

# « Il ne faut pas galvauder la PrEP »

*L'actualisation tous les deux à trois ans du rapport d'experts sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH est toujours un moment très attendu. En 2015, les recommandations concernant la PrEP faisaient l'objet de toutes les attentions. Chef de service de médecine interne et des maladies infectieuses à l'hôpital Saint-André (Bordeaux), le Pr Philippe Morlat dirige depuis deux ans le groupe d'experts. Interview.*

## Les recommandations les plus attendues depuis des années concernent la prophylaxie préexposition (PrEP). Pourquoi les publier en 2015 ?

En 2013, le groupe d'experts estimait déjà que ce nouvel outil de prévention présentait un intérêt chez les hommes ayant des relations sexuelles à haut risque avec d'autres hommes. Mais à l'époque, compte tenu des données disponibles, nous pensions que la mise en place de la PrEP devait être précédée d'une phase pilote expérimentale. Depuis, les essais ANRS-Ipergay en France et Proud au Royaume-Uni ont montré l'efficacité préventive de cette modalité d'administration médicamenteuse. En parallèle, une demande de RTU [recommandation temporaire d'utilisation, NDLR] avait été déposée par l'association Aides en 2014 auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Devant l'évidence des preuves scientifiques et à une période où le nombre de nouvelles contaminations par le VIH ne baisse pas en France, en particulier parmi les HSH [hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, NDLR], il apparaissait indispensable d'appuyer cette demande et de disposer de recommandations actualisées.

## Quelles seraient les personnes concernées par la PrEP ?

L'indication est très claire en ce qui concerne les HSH et les personnes transgenres séronégatives qui ont des comportements à haut risque face au VIH. Et seulement dans ce type de cas. Ce qui veut bien dire que cela ne concerne pas tous les HSH, car nous ne voulons pas banaliser cette méthode de prévention qui doit s'inscrire dans une démarche de santé sexuelle globale d'accompagnement et de *counselling*. Il ne faut pas que les personnes les plus à risque considèrent la PrEP comme le médicament miracle et prennent encore plus de risques, notamment en ne se

protégeant pas plus des hépatites, syphilis, chlamydiae et gonocoques. D'autres personnes à haut risque peuvent également bénéficier de la PrEP, mais nous préconisons cela au cas par cas. Par exemple, les usagers de drogues par voie intraveineuse. Tout dépendra s'ils suivent ou non un programme d'aide au sevrage. Et aussi toute personne ayant des relations sexuelles non désirées et à haut risque, comme certaines femmes originaires d'Afrique subsaharienne.

## La PrEP n'est pourtant pas recommandée pour certaines personnes.

Oui. C'est le cas pour les couples sérodifférents pour lesquels le partenaire séropositif est sous traitement antirétroviral efficace. Car nous n'avons pas voulu revenir sur le dogme du TasP [traitement comme prévention, NDLR]. Le traitement du ou des partenaires est désormais la base de la prévention du VIH. Il ne faut pas galvauder la PrEP et laisser entendre que l'on peut se passer du reste. Ce serait aussi montrer que l'on n'a pas confiance dans le TasP.

## Quelles sont les modalités d'administration ?

Nous en recommandons deux. L'une « à la demande », en prévision d'un rapport sexuel. Deux comprimés devront être pris entre 24 à 2 heures avant le rapport, puis deux autres à 24 et 48 heures après la première prise. Ce mode opératoire n'a fait ses preuves qu'auprès de la population homosexuelle masculine prenant des risques. Il ne faut donc pas l'envisager pour d'autres populations, pour lesquelles nous recommandons une prise en continu, préconisée pour les femmes chez qui les médicaments diffusent plus lentement dans les voies génitales et souvent à des concentrations plus faibles.



**Parmi les autres recommandations, vous avez souhaité actualiser certains points concernant le traitement antirétroviral. Pour quelles raisons ?**

Nous avons déjà émis de nouvelles recommandations en 2014, notamment des changements dans les traitements de première intention et une évolution dans les traitements pour la coinfection avec les hépatites.

Cette année, nous avons voulu revenir sur une pratique de plus en plus fréquente, à savoir le changement de traitement, souhaité par le patient ou son médecin. Ces changements ou *switch* concerneraient entre 15 % et 20 % des personnes ayant une charge virale contrôlée. Et cette pratique varie en fonction des patients, des médecins et des centres de soin. Or le risque d'échappement virologique n'est pas toujours bien appréhendé en fonction de l'ancienneté thérapeutique des patients et des techniques de génotypage utilisées. Certains patients prennent de nouvelles associations de molécules ne correspondant pas toujours à leur profil particulier, ce qui peut être à risque. Nous avons donc décidé de rédiger un nouveau chapitre intitulé *Optimisation d'un traitement*

*antirétroviral en situation de succès*, dans lequel nous indiquons les précautions à prendre. Nous y détaillons les associations de molécules certifiées par des essais thérapeutiques en fonction de certains critères et les indications pour lesquelles un *switch* a montré une efficacité. Si le nombre de paramètres à prendre en compte est trop important, nous recommandons dans les situations les plus complexes que les décisions de modification de traitement soient prises au cours de réunions de concertation pluridisciplinaire et non par un seul médecin.

**La prise en charge des comorbidités a-t-elle été réexaminée ?**

Assez peu. Il y a un paragraphe dédié au risque cardio-vasculaire et à la réduction des facteurs de risque, notamment la réduction des lipides. On l'évoque en rappelant les consignes basiques de l'intérêt de faire des efforts physiques, d'arrêter le tabac et de surveiller son alimentation. Mais il n'y a pas de changement concernant les molécules, car nous n'avons pas de nouveaux éléments de preuves d'efficacité. En cas de dyslipidémie, nous préconisons seu-

lement de modifier le traitement antirétroviral et d'envisager un traitement hypolipémiant en dernier recours.

**Le dernier grand volet concerne la prise en charge de l'enfant, du nouveau-né et de la femme enceinte.**

Pour l'enfant et l'adolescent, l'actualisation était nécessaire. En 2013, la mise sous traitement était encore dictée par des considérations cliniques et biologiques. Depuis deux ans, de nombreuses molécules sont mieux formulées et accessibles aux enfants, notamment les anti-intégrases. Désormais, tout enfant infecté par le VIH doit recevoir un traitement antirétroviral le plus tôt possible, comme chez l'adulte. Pour le nouveau-né, on peut remplacer le traitement de quatre semaines à l'AZT par quinze jours de névirapine qui entraîne moins d'effets secondaires.

Enfin, une actualisation importante concerne les femmes enceintes qui sous traitement ont des charges virales indétectables. De plus en plus, on peut envisager d'accoucher par voie basse et éventuellement éviter les perfusions d'AZT quand la charge virale est contrôlée. Un poids en moins pour la femme. ●