

Déclaration de consensus communautaire sur l'utilisation du traitement antirétroviral comme prévention

1. Ce document est une déclaration de consensus communautaire sur l'utilisation et la prescription d'une thérapie antirétrovirale aux personnes séropositives dans le but de réduire leurs risques de transmission du VIH.
2. Le traitement antirétroviral a évidemment considérablement réduit le nombre de décès et de maladies dues à l'infection au VIH. De plus, un [essai clinique](#)¹ HPTN 052, a maintenant prouvé de façon conclusive que le traitement antirétroviral efficace réduit considérablement les risques de transmission du VIH par voie sexuelle vaginale d'une personne séropositive. Dans cet essai, le traitement a réduit les risques d'infection au VIH de 96%. Le consensus très répandu des experts est que cette réduction des risques de contagion s'applique aussi au sexe anal et au partage de seringues.²
3. Les résultats de HPTN 052 et d'autres déclarations sur l'efficacité du traitement antirétroviral comme prévention, comme par exemple la 'déclaration suisse'³ en 2008, ont présenté aux personnes séropositives et aux personnes travaillant dans le domaine de la prévention du VIH à la fois des possibilités énormes et des défis considérables.
 - a. Mis à part son intérêt pour la santé publique, le traitement antirétroviral comme prévention a le potentiel de soulager le fardeau de la culpabilité, de l'anxiété et de la peur de la responsabilité pénale que de nombreuses personnes séropositives éprouvent à l'idée de transmettre le VIH.
 - b. De même, certains activistes communautaires s'inquiètent que l'utilisation universelle du traitement antirétroviral comme outil de prévention dans le domaine de la santé publique pourrait faire pression sur les personnes séropositives pour qu'elles prennent un traitement antirétroviral sans prendre en compte les besoins cliniques.
 - c. En outre, l'accès aux antirétroviraux pour le traitement est toujours limité au niveau mondial et dans certaines parties d'Europe. Dans certains pays, les communautés vulnérables qui en ont le plus besoin ont le pire accès au traitement anti-VIH et aux services de dépistage et de prévention,⁴ en partie à cause de la criminalisation⁵ et la stigmatisation,⁶ et de nombreuses personnes tombent toujours malades et meurent du VIH car elles n'ont pas accès au traitement antirétroviral.
 - d. En plus de son effet préventif direct et des avantages cliniques possibles pour les patients, la prescription du traitement antirétroviral est également associée à des taux beaucoup plus élevés de rétention dans les filières de soins.⁷ Et cependant, même dans certains pays riches, il n'existe toujours pas de financement pour la prescription du traitement antirétroviral aux personnes qui ne remplissent pas les critères de traitement indiqués par les directives nationales. Les pressions financières pourraient perpétuer cette situation
4. Pour les personnes séropositives donc, le plaidoyer pour la prescription du traitement antirétroviral en prévention doit comprendre et équilibrer:
 - a. Le plaidoyer pour la prescription du traitement antirétroviral aux patients qui le désirent ou doivent le prendre pour réduire les risques de transmission du VIH, même s'ils ne répondent pas aux critères de prescription du traitement;
 - b. Le plaidoyer pour protéger les droits des patients qui n'ont pas besoin de prendre un traitement antirétroviral pour des raisons cliniques ou qui ne sont pas encore prêts et qui ne désirent pas le prendre pour des raisons préventives;

- c. La continuation du plaidoyer pour le droit à l'accès à la prévention du VIH et au dépistage pour toutes les communautés touchées et pour le traitement pour les personnes séropositives.
 - d. Le plaidoyer et la dissémination des informations sur l'impact positif et la rentabilité pour les individus et la santé publique du traitement antirétroviral en prévention, de façon à éduquer les bailleurs de fonds et les prestataires de la santé sur ses avantages.
5. La question cruciale qui relie ces quatre objectifs de plaidoyer est la protection du choix des patients.
6. Il est important de veiller à ce que la prescription du traitement antirétroviral en prévention ne vienne en aucun cas affecter les efforts visant à rendre le traitement antirétroviral disponible en traitement à toutes les personnes qui en ont besoin du point de vue clinique. Le traitement antirétroviral pour la prévention et le traitement antirétroviral pour le traitement ne doivent pas être en compétition l'un avec l'autre pour les ressources⁸ et ne doivent jamais être opposés l'un à l'autre. La publicité sur les avantages du traitement antirétroviral en prévention peut être utilisée pour appuyer la demande à ce qu'il soit plus largement prescrit pour le traitement.
7. En ce qui concerne les personnes qui ne veulent pas prendre de traitement antirétroviral en prévention, il doit y avoir des garanties contre la coercition par les prestataires de la santé, les pressions, le refus futur du traitement antirétroviral si le patient le refuse maintenant, ou les menaces de poursuites judiciaires pour les persuader de prendre le traitement antirétroviral. Ces garanties sont particulièrement importantes si, comme c'est le cas aux Etats-Unis, une recommandation de prescription du traitement antirétroviral à toutes les personnes séropositives dès le diagnostic est adoptée.⁹
8. Même dans les cas de besoins cliniques, la volonté du patient à prendre le traitement antirétroviral est crucial afin de maintenir les hauts niveaux d'adhésion nécessaires pour contrôler le VIH, et nous accueillons vivement et recommandons l'adoption comme modèle à suivre du [paradigme de la volonté du patient, tel qu'il est souligné dans les directives de traitement de EACS](#),¹⁰.
9. Nous recommandons pour les patients au taux de cellules CD4 élevé, que la volonté de prendre un traitement antirétroviral soit explorée bien avant que le patient atteigne les critères du taux de CD4 pour le traitement. Si les patients disent qu'ils sont prêts, le traitement antirétroviral ne doit pas être reporté jusqu'à ce que les critères du taux de CD4 soient atteints.
10. Beaucoup de personnes séropositives ignorent encore les avantages préventifs du traitement antirétroviral ou ne sont pas certains des preuves existantes, et nous nous félicitons également et recommandons l'adoption pour les autres directives de [la déclaration de BHIVA et de EAGA au Royaume-Uni](#)¹¹ selon laquelle les prestataires de la santé doivent renseigner tous les patients sur les avantages du traitement antirétroviral, et doivent le prescrire si, sur la base de ces informations, le patient le demande.
11. Les avantages préventifs du traitement antirétroviral sont aussi mal connus parmi les personnes vulnérables au VIH¹² et on doit les faire connaître afin d'encourager le dépistage et de permettre aux individus de prendre les mesures nécessaires capables de réduire leur risque d'infection au VIH.
12. La plupart des modèles prévoient que le traitement antirétroviral lui-même ne mettra pas fin à l'épidémie du VIH mais qu'il devra être utilisé en association avec d'autres méthodes.¹³ Etendre l'accès au traitement antirétroviral comme prévention ne devrait pas être une

raison suffisante pour restreindre l'accès aux autres méthodes de prévention qui se sont montrées efficaces.

13. Il reste de nombreuses zones d'incertitude et un manque d'éléments qui rendent difficiles de choisir la prise du traitement antirétroviral comme méthode de prévention et/ou de lui faire confiance en tant que mesure de prévention. Par exemple:
- a. La plupart des données dont nous disposons sur l'efficacité du traitement comme prévention concernent la transmission entre les hétérosexuels ou par les rapports vaginaux seulement, ou de la [mère à l'enfant](#).¹⁴ Il est urgent de poursuivre les recherches sur l'utilisation du traitement antirétroviral pour réduire la transmission via :
 - i. Le sexe anal: Dans ce cas il y a quelques indices suggérant une réduction considérable des risques avec l'utilisation du traitement antirétroviral, mais de grandes études d'observation parmi les hommes gays et les hommes qui ont des rapports sexuels anaux sont urgentes. Nous nous félicitons des études telles que [l'étude PARTNER](#)¹⁵ et [l'étude « Les opposés s'attirent » \(Opposites Attract\)](#)¹⁶ conçues pour répondre à ces questions.
 - ii. La partage des seringues et du matériel d'injection; dans ce cas il existe des indices au niveau de la population en Colombie Britannique comme quoi la prescription du traitement antirétroviral a peut-être réduit le nombre de transmissions parmi les usagers de drogues injectables,¹⁷ mais ici aussi nous avons besoin d'une étude d'observation parmi les usagers de drogues injectables pour évaluer la réduction des risques offerte par le traitement antirétroviral.
 - b. IST: Malgré les indices très nets¹⁸ selon lesquels la plupart des IST augmentent considérablement les risques de transmission et d'infection au VIH parmi les personnes qui ne prennent pas de traitement antirétroviral et leurs partenaires, il y a relativement peu d'indices pour indiquer si une augmentation semblable s'applique aux personnes sous traitement antirétroviral entièrement suppressif.¹⁹
 - c. Les risques cliniques/avantages du traitement chez les personnes sous traitement au taux de cellules CD4 élevé: [Il y a peu d'indications, et elles sont disputées](#), sur les avantages offerts par le traitement antirétroviral en terme d'avantages cliniques, par rapport aux risques d'effets secondaires, chez les personnes dont le taux de cellules CD4 est supérieur à 500 cellules/mm³ ou même 350 cellules/mm³.²⁰ À cet égard, nous accueillons favorablement [l'étude Start](#),²¹ qui est conçue pour répondre à cette question pour les taux de cellules CD4 supérieurs à 350cellules/mm³, mais d'autres études seront nécessaires pour établir le rapport avantage/risque aux taux de CD4 plus élevés.
 - d. La compensation des risques. Comme le note la déclaration de BHIVA/EAGA au Royaume-Uni, le traitement antirétroviral est au moins aussi efficace que l'utilisation des préservatifs à 100% pour réduire la transmission du VIH.^{22 23} Des inquiétudes persistent sur les conséquences épidémiologiques si les personnes sous traitement antirétroviral et leurs partenaires réduisaient leur utilisation de préservatifs et augmentaient le nombre de leurs partenaires ou les comportements à risque parce qu'ils se sentent à l'abri de l'infection.^{24 25} Par conséquent, il faut:
 - i. Mener des recherches appliquées à des populations différentes pour surveiller d'éventuels changements dans le comportement et les risques découlant de l'utilisation plus répandue du traitement antirétroviral comme prévention ou en prophylaxie pré-exposition;

- ii. Plus de recherches pour évaluer l'efficacité de la prévention combinée ne reposant pas uniquement sur les préservatifs ou le traitement antirétroviral seul; un exemple est [l'étude PopART](#)²⁶ qui se déroule actuellement en Zambie et en Afrique du Sud,²⁷. Cependant les contextes différents nécessiteront des études différentes.
 - e. Nous soutenons également l'approvisionnement et la promotion des préservatifs comme méthode de prévention dont l'efficacité a fait ses preuves pour éviter le VIH. Nous insistons sur le fait que, contrairement au traitement antirétroviral, ils empêchent également d'autres IST qui peuvent en eux-mêmes provoquer une morbidité considérable et une certaine mortalité.
14. Le manque de données disponibles sur l'efficacité du traitement comme méthode de prévention dans les groupes et les situations indiqués ci-dessus, ne doit pas être utilisé comme une raison pour exclure les individus de l'accès au traitement en prévention. Au contraire, il doit être vu comme un appel à l'action dans ces domaines.
15. L'avènement du traitement antirétroviral comme prévention présente les prestataires et les bénéficiaires des méthodes de prévention et de soutien à un changement considérable du paradigme sur ce qu'implique vraiment la prévention du VIH, qui doit s'en occuper et quelles sont les méthodes qui devraient être prioritaires. Un programme continu de formation et d'information est nécessaire pour aider les intervenants dans le domaine de la prévention, et les bénéficiaires à répondre de façon optimale à ce qui est susceptible de devenir une nouvelle ère dans la prévention du VIH.

Références

- ¹ Cohen MS et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *NEJM* 2011; 365:493-505.
- ² <https://www.gov.uk/government/publications/bhiva-and-eaga-position-statement-on-the-use-of-antiretroviral-therapy-to-reduce-hiv-transmission>
- ³ Vernazza P et al. *Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle*. Bulletin des médecins suisses 89 (5). Voir <http://www.saez.ch/docs/saez/archiv/fr/2008/2008-05/2008-05-089.PDF>. Traduction anglaise, y compris l'affidavit du traducteur, disponible à: <http://tinyurl.com/cpyt5n>. 2008.
- ⁴ See Harm Reduction International. [The Global State of Harm Reduction 2012: Towards an Integrated Response](#). 2012.
- ⁵ The Global Forum for MSM and HIV. [Access to HIV Prevention and Treatment for Men Who Have Sex with Men: Findings from the 2012 Global Men's Health and Rights Study \(GMHR\)](#). 2012.
- ⁶ Kalichman SC and Simbayi LC. *HIV testing attitudes, AIDS stigma, and voluntary HIV counselling and testing in a black township in Cape Town, South Africa*. Sexually Transmitted Infections 79:442-447. 2003.
- ⁷ Lazzaretti C et al. *Engagement and retention in care of patients diagnosed with HIV infection and enrolled in the Modena HIV Surveillance Cohort*. Eleventh International Congress on Drug Therapy in HIV Infection, Glasgow, abstract P105 (Voir le résumé [ici](#)), 2012. Voir www.aidsmap.com/page/2553463 pour des études similaires.
- ⁸ Sood N et al. *Treat and treat in Los Angeles: a mathematical model of the effects of test-and-treat for the MSM population in LA County*. Clinical Infectious Diseases, publication en ligne, doi: 10.1093/cid/cit158. 2013.
- ⁹ US Department of Health and Human Services. [Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents](#), 2013.
- ¹⁰ Voir <http://www.europeanclinicalaidsociety.org/images/stories/EACS-Pdf/EACSGuidelines-v6.1-French.pdf>, page 10.
- ¹¹ Voir référence 2 ci-dessus
- ¹² Lampe F et al. *ART use, viral suppression and sexual behaviour among HIV-diagnosed MSM in the UK: results from the antiretrovirals, sexual transmission risk and attitudes (ASTRA) study*. Eleventh International Congress on Drug Therapy in HIV Infection, Glasgow, abstract O323, 2012.

- ¹³ Phillips AN et al. [Increased HIV Incidence in Men Who Have Sex with Men Despite High Levels of ART-Induced Viral Suppression: Analysis of an Extensively Documented Epidemic](#). PLoS One 8(2): e55312.
- ¹⁴ World Health Organization. Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants. 2010. Voir http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf.
- ¹⁵ Voir <http://www.partnerstudy.eu/>
- ¹⁶ Voir <http://www.oppositesattract.net.au/>
- ¹⁷ Gilbert M, Buxton J, Tupper K. *Decreasing HIV infections among people who use drugs by injection in British Columbia: potential explanations and recommendations for further action*. Office of the Provincial Health Officer, British Columbia. 2011. Voir www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2011/decreasing-HIV-in-IDU-population.pdf.
- ¹⁸ Voir par exemple Cohen MS *Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1*. AIDS CAP Malawi Research Group. Lancet. 349(9069):1868-73, 1997
- ¹⁹ Fisher et al (réf 15 ci-dessus) a observé une augmentation de 2,8 sur les risques de transmission du VIH parmi les hommes gays qui avaient une IST, indépendamment du statut concernant le traitement antirétroviral, mais il s'agissait d'une petite étude et d'autres études sont nécessaires.
- ²⁰ Voir British HIV Association, *British HIV Association guidelines for the treatment of HIV-1-positive adults with antiretroviral therapy*. HIV Medicine (2012), 13 (Suppl. 2), 1–85: page 21.
- ²¹ Voir <http://www.thestartstudy.org>.
- ²² Weller S, Davis K *Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission (Cochrane Review)*. The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd., 2003.
- ²³ Smith D et al. *Condom efficacy by consistency of use among MSM: US*. Twentieth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Atlanta, abstract 32, 2013.
- ²⁴ Voir Phillips AN et al. Ref 13 ci-dessus.
- ²⁵ Abbas UL et al. [Potential impact of antiretroviral chemoprophylaxis on HIV-1 transmission in resource-limited settings](#). PLoS ONE 2(9): e875. doi:10.1371/journal.pone.0000875. 2007.
- ²⁶ Voir http://www1.imperial.ac.uk/medicine/research/researchthemes/infection/infectious_diseases/hiv_trials/hiv_prevention_technologies/popart/
- ²⁷ Voir Phillips AN et al. Réf 13 ci-dessus.