

DOSSIER DE PRESSE

Dr Jacques Leibowitch

Invité d'honneur de

FESTHIVAL

Bruxelles 2013



**A la veille du 1^{er} décembre prochain,
Journée Mondiale de Lutte contre le Sida,
le Docteur Jacques Leibowitch,
spécialiste mondial du VIH
est l'invité d'honneur de FESTHIVAL¹**

Jacques Leibowitch est un grand chercheur spécialisé du VIH et un médecin éclairé.
Le scientifique incontournable de la lutte contre l'épidémie.

Il est le co-découvreur du virus. Il est à l'origine des tests de dépistage et de la mesure de la charge virale dans le sang. Il est aussi l'inventeur de la trithérapie, laquelle a tout à fait révolutionné l'histoire du VIH/Sida au milieu des années nonante. Pour la première fois, des traitements (dits antirétroviraux - ARVs) arrêtent le virus de manière spectaculaire. L'issue de la maladie cesse enfin d'être fatale. Porter le virus du VIH devient un état chronique face auquel la médecine n'est désormais plus démunie. C'est aussi la fin d'une tragédie qui pèse sur la filiation puisque sous ARVs performants, pas de transmission de virus non plus de la mère à l'enfant.

Le protocole ICCARRE

Une recherche qui change radicalement la prescription des traitements anti- VIH et la vie des personnes séropositives

Aujourd'hui, le Docteur Leibowitch est l'auteur d'une autre contribution à l'histoire des traitements. Une avancée précurseuse dans la lutte contre l'épidémie et pour le bien être des patients séropositifs.

Depuis dix ans déjà, il mène une recherche appelée « le protocole ICCARRE » avec une petite centaine de patients séropositifs, à l'Hôpital Raymond Poincare de Garches (Paris). ICCARRE (intermittents en cycles courts les antirétroviraux restent efficaces) est un programme thérapeutique, réalisé dans des conditions strictes, progressives et médicales, qui propose un allègement des traitements anti-VIH sans aucune perte d'efficacité.

¹ **Événement culturel, festif & scientifique autour de la question la séropositivité et le VIH aujourd'hui**, organisé à Bruxelles du 21 au 30 novembre 2013, par **Pink+ asbl** et **la Maison Arc-en-ciel de Bruxelles**. (FESTHIVAL est un projet original, conçu et proposé par Pink+ asbl et Warning bxl asbl). **Conférence du Docteur Jacques Leibowitch : « Pour en finir avec le sida et ses mal-édicions », en présence de deux patients-témoins du protocole ICCARRE** - 28 novembre de 20 à 21h30 au BIP (Brussels Info Place) - Inscription : info@rainbowhouse.be

Il s'agit d'administrer des posologies médicamenteuses anti-VIH hebdomadaires à la fois plus adéquates et suffisantes : six, cinq, quatre, trois ou deux prises d'ARVs par semaine au lieu de sept, selon les patients sous surveillance virologique du protocole. Pour 12 d'entre eux, et pendant une année, il s'agit d'une prise unique de médicaments les lundis. Et trois de ces patients suivent cette posologie depuis déjà trois ans.

Depuis des années donc, certains patients ne prennent leur trithérapie que une ou deux ou trois ou quatre fois par semaine, tout en restant protégés aussi efficacement par le traitement, dont le succès est jugé sur une charge virale qui doit rester indétectable.

Ces prescriptions exploratoires - audacieuses mais pas inédites - auront eu pour effet de montrer que le traitement intermittent pouvait rester tout aussi performant sous conditions et surveillance médicale très strictes.

Une recherche en quatre points d'encrage savants pour comprendre la physiologie du VIH et du système lymphocytaire

1997 Revue *Science*. Brigitte Autran (signataire) et J Leibowitch (senior auteur) font état pour la première fois des phénomènes de *REPARATION/PACIFICATION LYMPHOCYTAIRE* sous trithérapie effective. L'activité débridée du VIH avant traitement pousse le système lymphocytaire TCD4+ à l'excitation, ayant pour effet retors et récursif de soutenir l'activité de reproduction infectieuse du VIH. Le VIH a en effet besoin de l'excitation cellulaire pour se reproduire déceimment. Or, sous combinaisons ARVs d'attaque (7 jours par semaine pendant plusieurs mois), cet état de survoltage/excitation cellulaire - bien connu et mesurable de façon gravative dans le cours de l'infection avant traitement chez tout patient dont la charge virale est substantielle - se résout.

1999 Des observations cliniques, publiées ou non, s'accumulent : une interruption de traitement les premières semaines (traitement « d'attaque ») voit le virus resurgir en 2 ou 3 jours suivant l'arrêt. Tandis que l'arrêt d'un traitement efficacement en place depuis plus longtemps, un semestre et plus encore (traitement « de suite »), voit le VIH prendre plus de 7 jours pour resurgir au dessus de la barre de l'indétectable.

2001 L'état major du NIH avec en tête Marc Dybul (président actuel du Fond Mondial SIDA) et en queue Antony Fauci (Directeur du NIAID de Bethesda depuis 1984), publie dans le prestigieux *PNAS* les observations sur 8 patients dont la trithérapie, 7 jours sous ARVs et 7 jours sans ARVs, avait tenu le virus HIV sous la barre de l'indétectable pendant toute une année de traitement en cycles courts.

2004 Le même groupe amiral NIH NIAID récidive avec une dizaine de patients et une autre trithérapie. 7 jours sous ARVs et 7 jours sans ARVs, sans retour intermédiaire du VIH pendant toute une année de cycles de trithérapie intermittente en cycles courts

A Garches, ICCARRE démarre prudemment, à 1 jour puis 2 jours sans ARVs par semaine, en 2003 puis 2004.

En juin 2010, publication des résultats dans *The FASEB Journal* « *Short cycles of antiretroviral drugs provide intermittent yet effective therapy: a pilot study in 48 patients with chronic HIV infection* », revue biomédicale américaine à comité de lecture indépendant.

ICCARRE en 2013

Le protocole ICCARRE c'est aujourd'hui 92 patients-volontaires qui ont consenti, sous la surveillance d'un comité d'éthique, à réduire leur traitement hebdomadaire par étapes, de 7 à 5 à 4 jours par semaine ou directement de 7 à 4 jours par semaine, sous contrôles bi-mensuels de la charge virale dite indétectable, à <50 copies par millilitre de sang.

Trois jours sans médicaments et plus chaque semaine ont totalisé à Garches 350 années cumulées de traitement intermittent, dont 60 % depuis 2 ans 1/2 et 25% depuis 4 ans, avec une durée moyenne, sans traitement ni retour de virus, de 3.8 années par patient.

Les échecs virologiques d'ICCARRE, en relation à la faiblesse intrinsèque de la puissance antivirale de la stratégie, sont restés rares : moins de 2 ratés pour 100 années-traitements (rattrapés ensuite en clinique pour redonner aux patients une charge virale indétectable) soit $5200 \times 3,8 = 19\ 800$ occasions hebdomadaires manquées par le VIH se de remonter.

5 couples séro-différents du protocole ont donné naissance à 7 enfants séronégatifs, conçus sous traitement intermittent et laissant le parent non porteur du virus, séronégatif.

Une modalité de prescriptions qui met dans la lumière la question de la surmédication des traitements ARVs, pris sans intermittence 7jours/7

ICCARRE pose *de facto* la question d'un sur-traitement en matière de chimiothérapies anti-VIH d'entretien. Si les traitements ARVs prescrits 4 jours et moins ne sont pas moins efficaces que 7 jours par semaine, quelle serait la valeur thérapeutique des 3 jours de chimie en trop ? La surmédication n'a aucune légitimité déontologique en médecine, et les ARVs à long terme peuvent avoir des conséquences sur la santé des patients, comme le suggère le vieillissement accéléré apparent chez des personnes sous ces traitements prolongés.

Une offre de soins moins dissuasive et plus acceptable, qui bat en brèche le préjugé convenu de l'observance parfaite

L'enjeu se situe aussi au niveau de l'offre de soins que constitue des traitements ARVs plus allégés pour les personnes diagnostiquées séropositives.

Trois jours et plus de chimiothérapie en moins par semaine propose un calendrier thérapeutique ajusté et adapté progressivement dans le temps. Une offre moins dissuasive pour qui est promis aux contraintes physiologiques et psychologiques du long terme médicamenteux chez des personnes qui, le plus souvent, aujourd'hui et demain, n'éprouvent aucun ressenti de leur infection VIH lors de la proposition de traitement.

« La cerise ICCARRE sur le gâteau de la prévention ARVs »

ICCARRE est prometteur dans ce qu'il offre comme «nouvelle feuille de route préventive» et comme bonne nouvelle pour le bien-être des personnes séropositives.

Les bénéfices des anti-rétroviraux pour le traitement du VIH et sa prévention s'y retrouvent :

1. Pas du développement de la maladie (SIDA) pour le sujet bien traité et suivi
2. Plus d'interdit sur la filiation et le droit de concevoir des enfants hors préservatif, sans transmettre le virus au partenaire ou à l'enfant
3. Arrêt de l'impératif au *préservatif sans la moindre interruption* et le retour bientôt assuré à une vie sexuelle plus naturelle
4. A terme, fin de l'épidémie rétrovirale qui poursuit son cours à flux tendus sous la stratégie du « tout capote »

Le protocole annonce également d'autres perspectives importantes :

Aux patients

5. Une meilleure *désirabilité/acceptabilité* du traitement dans la durée
6. Ne plus devoir avaler tous les jours des médicaments-rappel de la condition HIV
7. Réduire à terme les effets secondaires et les toxicités des traitements

Aux gouvernements

8. La réduction, à terme, des coûts de santé liés aux prises en charge anti-VIH

Aux industries pharmaceutiques

9. ICCARRE a besoin des meilleures combinaisons ARVs pour les ajuster au mieux et promouvoir la prévention par les antirétroviraux

Un ICCARRE dans la capitale de l'Europe ?

Les patients du Docteur Leibowitch sont, à l'heure actuelle, les seules personnes séropositives au monde à bénéficier de cette offre de soins plus adaptée, moins contraignante et tout aussi efficace, avec à la clé une évidente et meilleure qualité de vie.

Jacques Leibowitch et les 92 patients ICCARRE ont entrouvert la porte de la surmédication, un entrebâillement qu'on ne peut désormais plus refermer. Les résultats du protocole, publiés en 2010, mis à jour en 2012/2013 pour Harvard Medical School et l'Institut Pasteur, appellent la communauté médicale à la mise en oeuvre rapide d'essais cliniques protocolaires multiples et de plus grande ampleur.

Comme capitale de l'Europe, Bruxelles devrait assurer le leadership de ces essais thérapeutiques sur la réduction des risques de surdosage des traitements anti-VIH, se positionner de manière innovante et inciter d'autres nations à se préoccuper de cette problématique sérieuse de santé publique.

Avec ICCARRE, Jacques Leibowitch interpelle la communauté scientifique. Il plaide pour « *le droit des patients à une juste posologie, nécessaire et suffisante* » au nom du serment d'Hippocrate, du principe de précaution et du bien élémentaire commun.

Pour en finir avec le Sida : un plaidoyer lucide, courageux et pragmatique

Pour Jacques Leibowitch, il est aussi grand temps d'en terminer avec le virus. Comme en témoigne le plaidoyer courageux, innovateur, concis et très précieux de son livre tout simplement intitulé « *Pour en finir avec le Sida* ».

Quelques années suffiraient en effet à mettre un terme à l'épidémie. Si les gouvernements, les médicaux et les associatifs, les responsables, se donnaient le courage et la lucidité de sortir de ce "*prêt-à-penser politiquement correct*" qui organise la gestion de l'épidémie au lieu d'y mettre fin. Alors même que des moyens thérapeutiques et très efficaces (ARVs) sont disponibles depuis des années dans nos pays.

Pour y parvenir, c'est un renversement de paradigme qu'il propose.

En plus d'une politique de dépistage très ciblée à destination des personnes les plus exposées au virus, une mise sous traitement ARV immédiate et systématique doit être proposée aux personnes séropositives et à celles qui seront diagnostiquées. « *Car oui, sous traitement bien conduit et adapté, elles ne transmettent plus le virus !* ». Les séropositifs peuvent dès lors retrouver une sexualité sans préservatif, tout en protégeant leur(s) partenaire(s), et avoir des enfants de manière naturelle. C'est ce que les professionnels médicaux et associatifs nomment le TasP (Traitement as Prevention).

Communiqué de presse (annexe)
Docteur Jacques Leibowitch
27 et 28 novembre 2013 à Bruxelles – FESTHIVAL
EMBARGO DE PUBLICATION JUSQU'AU 27 NOVEMBRE 2013

Le traitement antirétroviral est un moyen de prévention très performant quand le virus n'est plus détectable dans le sang. Le traitement est une protection.

Dans son livre, Jacques Leibowitch défend cette prévention pragmatique, qu'elle soit mise en œuvre et qu'elle supplante la stratégie du « tout capote » qui a échoué, depuis vingt ans, à mettre un terme à l'épidémie. Laquelle continue à surtout frapper les publics des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et les migrants.

Avec la protection constante d'un traitement - au contraire d'une protection mécanique (le préservatif) qui, elle, est toujours discontinuée et aléatoire - plus aucune transmission de virus ne peut avoir lieu et c'est une maîtrise puis une diminution drastique de l'épidémie que le traitement nous offre à voir et à réaliser.

**« C'est la réalité qui guide la science »
Jacques Leibowitch**

Pour en finir avec le sida, Jacques Leibowitch, Plon, 2011, 117p.
<http://www.iccarre.org/>

Dr. Jacques Leibowitch



92 Patients sous Traitement d'Entretien-Maintenance Anti VIH Discontinué

Reparations progressives du tissu lymphoïde attestée par
CD4/CD8 ratio ≥ 1 Avant ICCARRE = 7 % des patients; sous ICCARRE 34 %

ADN HIV Cellulaire 70 - 75 % sous 7 jours par semaine, en descente
ou stable à # 20 % des valeurs pré-ARV sous ICCARRE

De-Activation de surface des lymphocytes CD4 ou CD8 en descente (CD38)
ou stable / bas (HLA DR, PD-1) comme sous 7 jours semaine

A HAPPY NOTE ...

7 bébés conçus *in natura naturam* par 5 couples HIV-différents sous ICCARRE
la ou le géniteur HIV négatif non traité est étant resté HIV-free

➡

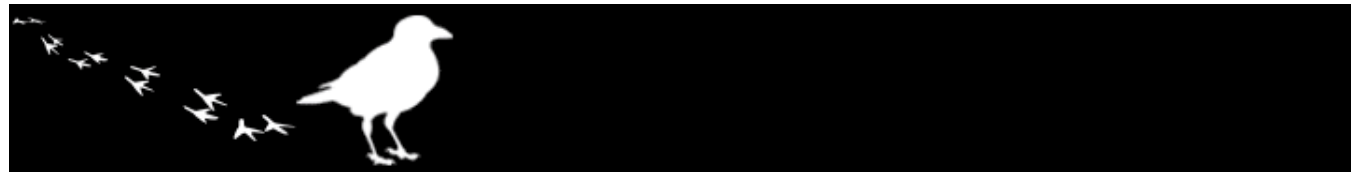
Plus de 3 années **virus-FREE drug-FREE** par patient au prix de :
3 millions d'euros pour la Sécu pour seulement 92 ayant-droits et





Le discret Barack Obama finira peut-être par mériter son prix Nobel de la paix

Gérald Papy



Le Vif » Actualité » Santé » Sida : " Halte aux diktats du traitement "

MOBILE RSS

SANTÉ PSYCHO BOUGER MANGER

LE VIF bodytalk

→ Pour une vie saine

Sida : " Halte aux diktats du traitement "

Le Vif

vendredi 29 novembre 2013 à 10h09

Donnerait-on trop de médicaments aux patients séropositifs ? Doit-on préconiser la trithérapie à tous les séropositifs comme seul moyen efficace de lutter contre l'épidémie de sida qui se poursuit ? A-t-on tout faux dans les traitements du sida, parce qu'on n'a pas compris les mécanismes réels de la maladie ?

BOOSTER VOTRE CARRIÈRE FINANCIÈRE ?

Rendez-vous sur notre site et démarquez-vous.



LES ARTICLES LES PLUS LUS

1. Géographie : l'Europe revisitée par les Américains
2. Près d'un quart des bénéficiaires du revenu d'intégration travaillent
3. L'hiver c'est déjà pour cette semaine
4. Laurette Onkelinx défend le roi
5. SNCB : les navetteurs n'aiment pas les nouveaux trains

DECouvrez DES GRANDS VINS

My Vitibo:



N'hypothéquez pas votre héritage avec les frais et soucis de vos obsèques.

Lisez le dossier 'succession' ▶



DELA



Jacques Leibowitch © Dominique Issermann

Toutes ces questions, le Pr Leibowitch les pose, les crie depuis 10 ans, mais n'est pas entendu. Il est l'invité des Parlements francophone bruxellois et de la Fédération Wallonie, où il a présenté une conférence avec le concours de spécialistes belges du sida, et sera présent au FestHIVal, ce vendredi soir. Il espère ainsi fédérer tant des décideurs que des scientifiques et des associations de patients à son credo : on peut traiter moins lourdement les patients séropo.

Médecin spécialisé en immunologie, clinicien du sida et chercheur, le Pr Jacques Leibowitch a longtemps travaillé dans le service d'infectiologie de l'Hôpital Raymond Poincaré de Garches (AP-HP) à Paris. Des patients séropositifs, il en a vu défilé. Il en a vu mourir, aussi. Heureusement, les thérapies anti-HIV, et en particulier la trithérapie – dont le Pr Leibowitch est le « père » en France – ont tellement progressé qu'aujourd'hui, pour une bonne partie des séropositifs, le sida est comme une maladie chronique à traiter ad vitam.

Mais avec du recul, il se demande si l'on n'en fait pas un peu trop... Trop de traitements, trop lourds, alors que l'on pourrait réduire les quantités prescrites. Un discours soutenu par bon nombre de spécialistes du HIV-sida, mais avec tout de même plus de nuances que le Pr Leibowitch... Car des nuances, lui, il en a peu.

Rencontre avec ce spécialiste hors pair, mais hors du commun, qui nous livre sa vision du traitement actuel du sida qu'il résume par un acronyme : ICCARRE, pour

LEÇON

7 JOURS DE COURS D'ANGLAIS OFFERTS

J'en profite ▶

avec **gymglish**

pour eux, pour vous

10€ offerts avec le code LEVIF

Des grands vins chaque mois chez vous
L'ancien sommelier de la Tour d'Argent vous ouvre sa sélection et vous fait déguster ses crus préférés.

CHAQUE JOUR, LEVIF.BE PRÉSENTE

une plante qui vous soigne

Newsletter

Abonnez-vous à la newsletter quotidienne du Vif/L'Express.

Inscrivez-vous à Le Vif newsletter quotidienne

E-mail: **S'INSCRIRE**

DATING

» Testez gratuitement !

Rencontres sérieuses pour célibataires exigeants.

Le sens de l'orientation se cache dans l'hippocampe

Des chercheurs ont découvert que le sens de l'orientation est délimité à

Intermittent, en Cycles Courts, les Anti Rétroviraux Restent Efficaces.

Le Vif : Quelle est la situation actuelle de l'infection au virus du sida, en quoi vous opposez-vous aux choix thérapeutiques actuels ?

Jacques Leibowitch : Le traitement standard préconise une trithérapie, avec des combinaisons variables, 7 jours sur 7. Selon moi, ce schéma thérapeutique correspond à ce que j'appelle la dose d'attaque du virus, qui se justifie pour les 6 à 12 premiers mois de traitement et réduire la charge virale au minimum, voire la réduire à zéro. Mais fin des années 90, on s'est aperçu que lorsque le traitement était interrompu, pour diverses raisons, et que le patient avait une charge virale nulle, le virus ne refaisait pas son apparition avant 7 jours. C'est pourquoi, en 2000, des chercheurs du National Institutes of Health, qui rassemble les instituts américains de recherche à Bethesda, ont voulu tenter le traitement intermittent sur un petit groupe de patients. Ils ont d'abord soumis quelques patients au traitement classique pendant plusieurs mois, puis ont alors suivi un autre schéma qui consiste à administrer la trithérapie classique pendant une semaine, puis de l'interrompre la semaine suivante. Les patients prenaient donc la trithérapie une semaine sur deux, pendant un an, et cela a fonctionné ! Pourtant, plus aucune équipe n'a cherché à reprendre cette idée de traitement intermittent, excepté moi, dans le cadre de mon projet ICCARRE, dès 2003. C'est ce qui explique le peu d'études que l'on peut retrouver dans la littérature scientifique.

Certaines d'entre elles ont montré l'efficacité d'un traitement administré 5 jours par semaine au lieu de 7. Je suis actuellement 92 patients qui reçoivent, dans des conditions bien définies, leur traitement seulement 4 jours. On a donc réduit la dose hebdomadaire de 40%. Certains de mes patients prennent le traitement 2 fois par semaine. Et tout cela, sans aucun problème.

Je n'ai pas décidé de prescrire ce traitement intermittent pour faire plaisir à mes patients ! Je l'ai fait parce que déontologiquement, je devais le faire : j'ai le devoir de prescrire à mes patients le traitement nécessaire, adéquat et justifié, sans surmédicaliser ! Le principe des médecins est « primum non nocere » : d'abord ne pas nuire. Or, administrer de hautes doses de médicaments durant toute la vie, sans se poser de question, c'est passer outre ce principe.

Mais je tiens à insister sur une chose, pour les personnes séropositives qui nous lisent : ne stoppez pas votre traitement par vous-même pendant 3 jours, uniquement parce que vous avez lu que ça fonctionnait ! Cela doit se faire dans le cadre d'un dialogue avec son médecin et dans des conditions bien précises. Je ne préconise pas le traitement intermittent aux 30 millions de patients séropositifs, mais il serait par contre utile de se poser la question de l'intérêt d'alléger les prises de médicaments...

Est-ce justement parce qu'il existe peu de publications scientifiques sur le traitement intermittent que les guidelines continuent à prôner le traitement 7 jours sur 7 ?



une zone du cerveau. Et que tout le monde ne ...

- > Cerveau stratégique ou créatif, faites le test !
- > Une même consommation d'alcool est le secret des couples qui durent
- > La comète Ison n'a pas survécu à son rendez-vous avec le soleil

Les 15 meilleurs 'spots' de surf (en images)



Un bon 'spot' de surf doit remplir plusieurs impératifs: des gens sympathiques, de bonnes adresses pour manger et sortir le ...

- > À quoi ressemblait Paris en 1860 ? (en images)
- > En images: le lever de soleil de ce matin
- > Le festival de sculptures de glaces de Bruges en images

LEÇON

avec **gymglish**

7 JOURS DE COURS D'ANGLAIS OFFERTS

Chaque jour 10 min. de cours ludiques et personnalisés

J'en profite ▶



Relever un nouveau défi ? challenge **Z**

> **Manager logiciel d'application (CRM, SharePoint,...)**

Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding |

Mot-clé

RECHERCHER

Honnêtement, je n'en sais rien. Certains accusent les firmes pharmaceutiques d'étouffer ces études, par crainte de perdre de l'argent. C'est populiste... et après analyse, complètement illogique. En effet, l'un des principaux freins au faible dépistage est la peur de la lourdeur des traitements. Si ce frein est levé, les dépistages pourraient augmenter ainsi que le nombre de patients à traiter... Mathématiquement, cela ne représenterait probablement pas de diminution globale des ventes d'antirétroviraux.

Selon moi, il faut changer les mentalités des décideurs scientifiques, des experts, ceux qui décident des guidelines. Peut-être faudra-t-il attendre la prochaine génération de médecins, qui ne sont pas, comme leurs prédécesseurs, adeptes du « tout à la capote », et du traitement 7 jours sur 7 sous peine de brûler en enfer. Et même attendre qu'ils soient prêts à revoir leurs théories sur les causes du sida !

Justement, on y arrive. Vous contestez l'hypothèse des dommages immunitaires qui seraient à l'origine de la maladie ?

Oui ! Et j'ajoute que c'est justement cette vision erronée de la maladie qui est à l'origine de la surmédicalisation ! Selon moi, il est vain de s'obstiner à atteindre un taux correct de CD4. Les CD4 étant les cellules immunitaires qui vont lutter contre le virus : plus leur nombre est élevé, mieux on serait protégé, selon ces guidelines qui conseillent dès lors de traiter les patients tant qu'ils n'ont pas un taux supérieur à 500. Comment expliquer alors que certains de mes patients présentent un taux de CD4 bas et sont néanmoins en pleine forme. Vouloir leur faire atteindre à tout prix, à savoir par un traitement très lourd, le taux de 500 est pour moi une course impossible, derrière un objectif non seulement irréaliste, mais surtout sans fondement !

Votre quête à vous, c'est de réduire le plus possible la charge virale. Car lorsque les patients se trouvent dans ce cas de figure, ils ne transmettent plus le virus à des partenaires sexuels. Qu'est-ce qui plaide en faveur de cela ?

Il suffit de regarder les faits ! En Suisse, entre le début des années 90 et 2008, environ 50 personnes séropositives ont été condamnées pour avoir eu des contacts sexuels non protégés. Mais face aux faits scientifiques, en 2008, la loi a été changée : la preuve avait été apportée que lorsque le partenaire séropositif suivait rigoureusement une trithérapie, il ne contaminait plus ses partenaires.

On constate aussi que les patients bien traités ne contaminent pas leur conjoint, alors qu'ils ont des rapports sexuels non protégés. Que les femmes sous trithérapie bien suivie ne contaminent pas leur bébé...

C'est pourquoi je recommande de suivre un traitement d'attaque pendant au moins 6 mois. C'est comme un incendie : il faut déployer tous les moyens pour l'éteindre dans un premier temps ; ensuite, on surveille les braises et on veille à ce qu'elles ne reprennent pas. Dans le cas du HIV, cela consiste à administrer, en quelque sorte, une thérapie de fond, comme dans d'autres maladies chroniques.

Et puis, croyez-vous vraiment que tous les patients suivent religieusement leur traitement ? Pensez-vous que dans l'alcôve, ils se protègent à chaque fois ? Les médecins qui les suivent ont bien constaté que cela n'a pas mené à des contaminations de leurs partenaires...

Vous êtes seul dans ce combat, non ?

Je suis en effet bien isolé. D'autres scientifiques me soutiennent, mais depuis ma première publication sur le traitement intermittent en 2010, je n'ai pas été suivi. J'en appelle à ce que d'autres équipes de chercheurs lancent des études bien menées pour vérifier l'efficacité du traitement intermittent. Il faudrait que mes confrères relaient ICCARRE et les quelques études indépendantes qui ont été publiées. Je ne comprends pas pourquoi on refuse d'en tenir compte. Je pose une question gênante ; si d'autres la relaient, cela devient embêtant pour les États-Majors des prescripteurs, les experts, car ils devront y répondre...

Pensez-vous que le refus de remettre tout sur la table est influencé par le profil même des patients, souvent homosexuels, ou par les tabous de la maladie elle-même ?

Certainement ! Le sida est une maladie mortelle, qui plus est sexuellement transmissible ! La peur, la phobie qu'il suscite et le puritanisme croissant ont certainement une influence. On est face à HIVan le Terrible ! Cela n'aide pas non plus à favoriser les campagnes bien menées, sauf pour protéger les séronégatifs. Dans les années 80-90, le slogan était « Le sida ne passera pas par moi ». On devrait le changer pour « Le sida ne passera pas par toi, car je me soigne » ! Cela mettrait l'accent sur la responsabilité partagée. Le slogan original n'implique que le séronégatif, qui a peur d'être infecté, et ignore royalement le séropositif, vu comme un donneur de virus ! Tant qu'on axera la communication et les campagnes de grande envergure uniquement sur les séronégatifs, on passera à-côté des objectifs.

Mais insister sur le fait que les traitements antirétroviraux sont aussi un moyen efficace de protéger le partenaire est un message qui ne passe pas, qui n'est pas relayé.

Par contre, le message du « tout à la capote », ça, il marche bien ! Mais si cette méthode fonctionnait, nous ne serions pas à l'heure actuelle confrontés à une augmentation de l'épidémie de 7 à 8% par an ! La capote, ça ne fonctionne pas pour éradiquer la maladie, il faut le savoir. Ça ne marche que si l'on s'en sert, si on la met. Or, beaucoup répugnent à la mettre, l'oublient et pour peu qu'ils ne suivent pas un traitement antirétroviral, mettent en danger leur partenaire. En plus, c'est faire fi des couples « sérodiscordants » – c'est-à-dire lorsque l'un des deux est positif et l'autre négatif – qui veulent des enfants. Avec le préservatif, autant dire que c'est loupé ! Par contre, sous traitement, ils peuvent avoir des enfants, et ils ne les contamineront pas, pas plus que leur partenaire.

Par contre, le latex anti-sexe plait aux puritains, qui ont trouvé dans une maladie mortelle sexuellement transmissible un bon prétexte ! La médecine reste imprégnée de religiosité, de même que de scientisme...

Carine Maillard

Les infos du Vif aussi via Facebook

 36 610 personnes aiment ça. [Inscription](#) pour voir ce que vos a

PLUS SUR: [Sida](#), [Jacques Leibowitch](#), [séropositif](#), [trithérapie](#)

 248   0   0

RÉACTIONS

Eric Magrin | 29 novembre 2013

un nouveau Dr Mengele ?

[Inapproprié?](#)

RÉAGIR

Vos commentaires sont les bienvenus ! Pour éviter les abus, nous vous demandons toutefois de poster votre message en utilisant votre véritable identité. Afin de pouvoir traiter les commentaires inappropriés dans les plus brefs délais, la rédaction se réserve le droit de contrôler les comptes de ses utilisateurs.

[Parcourez ici la liste des conditions à respecter pour prendre part aux débats](#)

[Cliquez ici pour vous identifier et activer la fonctionnalité 'commentaires'](#)

BELGIQUE

- › "Tu es un des plus grands acteurs européens" lance Elio Di Rupo à Jean-Claude Juncker
- › Annemie Turtelboom : plus de grâce jusqu'aux élections
- › Bruno Tobback: "Tous les chômeurs ne sont pas des fraudeurs"

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

SERGE VANDAELE

Ce dimanche 1^{er} 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 1er 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%.



**Pour la St Nicolas,
OFFREZ UN ABONNEMENT À LA DH
+ UN IPOD APPLE**



**245€
POUR SEULEMENT
160€**

J'en profite

Accueil > Actu > Société

Le "Dr Sida" veut en finir avec le virus

JULIEN BALBONI Publié le samedi 30 novembre 2013 à 05h42 - Mis à jour le samedi 30 novembre 2013 à 05h42

Abonnez-vous



Tweeter

0

0



0

SOCIÉTÉ Le séillant Dr Leibowitch décrit son combat pour "éteindre" la maladie

Jacques Leibowitch est de ces scientifiques francs-tireurs. Gouailleur parisien, prompt à la blague, au bon mot. Ultrasensible, comme le prouve sa crise de larmes, jeudi, lors de sa présentation dans le cadre du *FestHIVaI*, tenu à Bruxelles, quelques jours avant la Journée mondiale contre le sida.

"Ça fait 33 ans que je fais ça, j'ai vu tellement de gens mourir et qui n'avaient pas envie d'être morts. Et vous voir me donner un tel accueil me donne envie de pleurer, bande de cons", souffle-t-il avant de s'exécuter.



Un petit pas pour vous,
un pas de géant pour vos projets.

PLUS D'INFO

FINTRO
GROUPE BNP PARIBAS

Davantage de fortes pluies et de vagues de chaleur en Europe



Jacques Leibowitch n'est donc pas n'importe qui, il fait partie des *codécouvreurs* du virus du sida et publie sur le sujet dès 1982 émettant l'hypothèse - vérifiée depuis - qu'un rétrovirus pouvait être à l'origine de l'épidémie qui ravage les communautés hémophiles et homosexuelles.

Non content de découvrir, il continue à chercher. Il met au point, avec sa collaboratrice, le Dr Mathez, un test fiable permettant de quantifier la charge du virus. Enfin, et c'est son grand œuvre, il est le père de la trithérapie, cette médication qui permet *d'endormir* le virus du sida et de rallonger considérablement la durée de vie des patients, autrefois condamnés à la mort dans des circonstances horribles.

Son combat du jour est celui d'un protocole qu'il a mis en place il y a dix ans, et qu'il continue à défendre contre vents et marées : il se nomme ICCARRE (Intermittents en Cycles Courts, les Anti-Rétroviraux Restent Efficaces). Un acronyme bien compliqué pour un but parfaitement clair : diminuer la posologie de manière drastique pour éteindre le virus.

"L'épidémie n'a jamais cessé. Mais le traitement antirétroviral, c'est dire oui à la vie, à la liberté, à la filiation, à la sexualité", scande-t-il. La thérapie du Dr Leibowitch permet donc de ne prendre ses médicaments qu'une ou deux fois par semaine, tout en n'utilisant plus de préservatifs. *"Je suis le parrain de sept bébés conçus par cinq couples dont le géniteur négatif n'a pas été contaminé"*, relate-t-il.

Jacques Leibowitch se sent aujourd'hui investi d'une sorte de mission. *"Cette année, je me suis cassé la guibole et j'ai fait un genre d'attaque. J'ai pris ça comme un message qui me rappelle que je ne suis pas éternel, alors j'accélère la cadence."*

Vivra-t-il le jour où le virus sera enfin éradiqué ? Rien n'est moins sûr. *"On manque de concepts et d'intelligence pour résoudre cette équation. C'est un but qui n'est pas encore atteignable. Des conspirationnistes disent que les laboratoires pharmaceutiques bloquent la découverte pour gagner plus d'argent. Ça n'a pas de sens"*, grogne-t-il après une question très orientée d'un spectateur. Au poste de combat, toujours.

Julien Balboni

Abonnez-vous



Tweeter



0



0

La lavande rongée par un virus en France



Une maison à 150 livres, c'est possible !



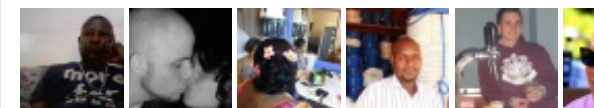
Une sculpture de Tintin et Milou vendue 62.500 €



Find us on Facebook



104,365 people like DH.be.



Facebook social plugin



COMTRÔLE DE SON MUR FACEBOOK ? COMMENT CHOISIT-ON LE NOM DES TEMPÊTES ?
Ask LaLibre! PERDU DE SA SAVEUR ? CO
Y a pas de bête question... IR ? POURQUOI FERME
DÉCOUVREZ LE BLOG

[Accueil](#) > [Actu](#) > [Sciences - Santé](#)

Ce dimanche, journée mondiale de lutte contre le sida

LAURENCE DARDENNE Publié le samedi 30 novembre 2013 à 05h42 - Mis à jour le dimanche 01 décembre 2013 à 19h38

VIDÉO





Relisez notre chat sur le sujet avec Gilles van Cutsem

Journée mondiale de lutte contre le SIDA

CHAT

Relisez notre chat avec Gilles van Cutsem de Médecins sans Frontières

SCIENCES - SANTÉ La journée de lutte contre le syndrome de l'immunodéficience acquise (Sida), c'est aujourd'hui. Le traitement de la maladie pourrait-il être allégé et abrégé?

"Après un ou deux semestres de traitement continu, 2 à 4 jours de prises de médicaments anti-VIH par semaine suffisent à maintenir le rétro-virus sous contrôle optimal. Le surdosage médicamenteux est inutile,

dangereux et onéreux. Il faut que le plus grand nombre de séropositifs sous traitements efficaces puissent bénéficier au plus vite des traitements anti-VIH aux dosages ajustés. Avec (le protocole) ICCARRE, les anti-VIH en cycles courts intermittents restent efficaces en évitant la surmédication". Mot pour mot, c'est en ces termes que s'exprime, dans un dossier de presse, un collectif de 90 patients suivis à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches, en France, dans le cadre du protocole ICCARRE pour *"Intermittents en Cycles Courts, les Anti Rétroviraux restent efficaces"*.

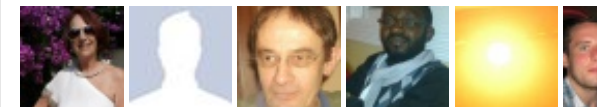
A l'origine de ce concept, il y a notamment la lourdeur des traitements anti VIH, qui *"peuvent entraîner de la fatigue, des lipodystrophies irréversibles (accumulation de graisse sur certaines parties du corps, modification caricaturale du visage et des membres...), des troubles digestifs, des problèmes osseux, rénaux, vasculaires, un impact psychique, un vieillissement précoce... Tous ces effets indésirables sont imputables à la fois au VIH dans l'organisme mais aussi aux répercussions du traitement à long terme"*.

C'est ainsi que, incapables de supporter ces effets indésirables, des patients ont tenté, à la fin des années 90, de faire des "pauses thérapeutiques" (suspensions du traitement plusieurs mois durant), pour *"laisser souffler l'organisme"*. Mais *"au prix d'un retour inéluctable du virus"*. Raison

Find us on Facebook



44,205 people like Lalibre.be.



Facebook social plugin

NEWSLETTER

Je désire recevoir des informations et offres de La Libre.be et de ses partenaires.

Entrez votre adresse e-mail

Valider

Elio Di Rupo et Laurette Onkelinx à la journée contre le sida



VIDÉO



Ce dimanche, journée mondiale de lutte contre le sida



VIDÉO



pour laquelle, cette approche de longues interruptions fut abandonnée.

Alors qu'aux Etats-Unis, des chercheurs ont tenté d'alterner 7 jours de traitements et 7 jours "sans", un médecin français, le Dr Jacques Leibowitch, de passage à Bruxelles cette semaine, a proposé à des patients dont la charge virale était durablement maîtrisée d'espacer progressivement les prises hebdomadaires de médicaments. *"Sous contrôles rapprochés de charge virale du sang, 48 premiers patients de ce type à l'hôpital Poincaré ont consenti à cette démarche, explique le collectif, qui fait référence aux "résultats - plus qu'encourageants - publiés et discutés en 2010 au FASEB Journal, une revue biomédicale américaine à comité de lecture indépendant".*

Ceci n'est pas une recommandation

Depuis 2003, ils sont 92 patients à prendre un traitement abrégé, 4 jours et moins par semaine. Certains ont même soustrait 6 jours de médicaments sans retour de virus.

Faut-il dès lors le proposer à tout patient ? *"Certainement pas, hurle le Dr Leibowitch. J'ai simplement observé qu'en administrant ce traitement intermittent ICCARRE, chez des patients qui sont en traitement déjà efficace depuis au moins un an, ceux-ci ont pu réduire à 6, 5, 4, 3, 2 et même 1 jour par semaine leurs prises, sans retour du virus. Cela, chacun pour des durées d'au moins 6 mois. Je présente des résultats sur ce que j'ai observé sur dix années, mais cela ne signifie évidemment pas que l'on peut y aller comme ça ! Il faut qu'il y ait des protocoles convenus dans tous les pays. On ne peut pas se contenter d'observations sur 92 patients, mais il en faut des milliers avant d'émettre une recommandation.*

Il s'agit d'une démonstration a contrario que puisqu'on peut arriver à ces résultats avec 3 jours ou moins de traitement par semaine, c'est que certains patients prennent 3 jours de médicaments de trop. C'est ça, le message. Ce n'est pas une invitation à tout le monde à rentrer dans ce protocole. En revanche, c'est une invitation à tous à demander que l'on fasse des protocoles et surtout une invitation aux personnes responsables à prendre au sérieux le fait que la question de la surmédication de 40 % au moins est posée par 92 patients qui ont pu réduire les prises sur une profondeur de temps (de 4 ans) assez impressionnante."

Sur le même sujet :

- 📖 Relisez notre chat sur le sujet avec Gilles van Cutsem
- 📅 Journée mondiale de lutte contre le SIDA
- Elio Di Rupo et Laurette Onkelinx à la journée contre le sida

La voiture électrique spectaculaire de Nissan



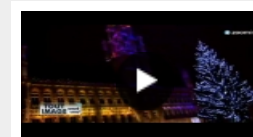
Sida : relisez le chat



Pourquoi les batteries sont si sensibles au froid?



VIDÉOS LALIBRE



Bruxelles : place au Grand spectacle!



Ukraine : les Pro-européens manifestent



Accident de train aux USA : 4 morts et 67 blessés



Des drones pour livrer des commandes express

Sida : diminuer les médicaments

SANTÉ Un chercheur plaide pour une réduction des doses utilisées contre le virus

► Jacques Leibowitch sera bientôt à Bruxelles pour étendre son concept : ne pas prendre de médicaments plusieurs jours par semaine.
► Iconoclaste ou génial ?

La venue à Bruxelles pour une conférence le 28 novembre, quelques jours avant la Journée mondiale contre le sida, fait l'événement. La personnalité flamboyante du docteur Jacques Leibowitch et le caractère explosif de ses propositions passent rarement inaperçus. Son idée ? Diminuer les doses de médicaments antirétroviraux donnés aux patients atteints du sida lors du traitement

position. Mais il est probable qu'il tentera de la convaincre d'étendre l'essai en cours à des patients belges.

« Je viens clairement faire du prosélytisme pour un projet qui pourrait changer la face de la maladie. N'utilisons pas trop de médicaments. Diminuons les effets secondaires. Traitons davantage de gens pour diminuer la transmission. Permettons aux couples sérodiscordants de pouvoir faire des enfants. »

La réduction de doses est proposée à des patients dont la charge virale est « sous contrôle », c'est-à-dire indétectable, sous 50 copies par millilitre de sang. Sur 84 patients, 14 ont connu des « échappements du virus », mais aucun n'a connu d'échec virologique, ce qui signifie que tous, après avoir repris

1 Comment cela fonctionne ?

« On n'a pas le droit de donner plus de traitements que nécessaire. Il faut d'abord ne pas nuire. Comme le virus ne ressort pas la tête tout de suite quand on suspend le traitement, on peut utiliser ce délai pour diminuer les doses, explique-t-il. Je n'ai d'ailleurs pas découvert ce concept, mais je suis le seul à le tester, c'est regrettable. Il faut faire un grand essai public. Moi, je suis retraité depuis quelques mois. Les patients en cours d'essai pourront continuer dans mon hôpital, mais on ne le proposera pas à d'autres patients. »

2 Qu'est-ce que cela apporte ?

Diminuer les doses peut réduire les effets secondaires, parfois très importants : modification corporelle, cauchemars, maux. « Mes résultats ? De 45 à 80 % de réduction des doses. » Les dépenses sont réduites. « Trois millions pour 90 patients. Il y en a 90.000 en France ! » Cela permettrait d'utiliser l'argent pour traiter davantage de personnes. « Le préservatif, cela fonctionne quand on le met. La contamination reste très élevée, 6 à 8.000 en France, plus d'un millier en Belgique. Le tout capote, cela ne suffit pas », explique Leibowitch, faisant allusion à la demande d'associations de séropositifs pour que le dépistage soit étendu et suivi d'une proposition de traitement immédiat. « Les études montrent que le risque de contamination chute chez les patients indétectables. »



Les patients du docteur Leibowitch ont pu suspendre le traitement plusieurs jours sans conséquence majeure. Mais étendre la technique à des milliers de patients est aujourd'hui très discuté. © D.R.



« On n'a pas le droit de donner plus de traitements que nécessaire » JACQUES LEIBOWITCH

« d'entretien », une fois que le virus est réduit à un niveau indétectable. Depuis 2003, ce spécialiste de l'hôpital Raymond Poincaré à Garches le propose à ses patients. En ne prenant pas les médicaments pendant 3 jours consécutifs, mais certains patients ont même réduit leur prise à... un seul jour. Avec des résultats jugés enthousiasmants par les patients concernés et par Leibowitch.

Pourtant, depuis dix ans, le professeur n'a pu mener l'expérience, baptisée ICCARRE, qu'après de 84 patients. Et propose aux autorités sanitaires de réaliser un essai clinique de plus grande taille pour prouver l'utilité de cette mesure. Jusqu'ici en vain, malgré les bénéfices espérés : moins d'effets secondaires pour les patients, économies pour la Sécu, possibilité de traiter davantage de patients.

Des atermoiements que des associations de patients séropositifs estiment incompréhensibles. « L'essai de Leibowitch ouvre la porte à une plus grande utilisation du traitement comme moyen de prévention et à un débat sur l'approche thérapeutique », explique François Massoz, porte-parole de Rainbow House, une des associations qui invitent Leibowitch à Bruxelles.

Celui-ci réserve à la ministre de la Santé Laurette Onkelinx (PS) la primauté de sa pro-

leur traitement, sont redevenus « indétectables ». Leibowitch, qui insiste sur le fait que les patients ne doivent pas débiter ce type de réduction sans être strictement encadrés, « en surveillance rapprochée » par leur médecin, voudrait étendre cette expérience

Mais les autorités sanitaires françaises n'ont jamais donné leur feu vert.

Clumeck : « Il faut un essai avant de prendre ce risque »

ENTRETIEN

Le professeur Nathan Clumeck est chef du service des maladies infectieuses au CHU St-Pierre à Bruxelles.

Réduire ainsi la dose d'antirétroviral, c'est plausible ?

Je vais vous surprendre : non seulement c'est possible, mais ce n'est ni neuf ni original. Nous le faisons chaque jour dans notre hôpital. Depuis que des médicaments suffisamment puissants sont disponibles, la réduction des antirétroviraux est mise en œuvre. Ici, à St-Pierre, plusieurs dizaines de patients sont traités avec une monothérapie alors que le traitement de base est une trithérapie.

Pourquoi ne pas généraliser ?

Cela n'est malheureusement pas possible avec tous les médicaments. Mais certains permettent



Clumeck : « Le principe de précaution s'impose. » © ST-PIERRE

manifestement de réduire la dose ou de pratiquer de courtes interruptions. Cela est souvent lié à l'histoire du médicament : quand il a été élaboré, on a dû trouver la « dose maximale effective », compromis entre efficacité et effets secondaires. Avec l'expérience, on découvre qu'on peut réduire la dose avec le même effet. Mais on ne peut changer la règle générale qu'après des essais d'une taille suffisante qui prouve qu'on n'est

pas moins efficace. Puis-je rappeler qu'on parle d'une maladie mortelle et que « quelques pour cent d'échecs en plus », cela signifie des vies... Cela justifie le principe de précaution.

Mais trop de médicaments pour rien...

Vous avez raison, mais les obstacles sont conséquents. Nous avons prouvé ici qu'une certaine monothérapie est aussi efficace qu'une trithérapie. Nous l'utilisons. Mais pour que cette solution puisse être agréée par les autorités du médicament, il faut des études d'un coût considérable, parce qu'elles doivent porter sur une large population de patients. Qui pourrait les payer ? La firme qui produit le médicament ? Elle devrait payer des millions pour, in fine, vendre moins de médicaments. Je ne veux pas les diaboliser. Mais,

n'a pas la réponse ? C'est pour cela qu'il faut faire un essai ! Mais on lanterne sous prétexte qu'on ignore trop de données. C'est un cercle vicieux. On sait déjà que tous les médicaments ne sont pas adaptés à cette intermittence. Qu'on ne peut pas l'utiliser chez les gens qui ont un virus résistant ou connu un échec. »

Et de conclure : « Mais j'estime que 90 % des patients pourraient en bénéficier. »

4 Est-ce que ce sera vraiment moins cher ? Si moins de médicaments sont nécessaires, la surveillance pour éviter tout rebond implique davantage de tests viraux. Et sans doute davantage de « temps de médecin ». Au risque de balayer les économies réalisées ? « Un traitement, c'est 1.000 euros par mois. S'il faut 5 tests par an et non 2, le gain reste énorme », réplique Leibowitch. ■

FRÉDÉRIC SOUMOIS

pour eux, c'est un peu comme se tirer une balle dans le pied. Ce type de recherche ne pourrait donc être financé que par de l'argent public. Un argent rare...

Mais le principe n'est donc pas iconoclaste ?

Certainement pas. Et il faudrait réaliser les études réclamées par Leibowitch. Parce qu'on ne sait pas si ceux qui pratiquent cette interruption vont développer une résistance au virus. Cela dépend du médicament. Avec un inhibiteur de protéase, le virus n'a pas le temps de développer toutes les mutations de résistance. Il lui en faut douze qui ne peuvent survenir en 3 jours. Mais avec d'autres médicaments, une seule mutation suffit.

Les patients qui ont testé ces pauses semblent satisfaits...

Comment en serait-il autre-

ment ? Si un médecin leur dit qu'en prenant leurs médicaments 3 jours au lieu de 7, cela fonctionne aussi bien, pourquoi repousser cette possibilité ? Le problème, c'est que le résultat sort des circuits de la recherche scientifique contrôlée, ce qui est indispensable. Si un patient me dit qu'il a pris la moitié des médicaments et que son virus est sous contrôle, je vais lui dire de continuer. Mais puis-je dire à son voisin de faire de même, alors que je n'ai pas de preuve qu'il ne va pas subir le pire ? Nous sommes dans une approche de santé publique : les gens meurent parce qu'ils ne prennent pas assez de médicaments, pas parce qu'ils en prennent trop. Nous devons donc instaurer un traitement efficace pour le plus grand nombre et au meilleur prix possible. ■

Propos recueillis par Fr. So

Des idées cadeaux pour toute la famille à -50% !

Mode

Montres

Bijoux

Bricolage

Hi-Tech

Electroménager

C'est déjà Noël sur Groupolitan !

POUR VOUS, EXCLUSIVEMENT AUJOURD'HUI sur  **Meilleurs prix - Vaste choix - Respect des commerçants - Qualité - Service**

Recommandé par **LE SOIR**



STAN ARTE VIZION