

Thérapie contre le VIH et Prévention

Document de prise de position de l'Aide allemande contre le Sida,
la Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (DAH)
Avril 2009

1. La thérapie contre le VIH est un des éléments importants de la gestion du risque et peut concourir à déstigmatiser les personnes vivant avec le VIH

La thérapie antirétrovirale (ART) a nettement augmenté l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH et a considérablement amélioré la qualité de vie de beaucoup de personnes positives. En outre, elle a un effet de prévention primaire important: le risque d'infection est sensiblement réduit.

Une transmission lors des contacts sexuels sans préservatif est invraisemblable¹ si les conditions suivantes sont remplies:

- la charge virale du partenaire VIH positif/de la partenaire VIH positive est en dessous de la limite de détection depuis au moins six mois,
- les médicaments antirétroviraux sont pris d'une manière conséquente,
- il n'existe aucun dysfonctionnement des muqueuses chez les partenaires sexuels/sexuelles, par exemple comme conséquence d'infections sexuellement transmissibles (IST).

Ceci signifie que le risque d'une transmission du VIH est aussi bas sous les conditions citées ci-dessus que lors d'un rapport sexuel au cours duquel un préservatif est utilisé.

Les règles du Safer Sex que nous avons tenus jusqu'à maintenant sont complétées de manière raisonnable et efficace grâce à cette déclaration; ceci ouvre sur de nouvelles possibilités en terme de prévention.

1.1 *L'information comme base pour la communication et pour l'action autodéterminée et responsable*

L'information selon laquelle la transmission du VIH lors des contacts sexuels avec des personnes VIH positives sous les conditions citées ci-dessus est invraisemblable n'est pas seulement importante pour la gestion du risque (et donc pour la prévention primaire), mais peut représenter, pour les personnes vivant avec le VIH ou le sida, un soulagement et une amélioration de leur situation et de leurs perspectives de vie, car elle permet de diminuer les peurs irrationnelles, comme l'ont souligné le conseil des délégués et le comité directeur de la DAH au début du mois de mars 2008 dans une déclaration.² Ceci est également valable pour les personnes VIH négatives et pour les personnes non testées, par exemple pour les partenaires dans des relations séro-différentes³, les partenaires sexuels/sexuelles (supplémentaires) ou les membres de la famille.

En tant qu'organisation d'entraide aux personnes particulièrement menacées et concernées par le VIH et le sida et en tant qu'organisation de prévention, l'Association allemande d'aide au Sida accueille favorablement le fait qu'en Suisse, la Commission fédérale pour les

¹ Voir à ce sujet les commentaires exposés sous le point 3.

² Document « Neue Wege sehen – neue Wege gehen! », voté par le conseil des délégués de la DAH lors de sa séance du 7 au 9 mars 2008 en accord avec le comité directeur

³ Ici : un/e partenaire est testé(e) VIH positif/positive, l'autre partenaire VIH négatif/négative.

problèmes liés au sida (CFS) a publié le document de prise de position « Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle » le 30 janvier 2008. La CFS a fait de cette information, qui avait déjà été communiquée « en sous-main » jusqu'alors (notamment dans la consultation), l'objet du débat public, de la communication entre partenaires (sexuels/sexuelles) et un thème pour l'éducation sexuelle.

En publiant son propre document de prise de position, la DAH poursuit son objectif qu'elle a formulé dans son modèle et qui est « que la société en tant que tout et que chaque individu puisse traiter ... les risques du VIH/sida en étant informé et avec autodétermination et responsabilité ».⁴

1.2 Dans quelle mesure « l'assez sûr » est-il sûr ?

La DAH poursuit une approche de la prévention et de la promotion de la santé orientée vers les cadres de vie. Ceci signifie entre autres : les messages préventifs doivent être « vivables », c'est à dire si possible stablement et facilement réalisables. C'est pourquoi, aux débuts de la prévention contre le VIH, la DAH s'est prononcée favorable à la propagation du « Safer Sex ». « Safer » signifie dans ce cas que si les « règles du Safer Sex »⁵ conseillées sont suivies, une transmission du VIH est rendue invraisemblable et est donc plus sûre que le rapport sexuel non protégé, mais ne présente cependant pas une protection complètement sûre contre une infection (qui n'existerait qu'en cas d'abstinence). Par contre, nous ne considérons et ne considérons pas le concept répandu notamment dans les pays anglo-saxons du « sexe sans risque », « Safe Sex » (en s'abstenant de tout contact avec les fluides corporels ou en les évitant⁶) comme étant proche de la réalité et efficace car il ignore les besoins sexuels et le désir.

« Safer Sex » signifie donc qu'il existe un risque résiduel (voir le point 3) qu'il s'agit de nommer selon la DAH. Si l'individu l'accepte ou ne l'accepte pas demeure cependant sa décision autonome. Le rôle de la prévention est de rendre disponibles aux groupes cibles de manière appropriée pour les groupes cibles et de manière orientée vers leurs intérêts les informations nécessaires pour la communication relative à ce risque et pour la gestion individuelle du risque. Ceci est tout autant valable pour les autres stratégies de minimisation ou de réduction des risques à propos desquels la DAH informe également de manière détaillée sur l'effet et les faiblesses (également présumées par erreur le cas échéant) – ceci également quand elles représentent un effet de protection et une sécurité plus faible que les règles du Safer Sex classiques respectivement qu'une charge virale stable sous la limite de détection et sans dysfonctionnement des muqueuses parallèle : nous sommes du point de vue que les « stratégies-du-mieux-que-rien » sont également des éléments importants dans le carquois de la prévention. Notamment du point de vue se référant à la population, une stratégie très sûre (telle que le Safer Sex) peut en effet devenir très peu sûre si l'utilisation n'arrive pas à être conséquente (et dans le sens inverse, une stratégie de protection à efficacité limitée mais à utilisation conséquente peut contribuer à réduire le nombre de

⁴ Elle fait ceci dans ce qui suit notamment à l'égard des individus et groupes qu'elle représente et avec lesquels et pour lesquels elle travaille : les personnes vivant avec le VIH/sida et qui sont particulièrement menacées et concernées par le VIH, le sida, l'hépatite et d'autres maladies sexuellement transmises et lors de la consommation de drogues.

⁵ Les règles du Safer Sex au sens strict sont : utiliser des préservatifs lors du sexe anal et vaginal et ne laisser parvenir ni sang ni sperme dans la bouche lors de la fellation (pour le groupe cible des hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes, par exemple dans l'expression « baiser avec un préservatif. Quand on suce, sortir avant de venir. »). Au sens large du terme, il est possible d'entendre par « Safer Sex » des mesures grâce auxquelles on empêche au VIH de pénétrer dans le corps ou sur les muqueuses dans une quantité suffisante pour être contagieuse.

⁶ En utilisant des préservatifs lors du sexe anal, vaginal et oral et en renonçant aux baisers langue en bouche.

transmissions du VIH).⁷ En outre, nous savons (et nous défendons le fait) que le maximum de comportement préventif n'est pas toujours l'objectif de la gestion individuelle du risque, mais que les personnes pèsent le pour et le contre selon la situation et les dispositions, par exemple le gain de désir et les conséquences d'une infection possible.⁸

1.2.1 Informations neutres ou recommandations ?

L'Association allemande d'aide au Sida se situe entre une organisation de prévention à mission publique et une organisation d'entraide et de représentation d'intérêts. Alors que, de la perspective de l'entraide et de la représentation des intérêts, l'aptitude à gérer les risques en toute responsabilité ainsi que le renforcement et la protection de l'autonomie sont au centre de l'intérêt, l'objectif principal du point de vue de la « Nouvelle Santé Publique » est d'éviter le plus possible les transmissions du VIH.

Du côté du public (ainsi que du côté des groupes cibles de notre travail) beaucoup de personnes attendent par conséquent du DAH pas seulement des informations neutres mais également des recommandations. Une telle manière d'agir correspond également à l'idée que nous avons de nous-même en tant que réseau national de compétences pour la prévention structurelle et la promotion de la santé dans le contexte du VIH et du sida – dans ce rôle, nous considérons que c'est notre devoir d'évaluer les informations dans le cadre de la prévention structurelle et par rapport aux intérêts et aux cadres de vie des personnes de nos groupes cibles. Ce qui est par contre décisif dans ce cas est que les recommandations ne doivent pas blesser l'autonomie de chaque individu.

Les recommandations ne peuvent cependant que toujours être d'ordre général. C'est pourquoi la proposition d'une communication ayant pour but d'approfondir et d'une consultation individuelle est centrale pour nous, au-delà de la préparation et de la transmission des informations.

1.3 Autodétermination signifie : volontaire et sans contrainte !

Le respect de la décision autonome de chaque individu n'exige pas seulement de diffuser les informations disponibles et relatives à la gestion du risque sans les raccourcir et de manière appropriée aux groupes cibles, mais également d'empêcher d'inciter l'individu à « un maximum de comportement préventif ». Ceci signifie concrètement que tout autant que la décision d'utiliser un préservatif ou non repose entre les mains de l'individu, la décision de savoir si et quand commencer une thérapie antirétrovirale repose entre celles de la personne atteinte du VIH. Il n'est permis d'exercer aucune pression ni de contraindre la personne dans ce cas (par ex. à commencer un traitement pour des raisons préventives primaires).

1.4 La propre responsabilité, la coresponsabilité et la responsabilité envers les autres

La décision portant sur la gestion individuelle du risque (et ainsi de l'utilisation des informations proposées ou de la mise en pratique de recommandations) revient à la personne elle-même. Nous ne considérons cependant pas la personne comme étant seule avec cette responsabilité, mais nous y voyons toujours la coresponsabilité des autres – particulièrement lorsque les partenaires ne sont pas aux mêmes niveaux par rapport au savoir, à la volonté, aux sentiments et aux capacités.

⁷ Cf Aide Suisse contre le Sida : Rahmen- und Positionspapier: Sexuelles Risikomanagement – Avril 2007/janvier 2008. Voté par le comité directeur lors de sa séance du 24 avril 2007 et déclaré comme étant engageant. Actualisé le 30 janvier 2008. Berne : Aide Suisse contre le Sida 2008

⁸ Cg. ibidem.

Mais afin de pouvoir agir avec autodétermination et en toute responsabilité, la personne a également besoin, en dehors de suffisamment d'informations, des compétences et des ressources appropriées ainsi que de l'acceptation et de la solidarité. La DAH exige de la part de la politique, des services administratifs, de l'économie et de la société la création de structures et de rapports dans lesquels de telles compétences peuvent être acquises et à partir d'où de telles ressources sont disponibles. Ceci est également valable pour ce qui est de l'acceptation et de la solidarité : pour les encourager, la soi-disant population générale doit notamment être également informée sur le niveau actuel des connaissances en terme de stratégies relatives à la gestion du risque.

2. Messages

Le message central est :

La transmission du VIH lors d'un contact sexuel avec un partenaire VIH positif/une partenaire VIH positive sans utiliser de préservatif est invraisemblable si les conditions suivantes sont remplies :

- **la charge virale du partenaire VIH positif/de la partenaire VIH positive est en dessous de la limite de détection depuis au moins six mois,**
- **les médicaments antirétroviraux sont pris d'une manière conséquente,**
- **il n'existe pas de dysfonctionnement des muqueuses chez les partenaires sexuels/sexuelles (par exemple comme conséquence d'infections sexuellement transmissibles).**

2.1 Messages et explications (supplémentaires) pour les personnes VIH positives et sans charge virale décelable

Sous l'expression de « personnes VIH positives sans charge virale décelable », nous comprenons ci-après les personnes atteintes du VIH qui se soumettent à une ART efficace et dont la charge virale se situe en dessous de la limite de détection depuis au moins six mois. Une thérapie efficace aboutit au fait que la charge virale tombe en dessous de la limite de détection dans le sang, dans le sperme et dans les muqueuses, rendant ainsi une transmission au partenaire sexuel/à la partenaire sexuelle également invraisemblable.

Les ulcères ou les infections des muqueuses du pénis, dans l'intestin ou dans le vagin chez l'un ou l'une des partenaires – notamment par des maladies sexuellement transmissibles telles que la syphilis et l'herpes – augmentent à nouveau ce risque parce que le VIH s'enrichit dans les muqueuses endommagées et parce qu'elles sont en outre plus perméables au VIH. Le risque pour le partenaire VIH négatif est incalculable. Il faut à nouveau utiliser un préservatif lors de l'acte sexuel (ou le pratiquer sans que le VIH ne pénètre dans le corps/les muqueuses) jusqu'à ce que la guérison soit complète.

Du reste, ceci est valable : en cas de changements corporels visibles qui pourraient signaler une maladie sexuellement transmissible, il est conseillé de se faire examiner par un médecin et se faire soigner le cas échéant. Les partenaires doivent également être informés afin de pouvoir se faire aussi examiner et soigner le cas échéant.

Jusqu'à ce qu'un traitement des IST soit conclu et couronné de succès, la recommandation est « le sexe avec un préservatif ».

2.1.1 Messages pour les relations fixes avec des personnes VIH négatives ou non testées

Si le thème du « sexe sans préservatif ? » fait son apparition dans des relations fixes entre des personnes VIH positives sans charge virale décelable et des personnes VIH négatives ou non testées, nous conseillons alors d'agir de la manière suivante :

- se pencher sur les informations disponibles à ce sujet (un soutien et une consultation à ce sujet sont proposés par exemple par les aides contre le Sida, mais également par les médecins traitants et par les membres du personnel d'autres services de consultation), afin que la prise de décision soit basée sur l'information,
- communiquer sur ces informations,
- prendre une décision commune avec laquelle les deux peuvent vivre convenablement, ainsi que, dans l'ordre suivant
- prendre régulièrement des médicaments contre le VIH et rendre visite régulièrement à un médecin afin de contrôler l'efficacité des médicaments et l'absence de dysfonctionnement des muqueuses.

2.1.2 Messages pour les contacts occasionnels

En cas de sexe avec des partenaires occasionnel(le)s, il est toujours conseillé d'utiliser des préservatifs puisqu'en règle générale, les conditions que représentent les contrôles IST réguliers (afin de vérifier l'absence de dysfonctionnement des muqueuses chez les deux partenaires), la communication et la décision commune ne peuvent pas être garanties.

Nous conseillons aux personnes positives ayant des contacts sexuels occasionnels en plus de leur partenaire fixe de se faire régulièrement contrôler par rapport aux maladies sexuellement transmissibles, car celles-ci se déroulent souvent sans que des symptômes ne soient visibles (respectivement remarqués) et car elles ne peuvent souvent être identifiées que lors d'examens médicaux ou en laboratoire.

2.2 Messages pour les personnes VIH positives avec charge virale décelable, pour les personnes non testées et VIH négatives

Nous conseillons aux personnes VIH positives avec charge virale décelable, non testées et VIH négatives – particulièrement lors de contacts sexuels occasionnels – de suivre en plus les règles : « le sexe anal et vaginal avec préservatif » et « ne pas laisser parvenir de sang/sperme dans le corps ou dans les muqueuses ».

Pour les relations entre des personnes VIH négatives ou non testées et VIH positives sans charge virale décelable, les déclarations faites sous les points 2.1 et 2.1.1 sont valables.

Si, dans une relation fixe entre des personnes VIH négatives et/ou des personnes non testées, la question du « sexe sans préservatif ? » fait son apparition, les recommandations en vigueur jusqu'à présent sont valables.⁹

⁹ Les deux partenaires doivent utiliser des préservatifs de manière conséquente pendant trois mois en cas de de sexe anal et vaginal, ne laisser ni sang ni sperme parvenir dans le corps ou dans les muqueuses et se faire ensuite tester par rapport au VIH. Il faut continuer à pratiquer le Safer Sex de manière conséquente jusqu'à ce que les résultats des tests aient été communiqués. Si les tests du VIH sont négatifs, il est alors possible de renoncer aux préservatifs au sein de la relation tant que les mesures de protection nommées ci-dessus sont appliquées lors de contacts sexuels en-dehors de la relation. Ceci présuppose cependant une grande confiance et sincérité : lors de contacts non protégés en-dehors de la relation, les partenaires doivent en parler et à nouveau se protéger pendant le sexe jusqu'à ce qu'ils aient répété le processus décrit ci-avant.

2.3 Digression : messages pour personnes VIH positives ayant des partenaires sexuels VIH positifs/partenaires sexuelles VIH positives

Lors d'actes sexuels entre des partenaires VIH positifs/partenaires VIH positives, la transmission possible d'autres IST ou de l'hépatite C se trouve au centre de l'action préventive. Puisque certaines IST ou l'hépatite C peuvent se dérouler plus rapidement et plus gravement chez les personnes vivant avec le VIH, nous leur conseillons de se faire contrôler au moins deux fois par an par rapport à ces maladies.

Afin d'éviter une « superinfection » (c'est à dire de transmettre une variante du virus au/à la partenaire ou de s'infecter avec une variante du virus dont le/la partenaire est atteinte), la thérapie efficace d'un des partenaires est suffisante. Une superinfection est possible (mais est sans importance en terme d'épidémiologie) lorsque les deux partenaires ne sont pas soignés ou s'ils se trouvent en pause de thérapie. Une superinfection peut devenir nuisible lorsque des virus résistants aux médicaments sont alors transmis.

2.4 Particularités pour les consommateurs/-trices de drogues

Les messages de prévention étendus qui sont naturellement également valables pour les consommateurs/-trices de drogues ne se rapportent qu'à la transmission sexuelle du VIH. En cas de consommation de drogues, il est toujours valable qu'une transmission peut se produire lors de l'utilisation commune de seringues et de canules. On peut certes partir du principe que le risque est également diminué lorsque la charge virale se situe en dessous de la limite de détection mais les résultats des études portant sur la transmission sexuelle par les personnes atteintes du VIH ne peuvent pas être appliqués à la transmission en cas d'une consommation de drogue par voie intraveineuse, car dans le cas de la transmission sexuelle, le fait que les muqueuses soient intactes représente une barrière contre le VIH tandis qu'il n'y a pas de telle barrière lors d'une consommation de drogue par voie intraveineuse. C'est pourquoi les messages de prévention ('recommandations du Safer Use') demeurent toujours inchangés, d'autant plus que le Safer Use minimise également le risque d'une transmission d'autres maladies infectieuses telles que l'hépatite B et C.

Néanmoins, il vaut tout autant pour les consommateurs/-trices de drogues que les faits décrits ci-dessus peuvent contribuer au soulagement en cas de traitement de substitution notamment pour les couples sérodifférents. Même si les messages de prévention restent valables en cas de consommation de drogue, il faut parler des changements qui découlent dans le domaine de la sexualité car les consommateurs/-trices de drogues et les personnes en substitution ont besoin – tout comme tous les autres – de telles informations afin de pouvoir mener une gestion du risque appropriée à leur vie.

2.5 Particularités pour les personnes se trouvant en détention

La particularité dans les prisons est que les personnes en détention n'ont pratiquement pas accès aux moyens de prévention (préservatifs, lubrifiants, seringues, canules ou substitution). Leur risque de s'infecter lors de l'acte sexuel ou de la consommation de drogues en détention est élevé. De surcroît, la période de détermination de trois mois de la charge virale nécessaire pour le processus décrit sous le point 2.1.1 n'est également pas souvent effectuée ou alors à des intervalles bien plus grands qu'en dehors des prisons. C'est pourquoi il faut continuer, pour les prisonniers VIH positifs, à intervenir en faveur de bons soins médicaux correspondant aux soins effectués en dehors des murs des prisons et de mentionner les arguments nommés ci-dessus (des soins médicaux meilleurs = plus de sécurité en détention) dans les discussions avec les médecins d'établissement.

Les informations concernant la transmission sexuelle doivent être autant que possible communiquées aux détenus lors d'un entretien d'information ou de consultation afin de couvrir ici également au moins partiellement la partie informative qui est normalement assumée par les médecins spécialisés dans le VIH. (On ne peut malheureusement pas partir du principe que les informations fournies par les médecins d'établissement sont comparables avec celles des cabinets spécialisés dans le VIH.) Afin de pouvoir mener une gestion du risque sensée en prison, le quotidien doit être examiné plus exactement lors de l'entretien d'information ou de consultation (par exemple le thème des relations sexuelles en prison, les risques de chacune des pratiques sexuelles, la charge virale et la prise de médicaments, les IST, les risques en cas de consommation de drogues).

2.6 Particularités des thèmes du désir d'enfant, de la grossesse et de l'allaitement

Pour les couples désirant un enfant au sein desquels un/une ou les deux partenaires est/sont VIH positif(s)/-tive(s) les déclarations suivantes sont valables :

- Dans le cas d'absence de charge virale décelable et si les conditions nommées sous les points 1. et 2. sont remplies, la procréation d'un enfant peut être effectuée de manière naturelle sans courir le risque d'infecter le/la partenaire.
- Dans le cas de mères VIH positives sans charge virale décelable, le risque d'une transmission à l'enfant pendant la grossesse et pendant la naissance est faible. Lors d'un suivi médical approprié réalisé par des spécialistes, un accouchement vaginal est donc également possible.
- Il est cependant toujours déconseillé d'allaiter – les données scientifiques ne sont pas suffisantes jusqu'à présent pour que les recommandations puissent être changées.

3. Contextes et explications

3.1 Signification de lésions des muqueuses et de maladies sexuellement transmissibles (MST)

Les lésions des muqueuses (abcès, infections) jouent un rôle considérable dans la transmission du VIH : elles représentent une porte d'ouverture pour le VIH chez les partenaires VIH négatifs/-tives. Elles entraînent un enrichissement des cellules immunitaires dans l'ulcère ou dans l'inflammation chez les partenaires VIH positifs/positives. Comme une partie de ces cellules immunitaires est infectée avec le VIH, le VIH s'enrichit également dans la lésion et autour de celle-ci.

Les lésions des muqueuses se produisent dans le cas de

- maladies sexuellement transmissibles : la syphilis et les infections d'herpès entraînent des ulcères et augmentent ainsi le plus parmi toutes les MST la probabilité d'une transmission VIH. Dans le cas d'autres MST, l'ampleur de la réaction inflammatoire des muqueuses est décisive : les gonocoques (blennorragie) et les infections par la chlamydia peuvent mener à de longues infections dans l'intestin – alors qu'elles ne provoquent que des lésions légères au niveau du pharynx le cas échéant.
- colite ulcéreuse, Morbus Crohn, dysenterie ambiante
- fistules vaginales ou intestinales/anales.

L'augmentation de la probabilité d'une transmission du VIH lors de MST présentes au même moment chez les personnes atteintes du VIH et qui ne suivent pas de thérapie antirétrovirale est bien justifiée dans de nombreuses études scientifiques (par exemple Laga 1993, Craib 1995, Fleming 1999, Cohen 2005). Il n'existe jusqu'à présent aucune d'étude épidémiologique probante pour les personnes suivant une thérapie antirétrovirale stable, mais des augmentations de la concentration du VIH dans les sécrétions génitales (muqueuses) lors de MST présentes au même moment ont cependant été décelées (Sadiq 2002).

Les maladies sexuellement transmissibles peuvent se dérouler d'une manière asymptomatique pendant toute leur durée ou pendant certaines phases. C'est pourquoi une grande importance est accordée au diagnostic/au test de dépistage des MST même en l'absence de symptômes. Les examens suivants sont possibles et courants :

- **Syphilis** Sérologie (analyse du sang)
- **Herpès** Inspection et anamnèse (questionnement/histoire médicale), pour savoir si les vésicules d'herpès ou les ulcères ont été surveillés. La sérologie est d'importance secondaire en raison de la prévalence relativement élevée, car les anticorps peuvent être décelés toute la vie.
- **Chlamydia** Prélèvements vaginaux/cervicaux, de l'urètre, du rectum et du larynx. A la place ou en plus du prélèvement de l'urètre (douloureux pour l'homme), il est possible d'effectuer une analyse d'urine.
- **Gonocoques** Prélèvements vaginaux/cervicaux, de l'urètre, du rectum et du larynx. Chez l'homme, un prélèvement de l'urètre est généralement considéré comme étant inutile lors de l'absence de symptômes, puisque les gonocoques – contrairement aux chlamydia – entraînent des douleurs au niveau de l'urètre chez les hommes.

3.2 Signification de la charge virale dans le sang et dans les sécrétions génitales/rectales

Une baisse de la charge virale dans le sang est généralement également suivie d'une baisse de la charge virale au niveau des sécrétions génitales et rectales et dans les muqueuses. Il peut cependant y avoir des exceptions. Chez quelques personnes VIH positives dont la charge virale dans le plasma sanguin a été située en dessous de la limite de détection pendant plus de six mois et chez lesquelles aucune MST n'était présente, il a été possible de détecter le VIH dans le sperme (la limite de détection pour le plasma sanguin est de 40 copies/ml, la limite de détection pour le sperme est d'env. 200 copies/ml); cependant, la charge virale mesurée se situait à un niveau bas (< 1500) et aucune transmission n'a été déclarée dans ces cas.

Il n'a pas encore été éclairci scientifiquement s'il existe une valeur seuil pour la charge virale dans le sang ou dans les sécrétions génitales en dessous de laquelle une infection ne pourrait plus avoir lieu.

3.3 Signification de l'adhérence thérapeutique et du contrôle de la thérapie

Une « thérapie antirétrovirale stable » comprend des contrôles réguliers de la charge virale, généralement tous les trois mois. La thérapie doit être prise continuellement afin de minimiser les variations des concentrations des substances actives et ainsi le danger de développer des résistances qui entraîneraient l'échec de la thérapie.

Les résistances et les échecs thérapeutiques ne sont pas exclusivement attribués au manque d'adhérence thérapeutique. D'autres facteurs peuvent également avoir pour conséquence que la concentration de substances actives nécessaires dans le sang ne soit pas atteinte. Il faut indiquer les facteurs suivants aux personnes qui cherchent des conseils lors de la consultation :

- L'interaction avec d'autres médicaments (aussi avec des médicaments qui ne sont pas délivrés sur ordonnance) ou des médecines naturelles peuvent entraîner une perte de l'efficacité des médicaments contre le VIH. Il faut donc convenir de la prise d'autres médicaments avec le médecin spécialisé dans le VIH.
- Des maladies peuvent retarder ou empêcher l'absorption des médicaments contre le VIH dans le corps (gastro-entérite, Lymphome, mycobactériose atypique).
- Il est possible, après des opérations au niveau du tube digestif, que l'absorption des médicaments soit diminuée.

3.4 L'importance de la communication entre les partenaires

La méthode de prévention qu'est la « baisse de la charge virale en dessous de la limite de détection » nécessite – encore plus que l'utilisation de préservatifs – une communication qui fonctionne entre les partenaires sexuel(le)s. Le manque d'adhérence thérapeutique ou les pauses thérapeutiques non envisagées (par exemple en vacances) doivent être thématiques; il faut alors utiliser à nouveau des préservatifs.

Il est capital, lors de la consultation, d'aborder le thème des « contacts sexuels extérieurs » et de la manière dont ils sont traités, même si les couples partent du principe, au moment de la consultation, qu'ils ne s'y adonnent pas. Les contacts sexuels extérieurs dissimulent en principe le fait problématique que des MST peuvent être acquises et que, le cas échéant, les conditions préalables pour la méthode de la « charge virale » ne sont alors plus remplies.

3.5 Comparaison : points forts et points faibles des préservatifs et de la « méthode de la charge virale »

Les deux méthodes disposent d'un profil différent pour ce qui est des points forts et des points faibles. Les deux méthodes peuvent être combinées ensemble ou avec d'autres stratégies de diminution des risques. La consultation peut aider à choisir individuellement les méthodes préventives appropriées.

3.5.1 L'utilisation de préservatifs

Points forts

- peut avoir lieu sans que les conditions préalables soient évaluées
- réduit le risque d'attraper également d'autres maladies sexuellement transmissibles (notamment la syphilis, la blennorragie, une infection par la chlamydia); est donc particulièrement approprié pour le sexe avec des partenaires occasionnel(le)s ou pour le travail sexuel
- représente en même temps une protection contre la grossesse (si ceci est souhaité).

Points faibles

- les erreurs d'utilisation sont possibles : l'endommagement du préservatif lors de son application, l'utilisation du mauvais lubrifiant (par exemple d'huiles grasses), l'utilisation d'un lubrifiant entre le préservatif et le pénis)
- des défauts du matériel sont possibles (très rare)
- l'effectivité diminue lorsque l'utilisation consécutive (à 100%) est interrompue, par exemple à la suite de la consommation d'alcool avant le sexe ou en cas de dysfonction érectile.

3.5.2 Diminution de la charge virale avec un traitement médicamenteux

Points forts

- élimine, en dehors des pratiques sexuelles comportant un risque élevé de transmission du VIH (sexe anal et vaginal), également de « petits risques », qui ne peuvent pas être réduits avec l'utilisation du préservatif ou pour lesquelles aucun préservatif n'est habituellement utilisé, par exemple le sexe oral, les jeux avec le sperme avec contact avec les muqueuses, le fait de boire le lait maternel, les contacts muqueuses à muqueuses sans insertion, les contacts sanguins
- la grossesse est possible (si ceci est souhaité).

Points faibles

- exige une évaluation des conditions préalables : la charge virale se situe en dessous de la limite de détection se trouvant actuellement à 40 copies de virus/ml depuis au moins six mois, les contrôles de la charge virale sont effectués régulièrement, c'est-à-dire d'une règle générale tous les trois mois, la thérapie est prise de manière conséquente et aucun des deux partenaires n'a de lésion au niveau des muqueuses par exemple en raison de maladies sexuellement transmissibles
- la baisse insuffisante de la charge virale dans les sécrétions génitales/rectales est possible (rare)
- l'augmentation de la charge virale dans le cas d'interactions médicamenteuses ou l'échec de la thérapie sont possibles (ceci a lieu lentement d'une règle générale et est remarqué lors de contrôles)
- aucune protection contre d'autres maladies sexuellement transmissibles.

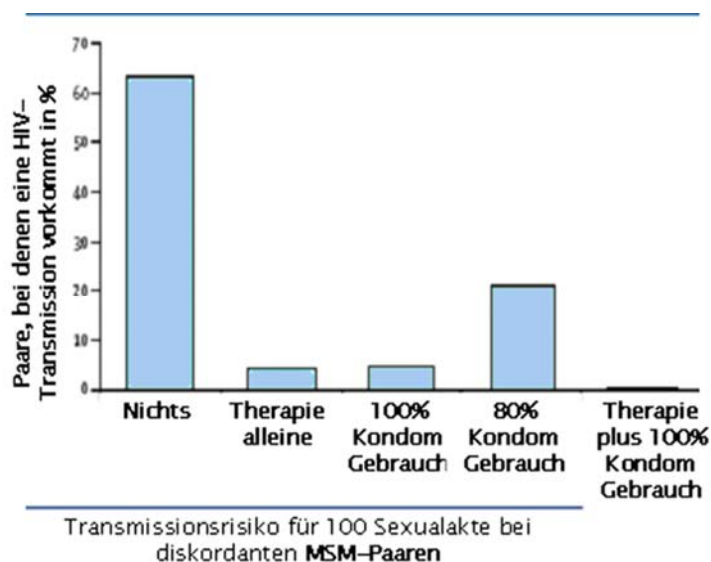
3.5.3 Efficacité des préservatifs et de la « méthode de la charge virale »

L'utilisation conséquente (à cent pour cent) de préservatifs¹⁰ tout comme la diminution durable de la charge virale chez le/la partenaire VIH positive – en cas d'absence de lésions au niveau des muqueuses/MST chez les deux partenaires – entraîne une sécurité suffisante dans le but d'éviter une infection par le VIH, le risque résiduel d'une transmission du VIH est si bas qu'elle peut être négligée.¹¹ Dans le cas de l'utilisation des deux méthodes ensemble, le risque résiduel est proche du zéro.

¹⁰ D'une manière générale, on part du principe que le Safer Sex diminue le risque d'une transmission du VIH de 95 %. Les risques résiduels sont présents en raison d'erreurs d'utilisation, de défectuosité du matériel et des soi-disant « petits risques » pendant l'acte sexuel qui ne sont pas éliminés par les préservatifs ou pour lesquels aucun préservatif n'est utilisé d'une règle générale (le sexe oral, d'autres contacts muqueuses à muqueuses, les contacts sanguins). Une analyse Cochrane (Weller et al. 2006) chez les hétérosexuels a calculé un effet protecteur de 80 %. Pour ce qui est des MSM (de l'anglais « Men who have Sex with Men », les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes), on présume d'une manière générale une application plus exercée et donc un effet protecteur plus élevé (95 %) que chez les hétérosexuels. Il n'y a pas d'analyse Cochrane portant sur la fiabilité des préservatifs chez les MSM.

¹¹ Il est possible, pour les deux méthodes – l'utilisation de préservatifs et la méthode de la charge virale – qu'une transmission du VIH ait lieu dans de très rares cas malgré l'observation correcte des règles ; un tel cas a été documenté jusqu'à présent pour ce qui est de la méthode de la charge virale (Stürmer 2008).

Le graphique représente le risque de transmission pour 100 actes sexuels chez des couples MSM discordants (selon Garnett, Gazzard 2008). Les auteurs se réfèrent à un calcul modèle de Wilson et al. (2008), qui prend le principe d'un risque de transmission élevé comme point de départ et qui considère la valeur de la méthode de la « charge virale » d'un œil critique.¹²



3.6 Situation en terme de données scientifiques portant sur le thème de la charge virale et de l'infectiosité chez les hétérosexuels et les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes (MSM)

La situation en terme de données épidémiologiques portant sur le thème de la « charge virale et de l'infectiosité » est moins bonne pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes que pour les hétérosexuels. Probablement rien ne sera changé à cette inégalité dans les années à venir. La seule étude d'intervention randomisée (HIV Prevention Trial Network 2008) qui est actuellement effectuée concernant l'infectiosité lors de la thérapie antirétrovirale a fini de recruter et n'a inclus aucun couple de MSM.

A-t-on donc le droit de priver les MSM si longtemps d'une méthode préventive si impressionnante de par son effet chez les hétérosexuels jusqu'à ce que des données portant sur les MSM existent, ou ne s'impose-t-il pas, face à l'incidence du VIH qui est nettement plus élevée chez les MSM, de tirer des conclusions par analogie et de faire des recommandations basées sur un niveau d'évidence peu élevé afin de pouvoir utiliser toutes les possibilités relatives à la prévention justement chez les MSM ?

Il est improbable que le rapport entre la charge virale et l'infectiosité soit fondamentalement différent chez les MSM et chez les hétérosexuels. Une thérapie antirétrovirale efficace diminue la charge virale d'un millième à un dix-millième chez les hétérosexuels VIH positifs tout autant que chez les MSM. Il est prouvé chez les hétérosexuels, grâce à des études de cohorte, qu'il n'y a pratiquement plus d'infection si les conditions citées ci-dessus sont remplies (Barreiro, 2006, Bernasconi 2001, Castilla 2005, Melo 2006, Quinn 2000, Gray 2001). Aucune étude de cohorte de ce genre n'existe pour les MSM. Seule une étude épidémiologique réalisée avec les MSM à San Francisco prouve une réduction évidente de l'infectiosité après l'introduction de la thérapie antirétrovirale (Porco 2004). Les observations faites à partir de cohortes cliniques et de la pratique indiquent qu'une réduction semblable de l'infectiosité est également observée chez les couples MSM.

Même si l'on intègre un « facteur de sécurité » (et si l'on prend en considération la possibilité que l'efficacité de la méthode soit moins élevée chez les MSM ou pour le sexe anal que chez les hétérosexuels), il est possible de compter sur une efficacité qui atteint voire dépasse l'efficacité obtenue lors de l'utilisation de préservatifs (voir ci-dessus).

¹² « Nichts » (rien) = « aucune méthode de diminuer le risque d'une infection », « Therapie alleine » = « Seulement la thérapie », « 100 resp. 80 % Kondomgebrauch » = « 100 resp. 80 % utilisation de préservatifs », « Therapie plus 100 % Kondomgebrauch » = « thérapie plus 100 % utilisation de préservatifs »

3.7 Plan individuel et santé publique

Sur le plan individuel, il y n'a actuellement pratiquement plus controverses au niveau scientifique par rapport au fait que, si l'on se tient aux critères (charge virale en dessous de la limite de détection depuis au moins six mois, l'adhérence thérapeutique, aucune lésion des muqueuses) une transmission du VIH est invraisemblable.

La situation sur le plan de la santé publique est différente. Il existe ici une crainte que le fait de d'adopter la « méthode de la charge virale » dans la prévention pourrait entraîner une augmentation des nouvelles infections du VIH : dans une prise de position venant du pacifique du sud-ouest (Wilson 2008) portant sur la publication de la Commission fédérale pour les problèmes liés au sida (2008), il est supposé à l'aide d'un modèle mathématique que les VIH positifs/-tives avec une thérapie antirétrovirale stable et qui ont pratiqué le Safer Sex jusqu'alors se passent maintenant en grande partie de préservatifs. En partant du principe que l'utilisation de préservatifs dans le cas d'une thérapie antirétrovirale stable diminue le risque de la transmission du VIH pratiquement jusqu'à zéro, Wilson et al. supposent que le risque augmente (au niveau du risque résiduel de la méthode qui reste) s'il est renoncé à l'une des deux méthodes. Dans l'ensemble, il pourrait en effet y avoir une « augmentation du risque » avec ce scénario et, par rapport à la population, entraîner ainsi une augmentation potentielle des infections, même si le risque demeure si bas pour les individus qu'il est négligeable.

Cette position ne tient pas compte de différents arguments :

- Les critères relatifs à l'utilisation de la « méthode de la charge virale » sont exprimés d'une manière stricte; elle ne concerne que relativement peu de personnes ; depuis la publication de l'information du CFS il y a un an, nous n'avons pu observer aucune réduction de l'utilisation du préservatif.
- La prévention, avec la propagation du message du « Safer Sex » il y a 25 ans, a toléré exactement ce degré de risque résiduel. Il ne serait pas concevable pour les individus qu'un risque résiduel encore plus bas ne soit pas toléré. Dans la prévention, nous nous concentrons depuis 25 ans sur la protection qui est proposée par une méthode (par exemple l'utilisation du préservatif) et non sur le risque résiduel très bas.
- La perspective de n'être pratiquement plus infectieux peut inciter les personnes vivant avec le VIH à commencer une thérapie à temps et à effectuer cette thérapie d'une manière conséquente. Actuellement, trop de personnes vivant avec le VIH commencent la thérapie trop tard ; env. 30 % des personnes nouvellement diagnostiquées sont des soi-disant « personnes se présentant tardivement ».

Dans l'ensemble, la DAH ne se lie pas aux craintes selon lesquelles il pourrait y avoir une augmentation des infections si la « méthode de la charge virale » est employée dans la prévention. Au contraire, la DAH voit l'avantage que présente la thérapie antirétrovirale comme une chance pour la prévention.

3.8 Littérature/Références (Sélection)

1. Attia S, Egger M, Low N (2008). Can unsafe sex be safe? Review of sexual transmissibility of HIV-1 according to viral load, HAART, and sexually transmitted infections. THAC0505 Welt-AIDS-Konferenz, Mexico
2. Barreiro P, et al. (2006). Natural pregnancies in HIV-serodiscordant couples receiving successful antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 43:324-6.
3. Bernasconi E, et al. (2001). HIV transmission after suspension of highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2001;27:209.
4. Brenner BG, et al. (2007) High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *J Infect Dis*. 2007;195:951-9.
5. Campo J, et al. (2006). Oral transmission of HIV. Reality of fiction? An update. *Oral Diseases* 12: 219 – 228
6. Castilla J, et al. (2005). Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*.;40:96-101.
7. Chakraborty H, et al. (2001). Viral burden in genital secretions determines male-to-female sexual transmission of HIV-1: a probabilistic empiric model. *AIDS*.;15:621-7.
8. Chesson HW, Pinkerton SD (2000). Sexually transmitted diseases and the increased risk for HIV transmission: implications for cost-effectiveness analyses of sexually transmitted disease prevention interventions. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2000; 24:48-56.
9. Cohen MS, et al. (1997). Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1. *Lancet*.;349:1868-73.
10. Cohen MS, et al. (2000). Limits on oral transmission of HIV-1. *The Lancet* 356: 272
11. Cohen MS and Pilcher CD (2005). Amplified HIV-Transmission and new approaches to HIV prevention. EDITORIAL COMMENTARY *JID* 2005:191 (1 May) 1391
12. Craib KJP et al. (1995) Rectal gonorrhoea as an independent risk factor for HIV infection in a cohort of MSM. *Genitourin Med* 1995; 17:150-154
13. Cu-Uvin S, et al. (2006). Association between paired plasma and cervicovaginal lavage fluid HIV-1 RNA levels during 36 months. *J Acquir Immune Defic Syndr*.;42:584-7.
14. Cu-Uvin, et al (2000). Effect of highly active antiretroviral therapy on cervicovaginal HIV-1 RNA. *AIDS*.;14:415-21.
15. del Romero J, et al. (2002). Evaluating the risk of HIV transmission through unprotected orogenital sex. *AIDS* 16: 1296–1297
16. Deutsche AIDS-Gesellschaft und Österreichische AIDS-Gesellschaft (2007). Postexpositionelle Prophylaxe der HIV-Infektion. Deutsch-Österreichische Empfehlungen. www.daignet.de
17. Edwards S, Carne C (1998). Oral Sex and the transmission of viral STIs. *Sex Transm. Inf.* 74: 6-10
18. Fleming DR (1999). From epidemiological synergy to public health policy and practice. The contribution of other STD to sexual transmission of HIV. *Sex Transm Inf* 1999;75:3–17
19. Fisher M et al., (2006) UK Guideline for the use of PEP for HIV following sexual exposure. *Int J of STD & AIDS*. 17:81-92
20. Garnett G, Gazzard B. (2008) Risk of HIV-Transmission in discordant couples. *The Lancet* 2008; 372:270-271
21. Granich (2008) Universal voluntary HIV testing with immediate ART as a strategy for elimination of HIV transmission. A mathematic model. *The Lancet* Vol 373 January 3, 2009
22. Gray R et al. (2001) Probability of HIV-Transmission per coital act in monogamous heterosexual discordant couples in Rakai, Uganda *The Lancet*, 357, April 14
23. Kovacs A, et al. (2001) Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet*; 358:1593-601.
24. Laga M, (1993) Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. *AIDS* 1993 Jan;7(1):95-102.
25. Lynn WA (2004). Syphilis and HIV. A dangerous combination. *The Lancet Infectious diseases* Vol 4, July 2004
26. Marcelin A-G et al. (2008) Detection of HIV-1 RNA in seminal plasma samples from treated patients with undetectable HIV-1 RNA in blood plasma
27. Melo M, et al. (2006). Demographic characteristics, sexual transmission and CD4 progression among heterosexual HIV-1 serodiscordant couples followed in Porto Alegre, Brazil.: XVI International AIDS Conference: Abstract no. TUPE0430

28. Neely MN, et al (2007). Cervical shedding of HIV-1 RNA among women with low levels of viremia while receiving highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr.*; 44:38-42.
29. Nunnari G, et al. (2002) Residual HIV-1 disease in seminal cells of HIV-1-infected men on suppressive HAART: latency without ongoing cellular infections. *AIDS*; 16:39-45.
30. Pilcher CD, et al. (2004) Brief but efficient: acute HIV infection and the sexual transmission of HIV. *J Infect Dis.*;189:1785-92.
31. Porco TC, et al. (2004) Decline in HIV infectivity following the introduction of highly active antiretroviral therapy. San Francisco Young Men's Health Study. *AIDS*; 18:81-8.
32. Powers KA, Poole C, Pettifor AE, Cohen MS (2008) Rethinking the heterosexual infectivity of HIV-1: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet/infection*. Published online August 5
33. Quinn TC, et al. (2000) Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group *N Engl J Med.*; 342:921-9.
34. Rotheram-Borus MJ (2009). The Past, Present, and Future of HIV Prevention. Integrating Behavioral, Biomedical and structural Intervention strategies for the next Generation of HIV Infection. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2009. 5:143-67
35. Sadiq ST, et al. (2002) The effects of antiretroviral therapy on HIV-1 RNA loads in seminal plasma in HIV-positive patients with and without urethritis. *AIDS*;16:219-25.
36. Stürmer M et al. (2008) Is transmission of HIV-1 in non-viraemic serodiscordant couples possible? *Antiviral Therapy* 13:729-732
37. Vernazza (2008) HIV-Transmission: EKAF Statement in Frage gestellt? - Eher bestätigt! Réponse à Wilson et al (Lancet, Juillet 2008). [Online](#)
38. Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (2008). HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös *Schweizerische Ärztezeitung*; 89: 5; S. 165-169
39. Vernazza PL, et al. (2000). Potent antiretroviral treatment of HIV infection results in suppression of the seminal shedding of HIV. *The Swiss HIV Cohort Study. AIDS.* 14(2):117-21.
40. Vettore MV et al. (2006). Genital HIV-1 viral load is correlated with blood plasma HIV-1 viral load in Brazilian women and is reduced by antiretroviral therapy. *J Infect.*;52:290-3.
41. Vielhaber B. (2008) Viruslast in Genitalsekreten und Transmissionswahrscheinlichkeit. *HIVReport der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.*, 10 Janvier 2008. [Online](#)
42. Vittinghoff E, et al. (1999). Per-Contact-Risk of Human Immunodeficiency Virus Transmission between Male Sexual Partners. *American Journal of Epidemiology* 150: 306 – 311
43. Weller SC, Davis-Beaty K (2006). Préservatif effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 1. Art. No.: CD003255. DOI: 10.1002/14651858.CD003255
44. Wilson D et al. (2008). Relation between HIV viral load and infectiousness: a model-based analysis. *The Lancet* 2008; 372:314-320
45. Yerly S, et al. (2001) Acute HIV infection: impact on the spread of HIV and transmission of drug resistance. *Swiss HIV Cohort Study. AIDS*;15:2287-92.
46. Yerly S, et al. (2001) HIV drug resistance and molecular epidemiology in patients with primary HIV infection. *Swiss HIV Cohort Study. 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, 4-8 February. Abstract 754.*
47. Zuckerman RA, et al. (2004) Higher Concentration of HIV RNA in Rectal Mucosa Secretions than in Blood and Seminal Plasma, among Men Who Have Sex with Men, Independent of Antiretroviral Therapy. *J Inf Dis* 190:156-161