



# Trente ans de sida : la croisée des chemins

*Trente ans après son apparition, l'infection par le VIH reste une épidémie déconcertante. On sait ce qu'il faudrait faire et l'on continue pourtant d'avancer à tâtons. Comme si, bien qu'on ne connaisse que trop ce virus, on avait encore affaire à un inconnu.*

© Istock

L'épidémie a 30 ans. L'occasion de faire le point, tant sur le front de la recherche que sur la situation en France et dans le monde. En trente ans, le virus a tué 25 millions de personnes et tue encore près de 200 000 personnes par mois. On estime que 7 000 contaminations ont lieu chaque jour (dont 97 % dans les pays à faible ou moyen revenu). Et chaque minute, un enfant naît séropositif. Mais, face aux 33,3 millions de personnes qui vivent avec le VIH, l'Onusida n'en constate pas moins que « depuis 1999, où l'épidémie aurait atteint son maximum, le nombre de nouvelles infections dans le monde a reculé de 19 % ». Même recul des décès entre 2004 et 2009, le nombre de personnes sous traitement ayant été multiplié par treize.

Pour Michel Sidibé, directeur exécutif de l'Onusida : « Nous avons enrayé la propagation de l'épidémie et commencé à inverser la tendance actuelle. De moins en moins de personnes sont infectées par le VIH et de moins en moins de personnes meurent du sida. » Mais pas question de « crier victoire ». Car trente ans plus tard, l'urgence est toujours de mise. À l'aube d'une quatrième décennie, cette épidémie reste déroutante : on a l'impression de savoir désespérément ce qu'il faudrait faire et l'on avance malgré tout en tâtonnant.

De la 18<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida, qui s'est tenue en juillet dernier à Vienne, les médias n'ont bien souvent retenu qu'un seul nom : Caprisa. Mais les bons résultats de cet essai sur un gel microbicide ne sauraient faire oublier qu'un vaccin n'est pas pour demain (lire p. 22). Et si l'ac-

cent a été mis sur la recherche communautaire, la recherche fondamentale n'en est pas moins capitale, en témoigne l'épineuse question des réservoirs viraux. En tout cas, d'après Jean-François Delfraissy, directeur de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS), « éliminer le virus, on en est incapable aujourd'hui et cela prendra du temps ». On se souvient de ses récentes alertes sur les difficultés de financement de la recherche sur le VIH en général et de l'ANRS en particulier. Pour lui, l'enjeu est de savoir « comment casser l'épidémie plutôt que de l'éradiquer ».

Pour cela, il faut en avoir une idée précise, ce qui est loin d'être aisé. En effet, d'après l'Onusida, « obtenir avec une certitude de 100 % des chiffres sur le nombre de personnes vivant avec le VIH nécessiterait de tester chaque être humain chaque année, ce qui est logiquement impossible et éthiquement impensable ». D'où la prudence de l'organisme : « Il convient de ne pas tirer de conclusions des comparaisons entre les estimations de 2007 et celles de 2006 », car, « en 2007, les progrès méthodologiques (...) ont conduit à des modifications importantes du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH ». Du fait de données parcellaires, l'écart était de 16 % ! Il faut donc se contenter de « fourchettes ». En France non plus, malgré la déclaration obligatoire du VIH depuis 2003, les données ne sont pas exhaustives.

Que 50 000 personnes vivent avec le VIH en France sans le savoir (et qu'une campagne de dépistage généralisée soit lancée pour les retrouver) montre que l'infection reste

mal connue du grand public. Une ignorance renforcée par «*la stigmatisation et la discrimination*», que dénonce inlassablement le prix Nobel de médecine Françoise Barré-Sinoussi : «*Encore aujourd'hui, j'entends souvent : "Vous travaillez sur cette maladie de pédés". Quand la population comprendra-t-elle que cette infection peut toucher tout le monde?*» Qui sait, par exemple, loin de l'imagerie habituelle, que les personnes de plus de 50 ans vivant avec le VIH sont passées de 20% à 30% entre 2003 et 2006? Désormais, la question de comment vieillir et même bien vivre avec le VIH est posée.

Pour Michel Sidibé, «*des solutions existent*». Mieux dépister, développer la prévention combinée et donc mettre en œuvre des traitements plus précoces ainsi qu'une politique offensive de réduction des risques. Mais, comme l'a rappelé le P<sup>r</sup> Yazdanpanah à Vienne, les barrières sont autant «*économiques, sociales, juridiques*» que «*politiques*». Emblématique : l'accès universel aux traitements avait été promis pour... 2010. Or, alors que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme avait besoin de 13 à 20 milliards de dollars pour les trois ans à venir, le compte n'y est vraiment pas (lire p. 18). Pire : profitant du fait que certaines subventions du Fonds ont été frauduleusement utilisées, l'Allemagne vient de suspendre sa participation au Fonds. Michel Kazatchkine, son directeur, prévient : «*Nous risquons de perdre ce que nous avons acquis.*»

D'autant que les attaques contre les génériques se multiplient. En 2001, l'industrie pharmaceutique s'en était prise à l'Afrique du Sud pour avoir légiféré afin de garantir son approvisionnement en traitements. Aujourd'hui, la négociation d'un accord de libre-échange entre l'Union européenne et l'Inde, le premier producteur mondial de génériques pourrait, en prolongeant la durée des brevets et en protégeant drastiquement les données de recherche, remettre en cause leur accessibilité. Pas sûr que la mise en place fin 2010 par Unitaid d'un «*patent pool*» – une centrale de partage des brevets – pour les antirétroviraux règle le problème, l'Inde ayant dû repousser les assauts des laboratoires Abbott et Bristol-Myers Squibb début 2011. Or, si au Sud la disponibilité des traitements de première ligne s'est améliorée, tout reste à faire pour ceux de deuxième ligne. Au-delà du manque de molécules, les techniques de suivi biologique, pourtant indispensables, sont inaccessibles. Autant dire que la question de l'accès aux antirétroviraux prendra une importance croissante, tant avec la diffusion des traitements qu'avec celle des stratégies de prévention combinée.

Plus que jamais, lutte contre le sida et pour les droits de l'homme vont de pair. Si l'activisme des militants comme des soignants a essayé bien au-delà de cette seule pa-

thologie, déjà en 1987, Jonathan Mann, directeur du programme de lutte contre le sida de l'OMS, prédisait que la stigmatisation et la discrimination prendraient autant d'importance que la maladie elle-même. Dont acte. En 2001, les Nations unies avaient promis d'en finir avec toute forme de discrimination d'ici 2003. Dix ans plus tard, cet engagement demeure lettre morte. Ce mépris pour l'humain se traduit notamment dans le refus de mener de réelles politiques de réduction des risques. La déclaration de Vienne exhortait ainsi les pouvoirs publics à abandonner leur guerre à la drogue, aussi inefficace que criminelle. Car si dans une vingtaine de pays d'Afrique subsaharienne, le taux d'incidence a reculé de plus de 25% entre 2001 et 2009, il a bondi de plus de 25% dans sept pays, dont cinq d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, les usagers de drogues étant en première ligne. Comme en Russie où les deux tiers des contaminations sont liés à la consommation de drogues et où une répression sévère s'abat sur les usagers qui n'ont accès ni aux dispositifs de réduction des risques ni aux traitements.

En la matière, la «*patrie des droits de l'homme*» sait, elle aussi, faire preuve de cécité. Alors que «*moins de 2% des nouvelles infections concernent les usagers de drogues*», rappelle Michel Kazatchkine, la France refuse toujours les programmes d'échange de seringues en prison et les salles de consommation en milieu libre. Sans parler de la chasse aux prostitués et aux immigrés, pourtant reconnus, à l'instar des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, comme étant particulièrement exposés. Aujourd'hui, alors que l'épidémie a trente ans, la lutte contre le VIH est à la croisée des chemins. D'où une «*repolitisation*» de celle-ci, saluée par Michel Kazatchkine : «*J'ai ressenti à Vienne un élan, une ferveur et une énergie que je n'avais pas vu depuis dix ans.*»

## Sidaction en chiffres

En 2010, Sidaction a engagé près de **4,5 millions d'euros** de transferts financiers vers ses partenaires à l'international. L'association soutient près de **150 projets**, mis en place par **74 structures**, dans **29 pays** d'Afrique, d'Asie et d'Europe de l'Est. En France, Sidaction a soutenu en 2010 plus de **200 projets** pour un montant total de plus de **4 millions d'euros** dans les domaines de la prévention et de l'aide aux malades. Sidaction a soutenu, en France et dans les pays en développement, **171 programmes** de recherche – en recherche fondamentale, clinique et en sciences sociales – pour un montant global de **3,5 millions d'euros**.

# Adultes et enfants vivant avec le



- 25 millions de morts depuis le début de l'épidémie
- 33,3 millions de personnes vivant avec le VIH

# VIH en 2009

Europe de l'Ouest  
et centrale  
**820 000**  
[720 000-910 000]

Europe de l'Est  
et Asie centrale  
**1,4 million**  
[1,3 million-1,6 million]

Asie de l'Est  
**770 000**  
[560 000-1 million]

Afrique du Nord  
et Moyen-Orient  
**460 000**  
[400 000-530 000]

Asie du Sud  
et du Sud-Est  
**4,1 millions**  
[3,7 millions-4,6 millions]

Afrique subsharienne  
**22,5 millions**  
[20,9 millions-24,2 millions]

Océanie  
**57 000**  
[50 000-64 000]



# Situation dans les PED : un point de vue à mesurer

*Voir le verre à moitié plein ou à moitié vide... Les données liées au VIH dans les pays en développement et émergents donnent des motifs d'enthousiasme au vu des extraordinaires progrès accomplis ces dernières années. On aimerait pouvoir se réjouir et ne voir que le verre à moitié plein. Sauf que.*

**U**n nombre de personnes traitées multiplié par dix en cinq ans (de 400 000 seulement en 2003 à 4 millions en 2008), une baisse de la mortalité due au sida (1,8 million de décès en 2009 contre 2,2 millions en 2004), une épidémie en stagnation dans certaines régions...

**Sauf que** l'immense majorité des 33,3 millions de personnes touchées par le virus dans le monde vit dans les pays en développement (PED), où l'état des structures sanitaires publiques est un frein à la prise en charge et au traitement du VIH. Même si, dans de très nombreux pays, des militants, des personnes vivant avec le VIH et des soignants ont créé des associations et des centres de soins souvent exemplaires afin de pallier les carences d'un système de santé défaillant.

L'Afrique subsaharienne demeure l'endroit du monde le plus affecté par l'épidémie, avec 22,5 millions de personnes vivant avec le VIH et 70% des nouvelles infections. La deuxième région la plus touchée est l'Asie du Sud et du Sud-Est, avec 4,1 millions de personnes atteintes. Les régions d'Amérique centrale et du Sud ainsi que celles d'Europe de l'Est et d'Asie centrale comptabilisent chacune 1,4 million de personnes vivant avec le VIH.

**Sauf que** le fait de naître dans un pays pauvre reste un facteur de risque d'être infecté par le VIH et de mourir du sida. Les enfants ont été une cible tardive des efforts internationaux d'accès aux traitements. Pourtant, dans le monde, 2,5 millions d'enfants de moins de 15 ans vivent avec le VIH, dont 2,3 millions en Afrique subsaharienne. En 2008, 275 700 enfants ont reçu des antirétroviraux (ARV), soit 38% de ceux qui en avaient besoin.

Même si la prévention de la transmission mère-enfant est considérée comme prioritaire depuis quelques années par les instances internationales telles que l'Onusida, sur le terrain, l'accès au dépistage, à la prise en charge et au traitement précoces est très insuffisant chez les nourrissons et les enfants exposés. En 2009, dans les cinquante-quatre pays en développement ayant transmis ces données à l'OMS, un test VIH a été réalisé au cours des deux premiers mois de vie chez seulement 15% des bébés nés d'une mère séropositive. Et la proportion de nourrissons ayant reçu des ARV pour prévenir la transmission mère-enfant n'a augmenté que de 3% en un an, passant de 32% en 2008 à 35% en 2009. Or, en l'absence de traitement, un nourrisson infecté a 50% de risque de mourir avant l'âge de 2 ans.

**Sauf que**, selon les spécialistes, le nombre de personnes vivant avec le VIH ne va pas cesser de croître dans les années à venir : fin 2015, elles seront probablement entre 38 et 40 millions. Certes, ces chiffres s'expliquent par une bonne nouvelle. Si le nombre de personnes vivant avec le virus continue d'augmenter, c'est en partie à cause de l'amélioration de l'accès aux traitements et de l'efficacité de la thérapie antirétrovirale. Mais cette augmentation souligne aussi l'échec relatif de la prévention. Pour deux personnes qui commencent un traitement chaque année, cinq sont nouvellement infectées. Le nombre des nouvelles infections augmente plus rapidement que la mise à disposition des ARV, ce qui induit l'absolue nécessité d'intensifier les programmes de prévention et d'accélérer la généralisation de l'accès au traitement. Car l'une des découvertes les plus notables de ces dernières années est l'influence du traitement antirétroviral sur la prévention. Plusieurs études, notamment en Afrique, ont démontré qu'avec un traitement

efficace, le risque qu'une personne transmette le VIH devient bien plus faible.

**Sauf que** l'accès universel aux traitements, 6<sup>e</sup> objectif du Millénaire pour le développement, dont la date butoir avait été initialement fixée à la fin 2010, est loin d'être atteint en 2011. À la fin de l'année 2009, 5,2 millions de personnes vivant avec le VIH dans les pays à bas et moyen revenu recevaient un traitement antirétroviral. Un chiffre toujours croissant, mais qui ne représentait encore qu'un gros tiers (36 %) des 14,6 millions de personnes qui en ont besoin. D'autant qu'en novembre 2009, l'OMS a relevé le seuil d'indication de mise sous ARV dans les pays en développement. Auparavant, les patients étaient éligibles aux ARV lorsque leurs analyses faisaient état d'un taux de CD4 inférieur à 200. Dorénavant, ils doivent être traités à partir de 350 CD4. Ces nouvelles recommandations ont eu pour conséquence immédiate d'augmenter de 49 % le nombre des personnes à traiter, l'impact attendu à moyen terme étant une baisse de 20 % des décès d'ici à 2015. À condition que 80 % des personnes en demande de traitement en bénéficient réellement. Et c'est là que le bât blesse. Qui dit augmentation des personnes sous traitement dit besoin accru de financements. Cela n'est pas seulement dû au nombre exponentiel de personnes à traiter, mais aussi à la maladie elle-même : dans le cas du VIH, les traitements doivent être pris à vie et, en raison des effets indésirables graves et de l'apparition de résistances du virus aux premières combinaisons thérapeutiques, de nouvelles combinaisons, plus chères, doivent souvent être prescrites. Selon l'Onusida, entre 2010 et 2015, il faudrait chaque année de 28 à 50 milliards de dollars US dans le monde pour atteindre progressivement les objectifs de l'accès universel aux services liés au VIH/sida.

**Sauf que** les pays riches n'ont pas tenu les engagements financiers permettant d'atteindre cet objectif, qu'ils avaient eux-mêmes fixé. Lors de la 3<sup>e</sup> Conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui s'est tenue à New York en octobre 2010, les pays donateurs ont décidé de verser 11,7 milliards de dollars US pour la période allant de 2011 à

2013. Une contribution totale qui n'atteint même pas la somme de 13 milliards de dollars envisagée par le Fonds mondial dans son scénario « a minima », qui devait seulement permettre « de continuer à financer les programmes en cours, les nouveaux programmes ne pouvant alors être financés qu'à un niveau bien inférieur à celui de ces dernières années ».

Pas facile, dans ces conditions, de regarder sereinement le verre à moitié plein, même s'il existe, heureusement, bien des raisons d'espérer. Dans les pays en développement, cette épidémie aura entraîné l'émergence d'un mouvement communautaire important de médecins et de chercheurs du Sud engagés, de femmes qui ont fait avancer leurs droits, de militants qui se battent, dans des conditions politiques difficiles, ici pour la reconnaissance et la prise en compte des usagers de drogues, là contre l'ostracisme et le rejet des hommes homosexuels. Il y a fort à parier que ce mouvement ne s'arrêtera pas.

## Couverture du traitement antirétroviral en 2009

Région géographique	Personnes recevant un traitement	Personnes ayant besoin d'un traitement*	Couverture du traitement*
Afrique subsaharienne	3,9 millions	10,6 millions [9,7-11,5 millions]	37 % [34-40 %]
Amérique latine et Caraïbes	478 000	950 000 [810 000-1 million]	50 % [46-59 %]
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	739 000	2,4 millions [2-2,9 millions]	31 % [26-36 %]
Europe, Asie centrale	114 000	610 000 [550 000-710 000]	19 % [16-21 %]
Moyen-Orient et Afrique du Nord	12 000	100 000 [88 000-120 000]	11 % [10-14 %]
<b>Total</b>	<b>5,25 millions</b>	<b>14,6 millions</b> [13,5-15,8 millions]	<b>36 %</b> [33-39 %]

\* Estimations.  
Source : *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé*, rapport de situation 2010, OMS/Onusida/Unicef.



# Les paradoxes français

*Dans notre pays, on ne meurt presque plus du VIH. Mais on vit de plus en plus mal avec. Proclamée au début des années 2000, la « démocratie sanitaire » est encore loin d'être effective.*

© Istock

À l'aube du deuxième millénaire, la France comptait quelque 100 000 personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Près d'une décennie plus tard, elles seraient 50 000 de plus. Cinquante mille : c'est le nombre de personnes qui vivraient avec le VIH sans le savoir et que la campagne nationale d'incitation au dépistage pour tous, lancée le 1<sup>er</sup> décembre 2010 dans le cadre du plan national de lutte contre le sida (PNLS), vise à « retrouver ». Dans un pays où les découvertes de cas de séropositivité repartent à la hausse et sont toujours aussi tardives, l'objectif est ambitieux. Et le dispositif, faisant la part belle au dépistage communautaire et associatif, se veut novateur. Sauf que cet élargissement, le Conseil national du sida (CNS) le réclame depuis 2006. Quant aux recommandations de la Haute autorité de santé dont la campagne s'inspire, elles datent de 2008. Ce plan ne parvient donc ni à faire oublier le temps perdu ni à masquer les incohérences des pouvoirs publics. Comme le pointe le CNS dans son avis d'octobre dernier, si le PNLS accorde « une attention particulière à des populations spécifiques particulièrement vulnérables et exposées aux risques d'infection [hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, migrants, prostitués, usagers de drogues], les politiques actuelles de lutte contre le séjour irrégulier, contre l'usage de produits stupéfiants et contre le racolage demeurent des obstacles indéniables aux politiques de santé au bénéfice des populations vulnérables ».

**Contradictions.** Emblématique de ces « contradictions flagrantes » entre sanitaire et sécuritaire ? Après l'adoption, dans le cadre de la loi Besson sur l'immigration, de l'amendement Mariani restreignant les conditions de délivrance du titre de séjour pour raisons médicales, « grâce » à l'ancienne ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, les 200 000 sans-papiers qui bénéficiaient jusque-là de l'aide médicale d'État auront à payer un « droit d'entrée » de trente euros. Et ce, malgré un rapport défavorable des inspections générales des finances et des affaires sociales. Sans compter les menaces sur le droit au séjour pour raisons médicales (lire p. 8). Ayant déjà attiré l'attention le 1<sup>er</sup> décembre sur les personnes prostituées, « contraintes de reléguer la protection de leur santé au second plan », le CNS, au vu du plan de prise en charge sanitaire des personnes détenues présenté fin 2010, a dû également rappeler que l'emprisonnement ne devait être qu'« une peine de privation de liberté et non de privation de soins et de prévention ». Preuve que ce n'est toujours pas le cas. Et si, en 2002, la loi Kouchner instaurait la suspension de peine pour raisons médicales, près de dix ans plus tard, les malades séropositifs ne sortent bien souvent que peu de temps avant de mourir.

**Symbolique ?** Derrière les barreaux, les programmes d'échange de seringues n'ont toujours pas droit de cité. Et en

milieu libre, alors que la politique de réduction des risques a largement porté ses fruits ces dernières années, le gouvernement actuel ne semble pas décidé à poursuivre au même rythme. En témoigne le récent « pas de deux » autour des salles de consommation : si la Santé s'y est dite favorable, Maignon a mis son veto, avec l'aval de l'Académie de médecine. Autre paradoxe : si le PNLs veut faire la part belle à la « *prévention combinée* » – préconisée dès 2009 par le rapport Lert-Pialoux –, le CNS déplore qu'elle soit « *pensée comme un simple outil de prévention parmi d'autres et non comme une stratégie globale* ». Confirmation avec Nora Berra, la secrétaire d'État à la Santé, pour qui « *le traitement, même précoce, ne peut pas être considéré comme un moyen de prévention* ». De fait, en lançant la campagne de dépistage généralisé, elle ne s'attend pas à un « *pic brutal de 50 000 patients supplémentaires* ». Pas besoin donc, d'après elle, de « *mesures exceptionnelles* ».

**Politique incompréhensible.** Pourtant, au vu des réformes en cours, la prise en charge sanitaire et sociale des PVVIH est de plus en plus compromise. Dans le sillage de la tarification à l'activité et de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », le système de santé publique subit une véritable restructuration, avec des milliers de suppressions de postes annoncées dans les hôpitaux (notamment au sein de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris) et les regroupements de services, alors que la file active VIH augmente de 4 % par an. Dernière traduction de cette « rationalisation » ? La mise en place des Agences régionales de santé (ARS), vue par certaines associations comme la mort de la lutte contre le sida. En effet, si elles parvenaient à mettre en avant et à faire financer des projets innovants, elles estiment que désormais la logique n'est plus ascendante, que l'on ne part plus des besoins repérés sur le terrain, mais d'objectifs définis par les ARS. Car, au-delà de la baisse drastique des financements, il leur est demandé de « mutualiser » leurs moyens. Elles redoutent de devoir rentrer dans des « cases », en faisant fi des spécificités de la lutte contre le VIH. Avec, en prime, une aggravation des disparités entre territoires. Une politique d'autant plus incompréhensible que l'un des piliers du PNLs, le dépistage communautaire, devra être assuré par... les acteurs associatifs.

**États généraux.** En 2002, en affirmant que « *le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne* », la loi a introduit le concept de « démocratie sanitaire ». En 2005, naissent les Coordinations régionales de la lutte contre le VIH (Corevih). Mais, trop souvent, le collège 3 des représentants des malades et usagers du système de santé n'est pas assez investi par l'ensemble des associations, quelle que soit leur taille. Les pouvoirs publics

n'utilisent pas non plus cette plate-forme, formidable observatoire des besoins et des évolutions de terrain, pour la mise en place de leurs politiques. Lors des États généraux de la prise en charge des PVVIH en Ile-de-France, organisés en décembre 2010 par l'ARS avec les associations, ces structures auront enfin été plébiscitées pour devenir pleinement les acteurs opérationnels qu'elles devraient être. Et ce, paradoxalement, grâce à la mise en place des ARS. L'organisation, dans l'une des régions les plus touchées par l'épidémie, de tels États généraux témoigne de l'importance des doléances. Car, en 2011, il est encore des droits élémentaires pour lesquels il faut se battre.

**Retours en arrière.** En 2010, lors du dernier congrès de la Société française de lutte contre le sida, le CNS a notamment rappelé que si le taux d'emploi en France est de 65 %, il n'est que de 59 % pour les personnes séropositives, et de 49 % pour celles diagnostiquées avant 1994. Selon une étude menée en 2005 par Sida Info Service, 57,3 % des PVVIH disaient avoir subi des discriminations. Aujourd'hui, la situation ne semble pas s'être améliorée, au contraire, sur le plan de la discrimination et de la stigmatisation de la part des collègues, des soignants et même de l'entourage... On assiste à de préoccupants retours en arrière. Pour la fédération LGBT, l'une des priorités en 2011 sera ainsi, sur le front judiciaire, de « *combattre la pénalisation* ». D'autant que la loi Loppsi 2 (loi d'orientation et de programmation pour la performance de la Sécurité intérieure) veut autoriser le dépistage sans consentement quand une « *personne dépositaire de l'autorité publique* » craint d'avoir été contaminée.

**Vers plus de précarité ?** Si grâce aux antirétroviraux découvrir sa séropositivité n'est plus une condamnation à mort, on vit toujours aussi mal en France quand on est séropositif. D'autant que va s'ouvrir un chantier d'envergure : celui du vieillissement des PVVIH. Actuellement, une personne sur cinq a plus de 50 ans. Avec, déjà, des problèmes de prise en charge et d'hébergement (par exemple, en maison de retraite) qui, si rien n'est fait, iront crescendo. C'est Roselyne Bachelot qui est en charge de la réforme de la dépendance. Or les premières pistes – notamment le recours à des assurances privées – n'incitent guère à l'optimisme. Pas plus que la suppression des exonérations fiscales pour l'aide à domicile prévue dans la loi de finances 2011, qui nuira aux malades concernés. De fait, face au sida, la France cultive les paradoxes. Sinon, comment expliquer que la première dame de France soit l'ambassadrice du Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose alors que les choix politiques du président de la République remettent en cause systématiquement les droits des personnes vivant avec le VIH ?

# Recherche : d'avancées en défis

**2011 : la lutte contre le sida a 30 ans et le travail acharné de recherche contre le VIH compte autant d'années. Si des résultats majeurs ont été obtenus, les défis pour les chercheurs restent nombreux.**



Les chercheurs français se sont engagés dans la bataille contre le sida dès la première heure, lors de la découverte du premier cas, en 1981. Ce sont eux qui ont découvert le VIH en 1983, grâce à « un formidable travail d'équipe, [...] et de réactivité, [...] entre cliniciens, virologistes hospitaliers, puis immunologistes et biologistes moléculaires », témoignait Françoise Barré-Sinoussi (lire *Transversal* n° 45), codécouvreuse du virus, lorsqu'elle a reçu le prix Nobel de médecine en 2008. À cette époque, précisait-elle, « nous n'imaginions vraiment pas les proportions que prendrait cette pandémie ni la complexité de ce virus ». La guerre contre le VIH ne faisait que commencer.

**Multithérapies.** Le premier médicament antirétroviral, l'AZT, a vu le jour en 1986. Mais il faudra attendre dix ans pour que le traitement de l'infection par le VIH connaisse une véritable révolution, avec la combinaison de plusieurs molécules. L'arrivée des trithérapies a un effet immédiat sur les personnes atteintes avec une baisse drastique de la mortalité. Les malades peuvent désormais envisager de « vivre avec le VIH ». Aujourd'hui, grâce à une recherche thérapeutique persévérante, les soignants disposent d'un arsenal de vingt-deux molécules, avec vingt-neuf médicaments antirétroviraux. Les molécules plus récentes, comme le maraviroc (inhibiteur d'entrée, premier anti-CCR5) ou le raltegravir (premier inhibiteur d'intégrase, les deux ayant

été mis sur le marché en 2007), sont mieux tolérées et les nouvelles combinaisons, associant deux ou trois molécules en un comprimé, sont plus faciles à prendre (notamment l'Atripla® : un comprimé à prendre une fois par jour, mis sur le marché en décembre 2007).

Cependant, si les multithérapies apportent de nombreux bénéfices, elles ne permettent pas la guérison des patients. En outre, l'apparition de résistances virales et la survenue d'effets indésirables obligent les chercheurs à développer de nouveaux médicaments. Par ailleurs, avec l'allongement de la durée de la vie des personnes séropositives est apparu le problème de leur vieillissement prématuré par rapport à la population générale. Ce champ d'étude, en plein essor, est amené à conserver une place centrale dans les années à venir.

**Suivi thérapeutique.** Le développement des molécules n'est pas le seul domaine de recherche qui a enregistré des avancées notables. L'amélioration de l'efficacité et de la tolérance des médicaments s'est accompagnée de progrès en matière d'outils de suivi thérapeutique. Des tests de résistances permettant de connaître les variations génétiques d'un virus à un niveau individuel et de proposer à un patient un traitement optimisé, ont été mis au point. Par ailleurs, le perfectionnement de certaines techniques a permis d'alléger les dispositifs de suivi biologique et de les rendre accessibles même dans des zones reculées des pays en développement. C'est le cas par exemple des analyses effectuées à partir d'une simple goutte de sang déposée sur un papier buvard, sans besoin de stockage ou de réfrigération des produits sanguins.

**Dépistage.** Si les modes de prise en charge diffèrent selon les situations et les zones géographiques, il en est de même pour les stratégies de dépistage du VIH. La conception de tests de plus en plus performants et diversifiés vient aujourd'hui faciliter la mise en place de nouvelles campagnes qui peuvent s'adapter aux différents publics. Ainsi, les tests rapides permettent de pratiquer le dépistage dans des lieux très variés et d'aller à la rencontre des populations exposées

et éloignées du système classique de dépistage. En outre, les tests Elisa de quatrième génération permettent de détecter très précocement une éventuelle infection, ce qui assure une prise en charge optimale des personnes nouvellement diagnostiquées.

**Stratégies de prévention.** La prévention, elle aussi, se décline désormais sous plusieurs formes. Des études récentes et toujours en cours démontrent que, sous certaines conditions, le traitement est très efficace dans la réduction de la transmission du virus. Il a donc toute sa place dans des stratégies de prévention dites « combinées », à côté d'autres moyens de protection. Ce tournant « biomédical » suscite un grand enthousiasme tant dans le cadre de la prévention secondaire chez les personnes séropositives (Tasp) que dans celui de la prévention primaire, sous la forme de la prophylaxie préexposition (Prep). Dans ce cadre, le développement de microbicides s'annonce comme particulièrement prometteur. En effet, après plusieurs recherches décourageantes, l'essai sud-africain Caprisa, présenté à la 18<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida à Vienne en 2010 (lire *Transversal* n° 54), montre qu'un gel microbicide contenant un antirétroviral, le ténofovir, réduit le risque d'infection par le VIH chez les femmes. Une « preuve de concept » qui donne un nouvel élan aux recherches.

**Compréhension de l'infection.** Mais la prévention n'est pas qu'une affaire de nouveaux outils, c'est aussi une question de connaissances. Ainsi, en amont, la compréhension des premières phases de l'infection est un préalable incontournable au développement de nouvelles stratégies de prévention. En aval, la question de la disponibilité réelle des outils sur le terrain, lorsque leur efficacité a été prouvée, doit être posée. L'exemple de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant est à ce titre très parlant. Grâce aux traitements, le risque est réduit à moins de 1 %. Pourtant, en Afrique, 1 350 enfants<sup>1</sup> sont encore contaminés chaque jour dans le cadre de la transmission verticale et, faute de diagnostic précoce et de soins appropriés, la moitié de ces enfants meurent avant l'âge de 2 ans. Malgré les dix-sept formulations pédiatriques disponibles, les besoins restent très importants.

Ces exemples, non exhaustifs, illustrant la formidable avancée des travaux, ne doivent pas nous faire oublier qu'il reste devant nous au moins autant d'énergie à fournir que celle donnée ces trente dernières années afin de relever les nombreux défis qui demeurent.

**Vaccin préventif.** D'espoirs en déceptions, le vaccin préventif n'est toujours pas là. Depuis 1999, trois essais de grande ampleur, impliquant de 3 000 à 16 000 volontaires,



ont été menés. En 2009, les résultats de l'essai thaïlandais, suggérant une réduction du nombre d'infection de 31 %, ont relancé les espoirs après l'échec des deux premiers essais. Les difficultés rencontrées ont mis en lumière l'étendue du travail de recherche fondamentale qu'il reste à réaliser afin d'avoir une compréhension globale des interactions existant entre le virus et l'organisme. Beaucoup de travaux sont en cours. Ils visent à comprendre les facteurs favorisant l'infection, la dissémination du VIH dans l'organisme, l'installation de l'activation immunitaire ou l'établissement des réservoirs. Un éventail de pistes à creuser qui appellent de l'innovation et des moyens très importants.

**Vision multidisciplinaire.** Les ressources nécessaires sont à la fois financières et humaines. Un chercheur qui était à l'aube de sa carrière en 1981 est aujourd'hui proche de l'âge de la retraite : *quid* de la transmission des connaissances ? La nouvelle génération de chercheurs, lesquels n'ont pas vécu les débuts de l'épidémie, arrive. Et ils n'ont pas la même sensibilité face à la problématique du VIH. La thématique est complexe, elle est peu soutenue par les pouvoirs publics qui lui accordent des fonds limités et peu de reconnaissance. Les défis posés par le VIH aux chercheurs sont pourtant sans équivalents et nécessitent une vision globale et une concertation entre les disciplines. « *Je suis fondamentalement convaincue que la recherche doit aboutir à l'action* », confiait Françoise Barré-Sinoussi à *Transversal* en 2008, ce qui implique de créer des ponts entre chercheurs, soignants et soignés. Une collaboration qui a été possible grâce à des acteurs militants, qui ont assuré une recherche pertinente pour les malades. Les chercheurs de demain auront-ils cette implication et cette réactivité ? Sidaction se mobilise sur tous ces fronts pour que dans trente ans la bataille contre le VIH soit enfin gagnée.

<sup>1</sup> Source IRD 2011.