

**La lettre d'information du diplôme et de la capacité de médecine tropicale des pays  
de l'océan indien.  
N° 26. Décembre 2011**

La lettre d'information n° 26 est consacrée aux trois maladies ayant fait l'objet en 2002 du Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

**Le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP)** est un partenariat public - privé créé en 2002 à l'échelon mondial. L'objectif est de contribuer à la réalisation de l'objectif du millénaire pour le développement n°6 (l'OMD n° 6 est relatif à « combattre le VIH, le paludisme et les autres maladies ») en mobilisant des fonds additionnels publics et privés en faveur des 3 maladies qui tuent plus de 6 millions de personnes dans le monde.

Le FMSTP a pris la décision fin novembre 2011 de supprimer son 11ème round (ou tour d'appel à projet), ce qui signifie que de très nombreux malades des pays en développement ne pourront pas avoir accès aux traitements du sida et sont aujourd'hui sur liste d'attente. Pour MSF : « *L'annulation en novembre 2011 du Round 11 du FMSTP est un coup terrible porté à tous ceux qui accomplissent depuis 10 ans des progrès significatifs dans le combat qui les oppose à ces trois maladies* ».

Quelles sont les avancées dans la lutte contre le paludisme, le sida et la tuberculose permises depuis 10 ans par le FMSTP ?

### **Paludisme**

Le paludisme recule. Les progrès en 10 ans sont spectaculaires : le rapport annuel du partenariat *Roll Back Malaria* « Faire reculer le paludisme » publié le 12 septembre 2011 révèle que la mortalité a baissé de près de 40% à travers le monde. L'OMD n° 6, qui prévoit une réduction du nombre de cas de paludisme de 50% d'ici 2015, semble donc en voie d'être atteint. En Afrique (85% des cas de paludisme et 89% des décès intéressent l'Afrique subsaharienne) « *au moins 11 pays ont enregistré une réduction de plus de la moitié du nombre de malades et de décès associés* ». Un véritable succès dû, selon le rapport, au renforcement depuis 2001 de l'action mondiale en termes de prévention et de soins, notamment par la distribution massive de moustiquaires imprégnées d'insecticides et la mise en place de nouveaux traitements très efficaces reposant sur des combinaisons à base d'artémisinine.

Cependant, en 2010, le paludisme a encore tué 781 000 personnes, en particulier des enfants de moins de 5 ans.

De plus, il demeurera un paludisme « résiduel », dont il sera très difficile de se débarrasser, compte tenu de la grande capacité d'adaptation des vecteurs. Plusieurs études en Afrique signalent l'expansion rapide des résistances aux insecticides chez les principaux vecteurs du paludisme après la mise en place d'opérations de lutte antivectorielle. Conjugée à une baisse de la prémunition de la population, les moustiquaires imprégnées en prévenant les piqûres de moustiques, freinent l'acquisition de défenses immunitaires chez les jeunes enfants. Cette résistance peut entraîner une recrudescence des cas.

Quant à la vaccination contre le paludisme, l'OMS vient de préciser qu'une recommandation de vaccination pourrait être émise dès 2015 avec le vaccin RTS,S/AS01 après publication des résultats définitifs d'un essai en phase 3 actuellement en cours en Afrique.

### **L'infection à VIH/Sida**

Le rapport sur l'évolution de l'épidémie de VIH/Sida dans le monde publié le 21 novembre 2011 par l'ONUSIDA confirme qu'elle a résolument pris un nouveau visage au cours de ces dernières années. Le nombre de Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) est estimé à 34 millions, soit une hausse de 17% par rapport à 2001, mais ceci est dû à une expansion significative de l'accès au traitement antirétroviral (TARV) qui contribue à réduire les décès liés au sida, et non aux nouvelles infections dont le taux annuel a chuté de 21% entre 1997 et 2010. En effet, le nombre de personnes décédées de sida a chuté à 1,8 millions en 2010 contre un pic de 2,2 millions au milieu des années 2000. Au total, 2,5 millions de décès ont été évités depuis 1995 grâce à l'introduction du TARV. Une grande partie de ce succès a été enregistrée ces deux dernières années grâce à l'amélioration rapide de l'accès au TARV. Durant la seule année 2010, 700 000 décès liés au sida ont pu être évités.

Le nombre de personnes nouvellement infectées en 2010 est de 2,7 millions. Il continue à baisser, y compris dans les pays d'Afrique subsaharienne, région la plus touchée par l'épidémie. Le nombre total de nouvelles infections en Afrique subsaharienne est de 1,9 million en 2010 contre 2,6 million en 1997. Cette chute, de plus de 26%, intéresse certains des pays les plus touchés par l'épidémie comme l'Afrique du sud, l'Ethiopie, le Nigeria, la Zambie, le Zimbabwe. La région des Caraïbes a vu le nombre de nouvelles infections diminuer d'un tiers par rapport en 2001. Le nombre de nouvelles infections a chuté de 56% en Inde. En Amérique latine, le nombre de nouvelles infections est stable depuis les années 2000. L'épidémie est stable en Amérique du nord et en Europe centrale et de l'ouest, malgré un accès universel aux ARV. C'est l'Europe de l'est et l'Asie centrale qui ont connu une forte augmentation du nombre des PVVIH, soit 250% entre 2001 et

2010 et, dans ces régions, l'épidémie n'est toujours pas stabilisée.

Le changement des comportements, comme la diminution du nombre de partenaires sexuels, l'utilisation plus fréquente du préservatif, l'âge plus tardif du premier rapport sexuel, a réduit le nombre des nouvelles infections. Dans de nombreux pays affichant une prévalence élevée du VIH, les jeunes hommes commencent à être circoncis : la circoncision médicale volontaire diminue d'environ 60% le risque de transmission sexuelle des femmes aux hommes. Par contre, des études récentes ont montré l'inefficacité du ténofovir oral, puis du ténofovir 1% en gel chez les femmes. Enfin, chez les consommateurs de drogues injectables, la prévalence du VIH reste très élevée, en particulier en Europe de l'est et en Asie centrale.

A côté du changement des comportements qui a entraîné une baisse significative du taux des nouvelles infections, le TARV est la clé d'une accélération de la chute de la prévalence. La couverture par le TARV a augmenté partout dans le monde depuis 10 ans. Cette augmentation est rapide : 20% en Afrique subsaharienne entre 2009 et 2010. Certains pays ont atteint un niveau d'accès universel au traitement (couverture de plus de 80%) en 2010 : en Afrique (Botswana, Comores, Namibie, Rwanda), en Asie (Cambodge), en Amérique latine (Chili, Nicaragua, Guyana), dans les Caraïbes (Cuba), en Europe (Croatie, Slovaquie). Le TARV améliore la qualité de vie, réduit le nombre des décès liés au VIH, réduit la charge virale et le risque de transmission du VIH.

Toutefois, plus de 60% des PVVIH ne connaissent pas leur statut sérologique, ce qui limite l'accès au TARV et retarde les efforts de prévention.

### Tuberculose

Le rapport OMS 2011 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde présente une évaluation complète et actualisée de l'épidémie de tuberculose et des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la prévention, des soins et de la lutte aux niveaux mondial, régional et national à partir des données rapportées par 198 pays où surviennent plus de 99% des cas de tuberculose dans le monde. Contrairement à ce qui avait été indiqué dans les rapports précédents, des progrès ont été enregistrés. Parmi ces progrès, on relève :

- le nombre de personnes qui ont contracté la tuberculose est passé à 8,8 millions en 2010, après un pic de 9 millions en 2005,
- le nombre de décès par tuberculose est passé à 1,4 million en 2010, après avoir atteint 1,8 million en 2003,
- le taux de mortalité a diminué de 40% entre 1990 et 2010 et, dans toutes les régions, à l'exception de l'Afrique, la mortalité est en passe de diminuer de 50% d'ici 2015,
- en 2009, 87% des malades traités ont été guéris. Au total, on dénombre 46 millions de succès thérapeutiques et 7 millions de vies sauvées depuis 1995.

Au total, la charge de morbidité attribuable à la tuberculose dans le monde est en baisse : nombre de cas, incidence, nombre de décès. L'exemple vient de Chine : entre 1990 et 2010, les taux de prévalence ont été divisés par 2, les taux de mortalité ont baissé de près de 80% et les taux d'incidence ont baissé de 3,4% par an.

Cependant, un tiers du nombre estimé de cas de tuberculose dans le monde ne sont pas signalés et l'on ignore par conséquent s'ils sont diagnostiqués et correctement traités. Il est peu probable que la cible *Partenariat Halte à la tuberculose* de réduire de moitié d'ici 2015 les taux de prévalence par rapport à leur niveau de 1990 soit atteinte au niveau mondial, en particulier dans les Régions Afrique et Asie du sud-est.

De plus, le diagnostic et le traitement de la tuberculose multirésistante (MDR-TB), définie par une résistance à deux antituberculeux de première ligne l'isoniazide et la rifampicine, restent très problématiques. En 2010, dans la plupart des pays, moins de 5% de nouveaux patients et de patients déjà traités ont subi un dépistage de la MDR-TB. Le nombre de patients MDR traités est en 2010 de 46 000, ce qui ne représente que 16% des cas de MDR-TB, dont le nombre est estimé à 290 000 parmi les patients qui ont une tuberculose évolutive.

### Tuberculose liée au VIH

Faute de traitement et de prophylaxie, les PVVIH présentent un risque 20 à 30 fois plus élevé de contracter la tuberculose évolutive, au cours de leur vie, par rapport aux personnes ne vivant pas avec le VIH.

En 2010, les PVVIH représentent 13% des nouveaux cas de tuberculose dans le monde et 360 000 personnes sont décédées des suites de tuberculose liée au VIH.

Cependant, moins d'un tiers de PVVIH ont cherché à se faire soigner de la tuberculose en 2010. Réduire de moitié les décès causés par la tuberculose liée au VIH implique de doubler ce taux, d'augmenter le taux de guérison de la tuberculose de 70 à 85%, de détecter au moins 80% des cas de tuberculose chez les PVVIH et de faire en sorte que le traitement préventif à l'isoniazide touche au moins 30% des PVVIH qui ne présentent pas une tuberculose évolutive.

Le TARV doit être commencé en temps opportun. Dans les co-infections VIH-tuberculose, très fréquentes dans les régions d'Afrique et d'Asie touchées par le sida, le traitement antituberculeux doit être prescrit entre 2 à 8 semaines avant la mise sous TARV. Chez les malades dont les CD4 sont > 50/ml, il est raisonnable de différer la prescription d'ARV jusqu'à la fin de la phase initiale du traitement antituberculeux (2 mois). Chez les malades dont l'immunodépression est intense (CD4 < 50/ml) et dont la tuberculose est pulmonaire, la mise en route du TARV doit être très précoce (dans les 15 jours du traitement antituberculeux). La durée

optimale du début de la prescription des ARV doit dépendre non seulement du degré d'immunodépression mais aussi de la localisation de la tuberculose. Lorsque celle-ci ne se limite pas à une forme pulmonaire, et en particulier en cas d'atteinte méningée, il semble souhaitable de retarder le début du TARV autour de la 8<sup>ème</sup> semaine.

La tuberculose ultrarésistante XDR-TB, définie en plus de la résistance à l'isoniazide et à la rifampicine par une résistance à deux autres antituberculeux et par des cultures restant positives après 2 à 3 mois de traitement, est associée à des taux de mortalité élevés, les sujets infectés par le VIH y étant particulièrement sensibles. Les pays atteints sont en particulier les pays d'Afrique australe et d'Europe de l'est.

Si les progrès sont réels, ils ne sont pas suffisants, d'autant qu'ils pourraient être fragilisés par une baisse des financements à la faveur de la crise économique mondiale, comme en témoigne la décision historique du FMSTP, premier bailleur des TARV au monde. Il faut que la communauté internationale maintienne le même niveau de solidarité pour maintenir une lutte efficace contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Le partenariat « Roll Back Malaria » prévoit une quasi disparition des décès par paludisme au cours des prochaines années si les efforts sont maintenus. La fin de l'épidémie de sida est désormais possible : le directeur de l'ONU/Sida, Michel Sidibé, vient de déclarer : *« Il y a quelques années seulement, il paraissait fantaisiste d'annoncer la fin de l'épidémie de sida à court terme, mais la science, l'appui politique et la riposte communautaire commencent à produire des résultats tangibles et certains ».*

### Références

- Nations Unies. Assemblée du Millénaire. Déclaration du Millénaire. New-York, 6-8 septembre 2000.  
[http://www.aidh.org/mill/decl\\_millen.htm](http://www.aidh.org/mill/decl_millen.htm)
- Union Africaine. Déclaration d'Ahuja et Plan d'Action sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses. Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Union Africaine. Ahuja, avril 2001.
- Roll Back Malaria. Eliminer le paludisme - Leçons du passé ou perspectives d'avenir ? Huitième rapport de la collection « Progrès et Impact » du partenariat RBM.
- ONU/SIDA. Journée mondiale Sida 2011. Rapport ONU/SIDA. Atteindre l'objectif zéro. Une riposte plus rapide, plus intelligente, plus efficace.
- OMS. Rapport OMS 2011 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde

Professeur Pierre Aubry. Texte rédigé le 15 décembre 2011.