

Sommaire

La 7^e Conférence internationale francophone VIH/hépatites AFRAVIH 2014.....	2
Editorial.....	2
L'AFRAVIH.....	4
Fondements et enjeux.....	4
Les grandes thématiques de la conférence.....	6
VIH : dépistage et traitements, la recherche avance.....	6
- Avancées en matière de stratégies de dépistage.....	6
- Allocation des ressources et efficience des stratégies.....	6
- Stratégies thérapeutiques du futur.....	7
Hépatites.....	8
- Hépatite B : difficultés au Sud, contrôle au Nord ?.....	8
- Hépatite C : vers la guérison universelle ?	9
Populations clés.....	9
- Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes au Sud.....	9
- Usagers de drogues.....	10
- Détenus.....	11
- Enfants et adolescents.....	12
Perspectives : vers « l'éradication » du VIH ?.....	13
- Réponse au VIH : l'Afrique francophone est-elle en retard ?.....	13
- Vers la guérison fonctionnelle du VIH ?.....	14
- Vers des immunothérapies nouvelles : les anticorps neutralisants anti VIH	14
- Sciences sociales : les défis du contrôle de la transmission du VIH.....	15
Informations pratiques.....	16
Programme.....	16
Espace presse.....	17
Organisateurs et partenaires.....	18

Ce dossier de presse a été réalisé grâce aux contributions de : Carla Makhoul-Obermeyer (Université Américaine de Beyrouth), Christine Katlama (CHU Pitié-Salpêtrière-UPMC/INSERM, Paris), Georges-Philippe Pageaux (CHU Guy de Chauliac, Montpellier), Michael Emerman (*Fred Hutchinson Cancer Research Center*, Seattle), Maud Lemoine (*Imperial College*, Londres), Serge Eholié (CHU de Treichville, Abidjan), Brigitte Autran (Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris), Francis Barin (Inserm U966, CHU Bretonneau, Université F-Rabelais, Tours), Vinh Kim Nguyen (École de Santé publique de l'Université de Montréal), Kenneth Freedberg (*Harvard Medical School*, Boston), Christophe Broqua (IRD Dakar), Yves Yomb (Alternatives - Cameroun, Douala), Laurent Michel (CSAPA Pierre Nicole, Paris), Jeanne d'Arc Assemien (ESTHER, Abidjan), Nadine Trocmé (Hôpital Armand Trousseau, Paris), Gilles Raguin (ESTHER, Paris), et sous la coordination de Gilles Brucker (relations internationales APHP et secrétaire général de l'AFRAVIH).

La 7^e Conférence internationale francophone VIH/hépatites AFRAVIH 2014

→ Editorial

La 7^e Conférence internationale francophone contre le VIH et les hépatites débute à Montpellier le 27 avril 2014. Cette année, plus que jamais, notre conférence est un grand forum auquel vont participer tous les acteurs de la lutte contre le VIH dans la sphère francophone.

Elle s'ouvre sur deux bonnes nouvelles capitales, dont la réalité vient d'être confirmée lors de la 21^e Conférence sur les rétrovirus (CROI, Boston, mars 2014) :

- **Le traitement efficace de l'infection VIH est l'élément majeur du contrôle de l'épidémie**

Non seulement le traitement est le facteur essentiel pour limiter la dissémination du VIH dans les réservoirs du corps humain, mais il constitue un moyen capital de prévention de la transmission sexuelle entre deux individus. L'étude européenne Partner, qui porte sur plus de 1 100 couples sérodifférents, suivis pendant 2 ans, n'a décelé aucune transmission du VIH au partenaire sur plus de 30 000 relations sexuelles non protégées, homosexuelles ou hétérosexuelles.

Ces résultats remarquables confirment ceux de l'étude HTPN 052 : un traitement antirétroviral efficace, mesuré par une charge virale (CV) indétectable, permet de contrôler totalement la transmission du VIH. Plus que jamais, le traitement précoce de tous les porteurs du VIH est un impératif et le contrôle de l'efficacité par une CV une exigence de qualité. La question n'est plus de savoir s'il faut le faire, mais comment le faire, pour tous : dépister et traiter, dépister et contrôler, dépister sans discriminer.

- **L'efficacité démontrée des nouvelles thérapeutiques contre le virus de l'hépatite C**

Sofosbuvir, daclatasvir, ledipasvir, simeprevir, faldaprévir... des traitements qui, en association, vont permettre l'exploit, presque inimaginable lors de la 6^e conférence AFRAVIH 2012 à Genève : guérir plus de 80 % des coinfectés et plus de 90 % des mono-infectés. Tous les espoirs sont donc permis !

Toutefois, notre mobilisation pour cette 7^e conférence doit rester pleine et entière car bien des obstacles persistent. Si la médecine est capable, par à-coups souvent, de progrès fulgurants, les évolutions sociales, économiques et politiques sont plus lentes et plus préoccupantes. Trois points doivent être soulignés :

Les coûts élevés et prohibitifs des nouvelles molécules anti virus de l'hépatite C (VHC). Ils soulèvent la question de la réalité objective et justifiée du prix des médicaments, qui menace dangereusement l'accessibilité du traitement, y compris dans les pays industrialisés.

Il nous faudra débattre, une fois encore, des **modalités de financement de la santé**. Une réponse plus équitable à ce besoin essentiel est souhaitable, dans le contexte où près de 200 millions de personnes sont infectées dans le monde, dont 95 % dans des pays à ressources limitées.

La réduction sensible de l'incidence du VIH attendue grâce à une prise en charge précoce et efficace nécessite plus que jamais d'**atteindre les populations clés, les plus touchées, les plus exposées**.

Or, toute discrimination est un facteur d'exclusion. Le renforcement scandaleux des mesures de criminalisation à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) doit être dénoncé, condamné, comme une atteinte aux libertés fondamentales. Il s'agit d'une mesure

dangereuse pour la santé publique, qui met en échec la politique de contrôle de la transmission du VIH. Les mesures, récentes, prises en Ouganda, en Russie et dans tant d'autres pays, soulignent une fois de plus que la lutte contre le VIH demeure un engagement au service de la démocratie, sous tous ces aspects. Nul doute que la conférence laissera la place à de nombreux débats pour promouvoir l'engagement de notre communauté francophone auprès des plus vulnérables : non seulement les HSH, mais aussi les enfants, les adolescents, les détenus, les usagers de drogues.

Il sera également nécessaire de partager l'état des connaissances sur les stratégies durables de « guérison fonctionnelle ». Il s'agit d'entrevoir dès à présent, quand et avec quelles limites, la réduction ou l'arrêt des traitements est envisageable. Comment passer de l'espoir de guérison à la maîtrise durable de la réplication : transformer cette infection en une réalité virtuelle, sans conséquence directe ni transmission...

Développer la recherche et l'expertise au Nord comme au Sud est la mission réussie de l'ANRS qu'il faut poursuivre, en renforçant la formation à la recherche des acteurs de notre monde francophone.

Plusieurs événements parallèles se tiendront pendant la conférence : le forum annuel de l'ANRS sur les sciences fondamentales-VIH, virus de l'hépatite B et virus de l'hépatite C, le séminaire d'ESTHER (Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau), ainsi que ceux de nos partenaires institutionnels (UNITAID, ONUSIDA), des ONG SOLTHIS (Solidarité thérapeutique et initiatives contre le sida) et Médecins sans frontières (MSF), ou des instituts de recherche comme l'Institut de recherche pour le développement (IRD).

Après Montpellier, d'ores et déjà nous aurons des rendez-vous à prendre !



Pr Christine Katlama
Présidente
de l'AFRAVIH



Pr Eric Delaporte
Président de la
7^e Conférence



Pr Gilles Brucker
Secrétaire
Général de
l'AFRAVIH



Pr Mariam Sylla
Co-Présidente de la
7^e Conférence



Dr Monsef Benkirane
Co-Président de la
7^e Conférence

→ L'AFRAVIH

Créée en mars 2009 et présidée par Christine Katlama, l'Alliance francophone des acteurs de santé contre le VIH/Sida (AFRAVIH) « officialise l'activité de réseaux de collaborations existant depuis de nombreuses années. Elle montre que la francophonie s'organise et qu'elle trouve un champ d'application dans la lutte contre le VIH ». L'association est un vecteur permettant de renforcer la solidarité Nord/Sud et Est/Ouest au sein de la francophonie, au travers :

- du développement des échanges professionnels et de la circulation de l'information entre les différents acteurs ;
- de la promotion et du soutien des actions de formation ;
- du partage de l'expertise scientifique ;
- de la promotion d'actions et de recherches contre le VIH/Sida ;
- du développement des pratiques de santé publique, à travers un réseau francophone d'acteurs de santé impliqués dans la lutte contre le VIH.

Plus d'information : www.afravih.org

→ Fondamentaux et enjeux

Après les conférences AFRAVIH de Casablanca en 2010 et Genève en 2012, Montpellier accueille l'édition 2014 dédiée au VIH et aux hépatites.

Montpellier s'enorgueillit d'abriter l'une des plus anciennes facultés de médecine du monde en activité, créée en 1289. La renommée de cette école tient en particulier en sa capacité d'accueillir des savants venus d'horizons, de cultures et de croyances différentes, devenant un centre d'échanges et de progrès entre les médecines du nord et du sud de la Méditerranée.

Aujourd'hui, Montpellier est l'un des sites les plus actifs de la recherche sur le VIH en France. Il abrite de nombreux instituts de recherche à vocation internationale, allant de la recherche fondamentale à la recherche appliquée, accueillant des scientifiques et acteurs de santé du monde entier.

S'inscrivant dans cette tradition, la 7^e Conférence internationale francophone sur le VIH et les hépatites se propose d'être un carrefour d'échanges scientifiques entre le Nord et le Sud. Au-delà des distances géographiques, la conférence rassemble une communauté d'acteurs (chercheurs, professionnels de santé, associations...) partageant une langue et des valeurs communes, autour de trois objectifs principaux :

Partager les connaissances scientifiques issues de plusieurs disciplines (biologie, thérapeutique, épidémiologie, santé publique, socio-anthropologie, politique), afin d'identifier les perspectives de recherches futures.

Partager les expériences, afin d'améliorer les pratiques de soins, de prise en charge médicale et sociale des patients et guider les stratégies de santé publique.

Partager un engagement commun, afin de rassembler et d'animer la communauté professionnelle francophone qui lutte contre la pandémie.

Le programme scientifique, sur quatre jours, comprendra une formation pré-conférence, trois conférences plénières, une trentaine de sessions orales et de longs créneaux horaires dédiés aux discussions autour de posters (près de 350 communications sélectionnées).

La 7^e Conférence ne manquera pas, comme les années précédentes, de faire la part belle aux boursiers, en permettant à plus de 150 soignants, chercheurs et représentants associatifs originaires surtout d'Afrique subsaharienne et du Maghreb, d'assister gratuitement à la conférence.

Les grandes thématiques de la conférence

→ VIH : dépistage et traitements, la recherche avancée

Avancées en matière de stratégies de dépistage

De grands progrès ont été accomplis dans le dépistage du VIH. Néanmoins, des défis restent posés pour atteindre les populations les plus exposées au risque d'infection. La conférence AFRAVIH est l'occasion de discuter des nouvelles approches proposées et des questions éthiques qu'elles soulèvent :

- Les modalités de dépistage ont évolué au cours de la dernière décennie. La notion de « conseil-dépistage volontaire », qui a longtemps été le seul mode accepté, est aujourd'hui dépassée.
- Le dépistage de routine à l'initiative du soignant est de plus en plus répandu. La plupart des données montrent qu'il contribue à augmenter la fréquence du dépistage, sans problèmes majeurs du point de vue du consentement et de la confidentialité.
- Le conseil de prévention post-dépistage et le suivi des personnes restent insuffisamment développés.
- La prévention de la transmission mère-enfant (PTME) a fait de grands progrès. Son application reste parfois problématique, particulièrement dans des situations de vulnérabilité des femmes et quand celles-ci n'ont pas accès aux services de santé.
- De nouvelles modalités de dépistage contribuent à augmenter la fréquence du dépistage : les campagnes, les services mobiles qui ciblent diverses populations, le dépistage à domicile, les services liés aux lieux de travail, aux lieux de culte, ainsi que l'auto-test. Elles représentent des avancées réelles, mais certaines soulèvent des questions d'éthique et d'exécution.



©IRD/Joseph Fumtim : campagne de dépistage du VIH/sida au Cameroun

Allocation des ressources et efficacité des stratégies

Tests diagnostics, traitement et prévention de l'infection au VIH, renforcement du premier accès aux soins et de la compliance ont montré leur efficacité. L'un des plus grands défis aujourd'hui et pour les années à venir est d'améliorer l'efficacité clinique et économique, ou « coût-efficacité », de l'utilisation de ces interventions. Comment utiliser des ressources limitées de la meilleure façon possible, pour les individus et dans le cadre d'une politique de santé publique ? Les points suivants sont ici essentiels :

- Définir et comprendre l'efficacité et le coût-efficacité dans la prévention et les soins du VIH
- Différencier coût-efficacité et accessibilité financière aux soins

Lors de la conférence, les participants débattront de la question suivante : comment réunir les données épidémiologiques, cliniques et économiques dans des contextes précis ou multiples, afin d'identifier les stratégies les plus efficaces et les plus rentables, les plus efficaces pour la prévention et le traitement de l'infection au VIH ? Les réponses apportées à ces questions conditionnent le succès attendu d'une stratégie mondiale de maîtrise de l'infection à VIH.

Stratégies thérapeutiques du futur

Les bénéfices de la thérapeutique antirétrovirale sont démontrés. Le contrôle de la charge virale dès la primo-infection permet de limiter l'expansion virale dans les réservoirs cellulaires, favorisant peut-être à terme la possibilité d'une rémission de la maladie. De plus, après l'étude interventionnelle HPTN 052 chez des couples hétérosexuels, l'étude observationnelle européenne Partner confirme que le contrôle de la réplication virale réduit à quasi néant - juste l'espace de l'intervalle de la confiance statistique - la contagiosité dans des couples, qu'ils soient hétérosexuels ou homosexuels.

L'ensemble de ces éléments - bénéfice individuel et collectif du traitement antirétroviral - fait basculer partout dans le monde les recommandations vers un traitement plus précoce de l'infection VIH. La France et les Etats-Unis ont notamment abandonné tout critère de lymphocytes CD4 pour débiter le traitement antirétroviral. Parallèlement, au cours de ces dernières années, les traitements antirétroviraux ont gagné en puissance, en tolérance et en simplicité. La nécessité de maintenir le traitement à vie, l'augmentation du risque de toxicité liée aux molécules en parallèle des comorbidités impose de se poser de nouvelles questions quant aux stratégies thérapeutiques à utiliser au cours d'une vie de séropositif.

Une question essentielle de thérapeutique antirétrovirale est de se demander s'il faut traiter tous les patients de la même manière au tout début de l'infection avec des CD4 élevés et une charge virale faible, ou à un stade plus évolué, ou encore chez un malade dont la charge virale est contrôlée depuis des années avec une parfaite restauration immunitaire ?

Il n'est pas question de remettre en cause le bien fondé d'une trithérapie faite de deux analogues nucléosidiques combinés à un troisième agent d'une classe différente chez une vaste majorité de patients. En revanche, faut-il poursuivre invariablement une trithérapie dans toutes les situations ? Faut-il continuer à utiliser pour chaque molécule les doses définies par les procédures d'enregistrement des années auparavant dans un autre contexte ? Probablement non. Certaines études, qui ont évalué une réduction de posologie de l'efavirenz ou d'un inhibiteur de protéase, ont montré que des doses plus faibles sont aussi efficaces et mieux tolérées.

En revanche, l'administration d'une trithérapie - fut-elle sous forme d'un seul comprimé - augmente le risque potentiel de toxicité au long cours, d'autant plus que les effets secondaires observés, même minimes, sont de même nature pour certains que les effets du vieillissement. Comment prescrire à chaque patient le traitement minimal qui va permettre de contrôler le plus complètement possible la réplication virale ? Comment adapter le traitement le plus efficace à chaque moment de la vie d'un patient ?

Si ces vingt dernières années ont conduit à obtenir ces résultats exceptionnels en terme d'efficacité virologique – autour de 90 % –, les années qui viennent vont nécessairement nous propulser dans l'ère écologique du traitement. Le dogme est le contrôle de la réplication du virus, peu importe la manière d'y arriver. La trithérapie n'est pas le dogme. Les nouveaux médicaments ont réussi à combiner puissance et robustesse. Peut-on imaginer des schémas différents, des stratégies plus « légères » en termes de poids médicamenteux et pourtant assez puissantes pour ne jamais laisser la place à la réplication virale ? L'innovation thérapeutique a toujours été au rendez-vous dans l'infection VIH. D'ores et déjà pointent des traitements combinés dans des nanoparticules qui seront administrés tous les mois, voire tous les trois mois. Quelle révolution depuis la vingtaine de gélules et les prises toutes les trois heures des années 90 !

→ Hépatites

Hépatite B : difficultés au Sud, contrôle au Nord

L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) touche environ 350 millions d'individus à l'échelle planétaire, soit dix fois plus que l'infection par le VIH. L'hépatite B est une maladie silencieuse encore largement négligée.

Le VHB partage des modes de transmission communs avec le VIH. Ainsi, leur co-infection est fréquente et représente aussi un élément clé dans la prise en charge des patients VIH/Sida. Alors que la proportion de patients infectés par le VHB excède rarement 1 % de la population globale des pays occidentaux, elle dépasse 8 % dans de nombreux pays du Sud (Afrique et Asie particulièrement).

L'infection par le VHB est une cause majeure d'hépatite chronique, de cirrhose et de cancer du foie (carcinome hépatocellulaire), un des cancers le plus fréquents dans les pays du Sud, au pronostic fatal, affectant des sujets jeunes souvent âgés de moins de 40 ans.



©IRD/Rose-Marie Ojeda :
étude du VHB en laboratoire au Chili

Ces dernières années ont vu émerger des progrès majeurs en matière de prévention et de prise en charge de l'hépatite B grâce à la commercialisation d'un vaccin désormais disponible à faible coût, mais aussi grâce à de nouveaux outils diagnostiques et à de nouveaux traitements très efficaces et mieux tolérés. Paradoxalement, les pays du Sud, majoritairement touchés par l'infection, ont très peu bénéficié de ces avancées médicales.

La majorité des pays du Sud ont adopté des mesures de vaccination universelle des enfants contre l'hépatite B, dans le cadre du programme de vaccination élargi recommandé par l'OMS. Néanmoins, la couverture vaccinale reste basse, les enfants sont souvent vaccinés tardivement et les femmes enceintes ne sont pas systématiquement dépistées pour le VHB.

Les nouveaux traitements pour l'hépatite B sont largement disponibles dans les pays du Nord mais leur accès reste extrêmement limité dans les pays du Sud. Parmi ces traitements, certaines molécules prescrites pour les patients infectés par le VIH sont également efficaces pour le traitement de l'hépatite B, mais ne sont malheureusement pas disponibles pour les patients non VIH souffrant d'hépatite B dans les pays du Sud. Ainsi, l'épidémie de VIH/Sida stigmatise paradoxalement les malades non infectés par ce virus et pousse le paradoxe à son comble en favorisant « l'espoir » par certains patients d'être contaminés par le VIH, qui offre souvent plus d'opportunités de traitement que les autres maladies.

L'amélioration du dépistage et de la prise en charge de l'hépatite B reste un défi sanitaire majeur dans les pays du Sud et représente la première étape pour le contrôle de l'épidémie de cancer du foie dans cette partie du monde. Ce défi ne pourra pas être relevé sans le soutien des agences internationales de santé, des gouvernements locaux, de l'industrie pharmaceutique et de la communauté médicale et scientifique.

Hépatite C : vers la guérison universelle ?

L'histoire de l'hépatite C a 25 ans, puisque c'est en 1989 qu'a été identifié le virus C. On estime à 180 millions le nombre de personnes infectées dans le monde, ce qui fait de cette maladie un problème de santé global. Sa gravité est liée au risque d'évolution vers la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire.

Bien que difficile à traiter, l'hépatite C est curable. Le succès du traitement dépend de plusieurs facteurs : génotype du virus, sévérité de l'atteinte hépatique caractérisée par le degré de fibrose, maladie associée telle que l'infection à VIH. Si l'on prend l'exemple du virus C de génotype 1 le plus fréquemment rencontré dans le monde, les progrès thérapeutiques ont été considérables, avec un taux de succès passé de 11 % au début des années 90 (lorsque l'Interféron était utilisé 3 fois par semaine en monothérapie) à près de 70 % en 2010, avec des stratégies associant l'Interféron pégylé une fois par semaine, la ribavirine tous les jours et les antiprotéases d'action directe de première génération (bocéprévir ou télaprévir).

Ces progrès thérapeutiques ont été amoindris par les nombreux effets secondaires essentiellement liés à l'Interféron, mais également aux conséquences hématologiques de la prise de ribavirine.

En 2014, nous sommes entrés dans une nouvelle ère thérapeutique : les nouvelles stratégies combinent des agents antiviraux d'action directe administrés pendant des durées courtes (12 à 24 semaines), sans Interféron et bientôt sans ribavirine. Elles vont permettre d'obtenir des taux de guérison de 80 à 100 %, avec un taux d'effets secondaires nettement diminué.

Cependant, 95 % des 180 millions de personnes infectées dans le monde vivent dans des pays à ressources limitées. Se pose ainsi la question de l'accessibilité au traitement, en raison du coût des nouveaux médicaments. En s'inspirant de l'exemple du VIH, tout l'enjeu est d'avoir une vision universelle de la prise en charge de cette maladie. Ceci nécessite d'identifier des priorités de recherche et des mécanismes de financement global. Une mobilisation politique associée à celle de la communauté médicale doit impérativement se renforcer pour favoriser la disponibilité des traitements pour les patients qui en ont besoin.

→ Populations clés

Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes au Sud

Aujourd'hui encore, l'homosexualité reste pénalisée dans 39 pays en Afrique. On observe même un durcissement de cette pénalisation dans certains pays (Nigeria, Ouganda). Pourtant les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) sont identifiés dans la plupart des programmes nationaux de santé comme l'un des groupes clés de la lutte contre le sida.

Ce sont les associations, qu'elles soient généralistes ou identitaires, qui mettent principalement en œuvre des programmes à destination directe des HSH, tels que la création de centres de santé communautaires.



©IRD/ Elisabeth Deliry Antheaume : campagne de prévention en Afrique du Sud

Peu d'actions sont mises en place par les pouvoirs publics malgré leur inscription dans les plans stratégiques nationaux de santé. Même les structures de santé publique ne sont pas préparées à accueillir ces patients, ce qui renforce la discrimination déjà subie par les HSH au sein de ces structures.

De plus en plus de moyens sont mobilisés pour la prise en charge des groupes vulnérables. Mais ces financements, largement captés par de grandes ONG et les Etats, atteignent rarement leur cible finale, contribuant ainsi à limiter et à réduire la qualité de service proposée aux HSH.

Afin d'améliorer leur prise en charge, il est primordial de travailler notamment sur le contexte légal, en abrogeant les lois discriminatoires, qui contribuent à freiner l'accès aux soins de cette population. Il serait également judicieux d'associer des membres de ce groupe clé dès la conception des programmes les concernant et de ne pas seulement les confiner au rôle de pairs éducateurs. « Faire avec et non pour » contribuera à proposer des réponses adaptées aux besoins.

Enfin, les organismes d'octroi des financements devraient s'assurer, lors de l'attribution des fonds, que la voix des populations concernées a été prise en compte et que leurs besoins réels seront effectivement couverts.

Usagers de drogues

Dans un contexte épidémique général où, enfin, l'incidence de l'infection à VIH commence à diminuer dans certains pays, notamment en Afrique, sont essentiels les messages de prudence et les recommandations qui visent à attirer l'attention sur la population clé des usagers de drogues et les régions où l'épidémie continue à progresser (Asie centrale et Moyen-Orient), principalement à travers l'usage de drogues injectables.



© ESTHER : centre de traitement à la méthadone au Vietnam

Après de nombreuses années de criminalisation, de politiques répressives, de stigmatisation, de déni d'accès aux soins, le vent commence doucement à tourner : les questions de drogues, d'usage, de prévention, de traitement et de soins des addictions sont de plus en plus au centre des préoccupations (conférences, communications et politiques de santé publique).

Les solutions se discutent et se mettent en place encore trop lentement. Le sujet n'est plus tabou là où il l'était encore très récemment, notamment en Afrique subsaharienne.

En France comme en Afrique ou en Asie, des équipes de recherche, des experts engagés et volontaristes luttent pour que les dimensions de cette problématique soient justement prises en compte afin que cesse le scandaleux retard de la prise en charge individuelle et collective de ceux qui sont victimes de ces pathologies.

Détenus

En Europe, l'accès aux soins et à la prévention des risques infectieux en prison reste une problématique majeure de santé publique dans la majorité des Etats, malgré des recommandations précises et sans cesse réactualisées de l'OMS et de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC). La population carcérale cumule les difficultés : précarité sociale, difficultés administratives, prévalence élevée des troubles psychiatriques (34 % présentent au moins un trouble psychiatrique), conduites addictives fréquentes, prévalences élevées du VIH (2 %) et des hépatites virales (4,8 % pour le VHC contre 0,84 % pour la population générale), dans un environnement violent, propice aux pratiques à risques.

Cela justifie le développement de dispositifs au moins équivalents à ceux disponibles en milieu libre. Or, ceux proposés le sont souvent *a minima*, la prison restant un lieu hautement « sensible », enclave de « droit » spécifique dans la société civile. Des stratégies de prévention existent, mais elles ne sont pas accompagnées d'une politique de santé publique destinée à leur donner une réelle assise dans cet environnement complexe.



© Gilles Brucker :
prison de Mpimba au Burundi

En Afrique, les prisons font face à des problèmes importants : surpopulation, conditions de vie insalubres, malnutrition et violence... La mise en œuvre d'actions sanitaires concrètes en direction des détenus reste limitée sur l'ensemble du continent. La prévalence du VIH chez les prisonniers est plus élevée que la moyenne nationale. Nombre d'entre eux sont séropositifs pour le VIH à l'entrée, mais le VIH se transmet aussi dans les prisons, par des relations sexuelles, consentantes ou obtenues par la violence, par l'usage de drogues ou l'utilisation d'objets tranchants.

L'UNODC a publié en 2012 des recommandations sur la prévention du VIH en prison, prônant la déclinaison de 15 mesures complémentaires indispensables. Certaines sont déjà appliquées en France, mais plusieurs sont absentes (prévention des violences sexuelles, programmes d'échange de seringues, prévention des contaminations par tatouage, piercing...) ou partiellement appliquées, comme l'a montré l'inventaire ANRS-Pri des mesures de réduction des risques infectieux en prison en France en 2011.

En Afrique, l'amélioration des conditions de détention dans les prisons est rendue extrêmement difficile car la surpopulation carcérale peut atteindre des niveaux alarmants. En Côte d'Ivoire par exemple, la maison d'arrêt et de correction d'Abidjan accueille 4 700 détenus pour 1 500 places, soit 313 % de surpopulation. Au Cameroun, la prison centrale de Douala, supposée accueillir 800 détenus, en compte plus de 3 000. Au Bénin, la surpopulation de la prison de Cotonou atteint 290 %. Il est urgent d'agir.

Depuis 2008, un programme de lutte contre le VIH/Sida est mené dans la plus grande prison de Côte d'Ivoire. Il met en œuvre des activités de réduction de la transmission du VIH, de diagnostic et de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH au sein de la prison. Depuis 2012, ce programme s'est étendu à huit autres prisons de Côte d'Ivoire grâce à un financement du Fonds Mondial. Son originalité réside dans l'implication des détenus et de leurs gardiens : 80 pairs éducateurs ont été formés pour assurer la sensibilisation des nouveaux et des anciens détenus, des gardiens au dépistage. Ils aident l'équipe médicale dans le suivi des patients.

Enfants et adolescents

La prise en charge médicale et pluridisciplinaire des adolescents et jeunes adultes porteurs du VIH exige des soignants une connaissance et une attention particulière à l'égard de cette période spécifique qu'est l'adolescence, d'autant plus complexe du fait du VIH. En effet, être adolescent séropositif, c'est devoir affronter les bouleversements et la « position dépressive » qu'est l'adolescence (un « entre temps » fait du deuil de l'enfance avec ses séparations, ses transformations corporelles et sexuelles...), tout en composant avec le virus du sida. Dans cette double problématique identitaire, la question du « qui suis-je et où vais-je ? » reçoit en réponse la séropositivité (je « suis » séropositif).



© IRD/ Maurice Fay :

campagne de prévention auprès des adolescents au Burkina Faso

L'histoire de la séropositivité s'écrit cependant différemment selon qu'on est séropositif et contaminé depuis l'enfance, ou qu'on devient séropositif pendant l'adolescence ou au moment de l'entrée dans la vie adulte.

L'adolescence reste également marquée par la stigmatisation associée à la maladie, souvent associée au secret et à l'isolement.

Pour les uns, l'accompagnement, tant au plan médical que psychologique, s'inscrit dans un processus de suivi au long cours jusqu'au moment du passage vers les services adultes. Pour les autres, le suivi médical débutera d'emblée chez les adultes, l'annonce de la séropositivité pendant l'adolescence pouvant constituer un traumatisme psychique important, surgissant au moment même où la question identitaire et existentielle se pose. Dans un cas comme dans l'autre, les équipes de soins pluridisciplinaires, qu'elles soient pédiatriques ou non, sont confrontées à la nécessité d'une prise en charge adaptée aux turbulences de cette « entre-deux » période de la vie (gestion des conduites à risques tournées essentiellement vers la non-adhésion aux soins et une sexualité non protégée, comportements transgressifs, nécessité de préparer la transition vers un service de prise en charge adulte pour certains enfants...).

Comme pour le suivi de l'adolescent ou du jeune adulte nouvellement contaminé, le service d'adulte devra alors lui aussi se remettre en question et composer avec une prise en charge adaptée à la spécificité du suivi adolescent, car l'accueil de ce dernier devra être différent de celui des adultes plus âgés.

Le « challenge » de la prise en charge pluridisciplinaire du jeune patient séropositif lors de la traversée de l'adolescence est d'importance, puisqu'il reste l'enjeu d'une entrée optimale dans les soins adultes et au long cours.

→ Perspectives : vers « l'éradication » du VIH ?

Réponse au VIH : l'Afrique francophone est-elle en retard ?

La notion d'espace francophone et anglophone en Afrique ne correspond pas à la représentation géographique binaire communément admise : d'un côté, il existerait une Afrique de l'Ouest et centrale francophone, de l'autre une Afrique de l'Est et australe anglophone. C'est vite oublier qu'il existe une Afrique francophone au Nord, à l'Est et au Sud et que sur les 15 pays que compte l'Afrique de l'Ouest, cinq sont anglophones, comme le Nigéria avec ses 160 millions d'habitants.

La différence se porte-t-elle sur les financements accordés à la santé ? Pas vraiment, si l'on regarde les chiffres. Sur les 23 pays de l'Union africaine accordant plus de 10 % de leur budget à la santé, douze sont anglophones, neuf francophones, trois lusophones. Seuls deux pays, un anglophone (le Botswana) et un francophone (le Rwanda), ont répondu à la promesse d'Abuja de consacrer 15 % de leur budget à la santé.

En ce qui concerne les financements apportés par les pays dans la lutte contre le VIH, contrairement à une idée reçue, les pays francophones ne sont pas plus en retard que les anglophones. Pour les financements bilatéraux, les pays francophones apparaissent défavorisés : ils bénéficient en général majoritairement de financement multilatéral à travers le Fonds mondial et ont peu de soutien bilatéral, *via* la France ou plus exceptionnellement les Etats-Unis (programme PEPFAR). Les pays anglophones, en revanche, reçoivent des fonds provenant de l'aide multilatérale ainsi que de multiples bailleurs dans un cadre bilatéral, à travers le PEPFAR principalement et les agences de coopération des pays de langue anglaise (Australie, Canada, Grande-Bretagne, Etats-Unis).

Ces différences ont des conséquences sur la couverture en antirétroviraux (ARV), qui se révèle être plus importante dans les pays anglophones. En revanche, la prise en charge des patients est similaire quelque soit l'espace où on se situe : les patients consultent tardivement et aucune différence n'est constatée sur le choix du seuil de début des ARV (moins de 350 CD4 dans la majorité des pays).

Concernant le choix des ARV, dans les pays anglophones, le ténofovir est plus prescrit en première ligne de traitement, les pays francophones privilégiant dans leur majorité la zidovudine. Paradoxalement, c'est dans l'espace anglophone que l'on retrouve la majorité des patients sous stavudine en première ligne, alors que ce médicament ne devrait plus être prescrit .

Concernant la prophylaxie de la transmission mère/enfant, l'option B¹ de l'OMS est pratiquement consensuelle dans la majorité des pays africains. Sur les 22 pays prioritaires de cette institution (15 anglophones, 5 francophones, 2 lusophones), l'option B+² n'est pratiquée que dans trois pays anglophones et l'option A³ que dans deux pays anglophones, le Nigéria et le Kenya.

Il existe deux exemples où l'Afrique francophone montre un retard évident. Le premier concerne la délégation des tâches, qui n'est toujours pas entrée dans les mœurs et se heurte à un blocage des médecins et des gouvernants. L'autre exemple est celui de la recherche et de la valorisation scientifique : la balance penche nettement en faveur des anglophones, qui comptabilisent près de 10 fois plus de publications. Au regard de la barrière que représente la langue anglaise employée pour

¹ Option B : traitement par trithérapie antirétrovirale de la mère pendant la grossesse et l'allaitement, et administration quotidienne de névirapine à l'enfant pendant 6 semaines).

² Option B+ : traitement de la mère par trithérapie ARV initié pendant la grossesse et ensuite pris à vie, quelque soit le stade de l'infection.

³ Option A : traitement par trithérapie ARV de la mère avant l'accouchement, pendant l'accouchement et post-partum pendant 7 jours.

les publications et le nombre de chercheurs, l'Afrique francophone se révèle plus défavorisée qu'en retard.

Si l'Afrique francophone apparaît en retard dans certains domaines de la lutte contre le VIH, force est de constater qu'en dehors des pays d'Afrique australe, des insuffisances sont également constatées dans l'espace anglophone. Il apparaît que, pour surmonter les écarts, les décideurs des pays francophones devraient davantage soutenir les chercheurs, les soignants et les associations engagés dans la bataille contre le VIH.

Vers la guérison fonctionnelle du VIH ?

Les succès des thérapies antirétrovirales (ART) sont contrebalancés par leur incapacité à éradiquer l'infection VIH-1, imposant un traitement à vie toujours associé à des toxicités potentielles et à des coûts cumulatifs. L'objectif de la guérison, comprenant au mieux l'éradication virale, ou au minimum une rémission (contrôle à long terme du VIH en l'absence d'ART), a ré-émergé récemment comme but ultime des traitements. Ce concept de l'éradication a été validé avec les rapports de guérisons exceptionnelles : d'abord chez « le patient de Berlin » puis, plus récemment, par la guérison probable chez le « bébé du Mississippi ».

En revanche, l'objectif de la rémission semble plus réaliste. Il a été illustré récemment par les contrôleurs post-traitement (CPT), contrôlant durablement le VIH-1 après arrêt d'un traitement initié tôt en primo-infection. Ces sujets semblent différer, au moins sur le plan génétique, des Elite contrôleurs exceptionnels (EC).

Ces succès ont ouvert la voie à la recherche de stratégies thérapeutiques innovantes capables *in vitro* de réactiver le provirus dans les réservoirs et en cours d'essais cliniques afin de tenter de purger ces réservoirs du VIH-1. Cependant, les résultats modestes obtenus à ce jour illustrent les importants obstacles à l'éradication du VIH. Ils soulignent la nécessité d'une recherche plus fondamentale et translationnelle afin de mieux comprendre les mécanismes de persistance du VIH-1 au cours d'ART et d'identifier les caractéristiques des rares cas de « rémission ».

Vers des immunothérapies nouvelles : les anticorps neutralisants anti-VIH

Il est communément admis que certaines catégories d'anticorps dits « neutralisants » sont en grande partie responsables de la protection contre les infections virales suite aux vaccinations ou de la protection contre les ré-infections après une primo-infection. Ces anticorps neutralisent *in vitro* l'infection de cellules cibles par les virus. En empêchant les premières étapes de l'infection des cellules cibles, ils protègent également de l'infection *in vivo*. L'une des raisons des échecs de vaccination contre le VIH est qu'il est indispensable de pouvoir faire face à la très grande diversité et à l'évolution génétique très rapide de ce virus. Aucun prototype vaccinal développé à ce jour n'a été capable d'induire une réponse immunitaire adaptée à cette diversité.

Grâce à de nouvelles méthodes associant tri et culture de clones de lymphocytes B, *screening* à haut débit de l'activité neutralisante et clonage des gènes d'immunoglobulines, des anticorps monoclonaux humains, largement neutralisants et extrêmement puissants, ont été obtenus ces dernières années à partir de très rares patients infectés par le VIH ayant développé des anticorps neutralisants dits de « large spectre ». *In vitro*, ces anticorps largement neutralisants sont susceptibles d'inhiber l'infection d'une grande diversité de variants VIH.

Il vient d'être montré *in vivo*, dans des modèles animaux, qu'ils sont efficaces pour prévenir l'infection par le VIH-1 en prophylaxie (protection passive par administration pré-exposition) et qu'ils semblent posséder un potentiel thérapeutique en contribuant au contrôle de l'infection en administration post-exposition.

Une étape majeure a été franchie et il est envisagé de réaliser des essais cliniques chez l'homme dans un avenir proche avec certains de ces anticorps monoclonaux. Ils pourraient être délivrés par administration intra-musculaire ou par des vecteurs viraux non-intégratifs, se rapprochant ainsi d'une thérapie génique préventive (« immunoprophylaxie vectorisée »). Un obstacle pourrait cependant venir obscurcir cette vision optimiste : le VIH semble évoluer au cours de l'épidémie vers une plus grande résistance aux anticorps neutralisants.

Sciences sociales : les défis du contrôle de la transmission du VIH

Trois approches de santé publique annoncent la possibilité d'éliminer la transmission du VIH et, même, à terme, d'« éradiquer » l'épidémie :

- Le *test'n'treat*, ou le dépistage et le traitement systématique (et les variantes plus « douces » telles que *treatment for prevention* ou *treatment as prevention*)
- La prophylaxie pré exposition (PPE) pour les personnes à risque
- L'utilisation de l'épidémiologie moléculaire pour identifier les réseaux sexuels et cibler les *hotspots* ou les foyers d'éclosion

Sur le plan historique, on peut qualifier de tournant l'espoir de cette éradication. Amorcé avec la démonstration de l'efficacité des trithérapies dès 1994, ce tournant se confirme avec la « prévention biomédicale ». On parle d'une « biomédicalisation » de la réponse à l'épidémie. Par cela, il faut souligner l'importance croissante accordée à l'utilisation de technologies biomédicales (médicaments, mais aussi épreuves diagnostiques, microbicides, circoncision masculine, vaccins...), pas seulement pour traiter mais également pour prévenir.

Cependant, trois « mythes » restent à contrer :

- Celui d'une frontière étanche entre le « comportement » ou le « social » et entre le « biologique » ou le « biomédical »
- L'idée que la biologie est invariante et la culture variable
- Et surtout que les sciences sociales devraient se limiter à faciliter la mise en œuvre d'interventions biomédicales, et que son rôle critique serait un luxe académique que l'on ne peut se permettre car il serait « anti-médical ».

La promesse de ces technologies biomédicales nous engage à impliquer davantage les sciences sociales pour réussir le pari d'en finir avec le sida. Pourquoi ? Parce que leur efficacité est conditionnée par une grande adhésion sociale, autant par les individus que par les collectivités. Leur utilisation peut transformer les relations sociales avec des conséquences difficiles à prévoir et potentiellement néfastes ou, au contraire, synergiques. Enfin, parce que l'importance des enjeux nécessite une compréhension du contexte politique, social et économique pour assurer une mise en œuvre stratégique.

Plus que jamais la contribution des sciences sociales apparaît comme une nécessité pleine et entière pour le succès durable de la maîtrise de la transmission du VIH, sous toutes les latitudes.

Informations pratiques

→ Programme

Cérémonie d'ouverture : dimanche 27 avril 18h

Sessions plénières

Plénière n°1 : lundi 28 avril, 8h30 - 10h :

- Le dépistage-conseil du VIH : avancées, défis et aspects éthiques
- Les stratégies thérapeutiques du futur
- Hépatite C : vers la guérison universelle ?

Plénière n°2 : mardi 29 avril, 8h30-10h :

- Hôte/virus : un couple évolutif
- Hépatite B : difficultés au Sud, contrôle au Nord
- Réponse au VIH : l'Afrique francophone est-elle en retard ?
- Vers la rémission/guérison du VIH ?

Plénière n°3 : mercredi 30 avril, 10h30 - 12h :

- Les anticorps neutralisants anti-VIH : concepts anciens pour des idées nouvelles, perspectives immunoprophylactiques et immunothérapeutiques
- Sciences sociales : enjeux et défis à l'heure de « l'éradication » du VIH
- Allocation des ressources et efficacité des stratégies

Sessions spécifiques (voir horaires sur www.sessionplan.com/afravih2014)

- Prévention biomédicale du VIH
- De la prévention mère/enfant à l'éradication de la transmission mère-enfant
- Dépistage
- Physiopathologie du VIH (réservoir, inflammation)
- Stratégies thérapeutiques rétrovirales
- Comorbidités VIH avec des sessions spécifiques sur le cancer, la tuberculose, les infections opportunistes et les troubles cardiovasculaires ou métaboliques
- Infection VIH chez l'enfant
- Adolescents et jeunes adultes nés avec le VIH
- Suivi biologique dans le contexte Sud
- Pharmacologie et monitoring
- Résistance aux ARV
- Observance et perdus de vue
- Populations clés
- Toxicomanie et addictions
- Homosexualité au Sud
- VIH et hépatites en milieu carcéral
- Financement des programmes de prise en charge
- Associations et médiateurs face à la crise de financement des programmes au Sud
- Ethique
- Hépatites virales B et C
- La formation et la délégation des tâches
- Santé sexuelle et adolescents au Sud

Deuxième séminaire sur la recherche fondamentale de l'ANRS : dimanche 27 (13h - 18h30) et lundi 28 avril (8h30 - 18h).

Deuxième journée internationale des médiateurs du GIP Esther : dimanche 27 avril (9h - 15h45).

Cérémonie de clôture : mercredi 30 avril, 12h - 13h

Retrouvez l'intégralité du programme :
www.sessionplan.com/afra vih2014

→ **Espace presse**

Conférences de presse :

- **Lundi 28 avril à 12h**, salle Barcelone : **Enjeux de la 7^e Conférence AFRAVIH**

Participants : Eric Delaporte (président de la 7^e Conférence et directeur de recherche à l'IRD) ; Christine Katlama (présidente de l'AFRAVIH et professeur de médecine en maladies infectieuses à la Pitié-Salpêtrière), Georges-Philippe Pageaux (professeur des universités et praticien hospitalier au CHU Saint Eloi de Montpellier), Isabelle Andrieux-Meyer (Médecins sans frontières), Serge Eholié (professeur au CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire) et Sinato Koulla-Shirou (ministère de la Santé du Cameroun).

- **Mardi 29 avril à 12h**, salle Barcelone : **Populations clés**

Participants et thèmes :

- Homosexualité au Sud : Christophe Broqua (chercheur à l'IRD, UMI 233) et Yves Yomb (directeur général d'Alternatives Cameroun)
- Addictions : Marie Jauffret (Institut de veille sanitaire)
- Prison : Laurent Michel (CSAPA Pierre Nicole, Paris) et Jeanne d'Arc Assemien (point focal GIP Esther)
- Enfants/Adolescents et VIH : Nadine Trocmé (psychologue clinicienne à l'hôpital d'enfants Armand Trousseau) et Mariam Sylla (co-présidente de la 7^e Conférence et Solthis)

Contact presse :

- Cristelle Duos : presse@ird.fr, 04 91 99 94 87 ou 06 77 20 19 35

Espace presse : www.vih2014.org/crbst_19.html

Retrouvez la 7^e Conférence AFRAVIH sur les réseaux sociaux :

<https://www.facebook.com/conference.afra vih> et <https://twitter.com/AFRAVIH>

→ Organismes et partenaires

L'AFRAVIH ADRESSE SES REMERCIEMENTS À :



CETTE CONFÉRENCE A ÉTÉ ORGANISÉE EN PARTENARIAT AVEC :



PARTENARIAT OR :



PARTENARIAT ARGENT :



AVEC LA PARTICIPATION DE :



AVEC LE SOUTIEN DE :

