

# Jacques Leibowitch: «Il faut radicalement changer de méthode de traitement du sida»

SERGE VANDAELE

Ce dimanche 1<sup>er</sup> décembre, c'est la journée mondiale de lutte contre le sida. L'occasion traditionnelle pour les acteurs concernés de donner un coup de projecteur sur la propagation de la pandémie et sur les actions de sensibilisation du grand public.

L'occasion aussi, pour certains, d'en profiter pour pousser une «gueulante» quant à la manière dont on s'attaque aujourd'hui à la maladie et aux méthodes utilisées pour soigner les patients séropositifs. C'est le cas du flamboyant **Docteur Jacques Leibowitch**, personnalité incontournable de l'histoire du sida puisqu'il en est le co-découvreur. Mais pas seulement. Il est aussi à l'origine des tests de dépistage du sida. Et c'est encore lui qui a inventé la trithérapie qui a révolutionné les techniques de traitement anti-VIH au milieu des années 90.

Depuis 10 ans, il mène une recherche appelée «protocole d'ICCARRE» avec une petite centaine de patients séropositifs à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches (Paris). ICCARRE (pour intermittents en cycles courts, les antirétroviraux restent efficaces) est un programme thérapeutique qui propose, sous suivi médical strict, un allègement, par étapes, des traitements anti-VIH. Une méthode de soins, que Leibowitch décrit comme moins contraignante, plus économique et tout aussi efficace, avec à la clé une meilleure qualité de vie pour les patients... mais qui ne parvient pas à s'imposer.

**Vous êtes à Bruxelles pour y donner une conférence mais aussi pour rencontrer des parlementaires ainsi que la ministre de la Santé Laurette Onkelinx (PS). Quel message êtes-vous venus leur adresser?**

**Jacques Leibowitch:** Un message d'espoir... La possibilité de jours meilleurs quand on aura enfin changé les règles de traitement des patients séropositifs. Je suis ici pour montrer que l'on peut parfaitement réduire leur traitement à 4 jours, 3 jours, voire 2 jours par semaine au lieu du traitement quotidien auquel ils sont astreints actuellement. J'ai pu faire la dé-

monstration sur 92 patients, qui sont suivis depuis plus de quatre ans, que l'on peut réduire leur médication de 40 à 80% sans craindre une résurgence du virus. Ces résultats, je les ai déjà publiés en partie en 2010. C'est une vérité que je pense universelle mais que je ne peux pas la prouver avec seulement 92 patients.

**Vous militez activement pour un changement radical en matière de traitement anti-VIH et singulièrement pour une posologie médicamenteuse allégée. En clair, cela veut dire qu'aujourd'hui on donne trop de médicaments aux séropositifs?**

De toute évidence, oui. Il y a certainement aujourd'hui 40% de médicaments en trop qui sont utilisés. À mes yeux, c'est médicalement et déontologiquement inacceptable. Il n'y a pas de légitimité à donner plus que la juste posologie nécessaire et suffisante. ICCARRE pose de manière brutale la question de la surmédication qui renvoie à la règle sacrée de l'observance thérapeutique parfaite qui vise 95% de prise, 7 jours par semaine (NDLR: L'observance parfaite est le principe qui veut que pour que les médicaments restent efficaces, il faut les prendre en continu, sans oublier aucune prise). Mais c'est un «catéchisme» fondé sur des trithérapies de première génération! Le principe de précaution voulait qu'on en fasse plus que moins, ce qui était raisonnable à l'époque, mais 13 ans après, cette règle est contre-productive, caduque et réactionnaire.

**Y a-t-il des effets néfastes sur le patient de cette surmédication que vous dénoncez?**

Bien sûr. Ça reste pour le corps une chimiothérapie très lourde. On ne parle pas de prendre un cachet d'aspirine ou une cuillère d'huile de foie de morue... Ce sont des médicaments à composition chimique très sophistiqués. Et sur 10, 20, ou 30 ans personne ne peut jurer qu'il n'y aura pas d'effets néfastes.

**Pourquoi ces traitements intermittents ne figurent-ils pas à l'agenda de la recherche? Il n'y a donc pas eu d'autres expériences pilotes que la vôtre?**

Si, bien sûr. Avant la publication de nos résultats dans une revue biomédicale américaine à comité de lecture indépendant, en

## BELGIQUE

### L'ÉPIDÉMIE DE SIDA NE RECULE PAS

En Belgique, les premiers cas de sida sont apparus il y a plus de 30 ans, en 1983. Depuis lors, environ 2.000 personnes sont décédées de la maladie en Belgique.

Chaque jour, le virus y contamine plus de trois personnes (3,4 exactement). Et l'an dernier, le nombre de nouveaux diagnostics du sida a encore augmenté. 1.227 nouveaux cas ont été recensés, contre 1.177 en 2011 et 1.198 cas en 2010.

La Belgique compte ainsi parmi les États européens où le nombre d'infections diagnostiquées est le plus élevé (10,7 cas pour 100.000 habitants en Belgique, contre 5,7 cas en moyenne en Europe en 2011).

C'est dans ce contexte que le Plan VIH 2014-2019 vient d'être présenté. Axé sur la prévention, le dépistage, la prise en charge et la qualité de vie de la personne vivant avec le VIH, ce Plan VIH prévoit de mettre l'accent sur deux groupes à risques qui concentrent 80% des personnes contaminées en Belgique: les homosexuels et les migrants.

Les statistiques démontrent, en effet, que sur les 1.227 nouvelles infections recensées, 44,2% de celles-ci concernent des homos/bisexuels (un quasi-doublement en dix ans). Et parmi les patients étrangers diagnostiqués (qui représentent la moitié du total) 62% sont originaires d'Afrique subsaharienne. **S.V.**

1997 déjà, mais aussi en 1999, en 2001, en 2004, diverses observations liées à des interruptions de traitements avaient été faites. Maintenant, on n'en parle plus. Je suis le seul à avoir continué.

**ICCARRE serait donc non seulement plus confortable pour le patient mais aussi plus économique. Ce qui veut dire un manque à gagner énorme pour l'industrie pharmaceutique...**

En ces temps où l'on parle beaucoup de gestion raisonnable, rien que mes patients ont représenté 3 millions d'euros non dépensés par la sécurité sociale française. Imaginez qu'ils aient été 90.000, cela aura fait 3 milliards d'économie! En même temps, je ne suis ni économiste ni businessman mais j'ai bien sûr eu l'occasion d'approcher l'industrie pharma en allant leur expliquer qu'ils risquaient de perdre de l'argent si on venait à mettre un terme à la surmédication des patients. Vous savez ce qu'ils m'ont dit? «Mais Monsieur Leibowitch, si on venait à fabriquer de nouvelles pilules adaptées à des traitements de 2, 3 ou 4 jours par semaine, qui vous dit que nos prix seront 40, 50 ou 75% moins chers que le prix demandé actuellement? Le prix, c'est nous qui le faisons! Qui plus est, avec cette méthode, on pourra même peut-être élargir la base des patients traités!». Donc, non seulement le manque à gagner n'est pas du tout certain pour l'industrie pharmaceutique mais, en plus, ils apparaîtront comme des bienfaiteurs. Ce que je veux dire par là, c'est que je ne crois pas une seule seconde que le lobby pharmaceutique ait été imbécile au point de forcer la surmédication simplement parce que ça leur permet de gagner beaucoup d'argent.

**C'est tout de même un discours extrêmement cynique de leur part...**

Peut-être, mais il faut bien comprendre que déterminer le prix d'un médicament est loin d'être une opération simple comme on se l'imagine. Le vrai cynisme, on le trouve plutôt chez les «barons de chaires», autrement dit chez les professeurs en position d'experts qui, eux, n'ont vraiment pas envie de changer le système actuel. De fait, cela fait 10 ans qu'ils hurlent que l'observance maximum est la règle. Du coup, je les vois mal reconnaître devant les

**«Il y a certainement aujourd'hui 40% de médicaments en trop qui sont utilisés. C'est déontologiquement inacceptable».**

**JACQUES LEIBOWITCH**  
MÉDECIN, CO-DÉCOUVREUR  
DU VIRUS DU SIDA



médias que, finalement, 3 ou 4 jours de traitement par semaine c'est tout aussi bien, voire préférable pour traiter la maladie que de prendre des médicaments 7 jours sur 7 comme ils l'ont toujours préconisé.

**Vous dites aussi qu'il faudrait mettre fin à la stratégie du «tout à la capote» au profit d'une politique de dépistage ciblée et d'une mise sous traitement antirétroviral immédiate et systématique...**

Depuis plus de 30 ans, la prévention du VIH se résume à l'usage de la capote. La nouvelle feuille de route en matière de prévention, ce sont les antirétroviraux. ICCARRE est là pour prouver que contrairement à la capote qui, si on ne la met pas au moment où il faut la mettre, n'a pas d'effet rémanent, contrairement aux aphorismes sentencieux des années 2000, on peut inciter davantage de porteurs du VIH à se soigner, à prendre un traitement et faire baisser ainsi le nombre de nouvelles contaminations. Mais pour ce faire, il est nécessaire de transformer l'étude pilote en essai thérapeutique de masse, dans tous les pays européens... Moi qui suis instruit par la médecine et la science, vu que c'est mon métier depuis 50 ans, je ne comprends toujours pas pourquoi cela pose un problème. Mais je ne me décourage pas. Chaque jour, le virus me donne raison...



Comme chaque année le 1<sup>er</sup> décembre, la journée mondiale de lutte contre le sida vient rappeler que la pandémie est loin d'être maîtrisée. En Belgique, chaque jour, le virus y contamine trois personnes, soit entre 1.000 et 1.200 nouveaux cas par an. © AFP

## REPÈRES

# 2,3 millions

Avec plus de 36 millions de morts jusqu'à ce jour, le VIH continue d'être un problème majeur de santé publique. Actuellement, en Europe, 2,3 millions de personnes vivent avec le VIH et une sur trois parmi elles ignore sa séropositivité.

# 8%

L'an dernier, les cas d'infections du VIH ont augmenté de 8% en Europe et en Asie centrale. Une augmentation qui s'explique essentiellement par une hausse de 9% des nouveaux cas en Europe de l'Est et en Asie centrale. Dans l'UE, les nouvelles infections n'ont augmenté que de 1%.