

Questions / Réponses à propos de la vaccination contre la COVID-19 chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH)

La COVID-19 est causée par le virus SARS-CoV-2 dont les premiers vaccins ont obtenu leur Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en Décembre 2020. Nous tentons de répondre ici aux questions que les Personnes vivant avec le VIH (PVVIH) pourraient se poser à propos de l'infection et de la vaccination. Cette Foire aux Questions sera mise à jour régulièrement selon l'état des connaissances, veuillez à lire la version la plus récente.

1. Est-ce que je suis plus à risque d'être infecté par le SARS-CoV-2 lorsque je suis une PVVIH ?

- La réponse est non. La transmission de la COVID-19 se fait par les gouttelettes de salive. Ce mode de transmission n'est pas lié aux autres maladies que pourraient avoir une personne. Par ailleurs, il n'a pas été mis en évidence de sur-risque d'attraper le SARS-CoV-2 quand on vit avec le VIH dans les différentes études menées et publiées.
- L'infection par le VIH **ne change rien au risque de se contaminer** par le SARS-CoV-2. Le fait de savoir si l'infection par le VIH favorise ou non une forme grave est une autre question à laquelle nous répondons plus bas.

2. Est-ce que les antirétroviraux me protègent de la COVID-19 ?

- La réponse est non. La question de savoir si l'utilisation de certains antirétroviraux (ARV) peut protéger contre une infection par le SARS-CoV-2 a fait l'objet de discussions et de recherches. En l'état actuel des connaissances, aucun traitement antirétroviral pour traiter ou prévenir le VIH n'a démontré une efficacité dans la protection vis-à-vis de l'acquisition du SARS-CoV-2 ou dans le traitement de l'infection.

3. L'infection à SARS-COV-2 est-elle plus grave lorsque je suis infecté par le VIH ?

- Sur la base des données accumulées depuis 1 an, la Haute Autorité de Santé (HAS) retient comme à risque avéré de forme grave de COVID-19, outre l'âge qui est le facteur de risque le plus important et, dans une moindre mesure le sexe masculin, les pathologies suivantes : obésité (apprécié par la formule « poids en kg divisé par la taille au carré en cm », soit l'Indice de Masse Corporelle (IMC) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) en particulier chez les plus jeunes, BPCO (Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive) et insuffisance respiratoire chronique, hypertension artérielle compliquée, insuffisance cardiaque, diabète de types 1 et 2, insuffisance rénale chronique, cancers récents de moins de trois ans, transplantation d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques, et trisomie 21.
 - **L'infection par le VIH - en tant que telle - ne fait donc pas partie à ce jour de la liste des terrains à risque.**
- Néanmoins, les PVVIH, qui pour la moitié d'entre elles ont plus de 50 ans, peuvent aussi être atteintes de ces pathologies à risque de forme grave de COVID-19. Par exemple, les personnes qui fument depuis longtemps peuvent parfois avoir une BPCO.

- Les informations sur l'infection à COVID-19 chez les PVVIH sont encore peu nombreuses mais de plus en plus d'études sont publiées. A ce jour, une seule étude, de l'Université de Liverpool, montre un risque plus important de gravité chez les PVVIH. Un taux de CD4 < 200/mm³ et/ou une charge virale VIH détectable y sont identifiés comme facteurs de risque de forme grave de COVID-19. Par contre, dans d'autres études, l'infection par le VIH n'est pas associée à un risque de forme grave.

4. Y-a-t-il des risques particuliers avec les vaccins à ARNm liés à mon infection par le VIH ?

- La réponse est non. Le VIH dispose d'outils (enzymes) qui lui permettent de transformer sa séquence génique (qui est sous forme ARN) en ADN (grâce à l'enzyme transcriptase inverse) et de l'intégrer au génome humain (grâce à l'enzyme intégrase). Cependant, il n'est pas possible au VIH d'utiliser ces « outils » pour faire la même chose avec un autre ARN viral comme celui du SARS-CoV-2. Les vaccins à ARNm contre le SARS-CoV-2 sont sûrs pour les PVVIH. **On peut donc utiliser ces vaccins chez les PVVIH.**

5. Pourquoi un vaccin si rapide contre la COVID-19 alors qu'il n'y a toujours pas de vaccin contre le VIH ?

- Le développement des vaccins contre la COVID-19 a bénéficié des avancées de la recherche vaccinale des vingt dernières années, notamment en ce qui concerne le développement des vaccins à ARNm et à vecteur viral. Ces technologies vaccinales ont permis, dès la découverte du SARS-CoV-2 et son séquençage complet, de lancer le développement de candidats vaccins. Comme ces technologies reposent sur le code génétique du virus, elles sont très rapides à créer, contrairement aux anciennes approches vaccinales (culture virale, synthèse de protéine, etc...).
- La recherche vaccinale contre le VIH est beaucoup plus compliquée, notamment parce que le VIH est un rétrovirus capable d'intégrer son génome dans l'ADN de ses cellules hôtes, qui sont les cellules de l'immunité. Il échappe ainsi à la vigilance du système immunitaire. De plus, il existe une multitude de virus VIH qui diffèrent entre eux (variants), bien plus que pour le SARS-CoV-2.

6. Le vaccin est-il plus ou moins efficace chez moi ? Est-il efficace si mes CD4 sont bas ?

- Non, il n'y a pas de données pour penser que les PVVIH auraient en général une moins bonne réponse au vaccin.
- Les essais cliniques menés pour valider les deux vaccins disponibles (vaccins à ARN de Pfizer-BioNTech & de Moderna) n'ont inclus qu'un faible nombre de PVVIH (196 et 179 respectivement, pour plusieurs dizaines de milliers de participants). Bien que ce nombre soit trop petit pour tirer des conclusions, **il n'y a cependant pas de raison de penser que les vaccins soient moins efficaces chez les PVVIH avec un taux de CD4 normal.** Pour ceux qui sont plus immunodéprimés, il est possible que la réponse immunitaire soit moins bonne, comme pour tous les vaccins. Cependant, la **forte immunogénicité** (capacité à déclencher une réponse immunitaire) des vaccins ARNm permettra probablement de générer une bonne réponse immunitaire, même chez ces personnes immunodéprimées.
- Un troisième vaccin va être mise sur le marché en France et est déjà utilisé en Angleterre, c'est le vaccin à vecteur adénoviral d'Astra-Zeneca/Université d'Oxford. Ce dernier a fait l'objet d'une évaluation spécifique chez les PVVIH notamment en Afrique du Sud. Pour l'instant les résultats concernant les PVVIH ne sont pas connus, mais ils devraient être publiés rapidement. Comme pour les vaccins à ARN, on ne s'attend pas à une efficacité différente chez les PVVIH.

7. Certains vaccins seraient-ils mieux adaptés à mon infection par le VIH ?

- La réponse est non pour les vaccins actuellement validés en France.
- Parmi les personnes recrutées dans les essais du vaccin Pfizer-BioNTech, 196 personnes vivaient avec le VIH (sur un peu plus de 40.000). Les données spécifiques concernant ces personnes ne sont pas encore disponibles. Dans l'essai principal concernant le vaccin Moderna, 179 personnes vivaient avec le VIH, parmi lesquelles une personne ayant reçu le placebo a développé une infection COVID-19, et aucune ayant reçu le vaccin. Dans l'essai de phase 3 du vaccin adénoviral d'Astra-Zeneca/Université d'Oxford, la population recrutée comportait 160 PVVIH, qui ne devaient pas avoir d'immunodépression ; les données concernant les PVVIH dans cet essai n'ont pas été publiées pour l'instant. Les essais encore en cours (Johnson & Johnson, Novavax) incluent tous des PVVIH, et des données devraient être disponibles avant l'été 2021.
- **Il n'y a pas de raison de penser que l'infection à VIH stable sous traitement favorise la survenue d'effets indésirables**, quel que soit le vaccin utilisé, et quel que soit le traitement reçu contre le VIH. Il est possible qu'une immunité basse ($CD4 < 350/mm^3$) entraîne une moins bonne efficacité du vaccin, indépendamment du vaccin.
- En résumé, les deux vaccins actuellement utilisés en France (Pfizer-BioNTech et Moderna) et celui qui le sera très prochainement (AstraZeneca) peuvent être utilisés chez les PVVIH, quel que soit le niveau de CD4.

8. Est-ce que la vaccination m'empêchera d'être infecté et / ou de transmettre le SARS-COV-2 ?

- Les données d'efficacité sur les vaccins à ARNm qui leur a permis d'avoir leur Autorisation de Mise sur le Marché, sont très bonnes, à 94-95%.
- Cela signifie qu'ils diminuent le risque d'être malade de 94-95% par rapport aux personnes non vaccinées.
- Nous n'avons pas d'information sur la contagiosité des personnes vaccinées : nous ne savons pas si elles peuvent transmettre le virus tout en n'étant pas malades (bien que cette hypothèse soit très théorique). Cependant la diminution de l'incidence de la COVID-19 en Israël où plus du quart de la population a été vacciné, est un signal encourageant.

9. Quelle est l'origine des variants du SARS-CoV-2 et leur impact chez les PVVIH ?

- Un variant du SARS-CoV-2 a émergé au mois d'août 2020 en Afrique du Sud, un des pays du monde les plus touchés par l'infection VIH.
- On peut émettre l'hypothèse qu'il y aurait une réplication virale de SARS-CoV-2 plus intense et prolongée dans l'organisme des personnes immunodéprimées. Ceci favoriserait le cumul de mutations et l'apparition d'un nouveau variant.
- Ces données ne changent en rien les réponses aux différentes questions traitées plus haut dans ce document.

10. Quel intérêt pour moi d'appliquer les gestes barrières, y compris après la vaccination ?

- Les études vaccinales n'ont pas évalué la contagiosité des personnes vaccinées (c'est-à-dire leur risque de faire une forme asymptomatique de l'infection à SARS-CoV-2 et de la transmettre). Il est donc important de continuer à appliquer les gestes barrières (port du masque, distanciation physique de 2 mètres et lavage des mains) une fois que vous serez vacciné.

- L'efficacité du vaccin n'est pas de 100% et on sait que les personnes infectées par le SARS-COV-2 avec une forme asymptomatique peuvent transmettre le virus. Ceci doit donc nous inciter à rester prudent.
- Néanmoins, plusieurs données (plus faible nombre de PCR positive après la 1^{ère} dose dans l'essai du vaccin Moderna, expérience des autres vaccins contre d'autres maladies infectieuses) sont optimistes et les mesures barrières pourront probablement être allégées voire levées dans le futur pour les personnes vaccinées.

11. Suis-je prioritaire pour me faire vacciner ?

- La réponse varie selon les situations.
- L'infection par le VIH bien contrôlée par votre traitement (charge virale indétectable, lymphocytes CD4 améliorés, souvent normalisés) ne constitue pas un risque accru d'infection ou de forme grave de COVID-19. Dans ces conditions, vous n'êtes pas prioritaire pour vous faire vacciner.
- Si vous avez des facteurs de risque classiques (âge, surpoids, diabète, hypertension, maladie rénale sévère rénale, greffe d'organe, cancer en cours de traitement, ...), ils priment sur l'infection à VIH pour établir l'ordre de priorité vaccinale.
- Les personnes immunodéprimées feront partie des futures personnes prioritaires pour la vaccination dès que la vaccination chez les premières populations cibles sera bien lancée (personnes âgées, professionnels de santé de plus de 50 ans, facteurs de risques identifiés etc...). Les PVVIH avec un taux de CD4 bas devraient donc pouvoir être adressés vers un centre de vaccination avec une ordonnance de leur médecin traitant ou spécialiste. Nous suivons tous avec attention l'évolution des recommandations et communiquerons largement dès l'ouverture de cette possibilité.

12. Dois-je me faire vacciner dans le service qui me suit ?

- Il n'est pas obligatoire que ce soit le service qui vous suit qui vous vaccine.
- Dès que vous rentrerez dans les critères de priorisation, votre médecin référent ou votre médecin traitant pourront vous délivrer une ordonnance pour que vous vous fassiez vacciner dans un centre de vaccination s'il le juge utile, notamment si la vaccination n'est pas possible dans votre service référent.

13. Y-a-t-il une indication à me faire vacciner si j'ai déjà eu la COVID-19 ? Quel délai respecter ?

- Les personnes ayant fait une forme symptomatique de COVID-19 développent pour la majorité d'entre elles une immunité efficace qui persiste au moins 6 mois après l'infection. Nous avons dorénavant près d'un an de recul et le nombre de réinfections rapporté est limité.
- Pour cette raison, les personnes ayant déjà eu la COVID-19 ne sont pas prioritaires pour la vaccination, à fortiori dans un contexte de tensions sur le nombre de doses.
- Si une personne qui a déjà été infectée doit être vaccinée, la recommandation actuelle était d'attendre trois mois après les premiers symptômes du COVID-19. Cependant, en cas d'incertitude (exposition ou symptômes sans test virologique), une infection passée inaperçue n'entraîne pas de risque vaccinal particulier, y compris dans les trois premiers mois suivant l'infection. Cette recommandation va peut-être évoluer en février.
- Les choses sont un peu moins claires au-delà de 6 mois après la COVID-19, chez les personnes qui ont fait des formes asymptomatiques ou avec très peu de symptômes et chez les personnes immunodéprimées (dont les PVVIH avec des CD4 bas font partie). Si vous êtes concerné, le mieux est d'en parler avec votre médecin.

14. Est-ce que je peux me faire vacciner si j'ai déjà eu une allergie médicamenteuse ?

- La réponse est oui sauf rares exceptions. De rares réactions anaphylactiques ont été observées après les vaccins Pfizer et Moderna, à une fréquence basse, de l'ordre de 1 pour 100 000 personnes vaccinées. Il semble que pour certaines personnes, ces réactions allergiques sérieuses soient liées à une allergie à un des excipients du vaccin, dont le PEG que l'on appelle aussi macrogol. Une allergie grave à cet excipient contre indique le vaccin. Aucun lien n'a été établi avec des antécédents d'allergie à d'autres médicaments. Une surveillance post vaccinale obligatoire de 15 minutes a été instaurée afin de pouvoir détecter ces réactions rarissimes. La durée de surveillance est portée à 30 minutes en cas d'antécédent d'anaphylaxie.

15. En dehors de la COVID-19, quelles sont les vaccinations qui concernent les PVVIH ?

- La vaccination est un outil qui permet de protéger contre de nombreuses maladies infectieuses, dont certaines peuvent être plus fréquentes ou plus sévères chez les PVVIH.
- L'immunité des PVVIH pouvant parfois être moins bonne que celle de la population non VIH, certains vaccins recommandés dans l'ensemble de la population ont des modalités particulières d'administration chez les PVVIH, comme les vaccins pour se protéger de l'hépatite B, des infections liées à la bactérie pneumocoque ou contre le tétanos.
- Vous trouverez dans le tableau suivant les différents vaccins recommandés en fonction des situations et de l'âge. Pensez à en parler à votre médecin généraliste ou au médecin spécialiste qui vous suit pour l'infection par le VIH lors de votre prochaine consultation !
Sachez simplement qu'il faut respecter un délai de 14 jours entre la vaccination contre la COVID-19 et un autre vaccin.

Autres vaccins recommandés pour les PVVIH en fonction des situations et de l'âge

- **Vaccins concernant toutes les personnes vivant avec le VIH**
 - Vaccin contre le Pneumocoque : une injection avec un 1er vaccin, et un rappel 2 mois plus tard avec un vaccin complémentaire
 - Vaccin contre la Grippe : une injection annuelle
 - Vaccin contre l'Hépatite B (en l'absence d'antécédent d'infection): un programme comportant une double injection 4 fois, sur une période de 6 mois
 - Vaccin contre Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite (les 3 sont dans le même vaccin) : rappel tous les 10 ans

- **Vaccins concernant certaines personnes vivant avec le VIH**
 - Vaccin contre la Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR), chez tous les PVVIH nées après 1980 avec un taux de CD4 > 200/mm³
 - Vaccin contre l'Hépatite A, en fonction de prises de risque ou des voyages : deux injections à 6 mois d'intervalle
 - Vaccin contre le Méningocoque C, chez les adultes de moins de 24 ans : une injection
 - Vaccin contre les Papillomavirus humains (indications en fonction de l'âge) : 3 injections en 6 mois