

La réduction des risques vue de Vancouver

Gilles Pialoux / Service des maladies infectieuses et tropicales, hôpital Tenon, Paris

Vancouver est aujourd'hui, dans le paysage de la lutte contre le VIH et le VHC, une figure emblématique de la RdR mais aussi du « test and treat », ce concept né dans le milieu des années 2000 et qui veut que plus on dépiste, plus on traite, mieux on informe sur la prévention, plus on maintient les personnes dans le système de soins, plus on contrôle les pratiques et les virémies, plus on diminue la circulation de ces deux virus.

Vancouver, située au sud-ouest de la province de Colombie-Britannique, sur la côte pacifique et la municipalité canadienne la plus densément peuplée, s'est illustrée depuis longtemps dans ce qui fait le champ de la revue *Swaps*. Le premier programme d'échange de seringues a été implanté à Vancouver à la fin des années 1980 au moment où le taux de prévalence VIH se situait à 2% parmi une population de 6 000 à 10 000 usagers de drogues injectables. Ce programme d'échange de seringues (PES) a été considéré comme le plus gros du continent américain avec 2,3 millions de seringues échangées en 1996. *Transcriptases*¹ avait rendu compte de la première étude de cohorte, mise en place en 1996, pour y étudier la prévalence du VIH et de l'hépatite C. Cette séroprévalence était alors de 23,2% (intervalle de confiance (IC) 95% : 20,6-25,8) pour le VIH et pour le virus de l'hépatite C de 88% (IC95% : 85,2-90,8).

Vancouver a aussi ouvert, dès 2003, une salle d'injection, la première au Canada^{2,3}. Les drogues illicites que les usagers se sont procurés antérieurement y sont injectées avec une supervision médicale. Même si le gouvernement fédéral avait refusé de subventionner le développement de ce service avant que la Cour suprême dise « oui » à *Insite*, sise au 139, East Hasting Street ! Les chercheurs de l'université de Colombie-Britannique, menés par Julio Montaner et Thomas Kerr ont montré dès 2011⁴ qu'*Insite* réduisait de 35% les overdoses mortelles autour de la salle.

Dix ans après, le projet « Seek and Treat for Optimal Prevention of HIV/AIDS (STOP) » se présentait comme un projet pilote triennal financé par le ministère de la Santé Canadien qui a pris fin le 31 mars 2013. Le projet avait pour but d'élargir les services de dépistage, de traitement, de soins et de soutien en vue de réduire la transmission du VIH et d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, application stricte du *test and treat*. Ce projet a parfaitement réussi, tel que le résume le site *Catie*⁵, à transformer tout le système de soins dans la ville en associant dépistage du VIH, diagnostic, repérage des cas et arriage aux soins pour les clients actuels et nouveaux, traitements du VIH et aide à l'observance thérapeutique, ainsi que les services de soutien en lien avec le VIH. Il visait les objectifs suivants concernant le VIH/sida : en réduire l'incidence ; améliorer le dépistage précoce ; assurer un accès en temps opportun à des soins et à des traitements sécuritaires et de grande qualité ; améliorer l'expérience du client à chaque étape de son parcours ; et démontrer une optimisation du système et des coûts. En 2010, à son lancement, des données indiquaient que le modèle de dépistage fondé sur le risque, à Vancouver, ne joignait pas tous les individus qui avaient besoin d'un test de dépistage, environ 25% des personnes vivant avec le VIH n'étaient toujours pas au courant de leur séropositivité, et ce malgré de nombreuses occasions de dépistage. Dans 60% des cas, le diagnostic était jugé tardif et la personne dépistée devait débiter un traitement anti-VIH. Ce projet a aussi permis d'élargir et d'améliorer la notification des partenaires par la santé publique (qui n'existe

¹ Julie Bruneau. L'échange de seringues à la lumière de l'expérience de Vancouver. *Transcriptases* n° 62 ; janvier 1998.

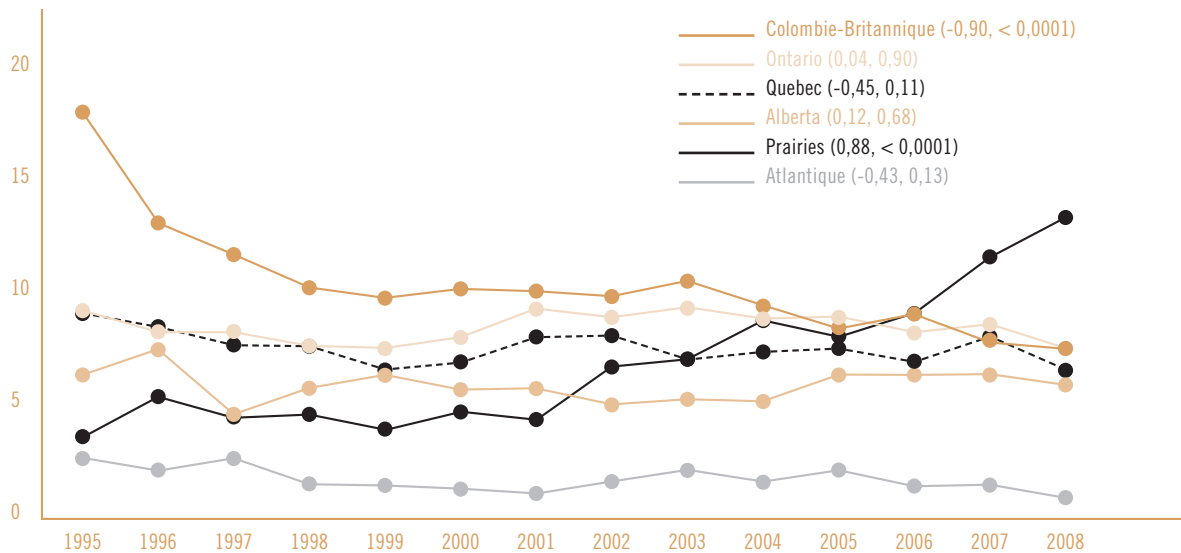
² www.pistes.fr/swaps/51_149.htm

³ www.pistes.fr/swaps/68_01.htm

⁴ Marshall BD, Milloy MJ, Wood E, Montaner JS, Kerr T. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *Lancet*. 2011;377:1429-37.

⁵ Christine Johnston. Vers un nouveau paradigme. L'histoire du Projet STOP de Vancouver. www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2014/vers-nouveau-paradigme-histoire-projet-stop-vancouver

Figure. Canada : VIH + tests par région par années (taux pour 100 000 habitants)⁹.



pas en France) et de l'intégrer plus efficacement aux traitements, aux soins et au soutien liés au VIH. En mettant en œuvre le traitement comme outil de prévention (*Treatment as Prevention* [TasP])^{6,7} dans le monde réel, il a réussi à atteindre ses objectifs, mais a aussi permis de recueillir beaucoup de renseignements sur l'état idéal des services liés au VIH à Vancouver, comme ailleurs.

Julio Montaner (Vancouver, Canada), avec sa gouaille sud-américaine, fait désormais le tour du monde et de ses congrès pour montrer le succès du modèle de la Colombie-Britannique⁸ où « le TasP, c'est si simple ». Opposition avec les États-Unis, leur cascade de « linkage of care » désastreuse, où tout est si compliqué, tant les deux modèles sanitaires et sociaux diffèrent. Selon Montaner, les nouvelles infections VIH ont considérablement baissé sous le poids de la prévention combinée et de l'accès au soin « gratuit », il martèle souvent le mot

free sous les applaudissements des Américains présents dans la salle (prévention combinée : préservatif + échanges de seringues + produits de substitutions aux opiacés + counseling + TasP, etc.). La Colombie-Britannique est elle-même un modèle à l'intérieur du Canada par rapport à d'autres provinces (figure).

En Colombie-Britannique dès 2004 (!), par l'intermédiaire de son Centre d'excellence sur le VIH/sida, le TasP VIH a été institué, principalement dans une population d'usagers de drogues. Dans les cinq années qui ont suivi, le nombre de personnes vivant avec le VIH trai-

tées dans le cadre du TasP est passé d'environ 3 500 à 5 500. En 2009, près de neuf personnes sur dix avaient une charge virale indétectable, ce qui les rendaient peu ou pas contaminants. Parallèlement, entre 2004 et 2009, le nombre de nouvelles infections est passé de 404 à 338, démontrant l'impact du traitement sur la circulation du VIH. Plus globalement, cette province canadienne a observé un déclin de 1 % dans le nombre de diagnostics de VIH pour chaque augmentation de 1 % de la couverture antirétrovirale. Et ces améliorations ont été les plus marquées chez les usagers de drogues injectables.

⁶ Gilles Pialoux. *Offre de TasP, proposition de traitements et libertés individuelles*. <http://vih.org/20120726/offre-de-tasp-proposition-de-traitements-et-libertes-individuelles>

⁷ Renée Frégosi. *4^e workshop - HIV Treatment as Prevention (TasP)*. <http://vih.org/20140526/4e-workshop-hiv-treatment-prevention-tasp>

⁸ Strathdee SA, Patrick DM, Currie SL, Cornelisse PG, Rekart ML, Montaner JS et al. *Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study*. *AIDS* 1997;11:F59-65.

⁹ Hogg RS, Heath K, Lima VD, Nozyk B, Kanfers S, Wood E, et al. *Disparities in the burden of HIV/AIDS in Canada*. *PLoS One* 2012;7:e47260.