

INDÉTECTABLE = NON TRANSMISSIBLE

SANTÉ PUBLIQUE ET SUPPRESSION
DE LA CHARGE VIRALE DU VIH

INDÉTECTABLE = NON TRANSMISSIBLE

ACTIONS FONDAMENTALES DESTINÉES AUX RESPONSABLES DE PROGRAMME

- 1. Renforcer les ripostes complètes, dont le dépistage, l'accès à des traitements de qualité et la rétention dans le traitement.**
- 2. Intensifier les efforts pour assurer à toute personne vivant avec le VIH que le dépistage et les traitements sont accessibles, abordables et non stigmatisants, ce qui inclut un meilleur accès au test de la charge virale.**
- 3. S'attaquer à la stigmatisation, à la discrimination et à la pénalisation injuste qui violent les droits humains et empêchent les personnes vivant avec le VIH d'accéder à la prévention, au traitement et aux services de soin liés au VIH.**
- 4. Sensibiliser et propager l'information qu'indéfectable = non transmissible.**

Vingt ans de données prouvent l'efficacité du traitement contre le VIH pour réduire la transmission du virus. Cela signifie pour les personnes vivant avec le VIH qui suivent une thérapie antirétrovirale et dont le niveau du virus dans le sang est indétectable qu'elles présentent un risque négligeable de contamination du VIH lors d'un rapport sexuel.

Entre 2007 et 2016, trois études de grande envergure portant sur la transmission du VIH par voie sexuelle ont été menées auprès de milliers de couples sérodifférents, un partenaire vivant avec le VIH et l'autre non. Ces études n'ont révélé aucune transmission sexuelle du VIH entre une personne vivant avec le VIH dont la charge virale est indétectable et son partenaire séronégatif (1–3). Ainsi, aujourd'hui, en plus de permettre aux personnes contaminées de rester en bonne santé et d'avoir une espérance de vie similaire à celle des individus non porteurs du virus, les antirétroviraux sont une chance pour les personnes vivant avec le VIH et ayant une charge virale indétectable d'avoir des rapports sexuels sans préservatif sans pour autant risquer de transmettre le virus à leur partenaire. Dans le monde entier, 47 % [35–58%] des personnes vivant avec le VIH ont une charge virale indétectable (4).

L'objectif premier d'une thérapie antirétrovirale est de maintenir en bonne santé les personnes vivant avec le VIH. Chez la plupart d'entre elles, les antirétroviraux réduisent le taux de VIH dans le sang à un niveau que les tests standard en laboratoire ne peuvent plus détecter. Il suffit du bon choix d'antirétroviraux et de quelques mois pour amener les taux du virus à un niveau indétectable. À ce stade, le système immunitaire peut commencer à se renforcer.

L'accès à une thérapie antirétrovirale change la vie des personnes contaminées. Ce traitement leur permet de retrouver une qualité de vie, de retourner travailler et d'aborder l'avenir avec confiance. Pour nombre de porteurs et porteuses du virus, ne plus risquer de le transmettre au cours d'un rapport sexuel change leur vie. En plus de pouvoir choisir d'avoir des rapports sexuels sans préservatif, un grand nombre de personnes vivant avec le VIH dont la charge virale est indétectable se sentent

libérées du poids de la stigmatisation associée au fait de vivre avec le VIH. Savoir qu'elles ne peuvent plus transmettre le VIH sexuellement peut donner aux personnes vivant avec le VIH un solide sentiment d'être des agents de prévention dans leur approche vis-à-vis de leurs nouveaux ou actuels partenaires.

PROGRAMME DE SOUTIEN INDÉTECTABLE = NON TRANSMISSIBLE

La durée du traitement antirétroviral nécessaire pour que la charge virale devienne indétectable et ne présente plus de risque de transmettre le VIH n'est pas clairement définie. Les personnes vivant avec le VIH doivent poursuivre leur traitement et faire contrôler régulièrement leur charge virale afin qu'elle reste indétectable. Les tests réguliers leur permettent ainsi qu'à l'équipe soignante de surveiller le succès du régime thérapeutique.

Les efforts pour réduire la charge virale d'une personne à un niveau indétectable et empêcher toute transmission du virus doivent être adaptés à chaque individu. Ils doivent prendre en compte des facteurs comme la durée de la suppression virale, l'observance du traitement antiviral, le désir d'arrêter d'utiliser des préservatifs et l'envie de tomber enceinte.

Décider d'une stratégie avec un professionnel de santé est également une chance d'encourager et de renforcer l'observance des antirétroviraux, de garantir des contrôles de santé réguliers, mais aussi de fournir des conseils concernant la santé de la reproduction et sexuelle.

L'étude HPTN 052 visait à déterminer si une personne vivant avec le VIH et une charge virale indétectable pouvait transmettre le VIH à un partenaire (1, 2). Un tiers des nouvelles infections au VIH constatées au cours de l'étude était imputable à la contamination du partenaire séronégatif par un tiers autre que son propre partenaire à la charge virale indétectable. Il est par conséquent recommandé aux partenaires séronégatifs de personnes vivant avec le VIH dont la charge virale est indétectable de continuer d'utiliser des préservatifs, ainsi que la prophylaxie pré-exposition (PPrE)

s'ils ont des rapports sexuels avec d'autres personnes que leur partenaire.

PERSPECTIVES

En 2017, 1,6 million d'adultes environ ont été contaminés par le VIH (4). Beaucoup de ces nouvelles infections étaient imputables à des personnes qui ne connaissaient pas leur statut sérologique, ne suivaient pas un traitement ou avaient commencé une thérapie antirétrovirale sans pour autant avoir atteint le stade de charge virale indétectable ou ne respectaient pas scrupuleusement leur traitement (5–8).

En plus de leur objectif premier de maintenir les personnes vivant avec le VIH en bonne santé, la thérapie antirétrovirale ainsi qu'une charge virale durablement indétectable sont des moyens de prévention importants au sein du cadre de prévention combinée. D'autres outils de prévention comprennent les préservatifs masculins et féminins, la circoncision masculine médicale volontaire, la PPrE, la prophylaxie post-exposition et les services de réduction des risques parmi les personnes s'injectant des drogues, ainsi que des changements structurels et comportementaux.

Outre le traitement et la prévention primaire, il est nécessaire de changer les systèmes afin de démocratiser les services essentiels de santé auprès de toutes et tous et de prolonger la durée de vie des personnes soignées. En 2017, près de 940 000 personnes sont mortes de maladies opportunistes (4), certaines d'entre elles avaient commencé une thérapie antirétrovirale, mais n'étaient pas en mesure de la continuer. Beaucoup de ces décès ont touché des personnes qui n'ont cherché une aide médicale qu'à un stade très avancé de l'infection. Parfois, après avoir consulté un spécialiste, le système de santé a été incapable de réagir correctement, que ce soit à cause d'un manque de personnel, de services en laboratoire ou de médicaments. Malgré la démocratisation remarquable de la thérapie antirétrovirale, une personne sur trois vivant avec le VIH ne commence à suivre un traitement qu'à un stade très avancé de la maladie, lorsque son nombre de CD4 est inférieur à 200 cellules/mm³, seuil considéré comme marquant le début du sida (8).

PRINCIPAUX MESSAGES

1. L'ONUSIDA soutient le concept Indétectable = non transmissible. Une large part de la communauté scientifique s'accorde sur le fait que les personnes vivant avec le VIH qui suivent une thérapie antirétrovirale efficace et dont le niveau de VIH est ramené à des niveaux indétectables ne peuvent pas transmettre le virus par voie sexuelle.
2. Les connaissances et les expériences recueillies montrent que indétectable = non transmissible peut fournir une réponse à la stigmatisation et motiver les personnes vivant avec le VIH à parvenir à une charge virale indétectable et à poursuivre les soins de suivi.
3. Où qu'elles soient, elles ont besoin d'un meilleur accès au test de la charge virale, à un prix abordable, mais aussi de systèmes efficaces de laboratoire ainsi que de services de santé performants. Garantir que toutes les personnes vivant avec le VIH aient accès à un traitement dès le diagnostic du virus nécessite de renforcer les efforts.
4. La stratégie d'accélération de l'ONUSIDA et la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2016 prise par l'Assemblée générale des Nations Unies fournissent des recommandations concernant la prévention primaire et les changements structurels requis pour atteindre toute personne infectée et pour apporter un traitement abordable et accessible à l'ensemble de la population porteuse du VIH.
5. Les moyens de prévention primaire que sont les préservatifs masculins et féminins et les autres stratégies de prévention combinée demeurent les piliers de la riposte au VIH. Un renforcement des programmes liés au préservatif est essentiel pour garantir la santé de la reproduction et sexuelle en général.

LA CHARGE VIRALE EN BREF

- ▶ « Charge virale » est l'expression utilisée pour décrire la quantité de VIH dans le sang d'une personne.
- ▶ Plus elle est élevée, plus le système immunitaire est touché. Par conséquent, la personne porteuse du virus est davantage exposée à des infections que le corps n'aurait habituellement pas de problème à combattre.
- ▶ Lorsqu'une personne vivant avec le VIH suit une thérapie antirétrovirale efficace, sa charge virale baisse tellement qu'elle devient indétectable (moins de 50 copies par millilitre de sang).
- ▶ Une personne avec une charge virale indétectable ne peut plus transmettre le VIH.
- ▶ Un suivi régulier du niveau de la charge virale est nécessaire pour s'assurer de l'action des médicaments contre le VIH.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N. Engl. J. Med.* 2011;365:493–505.
2. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA.* 2016;316:171–181.
3. Grulich A, et al. HIV transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand and Brazil. 2015 Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Seattle, USA, 2015.
4. Estimations et analyse spéciale, 2018, ONUSIDA.
5. Bluma G, Brenner MR, Routy J-P, Moisi D, Michel Ntemgwa CM, et al. High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *J. Infect. Dis.* 2007;195(7):951–959.
6. Robineau O, Frange P, Barin F, Cazein F, Girard P-M, Chaix M-L, et al. Combining the estimated date of HIV infection with a phylogenetic cluster study to better understand HIV spread: application in a Paris neighbourhood. *PLoS ONE.* 2015;10(8):e0135367.
7. de Oliveira T, Kharsany ABM, Gräf T, Cawood C, Khanyile D, Grobler A, et al. Transmission networks and risk of HIV infection in KwaZulu-Natal, South Africa: a community-wide phylogenetic study. *The Lancet HIV.* 2017;4(1):e41–e50.
8. Auld A, Shiraishi R, Oboho I, et al. Trends in prevalence of advanced HIV disease at antiretroviral therapy enrollment—10 countries, 2004–2015. *MMWR.* 2017;66(21):558–563.