



Guide

 **VIH / SIDA** 
**COMMENT
EN PARLER ?**
EDITION 2013



30 millions de morts.

Trente ans que le sida demeure une maladie à part.

A part parce qu'elle a bouleversé les liens qui unissaient la recherche fondamentale à ses applications cliniques, le patient à son médecin, les associations aux autorités. A part car elle a occupé dans le même temps les champs scientifiques, médicaux, sociétaux et les questions d'égalité de droits et de développement.

En bouleversant ces codes, le sida a provoqué de nombreux changements au sein de la société. Trente ans plus tard, il ne faut pas crier victoire trop vite.

La recherche avance, mais il n'existe toujours pas de traitement permettant d'éliminer le virus, ni de vaccin. La prévention avance, avec de nouvelles pistes prometteuses, mais le préservatif reste le seul moyen efficace et sûr. Les droits progressent, mais dans de trop nombreux pays la question de la criminalisation de la transmission reste en suspens et dans d'autres, les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, les usagers de drogues ou les travailleuses du sexe restent passibles de peines de prison, voire de peines capitales, les rendant difficilement accessibles aux programmes de prévention.

L'accès au dépistage et aux traitements s'étend, mais de nombreuses personnes vivant avec le VIH ignorent encore leur statut et/ou ne peuvent pas se soigner. Pour d'autres, c'est désormais la question du changement de protocole thérapeutique qui se pose avec acuité.

Toutes ces questions restent saillantes et le rôle des journalistes, prépondérants.

Depuis trente ans, les médias sont des acteurs et des partenaires de la lutte contre le sida.

Les enjeux posés évoluent avec l'épidémie : les angles et les sujets changent en même temps, se renouvellent. Seules constantes, conserver l'exigence de l'exactitude et ne pas crier victoire trop vite.

Le sida reste une épidémie mondiale où les médias jouent un rôle majeur pour porter la voix des chercheurs, des cliniciens, des militants, des patients.

Ce guide est réalisé par Sidaction pour les y aider.

François Dupré
Directeur général de Sidaction



Sommaire

◆ LE VIRUS

- 6 - QU'EST CE QUE LE VIH ?
- 7 - ÉVOLUTION DU VIH DANS L'ORGANISME
- 8 - LE DÉPISTAGE
- 9 - THÉRAPIES ANTIRÉTROVIRALES

◆ DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

- 10 - L'ÉPIDÉMIE DANS LE MONDE
- 11 - L'ÉPIDÉMIE EN FRANCE

◆ LE VIH AU QUOTIDIEN

- 12 - PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH :
LEUR IMPLICATION EST ESSENTIELLE
- 14 - COMPLICATIONS MÉTABOLIQUES
- 15 - COMMENT VIVENT LES PERSONNES
SÉROPOSITIVES ?
- 16 - DISCRIMINATION

◆ RECHERCHE

- 18 - OÙ EN EST ON ?
- 19 - TRANSMISSION MÈRE ENFANTS
- 20 - STRATÉGIE PRÉVENTIVE
- 21 - LES DÉFIS POUR DEMAIN

◆ DATES CLÉS

Guide édité par Sidaction, avec le soutien de Gilead.

Rédaction : Juliette Bastin

Création : Isabelle Bouffier - www.isocele.me

Crédits photos : Sidaction

Chef de projet : Bérénice Pierson & Christine Tabuenca

Ont collaboré : Paola de Carli, Marc Dixneuf, François Dupré, Eric Fleutelot,
Francis Gionti, Clémentine Lacroix, Sophie Lhuillier, Réjane Zio.

QU'EST CE QUE LE VIH ?

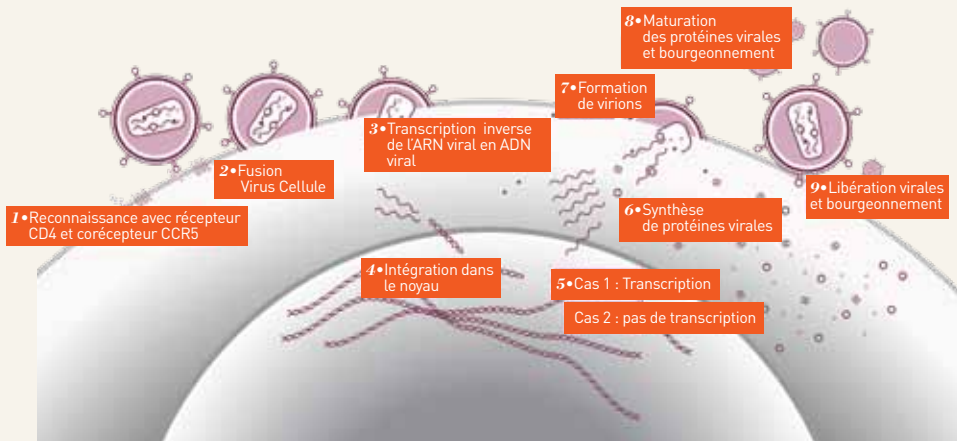
Le virus de l'immunodéficience humaine est l'agent pathogène qui provoque une infection chronique évoluant vers le sida. Il s'agit d'un rétrovirus de la famille des lentivirus, qui provoquent des maladies à évolution lente.

Le VIH cible notamment les lymphocytes CD4, qui sont des cellules essentielles de notre système immunitaire.

Il entraîne une infection chronique pouvant aboutir, en l'absence de traitement antirétroviral (ARV), à une immunodépression caractérisée baptisée « sida ».

Il en existe deux types de VIH : le VIH-1 et le VIH-2, qui se divisent eux-mêmes en groupes et sous-groupes.

Cycle de réplication du VIH



ÉVOLUTION DU VIH DANS L'ORGANISME

L'évolution du VIH dans l'organisme, sans traitement, peut être résumée en 4 phases :

1 La primo-infection

Le VIH envahit l'organisme depuis son entrée par les muqueuses ou la voie sanguine jusqu'à sa colonisation complète des tissus lymphoïdes. Une fois installé, le virus fabrique des copies de lui-même et les libère dans le sang. Cette phase, de quelques semaines à quelques mois, est très variable selon les individus, pouvant passer inaperçue ou s'exprimer par de nombreux symptômes type symptômes grippaux.

La quantité de VIH dans le sang (charge virale) est alors très élevée : en conséquence, les personnes atteintes sont très contagieuses, alors même qu'elles ignorent avoir contracté le virus. Les lymphocytes CD4 chutent de façon vertigineuse, attaqués par le virus. Le corps réagit en produisant de grandes quantités de CD8 (lymphocytes supresseurs qui empêchent certaines réactions de se produire et sont capables de tuer des "cellules gênantes"), qui fabriquent à leur tour des substances aidant à neutraliser les cellules infectées par le VIH, ce qui contribue à réduire la charge virale.

Le système immunitaire apprend à reconnaître et combattre le VIH et se met à fabriquer des anticorps contre le virus. Cette séroconversion survient de un à trois mois après la contamination.

2 La phase asymptomatique

La phase asymptomatique dure de 5 à 10 ans. Les personnes ne présentent aucun symptôme, ou de simples adénopathies (augmentation des ganglions).

Le virus provoque une perte de fonction progressive du système immunitaire.

Les lymphocytes CD4 chutent lentement et régulièrement.

3 La phase d'accélération

La phase d'accélération consiste en une réactivation de la réplication virale, suite à l'épuisement des capacités de contrôle du système immunitaire.

Cette hausse de la virémie induit une chute plus rapide des lymphocytes CD4.

4 Le stade sida

Le stade SIDA (syndrome de l'immunodéficience acquise) est le stade tardif de l'infection à VIH. Le système immunitaire, totalement affaibli, ne peut plus lutter contre le développement d'infections opportunistes. En l'absence de traitement, l'évolution est rapidement mortelle. Cette phase est caractérisée par l'apparition d'une infection opportuniste ou un taux de CD4 inférieur à 200.

LE DÉPISTAGE

Le test de dépistage repose sur la détection des anticorps produits par l'organisme en réponse à l'infection et/ou sur des marqueurs de la présence du virus (antigène p24). Dans un premier temps, une analyse de dépistage (technique ELISA dite combinée) cherche à détecter la présence des anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2.

En cas de résultat positif, on procède à une analyse de confirmation (technique Western Blot, ou un test de diagnostic) pour éliminer les faux positifs et identifier le type de VIH. Les résultats sont validés s'ils sont concordants. En cas de positivité ou de discordance, un Western Blot est réalisé à partir du même prélèvement.

Un test de confirmation sur un second prélèvement est obligatoire.

Les anticorps anti-VIH sont détectables dans les trois à quatre semaines qui suivent l'infection, l'antigène (p24) apparaît plus tôt, au bout de dix jours environ, pour une période limitée, contrairement aux anticorps qui restent toujours détectables.

Le test de dépistage peut être prescrit par un médecin, réalisé dans un centre spécialisé, ou par une association, un laboratoire public ou privé ou encore à l'hôpital.



TEST RAPIDE

En France, l'utilisation de ces tests, dont la qualité et la fiabilité du résultat (obtenu en 15 à 30 minutes) sont désormais pleinement reconnues, est proposée, dans certaines situations d'urgence comme un accident d'exposition sexuelle, pendant un accouchement où la femme est considérée comme à risque, ou encore pour une personne présentant une pathologie aiguë évoquant un stade sida, pour laquelle le diagnostic est alors urgent. Mais le test rapide est surtout particulièrement indiqué pour renforcer l'offre de dépistage auprès des populations les plus exposées au VIH, et dans le cadre de programme d'*outreach* auprès des travailleuses du sexe, des usagers de drogue, des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, sur des lieux extérieurs.

Son usage dans ce cadre permet de développer l'offre communautaire de dépistage, hors lieux médicalisés, et ainsi d'atteindre des personnes ne fréquentant pas les lieux de soins. En venant à leur rencontre et en proposant un test de dépistage, on leur ouvre également une possibilité de prise en charge, et on agit sur la dynamique de l'épidémie, en parvenant à atteindre l'épidémie dite « cachée ».

Il ne nécessite pas de laboratoire, mais juste un très simple prélèvement sanguin, par exemple sur le bout du doigt.

THÉRAPIES ANTIRÉTROVIRALES

Les antirétroviraux (ARV) sont les médicaments utilisés pour traiter l'infection à VIH. Ils agissent en inhibant certaines phases de réplication du virus. Un seul médicament ne suffit pas ; les traitements sont constitués d'une association d'ARV de classes thérapeutiques différentes, une multithérapie, qui agira sur différentes étapes de la réplication du virus dans les cellules humaines.

Le traitement est débuté, dans les pays développés, lorsque le taux de CD4 est inférieur à 350 CD4/mm³, et est envisagé entre 350 et 500 CD4/mm³.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande ce même seuil pour débiter un traitement dans les pays en développement, mais, en pratique, une moins bonne disponibilité des traitements rend cette politique difficilement applicable.

Globalement, les mises sous traitement ont lieu de plus en plus tôt afin de préserver le système immunitaire.

Le virus parvient tout de même à se répliquer, développant des résistances aux traitements. Il convient alors de procéder à des changements de combinaisons thérapeutiques.

Les ARV les plus récents sont plus simples à prendre et mieux tolérés par les personnes, que les premières trithérapies de 1996. Les effets indésirables sont aujourd'hui moins forts et mieux appréhendés.

Il existe aujourd'hui, pour une combinaison de médicaments, un comprimé qui contient plusieurs molécules différentes. L'objectif étant de simplifier les prises et de faciliter le bon suivi du traitement. Parallèlement, la diversité des molécules permet une meilleure adaptation au profil de chaque personne. Dans le cas du VIH, l'efficacité du traitement est particulièrement liée à une bonne observance (prise du traitement correcte et régulière).



L'ÉPIDÉMIE DANS LE MONDE EN 2011

Données Onusida 2012

34 millions
de personnes
vivent avec le VIH.

2,5 millions
de nouvelles
infections.

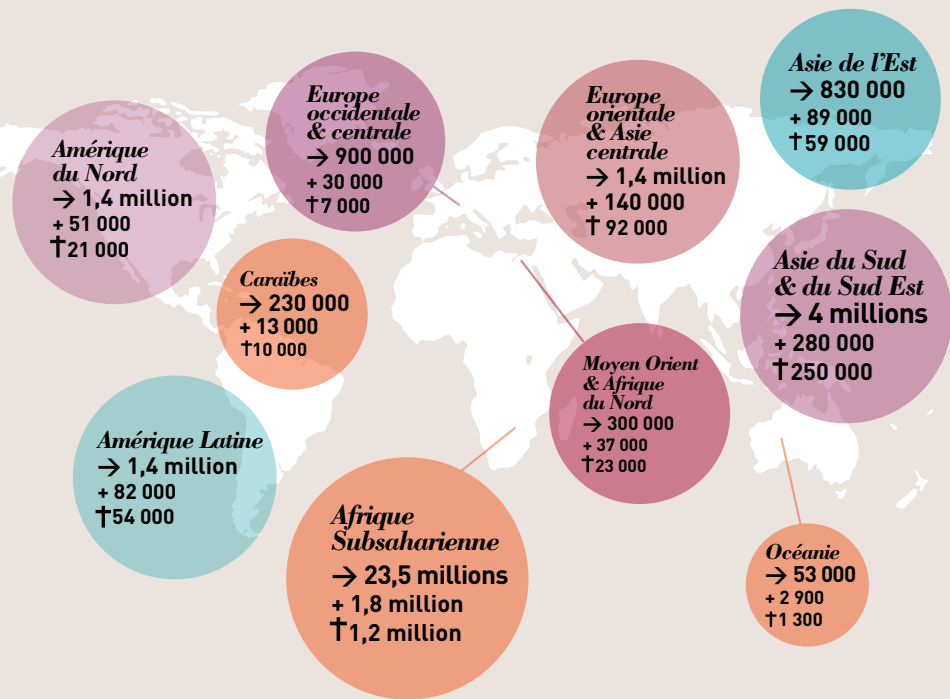
330 000 enfants
nés avec le VIH.

3,3 millions
d'enfants de moins
de 15 ans vivent
avec le VIH.

environ
50%
connaissent
leur statut.

14,8 millions
de personnes
nécessitent
un traitement,
8 millions
en bénéficient.

1,7 million
de décès par an.



→ personnes vivant avec le VIH + nouvelles infections † décès

L'ÉPIDÉMIE EN FRANCE EN 2011

Données InVS 2012

6100 personnes
ont découvert leur
séropositivité.

150 000 personnes
sont porteuses du
VIH en Franc.

Les 4 régions
les plus touchées :
La Guyane,
l'Île-de-France,
les Antilles,
Provence-Alpes-
Côte d'Azur.

800 diagnostics
de sida ont été
réalisés chez des
personnes qui
ignoraient leur
séropositivité.

50 000 personnes
seraient porteuses
du virus sans le
savoir ou sans suivi
médical.

60%
des personnes
ayant découvert
leur séropositivité
ont été contami-
nées par rapports
hétérosexuels.

12%
des nouvelles
découvertes
concernent des
moins de 25 ans.

18%
des nouvelles dé-
couvertes concer-
nent des hommes
et des femmes de
plus de 50 ans.

PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH : LEUR IMPLICATION EST ESSENTIELLE

Le mouvement des personnes vivant avec le VIH est aujourd'hui reconnu pour son efficacité. Il est aussi une source d'inspiration pour d'autres malades, atteints d'autres pathologies. Retour sur une réforme sociale, sinon une révolution.

3 MESSAGES CLÉS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH :

“Nous refusons d'être des victimes du sida car cela induirait que nous sommes vaincus.”

“Non, nous nous battons, nous sommes des personnes vivantes, des personnes vivant avec le VIH.”

“Tout ce qui concerne la lutte contre le sida (santé publique, recherche, soins, traitements, aspects sociaux, psychologiques, économiques, etc.) nous concerne, nous avons notre mot à dire.”

Quelques mois après l'apparition du sida, dont on ignore quasiment tout, des personnes atteintes se regroupent et discutent d'une coalition. On assiste soudain à une irruption inexorable de prises de parole, à la première personne du singulier : « Je suis une personne atteinte du sida » ; « Je refuse d'être une victime du sida »... Le mouvement des personnes vivant avec le VIH, dans sa globalité, ne peut s'appréhender sans se souvenir de cette inédite irruption du « je ».

Pour comprendre comment et pourquoi ces personnes se sont organisées, il faut évoquer le climat de l'époque. La peur de la maladie domine. L'ignorance est grande.

Les préjugés sont tenaces contre les gays (communauté touchées par le VIH et qui est la première à se mobiliser) et les usagers de drogues.

Très vite, le constat est fait : il ne faut pas se battre juste contre la maladie mais aussi contre des médias qui jugent, contre une société qui a peur et qui rejette, contre un corps médical plein de préjugés et de défiance vis-à-vis de ces malades « hors normes ».

LES PRINCIPES DE DENVER

En 1983, à Denver (États-Unis), en marge d'une réunion scientifique sur le sida, des personnes atteintes se rassemblent et définissent des principes qui seront publiés en 1985 dans plusieurs revues. Les Principes de Denver listent des recommandations, tant pour les personnes touchées que pour les responsables sanitaires et politiques. Peu à peu, les militants séropositifs s'engageront dans un mouvement de solidarité, au sein de leur communauté, ainsi qu'entre communautés.

Régler les problèmes de funérailles, trouver un lit d'hôpital, entrer dans un protocole de recherche, soutenir les familles... les tâches sont multiples et la spécialisation s'impose. Les militants en savent très vite de plus en plus pour engager une conversation de haut niveau avec les scientifiques, lesquels rechignent quelque peu au départ à partager leur savoir.

Mais certains comprennent vite l'intérêt d'avoir comme alliés des malades qui emporteront des batailles sur le plan politique.

LE PROGRAMME GIPA

En 2001, l'Onusida, en partenariat avec plusieurs réseaux de personnes vivant avec le VIH, met en place un programme pour renforcer l'implication des personnes atteintes dans la lutte : Gipa (Greater Involvement of People Living with HIV/Aids pour « Participation accrue des personnes vivant avec le VIH »).

Au sein du conseil d'administration du Fonds mondial, les personnes atteintes ont un siège avec droit de vote, comme les représentants des pays donateurs et bénéficiaires.



COMPLICATIONS MÉTABOLIQUES

Face à l'allongement de l'espérance de vie grâce à l'amélioration des traitements, les événements classant sida (liste de pathologies ou symptômes utilisés pour la définition clinique de l'évolution du sida. Est dit « non classant » un événement n'appartenant pas à cette liste) ont considérablement diminué pour laisser la place à diverses complications métaboliques qui s'apparentent à un « vieillissement accéléré », même si ce concept fait encore l'objet d'étude pour en évaluer la pertinence.

Les cancers et les troubles cardio-vasculaires sont devenus les deuxièmes et quatrièmes causes de mortalité chez les personnes séropositives. Le risque de cancers, classant sida ou non, est en effet plus élevé en cas de déficit immunitaire prononcé.

Les lipodystrophies, particulièrement stigmatisantes, sont en diminution suite à l'abandon progressif des premiers ARV.

Les autres complications métaboliques sont :

- ostéopénie (fragilisation progressive du tissu osseux), puis ostéoporose,
- sarcopénie (masse musculaire remplacée par de la graisse) et fatigue,
- vieillissement de la peau et des cheveux,
- troubles cardio-vasculaires avec risques élevés d'infarctus et d'artérite,
- insuffisance rénale,
- insuffisance hépatique,
- diabète,
- dyslipidémie,
- déclin cognitif et maladies neurodégénératives.

Ces complications métaboliques sont causées par le cumul de quatre facteurs :

- L'immunodépression – la baisse du taux de CD4, liée à l'infection,
- L'activation immune et persistante induite par le VIH, qui entraîne une inflammation et un stress oxydant accru, est, à long terme, toxique pour nos cellules et tissus,
- Les effets indésirables de chaque ARV,
- Le niveau socio-économique et le mode de vie des personnes vivant avec le VIH, qui présentent en moyenne plus de facteurs de risque dus à une qualité de vie moindre : dépression (discrimination, isolement), manque d'activités physiques, consommation de tabac, d'alcool, de stupéfiants, et régime alimentaire mal équilibré.

COMMENT VIVENT LES PERSONNES SÉROPOSITIVES ?

Dans le cadre du VIH, qui touche particulièrement les populations fragilisées et tend à précariser les personnes touchées et à les isoler, les politiques globales, pour assurer des conditions de vie, de travail et de lien social décentes aux personnes séropositives, sont plus que de rigueur et prioritaires.

En effet, les personnes séropositives se déclarent comme ayant plus de difficultés financières majeures que le reste de la population, notamment chez les femmes.

Les femmes séropositives également, particulièrement touchées par le chômage, une tendance qui semble en progression par rapport aux chiffres de l'enquête VESPA qui affichait un taux de 9 % en 2004.

En matière de logement, environ un tiers des répondants sont propriétaires, et 15 % des personnes séropositives n'ont pas de logement personnel.

La situation sociale des personnes séropositives est donc fragile et ne s'améliore pas sur la dernière décennie. Les femmes connaissent une situation particulièrement difficile puisque la majorité d'entre elles vit en famille monoparentale, avec un taux de chômage élevé et pour un tiers dépendant des minima sociaux.

Le Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST pour la période 2010-2014 note d'ailleurs que « les problèmes de logement, de revenus, d'emplois et d'accès aux soins sont fréquents chez les personnes séropositives ». Or, on le sait, l'environnement est essentiel pour faciliter l'observance aux traitements, et donc éviter des complications métaboliques et le développement de résistance.

DISCRIMINATION

Si la lutte contre le sida, plus de trente ans après ses débuts, a fait des progrès considérables d'un point de vue médical, force est de constater que des peurs irrationnelles et des méconnaissances morbides subsistent.

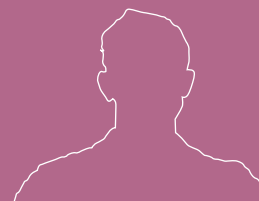
Ainsi, dans le cadre de procédures pénales relatives à la transmission du VIH, les représentants de la loi, pourtant garants des libertés, des droits et de l'égalité entre les individus, font encore parfois preuve de discrimination, avec plus ou moins de systématisme selon les pays.

Les systèmes de santé sont également encore parfois le théâtre d'actes discriminatoires, du fait de comportements individuels de certains professionnels de santé.

En 2012, ont été recensés des actes caractérisés de refus de soins, ou de prises en charge ne répondant pas aux standards du système de santé. Un ophtalmologiste, refusant de pratiquer une opération de la cataracte compte tenu de pseudo risques de transmissions, une équipe chirurgicale qui ne respecte pas un protocole opératoire, ces situations auxquelles les personnes séropositives sont encore confrontées, eu égard à la persistance de peurs irrationnelles et d'ignorance.

Ces situations persistent également dans la population générale, pouvant générer l'exclusion de personnes séropositives de procédures d'accueil dans certains services sociaux, comme la prise en charge de la petite enfance par exemple.

L'exclusion demeure forte également pour certaines populations dévalorisées, stigmatisées pour leur comportement que l'on ne veut pas voir, comme les utilisateurs de drogues, les travailleuses du sexe ou encore les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes. Pour ces populations, alors que des solutions existent, la discrimination reste la norme, en lieu et place de développement des politiques publiques adaptées.



“Si je n'avais qu'une seule chose à dire, ce serait de dire aux entourages des patients que la chose la plus importante pour eux est de pouvoir vivre leur maladie naturellement et simplement. Cela passe par la possibilité d'en parler sans stress. La maladie est un fardeau, et si on ne peut pas en parler, on ajoute le fardeau de la solitude au fardeau de la maladie. Le secret c'est mortel, cela rajoute de la mort à la mort.”

Julien

“Quand je l'ai annoncé à mon entourage, j'ai eu de très bonnes réactions. Cela a un effet thérapeutique. Le regard que l'on porte sur nous peut nous aider à guérir.”

Laurent



“Quand j'ai appris ma séropositivité, ma réaction a été d'être certaine de devoir le dire. Cela a déclenché cette mesure de me permuter de service. Cela leur posait un problème que je sois malade, et de fait, je n'existais plus, je n'avais pas d'avenir. Je n'étais plus reconnue pour mes compétences et je n'ai pas eu l'évolution de carrière que j'aurais dû avoir.”

Pascale

“On me demande toujours en premier comment je l'ai chopé. Pour aucune autre maladie on ne pose cette question, comme si, selon ma réponse, je serai victime ou coupable. Contrairement à la médecine, nos peurs n'ont pas évolué. Nos peurs, nos tabous sont identiques à ceux du début de l'épidémie. Et ça, ça doit vraiment changer.”

Patricia



“La réalité d'un malade du sida, c'est perdre pour toujours la liberté d'avoir une réelle possibilité de vivre sa vie.”

Sylvie

OÙ EN EST ON ?

Pour l'heure, aucun vaccin préventif ou curatif, ni traitement curatif ne sont disponibles, et ne le seront pas avant longtemps.

Pour autant, certaines pistes semblent encourageantes :

Traitement : outre de nouvelles molécules dans les classes existantes, une nouvelle classe thérapeutique est à l'étude : un inhibiteur de maturation, qui agit au même stade que l'inhibiteur de protéase.

Traitement curatif : depuis la guérison du « patient de Berlin », suite à une greffe de moelle osseuse, le traitement curatif ne paraît plus utopique.

Irréalizable à grande échelle, cette stratégie est une preuve de concept : il serait possible d'éradiquer le virus de l'organisme. Un postulat adopté par une trentaine d'experts et d'organismes internationaux (dont Sidaction), qui ont lancé en juillet 2012 l'initiative « *Towards an HIV cure* ». Celle-ci vise à encourager les travaux de recherche ciblant l'éradication du VIH de l'organisme des personnes infectées, ou au moins, bloquant l'évolution du virus en stimulant un contrôle par le système immunitaire qui permettrait de vivre avec le VIH en l'absence de traitement (mimer les « *HIV-controller* », ces rares personnes chez qui le VIH ne progresse pas, moins de 1% de la population) .

TasP (Treatment as prevention) : les données bien établies sur la réduction du risque de transmission pour les personnes sous traitement (en raison de la réduction de la quantité de virus circulant dans l'organisme ou charge virale), leur usage pour la prévention de la transmission materno-foetale (PTME) au cours de la grossesse ou en traitement postexposition (TPE) ont permis d'envisager les antirétroviraux (ARV) comme outil de prévention. En traitant les personnes infectées quelque soit leur niveau de CD4, cette méthode permet une réduction de 95 % (étude HPTN052, étude menée sur 1763 couples stables sérodifférents) de la transmission. Mais elle nécessite une offre de dépistage étendue et une estimation de l'épidémie cachée.

Recherche vaccinale : les obstacles restent nombreux, tant le VIH déjoue toutes les stratégies classiques. Sa rapidité à se répliquer et à se disséminer dans l'organisme, sa capacité à créer des réservoirs viraux, sa grande variabilité sont autant de difficultés à contourner pour élaborer un vaccin.

Que cela soit avec un objectif de prévention (vaccin préventif) ou de contrôle de l'infection (vaccin thérapeutique), la recherche vaccinale avance, même si elle progresse par palier. Plusieurs recherches fondamentales et cliniques, à différents stades du développement des candidats vaccins, sont en cours dans le monde et explorent de nombreuses pistes. Mais pour l'instant la route est encore longue, car les résultats ne sont pas suffisamment concluants pour que les vaccins soient commercialisés.

TRANSMISSION
DE LA MÈRE À L'ENFANT

La prévention de la transmission mère-enfant est certainement l'une des premières victoires de la lutte contre le sida. Elle consiste en un protocole thérapeutique assez simple: une prescription d'antirétroviraux, un suivi médical et biologique, des précautions à l'accouchement et des recommandations relatives à l'allaitement (allaitement artificiel dans les pays développés et allaitement maternel, protégé par les ARV, dans les pays en voie de développement). Grâce à ce protocole les risques de transmission du virus pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont considérablement diminués, pour atteindre une proportion minimale (moins de 1 % dans les pays à revenu élevé) lorsque la mère et le nouveau-né sont correctement suivis. D'où l'importance de proposer à toute femme enceinte de procéder à un test de dépistage afin de prévenir la transmission du virus à l'enfant.

Selon l'Onusida, à l'échelle mondiale, 57 % des femmes séropositives ont reçu en 2011 un traitement pour éviter de transmettre le virus à leur bébé.

En 2011, 330 000 enfants ont été infectés par le VIH. Soit une baisse de 43 % depuis 2003 et une baisse de 24 % depuis 2009. Plus de 90 % de ces enfants vivent en Afrique subsaharienne.

Leur pronostic vital est peu optimiste : un tiers meurt avant d'avoir un an.

Toutefois, avec une prise en charge adaptée, ces mêmes enfants peuvent grandir quasi normalement.

Même si le statut sérologique ne peut être confirmé formellement par un test classique qu'à 18 mois, un test de dépistage précoce, dès l'âge de 2 mois, permet d'assurer un meilleur suivi, et éventuellement une mise sous traitement, dès les premiers mois de la vie de l'enfant.

Selon les recommandations de l'OMS, la mise sous traitement est conseillée chez tous les nourrissons de moins de 2 ans, dont l'infection est confirmée.

STRATÉGIE PRÉVENTIVE

Avec une poursuite des nouvelles infections, la prévention reste un sujet majeur de la lutte contre le VIH dont les stratégies doivent être en permanence repensées et améliorées.

Si le préservatif reste incontestablement l'élément majeur et incontournable, des stratégies adaptées doivent être élaborées. De nombreuses pistes font l'objet d'études et fournissent peu à peu des résultats encourageants, y compris lorsqu'elles assurent une efficacité partielle mais qui, combinées, permettent globalement de réduire les nouvelles infections.

Le rôle préventif des traitements antirétroviraux, « *Treatment as Prevention* » (« TasP »), est confirmé par des études et est suffisamment fort pour constituer dès maintenant une information utile pour les personnes concernées par le VIH, notamment les couples sérodifférents. Le risque de transmission est considérablement abaissé lorsque la personne est sous traitement. Le traitement offre une sécurité supplémentaire qui s'ajoute à celle offerte par le préservatif.

Dans le cadre de stratégies préventives à large échelle, notamment pour réduire l'incidence dans les pays à forte prévalence, la **circoncision** a prouvé son efficacité partielle dans la transmission de la femme à l'homme uniquement et est désormais recommandée.

Pour compléter ces stratégies, les études se poursuivent également depuis les résultats encourageants de l'essai CAPRISA 004 pour la mise au point et la commercialisation de **gels microbicides** contenant un antirétroviral (tenofovir concernant l'essai CAPRISA). Les traitements interviennent également dans une prise d'ARV par des personnes séronégatives (prophylaxie préexposition, Prep), en continue (dans le cadre d'une prise quotidienne), ou intermittente, encadrant un rapport sexuel à risques, et dans le traitement postexposition (TPE), utilisé après un accident d'exposition au sang ou après un rapport sexuel à risques, qui consiste en une prise d'ARV pendant un mois.

Parallèlement, le **dépistage** demeure partie intégrante des stratégies préventives : plus les personnes se soumettent à un test de dépistage, plus il y a de personnes qui le nécessitent sous traitements, plus l'épidémie est contrôlée.

LES DÉFIS POUR DEMAIN

Les défis pour demain restent nombreux, d'autant plus nombreux que l'épidémie semble petit à petit changer de visage.

Avec une courbe de l'épidémie mondiale qui s'inverse, et la diminution des nouvelles infections au niveau mondial, le principal défi est de ne pas baisser la garde.

La mobilisation doit s'intensifier, pour garantir la concrétisation des avancées acquises. Les financements sont plutôt en berne. L'argent disponible pour la lutte contre le sida en regard des besoins décroît globalement, comme en témoigne le budget de l'emblématique Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui répond directement aux demandes financières de plus de 120 pays, dont de nombreux en dépendent presque intégralement. On estime l'investissement mondial annuel entre 22 et 24 milliards de dollars, or aujourd'hui, seuls 15 milliards de dollars sont disponibles.

Il est donc crucial de poursuivre l'élaboration de financements innovants, à l'échelle internationale, comme la taxe sur les billets d'avion instaurée par la France ou la taxe sur les transactions financières, comme certains pays le développent, afin de moins dépendre des financements internationaux.

En parallèle, une réduction des coûts des traitements de seconde et troisième ligne, ainsi que des réactifs, sont indispensables pour permettre notamment aux populations des pays en développement d'y avoir accès.

Sur le champ des droits de l'homme, un engagement international est indispensable. Tous les efforts resteront vains si, notamment dans les pays en développement, les violences faites aux femmes, les menaces pesant sur les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes ou sur les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse ne sont pas stoppées.



DATES CLÉS

- 1980** Détection des premiers cas aux Etats-Unis.
Juin Premier cas français.
Novembre la transmission sexuelle est démontrée, l'acronyme AIDS apparaît.
- 1983** Le virus est isolé par les Pr Françoise Barré-Sinoussi, Luc Montagnier et Jean-Claude Chermann (Institut Pasteur).
- 1984** Création de l'association Aides par Daniel Defert et des Artistes contre le sida par Line Renaud.
- 1985** Affaire du sang contaminé en France.
- 1987** Premier programme mondial contre le sida lancé par l'OMS.
- 1988** Le 1er décembre est décrété Journée mondiale de lutte contre le sida par l'OMS.
- 1994** Premier Sidaction télévisé : 45 millions d'euros collectés, gérés par l'association Ensemble contre le Sida, créée en février.
- 1995** Création de l'Onusida.
- 1996** Arrivée des premières trithérapies au Nord.
- 1998** Publication des premières recommandations de l'OMS sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.
- 2001** 20 millions de morts depuis le début de l'épidémie. Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le sida.
- 2003** Seules 3 millions de personnes ont accès aux traitements.
- 2004** Reprise de l'événement Sidaction.
- 2005** Le sida est déclaré grande cause nationale.
- 2008** Prix Nobel de médecine attribué aux Pr Barré-Sinoussi et Montagnier. 4 millions de personnes sous traitement dans les PED.
- 2010** Près de 30 millions de personnes sont décédées depuis le début de l'épidémie. Obama lève l'interdiction d'entrée sur le sol américain des personnes vivant avec le VIH.
- 2011** 34 millions de personnes vivent avec le VIH dont 17 millions l'ignorent. 8 millions de personnes bénéficient d'un traitement. On estime à 7 millions le nombre de personnes restant à mettre sous traitement.

ASSOCIATIONS FRANÇAISES

◆ Centres régionaux d'information et de prévention du sida (Crips)

Réseau national pour l'information et la documentation sur le VIH/sida, les hépatites, les usages de drogues et les conduites à risque des jeunes créé en 1988.

Crips-ile-de-France
14 rue Maublanc - 75015 Paris
+33 (0)1 56 80 33 33
+ 33 (0)1 56 80 33 00
info@lecrips.net - www.lecrips.net

◆ Actions Traitements

Créée en 1991, cette association de personnes vivant avec le VIH informe sur les questions thérapeutiques (traitements, effets indésirables, observance, etc.).

190 bd de Charonne - 75020 Paris
+33 (0)1 43 67 66 00
www.actions-traitements.org

◆ Act Up-Paris

Association activiste, issue de la communauté homosexuelle, qui, depuis 1989, utilise l'action publique pour médiatiser les questions soulevées par le VIH.

Cofondatrice de Sidaction.
Bp 287 - 75525 Paris Cedex 11
+33 (0)1 49 29 44 75
actup@actupparis.org
www.actupparis.org

◆ Aides

Créée en 1984 et cofondatrice de Sidaction, Aides est une des plus importantes associations françaises de lutte contre le sida.

Tour Essor - 14 rue scandicci
93508 Pantin Cedex
0 805 160 011
(gratuit depuis un fixe)
www.aides.org

◆ Arcat

Créée en 1985 et cofondatrice de Sidaction, Arcat participe à l'amélioration des conditions de vie et à la diffusion de l'information sur le VIH.

94-102 rue de Buzenval - 75020 Paris
+33 (0)1 44 93 29 29
www.arcatsante.org



LIGNE D'INFORMATION

Sida Info Service

0 800 840 800 7j/7, 24h/24
(appel anonyme et confidentiel,
gratuit depuis un poste fixe).

Sida Info Droit

0 810 636 636
(appel anonyme et confidentiel, prix
d'un appel local depuis un poste fixe).



228, rue du Faubourg Saint-Martin, 75010 Paris
www.sidaction.org

Contact presse : Francis Gionti
+33 (0)1 53 26 45 64 - f.gionti@sidaction.org