



## Bulletin EACS 2025, octobre 2025

### L'Europe perd du terrain face aux objectifs de lutte contre le VIH et le nombre de décès augmente

L'Europe est la seule région du monde où les décès liés au VIH ont augmenté entre 2010 et 2022, selon la 20e Conférence européenne sur le sida (EACS 2025) qui s'est tenue à Paris. Teymur Noori, du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, a déclaré aux délégués que l'Europe n'atteindrait pas la plupart des objectifs fixés par l'ONUSIDA pour 2030. La guerre, les coupes budgétaires et les changements politiques ont mis le VIH au second plan en tant qu'enjeux de santé mondiale.

Les données dressent un tableau préoccupant : alors que les décès liés au VIH ont diminué de moitié à l'échelle mondiale depuis 2010, ils ont augmenté d'un tiers dans la région européenne de l'OMS, qui s'étend de l'Europe de l'Ouest à l'Asie centrale. Le nombre de décès est passé de 37 000 en 2010 à 51 000 en 2022, soit plus de cinq fois la cible fixée pour 2025. Une grande partie de ces décès surviennent en Russie et en Ukraine. Même dans les pays les plus riches de l'UE et de l'EEE, 2 300 décès ont été recensés en 2025, soit plus du double de l'objectif fixé.

L'analyse révèle qu'environ 30 % de toutes les personnes vivant avec le VIH en Europe, soit 620 000 personnes environ, présentent des charges virales détectables, le double de l'objectif 95-95-95 fixé pour 2030. Les avancées en termes de suppression virale ont stagné avec la COVID-19 en 2020, et les progrès restent lents depuis. En Europe de l'Est, la moitié des cas de VIH transmissibles concernent des personnes non diagnostiquées ; fait surprenant, en Europe occidentale et centrale, un tiers des personnes ayant une charge virale détectable sont sous traitement, mais sans suppression virale.

En ce qui concerne les objectifs individuels 95-95-95, l'Europe n'a atteint que le troisième : 95 % des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable. Mais seules 86 % des personnes séropositives connaissent leur statut, et seulement 71 % de toutes les personnes séropositives de la région sont sous traitement, un taux inférieur à la moyenne mondiale de 77 %.

L'accès à la PrEP reste profondément inégal : sur les 345 000 personnes ayant commencé la PrEP, plus de 70 % sont réparties dans quatre pays seulement : le Royaume-Uni, la France, l'Allemagne et l'Espagne. Bien que les femmes représentent un nombre potentiellement aussi élevé de personnes à haut risque que les hommes gays et bisexuels dans la région, l'Ukraine est le seul pays où plus de 10 % des utilisateurs de PrEP sont des femmes.

Noori a reconnu que « tout n'était pas négatif », puisque plusieurs pays ont fait des progrès, mais il a mis en garde contre « les inégalités endémiques dans toute la région européenne

quant à l'accès aux nouveaux services de prévention, au dépistage intégré et aux traitements de référence»

## **Des nouvelles directives sur l'allaitement maternel, le sommeil et l'obésité**

[La société européenne de recherche clinique sur le SIDA a publié ses nouvelles directives lors de la conférence](#), émettant de nouvelles recommandations sur l'alimentation des nourrissons, le diagnostic de l'obésité chez les personnes séropositives, et l'introduction d'un dépistage systématique des troubles du sommeil.

Les nouvelles directives sur l'alimentation des nourrissons stipulent que l'allaitement maternel doit être encouragé si les femmes qui respectent scrupuleusement leur traitement antirétroviral et dont la charge virale est indétectable souhaitent allaiter. Les directives recommandent que des informations claires et accessibles sur les risques très faibles, mais pas inexistant, de transmission pendant l'allaitement soient communiquées à toutes les femmes enceintes, de préférence bien avant l'accouchement, afin qu'elles puissent prendre une décision en concertation avec leurs prestataires de soins.

Le texte précise que l'alimentation mixte à base de lait maternel et d'aliments solides augmente les risques de transmission et doit être évitée, tandis que l'alimentation mixte à base de lait maternisé peut être envisagée dans certaines situations spécifiques. Un contrôle mensuel de la réactivation virale chez la mère est recommandé, et l'allaitement maternel devrait de préférence être limité à six mois maximum.

Les directives recommandent aux médecins de demander aux personnes séropositives « comment dormez-vous ? » tous les deux ans, et après tout changement de traitement. Si les patients signalent des troubles du sommeil, un examen plus approfondi devrait être effectué.

Les nouvelles directives introduisent une nouvelle définition de l'obésité, qui ne repose plus uniquement sur le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC). Les auteurs soulignent que l'obésité est une pathologie due à un excès de masse grasse et que le calcul de l'IMC devrait être accompagné par une mesure directe de la graisse corporelle totale par DEXA scan, ou de la graisse abdominale par le biais du tour de taille ou du rapport taille/hanches. Les personnes qui présentent un excès de graisse corporelle mais aucun dysfonctionnement au niveau des organes sont considérées comme souffrant d'obésité préclinique. Celles qui présentent un excès de graisse corporelle et un dysfonctionnement au niveau des organes souffrent d'obésité clinique. Parmi les dysfonctionnements au niveau des organes, on peut citer l'insuffisance cardiaque, la fibrillation auriculaire, les douleurs chroniques au niveau des genoux ou des hanches en raison de l'excès de poids, et des limitations importantes dans les activités quotidiennes.

Les directives présentent également de nouvelles recommandations sur le traitement antirétroviral pour les personnes qui contractent le VIH alors qu'elles utilisaient la PrEP. Les bithérapies antirétrovirales doivent être évitées, et le darunavir boosté doit être prescrit aux personnes qui prenaient du cabotégravir à action prolongée. Les directives recommandent de mesurer la charge virale avant de commencer la PrEP, surtout si un risque élevé

d'exposition au VIH a été encouru dans les six semaines précédentes. En revanche, les directives britanniques et américaines ne l'exigent pas.

## **La guérison du deuxième patient de Berlin est liée à une réponse immunitaire inédite**

Le "deuxième patient de Berlin" est en rémission du virus depuis sept ans, suite à une greffe de cellules souches. C'est la deuxième personne de Berlin (et la septième au monde) à avoir été guérie grâce à cette procédure.

[Les chercheurs ont désormais identifié le mécanisme immunitaire remarquable à l'origine de cette guérison apparente](#): une réponse des anticorps particulièrement puissante agissant de concert avec un sous-groupe inhabituel de cellules tueuses naturelles (NK). Ensemble, ces éléments semblent avoir éliminé le réservoir viral du patient après sa greffe pour une leucémie, effectuée en 2015.

Timo Trenkner du Centre médical universitaire Hamburg-Eppendorf a présenté ses résultats lors de la conférence. Les recherches ont révélé que les cellules NK du patient exprimaient un taux élevé de récepteurs NKG2A<sup>+</sup>, qui stimulent la production d'anticorps très efficaces pour neutraliser les cellules infectées par le VIH. Ces anticorps étaient plus performants que les anticorps à large spectre utilisés dans les études sur les traitements curatifs et que ceux des contrôleurs d'élite qui inhibent naturellement le VIH.

La professeure Michaela Müller-Trutwin, de l'Institut Pasteur, a commenté : « Bien que les anticorps générés par ce patient étaient assez spécifiques à sa souche particulière de VIH, ils étaient très puissants, plus aptes à neutraliser les cellules infectées par rapport à d'autres anticorps à large spectre. »

Un facteur crucial pourrait être que le patient et le donneur étaient tous deux porteurs d'une seule copie de la mutation delta-32, qui rendait leurs cellules partiellement résistantes au VIH. Cette particularité diffère de la plupart des autres cas de guérison, où les donneurs étaient porteurs de deux copies de la mutation conférant une résistance totale, alors que le donneur du « patient de Genève » ne présentait aucune mutation. Avant sa greffe, la charge virale du patient avait déjà diminué de 13 000 à 1 600 sans traitement. Cette charge virale plus faible a peut-être permis à son système immunitaire inné de développer une réponse efficace.

Prof. Müller-Trutwin a expliqué: « Une charge virale élevée semble submerger l'immunité innée », « Mais chez les personnes ayant déjà un peu, mais pas beaucoup, de virus dans le sang, cela peut permettre au système immunitaire inné de mettre en place une réponse efficace. »

Comprendre le rôle des cellules NK dans cette guérison pourrait nous aider à développer des stratégies de guérison fonctionnelle du VIH moins risquées et plus largement applicables.

**La qualité de vie des personnes âgées séropositives est comparable à celle de leurs pairs séronégatifs**

[Une étude néerlandaise comparant plus de 500 personnes âgées séropositives à un groupe témoin apparié de personnes séronégatives](#) a révélé que, si les scores relatifs à la qualité de vie étaient légèrement inférieurs chez les personnes séropositives, les différences étaient trop faibles pour être cliniquement significatives. Cependant, les personnes séropositives présentaient beaucoup plus de symptômes dépressifs, au-delà du seuil indicatif de dépression clinique.

Kevin Moody du Centre médical universitaire d'Amsterdam a présenté les résultats de l'étude de cohorte AGEHIV, qui a suivi les participants pendant 8 ans à partir de 52-53 ans jusqu'à l'âge de 60-61 ans en moyenne. Tous les participants ont rempli en début d'étude et au cours des visites de suivi, le questionnaire SF-36, largement utilisé pour évaluer la qualité de vie liée à la santé, et le CES-D, un outil de dépistage de la dépression. Les participants séropositifs suivaient tous un traitement antirétroviral et présentaient une charge virale inférieure à 200. Plutôt que de comparer avec la population générale, les chercheurs ont soigneusement apparié les participants à des personnes séronégatives fréquentant les mêmes structures de soins, notamment les cliniques de santé sexuelle, et présentant des caractéristiques similaires, notamment en termes de co-morbidités, de statut socio-économique et de mode de vie. La majorité des participants des deux groupes étaient des hommes gais et bisexuels caucasiens.

Les scores relatifs à la qualité de vie chez les personnes séropositives baissaient de deux points pour les activités physiques et d'un point pour les tâches mentales, des différences statistiquement significatives mais, selon Moody, « d'une pertinence clinique discutable ». Chose encourageante, les scores ont à peine changé en huit ans malgré le vieillissement des participants, les scores physiques ne baissant que d'un point, quel que soit le statut sérologique.

En revanche, les symptômes dépressifs reflètent une autre réalité. Si les scores sont restés stables au fil du temps, les participants séropositifs ont obtenu une moyenne de 22,4, contre 16,4 pour les participants séronégatifs. Les personnes séropositives étaient 50% plus susceptibles de signaler des symptômes dépressifs pertinents d'un point de vue clinique.

Cependant, les mesures générales de la qualité de vie telles que le SF-36 ne reflètent peut-être pas le fardeau psychologique auquel sont confrontées les personnes séropositives aujourd'hui. Moody a souligné que « le dépistage ciblé de troubles mentaux spécifiques, tels que la dépression, est probablement plus pertinent pour aborder la détresse psychologique » que les évaluations générales sur la qualité de vie.

## **La réactivation de l'hépatite B est rare après avoir changé le traitement à base de ténofovir**

[Deux études européennes montrent que la réactivation de l'hépatite B est rare lorsque les personnes séropositives](#) passent d'un traitement à base de ténofovir à d'autres traitements alternatifs, ce qui est rassurant pour les nouveaux traitements contre le VIH.

Cette question est de plus en plus pertinente d'un point de vue clinique, puisque de plus en plus de patients passent à des bithérapies ne contenant pas de ténofovir, une molécule qui est également efficace contre l'hépatite B. Environ 30 % des personnes séropositives ont des

traces d'exposition antérieure à l'hépatite B (mise en évidence par la présence d'anticorps anti-HBc), ce qui fait craindre que l'arrêt du ténofovir permette au virus de se réactiver, avec des conséquences potentiellement graves s'il n'est pas détecté, notamment une inflammation du foie, une cirrhose ou un cancer du foie.

L'étude suisse de cohorte VIH a comparé 197 personnes passant d'un traitement à base de ténofovir à un traitement contenant d'autres médicaments suppressifs de l'hépatite B (emtricitabine ou lamivudine) à 197 personnes passées à un traitement sans ces médicaments. Au cours de la période de suivi médiane de 1,3 an, 5,6 % des personnes sous traitement inactif contre l'hépatite B ont présenté des signes de réactivation, par rapport à 1,1 % des personnes bénéficiant d'une certaine protection. Cependant, tous les cas étaient bénins : l'ADN de l'hépatite B est resté en dessous des niveaux quantifiables et personne ne s'est révélé positif aux marqueurs d'infection active.

Une étude menée à Barcelone auprès de 741 personnes passant au cabotégravir/rilpivirine injectable a établi que seuls deux participants ont présenté une réactivation de l'hépatite B. Tous deux souffraient d'une infection chronique non diagnostiquée lors du changement de traitement et tous deux sont parvenus à réprimer l'infection après avoir repris un traitement à base de ténofovir.

« Nous pensons que nos résultats sont rassurants pour les personnes atteintes du VIH et positives à l'anti-HBc, ainsi que pour leurs médecins, car ils montrent qu'il est possible de passer à un traitement antirétroviral sans ténofovir », a conclu le Dr Lorin Begré de l'hôpital universitaire de Berne.

Les experts ont conclu que, même si le risque de réactivation est extrêmement faible, un accompagnement adapté et la vaccination contre l'hépatite B restent essentiels pour les personnes précédemment exposées au virus.

## **L'Ukraine utilise l'IA pour maintenir les services VIH en temps de guerre**

[Les services de santé ukrainiens déploient l'intelligence artificielle \(IA\) de manière innovante pour maintenir la prévention et la prise en charge du VIH malgré la guerre](#). Tetiana Deshko, de l'Alliance for Public Health, a décrit trois applications dans le cadre de la Conférence européenne sur le sida à Paris : des chatbots avec avatars animés, l'utilisation de l'apprentissage automatique pour optimiser l'efficacité du dépistage et la planification de la gestion des crises assistée par l'IA.

Le chatbot TWIIN utilise des « humains numériques », des avatars interactifs inspirés de vrais agents de santé communautaires et d'usagers, pour répondre aux questions sur la santé sexuelle, la consommation de drogues et les services VIH destinés aux populations clés. Selon Tetiana Deshko, ces agents incarnés créent des connexions émotionnelles plus fortes et exercent un impact plus important sur les habitudes liées à la santé que les services de type textuel. Au cours du dernier trimestre 2024, TWIIN a permis à 4 702 personnes d'accéder à des informations sur des sujets tels que la PrEP, la PEP, la prévention des overdoses, le traitement de substitution aux opiacés et le chemsex. Le chatbot dirige les usagers vers une

plateforme de télésanté où ils peuvent commander du matériel de prévention, organiser un autotest guidé ou prendre rendez-vous avec un médecin.

L'Alliance utilise également l'apprentissage automatique pour identifier les personnes nouvellement diagnostiquées susceptibles via leurs réseaux sociaux d'encourager des pairs à faire le dépistage du VIH.

Si les agents de santé ont initialement sélectionné les personnes qui recevaient des coupons et des incitations afin d'encourager le dépistage parmi leurs pairs, l'analyse par IA permet de détecter des facteurs de risque qui peuvent échapper à l'œil humain, en particulier dans les contextes de déplacement de populations susceptibles de modifier l'épidémiologie locale. En 2024, les 55 cas sélectionnés à l'aide de l'apprentissage automatique ont permis de recruter 922 pairs pour le dépistage, avec un taux de diagnostics positifs de 5,6 %. Ce résultat se compare favorablement au taux de diagnostics de 4,3 % obtenu lorsque les 67 cas sélectionnés par le personnel, avaient recruté 3 208 pairs.

Enfin, l'organisation utilise un agent conversationnel IA pour l'aider à obtenir la certification ISO 22301 pour la gestion de la pérennité des activités.

Ce point est important car l'Alliance doit être prête à maintenir la prestation de services et à protéger les données des clients en cas de crise, telle qu'une cyberattaque, un attentat à la bombe ou une défaillance des infrastructures. L'IA aide à analyser les processus critiques, les dépendances et les risques, à élaborer des plans d'urgence, à prévoir les perturbations potentielles et à apporter une aide à la décision en temps réel en cas d'incidents. Selon Tetiana Deshko, même les organisations disposant de ressources limitées peuvent ainsi accéder à la gestion de la pérennité des activités.

## **Des cas de cancer de la prostate précoces et agressifs chez les hommes séropositifs**

Selon une étude allemande présentée à EACS 2025, le cancer de la prostate chez les hommes séropositifs est diagnostiqué dix ans plus tôt que dans la population générale, et la maladie est plus susceptible d'être à un stade avancé au moment du diagnostic. Les résultats suggèrent que le dépistage du cancer de la prostate avant sa propagation pourrait être bénéfique aux hommes séropositifs.

L'étude a porté sur 161 hommes séropositifs diagnostiqués avec un cancer de la prostate dans 16 cliniques du VIH. Le diagnostic a été établi à un âge médian de 61 ans, contre 71 ans dans la population générale allemande. Au moment du diagnostic, plus d'un quart (26 %) présentaient déjà une maladie métastatique qui s'était propagée au-delà de la prostate, 59 % avaient un cancer évalué comme présentant un risque élevé de progression, et le taux moyen de PSA était considérablement élevé, à 17 ng/ml.

Les hommes dont le taux de CD4 était inférieur à 500 étaient nettement plus susceptibles d'être diagnostiqués avec un cancer de la prostate métastatique. Bien que la survie globale ait été moins élevée chez les hommes traités par radiothérapie par rapport aux autres traitements, un seul décès était directement attribuable au cancer de la prostate.

Sur la base de ces résultats, les chercheurs allemands recommandent que le dépistage du PSA commence à l'âge de 45 ans chez les hommes séropositifs, conformément aux nouvelles directives nationales allemandes.

D'autres études présentées lors de la conférence ont mis en évidence d'autres lacunes dans le dépistage du cancer. En Italie, les femmes séropositives ne se perçoivent souvent pas comme étant vulnérables au cancer de l'anus, malgré la forte prévalence de souches de HPV associées au cancer. 45 % d'entre elles refusent le dépistage.

En se fondant sur l'incidence du cancer du col de l'utérus aux Pays-Bas au cours des deux dernières décennies, les chercheurs ont conclu que le dépistage du cancer du col de l'utérus devrait privilégier les femmes jeunes, nouvellement diagnostiquées, présentant un faible taux de CD4 et les femmes qui ont récemment atteint la suppression virologique.

Par ailleurs, une étude menée dans trois pays a constaté que le dépistage du carcinome hépatocellulaire (cancer du foie) reste sous-utilisé chez les personnes co-infectées par le VIH et l'hépatite B, en particulier chez celles qui ne souffrent pas de cirrhose : seules 24 % des personnes éligibles sans cirrhose ont été dépistées, alors que beaucoup présentaient des facteurs de risque.

## **L'échec des traitements injectables contre le VIH peut limiter les options thérapeutiques futures**

Lorsque le traitement anti-VIH injectable à action prolongée à base de cabotégravir/rilpivirine échoue, plus de la moitié des personnes développent une pharmacorésistance à plusieurs classes de médicaments, ce qui peut limiter leurs options thérapeutiques futures, a rapporté le Dr Maria Mazzitelli de l'Université catholique de Rome lors de la conférence.

Les chercheurs ont examiné tous les cas publiés d'échec virologique sous cabotégravir/rilpivirine comportant des données sur la présence de pharmacorésistance. Ils ont identifié 94 cas, soit 1,3 % des personnes ayant commencé le traitement injectable dans les populations étudiées. Les chercheurs ont évalué les mutations de résistance détectées par rapport aux données sur la sensibilité virale à d'autres inhibiteurs de l'intégrase et inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI).

Sur les 45 cas pour lesquels des informations complètes sur les facteurs de risque d'échec étaient disponibles (indice de masse corporelle élevé, mutations de résistance à la rilpivirine à l'inclusion ou sous-types spécifiques du VIH), 57 % ne présentaient aucun facteur de risque et 37 % en présentaient un. Dans 29 % des cas testés, de faibles concentrations de médicaments ont été détectées, mais cela ne différait pas des personnes qui restaient sous contrôle viral, ce qui suggère que les taux de médicaments seuls ne pouvaient expliquer l'échec du traitement.

Les tests de pharmacorésistance effectués après l'échec virologique ont révélé que chez 56% des patients, le VIH présentait une pharmacorésistance à la fois à la rilpivirine et au cabotégravir, 27 % une sensibilité réduite à la rilpivirine seule et 5 % au cabotégravir seul. À l'aide de la base de données sur la pharmacorésistance de Stanford, les chercheurs ont estimé que 44 % des patients présenteraient une sensibilité réduite au dolutégravir et au bictegravir, des inhibiteurs de l'intégrase , 39 % à l'étravirine, un INNTI, et 35 % à la doravirine, un INNTI.

Cependant, la fréquence de pharmacorésistances élevées était moindre, ce qui suggère que les inhibiteurs de l'intégrase de deuxième génération pourraient encore être utilisés en association avec d'autres agents pleinement actifs dans la plupart des cas.

Une méta-analyse distincte de sept essais cliniques présentée lors de la conférence a confirmé les inquiétudes relatives au développement d'une pharmacorésistance. Bien que les taux d'échec virologique aient été similaires chez les personnes prenant du cabotégravir/rilpivirine ou un trithérapie orale à base de dolutégravir, 67 % des personnes en échec thérapeutique sous cabotégravir/rilpivirine ont développé des mutations de pharmacorésistance aux inhibiteurs de l'intégrase, alors qu'aucune des personnes sous trithérapie orale à base de dolutégravir n'en a développé. Ces résultats indiquent un risque cinq fois plus élevé de résistance aux inhibiteurs de l'intégrase.

Ces résultats soulignent l'importance d'une surveillance rigoureuse et d'une action rapide en cas de rebond viral lors d'un traitement injectable à action prolongée.