

Le traitement du VIH et la charge virale indétectable pour prévenir la transmission du VIH

Résumé

Le traitement anti-VIH permet non seulement d'améliorer la santé des personnes vivant avec le VIH, mais il constitue aussi une stratégie hautement efficace de prévention de la transmission du VIH. La raison en est que le traitement anti-VIH permet de réduire la quantité de virus (ce qu'on appelle la charge virale) présente dans le sang et les autres liquides corporels (comme le sperme et les sécrétions vaginales et rectales) au point de la rendre indétectable. Pour atteindre et maintenir une charge virale indétectable, les personnes vivant avec le VIH doivent suivre leur traitement contre le VIH de la manière indiquée. En plus de prendre des médicaments contre le VIH, il est important qu'elles consultent régulièrement leur médecin pour vérifier que leur charge virale est encore indétectable et bénéficier d'autres formes de soutien médical.

Les données probantes indiquent que les personnes vivant avec le VIH qui suivent un traitement, qui reçoivent des soins réguliers et qui maintiennent une charge virale indétectable :

- ne transmettent pas le VIH à leurs partenaires sexuels;
- ne transmettent pas le VIH à leur bébé durant la grossesse ou l'accouchement (si elles maintiennent une charge virale indétectable pendant toute la grossesse jusqu'à l'accouchement);

FEUILLET
D'INFORMATION

Mise à jour
2023

www.catie.ca

 /CATIEinfo



La source canadienne
de renseignements sur
le VIH et l'hépatite C

- sont nettement moins susceptibles de transmettre le VIH par l'allaitement; notons toutefois que l'allaitement dans un tel cas de figure n'est pas recommandé au Canada (l'usage exclusif d'une préparation pour nourrissons est recommandé);
- sont moins susceptibles de transmettre le VIH aux personnes avec qui elles partagent le matériel servant à l'injection de drogues, quoique les données probantes autorisant à conclure que le risque est nul soient insuffisantes. Il est recommandé d'utiliser des aiguilles et des fournitures neuves chaque fois que l'on consomme des drogues, quel que soit son état sérologique quant au VIH ou sa charge virale afin de prévenir la transmission du VIH et d'autres maladies.

De quelle manière le traitement anti-VIH et le maintien d'une charge virale indétectable permettent-ils de prévenir la transmission du VIH?

Le traitement contre le VIH, également appelé traitement antirétroviral (TAR), agit en contrôlant la réplication du VIH dans le corps; autrement dit, il réduit la capacité du VIH de faire des copies de lui-même. Lorsque la réplication du VIH est contrôlée, la quantité de virus (également appelée charge virale) présente dans le sang et les autres fluides corporels diminue. Les travaux de recherche révèlent que le risque de transmission du VIH diminue en proportion de la quantité de virus présente dans l'organisme. Lorsque le traitement efficace réduit la charge virale jusqu'à un niveau indétectable, le risque de transmission du VIH diminue, voire disparaît.

Le traitement contre le VIH consiste habituellement en une association de trois médicaments antirétroviraux à prendre tous les jours. Comparativement aux premiers traitements mis sur

le marché, les médicaments anti-VIH récents sont plus sûrs, plus simples à utiliser et plus efficaces. Le traitement agit si bien que la plupart des personnes qui commencent à le suivre de la manière indiquée peu de temps après avoir contracté le VIH jouissent d'une espérance de vie quasi normale.

Dans la plupart des cas, le virus est si bien maîtrisé dans les trois à six mois suivant le début du traitement que la quantité de virus dans le sang devient indétectable au moyen des tests communément utilisés. La plupart des tests dont on se sert pour mesurer la charge virale au Canada ne permettent pas de détecter le VIH dans le sang en deçà de 40 à 50 copies de virus/ml, mais le seuil de détection de certains tests plus récents est à peine de 20 copies/ml. Le virus est encore présent en très faible quantité dans l'organisme même si la charge virale est indétectable.

En quoi consiste l'utilisation systématique et correcte du traitement anti-VIH en vue de maintenir une charge virale indétectable et de prévenir la transmission du VIH?

L'utilisation systématique et correcte du traitement anti-VIH en vue de maintenir une charge virale indétectable repose sur les éléments suivants :

- observer rigoureusement le schéma médicamenteux permettant d'atteindre et de maintenir une charge virale indétectable;
- effectuer des visites médicales régulières afin de faire surveiller la charge virale et de recevoir du soutien en vue de l'observance, si nécessaire.

Le dépistage et le traitement réguliers des infections transmissibles sexuellement (ITS) sont également importants car le traitement contre le VIH ne prémunit pas contre les ITS.

Une personne qui suit un traitement anti-VIH doit établir avec son médecin un calendrier adéquat en vue des examens médicaux et de la surveillance de la charge virale.

Quels sont les éléments nécessaires au succès de cette approche?

Pour que le traitement anti-VIH offre une protection contre la transmission du virus, la charge virale de la personne concernée doit devenir et rester indétectable après le début du traitement.

Lorsqu'une personne entame son traitement, il s'écoule habituellement trois à six mois avant que sa charge virale devienne indétectable. La plupart des personnes finissent par présenter une charge virale indétectable si elles reçoivent un traitement anti-VIH efficace contre la souche de VIH dont elles sont porteuses et si elles le prennent conformément aux directives de leur médecin.

Il est recommandé de maintenir une charge virale indétectable pendant au moins six mois avant de commencer à adopter cette approche comme principale stratégie de prévention du VIH. Les personnes concernées doivent continuer d'observer rigoureusement le traitement afin de maintenir durablement une charge virale indétectable. La seule manière de savoir si on a maintenu une charge virale indétectable sur le long terme consiste à la faire régulièrement mesurer au moyen de tests.

Notons toutefois que le traitement ne permet pas toujours de réduire ou de maintenir la charge virale à un niveau indétectable. La raison la plus fréquente pour laquelle la charge virale d'une personne reste détectable est l'inobservance du schéma médicamenteux, mais la pharmacorésistance est aussi une explication possible. Si le traitement échoue, il est impossible de savoir si la charge virale est détectable avant de passer le prochain test de mesure de la charge virale. Suivant la raison de l'échec du traitement, un changement de schéma thérapeutique ou des conseils en matière d'observance peuvent s'avérer nécessaires afin de ramener la charge virale à un niveau indétectable. Les meilleures options quant à la marche à suivre doivent être envisagées avec un.e médecin.

Dans quelle mesure le recours au traitement anti-VIH en vue de maintenir une charge virale indétectable permet-il de prévenir la transmission sexuelle du VIH?

Les études menées auprès de couples sérodifférents quant au VIH (un partenaire est séropositif et l'autre est séronégatif) révèlent que, lorsqu'on y recourt systématiquement et adéquatement, le traitement anti-VIH visant à maintenir une charge virale indétectable est une stratégie hautement efficace de prévention de la transmission sexuelle du VIH, autant pour les couples hétérosexuels que pour les couples homosexuels masculins. Les résultats de ces études montrent que lorsque les personnes suivent un traitement efficace et reçoivent des soins, il n'y a pas de risque de transmission du VIH par voie sexuelle.

La première étude à avoir démontré que la combinaison d'un traitement anti-VIH au maintien d'une charge virale indétectable procure un avantage majeur en matière de prévention chez les couples hétérosexuels sérodifférents est l'essai contrôlé à répartition aléatoire connu sous le nom de HPTN 052. Dans l'analyse définitive portant sur 1763 couples hétérosexuels sérodifférents (dont la moitié ont fait l'objet d'un suivi de plus de cinq ans et demi), on n'a relevé aucun cas de transmission du VIH lorsque le partenaire séropositif pour le VIH suivait un traitement et présentait une charge virale indétectable (définie aux fins de cette étude comme une charge inférieure à 400 copies/ml). Au total, huit cas de transmission se sont produits entre couples alors que le partenaire séropositif pour le VIH suivait un traitement; toutefois, dans chacun des huit cas, la charge virale du partenaire était détectable malgré le recours au traitement. Quatre cas de transmission se sont produits durant les quatre premiers mois du traitement, c'est-à-dire avant que la charge virale du partenaire séropositif pour le VIH ne soit devenue indétectable. Les quatre autres cas se sont produits lorsque le traitement n'a pas permis de maintenir la charge virale à un niveau indétectable. En plus de ces huit cas de transmission, 26 personnes ont contracté le VIH auprès d'un partenaire sexuel autre que leur partenaire principal, ce qui révèle que, pour les couples sérodifférents dans lesquels le partenaire

séropositif pour le VIH suit un traitement et maintient une charge virale indétectable, le risque de transmission du VIH par voie sexuelle vient de l'extérieur.

Les résultats d'une vaste étude observationnelle en deux phases, PARTNER/PARTNER2, ont montré que le recours au traitement et le maintien d'une charge virale indétectable (définie ici comme une charge inférieure à 200 copies/ml) permettaient de prévenir la transmission sexuelle du VIH chez les couples hétérosexuels et les couples homosexuels masculins, même en l'absence d'autres formes de prévention du VIH (condoms, prophylaxie pré-exposition [PrEP] ou prophylaxie post-exposition [PPE]). La première phase de l'étude portait à la fois sur des couples hétérosexuels et des couples d'hommes homosexuels, alors que la deuxième phase ne concernait que des couples d'hommes homosexuels. Dans le courant de cette étude, de nombreux actes sexuels non protégés (pas de condoms, de PrEP ou de PPE) ont été recensés pendant que la charge virale du partenaire séropositif pour le VIH était indétectable, soit environ 36 000 actes parmi les couples hétérosexuels et 76 000 parmi les couples d'hommes homosexuels inscrits à l'étude. À la fin de l'étude, on n'a signalé aucun cas de transmission du VIH parmi les couples alors que le partenaire séropositif pour le VIH suivait un traitement et présentait une charge virale indétectable. Toutefois, 16 nouvelles infections par le VIH (chez 15 hommes homosexuels et une personne hétérosexuelle) ont été transmises par un partenaire sexuel en dehors du couple.

Lors d'une étude d'observation comparable à l'étude PARTNER, soit l'étude Opposites Attract, on n'a recensé aucun cas de transmission du VIH parmi les couples d'hommes homosexuels sérodifférents pendant que le partenaire séropositif pour le VIH suivait un traitement et maintenait une charge virale indétectable (< 200 copies/ml lors de cette étude), et ce malgré un total approximatif de 16 800 relations sexuelles anales non protégées par un condom. Dans cette étude, trois personnes séronégatives pour le VIH ont contracté le virus auprès d'un partenaire sexuel autre que le partenaire principal.

Aux fins des études PARTNER/PARTNER2 et Opposites Attract, on a défini la charge virale indétectable comme une valeur inférieure à 200 copies/ml. Celle-ci est plus élevée que le seuil de détectabilité des tests communément utilisés au Canada (soit moins de 40 ou 50 copies/ml). Aucun cas de transmission ne s'est produit dans le cadre des deux études lorsque la charge virale était inférieure à 200 copies/ml (même si la majorité des participants présentaient en fait une charge virale de moins de 50 copies/ml). Les auteurs de ces études ont opté pour une limite de détectabilité plus élevée afin d'assurer la fiabilité des mesures de charge virale et de permettre de comparer les résultats des études de recherche. De plus, un seuil de détectabilité plus élevé permet de relever les légères fluctuations normales de la charge virale communément appelées « blips » (augmentation temporaire de la charge virale au-dessus du seuil de 50 copies/ml après un test, laquelle redevient indétectable au test subséquent). Cette distinction est importante parce qu'elle a aidé à déterminer si les « blips » de la charge virale se traduisaient par un risque de transmission du VIH. Les résultats de ces études indiquent que les « blips » ne font pas augmenter le risque de transmission du VIH. Il reste toutefois que l'objectif optimal du traitement pour les personnes vivant avec le VIH au Canada est d'assurer une charge virale de moins de 50 copies/ml car, lorsque celle-ci est faible mais se maintient au-dessus de 50 copies/ml, cela crée un risque de pharmacorésistance et de rebond virologique, ce qui peut entraîner l'échec du traitement.

Dans le cadre des études PARTNER/PARTNER2 et Opposites Attract, de nombreux participants (environ 25 %) ont contracté des ITS. Dans le cadre de ces deux études, aucun cas de transmission du VIH ne s'est produit lorsque le partenaire séropositif ou le partenaire séronégatif avait une ITS. Dans la seule étude PARTNER/PARTNER 2, on a recensé 6090 relations sexuelles non protégées par un condom alors qu'un des partenaires avait une ITS. Ceci tend à prouver que les ITS n'augmentent pas le risque de transmission du VIH chez les personnes qui suivent un traitement et dont la charge virale est indétectable.

Toutes les personnes qui ont participé à ces études se présentaient à leurs rendez-vous médicaux

périodiques pour faire surveiller leur charge virale, passer des tests de dépistage des ITS et recevoir des conseils en matière d'observance thérapeutique et de prévention. Ils recevaient aussi, au besoin, des traitements contre les ITS. Ce soutien global est un élément important du suivi régulier dont les personnes qui reçoivent un traitement anti-VIH doivent faire l'objet.

Les résultats de ces études (et d'études antérieures) constituent un ensemble solide de données démontrant que les personnes vivant avec le VIH qui observent leur traitement anti-VIH, qui reçoivent régulièrement des soins de santé et qui maintiennent une charge virale indétectable ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. Les études PARTNER/PARTNER2 et Opposites Attract ont permis d'établir que cet effet se maintient même lorsque les relations sexuelles ne sont pas protégées par un condom, et en présence d'autres ITS.

Que peuvent faire les prestataires de services pour favoriser le recours au traitement anti-VIH, son utilisation appropriée et le maintien d'une charge virale indétectable en vue de prévenir la transmission sexuelle du VIH?

Les activités d'information et de conseil destinées aux personnes concernées – qu'elles aient contracté le VIH ou qu'elles soient susceptibles de le contracter – doivent notamment porter sur les avantages du traitement et du maintien d'une charge virale indétectable sur le plan de la prévention du VIH, ainsi que sur les autres méthodes très efficaces de prévention de l'infection au VIH. Il s'agit notamment de la PrEP, de la PPE, de l'utilisation des condoms durant les rapports sexuels et de matériel neuf pendant la consommation de drogues. Il faut inciter les clients à combiner les stratégies qui leur conviennent le mieux, car il existe de nombreuses méthodes de prévention du VIH et des ITS, qui peuvent être conjuguées de différentes manières. Il faut expliquer la place du traitement anti-VIH visant à maintenir une charge virale indétectable dans une stratégie générale concernant la santé sexuelle, et qui comprend le dépistage régulier des ITS et les pratiques sexuelles plus sûres.

L'information et les conseils concernant le recours à cette stratégie de prévention du VIH doivent faire état des nombreuses données indiquant que les personnes qui suivent un traitement contre le VIH et dont la charge virale reste indétectable ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. Elle doit également porter sur les facteurs nécessaires pour maximiser l'efficacité de cette stratégie. Insister sur les points suivants :

- L'observance du traitement antirétroviral est essentielle en vue d'atteindre et de maintenir une charge virale indétectable.
- Il faut habituellement trois à six mois de traitement pour atteindre une charge virale indétectable.
- Il est recommandé de maintenir une charge virale indétectable pendant au moins six mois avant de commencer à adopter cette méthode de prévention du VIH
- Il faut effectuer des consultations médicales régulières pour continuer à recevoir les soins requis et surveiller la charge virale. Le seul moyen de savoir si la charge virale atteint et maintient un niveau indétectable est de la mesurer régulièrement.

Vous pouvez également contribuer à mieux faire connaître la méthode de prévention consistant à maintenir une charge virale indétectable au moyen d'un traitement anti-VIH à divers prestataires de services dans votre localité, notamment aux médecins, aux infirmier.ère.s, aux pharmacien.ne.s et au personnel de soutien non clinique des organismes communautaires.

Dans le cas des personnes vivant avec le VIH, il est important de promouvoir et de faciliter le recours à un traitement anti-VIH en vue du maintien d'une charge virale indétectable en tant que stratégie de prévention. Cela peut consister à aider les personnes concernées à entamer le traitement. Les lignes directrices en matière de traitement recommandent que le traitement anti-VIH soit proposé à toutes les personnes porteuses du VIH dès l'obtention d'un résultat positif au test de dépistage. Cette recommandation est fondée sur les bienfaits de l'instauration rapide du traitement pour la santé des personnes vivant avec le VIH, quoique

la prévention du VIH en soit un avantage secondaire important. Il faut que la décision d'entamer le traitement soit le résultat d'une réflexion éclairée. Les personnes qui suivent un traitement contre le VIH devront prendre des médicaments et consulter régulièrement un professionnel de la santé toute leur vie durant. Chaque personne a le droit de décider si elle veut ou non recevoir un traitement en jugeant par elle-même ce qui convient le mieux à sa santé et à son bien-être. Il faut faciliter l'accès des clients séropositifs pour le VIH aux soins, s'ils ne sont pas déjà pris en charge. Pour favoriser une prise de décision éclairée, il peut être nécessaire de fournir des services qui renforcent la relation des clients avec leur médecin.

S'il est vrai qu'instaurer un traitement anti-VIH est le résultat d'un choix, il importe de reconnaître que des facteurs sociaux, économiques et structurels plus globaux (tels que le racisme, l'absence de domicile et la pauvreté) créent des inégalités en matière de santé en limitant la capacité des intéressés à accéder et à recourir aux services de traitement, de soins et de soutien. Les prestataires de services peuvent aider à lever ces obstacles. Les personnes qui suivent un traitement contre le VIH peuvent avoir besoin de services de soutien, ou de s'en voir faciliter l'accès, afin de faire face à d'autres problèmes sanitaires et sociaux, comme la dépression, les troubles liés à la consommation de substances ou la précarité du logement. Elles peuvent également bénéficier d'autres formes de soutien pour surmonter les obstacles auxquels elles se heurtent et adopter efficacement cette stratégie, par exemple en matière d'observance du traitement, d'orientation dans le système de soins de santé ou de services de proximité.

Encouragez et aidez vos clients à communiquer ouvertement avec leur(s) partenaire(s) sexuel(s). Les clients pourraient avoir besoin de soutien pour divulguer leur état sérologique quant au VIH à un partenaire sexuel. On peut envisager une consultation en présence des deux partenaires pour les personnes en couple (qu'elles soient monogames ou non). Si le(la) client(e) a un(e) partenaire dont l'état sérologique est différent, il peut être important de lui demander s'il a des partenaires sexuels en dehors du couple et d'évoquer les résultats des tests de la charge virale et des dépistages d'ITS. En expliquant aux

clients séronégatifs pour le VIH ce que signifie et implique de présenter une charge indétectable, vous les aiderez à mieux comprendre le concept de traitement comme outil de prévention.

Soyez prêts à discuter des enjeux juridiques liés à la divulgation. La loi canadienne exige dans certaines circonstances que les personnes qui ont contracté le VIH en informent leur partenaire sexuel. Toutefois, les lois et leur application changent. Pour obtenir l'information la plus à jour concernant les conditions dans lesquelles les personnes porteuses du VIH sont tenues par la loi de divulguer leur état sérologique, contactez le [Réseau juridique VIH](#).

Dans quelle mesure le recours au traitement anti-VIH en vue de maintenir une charge virale indétectable permet-il de prévenir la transmission du VIH au bébé durant la grossesse et l'accouchement?

En l'absence de traitement, la probabilité qu'un bébé né d'une personne vivant avec le VIH contracte ce virus pendant la grossesse ou l'accouchement se situe entre 15 et 30 %. Le traitement anti-VIH est le moyen le plus efficace de réduire la transmission du virus aux bébés. En fait, des recherches ont permis d'établir que si une personne enceinte entame un traitement anti-VIH avant la conception et maintient une charge virale indétectable pendant toute la grossesse et jusqu'à l'accouchement, elle ne transmettra pas le VIH à son bébé. Un court traitement par des médicaments anti-VIH sera également administré au nourrisson afin de prévenir la transmission du VIH.

Au cours des trois dernières décennies, un nombre croissant de données ont établi que les bébés sont beaucoup moins susceptibles de naître porteurs du VIH si le parent qui accouche suit un traitement. L'étude concernant la « cohorte périnatale française » menée entre 2000 et 2017 est la plus vaste étude à montrer les effets du traitement sur la prévention de la transmission du VIH aux nouveau-nés. Aucun cas de transmission ne s'est produit parmi les 5482 bébés nés de femmes cisgenres qui avaient suivi un traitement anti-VIH depuis avant la conception jusqu'à la fin de la grossesse, dont la charge virale était indétectable (se définit par une

concentration inférieure à 50 copies/ml) au moment de l'accouchement et n'ayant pas allaité.

L'étude française a également permis d'établir que l'instauration d'un traitement anti-VIH le plus tôt possible pendant la grossesse avait pour effet de réduire considérablement le risque de transmission. D'après les résultats de l'étude, le risque de transmettre le VIH au bébé était de 0,52 % si le traitement était instauré au premier trimestre, de 0,75 % si le traitement était instauré au deuxième trimestre, et de 1,67 % si le traitement était instauré au troisième trimestre. La charge virale n'a pas été prise en compte dans cette analyse.

Il est important que les personnes enceintes ou qui envisagent de le devenir effectuent un test de dépistage du VIH. Les personnes qui obtiennent un résultat positif au test doivent entamer un traitement contre le VIH dès que possible afin de réduire ou d'éliminer le risque de transmission du VIH à leur bébé. De même, les personnes vivant avec le VIH qui souhaitent tomber enceintes devraient consulter un spécialiste du VIH le plus tôt possible, de préférence avant la conception, afin de déterminer un schéma thérapeutique convenable pendant la grossesse.

Dans quelle mesure le recours à un traitement contre le VIH en vue de maintenir une charge virale indétectable permet-il de prévenir la transmission du VIH à un bébé pendant l'allaitement?

Sans traitement anti-VIH, le risque de transmission du VIH par l'allaitement est de l'ordre de 15 %, selon les estimations. Les taux de transmission du VIH par l'allaitement chez les personnes qui suivent un traitement anti-VIH sont beaucoup plus faibles. D'après les résultats d'une revue systématique des données concernant la transmission du VIH aux bébés allaités par des femmes cisgenres recevant un traitement, le risque de transmission après la naissance était de l'ordre de 1 % après six mois d'allaitement et avoisinait 3 % après un an. Cependant, dans le cadre des études en question, les femmes avaient suivi leur traitement pendant des périodes variables et ne l'avaient pas poursuivi au-delà du sixième mois suivant l'accouchement.

La revue systématique n'a pas tenu compte des facteurs de l'observance du traitement et de la charge virale, ce qui signifie que même si les femmes suivaient un traitement contre le VIH, nous ignorons combien d'entre elles présentaient une charge virale détectable au moment de la transmission.

Seules quelques études ont permis de mesurer le risque de transmission par l'allaitement lorsque la mère suivait un traitement et que sa charge virale était indétectable. L'étude de plus grande envergure réalisée à cette fin est l'étude PROMISE, qui a été menée dans plusieurs pays d'Afrique et en Inde. Parmi les 1220 nourrissons dont la mère suivait un traitement, sept ont contracté le VIH par l'allaitement, soit un taux d'infection de 0,57 %. Dans cinq cas sur sept, la mère présentait une charge virale détectable lors de son dernier test de détection de la charge virale avant que le bébé n'obtienne un résultat positif. Dans les deux autres cas, la mère présentait une charge virale indétectable lors de son dernier test de détection de la charge virale. Cela signifie que certains nourrissons ont contracté le VIH alors que leur mère suivait un traitement et que sa charge virale était indétectable aux alentours du moment de la transmission.

Trois études de moindre envergure ont également porté sur la transmission du VIH par l'allaitement pendant un traitement et avec une charge virale indétectable. Deux de ces études n'ont fait état d'aucun cas de transmission lorsque la mère suivait un traitement et présentait une charge virale indétectable pendant toute la durée de l'allaitement. Dans le cadre de la troisième étude, deux nourrissons ont contracté le VIH alors que la charge virale de leur mère était indétectable lors du dernier test. Dans l'ensemble, ces études tendent à montrer que le risque de transmission lorsque la mère suit un traitement et que sa charge virale est indétectable est très faible, mais pas nul.

Les lignes directrices canadiennes continuent de recommander aux parents séropositifs pour le VIH de nourrir leurs bébés exclusivement avec des préparations pour nourrissons afin d'éliminer tout risque de transmission. Cependant, les lignes directrices recommandent également d'aider les personnes séropositives pour le VIH qui veulent

allaiter à le faire de la manière la plus sûre possible. Il s'agit notamment d'offrir une information impartiale au sujet du risque de transmission du VIH par l'allaitement, d'assurer une surveillance accrue de la charge virale, de favoriser l'observance et de fournir un traitement prophylactique aux nourrissons nés de personnes porteuses du VIH. D'après plusieurs études de cas, des femmes vivant avec le VIH en Amérique du Nord ont été soutenues par leur équipe médicale dans leur démarche d'allaitement. Aucun des bébés recensés dans ces études de cas n'a contracté le VIH.

Que peuvent faire les prestataires de services pour favoriser le recours au traitement anti-VIH, son utilisation appropriée, et le maintien d'une charge virale indétectable en vue de prévenir la transmission périnatale du VIH?

Veillez lire la [DÉCLARATION DE CATIE concernant le recours au traitement antirétroviral \(TAR\) visant à maintenir une charge virale indétectable comme stratégie hautement efficace de prévention de la transmission périnatale du VIH.](#)

Dans quelle mesure le recours au traitement anti-VIH en vue de maintenir une charge virale indétectable permet-il de prévenir la transmission du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues?

D'après les rares travaux de recherche disponibles, le fait de suivre un traitement contre le VIH et de maintenir une charge virale indétectable contribue efficacement à prévenir la transmission du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues; toutefois, les personnes qui consomment des drogues peuvent contracter le VIH en partageant le matériel dont elles se servent à cette fin, ou pendant les rapports sexuels. Il est établi que le maintien d'une charge virale indétectable permet de prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle, mais nous ne savons pas dans quelle mesure cela réduit les risques de transmission du VIH par le partage de fournitures de consommation

de drogues. Le meilleur moyen de prévenir la transmission du VIH par le biais de la consommation de drogues est d'utiliser des aiguilles et autres instruments neufs à chaque occasion. Les personnes qui consomment des drogues doivent avoir accès à du matériel neuf en quantité suffisante pour pouvoir s'en servir systématiquement et éviter d'avoir à le partager avec d'autres.

Dans le cadre des trois grandes études portant sur la transmission sexuelle du VIH (HPTN 052, PARTNER et Opposites Attract), les chercheurs n'ont pas systématiquement recruté des personnes qui s'injectaient des drogues, ils n'ont pas demandé aux participants s'ils partageaient du matériel d'injection, et ils n'ont pas effectué d'analyse se rapportant aux participants ayant déclaré qu'ils consommaient des drogues.

Les auteurs de deux études écologiques menées à Vancouver et à Baltimore ont fait état d'une réduction des nouvelles infections par le VIH au fil du temps, et ont également constaté une réduction corrélative de la charge virale collective parmi les personnes qui s'injectaient des drogues. Même s'il est probable que ce déclin observé dans le nombre de nouvelles infections soit partiellement attribuable au recours au traitement anti-VIH, il est difficile de déterminer dans quelle mesure cet effet est lié au renforcement des services de réduction des méfaits qui s'est produit à la même période. Les auteurs d'une étude de cohorte menée en Inde auprès de 14 481 personnes qui s'injectaient des drogues et de 12 022 hommes qui avaient des relations sexuelles avec des hommes ont établi une corrélation manifeste entre l'incidence estimée du VIH et la généralisation du traitement et de la suppression virologique dans la collectivité. Cette étude a permis d'établir des corrélations notables à l'échelle collective, mais comme elle n'a pas été conçue pour évaluer le risque de transmission sur le plan individuel, on ne dispose d'aucune estimation de l'efficacité à cet égard.

Ressources

Ressources de CATIE

[Le pouvoir de l'indétectable : le traitement du VIH prévient la transmission – brochure](#)

Traiter le VIH pour le prévenir – vidéo

Zéro transmission – campagne de sensibilisation

Déclaration de CATIE sur l'utilisation du traitement antirétroviral (TAR) visant le maintien d'une charge virale indétectable comme stratégie hautement efficace pour prévenir la transmission périnatale du VIH

Atteindre l'indétectable : Différences entre les populations du Canada – Point de mire sur la prévention

I=I : Guide à l'intention des fournisseurs de services

Lignes directrices, déclarations de principes et énoncés de consensus

Expert consensus statement on the science of HIV in the context of criminal law (2018) – Journal of the International AIDS Society (en anglais seulement)

Consensus d'experts : charge virale et risque de transmission du VIH – Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – Organisation mondiale de la Santé (OMS)

Human immunodeficiency virus (HIV) Sexual Transmission Risk with Bacterial Sexually Transmitted Infection (STI) Co-infection – Santé publique Ontario (en anglais seulement)

Lignes directrices canadiennes en matière de planification de la grossesse en présence du VIH

Recommandations consensuelles sur l'alimentation des nourrissons dont la mère vit avec le VIH, Groupe canadien de recherche pédiatrique et périnatale sur le VIH/sida

Références

1. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M *et al.* Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*. 2011 Aug 11;365(6):493–505.
2. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M *et al.* Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. *New England Journal of Medicine*. 2016;375(9):830–839. Disponible au : <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1600693>
3. Eshleman SH, Hudelson SE, Redd AD *et al.* Treatment as prevention: characterization of partner infections in the

HIV Prevention Trials Network 052 trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2017 Jan 1;74(1):112–116.

4. 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. *Journal of the American Medical Association*. 2016;316(2):171–181. Disponible au : <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2533066>
5. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T *et al.* Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *The Lancet*. 2019 May 2; 393(10189):2428–2438.
6. Bavinton BR, Pinto AN, Phanuphak N *et al.* Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples: an international, prospective, observational, cohort study. *Lancet HIV*. 2018 Aug;5(8):e438–e447.
7. Baeten JM, Kahle E, Lingappa JR *et al.* Genital HIV-1 RNA predicts risk of heterosexual HIV-1 transmission. *Science Translational Medicine*. 2011 Apr 6;3(77):77ra29.
8. Reynolds S, Makumbi F, Nakigozi G *et al.* HIV-1 transmission among HIV-1 discordant couples before and after the introduction of antiretroviral therapy. *AIDS*. 2011;25: 473–477.
9. Melo MG, Santos BR, Lira RD *et al.* Sexual transmission of HIV-1 among serodiscordant couples in Porto Alegre, Southern Brazil. *Sexually Transmitted Diseases*. 2008;35:912–915.
10. Donnell D, Baeten J, Kiarie J *et al.* Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy : a prospective cohort analysis. *Lancet*. 2010 Jun 12;375(9731): 2092–2098.
11. Ward H, Rönn M. The contribution of STIs to the sexual transmission of HIV. *Current Opinion in HIV and AIDS*. 2010 Jul;5(4):305–310.
12. Townsend CL, Cortina-Borja M, Peckham CS *et al.* Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000–2006. *AIDS*. 2008 May 11;22(8):973–81.
13. Townsend CL, Byrne L, Cortina-Borja M *et al.* Earlier initiation of ART and further decline in mother-to-child HIV transmission rates, 2000–2011. *AIDS*. 2014 Apr 24;28(7): 1049–57.
14. Garcia PM, Kalish LA, Pitt J *et al.* Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. *New England Journal of Medicine*. 1999 Aug 5; 341(6):394–402.
15. Bispo S, Chikhungu L, Rollins N *et al.* Postnatal HIV transmission in breastfed infants of HIV-infected women on ART: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*. 2017 Feb 20;20(1):1–8.
16. Mandelbrot L, Tubiana R, Le Chenadec J *et al.* No perinatal HIV-1 transmission from women with effective antiretroviral therapy starting before conception. *Clinical Infectious Diseases*. 2015;61(11):1715–1725.
17. Sibiude J, Le Chenadec J, Mandelbrot L, *et al.* Update of perinatal human immunodeficiency virus type 1 transmission in France: Zero transmission for 5482 mothers on continuous

antiretroviral therapy from conception and with undetectable viral load at delivery. *Clinical Infectious Diseases*. 2023 Feb 1; 76(3):e590-8.

18. Nduati R, John G, Mbori-Ngacha D *et al*. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*. 2000 Mar 1;283(9):1167–74.

19. Flynn PM, Taha TE, Cababasay M *et al*. Association of maternal viral load and CD4 count with perinatal HIV-1 transmission risk during breastfeeding in the PROMISE postpartum component. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2021 Oct 1;88(2):206-13.

20. Luoga E, Vanobberghen F, Bircher R *et al*. Brief report: no HIV transmission from virally suppressed mothers during breastfeeding in rural Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2018 Sep 1;79(1):e17- 20.

21. Zijenah LS, Bandason T, Bara W, *et al*. Impact of Option B+ Combination Antiretroviral Therapy on Mother-to-Child Transmission of HIV-1, Maternal and Infant Virologic Responses to Combination Antiretroviral Therapy, and Maternal and Infant Mortality Rates: A 24-Month Prospective Follow-Up Study at a Primary Health Care Clinic, in Harare, Zimbabwe. *AIDS Patient Care and STDs*. 2022 Apr 1;36(4):145-52.

22. Shapiro RL, Hughes MD, Ogwu A *et al*. Antiretroviral regimens in pregnancy and breast-feeding in Botswana. *New England Journal of Medicine*. 17 June 2010;362(24):2282–2294.

23. Levison J, McKinney J, Duque A, *et al*. Breastfeeding among people with HIV in North America: a multisite study. *Clinical Infectious Diseases*. 2023 Apr 20:ciad235.

24. Nashid N, Khan S, Loutfy M. Breastfeeding by women living with Human Immunodeficiency Virus in a resource-rich setting: a case series of maternal and infant management and outcomes. *Journal of the Pediatric Infectious Disease Society*. 2019; *sous presse*.

25. Wood E, Milloy MJ, Montaner JS. HIV treatment as prevention among injection drug users. *Current Opinion in HIV and AIDS*. 2012 Mar;7(2):151–156.

26. Wood E, Kerr T, Marshall BDL *et al*. Longitudinal community plasmas HIV-1 RNA concentrations and incidence of HIV-1 among injecting drug users: prospective cohort study. *British Medical Journal*. 2009 16 May 16:338(7704): 1191–1194.

27. Fraser H, Mukandavire C, Martin NK *et al*. HIV treatment as prevention among people who inject drugs – a re-evaluation of the evidence. *International Journal of Epidemiology*. 2017 Apr 1;46(2):466–478.

28. Kirk G, Galai N, Astemborski J *et al*. Decline in community viral load strongly associated with declining HIV incidence among IDU. In: *Proceedings of the 18th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, Boston, Massachusetts, February 27 to March 2, 2011.

29. Solomon SS, Mehta SH, McFall AM *et al*. Community viral load, antiretroviral therapy coverage, and HIV incidence in India: a cross sectional, comparative study. *The Lancet HIV*. 2016;3(4):e183–e190.

30. Nolan S, Milloy MJ, Zhang R. Adherence and plasma HIV RNA response to antiretroviral therapy among HIV-seropositive injection drug users in a Canadian setting. *AIDS Care*. 2011; 23(8):980–987.

Auteurs : Arkell C, Harrigan M
Traductrice : Perez E

Déni de responsabilité

CATIE renforce la réponse pancanadienne face au VIH et à l'hépatite C en faisant le pont entre la recherche et la pratique. Nous mettons les travaux scientifiques les plus récents à la disposition des prestataires de soins de santé et de services communautaires et promouvons les pratiques exemplaires des programmes de prévention, de traitement et de réduction des méfaits.

CATIE s'efforce d'offrir l'information la plus à jour et la plus précise au moment de mettre sous presse, mais cette information ne doit toutefois pas être considérée comme des conseils médicaux. Toute décision concernant un traitement médical particulier devrait toujours se prendre en consultation avec un-e professionnel-le de la santé qualifié-e. À des fins de promotion de la santé publique, les ressources offertes par CATIE peuvent contenir des descriptions ou des représentations de nature sexuelle ou concernant l'usage de drogues. Les opinions exprimées dans les présentes peuvent ne pas refléter les politiques ou les opinions de CATIE ou de ses partenaires ou bailleurs de fonds.

Le présent document a été produit grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada.

Le reproduction de ce document

Ce document est protégé par le droit d'auteur. Il peut être réimprimé et distribué dans son intégralité à des fins non commerciales sans permission, mais toute modification de son contenu doit être autorisée. Le message suivant doit apparaître sur toute réimpression de ce document : *Ces renseignements ont été fournis par le Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE). Pour plus d'information, veuillez communiquer avec CATIE à info@catie.ca.*

Les feuillets d'information de CATIE sont disponibles gratuitement à l'adresse www.catie.ca

www.catie.ca

 /CATIEinfo



La source canadienne
de renseignements sur
le VIH et l'hépatite C