dans le cadre du TAP sont officialisés par des contrats établis entre les ministères de la santé des pays concernés et leurs différents PO. L'objectif de l'appui au partenariat entre secteurs public et privé est de renforcer les capacités des pays en ce qui concerne l'élargissement de traitements complets, notamment les TAR, efficaces, financièrement accessibles, et ce, de manière équitable. La CEA va recruter un institut de recherche qui sera chargé d'évaluer quatre domaines de la conception et du fonctionnement de partenariats entre secteurs public et privé dans le cadre du TAP: gouvernance, coûts, performances et viabilité. Tous les PO feront l'objet d'une évaluation se servant d'instruments aussi bien qualitatifs que quantitatifs. Les résultats de ces recherches seront mis en commun lors de la prochaine réunion du RAP.

### 3.1.4. Autres domaines de recherche

Dans les pays concernés par le TAP, l'OMS mène actuellement des recherches dans les domaines suivants:

- Pratiques en cours en matière de traitement des patients aux ARV (Burkina Faso);
- Démonstration de l'efficacité des programmes nationaux dans le traitement des patients aux ARV (Burkina Faso);

- Modes de financement novateurs en vue d'un accès accéléré aux soins, au traitement et à la prévention dans le secteur de la santé en faveur des personnes vivant avec le VIH/sida (Burkina Faso, Ghana et le Mozambique).

Au Mozambique, HAI mène actuellement des recherches sur la mise au point des indicateurs permettant d'améliorer le système de suivi et d'évaluation et d'analyser les données couramment collectées, afin d'identifier les goulets d'étranglement du système (analyse des flux).

HAI oeuvre également en faveur d'une meilleure intégration des services de lutte contre le VIH au système de santé conventionnel. Le site Web de HAI contient des documents et présentations récemment publiés: <http://depts.washington.edu/haiuw/html/programs/mozambique/>

### 3.2. Stratégie de communication en vue de la diffusion des leçons tirées du TAP

Lors de la réunion, la CEA a présenté une vue d'ensemble de la stratégie de communication du TAP, qui englobe des méthodes inédites de pénétration/diffusion, la relation avec les médias, le suivi et l'évaluation, etc. Cette stratégie mettra à profit de mécanismes primaires: mécanisme de consultation régionale des Nations Unies et des partenariats d'envergure (avec le gouvernement, des partenaires opérationnels, les organisations de la société civile et les ONG, ainsi que d'autres partenaires). L'objectif est de dégager deux ou trois leçons essentielles de chaque expérience pilote (Mozambique, Burkina Faso et Ghana) en vue de leur diffusion à travers le continent. Les domaines prioritaires pourraient englober les éléments suivants:

- Résistance aux médicaments et observance du traitement;
- Abandon du traitement par le patient;
- Prévention de la transmission mère-enfant;
- Surveillance des patients;
- Gestion des patients;
- Viabilité du financement; etc.

Dans sa volonté de tenir la Commission de l'Union africaine et les organismes des Nations Unies informés de ses programmes de grande envergure sur le VIH/sida, notamment le TAP, la CEA envisage d'organiser des journées de réflexion avec des partenaires clés tels que la Banque mondiale, ONUSIDA, l'OMS et l'Union africaine. Ces journées de réflexion s'appuieront sur des instruments régionaux de premier plan comme la Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, l'Engagement de Brazzaville sur l'extension en vue de l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien dans le domaine du VIH, la Déclaration de Gaborone et la Position africaine commune sur le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, etc. Les questions sur lesquelles il y a lieu de se pencher sont succinctement présentées ci-dessous:

- Stratégie de l'Union africaine en matière de VIH/sida;
- Principaux documents, accords, engagements (par exemple, l'Engagement de Brazzaville, le Plan d'action d'Abuja, la Déclaration politique de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, etc.);
- NEPAD et Mécanisme d'évaluation intra-africaine concernant le VIH/sida;
- Programme d'accélération du traitement: leçons tirées du Burkina Faso, du Ghana et du Mozambique;

- Mobilisation de ressources;
- Plaidoyer et communication;
- Modalités d'établissement de partenariats et de collaboration entre organisations.

La journée de réflexion devrait permettre d'élaborer des plans d'action qui vont s'appesantir sur des objectifs prioritaires réalistes auxquels les trois principales organisations sont susceptibles de répondre, avec l'appui d'autres collaborateurs, grâce à un examen approfondi des principaux documents pertinents.

### 3.3. Financement viable

Tous les trois pays ont soulevé des questions concernant les risques qui pèsent sur leurs programmes nationaux de traitement, notamment leur viabilité à long terme. Une fois commencée, la thérapie antirétrovirale doit se poursuivre pour le reste de la vie, sans interruption. La question de la viabilité a trait, en partie, à des questions concernant le développement et la transmission de souches de VIH résistantes aux médicaments, ce qui entraîne des coûts du traitement de deuxième intention et, à terme, du programme par patient. L'autre partie de la question de la viabilité se rapporte au financement à long terme des programmes antirétroviraux. Les mécanismes actuels de financement des programmes antirétroviraux semblent plutôt présenter des lacunes lorsqu'il s'agit de fournir des financements prévisibles à long terme, voire inadaptés au regard des programmes qui nécessitent un appui à vie, ne serait-ce que pour les groupes actuels de patients sous traitement, avant même que l'on ne prenne en considération les groupes de patients auxquels il va falloir offrir un TAR. La CEA et la Banque mondiale ont proposé d'examiner cette question avant la prochaine réunion du RAP.

## 4. Recommandations

4.1. À l'issue des deux jours de délibérations fructueuses, les participants à la réunion du RAP ont dressé une liste de recommandations qui devraient permettre de faire progresser la mise en oeuvre de leurs programmes nationaux, en particulier en ce qui concerne le système de suivi des patients et la résistance du VIH aux médicaments:

### 4.1.1. Renforcement des systèmes de santé

- Les ministres de la santé devraient collaborer avec les ministres de finances afin de faire face aux besoins des systèmes de santé dans leur ensemble;
- Les systèmes d'approvisionnement et de distribution devraient être renforcés afin de garantir la disponibilité de médicaments et de réactifs à tous les niveaux;
- La qualité des services devrait être conforme aux normes minimales préconisées par les directives de l'OMS en ce qui concerne la généralisation du traitement est maintenue grâce à une formation permanente en cours d'emploi et à une formation avant l'emploi, et à l'information d'autres cadres, à tous les niveaux, afin de faire face à l'accroissement du nombre de patients;
- Il est nécessaire de réaliser une analyse des flux de patients au niveau des structures, afin d'identifier les goulets d'étranglement (par exemple, initiation aux TAR sur la base de critères cliniques, en attendant les résultats des tests de numération des CD4, conformément aux directives de l'OMS);

- L'intégration des services de lutte contre le VIH aux soins de santé primaire, en particulier la tuberculose et la santé maternelle et infantile, devrait se traduire par la définition d'objectifs en matière de TAR et de CTV, pour rendre les soins aux personnes vivant avec le VIH plus viables et saisir toutes les opportunités qui se présentent;
- Il est nécessaire d'assurer l'équilibre entre les activités et services qu'il y a lieu de centraliser et ceux qu'il faudrait décentraliser, outre l'équilibre entre les activités de prévention et de traitement, notamment dans le souci de veiller à ce que les avantages du traitement ne soient pas perdus ou réduits par un développement précoce de la résistance aux médicaments chez les patients bénéficiant d'un TAR et que les personnes séropositives ne passent pas trop tôt à l'étape des ART.

#### 4.1.2. Information, éducation et communication

- Améliorer la communication avec les tradipraticiens, afin de garantir leur collaboration active et l'orientation des personnes vivant avec le VIH. Cela favoriserait l'acceptation du dépistage du VIH au sein de la communauté et éviterait le recours à des remèdes à base de plantes médicinales susceptibles de ne pas être compatibles avec les ARV;
- Garantir la participation de la communauté, qui est essentielle, en particulier des personnes vivant avec le VIH (à travers des témoignages personnels), des groupes/associations communautaires, des maris (pour qu'ils permettent à leurs épouses de subir des tests et de participer à la prévention de la transmission mère-enfant), en vue d'un recours plus fréquent aux services, en particulier dans les zones rurales. Il est également nécessaire de permettre une adaptation des services, afin de faire face aux attentes des communautés;
- Mettre en place les stratégies nécessaires en matière d'information et d'éducation du public, afin de favoriser l'équilibre entre la prévention et le traitement, notamment en se préoccupant de la prévention de la transmission mère-enfant, de la nutrition et d'autres services disponibles, et en ciblant les hommes au sein des communautés et dans les secteurs public et privé;
- Veiller à ce que le soutien nutritionnel ne soit pas uniquement une incitation à l'observance du traitement par les patients, mais également un élément qui les pousse à améliorer leur situation économique, dans le but de garantir l'efficacité des protocoles thérapeutiques (par exemple la prévention de la transmission mère-enfant pour les nourrissons). L'éducation sur les avantages et l'importance d'une bonne nutrition devrait faire partie de l'appui nutritionnel, afin de pérenniser une bonne nutrition une fois que l'appui cesse;
- Mener des activités de recherche opérationnelle, afin de mieux comprendre l'abandon du traitement par les patients et d'éviter de perdre ces derniers de vue.

#### 4.1.3. Financement

- Amener les pays concernés à comprendre qu'il leur incombe d'apporter la preuve des avantages d'un élargissement du traitement et des progrès accomplis à cet égard, des gains d'efficacité réalisés, des leçons apprises et des besoins de financement non couverts. L'analyse de ces questions devrait être faite sans tarder, de manière à ce que l'information soit disponible avant la fin du TAP et qu'elle puisse être utilisée dans

l'élaboration d'un plan de transition. Il appartiendra alors à la Banque mondiale et aux partenaires de combler le déficit de financement ou de mobiliser des ressources;

- Améliorer la planification et l'établissement du budget des interventions en matière de lutte contre le VIH, afin de garantir un financement viable et prévisible en faveur des patients bénéficiant d'ARV, grâce à leur prise en compte dans les plans de développement et les stratégies en matière de santé au niveau national;
- Améliorer l'évaluation quantitative et le rapport coût-rendement du traitement (médicaments, gestion des PO, soins à domicile, observance du traitement, ressources humaines, suivi et évaluation, infrastructures, coûts entraînés par le fonctionnement des laboratoires, etc.);
- Préférer les subventions aux prêts. Les discussions sur les différents moyens de garantir un financement viable doivent démarrer maintenant au niveau national et au niveau régional, dans le cadre de l'Union africaine et d'autres entités.

4.2. La réunion du RCCC a regroupé des experts du Bureau Afrique et du siège de l'OMS et la discussion a été axée sur les aspects cliniques des systèmes de suivi des patients et de la résistance du VIH aux médicaments. Les principales recommandations faites lors de cette réunion sont présentées ci-dessous:

#### 4.2.1. Recommandations concernant la mise en oeuvre de systèmes d'information sur les TAR

- Harmoniser les systèmes d'information (sur papier et supports électroniques) des secteurs public et privé;
- Obtenir des informations du secteur privé et en tirer des leçons;
- Évaluer le suivi des patients, du diagnostic du VIH à la fourniture d'ARV, en particulier l'observance du traitement et le suivi des communautés;
- Assurer correctement le suivi des patients entre l'inscription et leur passage à la pharmacie (pas de correspondance entre les différents chiffres fournis);
- Inciter les cliniciens à remplir correctement les dossiers des patients;
- Améliorer le suivi de l'observance du traitement;
- Accroître les ressources humaines, les former et les retenir;
- Renforcer la planification et la prévision en matière de distribution d'ARV, notamment au profit des enfants;
- Préparer suffisamment les patients à observer la thérapie antirétrovirale;
- Organiser, au niveau central, une évaluation des structures décentralisées en matière de suivi des protocoles thérapeutiques;
- Veiller à ce que des préparations d'ARV soient disponibles et adaptées au contexte africain.

#### 4.2.2. Recommandations concernant le suivi des patients bénéficiant d'un TAR

- Harmoniser les systèmes d'information grâce à la formation, l'utilisation des mêmes moyens logistiques, le recours aux mêmes circuits d'approvisionnement en médicaments (réglementation: liste modèle des médicaments essentiels), le même protocole thérapeutique (qui pourrait reposer sur les directives de l'OMS, avec une adaptation aux conditions locales);

- Mettre en place des équipes pluridisciplinaires (santé, communautés, pharmacie) en ce qui concerne les soins de santé, afin de compléter les informations concernant les patients et les cliniques et de préparer le suivi des patients recevant un traitement;
- Faire en sorte que les systèmes d'information suivent la décentralisation des soins et du traitement;
- Simplifier les systèmes d'enregistrement et de tenue des registres et les rendre faciles d'utilisation;
- Superviser régulièrement et harmoniser les systèmes d'établissement de rapports, et fournir à temps des informations en retour;
- Offrir des salaires/avantages/conditions de travail compétitifs dans le secteur public, ainsi que des opportunités de formation dans les secteurs aussi bien public que privé;
- Aider les pays à assurer une bonne planification et de bonnes prévisions en ce qui concerne les ARV, notamment ceux qui sont destinés aux enfants;
- Organiser des réunions régulières regroupant différentes unités, afin de garantir le suivi et le contrôle du flux de patients;
- Plaider au niveau international en faveur de préparation d'ARV adaptés aux enfants et faciles d'utilisation.

#### 4.2.3. Recommandations concernant la prévention, la surveillance et le contrôle de la résistance du VIH aux médicaments

- Lever les doutes qui subsistent quant à la possibilité d'appliquer les décisions des programmes antirétroviraux aux populations, malgré la disponibilité de certaines données des projets de recherche;
- Démarrer, à l'instar du Burkina Faso, par exemple) la surveillance de la résistance du VIH aux médicaments dans les autres pays participant au TAP;
- Utiliser le réseau de laboratoires assurant la surveillance de la résistance du VIH aux médicaments qui est en train de se mettre en place en Afrique et auquel il est possible de confier la réalisation d'analyses de génotype avec une garantie de qualité assurée;
- Démarrer sans tarder la collecte de données sur la résistance du VIH aux médicaments (indicateurs d'alerte rapide), et procéder par la suite à une surveillance et à un contrôle plus précis de la résistance;
- Faire en sorte que les protocoles, les outils et l'assistance technique de l'OMS soient disponibles auprès d'autres partenaires;
- Associer les groupes de travail et les plans nationaux de surveillance de la résistance des VIH aux médicaments à l'élargissement de programmes antirétroviraux de qualité et à la surveillance clinique;
- Inciter les partenaires privés et publics à fournir des données en vue d'établir le rapport annuel sur la situation de la résistance du VIH aux médicaments et à faire des recommandations;
- Mettre en place des laboratoires ayant la capacité de traiter des échantillons permettant de déterminer la résistance du VIH aux médicaments et, éventuellement, de procéder à des test génotypiques;
- Recourir à des indicateurs d'alerte précoce;
- Prévoir une surveillance de la transmission et le contrôle de la résistance du VIH aux médicaments;

- Promouvoir les initiatives qui prônent l'observance du traitement.

#### 4.2.4. Recommandations concernant plus particulièrement les laboratoires

- Associer les laboratoires à l'élaboration des budgets des programmes et à la définition d'un appui financier soutenu;
- Aider les pays à mettre en place des protocoles nationaux et des infrastructures et à définir des échéanciers;
- Réduire les dépenses des laboratoires et plaider en faveur de la réduction du coût des réactifs, consommables et équipements (douanes, expédition, etc.);
- Utiliser les laboratoires aux niveaux régional ou local en vue d'un élargissement de la thérapie antirétrovirale;
- Mettre au point des outils de décentralisation et de centralisation;
- Tenir compte des questions relatives aux laboratoires dès le début de la mise en place de programmes antirétroviraux;
- Aider les pays participant au TAP à adapter et à utiliser les directives et protocoles de l'OMS concernant les laboratoires;
- Accélérer et généraliser les tests de laboratoire (outils pour un bon réseau de laboratoires à l'échelle nationale, ressources humaines, équipements et réactifs, maintenance, contrôle de la qualité/assurance qualité, transport local des échantillons, stocks, gestion des données, etc.);
- Promouvoir le recours à des laboratoires régionaux pour les tests (outils pour les laboratoires régionaux, ressources humaines, équipements et réactifs, maintenance, transport des échantillons, stocks, flux de données, obstacles et questions relatives aux programmes, etc.).

## 5. Voie à suivre

Actions	Organisations/partenaires opérationnels	Date
Préparer et établir le rapport de la réunion du RAP.	CEA	Juillet 2006
Préparer et établir le rapport de la réunion du RCCC.	OMS	Juillet 2006
Planifier et organiser les prochaines réunions du RAP/RCCC au Ghana au cours du mois de décembre 2006: - Thèmes proposés pour la réunion du RCCC: a) bilan actualisé de la résistance du VIH aux médicaments; b) bilan actualisé de la mise en place de laboratoires; - Tenir les réunions du RAP et du RCCC en même temps et les faire suivre d'une réunion conjointe.	CEA/OMS/ Banque mondiale	Décembre 2006 (à confirmer)
Réaliser une étude initiale sur la stratégie de contrôle de la résistance du VIH aux médicaments et mettre en oeuvre cette stratégie: suivi dans un délai d'un mois	OMS	À déterminer
Lancer les travaux de recherche sur le partenariat entre secteurs public et privé: rédiger le cahier des charges, sélectionner un institut de recherche, superviser les travaux de recherche, examiner le rapport.	CEA/Banque mondiale	Processus à lancer aussitôt que possible
Mener des recherches sur l'impact socioéconomique du traitement.	DECRG (Banque mondiale)	Septembre 2007
Mener des travaux de recherche opérationnelle sur l'observance du traitement,	WHO	À déterminer
Mener des recherches sur le caractère durable du financement	CEA/ Banque mondiale	À déterminer
Organiser des journées de réflexion avec les partenaires de la CEA (OMS, Banque mondiale, Banque africaine de développement, ONUSIDA et Union africaine), afin de discuter d'une stratégie de diffusion des leçons apprises dans le cadre du TAP.	CEA	6-9 novembre 2006
Mettre en place et maintenir le site Web du TAP: <a href="http://www.uneca.org/tap">www.uneca.org/tap</a>	CEA	En cours



III. ANNEXES

**BURKINA FASO: Suites à donner**

<b>Activités</b>	<b>Échéancier</b>	<b>Observations</b>
Mise en place d'une équipe chargée de la conception du projet de protocole	26-31 mars 2006	Effectué
Évaluation des besoins Établissement du premier projet d'évaluation	Mai 2006	Effectué
Atelier sur le consensus	Juin 2006	
Finalisation du protocole	Août 2006:	
Sensibilisation des acteurs et mobilisation de ressources	Septembre 2006	
Satisfaction des besoins	Février 2007	
Formation des acteurs	Mars 2007:	
Mise en oeuvre des activités de surveillance	Avril 2007:	
Supervision	Avril 2007:	



**GHANA: Principales suites à donner**

<b>PRINCIPALES SUITES À DONNER</b>	<b>RÔLES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>ORGANISMES RESPONSABLES</b>	<b>ÉCHÉANCIER</b>
Système de suivi des patients	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Achever la mise au point du système de suivi des patients</li> <li>2. Mettre en application le système de suivi des patients</li> <li>3. Fournir une assistance technique</li> </ol>	Fonctionnement du système de suivi des patients	Ministère de la santé  Ministère de la santé, PO,  OMS	Décembre 2006
Surveillance de la résistance aux médicaments	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mettre en place un comité national d'experts sur la résistance du VIH aux médicaments</li> <li>2. Mettre au point/adapter un protocole de surveillance de la résistance du VIH aux médicaments</li> <li>3. Fournir une assistance technique</li> <li>4. Assurer la surveillance de la résistance du VIH aux médicaments</li> <li>5. Diffuser l'information</li> </ol>	Diffusion de l'information sur la résistance des VIH aux médicaments	Ministère de la santé  Ministère de la santé  Ministère de la santé, PO, Instituts de recherche  CEA, Ministère de la santé, Banque mondiale, OMS, PO	Décembre 2007
Intégration de la prévention des soins et de l'appui en matière de VIH/sida, notamment la nutrition dans les prestations sanitaires	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participation des différentes parties intéressées à la conception et à la mise en oeuvre d'un système intégré de prestations sanitaires en matière de VIH</li> <li>2. Formation initiale de toutes les catégories de travailleurs de la santé intervenant dans les soins aux personnes porteuses du VIH</li> <li>3. Formation en cours d'emploi de tous les travailleurs du secteur de la santé</li> <li>4. Fourniture de services</li> </ol>	Organisation de réunions des parties intéressées	Comités nationaux de lutte contre le sida, Ministère de la santé, secteur privé, etc.  Ministère de la santé, ministère de l'éducation nationale  Ministère de la santé  Ministère de la santé, PO	Long terme

**Annexe B****Page 2**

<b>PRINCIPALES SUITES À DONNER</b>	<b>RÔLES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>ORGANISMES RESPONSABLES</b>	<b>ÉCHÉANCIER</b>
	intégrés			
Calendrier de recherche/formati on	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Inventaire des sujets de recherche et mise en commun</li><li>2. Travaux de recherche opérationnelle</li></ol>	Diffusion des travaux de recherche opérationnelle	Ministère de la santé PO, Banque mondiale, CEA  Ministère de la santé PO, Banque mondiale, CEA	Décembre 2006
Viabilité	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Estimation du coût du traitement jusqu'en 2010</li><li>2. Détermination des ressources disponibles</li><li>3. Identification des lacunes</li><li>4. Recherche de moyens financiers</li><li>5. Financement du Programme plurinational de lutte contre le VIH/sida (PPS) dans le cadre des activités du TAP</li></ol>	Disponibilité de fonds supplémentaires	Ministère de la santé, Ministère des finances  Ministère de la santé, Ministère des finances  Ministère de la santé, Ministère des finances  Ministère de la santé, Ministère des finances  Ministère de la santé, Ministère des finances, Banque mondiale, Comité national de lutte contre le sida	Décembre 2006

**MOZAMBIQUE: Recommandations à mettre en oeuvre en priorité**

<b>Recommandations</b>	<b>Entités responsables</b>	<b>Indicateurs &amp; objectif</b>	<b>Échéancier &amp; objectif</b>
1. Intensifier l'application d'ensembles complets de mesures de prévention, de traitement et de soins (important en ce qui concerne la «disponibilité d'un traitement dans le cadre de la prévention»)	Ministère de la santé et PO	22% des activités de prévention de la transmission mère-enfant intégrées dans tous les sites du Département de mobilisation sociale et information; 100% des préservatifs distribués dans tous les sites de lutte contre le VIH et autres maladies associées;  20% des personnes éligibles vivant avec le sida bénéficient d'ARV	Décembre 2006  Décembre 2006  Décembre 2006
2. Accélérer le programme de traitement en renforçant la totalité du système d'infrastructures sanitaires et les capacités, notamment en intégrant les services traitant d'autres maladies (soins de santé primaires)	Ministère de la santé et PO	Fonds, plans de développement des ressources humaines et de réhabilitation des infrastructures	Décembre 2006
3. Mettre en place un système d'information national pour assurer le suivi et l'évaluation, notamment la supervision de l'observance du traitement (observance, identification des bénéficiaires de TAR)	Ministère de la santé et PO	Mise au point d'outils et de formes de suivi et d'évaluation; élaboration d'une liste de référence de la supervision	Décembre 2006
4. Élaborer un calendrier de recherche aux niveaux national et provincial	Ministère de la santé/Institut national de la statistique (INS)	Élaboration d'un calendrier de recherche aux niveaux national et provincial	Décembre 2006
5. Renforcer le système d'approvisionnement et de distribution, afin de garantir la disponibilité de médicaments et de réactifs à tous les niveaux	Ministère de la santé/Pharmacie nationale d'approvisionnement (CMAM)	Renforcement du système d'approvisionnement et de distribution;  Décentralisation de la distribution de médicaments et de réactifs au niveau provincial	Décembre 2006  Décembre 2007
6. Élaborer un outil et un système national de surveillance de la résistance du VIH aux ART	Ministère de la santé, (INS), laboratoire national de référence et PO	Mise en place du système national de suivi de la résistance aux ARV	Décembre 2007



# TAP

Treatment Acceleration Program

---

## Troisième Réunion du Comité consultatif régional (RAP) et Première Réunion du Sous-comité clinique de coordination régionale (RCCC)

Maputo, Mozambique  
22-23 juin 2006

### LISTE DES PARTICIPANTS

#### MOZAMBIQUE

H.E. Aida Libombo  
Deputy Minister of Health  
Ministry of Health  
Ave Eduardo Mondlane # 1008  
Caixa Postal 264  
Maputo, Mozambique

Dr. Rosa Marlene  
Deputy National Director for Health  
Ministry of Health  
Ave Eduardo Mondlane # 1008  
Caixa Postal 264  
Maputo, Mozambique

Dr. Moreira Chonguica  
Technical Assessor  
Ministry of Health  
Ave Eduardo Mondlane # 1008  
Caixa Postal 264  
Maputo, Mozambique  
Tel: (258-21) 323883  
Cell: (258-82) 4480170  
Fax: (258-21) 303473  
[cmoreira@onsdee.misau.gov.mz](mailto:cmoreira@onsdee.misau.gov.mz)

Dr. Joao Alexandre de Carvalho  
Ministry of Health  
Ave Eduardo Mondlane # 1008  
Caixa Postal 264  
Maputo, Mozambique

Dr. Alfredo Mac-Arthur Jr  
Medical Doctor  
Head of National AIDS Control  
Program  
Ministry of Health  
Ave Eduardo Mondlane # 1008  
Caixa Postal 264  
Maputo, Mozambique  
Cell: (258) 82 3268010  
Tel/fax: (258) 21 430970  
[macarthurjr@yahoo.com](mailto:macarthurjr@yahoo.com)  
[amacarthur@dnsdee.misau.gove.mz](mailto:amacarthur@dnsdee.misau.gove.mz)

Dr. Mouzinho Saide  
National Director of Health  
Ministry of Health  
Ave Eduardo Mondlane # 1008  
Caixa Postal 264  
Maputo, Mozambique  
Cell: (258-82) 9682710  
Fax: (258-82) 21326164  
[msaide@dnsdee.misau.gov.mz](mailto:msaide@dnsdee.misau.gov.mz)

Dr. Hanifa Nizamo Raman  
TAP Coordinator  
Ministry of Health  
Directorate of Medical Services  
Avenida Eduardo Mondlane 1008  
Maputo, Mozambique  
[hanifan@gmail.com](mailto:hanifan@gmail.com)

Dr. Joel Samo Gudo  
MAP Coordinator  
Ministry of Health

## **Annexe D**

### **Page 2**

Ave Eduardo Mondlane # 1008  
Caixa Postal 264  
Maputo, Mozambique  
Tel: (258-21) 320447  
Cell: (258-82) 3132280  
Fax: (258-21) 320447  
[Joelsg@tvcabo.co.mz](mailto:Joelsg@tvcabo.co.mz)  
[Joelsg@tropical.co.mz](mailto:Joelsg@tropical.co.mz)

Dr. Julieta Machava  
Ministry of Health  
Ave Eduardo Mondlane # 1008  
Caixa Postal 264  
Maputo, Mozambique

Dr. Joaquim Machone  
Ministry of Health  
Ave Eduardo Mondlane # 1008  
Caixa Postal 264  
Maputo, Mozambique  
Tel: (258-21) 312531  
Cell: (258-82) 3573710  
Fax: (258-21) 314127

Mr. Julio Correia Langa  
Ministry of Health  
Ave Eduardo Mondlane # 1008  
Caixa Postal 264  
Maputo, Mozambique  
Tel: (258-21) 430814  
Cell: (258-84) 3077890  
[jucola2006@yahoo.com.br](mailto:jucola2006@yahoo.com.br)

Dr. Ema Chuva  
Ministry of Health  
Ave Eduardo Mondlane # 1008  
Caixa Postal 264  
Maputo, Mozambique

Dr. Zulmira R.H.A. Silva  
Ministry of Health  
Ave Eduardo Mondlane # 1008  
Caixa Postal 264  
Maputo, Mozambique  
Cell: (258-82) 3187580  
[Zulmirasilva5a@yahoo.com.br](mailto:Zulmirasilva5a@yahoo.com.br)  
[asd@Tvcabo.co.mz](mailto:asd@Tvcabo.co.mz)

Dr. Elsa Zacinto  
Ministry of Health  
Ave Eduardo Mondlane # 1008  
Caixa Postal 264  
Maputo, Mozambique  
Dr. Olímpio Mola  
Ministry of Health  
Ave Eduardo Mondlane # 1008  
Caixa Postal 264  
Maputo, Mozambique

Ms. Tatiana Fonseca  
Pharmacist  
CMAM  
Ministry of Health  
Ave Eduardo Mondlane # 1008  
Caixa Postal 264  
Maputo, Mozambique  
Cell: (258-82) 3120760  
[tfonseca@cmam.gov.mz](mailto:tfonseca@cmam.gov.mz)

Dr. Rui Bastos  
Medical Doctor  
Hospital Central de Maputo  
Dermatologia  
Ministry of Health  
Maputo, Mozambique  
Tel: (258-21) 320831  
Cell: (258-82) 3056350  
Fax: (258-21) 320831  
[bastos\\_rui@yahoo.com](mailto:bastos_rui@yahoo.com)  
[crefsida@tropical-web.com](mailto:crefsida@tropical-web.com)

Dr. Rolanda C armen Manuel  
Ministry of Health  
Maputo, Mozambique  
Tel: (258-21) 320831  
Cell: (258-82) 3249820  
Fax: (258-21) 320831  
[Rolanda\\_Carmen@hotmail.com](mailto:Rolanda_Carmen@hotmail.com)

Dr. Paula Vaz  
Ministry of Health  
Maputo, Mozambique

Dr. Ilesh Jani  
Ministry of Health  
Maputo, Mozambique

Dr. Paula Caupers  
Ministry of Health  
Maputo, Mozambique

Dr. Stefano Capparucci  
Coordinator  
DREAM Program – Community of  
Sant’Egidio  
Ave 24 de Julho, #7  
5th Andar Director  
Maputo, Mozambique  
Cell: (258-82) 3291220  
[segidiosauade@tvcabo.co.mz](mailto:segidiosauade@tvcabo.co.mz)

Mr. Conceicao Valls  
Sant’Egidio  
Ave 24 de Julho, #7  
5th Andar Director  
Maputo, Mozambique  
Tel. (258-21) 431760

Cell: (258-82) 3057530  
Fax: (258-21) 431761  
[Concepcion.valls@gmail.com](mailto:Concepcion.valls@gmail.com)

Prof. Leonardo Palombi  
Sant’Egidio  
Ave 24 de Julho, #7  
5th Andar Director  
Maputo, Mozambique  
[lepalom@tin.it](mailto:lepalom@tin.it)  
[segidiosauade@tvcabo.co.mz](mailto:segidiosauade@tvcabo.co.mz)

Dr. Pablo Montoya  
National Field Director  
Health Alliance International  
Caixa Postal # 23  
Beira, Mozambique  
Tel: (258-23) 324271  
Cell: (258-82) 5013600  
Fax: (258-23) 325882  
[pablom@teledata.mz](mailto:pablom@teledata.mz)

Dr. Diederike Geelhoed  
Clinical Advisor ARV  
Health Alliance International  
Caixa Postal # 23  
Chimoio, Mozambique  
Tel: (258-82) 3910506  
[diederike@teledata.mz](mailto:diederike@teledata.mz)

Dr. Julio Pacca  
Pathfinder International  
Maputo, Mozambique  
[jpacca@pathfind.org](mailto:jpacca@pathfind.org)

## Annexe D

### Page 4

Dr. Ivone Zilhao  
Pathfinder International  
Maputo Mozambique  
Cell: (258-82) 3123940  
[izilhao@pathfind.org](mailto:izilhao@pathfind.org)

Mr. Vander Veken  
Pathfinder  
Maputo, Mozambique  
Tel: (258-82) 317840  
[lvanderveken@pathfind.org](mailto:lvanderveken@pathfind.org)

Mr. Diogo Milagre  
CNCS  
Maputo, Mozambique  
Tel: (258-29) 495604/5  
Cell: (258-82) 305 6530  
[Diogo.milagre@cncs.org.mz](mailto:Diogo.milagre@cncs.org.mz)

Ms. Astrid Permin  
HIV Pre Partners Forum  
Maputo, Mozambique  
[astper@um.dk](mailto:astper@um.dk)

Mr. Giorgio Dhima  
Donor's Focal Point for Health  
Maputo, Mozambique  
[Giorgio.dhima@sdc.net](mailto:Giorgio.dhima@sdc.net)

Dr. Bert Schreuder  
NAIMA  
Parque 19  
Maputo, Mozambique  
Tel: (258-21) 310348  
Cell: (258-82) 4101424  
Fax: (258-21) 310356  
[naima@tvcabo.co.mz](mailto:naima@tvcabo.co.mz)

Ms. Teresa Moutinho  
MONASO  
Maputo, Mozambique  
[monaso@tvcabo.co.mz](mailto:monaso@tvcabo.co.mz)

Ms. Gilda Gondola  
Oficial de Advocacia & Lobby  
MONASO  
Maputo, Mozambique  
Tel: (258-21) 325660

Cell: (258-82) 3865220  
Fax: (258-21) 325256  
[gildogondola@yahoo.com.br](mailto:gildogondola@yahoo.com.br)  
[monaso@tvcabo.co.mz](mailto:monaso@tvcabo.co.mz)

Dra Graziela M. Joaquim  
Pharmacist  
Beira, Mozambique  
Tel: (258-82) 8344650

Mr. Jorge Paulino  
Tec. of International Relations  
Dep. of International Relations  
MISAU  
Av. Eduardo Mondlane 6<sup>0</sup>-Maputo  
Maputo, Mozambique  
Tel: (258-82) 5692308  
[Jorge70013211@yahoo.com.br](mailto:Jorge70013211@yahoo.com.br)

Mr. Felisbela Gaspar  
Biologist  
Ministry of Health  
Av. Eduardo Moudlane/Salvador  
Allende  
Maputo, Mozambique  
Tel: (258-21) 326164  
Fax: (258-21) 326164  
[fgaspar@misau.gov.mz](mailto:fgaspar@misau.gov.mz)

Dr. Nafissa Brique Osman  
Obstetrician/Gyneacologist, PhD.  
Hospital Central de Maputo  
Maputo, Mozambique  
[osman@tvcabo.co.mz](mailto:osman@tvcabo.co.mz)

**BURKINA FASO**

Mr. Zacharie Balima  
TAP Coordinator  
Ministry of Health  
BP 3614  
Ouagadougou, Burkina Faso  
Tel: (226) 50-30-88-46  
Cell: (226) 70-20-09-59  
Fax: (226) 50-31-17-08  
[balimaz@fasonet.bf](mailto:balimaz@fasonet.bf)

Dr. Marie-Joseph Sanou  
CMLS Coordinator  
Ministry of Health  
Ouagadougou, Burkina Faso  
Tel: (226) 50-31-34-01  
Cell: (226) 70-28-84-92  
Fax: (226) 50-31-34-01  
[sidalo\\_audrey@yahoo.fr](mailto:sidalo_audrey@yahoo.fr)

Dr. André Ouindegueta Savadogo  
Pharmacist  
CAMEG  
Ministry of Health  
Ouagadougou, Burkina Faso  
Tel: (226) 50-37-37-56  
Fax: (226) 50-37-37-57  
Cell: (226) 70 266712  
[ouindegueta@yahoo.fr](mailto:ouindegueta@yahoo.fr)

Dr. Fatimata Zampaligre  
Ministry of Health  
09 Bp 1283 Ouaga 09  
Ouagadougou, Burkina Faso  
Tel: (226) 50307768  
Cell: (226) 70309484  
Fax: (226) 50307768  
[zampafati@yahoo.fr](mailto:zampafati@yahoo.fr)

Prof. Lassana Sangare  
Microbiologie  
Bactériologie Virologie  
CHNYO Ouédraogo  
Ouagadougou, Burkina Faso  
Tel: (226) 50311656/57  
Cell: (226) 70268467  
Fax: (226) 503111848

[lsangare@univ-ouaga.bf](mailto:lsangare@univ-ouaga.bf)

Ms. Cecile Beloum Ouedraogo  
Associations' Representative  
AIDSETI  
BP 320  
Ouagadougou, Burkina Faso  
Tel: (226) 40-55-09-24  
Cell: (226) 70-25-51-56  
Fax: (226) 40-55-01-99  
[ammie@fasonet.bf](mailto:ammie@fasonet.bf)

Mr. Jean-Marie Tapsoba  
Vice President of CICDOC  
Ministry of Health  
01 BP 1788  
Ouagadougou, Burkina Faso  
Tel: (226) 50-36-96-90  
Cell: (226) 70-75-37-94  
[tapsoba7@yahoo.fr](mailto:tapsoba7@yahoo.fr)

## **Annexe D**

### **Page 6**

#### **GHANA**

Dr. Nii Akwei Addo  
Program Manager  
NACP  
Accra, Ghana  
Tel: (233-21) 67-84-56  
Cell: (233-20) 201-28-68  
Fax: (233-21) 66-26-91  
[naddo@nacpghana.org](mailto:naddo@nacpghana.org)

Mr. Kwadwo Asante  
M&E Officer  
NACP  
Box KB 493 Aura  
Accra, Ghana  
Tel: (233-21) 678-458  
Cell: (233-244) 614-276  
Fax: (233-21) 662-691  
[kasante@nacpghana.org](mailto:kasante@nacpghana.org)

Dr. Maite Alphonso Romero  
Medical Doctor  
National Catholic Health Service  
Sr. Dominic's Hospital Akwatia  
P.O. Box 59 E/R House 5B  
Akwatia, Ghana  
Cell: (233-21) 244-96-70-24  
[doh.ncs@ghanacbc.org](mailto:doh.ncs@ghanacbc.org)

Mr. Enoch Osafo  
Project and Programs Manager  
National Catholic Health Service  
P.O. Box KA9712  
Accra, Ghana  
Tel: (233-21) 500080  
Cell: (233-20) 211 2696  
Fax: (233-21) 500493  
[osafoe@gmail.com](mailto:osafoe@gmail.com)

Dr. Richard N. Amenyah  
Senior Clinical Officer  
Family Health International Ghana  
No. 12, 1<sup>st</sup> Osu Badu Street  
Dzorwulu, West Airport  
Accra, Ghana  
Cell: (233-244) 57-19-83  
Tel: (233-21) 78-66-11/76-99-63

Fax: (233-21) 78-21-74  
[ramenyah@fhi.org.gh](mailto:ramenyah@fhi.org.gh)  
[ramenyah@yahoo.com](mailto:ramenyah@yahoo.com)

Dr. Henry Nagai  
Clinical Officer, FHI  
Family Health International Ghana  
No. 12, 1<sup>st</sup> Osu Badu Street  
Dzorwulu, West Airport  
Accra, Ghana  
Tel: (233-21) 78-66-11/76-99-63  
Fax: (233-21) 78-21-74  
[hnagai@fhi.org.gh](mailto:hnagai@fhi.org.gh)  
[hejewi@gmail.com](mailto:hejewi@gmail.com)

#### **EXPERTS**

Dr. Adje-Toure Christiane  
Senior Laboratory Technical Advisor  
Columbia University, UTAP  
BP Columbia University  
Chadel Building first Floor  
BP 1524  
Kigali, Rwanda  
Cell: (250) 0830-4815  
[christianeadje@yahoo.fr](mailto:christianeadje@yahoo.fr)  
[Ca2220@columbia.edu](mailto:Ca2220@columbia.edu)

**CEA**

Mr. Augustin K. Fosu  
Director  
Economic & Social Policy Division  
(ESPD)  
Economic Commission for Africa  
(ECA)  
P.O. Box 3001  
Addis Ababa, Ethiopia  
Tel: (251-115) 44-33-91  
Fax: (251-115) 51-03-89  
[afosu@uneca.org](mailto:afosu@uneca.org)

Ms. Virginie Mongonou  
Treatment Acceleration Program  
(TAP) Coordinator  
Economic Commission for Africa  
(ECA)  
P.O. Box 3001  
Addis Ababa, Ethiopia  
Tel: (251-115) 44-32-39  
Fax: (251-115) 51-03-89  
[vmongonou@uneca.org](mailto:vmongonou@uneca.org)

Mr. Yinka Adeyemi  
Communications Officer  
Economic Commission for Africa  
(ECA)  
P.O. Box 3001  
Addis Ababa, Ethiopia  
Tel: (251-115) 44-35-37  
Fax: (251-115) 51-03-89  
[Yadeyemi@uneca.org](mailto:Yadeyemi@uneca.org)

Mr. Kuldip Sahota  
Program Management Officer  
Economic Commission for Africa  
(ECA)  
P.O. Box 3001  
Addis Ababa, Ethiopia  
Tel: (251-115) 44-31-66  
Fax: (251-115) 51-03-89  
[ksahota@uneca.org](mailto:ksahota@uneca.org)

**OMS**

Dr. Benzerroug El Hadi  
WHO Representative  
Maputo, Mozambique  
[benzerroug@mz.afro.who.int](mailto:benzerroug@mz.afro.who.int)

Dr. Georges A. Ki-Zerbo  
Medical Officer – Treatment, Care &  
Support  
WHO-Afro  
Harare, Zimbabwe  
Tel: (263-91) 929-342  
[Ki-zerboG@whoafr.org](mailto:Ki-zerboG@whoafr.org)  
[Ki-zerbog@afro.who.int](mailto:Ki-zerbog@afro.who.int)

Dr. Abdou Moha  
HIV/AIDS Country Officer  
WHO  
Rua Pereira Marinho 125  
Maputo, Mozambique  
Tel. (258-21) 49-19-91  
Cell: (258-82) 32-59-500  
Fax: (258-21) 49-19-90  
[mohaa@mz.afro.who.int](mailto:mohaa@mz.afro.who.int)

Dr. Donald Sutherland  
Department of HIV/AIDS- Drug  
Resistance  
WHO  
20, Avenue Appia  
CH 1211 Geneva 27  
Switzerland  
Tel: 41-22-791-13-23  
Fax: 41-22-791-48-34  
[sutherlandd@who.int](mailto:sutherlandd@who.int)

Dr. Abdikamal Alisalad  
HIV Officer and M&E expert  
WHO-Afro  
Kampala, Uganda  
Tel: (256 41) 33-55-00  
Cell: (256-772) 72-19-66  
[alisalada@ug.afro.who.int](mailto:alisalada@ug.afro.who.int)

## **Annexe D**

### **Page 8**

Dr. Funke Bogunjoko  
Regional Adviser for nutrition  
WHO-Afro  
Brazzaville, Congo  
[bogunjokof@afro.who.int](mailto:bogunjokof@afro.who.int)

Dr. Ye Xiaohui  
Technical officer  
Laboratory and Drug Resistance  
WHO-Afro  
Harare, Zimbabwe  
Tel: (263-47) 24-13-82-38  
[yex@whoafr.org](mailto:yex@whoafr.org)

Dr. Babou Bazie  
WHO  
03 BP 7019  
Ouagadougou, Burkina Faso  
Tel: (226) 50-30-65-09  
Mobile: (226) 76-65-11-81  
[bazieb@bf.afro.who.int](mailto:bazieb@bf.afro.who.int)  
[baziebabou@yahoo.fr](mailto:baziebabou@yahoo.fr)

Dr. Sally-Ann Ohene  
Technical Officer TAP  
WHO, Ghana Country Office  
P.O Box MB 142  
Accra, Ghana  
Tel: (233-21) 76-39-18/9  
Fax: (233-21) 76-39-20  
Cell: (233-243) 27-76-20  
[ohenes@gh.afro.who.int](mailto:ohenes@gh.afro.who.int)

Ms. Christine Sidibe  
WHO-HQ  
20, Avenue Appia  
CH 1211 Geneva 27  
Switzerland  
Tel: (41-22) 791-3756  
[sidibec@who.int](mailto:sidibec@who.int)

### **BANQUE MONDIALE**

Ms. Elizabeth Laura Lule  
Manager  
ActAfrica  
The World Bank  
1818 H Street, NW

Washington DC 20433  
USA  
Tel: (1-202) 473-3787  
[elule@worldbank.org](mailto:elule@worldbank.org)

Mr. Varun Gauri  
The World Bank  
1818 H Street, NW  
Washington DC 20433  
USA  
Tel: (1-202) 973-2517  
Fax: (1-202) 522-3230  
[Vgauri@worldbank.org](mailto:Vgauri@worldbank.org)

Dr. Albertus Voetberg  
Lead Health Specialist  
AFTHV  
World Bank  
P.O. Box 30577  
Nairobi, Kenya  
Tel: (254-20) 3226451  
Cell: (254-733) 721261  
[avoetberg@worldbank.org](mailto:avoetberg@worldbank.org)

Mr. Jean J. De St Antoine  
Team Leader, Health Sector  
The World Bank  
The World Bank  
1818 H Street, NW  
Washington DC 20433  
USA  
[jdestantoine@worldbank.org](mailto:jdestantoine@worldbank.org)

Dr. Humberto Cossa  
The World Bank  
Avenue Kenneth Kaunda 1224  
Maputo, Mozambique  
Tel: (258-1) 492841  
Cell: (258-82) 3083150  
Fax: (281-1) 492893  
[hcoossa@worldbank.org](mailto:hcoossa@worldbank.org)

Ms. Bina Valaydon  
The World Bank  
Avenue Kenneth Kaunda 1224  
Maputo, Mozambique  
Tel: (258-1) 49-28-41  
Fax: (281-1) 49-28-93

[bvalaydon@worldbank.org](mailto:bvalaydon@worldbank.org)

Ms. Cassandra de Souza  
Operations Analyst  
ACTAfrica  
The World Bank  
1818 H Street, N.W.  
Washington, D.C. 20433  
USA  
Tel: (1-202) 458-1654  
[cdesouza@worldbank.org](mailto:cdesouza@worldbank.org)

Ms. Evelyn Awittor  
Operations Officer  
The World Bank  
P.O. Box M27  
Accra, Ghana  
Tel: (233-21) 229687  
Fax: (233-21) 227782  
[eawittor@worldbank.org](mailto:eawittor@worldbank.org)

Ms. Sandra Muchanga  
TAP Learning Agenda Consultant  
World Bank  
Maputo, Mozambique  
Cell: (258-82) 3147540  
[shiga10@hotmail.com](mailto:shiga10@hotmail.com)

### **PNUD**

Ms. Marylene Spezzati  
UN Resident Coordinator  
UNDP  
Maputo, Mozambique  
[Marylene.spezzati@undp.org](mailto:Marylene.spezzati@undp.org)

### **ONUSIDA**

Ms. Telva Barros  
Country Coordinator  
UNAIDS  
Rua Pereira Marinho, No 247  
P.O. Box 4595  
Maputo, Mozambique  
Tel: (258-21) 484510  
Cell: (258-82) 3145590  
Fax: (258-21) 492345  
[telva.barros@undp.org](mailto:telva.barros@undp.org)

Ms. Eva Kiwango  
Monitoring and Evaluation Advisor  
UNAIDS Country Office  
Rua Pereira Marinho, No 247  
Maputo, Mozambique  
Tel: (258-21) 484513  
Fax: (258-21) 492345  
[Eva.kiwango@undp.org](mailto:Eva.kiwango@undp.org)

Dr. Erling Hog  
PhD Researcher  
London School of Economics  
c/o UNAIDS Country Office  
Rua Pereira Marinho, No 247  
Maputo, Mozambique  
Tel: (258-21) 484513  
Cell: (258-82) 9147090  
Fax: (258-21) 492345  
[E.Hoeg@lse.ac.uk](mailto:E.Hoeg@lse.ac.uk)

## **Annexe D**

### **Page 10**

#### **UNICEF**

Dr. Roberto De Bernardi  
Head of Health and Nutrition section  
UNICEF  
Maputo, Mozambique  
Tel: (258-82) 3148100 (cell)  
Tel: (258-21) 481149 (office)  
Fax: (258-21) 491679  
[rdebernardi@unicef.org](mailto:rdebernardi@unicef.org)

Ms. Maaike Arts  
PO HIV/AIDS  
UNICEF  
1440 Av. Do Zimbabwe  
Maputo, Mozambique  
Tel: (258-21) 481149  
Fax: (258-21) 491679  
[marts@unicef.org](mailto:marts@unicef.org)

#### **FNUAP**

Ms. Ratidzai Ndlovu  
Deputy Representative  
United Nations Population Fund  
1419 Julius Nyerere  
Maputo, Mozambique  
Tel: (258-21) 409686  
Cell: (258-82) 3139750  
Fax: (258-21) 493577  
[ndlovu@unfpa.org](mailto:ndlovu@unfpa.org)

#### **PAM**

Ms. Francesca Erdelmann  
WFP  
Maputo, Mozambique  
[francesca.erdelmann@wfp.org](mailto:francesca.erdelmann@wfp.org)

#### **FONDATION CLINTON**

Mr. Borja Cuervo  
Clinton Foundation  
CHAI's Deputy Country Director  
Maputo, Mozambique  
Cell: (258-84) 3985450  
[bcuervo@clintonfoundation.org](mailto:bcuervo@clintonfoundation.org)

#### **CDC**

Dr. Alfredo Vergara  
CDC  
Maputo, Mozambique  
[vergaraa@cdcmz.org](mailto:vergaraa@cdcmz.org)

Kimberly Massh  
Epidemiologist  
CDC  
Maputo, Mozambique  
Cell: (258-82) 3227350  
[Kim7@cdc.gov](mailto:Kim7@cdc.gov)