

REACTUP



*Le site à
fréquenter
avant de
baiser !*

Le siècle des lumières de la prévention

Attention ! Ce contenu a 6 ans. Merci de lire cette page en gardant son âge en tête. Réponse à la question : la PrEP, oui ou non ? Par Eric Paul Leue, Mr L.A. Leather 2014.



Dans son article « la [PrEP](#) oui ou non, voilà la question ? », publié le 9 juillet 2014, V. Andrews exprime ses préoccupations à propos de la mise en vente de la [PrEP](#) au public et il entend informer et donner un panorama complet de la question. En dépit de ses bonnes intentions, il produit ce que des commentateurs appellent un texte « déraisonnable et absurde ». Son article développe un point de vue mal informé, trompeur, qui repose sur des informations dépassées (datant de 2012) et fait des usages inadéquats de la terminologie médicale et de l'analyse statistique.

Je voudrais aujourd'hui m'interroger sur les raisons pour lesquelles le plus grand progrès, à ce jour, dans la [prévention](#) du [VIH](#), rencontre un scepticisme émotionnel et opposer à l'article de M. Andrews des faits précis.

À la fin du XVIIIe siècle, en Europe, le Siècle des Lumières a réformé la société, en confrontant, à la

tradition et aux idées liées à la foi, la raison et la pensée scientifique. Nous avons devant nous, aujourd'hui, aux États Unis, une confrontation tout à fait analogue : le Siècle des Lumières de la [prévention](#).

Avec le début de la crise du [VIH](#), dans les années 80, deux décennies de révolution et de libération sexuelles se sont brusquement terminées par un choc qui redéfinissait notre manière d'aborder la sexualité. Nous nous sommes trouvés impuissants devant l'inconnu et la perte d'une génération. Le sexe et l'intimité amoureuse comportaient tout d'un coup un risque vital et la religion décrivait le « [cancer](#) gay » comme la punition divine de l'homosexualité : cette croyance nourrit encore aujourd'hui l'homophobie.

Deux ans après cette irruption, on découvrit que le [VIH](#) était une [infection](#) transmise sexuellement. Des sénateurs réclamèrent des lois contre la sodomie et le président Reagan préconisa l'abstinence plutôt que le [préservatif](#). L'activisme pour les droits des gays se dressa contre ces idées basées sur la foi et argumenta scientifiquement l'usage des préservatifs.

Les préservatifs furent la première protection effective contre l'[infection](#) par le [VIH](#) et devinrent rapidement le symbole du Safer Sex. La communauté gay apprit que les préservatifs, c'était bien et que le bareback, c'était mal.

Aujourd'hui, dans les débats sur les nouvelles méthodes de [prévention](#), validées scientifiquement, il n'est pas surprenant de rencontrer un scepticisme émotionnel dès lors qu'on met en question trois décennies de croyance dans le [préservatif](#) seul. Personne ne veut voir se répéter les années 80.

Parce que la [Prophylaxie](#) Pré-exposition ([PrEP](#)) nous demande d'ouvrir notre esprit à une nouvelle manière de penser, nous devons impérativement avoir accès à une information précise, libre de stigma, de jugements personnels et d'émotions.

Actuellement, aux États Unis, nous avons, chaque année, 20 millions de nouvelles contaminations par des infections sexuellement transmises ([IST](#)). Nous avons 110 millions de malades par des [IST](#) sur une population d'environ 320 millions et nous dépensons 16 milliards de dollars, par an, pour les traitements. Parmi les nouvelles infections, 50% ont lieu chez les 15-24 ans. Le Papillomavirus humain ([HPV](#)) représente la majorité de ces nouvelles infections avec 14 millions de cas, par an.

Pour la [prévention](#) de tout cela, notre boîte à outils comporte les tests réguliers, les préservatifs, la [PrEP](#), le [TasP](#) (Traitement comme [prévention](#)), la PEP ([Prophylaxie](#) post exposition) et des préventions comportementales comme le séro-triage ou l'abstinence. Je pense personnellement que ni le séro-triage ni l'abstinence ne sont des méthodes fiables de [prévention](#).

Les tests réguliers, les vaccinations et les préservatifs ont été, jusqu'à présent, les meilleures méthodes de [prévention](#) mais la réponse est lente. Seulement la moitié des citoyens américains âgés de 18 à 44 ans ont été testés au moins une fois et seulement un tiers de la population a, par exemple, été vacciné contre le [HPV](#).

Que dire des préservatifs ? Il faut tout d'abord considérer que le débat est beaucoup plus complexe que l'opposition « préservatifs ou [PrEP](#) » à laquelle il est souvent réduit. Le niveau qu'ont atteint les [IST](#), aux États Unis, aujourd'hui, nous oblige à combattre le mal qu'ont fait la peur et le déni de la sexualité, basés sur la foi, ainsi que le manque d'éducation sexuelle et leurs conséquences : la honte sexuelle et la stigmatisation. Si nous voulons progresser, le sexe doit cesser d'être un sujet tabou.

Les informations présentées à la Conférence sur les [rétrovirus](#) et les [infections opportunistes \(CROI\)](#), en 2013, font état d'une [efficacité](#) de 70% dans la [prévention](#) par un usage régulier des préservatifs. Michael Weinstein lui-même, le Président de [AIDS](#) Healthcare Foundation (AHF, fondation pour le traitement du [Sida](#)), bien qu'il soit ouvertement anti-[PrEP](#), reconnaît que la [PrEP](#), avec un usage régulier, a une [efficacité](#) de 99%, pour la [prévention](#) du [VIH](#). Régulier est ici le mot clé.

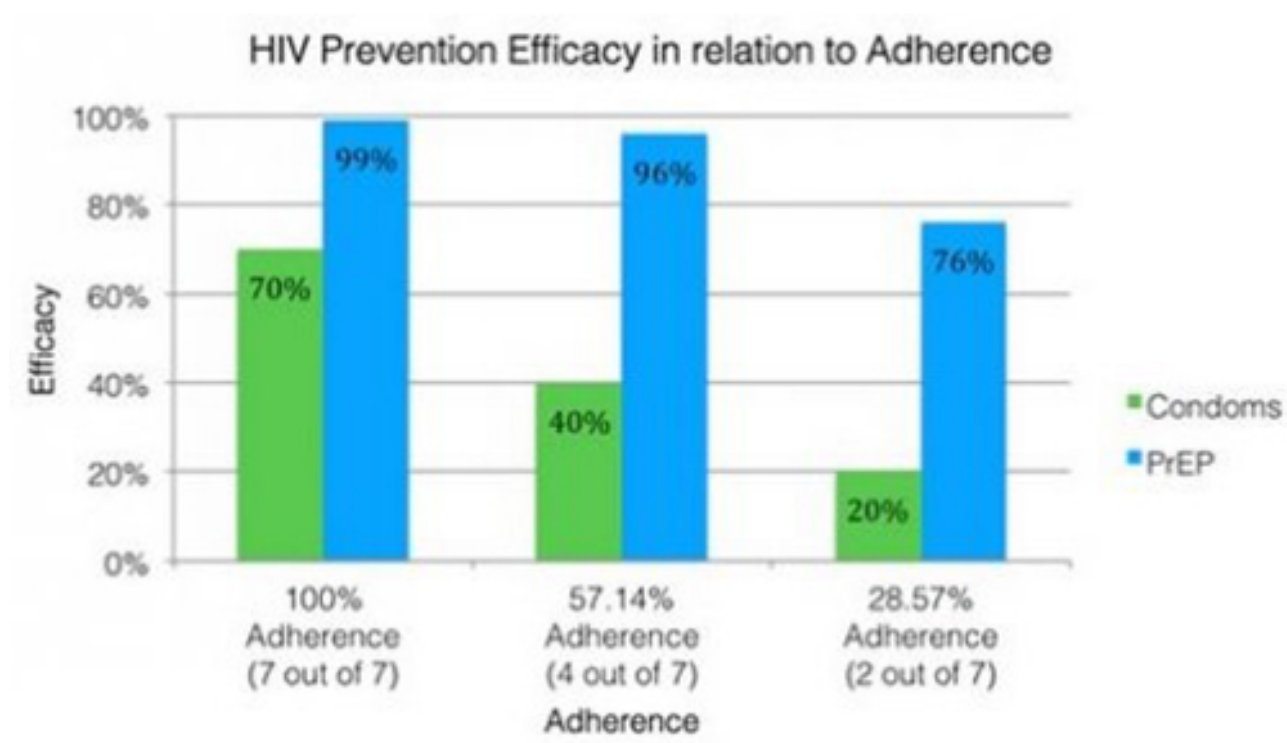
Andrews, dans son article, s'intéresse à combien de personnes utilisent le [préservatif](#). Mais ce qu'il omet de souligner c'est que la question n'est pas combien de personnes utilisent le [préservatif](#) mais est ce que

ces personnes l'utilisent à 100% ? Les deux études évaluées dans [CROI 2013](#) montrent que, sur 7000 gays séronégatifs, il y en a seulement 16,4% qui utilisent le [préservatif](#) à chaque fois.

Pour discuter les données statistiques, comme Andrews essaie de le faire, nous devons comparer des pommes avec des pommes.

Une comparaison sur les taux d'[efficacité](#), pour la [prévention](#) du [VIH](#), reposant sur une [observance](#) identique des deux méthodes de [prévention](#), dans la vie réelle, montre ce qui se passe, en cas de non [observance](#) ou d'oubli d'une dose (voir le tableau ci-dessous). Andrews est entièrement mal informé quand il dit qu'on ne sait pas « au bout de combien de manques ou d'oublis, vous êtes en danger de [transmission](#) ».

Le tableau ci-dessous est basé sur les résultats des études iPrEx, VAX2004 et EXPLORE.



Pour comprendre la décroissance lente de l'[efficacité](#) en [prévention](#) de la [PrEP](#), nous devons comprendre que cette [efficacité](#) dépend du dosage de médicament, dans le sang. Comme le corps agit lentement sur le Truvada et diminue ainsi son dosage dans le sang, l'[efficacité](#) diminue.

Au moment où le [préservatif](#) n'est pas sur mon pénis, son [efficacité](#) tombe de 70% à 0%. L'[efficacité](#) de la [PrEP](#) tombe de 99% à 96% si je manque trois prises, dans la semaine, et de 99% à 76% si je manque cinq prises, dans la semaine.

Du point de vue de l'[efficacité](#), la [PrEP](#) est un meilleur outil de [prévention](#) du [VIH](#), avec ou sans [préservatif](#). Si nous avons sérieusement le projet de réduire les contaminations par les [IST](#), dans ce pays, nous devons accepter le fait qu'une partie de la population n'utilisera pas régulièrement le [préservatif](#). Bien que la [PrEP](#) protège seulement de la [contamination](#) au [VIH](#), elle diminue aussi le risque d'[infection](#) par l'herpès simple. Le [sida](#) est, à ce jour, la seule [IST](#) qu'on ne sait pas guérir et les dépistages réguliers ou les check-ups qu'il requiert nous donnent une formidable opportunité de renouveler et de transformer le regard social sur les tests des [IST](#), en faisant de ces examens une routine omniprésente. La seule manière de casser les cycles de [transmission](#) des [IST](#), c'est de savoir quand elles sont présentes.

À l'encontre de sa description par Andrews, comme une « thérapie médicamenteuse », la [PrEP](#) prévient

une « thérapie médicamenteuse » à vie, en prévenant l'[infection](#) par le [VIH](#).

Il n'y a actuellement qu'une seule association de médicaments qui est approuvée par la [FDA](#) (US Food and Drug Administration), pour l'usage comme [PrEP](#) : c'est le Truvada. Le Truvada est une combinaison de deux agents actifs, le Tenofovir (TDF) et l'[Emtricitabine \(FTC\)](#). Ces deux agents sont des NRTI (inhibiteurs nucléosidiques de la [transcriptase inverse](#)) qui empêchent la [transmission](#) du [VIH](#) en bloquant la reproduction virale dans les cellules [CD4](#) auxiliaires de la personne.

Le dosage de médicament dans le sang nécessaire pour une [prévention](#) effective, dans le [tissu](#) rectal, est obtenu après 7 prises quotidiennes consécutives de Truvada, et, dans le [tissu](#) cervicovaginal, après 20 prises quotidiennes consécutives.

La [PrEP](#) est la première [prévention](#) de la [transmission](#) du [VIH](#) qui permet à une personne séronégative d'avoir le contrôle total de sa santé.

Le Truvada a été approuvé par la [FDA](#) en 2004, pour le traitement du [VIH](#), et non en 2003 comme l'affirme Andrews. C'est la combinaison ARV (thérapie anti-rétrovirale) pour le [VIH](#) la plus prescrite dans le monde et la combinaison ARV préférée aux États Unis, en raison de sa haute [tolérance](#) et d'effets collatéraux comparativement modérés.

Nous disposons actuellement de 24 médicaments anti-rétroviraux différents (ARV) et nous avons des années d'expérience pour les deux agents actifs du Truvada, le Tenofovir et l'Emtricitabine.

Le Tenofovir a été synthétisé, pour la première fois, en 1983, à Prague et breveté en 1985 comme possible traitement de l'herpès simple. (L'avantage supplémentaire qu'a le Truvada, comme [PrEP](#) de diminuer le risque de contracter l'herpès simple vient d'être confirmé dans une étude médicale.) En 1993, les chercheurs découvrirent que le Tenofovir était actif contre le [VIH](#) puis le démontrèrent en 1997. L'approbation du Tenofovir par la [FDA](#), comme traitement du [VIH](#), suivit en 2001.

L'Emtricitabine fut autorisée, pour la première fois, en 1996 et approuvée, par le [FDA](#), pour le traitement du [VIH](#), en 2003.

Le premier traitement du [VIH](#) fut l'[AZT](#) (Ziduvudine) et la [FDA](#) l'approuva en 1987. Le choc de sept années d'impuissance fut seulement rendu pire quand on découvrit que ce premier médicament n'était pas un grand soulagement, à cause de sa haute toxicité et des sévères effets collatéraux. Dans son article, Andrews insinue que le Truvada a des effets « toxiques » analogues à ceux qu'avait l'[AZT](#).

Si [on compare les pourcentages de changements de traitements dus à la toxicité](#) de l'[AZT](#) (43,5%) et du Truvada (TDF 6,4%, [FTC](#) 1,2%), on voit facilement à quel point le Truvada est différent et plus évolué que les premiers médicaments.

Il n'y a pas d'effets collatéraux irréversibles ; quant à la perte de densité osseuse et les dommages pour le foie ou le rein, qui sont possibles, regardons les faits. En ce qui concerne les dommages pour le rein, par exemple, dans l'étude IDU, en Thaïlande, sur une période de 60 mois, 3,7% des 1204 patients sous [PrEP](#) ont montré des changements dans la fonction rénale contre 2,2% des 1209 patients du groupe [placebo](#). Des antalgiques, vendus sans ordonnance, comme l'aspirine, l'ibuprofène ou le naproxène sodium affectent les reins de 5% des sujets, au bout de dix jours d'utilisation.

J'ai déjà parlé rapidement de la non-régularité. Il y a deux préoccupations qui sont reliées à la non-[observance](#). L'une est que l'[efficacité](#) baisse, l'autre que des mutations du [virus](#) peuvent conduire à une [résistance](#) aux médicaments, lorsque le dosage dans le sang tombe si bas que la [transmission](#) du [VIH](#) a lieu, en cas d'exposition.

Nous avons déjà illustré la baisse d'[efficacité](#) comparée à celle du [préservatif](#). Concentrons-nous sur la [résistance](#) aux médicaments.

Il faut d'abord rappeler qu'il y a des types multiples de [VIH](#), le [VIH 1](#) et le [VIH 2](#). Le [VIH 2](#) se trouve principalement en Afrique de l'Ouest et il n'y a eu que 166 cas, aux États Unis, entre 1988 et 2010. Il représente environ 0,01% des contaminations au [VIH](#), aux États Unis, et il est beaucoup moins agressif que le [VIH 1](#). Nous connaissons beaucoup moins bien le [VIH 2](#) que le [VIH 1](#) usuel. Ce que nous savons c'est que les NNRTI (inhibiteurs non nucléosidiques de la [transcriptase inverse](#)) n'ont pas d'effet thérapeutique sur le [VIH 2](#) qui, par contre, est sensible aux combinaisons NRTI comme le Truvada.

Le [VIH 1](#) a de nombreuses sous-catégories et est la forme la plus courante du [virus](#). Une personne infectée par le [VIH 1](#) n'a en général pas un seul type de [virus](#) mais plusieurs, parmi ces sous-catégories.

Andrews cite mal sa source, quand il écrit que, « parmi les personnes récemment infectées, 2 sur 10 portaient une [souche](#) résistante à un ou plusieurs antiviraux ». Il se réfère au rapport [CDC](#) de 2012 qui indique seulement la [résistance](#) partielle aux ARV de 2 personnes sur 10.

Le rapport montrait que 11,1% des personnes récemment infectées avaient des souches résistantes aux NNRTI. Le Truvada est composé de deux NRTI et c'est là que le mot « partiel » fait toute la différence. Seulement 0,0005% des personnes (une sur 1997) porte des souches résistantes aux deux agents actifs du Truvada.

Lorsqu'on parle de [résistance](#) aux médicaments, il importe aussi de comprendre les résultats de l'étude iPrEx. Sur 2451 personnes, deux présentaient une [mutation](#) résistante à l'un des agents actifs du Truvada, toutes les deux étaient déjà infectées au début de l'étude ; aucune n'a développé une [résistance](#) qui soit la conséquence d'une [séroconversion](#). Dans les deux cas, la [mutation](#) était seulement résistante à l'[Emtricitabine \(FTC\)](#), l'autre agent actif (Tenofovir) était encore tout à fait efficace et la [mutation](#) n'était pas susceptible de vivre. Andrews appelle ça « une forte probabilité que votre corps développe une [souche](#) résistante au Truvada », alors qu'en fait l'étude montre une probabilité de 0% puisque personne n'a présenté de [mutation](#), même dans le cas d'une [séroconversion](#) due à une faible [observance](#) du traitement.

En même temps qu'il considère cette probabilité comme une menace sévère, Andrews dit qu'avec une [charge virale](#) indétectable (où la probabilité de [transmission](#) est 0,14%), il est « très difficile de transmettre le [VIH](#) » en raison de ce « très faible facteur de risque statistique ».

Ce facteur de risque de 0,14% signifie que « si 1000 couples sérodiscordants, dans lesquels le partenaire [séropositif](#) est sous thérapie ARV, avec une [charge virale](#) indétectable, avaient des rapports sexuels, pendant un an, un ou deux partenaires séronégatifs seraient infectés ». Andrews a compris qu'un ou deux partenaires sur 100 seraient infectés, ce qui correspond à un risque de 1,4%.

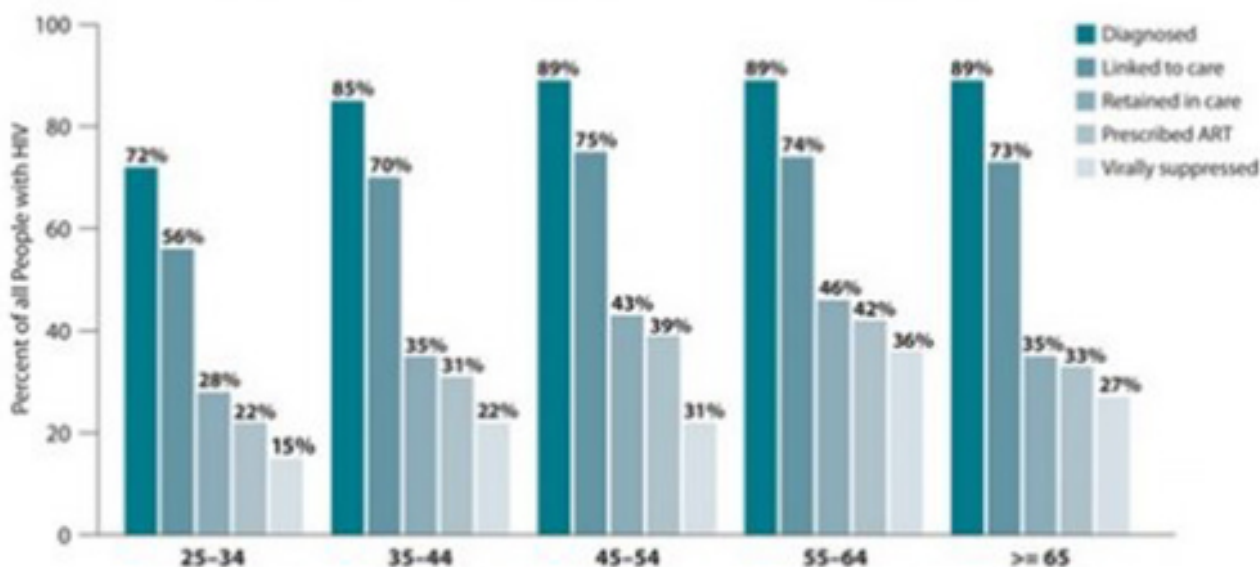
Quand on parle de patients [VIH](#) indétectables, on parle des effets du [TasP](#) (traitement comme [prévention](#)). Le processus de soin du [VIH](#), connu aussi comme la cascade du traitement, met en évidence la nécessité de rendre les personnes atteintes par le [VIH](#) capables de bien observer leur traitement et de les soutenir pour cela. L'état d'indétectabilité au [VIH](#) est atteint quand la [charge virale](#) est supprimée. Les tests les plus utilisés ont une limite de détection de 40 à 50 copies/ml mais il existe quelques tests très sensibles qui peuvent détecter moins de 20 copies/ml. Si votre [charge virale](#) est en dessous de 50 copies, on dit habituellement qu'elle est indétectable. En 2010, dans le comté de Los Angeles, 52% était indétectables contre 25% pour l'ensemble des États Unis. La [transmission](#) du [virus](#) avec la [charge virale](#) la plus faible qui ait jamais été rapportée correspondait à une charge de 362 copies/ml. Le [TasP](#) est très efficace : imaginez seulement comment ce serait si toutes les personnes porteuses du [VIH](#) étaient indétectables.

La réalité cependant est qu'il y a aujourd'hui, aux États Unis, approximativement 825 000 personnes qui sont encore détectables et, parmi elles, 180 000 personnes qui ne savent même pas qu'elles sont infectées par le [VIH](#).

[TasP](#) est incroyablement efficace cependant le contrôle appartient à la personne séropositive et non à la personne séronégative. La [PrEP](#), la PEP, le [TasP](#) sont trois méthodes biomédicales de [prévention](#) contre le [VIH](#). Le [TasP](#) permet à la personne séropositive de prendre en charge la [prévention](#) tandis que, dans la [PrEP](#), c'est la personne séronégative. Quant à la PEP, c'est la [prévention](#) post-exposition c'est à dire le

traitement de 28 jours, en urgence, après avoir été exposé à une [contamination](#) [TPE ou traitement post exposition en France. NDLR].

BY AGE: Younger Americans are least likely to be retained in care or have their virus in check; HIV care and viral suppression improve with age, except among those aged 65 and older.



Note: Although national data were not available to provide estimates of viral suppression for those under the age of 25, the data show that 13-24 year-olds are substantially less likely to have been diagnosed with HIV than other age groups (only 41 percent versus more than 70% for all other age groups).

[Le tableau montre, par classe d'âge, successivement, les pourcentages des personnes 1° diagnostiquées, 2° en contact avec le milieu médical, 3° engagées dans le soin, 4° sous traitement ARV, 5° indétectables. Les jeunes sont statistiquement moins diagnostiqués et traités. Les pourcentages de personnes traitées ou indétectables augmentent avec l'âge, à l'exception de la classe des plus de 65 ans. Bien que les données nationales ne permettent pas de connaître le nombre de personnes indétectables en dessous de 25 ans, les données montrent que les jeunes de 13 à 24 ans sont substantiellement moins nombreux que dans les autres groupes à avoir été diagnostiqués (seulement 41% contre plus de 70% dans les autres groupes d'âge)]

Les [recommandations](#) de 2014 du [CDC](#), pour la [PrEP](#), indiquent qu'elle est recommandée quand il y a un risque élevé d'acquérir le [VIH](#) dans tous les groupes suivants : les adultes gays sexuellement actifs ([HSH](#)), les hommes et les femmes hétérosexuels, les usagerEs adultes de [drogue](#) injectable, les couples sérodiscordants et particulièrement les couples hétérosexuels sérodiscordants qui veulent avoir un enfant.

Aujourd'hui plus de 1800 personnes utilisent la [PrEP](#), aux États Unis, comme un élément de leur stratégie de [prévention](#) ; 50% environ sont des femmes. Le nombre actuel d'utilisateurs de la [PrEP](#) devrait apporter une diminution de 4% des 50 000 nouvelles séroconversions annuelles.

L'Organisation Mondiale de la Santé a annoncé qu'elle soutenait et « recommandait fortement », pour les gays, la prise en considération de la [PrEP](#) aujourd'hui. Un groupe de 116 organisations [vih/sida](#) de premier plan ont approuvé les [recommandations](#) du [CDC](#) sur les [PrEP](#). « Ce groupe condamne fermement les présentations erronées et dommageables des faits et l'approche anti-scientifique de la [PrEP](#) adoptée par la [AIDS](#) Healthcare Fondation et son président Michael Weinstein. Weinstein continue de faire des déclarations qui n'ont pas de fondement scientifique ».

Andrews prétend qu'il est contre des mots comme « anti-[PrEP](#) », cependant il conclut son paragraphe en faveur des « activistes de longue date » qui ont « gagné le droit de parler » par « vous avez lu ce que je

pense des inconvénients de l'usage de ce produit ». Il rend tout à fait clair que son affirmation initiale « cet article n'a pas pour objectif de convaincre les gens de prendre ou de ne pas prendre un traitement médicamenteux ([prévention](#) bio-médicale de la [transmission](#) du [virus](#)) mais d'informer et de donner un panorama complet » n'est que du vent.

De même que Michael Weinstein, Andrews fait des déclarations qui n'ont pas de fondement scientifique précis et il montre qu'il sait très peu de choses sur les processus bio-chimiques et sur les statistiques [vih/ist](#), dont il parle.

Andrews parle aussi de AHF ([Aids](#) Healthcare Foundation) comme si sa préoccupation était l'intérêt supérieur notre communauté. Considérant les faits, j'ai toutes les raisons d'en douter.

AHF a combattu la [recherche](#) d'un vaccin pour le [VIH](#). AHF a combattu la [PrEP](#). AHF a récemment poursuivi le Comté de Los Angeles avec, pour conséquence, la perte du financement d'une organisation du sud de Los Angeles dédiée à la [prévention](#). AHF poursuit l'industrie du film adulte sans aucune raison. AHF a dépensé 1,7 million de dollars en lobbying au lieu de les consacrer à des services. AHF a dépensé en frais 970 000 dollars sur le million de dollars qu'ont rapporté les marches contre le [sida](#) en Floride et en Californie. AHF a gagné environ 190 millions de dollars en 2012 et doit à l'hospice Maitri, pour les malades du [sida](#), à San Francisco, plus de 200 000 dollars de loyer. AHF a bloqué les efforts de ses fournisseurs pour s'unir contre les conditions horribles de ses cliniques : AHF a des patients qui attendent des traitements du [VIH](#) et pour la tension artérielle pendant plus de deux mois. AHF développe son [activité](#) dans des villes, comme San Francisco et San Diego, où la situation est bonne plutôt que dans des communautés qui en auraient besoin.

On peut allonger la liste indéfiniment. C'est un fait que AHF va contre le sens de l'histoire et que la dictature dogmatique de Michael Weinstein a ridiculisé les succès passés de AHF et a fait perdre toute pertinence à sa personne et à ses idées.

Pour conclure, je veux répondre à la question d'Andrews : « est-ce que des hommes, en bonne santé, doivent prendre ce traitement ([prévention](#)) alors que leur vie n'est pas en danger ? »

« Les hommes, en bonne santé » devraient avoir le choix d'être entièrement responsables de leur propre santé, en prenant la [PrEP](#) et en éliminant ainsi le risque d'être infecté par un [virus](#) qui mettrait leur vie en danger et nécessiterait un traitement à vie.

Après avoir répété les mêmes messages pendant 30 ans, nous avons encore 50 000 séroconversions, par an, aux États Unis, c'est à dire 137 par jour. Nous devons accepter que le progrès et les faits scientifiques changent notre façon de penser. Nous devons aussi renoncer à notre scepticisme émotionnel.

Cela ne veut pas dire que la [PrEP](#) est le bon choix pour tout le monde mais que c'est une option pour tous. L'expérience montre que si quelqu'un a tendance à ne pas utiliser les préservatifs à 100%, il vaut mieux qu'il (ou elle) ait la [PrEP](#).

Nous devons accepter notre sexualité et permettre aux autres de faire le choix qui est bon pour euxELLES.

Ne laissons pas le choc et la peur du début de l'épidémie du [sida](#) nous barrer la route, faisons-en, au contraire, un catalyseur pour aller de l'avant. Réduisons le nombre de contaminations, aux États Unis, à moins de 1000 par an, d'ici à 2020.

Source :

[L'article d'origine \(en anglais\)](#)

La rédaction de REACTUP a traduit, avec l'aimable autorisation de son auteur, l'article de Eric Paul Leue, éducateur communautaire en santé à Los Angeles (États Unis) et élu Mr. Los Angeles Leather 2014, publié le 12 juillet 2014 dans les colonnes « communauté, opinions » du site américain de la communauté gay cuir Leatherati.com, en raison de son aspect didactique sur la prévention en général et sur la PrEP en particulier.

Il est clair qu'il s'inscrit dans un débat très américano-centré sur la PrEP dans la mesure où il se situe dans le contexte des États Unis où la PrEP est autorisée à la vente. De même, la vaccination HPV a été approuvée tant pour les filles que les garçons aux États Unis contrairement à la France dont le haut comité en santé publique ne la recommande que pour les filles, considérant que les garçons seront indirectement protégés. En revanche, comme le montre la cascade de soins, le système de protection sociale américain est loin d'afficher la performance française.

Date: 17-11-2014