

La lettre d'information du diplôme et de la capacité de médecine tropicale des pays de l'océan indien

N° 50 – Décembre 2017

La Lettre d'information n°50 du 31 décembre 2017 est consacrée à l'infection à VIH/Sida à la suite du Rapport ONUSIDA 2017 et de la Conférence internationale de recherche sur le sida qui s'est tenue à Paris en juillet 2017 et de la Journée mondiale du sida du 1^{er} décembre 2017.

Fin 2016, 36,7 millions de personnes vivaient avec le VIH (PVVIH) : 34,6 millions étaient des adultes (dont 17,8 millions de femmes) et 2,1 millions étaient des enfants de moins de 15 ans. En 2016, 1,8 million de personnes ont été infectées et 1 million de personnes sont mortes à la suite de maladies liées au sida.

Tableau résumant les cinq indicateurs clés concernant l'épidémie d'infection à VIH/Sida de 2000 à 2016

Indicateurs/Années	2000	2005	2010	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre PVVIH*	27,7	33,2	33,2	34,3	34,9	35,5	36,1	36,7
Nombre de personnes nouvellement infectées*	3,0	2,5	2,2	2,1	2,0	2,1	1,9	1,8
Nombre de personnes décédées*	1,5	1,8	1,8	1,3	1,2	1,1	1,1	1,0
Nombre personnes ayant accès au traitement antirétroviral	685 000	2,05	7,7	11,2	13,1	15,1	17,1	19,5
Ressources disponibles pour le VIH (pays à revenu faible ou intermédiaire)**	4,8	9,4	15,9	18,8	19,5	19,2	19,0	19,1

* en millions

** en milliards \$US

Le nombre de PVVIH a augmenté depuis 2010 de 3,5 millions, ce qui traduit le nombre de vies sauvées par le traitement anti-rétroviral (TARV). Si le nombre de nouvelles infections a pendant la même période diminué au total de 16%, elle a surtout diminué chez l'enfant passant de 300 000 à 160 000, soit une diminution de 47%. Le nombre de décès liés au sida a diminué de 48% depuis le niveau le plus élevé de 2005. En 2016, le nombre de PVVIH ayant accès au TARV est de 19,5 millions, soit 53%. Quelques 54% des adultes (15 ans et plus) ont eu accès au TARV, mais seulement 43% des enfants âgés de 0 à 14 ans. 76% des femmes enceintes vivant avec le VIH avaient accès au TARV pour prévenir la transmission du VIH à leurs enfants. A la fin de 2016, 19,1 milliards de dollars US étaient disponibles pour la lutte contre le sida dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. L'ONUSIDA a fait part en juillet 2016, à la Conférence de Durban, de son inquiétude devant la stagnation, voire la baisse des financements estimant que si 23 milliards d'euros ne sont pas investis par an dans la lutte contre le VIH, les objectifs d'éradication à l'horizon 2030 ne seront pas remplis.

Ces données montrent que des progrès remarquables ont été réalisés depuis 2010. Les objectifs 90-90-90 définis lors de la Conférence de Melbourne en 2014, sont devenus un pilier central de la politique mondiale antisida. Il s'agit d'atteindre d'ici 2020 le dépistage de 90% des personnes séropositives, le traitement de 90% des patients dépistés et la suppression de façon durable de la charge virale de 90% des sujets traités. Fin 2016, 77% des

personnes infectées connaissent leur statut sérologique, 77% ont accès au TARV et 82% ont supprimé leur charge virale.

L'épidémie est en recul important en Afrique orientale et australe où les nouvelles infections ont diminué de 29% entre 2010 et 2016 et où 60% des PVVIH ont eu accès à un TARV. La situation est par contre préoccupante en Afrique de l'Ouest et centrale où 35% seulement des PVVIH ont eu accès au TARV. L'épidémie diminue en Asie et dans le Pacifique où les nouvelles infections ont diminué de 13% entre 2010 et 2016. Elle est stable en Amérique latine. Elle est préoccupante au Moyen Orient et en Afrique du Nord où, si les nouvelles infections ont diminué de 4%, le nombre des décès a augmenté de 19% et où la couverture du traitement n'était que de 24%. L'épidémie flambe en Europe de l'Est et en Asie centrale, où les nouvelles infections ont augmenté de 60% entre 2010 et 2016. Cette flambée est liée au refus de mettre en œuvre des politiques de réduction des risques et au recours à la répression pour les populations marginalisées les plus exposées (usagers de drogues, personnes se livrant à la prostitution, ...) et surtout à un taux de mise sous ARV très bas à 28%.

L'observance thérapeutique reste un problème majeur dans le suivi des PVVIH. Elle est à l'origine d'échecs thérapeutiques et de l'émergence des résistances. Le 20 juillet 2017, l'OMS a mis en garde contre la tendance à la hausse de la résistance du VIH aux médicaments. Cette menace croissante pourrait compromettre les progrès mondiaux. Des enquêtes réalisées dans les pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine montrent que plus de 10% des personnes débutant un TARV sont porteuses d'une souche résistante à certaines des molécules les plus utilisées. L'OMS estime qu'on pourrait observer 135 000 décès et 105 000 nouvelles infections de plus dans les 5 prochaines années si on ne lutte pas contre la résistance du VIH aux ARV. Dans le même temps, les coûts du traitement du VIH pourraient augmenter de 650 millions de \$US. Les formes injectables des ARV pourraient être en partie une solution à ce problème. Les formes injectables évitent les prises journalières et l'obligation de se procurer, de stocker et de transporter les comprimés. Des essais sont actuellement en cours pour évaluer l'efficacité et la tolérance de ces formes injectables à longue durée d'action. L'essai LATTE-2 comporte l'association cabotégravir, une anti-intégrase, et rilpivirine, un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse, dans une forme injectable à longue durée d'action. Les résultats sont comparables à ceux du traitement par voie orale en termes de contrôle de la charge virale.

Les résistances varient selon le type de traitement qui a été instauré. Les trithérapies 2 INTI + INNTI s'accompagneraient de beaucoup de mutations dans la classe d'antiviraux INNTI. Les taux de résistance seraient beaucoup plus modestes avec les trithérapies 2 INTI + INI et quasi-nulles avec les trithérapies 2 INTI + IP boosté. Les INI sont des inhibiteurs de l'intégrase. L'IP boosté est un inhibiteur de protéase boosté par le ritonavir.

Les sujets infectés par le VIH meurent de moins en moins de sida, mais leur risque de décès reste toujours élevé par des tumeurs malignes non liées au sida ou à l'hépatite virale.

La mise au point d'un vaccin notamment préventif est toujours attendue, mais a régulièrement fait l'objet de désillusions. L'espoir renaît avec un nouveau vaccin expérimental présenté comme « à double détente » éveillant d'abord le système immunitaire avec pour vecteur un virus responsable de rhinite, avant de le doper par une protéine se trouvant sur l'enveloppe du VIH. Un test réalisé dans cinq pays (Etats-Unis, Rwanda, Ouganda, Afrique du Sud, Thaïlande) sur des volontaires a permis d'obtenir la production d'anticorps chez 100% des participants. De nouveaux tests doivent être conduits à la fin de l'année en Afrique.

Deux techniques innovantes (tests EID) pour le dépistage précoce du VIH chez le nourrisson ont été pré-qualifiées par l'OMS en juin 2016. Elles doivent permettre de diagnostiquer rapidement encore plus de nourrissons dans le but de pouvoir leur administrer un TARV. Ces produits, *Alerte™ q HIV-1/2 Detect* et *Xpert® HIV-1 Qual Assay* peuvent être utilisés pour le dépistage sur des nourrissons âgés d'une heure seulement, au lieu d'envoyer un échantillon en laboratoire, qui peut prendre des semaines ou des mois pour renvoyer un résultat. En 2015, sur plus de 1,2 million de nourrissons nés de mères séropositives au VIH dans le monde, un peu plus de la moitié seulement ont eu accès à un test de dépistage pour nourrissons. C'est l'une des raisons pour lesquelles seulement la moitié de tous les enfants dont on estime qu'ils vivent avec le VIH reçoivent effectivement le traitement dont ils ont besoin. La meilleure façon de dépister l'infection à VIH chez les nourrissons est d'utiliser des tests qui recherchent des signes de présence du virus dans le sang, au lieu de tests détectant des anticorps ou des antigènes. Jusqu'à présent, ces tests nécessitaient de longues procédures menées dans un environnement spécial en laboratoire et exigeant des infrastructures et une formation conséquentes. Ces nouvelles technologies simplifient ces procédures en permettant de dépister davantage de nourrissons, avec des résultats plus rapides.

Références

- OMS. Centre des médias. L'OMS demande d'agir contre la menace de la résistance du VIH aux médicaments. Communiqué de presse, 20 juillet 2017.

- ONUSIDA. Statistiques mondiales sur le VIH. Fiche d'information juillet 2017.

- Margolis DA, Gonzalez-Garcia J, Stelebrink HJ et coll. Long-acting intramuscular cabotegravir and rilpivirine in adults with HIV-1 infection (LATTE-2) : 96-week results of a randomised, open-label, phase 2b, non-inferiority trial. Lancet 2017 ; doi: 10.1016/S0140-6736(17)31917-7.

- Calvez S. Antiretroviral resistance selected at failure in HIV infected patients treated by triple and dual therapies. 16 th European AIDS Conference de l'EACS (Milan, Italie) : 25-27 octobre 2017.

- OMS. Note d'information. Nouveaux outils utilisables sur le lieu des soins pour le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez le nourrisson. Juillet 2017.

- OMS. Centre des médias. VIH/Sida. Aide-mémoire. Actualisé juillet 2017.

Professeur Pierre Aubry, Docteur Bernard-Alex Gaüzère. Texte écrit le 23 décembre 2017.

E-mail : aubry.pierre64@gmail.com