

**APM : Jeudi 3 décembre 2009 - 14:24**

**La stratégie anti-VIH "Treatment as Prevention" continue à faire débat pour l'Afrique**

PARIS, 3 décembre 2009 (APM) - L'éventualité d'un traitement anti-VIH utilisé comme outil préventif à l'échelle africaine continue de faire débat, a-t-on constaté mercredi lors de la journée annuelle de l'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée (IMEA), qui s'est tenue au siège de l'Unesco.

Très discutée depuis deux ans, la possibilité du traitement comme outil préventif ("TasP", ou "Treatment as Prevention") consisterait à traiter plus tôt, éventuellement dès le dépistage ("Test and Treat"), dans un but de contrôle de l'épidémie.

Décrit depuis la fin des années 1990, cet effet préventif pourrait même permettre d'éliminer la maladie, a suggéré une étude de modélisation mathématique publiée en 2008 par une équipe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (cf dépêche [APM RLLKQ001](#)).

Cette stratégie, qui a fait l'objet début novembre d'un colloque de l'OMS, était l'un des thèmes centraux de la journée annuelle de l'IMEA (Université Paris Diderot), organisée en partenariat avec l'Institut de recherche pour le développement (IRD) et avec le soutien du laboratoire Gilead.

Selon le président de l'association Aides, Bruno Spire, cette stratégie doit être mise en place le plus tôt possible. Ses bénéfices en termes de prévention en font "un argument de plaidoyer [auprès des dirigeants des pays riches], au-delà des questions humanitaires, afin de casser l'épidémie d'ici quelques décennies", a-t-il estimé.

Des réserves demeurent, notamment du fait que selon certains travaux, 50% des contaminations pourraient être le fait de personnes en primo-infection, tout récemment infectées elles-mêmes, a rappelé le chef du service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Tenon (Paris, AP-HP), Gilles Pialoux.

Lors de sa présentation, Xavier Anglaret, de l'unité Inserm U897 ("Epidémiologie et biostatistique", Université Bordeaux II), a émis des réserves quant aux bénéfices individuels d'un traitement très précoce, rappelant qu'ils étaient soumis à certaines conditions.

Selon son étude de modélisation, présentée en juillet au congrès de l'International Aids Society (IAS) du Cap en Afrique du Sud, un traitement précoce pourrait théoriquement entraîner une hausse de la mortalité si l'observance thérapeutique et le taux de perdus de vue atteignaient des niveaux trop élevés.

"On ne peut pas faire n'importe quoi avec les traitements précoces", a estimé le chercheur bordelais. Même s'il est selon lui "peu probable" qu'une telle stratégie augmente la mortalité, son étude suggère qu'"il y a des risques potentiels et qu'il faut les prendre en considération".

A cet égard, l'étude de modélisation publiée par l'équipe de l'OMS "manque singulièrement d'analyses de sensibilité", qui feraient varier des paramètres aussi importants que le taux de perdus de vue ou l'observance.

Ces critères sont particulièrement cruciaux lorsqu'il s'agit d'un traitement commencé plus tôt, dont les bénéfices individuels sont probablement moins perceptibles par le patient, lorsque son taux de CD4 est encore élevé.

Selon le directeur du groupement d'intérêt public (GIP) Esther, Gilles Brücker, la question du traitement comme outil préventif risque pour cela de rencontrer peu d'adhésion de la part des patients. Au lieu du "Treatment as Prevention", il s'est dit plus favorable au terme "Treatment for Quality of Life".

Si ce sont des combinaisons anti-VIH faciles à prendre, bien tolérées, "il y a toutes les chances pour que les patients aient envie de les prendre", a pour sa part estimé Bruno Spire. Au-delà des aspects sanitaires, la moindre infectivité pourrait s'avérer socialement bénéfique, avec une moindre stigmatisation des patients, qui demeure élevée en Afrique.

Trois études randomisées sont actuellement en cours afin de mieux déterminer l'effet d'un traitement plus précoce, aussi bien en termes individuels que de prévention, à savoir START, HPTN052 et le français TEMPRANO, ces deux derniers portant principalement sur l'Afrique (cf dépêches [APM RLMD9002](#) et [APM RLLKK005](#)).

#### UNE INCIDENCE EN BAISSSE, UNE PREVALENCE EN HAUSSE

Selon Ken Freedberg, qui dirige le groupe CEPAC (Cost-Effectiveness of Preventing Aids Complications) au Massachusetts General Hospital à Boston, un traitement initié dès le dépistage entraînerait "une réduction importante des événements cliniques et de la mortalité" et "une réduction non négligeable de la transmission".

Mais en raison de la baisse de mortalité, il faut selon lui s'attendre à "une hausse de la prévalence pendant 10 ans ou plus", a-t-il ajouté, considérant qu'il n'était "pas juste de penser que l'on [pouvait] mettre fin à l'épidémie".

Au-delà de ces stratégies thérapeutiques, se pose la question des ressources consacrées au sida, qui demeurent insuffisantes. Interrogé par l'APM, Ken Freedberg a considéré que "la première priorité, c'[était] le dépistage, le traitement, la prévention des échecs et le maintien des patients sous traitement".

Interrogé sur les nouvelles recommandations de l'OMS, qui préconisent une initiation de la trithérapie à 350 CD4/mm<sup>3</sup> (en dehors de tout événement clinique) au lieu de 200 CD4/mm<sup>3</sup>, il a toutefois considéré que cela allait "dans le bon sens", bien qu'elles demeuraient éloignées des réalités du terrain (cf dépêche [APM RLMKR005](#)).

A la suite de ces recommandations, "que va-t-on faire dans des pays comme le Malawi? On ne peut pas tout faire [dépister et traiter aussitôt], et la réalité en 2011, en 2012, c'est qu'il faudra encore établir des priorités", a-t-il estimé.

Selon Serge Eholié, médecin ivoirien du CHU de Treichville (Abidjan), il s'agit de dire au patient "la vérité, toute la vérité et rien que la vérité". Au vu des études observationnelles menées à ce jour, "le risque zéro [de transmission] n'existe pas" chez les personnes sous traitement. "Ils restent seuls maîtres de leur décision", a-t-il conclu.