

Normal 0 21 false false false FR X-NONE X-NONE

La dernière conférence de l'international AIDS Society(IAS), sur la pathogénèse du HIV, ses traitements et sa prévention s'est tenue à Vancouver (Canada) du 19 au 22 Juillet 2015. Elle a réuni plus de 6000 participants mais est devenue au fil des années une foire mercantile( sponsorisée par les laboratoires) ayant pour but quasiment exclusif la promotion, avec des arguments contestables, de traitements toujours toxiques et de plus étendus à des populations de plus en plus nombreuses pour qui l'utilité est loin d'être démontrée.

L'ensemble des informations présentées dans cette conférence se trouvent sur le site

**Abstracts** : [http://www.ias2015.org/WebContent/File/IAS\\_2015\\_MED2.pdf](http://www.ias2015.org/WebContent/File/IAS_2015_MED2.pdf)

Une quantité impressionnante d'informations au niveau fondamental, clinique, prévention et social, ont été fournies. Malheureusement, **rien d'essentiel au niveau de l'attente des patients : vaccin préventifs ou thérapeutiques validés, voies efficaces d'éradication ou de réduction des réservoirs, traitements non toxiques,.... n'a été apporté.**

Rappelons pour mémoire que la prise d'antiviraux à long terme peut provoquer des désordres métaboliques(anomalies lipidiques, diabète), des toxicités hépatique, rénale, cardiaque, induire des problèmes osseux, des neuropathies périphériques et même des problèmes de libido (troubles érectiles). Ces effets indésirables des antiviraux pouvant conduire à des pathologies graves et à des décès, **le patient doit en être informé honnêtement et ne pas subir un matraquage médiatique afin de choisir et accepter librement un traitement**

**La prophylaxie pré-exposition (PrEP)** a été l'un des principaux sujets de discussion à l' IAS 2015: Comment la prendre, qui devrait pouvoir la prendre et quand sera-t-elle disponible? [Trois études présentées montrent que pour certaines personnes, dans certains contextes, une utilisation moins fréquente de la PrEP, avec des doses déterminées en fonction de l'activité sexuelle, était réalisable, et qu'un nombre élevé de rapports sexuels restaient protégés par la PrEP](#)

. Ceci pourrait offrir aux individus qui veulent utiliser la PrEP, et à leurs médecins, des options supplémentaires, leur permettant ainsi de trouver une façon de prendre la PrEP qui leur convienne mieux.

Cependant notre association « Positifs » ne souhaite pas que cette prévention qui est très marginale, devienne majoritaire, sauf peut-être sur des groupes à très fort risque, tels les prostitué(e)s. Nous maintenons que la seule prévention, sûre, facile à mettre en œuvre et d'un coût dérisoire( qui devrait être gratuite)est **le préservatif**, qui malheureusement ne fait pas suffisamment l'objet de **campagnes de promotion par les systèmes de santé nationaux**

. La PrEP ne servira si elle s'impose à une majorité qu'à engraisser un peu plus les lobbys au détriment de la santé des utilisateurs qui consommeront à long terme des produits toxiques et en spoliant encore un peu plus les systèmes de couverture médicale exsangue.

Une étude,encore au service des lobbys pharmaceutiques, présentée par Myron Cohen, a montré que le partenaire d'un patient séropositif, ayant une charge virale indétectable évite la transmission s'il utilise une PrEP, alors que l'on sait depuis plus de 10 ans qu'un séropositif ayant une charge virale indétectable n'est pas contaminant !!La PrEP dans ce cas est inutile et criminelle pour les partenaires séronégatifs d'autant que le préservatif peut être utilisé en toute occasion.

Nous considérons que la meilleure manière de **stopper la transmission** est de **tester de manière autoritaire l'ensemble de la population** puisque plus de 50% des séropositifs ignorent leur statut et constituent ainsi le vecteur majeur de transmission, de **rendre le préservatif gratuit, et de responsabiliser les séropositifs.**

**L'étude START considère apporter des preuves « définitives » sur les avantages du traitement précoce ?**

Rappelons pour mémoire que le seuil de démarrage d'un traitement antiviral a été depuis 20 ans, sous la pression des lobbys pharmaceutiques, et d'expérimentateurs d'essais complaisants, systématiquement relevé, passant de 200, où les risques d'infections opportunistes sont très minimes, à 350, puis 500 et aujourd'hui à l'annonce de la séropositivité(avec des valeurs normales dans la gamme 500-1000).

Soulignons de plus que le démarrage immédiat d'un traitement, impose à des patients qui pourraient être non progressifs, mais non identifiés, de subir pendant de longues années(5, 10 ans parfois plus) l'agression de traitements toxiques avec leur cortège d'effets indésirables. Pour la majorité des patients, le démarrage d'un traitement à 300-350 CD4, permet avec un

risque négligeable de vivre plusieurs années sans la contrainte d'un traitement journalier et d'attendre sereinement l'arrivée de traitements moins toxiques et non journaliers( qui sont possible aujourd'hui depuis les travaux du J.Leibowitch, père des trithérapies, mais ne sont pas scandaleusement mis en oeuvre ) ou d'un traitement d'éradication.

[Selon les résultats très attendus de l'étude START, les risques de maladies ou de décès sont notablement moins élevés chez les personnes qui commencent le traitement antirétroviral dès leur diagnostic, lorsque leur taux de cellules CD4 est encore élevé, plutôt que d'attendre jusqu'à ce qu'il chute en dessous de 350 cellules/mm<sup>3</sup>](#) . Les derniers résultats de l'étude ont été présentés au congrès de l'IAS 2015 et ont été publiés en même temps dans le tirage précoce du Journal américain « [New England Journal of Medicine](#) » daté du 20 Juillet 2015.

Positifs ne partage pas les convictions des auteurs de l'étude sur le bien fondé d'un traitement précoce. En effet l'essai START est une étude statistique portant sur 4685 patients pour un suivi de 3 ans. Or rappelons pour les non initiés que plus une étude porte sur le grand nombre plus il est facile de démontrer ce que l'on souhaite . Cet essai multicentrique réalisé dans 35 pays et financé par le NIH américain avec un budget colossal dont les résultats ont été repris et recommandés, sans analyse critique par l'OMS et l'ONUSIDA, montrent la **collusion NIH, lobbys pharmaceutiques, OMS, ONUSIDA.**

**Globalement** au bout de 3 ans, si l'on considère les **événements non sérieux** et sérieux liés au HIV ainsi que les décès on a 1,8% des patients dans le groupe précoce et 4,1% dans le groupe différé ce qui représente une **réduction de 57%**

. Les évènements les plus fréquents étant la tuberculose et les cancers. Ces forts pourcentages d'évènements pour des patients ayant encore une immunité bien conservée, nous paraît suspect et jette le doute sur les conclusions de l'étude START

Si l'on considère honnête l'étude START et que l'on reprend dans le détail les résultats de l'essai, on s'aperçoit qu'il n'y a pas de différence significative sur le nombre de décès(12 et 21 respectivement).Même si les raisons de ces décès ne sont pas explicités, il nous semble surprenant qu'en dehors des suicides et accidents divers, on puisse encore décéder aujourd'hui du HIV compte tenu de l'arsenal thérapeutique existant. **Ces décès signent plutôt un mauvais suivi des patients et de mauvaises stratégies thérapeutiques**

Concernant les pathologies tumorales on a observé 0,20 cas/100 patients/an dans le groupe

Écrit par Dr Adrien Caprani

Samedi, 15 Août 2015 14:08 - Mis à jour Mardi, 08 Septembre 2015 18:38

---

précoce et 0,56 cas/ 100patients/an dans le groupe différé, mais la différence n'est significative qu'après un an. Pour le sarcome de Kaposi on a 11 cas dans le groupe différé et 1 dans le groupe précoce. Ces chiffres nous paraissent surestimés par rapport à l'ensemble des données déjà publiées pour des patients HIV+ ayant encore une immunité bien conservée( CD4>350).

Concernant les accidents cardiovasculaires sérieux il n'existe pas de différence significative entre les 2 groupes(14 et 12 cas).

En résumé, même en supposant que cette étude n'ait pas été trafiquée, **seul le patient bien informé est habilité à décider s'il souhaite ou non démarrer un traitement antiviral dès qu'il connaît sa séropositivité**

, alors qu'il a des CD4 élevés et normaux (600-1000) et une faible charge virale, en prenant un risque de 5,6/1000par an au lieu de 2/1000 par an de contracter une pathologie tumorale.

*Soulignons que le seul intérêt pour la collectivité d'un traitement précoce est l'absence de contamination des partenaires, dès que la charge virale devient inférieure à 1000copies alors que l'utilisation du **préservatif** a le même effet mais avec un coût dérisoire et sans toxicité. Par ailleurs, il nous paraît indécent de vouloir traiter des patients qui n'ont pas vraiment besoin, alors que l'on ne dispose pas des moyens financiers pour traiter les dizaines de millions de séropositifs de par le monde qui en ont vraiment besoin !*

Concernant l'éradication, Asier Saez-Cirion a présenté le cas d'une jeune fille qui avait été infectée à la naissance et qui avait été immédiatement traitée avec un traitement antirétroviral quand elle était enfant. [Elle n'a pas pris de traitement antirétroviral pendant douze ans, depuis l'âge de six ans, avec une charge virale bien en dessous des limites de détectabilité des tests de norme](#)

. Les personnes dans ce type de situation inhabituelle (également appelés contrôleurs post-traitement), représentent un modèle de guérison fonctionnelle, un des objectifs de la recherche sur le traitement. Il nous apparaît indécent qu'un tel cas soit présenté comme un modèle utile dans la recherche de la guérison, alors que la

**guérison non seulement fonctionnelle mais réelle existe déjà**

. Elle à été apportée il y a déjà deux ans par le

**Dr Prakask**

( voir sur ce site

**C.92- Révolution occultée dans l'éradication du virus HIV- le traitement du Dr Prakash**

) qui a un recul de 5 ans sur certains patients. Ces travaux connus par nos autorités scientifiques( F.Barré-Sinoussi, Luc Montagnier, C.Katlama, JF Delfraissy...), sont superbement occultés. Il est lamentable et criminel que le Dr Prakask n'ait pas été l'invité d'honneur de

cette conférence !

Parmi les très nombreux travaux présentés citons :

-l'association des long terme non progressseurs et l'alteration du métabolisme du cholesterol(MOPEA013 G.Rappocciolo et al)

-les anticorps contre le motif 3S de la gp41 protège de la chute des CD4(MOPEA014-V. Vieillard et al). Indiquons que le **vaccin thérapeutique VAC-3S**, dont C.Katlama est l'une des responsables !, est basé sur ce résultat. - IPROTECT1 ESSAI MULTICENTRIQUE EUROPEEN 6 VACCIN THERAPEUTIQUE- VAC-3S Testé sur des patients ayant une charge virale indétectable, il montre après 12 semaines une augmentation du rapport CD4/CD8 de 0,48au départ à 0,49 ou 0,57 selon la dose injectée.

-**Déficit en Zn et HIV**– Déficit en Zn chez HIV+ et réaction inflammatoire. Corrélation inverse entre CRP et concentration en Zn. Intérêt d'une supplémentation( MOPEB184- K.C Poudel et al)

-intérêt d'une **supplémentation en lactobacillus casei** (TUPEB295- H. Ichimura et al). L'effet de lactobacillus casei, souche Shirota a été testé sur 60 enfants : 31 sans HAART et 29 sous HAART pendant 8 semaines ainsi que 20HIV-. CD4 et CXCR3CCR6-CD4+ augmente de manière significative ainsi que le pourcentage de CD4 dans les 3 groupes .L'activation desCD8+ décroît très fortement chez les HIV+ sans HAART et faiblement chez les HIV-. La charge virale décroît faiblement mais de manière significative dans le groupe sans HAART .La concentration de lactobacillus et de bifidobacterium augmente de manière significative dans les selles. Il pourrait être recommandé de supplémenter en lactobacillus casei pour les séropositifs pour lesquels les CD4 plafonnent à un niveau insuffisant, mais également pour accélérer la chute de la charge virale.

-**La doravirine**, un nouvel INNTI est aussi efficace que l'efavirenz mais avec moins d'effets secondaires

/\*

```
Style Definitions */ table.MsoNormalTable {mso-style-name:"Tableau Normal";
mso-tstyle-rowband-size:0; mso-tstyle-colband-size:0; mso-style-noshow:yes;
mso-style-priority:99; mso-style-parent:""; mso-padding-alt:0cm 5.4pt 0cm 5.4pt;
mso-para-margin-top:0cm; mso-para-margin-right:0cm; mso-para-margin-bottom:10.0pt;
mso-para-margin-left:0cm; line-height:115%; mso-pagination:widow-orphan;
text-autospace:ideograph-other; font-size:11.0pt; font-family:"Calibri","sans-serif";
mso-fareast-language:EN-US;}
```