

Coïnfection VIH/VHC : une épidémie silencieuse

Épidémie dont personne ne parle, la coïnfection VIH/VHC devient une préoccupation grandissante dans nombre de pays. Notamment ceux situés en Europe de l'Est, Asie et Afrique, où l'accès aux soins est fortement entravé par des barrières sociales, législatives et économiques. Néanmoins, tardivement, les choses commencent à bouger.

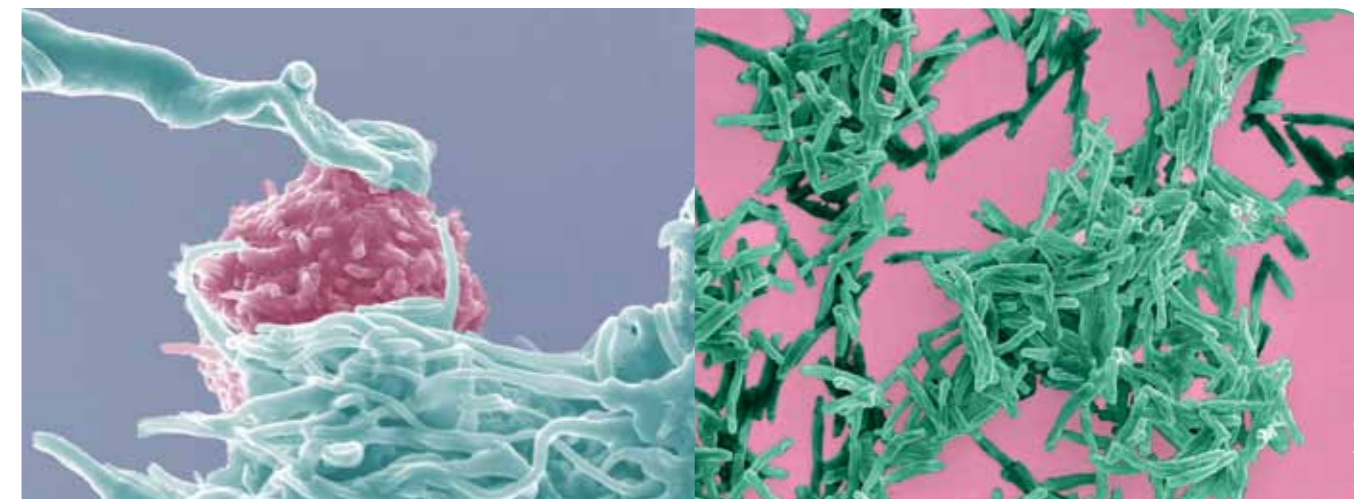
« Il est incroyablement ironique de constater que nous avons réussi à améliorer spectaculairement l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH, une infection encore incurable, pour voir les personnes coïnfectées par le VIH et le VHC mourir des complications de l'hépatite C, que nous savons soigner », déplore Tracy Swan, directrice de projet « HIV/hépatites » pour l'association américaine Treatment Action Group (TAG).

Cause de mortalité. Transmis par contact sanguin et, dans une moindre mesure, lors d'un contact sexuel, le VHC est... dix fois plus facile à transmettre par le sang que le VIH ! Et pour cause, il est beaucoup plus résistant : il survit au moins deux jours à l'air libre, alors que le VIH meurt en quelques minutes et, contrairement à ce dernier, il n'est pas détruit par l'eau de javel. Voilà pourquoi les personnes les plus exposées sont celles qui pourraient entrer en contact avec du sang déjà contaminé *via* du matériel non stérile, par exemple lors d'interventions chirurgicales, de transfusion de sang non soumise au dépistage et surtout lors d'échanges de matériels pour l'injection ou l'inhalation de drogues.

Une fois dans le corps, le VHC détruit les cellules et provoque une inflammation du foie. Cette inflammation correspond à l'hépatite, qui peut être mortelle si elle n'est pas traitée. En effet, chez 80 % des personnes infectées, le corps ne parvient pas à

éliminer le VHC ; il reste dans l'organisme ; l'hépatite devient alors chronique et peut évoluer vers une cirrhose (destruction des tissus du foie), un cancer du foie et provoquer la mort. La coïnfection avec le VIH n'est pas sans conséquence, puisqu'elle accélère l'évolution de l'hépatite : la cirrhose peut survenir seulement en cinq à dix ans, contre dix à trente ans chez les personnes infectées uniquement par le VHC. La raison : comme le VIH atténue les défenses immunitaires, celles-ci contrôlent moins le VHC. Conséquence, l'hépatite C tend à devenir une des premières causes de mortalité (hors maladies classant sida) chez les personnes vivant avec le VIH (PVIH). Bien qu'il existe peu d'études sur le nombre de personnes coïnfectées dans les pays en développement, les quelques travaux disponibles sont alarmants : en Europe de l'Est la coïnfection touche 47,7 % des PVIH¹ (le taux en France est de 25 %²). Dans le monde, on estime que plus de 5 millions de personnes sont concernées.

Renforcer la RdR. Les usagers de drogues (UD) sont plus particulièrement touchés. En Europe de l'Est et en Asie, entre 70 % à 90 % des usagers de drogues séropositifs sont également porteurs du VHC³. « Pour contrer efficacement la pandémie, plusieurs actions complémentaires sont nécessaires », souligne Karyn Kaplan, de TAG, qui travaille avec les UD thaïlandais coïnfectés. Ainsi,



les gouvernements des pays concernés doivent développer des stratégies de réduction des risques (RdR), comme distribuer des seringues stériles et proposer des traitements de substitution des drogues. En parallèle, il faut éduquer et informer la population sur les risques courus. Enfin, il faut rendre le dépistage, le traitement et le suivi de l'hépatite C accessibles au plus grand nombre. « Si ces mesures ne sont pas mises en place, on peut s'attendre à ce que les fortes transmissions chez les UD continuent à progresser », insiste Karyn Kaplan.

Obstacles aux traitements. Contrairement au VIH, il existe des médicaments capables d'éradiquer le VHC dans le sang. Combinant deux molécules, l'interféron pegylé et la ribavirine, le traitement de référence⁴ peut, après 24 ou 48 semaines d'utilisation, rendre le virus indétectable chez jusqu'à 80 % des personnes contaminées seulement par le VHC, selon le génotype. Chez les patients coïnfectés, l'efficacité du traitement est moindre.

Dans de nombreux pays à ressources limitées, plusieurs barrières entravent l'accès à ce traitement. À commencer par la stigmatisation des PVIH et la criminalisation des UD, qui dissuadent nombre d'entre eux d'aller se faire soigner. « En Thaïlande, par exemple, les UD sont considérés comme des criminels alors que ce sont des patients qui ont besoin de soins », regrette Karyn Kaplan.

L'obstacle le plus important est sans doute le prix exorbitant de l'interféron pegylé. En Inde, par exemple, « six mois de traitements coûtent entre 4 000 et 5 000 dollars (2 990-3 735 euros), ce qui correspond au revenu indien moyen pour une vie entière. Or, contrairement au VIH, il n'y a pas de subvention publique pour le traitement du VHC », indique Loon Gangte, président du Réseau des personnes séropositives de Delhi (DNP+).

Une récente enquête menée par Sidaction montre une situation similaire dans plusieurs autres pays (voir encadré p. 22).

Baisse des prix par la mise en concurrence. La raison du prix prohibitif de l'interféron pegylé est notamment dû au fait que les deux versions disponibles de cette molécule sont toujours protégées par des brevets détenus par deux laboratoires

pharmaceutiques – Roche et Merck. Ce qui empêche d'autres laboratoires de proposer des copies à moindre prix.

« Pour faire baisser le coût de l'interféron pegylé, il faut permettre la mise sur le marché de produits équivalents, vendus à moindre prix : des produits dit "biosimilaires", explique Laura Martelli, en charge du programme « Populations exclues » du service international de Sidaction.

La situation commence enfin à évoluer dans ce sens. Ainsi, tout récemment, en 2012, le gouvernement thaïlandais a pu négocier, avec Roche et Merck, une baisse de 43 % pour le prix de l'interféron passant de 16 800 \$ (12 488 euros) à 4 800 \$ (3 589 euros). Autre avancée, en Inde cette fois : en fin 2012, l'India's Intellectual Property Appellate Board (IPAB) a annulé le brevet accordé à Roche pour son interféron (Pegasys®), ouvrant ainsi la voie à l'introduction de copies moins chères sur le marché.

Enfin, lors de la 19^e Conférence internationale sur le sida (Washington, juillet 2012), des associations et des ONG ont formé une coalition internationale, la HepCoalition⁵, plaidant pour un accès généralisé et une réduction des coûts du dépistage, des outils diagnostics et des traitements contre l'hépatite C. À ce jour, plus de cent associations et organisations, dont Sidaction, Médecins du monde, TAG, ont signé l'appel de Washington. Par exemple, la coalition soutient fermement l'inclusion de l'interféron pegylé sur la liste des médicaments essentiels (LME) de l'Organisation mondiale de la santé. « Si notre demande aboutit, conclut Karyn Kaplan, cela enverra un signal fort partout dans le monde, indiquant que l'hépatite C est une priorité de santé publique mondiale. » Si elle est encore aussi discrète que l'épidémie elle-même, la lutte contre la coïnfection du VIH/VHC a commencé. ●

Une enquête de Sidaction fait la lumière sur les prix du traitement de l'hépatite C dans les pays pauvres

En 2012, à l'initiative de Sidaction une enquête a été réalisée sur « les coûts liés à la prise en charge de l'hépatite C dans le cadre de la coïnfection avec le VIH ». Grâce à des données recueillies par des associations partenaires de Sidaction, il est apparu que le coût d'un traitement à l'interféron pegylé, pour 48 semaines de traitement, constitue jusqu'à 90 % du coût de la prise en charge. De plus, il varie drastiquement d'un

pays à l'autre. Il atteignait 13 500 € en Thaïlande ; 11 710 € au Cameroun ; 8 700 € en Roumanie. En Égypte, pays très fortement touché par le VHC, le prix est de 1 600 €. Et pour cause : en 2004 une entreprise locale, Minapharm, a lancé un produit concurrent à moindre prix. La concurrence jouant, cela a débouché sur une réduction de 80 % des prix des produits de Roche et Merck. Un exemple à suivre.

¹ J. Rockstroh et al., "Hepatitis B and hepatitis C in the EuroSIDA cohort: prevalence and effect on mortality, AIDS progression and response to HAART", 11th CROI, 2004.

² C. Larsen et al., "Prévalence des confections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH, France, juin 2004", BEH, 2005, 23 : 109-112.

³ W. Maek-a-Nantawat et al., "Challenges in Providing Treatment and Care for Viral Hepatitis among Individuals Co-Infected with HIV in Resource-Limited Settings, AIDS Research and Treatment, Volume 2012.

⁴ www.pipelinereport.org/toc/HCV/dec-treatment-pipeline-update

⁵ www.hepcoalition.org