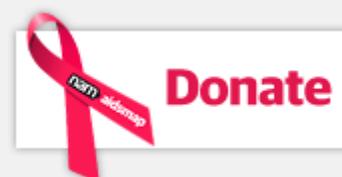




## Vendredi 23 octobre 2015

### Table des matières

- | [Quand la PrEP deviendra-t-elle disponible en Europe?](#)
- | [Les avantages du traitement anti-VIH précoce sont clairs, mais certaines questions restent toujours sans réponse](#)
- | [La majorité des émigrés séropositifs en Europe ont probablement acquis le VIH dans leur nouveau pays](#)
- | [Est-ce que le dolutégravir pourraient être utilisé en monothérapie ou en bithérapie?](#)
- | [Soutenez notre travail](#)



## Quand la PrEP deviendra-t-elle disponible en Europe?



Gus Cairns et autres panelistes pendant la session sur la PrEP à EACS 2015. Photos de Liz Highleyman, [hivandhepatitis.com](http://hivandhepatitis.com)

Les pressions s'accroissent au niveau communautaire pour l'accès à la prophylaxie pré-exposition en Europe et continueront probablement d'augmenter en l'absence de décisions des autorités de financement et des organismes de réglementation, conduisant à une utilisation plus informelle, a appris le congrès.

Aux Etats-Unis, l'utilisation du *Truvada* (ténofovir et emtricitabine) en PrEP a été [approuvée par la Food and Drug Administration \(Agence nationale de contrôle des médicaments et produits alimentaires\) en 2012](#), et les [directives américaines sur l'utilisation de la PrEP ont été publiées en 2014](#). Cependant, en Europe, la PrEP n'est pas encore financée par les gouvernements nationaux ou régionaux, et toute utilisation en dehors des essais cliniques est soit le résultat d'accords individuels avec les médecins, de prescriptions dans le secteur médical privé en dehors des systèmes de santé publique, ou d'utilisations informelles et non surveillées.

Des campagnes populaires pour la PrEP sont en train d'émerger à un rythme rapide dans les médias sociaux et le soutien des individus pour leur permettre de prendre la PrEP de façon informelle, sans danger et de façon efficace, est susceptible de devenir une part importante du travail des associations communautaires.

Les plans de déploiements de la PrEP entièrement financés dans le cadre des stratégies nationales de prévention du VIH sont toujours à un stade précoce, même dans les pays où la recherche a été très active, comme en [France](#) et au [Royaume-Uni](#). Les délégués ont été avisés qu'une approche européenne unique pour déployer la PrEP en Europe sera loin d'être simple

étant donné la diversité des systèmes de la santé et des mécanismes de financement de la santé sur le continent.

Même lorsque l'infrastructure est déjà en place pour distribuer la PrEP aux personnes qui en ont besoin, les obstacles réglementaires et financiers empêchent encore d'accéder à la PrEP et dans de nombreux pays, le problème reste celui du coût. Malgré les indications de la rentabilité de la PrEP dans certaines circonstances, les autorités de financement trainent les pieds.

### Liens associés

Lisez l'article intégral sur [aidsmap.com](https://aidsmap.com)

Lisez ou téléchargez notre fiche info sur la PrEP

## Les avantages du traitement anti-VIH précoce sont clairs, mais certaines questions restent toujours sans réponse



Jens Lundgren, présente à EACS 2015. Photo de Liz Highleyman, [hivandhepatitis.com](http://hivandhepatitis.com)

La controverse de longue date sur le moment idéal pour commencer le traitement antirétroviral a désormais été définitivement résolue, a déclaré le professeur Jens Lundgren au congrès, mais "l'innocuité des médicaments n'est pas un chapitre clôt de la médecine du VIH".

Plus tôt cette année, l'étude **START** a constaté que les individus qui commençaient le traitement antirétroviral dès qu'ils apprenaient leur diagnostic, avaient des risques moindres de maladies et de décès que les personnes qui attendaient jusqu'à ce que leur taux de cellules CD4 chute à 350. Ces résultats ont déjà commencé à avoir un effet dans la pratique. **Les dernières directives de l'Organisation mondiale de la santé sur le traitement anti-VIH** et un nombre croissant de **directives nationales** recommandent désormais à toutes les personnes séropositives de commencer le traitement, quel que soit leur taux de cellules CD4.

Toutefois, certaines questions restent en suspens, comme par exemple le manque de connaissances sur les effets à long terme de décennies d'exposition aux médicaments antirétroviraux. Les chercheurs continueront à suivre les personnes qui ont participé à l'étude **START** pendant au moins les deux prochaines années, et nous l'espérons, pendant les cinq ou dix prochaines années, afin de mieux comprendre les conséquences à long terme.

D'autres études ont révélé une augmentation des taux de maladies cardiovasculaires et de cancers chez les personnes séropositives, et l'étude **START** a observé des risques plus élevés de maladies et de décès non associés au SIDA parmi les personnes ayant un taux de cellules CD4 élevé qui ne prenaient pas de traitement antirétroviral. Les mécanismes sous-jacents des comorbidités telles que les maladies cardiovasculaires et les cancers chez les personnes séropositives ne sont également pas très bien compris. L'activation immunitaire constante, l'inflammation, les toxicités non reconnues des médicaments antirétroviraux et les facteurs de risques traditionnels peuvent tous jouer un rôle.

A ces questions scientifiques non résolues, s'ajoutent aussi les questions de politiques qui doivent être abordées pour garantir que **toutes les personnes séropositives aient accès au traitement antirétroviral, dans le monde entier.**

## Liens associés

Lisez l'article intégral sur [aidsmap.com](https://aidsmap.com)

# La majorité des émigrés séropositifs en Europe ont probablement acquis le VIH dans leur nouveau pays



Matériel de promotion de l'enquête aMASE. Voir [www.amase.eu](http://www.amase.eu)

Une étude présentée au cours du congrès a constaté que la majorité des émigrés séropositifs en Europe, qui ont reçu leur diagnostic il y a moins de 5 ans, ont probablement acquis le VIH dans leur pays d'accueil, plutôt que dans le pays où ils sont nés.

Les résultats proviennent de l'enquête aMASE (Amélioration de l'accès des émigrés aux services de la santé en Europe), à laquelle 2249 émigrés vivant dans neuf pays d'Europe ont participé.

La plupart des individus ne savent pas avec certitude quand ils ont contracté le VIH. Pendant le questionnaire, les participants ont répondu aux questions sur la date de leur diagnostic, leurs comportements et expositions aux risques de VIH avant et après leur émigration. Les participants ont également donné la permission aux chercheurs de contacter la clinique qui les avait dépistés et de conduire un entretien indépendant avec leur médecin pour confirmer le diagnostic et la date probable d'infection.

Les chercheurs ont constaté qu'il y avait davantage d'individus qui avaient une date documentée ou probable d'acquisition du VIH après leur émigration vers l'Europe (ou au sein de l'Europe) que d'individus qui avaient une date documentée ou probable avant leur émigration.

Avec une réserve cependant: celle que pour une grande minorité d'individus (dans le cas des personnes venant de l'Afrique sub-saharienne, jusqu'à 48%) on n'a pas pu établir la date d'infection. Néanmoins, les résultats sont frappants; en particulier chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, la grande majorité d'entre eux ont acquis le VIH dans leur pays d'accueil plutôt que dans leur pays d'origine.

Débora Álvarez del Arco, en présentant ses conclusions, a déclaré que ces chiffres montrent que les personnes d'Europe de l'ouest, d'Amérique latine et des Antilles ont des chances particulièrement élevées de contracter le VIH post-migration, ainsi que les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Elle a appelé, avec les membres du public, à davantage de recherches sur la vulnérabilité des émigrés au VIH dans les pays où ils émigrent.

## Liens associés

Lisez l'article intégral sur [aidsmap.com](https://aidsmap.com)

# Est-ce que le dolutégravir pourraient être utilisé en monothérapie ou en bithérapie?



Pedro Cahn, présente à EACS 2015. Photo de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

Le dolutégravir (*Tivicay*), un inhibiteur de l'intégrase, pris avec un INTI unique bien toléré a pu refouler totalement la charge virale des personnes commençant un traitement antirétroviral pour la première fois, alors que le dolutégravir seul, a pu continuer à refouler le VIH chez les personnes les plus habituées au traitement qui avaient commencé avec une charge virale indétectable, d'après une série d'études présentées pendant le congrès.

Alors que les personnes séropositives continuent de faire face à des décennies sous traitement, les chercheurs ont essayé de trouver des traitements plus simples, plus faciles à prendre et mieux tolérés, tout en continuant de refouler la charge virale efficacement.

La plupart des traitements anti-VIH sont composés d'une association d'au moins trois médicaments, issus de deux classes pharmaceutiques différentes ou plus. Certains traitements sont combinés sous la forme d'une seule pilule, prise une fois par jour, ce qui simplifie le traitement pour de nombreuses personnes.

Les nouvelles approches aux traitements antirétroviraux peuvent être particulièrement bénéfiques aux personnes qui ont pris de nombreux médicaments différents dans le passé ou qui ont un virus pharmaco-résistant, et aux personnes qui ne tolèrent pas les effets secondaires des médicaments.

An Argentine, une association de dolutégravir et de lamivudine a été essayée dans une petite étude de 20 personnes (19 hommes et une femme). Aucune d'entre elles n'avait pris un traitement anti-VIH auparavant. Au début de l'étude, la charge virale médiane était juste en dessus de 24 000 copies/ml, avec quatre participants ayant plus de 100 000 copies/ml et le taux de CD4 se situait aux alentours de 400.

Tous les participants ont pris 50mg de dolutégravir et 300mg de lamivudine, une fois par jour, pendant 48 semaines. Pedro Cahn a présenté les résultats de l'analyse de la 24ème semaine, qui ont montré que la charge virale avait diminué en dessous de 400copies/ml à la troisième semaine et en dessous de 50 copies/ml à partir de la huitième semaine.

En Espagne et en France, deux études distinctes ont examiné la monothérapie au dolutégravir (pris seul) pour les personnes qui avaient déjà une charge virale refoulée sous traitement.

A Barcelone, les chercheurs ont travaillé avec 33 personnes (plus de la moitié étaient des femmes) qui n'avaient aucun antécédent connu d'échec virologique ou de résistance aux inhibiteurs de l'intégrase. Les participants sont passés de leurs traitements actuels au dolutégravir et, à 24 semaines, tous sauf un avaient maintenu la suppression virale.

A Paris, une étude similaire a été menée avec 28 personnes (plus de la moitié étaient des hommes) ayant une charge virale indétectable sous traitement. A la 24ème semaine après avoir changé de traitement, 89% des participants (25 sur 28) ont maintenu une charge virale indétectable. Les trois personnes qui n'ont pas maintenu de charge virale indétectable, sont redescendus après l'ajout de ténofovir /emtricitabine à leur traitement. Tous les trois avaient déjà pris des inhibiteurs d'intégrase et avaient diverses mutations de résistance à l'intégrase.

Après ces présentations, les experts ont présentés les données pour et contre la simplification du traitement, et étaient en désaccord sur la question des bénéfices ou des risques de cette stratégie.

## Liens associés

Lisez l'article intégral sur [aidsmap.com](http://aidsmap.com)

## *Soutenez notre travail*

NAM continue d'être une excellente source d'informations scientifiquement correctes tout en restant lisibles. C'est une chose très rare.

**Soutenez-le.**



Ce message d'un de nos fans nous a fait sourire! En tant qu'association caritative nous dépendons des donations pour pouvoir continuer notre travail et nous sommes très reconnaissants de tous les dons que nous recevons, qu'ils soient petits ou grands.

Nous croyons passionnément que des informations indépendantes, claires et fondées sur les faits permettent aux personnes séropositives de prendre des décisions sur leur santé et de vivre des vies plus longues, plus saines et plus comblées.

Si vous pensez pouvoir soutenir notre travail en faisant un don, vous pouvez le faire en ligne à [www.aidsmap.com/donate](http://www.aidsmap.com/donate).

Merci.

## Liens associés

[www.aidsmap.com/donate](http://www.aidsmap.com/donate)

- ✘ **Rejoignez NAM sur Facebook** : Découvrez tous nos passionnants projets, nos dernières réussites et les nouveaux développements du monde de NAM.
- ✘ Suivez NAM sur Twitter pour les liens vers les toutes dernières nouvelles publiées par nos éditeurs concernant les développements importants et les conférences en temps réels. Nos fils d'info sont liés à [www.twitter.com/aidsmap\\_news](http://www.twitter.com/aidsmap_news) et vous pouvez également suivre nos tweets sur [www.twitter.com/aidsmap](http://www.twitter.com/aidsmap).
- ✘ Suivez toutes nos nouvelles sur la conférence en vous **inscrivant à nos flux RSS**.

NAM's coverage of the 15th European AIDS Conference has been made possible thanks to support from the European AIDS Clinical Society (EACS), Bristol-Myers Squibb, Gilead, Merck & Co., Inc., and ViiV Healthcare.



NAM est une association primée communautaire qui travaille au Royaume-Uni. Nous produisons des informations fiables et précises sur le VIH pour les séropositifs du monde entier et pour les professionnels qui les soignent, les soutiennent et s'occupent d'eux.

Faites un don, faites changer les choses: [www.aidsmap.com/donate](http://www.aidsmap.com/donate)

**Pour des détails supplémentaires, contactez NAM:**

Téléphone: +44 (0)20 7837 6988

Télécopie: +44 (0)20 7923 5949

Courriel: [info@nam.org.uk](mailto:info@nam.org.uk)

Site Internet: [www.aidsmap.com](http://www.aidsmap.com)

**NAM Publications**

Registered office: Acorn House, 314-320 Gray's Inn Road, London, WC1X 8DP

Company limited by guarantee. Registered in England & Wales, number: 2707596

Registered charity, number: 1011220

Pour vous désabonner, allez sur: <http://www.aidsmap.com/page/1492854/>