

Importance des recommandations à l'ère du TasP

Le traitement comme outil de prévention suscite réflexions et interrogations. Les recommandations du groupe d'experts sont très attendues sur ce sujet.

Le « traitement comme prévention » ou TasP (pour « Treatment as Prevention ») est une nouvelle méthode de prévention particulièrement intéressante pour les couples dont l'un des partenaires n'est pas infecté. Son principe : étendre l'utilisation des médicaments antirétroviraux (ARV), en démarrant le traitement de façon plus précoce, sans que la personne infectée ait nécessairement besoin d'être traitée. L'objectif : réduire le risque de transmission du virus à leur(s) partenaire(s) sexuel(s).

Révolutionnaire, cette approche « pourrait radicalement modifier la donne », soulignait en 2012 le Dr Margaret Chan, directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Mais sa mise en œuvre comporte de nombreux défis. Selon une importante consultation qui a fait le point sur ce sujet en avril dernier à Paris, les recommandations de prise en charge de l'infection par le VIH et la perception des traitements sont décisives pour la réussite de l'approche TasP.

Actuellement, la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle repose sur plusieurs stratégies : la modification des comportements (diminution du nombre de partenaires, etc.), le préservatif, le dépistage, le traitement préventif ou « prophylaxie postexposition » (PEP : prescription d'ARV à une personne initialement non infectée dans les 72 heures suivant une exposition accidentelle au VIH), etc. Depuis juillet 2012, il est aussi possible de recourir à la « prophylaxie préexposition » (PreP) aux États-Unis : la prescription d'ARV à des personnes non infectées, fortement exposées à une transmission sexuelle du VIH.

Réduire les taux de transmission en mettant sous traitement.

L'idée précise du TasP est, pour sa part, de prescrire des ARV très tôt aux personnes vivant avec le VIH, même si leur taux de CD4 dans le sang n'a pas atteint le seuil à partir duquel la mise sous traitement est actuellement recommandée pour maintenir une bonne santé (moins de 500/mm³ en France). Une approche née après avoir observé que le traitement antirétroviral diminue le taux de particules virales (la charge virale) dans le sang et les sécrétions génitales. D'où l'idée, confortée par les données animales et les données épidémiologiques, qu'il puisse réduire la transmission sexuelle du virus, dans des circonstances bien précises.

Publié en 2012, l'essai HPTN 052 a montré que la mise sous traitement précoce du partenaire infecté réduit de 96 % le taux de transmission du VIH aux partenaires séronégatifs. Deux ans plus tôt, les recommandations françaises sur le VIH préconisaient déjà d'« accéder à la demande des personnes infectées qui souhaiteraient bénéficier d'un traitement dans le seul but de réduire le risque de transmission à leur(s) partenaire(s), indépendamment du nombre de CD4 ». Ce document de référence souligne néanmoins la nécessité d'« une réflexion sur la manière d'utiliser au mieux le traitement, comme un outil parmi d'autres des politiques de prévention ».

Organisée par l'International AIDS Society (IAS), l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) et Sidaction, la consultation sur « Les défis de la mise en œuvre du traitement comme prévention (TasP) » a permis de formuler plusieurs grandes recommandations. Notamment d'agir sur la perception du traitement – qui peut être perçu négativement – pour inciter les personnes à suivre un traitement antirétroviral quand elles n'en ont pas encore besoin pour leur propre santé : « un discours commun sur les traitements doit être élaboré, plus positif, insistant sur le bénéfice individuel à être sous ARV » (moins de crainte de transmettre le VIH, etc.), lit-on dans le rapport de la consultation.

Autre point important : cette réunion a aussi souligné la nécessité d'intégrer le TasP « dans une promotion de la prévention combinée [NDLR : association de toutes les méthodes de prévention disponibles], où le préservatif reste un socle ». Et pour cause : « La traduction du TasP dans un message explicite qui le présenterait comme prévention principale pour les personnes traitées, avec le préservatif comme option en cas de charge virale non contrôlée ou d'infections sexuellement transmissibles, risque d'ébranler tout l'édifice préventif construit ces trente dernières années, reposant sur le préservatif », précise France Lert, directrice de recherche à l'Inserm, et coauteure du rapport *Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST*.

Dans ce contexte, les recommandations du groupe d'experts sur le VIH sont plus que jamais cruciales. ●

« Le traitement ne doit pas influencer sur la vie des gens »

Fatigue, troubles digestifs, lipodystrophies, toxicité. L'idée d'un traitement à vie qui rend malade a marqué l'histoire des antirétroviraux. Le Dr Michel Ohayon, directeur du 190, centre de santé sexuelle à Paris, explique quelle image en ont les patients.

Les peurs et les angoisses liées aux antirétroviraux influencent-elles la prise en charge des séropositifs ?

C'est surtout vrai chez les hétéros et les gays de plus de 30 ans qui ont une certaine culture du sida et ont côtoyé pas mal de vieux séropositifs. Pour eux, l'image du séropositif avec des lipodystrophies est forte. Ils ne veulent pas s'y identifier et ne se rendent pas compte que les molécules ont évolué. Parler des antirétroviraux avec eux, c'est déjà négocier. Ils ont peur d'être fatigués, de ne plus être concentrés, d'être handicapés dans leur travail et ils se demandent pourquoi on n'attend pas. Ils ne voient pas le traitement comme protecteur et la chance qu'ils ont d'être traités par rapport aux pays en voie de développement ou même d'autres pays européens. Il faut donc négocier et mesurer le pour et le contre en l'intégrant dans leur projet de vie.

La prise en charge est-elle plus évidente chez les plus jeunes ?

Oui. Il y a un vrai fossé de générations. Les moins de 30 ans ont peu de culture du VIH. Du coup, ils n'ont pas adopté ce discours qui veut que les traitements soient lourds et difficiles à supporter. Ce qui est un avantage. On arrive plus facilement à leur expliquer ce qu'est le traitement en 2013 et, surtout, on évite de les faire rentrer dans la peau d'un malade. Tous finissent par être demandeurs. D'ailleurs, beaucoup ne comprennent pas que l'on puisse retarder une mise sous traitement lorsqu'il n'y a pas d'urgence comme pour une primo-infection. Pour les primo-infectés, c'est d'autant plus facile lorsqu'ils voient qu'en quatre semaines ils sont passés de plusieurs millions de copies du virus à 200 copies, et sans être fatigués. Là, l'observance est dans la poche et entendre que le traitement rend malade, cela les fait marrer ! Le plus difficile arrive finalement lorsque la charge virale devient indétectable et qu'on leur parle de réduire leur traitement. C'est la panique ! Ils ont peur de changer un traitement qui marchait bien. Je sais que tout ira bien, mais pour les rassurer je leur fais faire un peu plus d'exams de contrôle.

Comment s'organise la vie sous traitement ?

Le traitement ne doit pas influencer sur la vie des gens, car dans cette maladie on ne peut pas être totalement observant si on ne maintient pas son mode de vie à l'identique. Nous recevons beaucoup d'étudiants qui sont dans des projets d'échanges internationaux et nous passons notre temps à dealer des mises sous traitements express pour ne pas reporter un voyage. Pour certains, c'est le projet de leur vie et il ne faut pas qu'ils se persuadent que leur santé peut les empêcher de concrétiser ce rêve.

Quelles sont alors leurs préoccupations ?

Des situations très concrètes auxquelles ils vont être très vite confrontés : que dire à leurs partenaires ? Que faire lorsqu'on rencontre quelqu'un ? Et, surtout, peuvent-ils transmettre le virus ? On leur explique de manière rationnelle qu'avec le traitement ils seront moins contaminants. C'est une motivation extrêmement forte pour prendre le traitement et ainsi réinvestir leur sexualité. Ce qui n'est pas vraiment le cas avec les plus vieux.

Des améliorations ont tout de même été apportées aux antirétroviraux pour simplifier la vie des patients ?

Oui, évidemment. Certaines molécules sont moins toxiques et on a aussi réduit les prises quotidiennes. Mais actuellement prendre une pilule au lieu de trois relève moins du confort que de la dissimulation. Les gens voyagent, déjeunent entre collègues ou en famille et ne veulent pas avoir à sortir trois à quatre boîtes différentes. Ce serait tout de suite avoué qu'on est séropositif et malade. Un ou deux cachets à midi au lieu du pilulier, cela passe déjà mieux. Le jour où un séropositif pourra laisser ses boîtes en évidence, nous aurons rendu le VIH acceptable. Et ce sera déjà une victoire sur l'épidémie. ●