

PARLEMENT
DE LA
COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Session 2013-2014

29 NOVEMBRE 2013

JOURNÉE MONDIALE DE LA LUTTE CONTRE LE
VIH/SIDA

—

RÉUNION DE PARLEMENTAIRES FRANCOPHONES

ORGANISÉE À L'INITIATIVE DE LA SECTION DE L'APF SECTION
BELGIQUE/COMMUNAUTÉ FRANÇAISE/WALLONIE-BRUXELLES

—

ASSEMBLÉE PARLEMENTAIRE DE LA FRANCOPHONIE, SECTION BELGIQUE/COMMUNAUTÉ FRANÇAISE/WALLONIE-BRUXELLES - JOURNÉE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Présidence de M. Alain Onkelinx, Coordinateur sida de la section APF Belgique/Communauté française/Wallonie-Bruxelles

M. Eddie Cackelberghs, modérateur

La séance est ouverte à 14 h 25.

M. Alain Onkelinx (PS). – Je vous souhaite la bienvenue au parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Je tiens à remercier chaleureusement les intervenants pour leur présence. C'est un honneur et un privilège de les accueillir. Chacun d'entre eux, dans la sphère d'activité qui lui est propre, a fait de la lutte contre le sida un combat quotidien.

Ce combat est loin d'être gagné. En Belgique, nous enregistrons trois nouvelles contaminations par jour. Depuis le début de l'épidémie, 25 855 personnes ont été infectées. Le VIH persiste dans notre pays.

La lutte contre cette maladie nécessite une action concertée de l'ensemble des acteurs du milieu médical, associatif ou politique. Nous avons souhaité organiser un colloque qui nous permette de croiser nos regards sur nos actions respectives, de mieux comprendre le travail de chacun et de partager nos expériences.

Le Plan national de lutte contre le VIH que vient de lancer à la mi-octobre la vice-première ministre, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Laurette Onkelinx et que M. Cordier, conseiller en son cabinet nous présentera dans quelques instants, procède de cet état d'esprit. Ce plan n'aurait pu voir le jour sans un travail en parfaite collaboration de tous les acteurs de ce combat, en ce compris les personnes atteintes du VIH. Sa mise en œuvre nécessitera des échanges constants entre les associations et le secteur médical.

Suite à la dernière révision de la Constitution, les compétences en matière de Santé feront l'objet d'un nouveau partage entre les différents niveaux de pouvoir. À l'heure actuelle, nous ne connaissons pas encore les implications exactes et concrètes de cette révision pour le secteur. Pour l'instant, Mme Laanan, ministre de la Culture, de l'Audiovisuel et de la Santé de notre Fédération, est chargée de la médecine préventive. Son action est primordiale. La prévention reste en effet le premier pilier de la lutte contre le VIH. Elle nous l'expliquera et je l'en remercie déjà.

Nous avons souhaité ouvrir grand les portes

de notre parlement, sortir du champ politique et donner ainsi la parole à deux professeurs de grande renommée, MM. Clumeck et Leibowitch. Il semble que leurs points de vue ne se rejoignent pas entièrement. Y a-t-il un lieu plus adapté à la confrontation d'idées qu'un parlement, pourvu qu'elle se fasse toujours dans le respect des opinions de chacun ? Messieurs les professeurs, nous sommes impatients de vous entendre.

Je suis également ravi d'accueillir parmi nous M. Didier Berberat, conseiller aux États Suisse, l'équivalent de notre sénat. M. Berberat est également président du Réseau de lutte contre le VIH/sida de l'assemblée parlementaire de la Francophonie. C'est en cette qualité qu'il nous entretiendra dans quelques instants du rôle des parlementaires dans ce combat.

En tant que coordinateur de la Section Belgique/Communauté française/Wallonie-Bruxelles, je suis amené à participer à la réunion annuelle de ce Réseau. Ces réunions qui rassemblent des parlementaires de toute la Francophonie sont de véritables laboratoires d'échanges d'expériences et de bonnes pratiques. Après la rencontre qui eut lieu à Dakar en octobre dernier, mon regard sur la maladie et ses enjeux a profondément changé.

Nous connaissons la situation de la maladie en Belgique, ses chiffres, son contexte. Avoir accès à d'autres situations, s'entretenir avec les acteurs sur le terrain et vivre pour quelques heures dans ces autres situations nous fait prendre conscience de notre responsabilité, de notre rôle à jouer au-delà de nos frontières. Il ne nous est pas matériellement et financièrement possible de nous attaquer à toute la misère du monde mais je pense cependant que chacun devrait y prendre sa part.

En effet, l'état de la pandémie dans le monde nécessite notre solidarité. Les récents chiffres d'Onusida montrent qu'il y a encore eu 2,3 millions de personnes nouvellement infectées en 2012. Certes, ne boudons pas notre plaisir : ce chiffre est trois fois inférieur à celui de 2001, le taux d'infection des enfants a été réduit de moitié depuis la même date et 9,7 millions de personnes sont sous traitement, soit 20 pour cent de plus en un an.

Mais ces belles réussites ne doivent pas cacher que le niveau de contamination continue à croître dans de nombreuses régions du monde, notamment en Europe de l'Est et en Asie centrale, de 13 pour cent depuis 2006 pour cette dernière. De plus, les décès restent encore bien trop nombreux :

1,6 million de personnes sont mortes de cette maladie en 2012 et 35,5 millions de personnes vivent avec le virus.

À Dakar, les responsables du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme nous ont exposé leurs actions. Parallèlement, la Belgique a diminué sa contribution à quelques semaines de la conférence triennale de ses donateurs visant à reconduire pour la quatrième fois le budget destiné à la poursuite de ses programmes pour les trois prochaines années. En effet, les promesses budgétaires de la Belgique pour les prochaines années sont en deçà de l'effort précédemment consenti. La crise économique qui frappe la Belgique, comme d'ailleurs tant d'autres pays, en est certainement la raison. Je ne doute pas que nous multiplions nos efforts en vue de rétablir la situation antérieure dès l'arrivée de temps meilleurs. J'y serai attentif.

Mesdames, messieurs, la tâche est immense et nous ne réussirons à inverser les tendances de la maladie que par un engagement plus solidaire en matière de santé et une étroite collaboration entre les acteurs. Je ne puis donc que vous encourager à poursuivre votre travail dans cette voie.

Je vous félicite chaleureusement pour le travail d'exception que vous accomplissez tous les jours.

Je vous souhaite des travaux fructueux. M. Caekelberghs est notre modérateur du jour.

M. Caekelberghs est journaliste à la RTBF ; depuis plus de quinze ans et trois mille émissions, il retrace quotidiennement les enjeux, les stratégies, les fondements des faits et tendances de l'actualité. En prenant le temps de l'explication, « Face à l'Info » se veut le lieu où pédagogie et actualité riment au quotidien. Auteurs, acteurs, analystes, témoins : toutes et tous y décodent et mettent en perspective l'actualité. Par ailleurs, Eddy Caekelberghs réalise et anime régulièrement différents débats thématiques s'inscrivant dans la continuité des entretiens d'auteurs entendus dans son émission. Monsieur Caekelberghs, je vous cède bien volontiers la parole.

M. Eddy Caekelberghs. – J'invite M. Berberat, président du Réseau de l'APF de lutte contre le VIH/sida à présenter son exposé intitulé : « Présentation du Réseau/Le rôle des parlementaires dans la lutte contre le VIH ».

M. Didier Berberat. – Mesdames les ministres, messieurs les présidents de parlements, mesdames et messieurs les parlementaires, mesdames, messieurs, chers amis, je tiens tout d'abord à féliciter, au nom du Réseau de lutte parlementaire contre le VIH/sida de l'assemblée parlementaire de la Francophonie, le parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, le parlement francophone bruxellois et leurs présidents respectifs pour l'organisation de cette rencontre dans le cadre de la Journée mondiale de lutte contre le sida, « Le temps passe ...

pas le sida ».

Parce que la pandémie du VIH/sida constitue un problème majeur de santé publique, qui a des répercussions sur le développement humain et économique dans le monde, le Réseau parlementaire de lutte contre le VIH a été créé en 2000 à Yaoundé au Cameroun, par l'assemblée parlementaire de la Francophonie, l'APF, à l'initiative de ses sections africaines. La lutte contre le VIH/sida est ainsi devenue une priorité absolue de l'APF en raison des conséquences considérables de cette pandémie, notamment en Afrique.

Le Réseau dépend de la Commission de l'Éducation, de la Communication et des Affaires culturelles, dont je suis président, et réunit un coordinateur par section. Il s'agit d'un espace de confrontation et de circulation des idées et des stratégies de lutte contre le VIH/sida.

C'est aussi un lieu de sensibilisation et de promotion d'actions et d'activités. Il constitue de ce fait un instrument indispensable d'information et de pression au service des parlements.

Les principaux objectifs du réseau sont :

- Intégrer les activités de sensibilisation, d'information et d'éducation sur le sida dans les actions parlementaires quotidiennes ;

- Participer activement à la Journée mondiale contre le sida, comme en témoigne ma présence parmi vous aujourd'hui ;

- Amener les parlements à organiser et à tenir des débats sur le sida ;

- Veiller à l'inscription de davantage de crédits pour la lutte contre le VIH/sida dans les budgets nationaux ;

- Amener les parlements à voter des lois et à prendre des initiatives législatives favorables à la lutte contre la maladie ;

- Veiller à la réduction des coûts de lutte contre le sida, notamment par l'exonération des taxes douanières sur les médicaments, les réactifs, les préservatifs et les consommables ;

- Veiller à la protection sociale et à l'assistance aux orphelins du sida ;

- Veiller à l'amélioration du statut socio-économique de la femme par l'adoption, notamment, d'un code de la famille protégeant les droits de la femme (alphabétisation, travail, ...).

- Lutter contre les coutumes et pratiques traditionnelles néfastes telles que excisions, scarifications, lévirat, polygamie, mariages précoces ;

- Lutter contre la discrimination des personnes vivant avec le VIH et protéger leurs droits (travail, scolarisation, information, ...).

Comme cela a déjà été signalé, pour mettre en œuvre ces nombreuses et essentielles actions,

chaque section de l'APF est représentée au Réseau par un coordinateur désigné par sa section. Chaque coordinateur définit ainsi les objectifs opérationnels découlant des objectifs généraux du Réseau et établit son plan d'action en conformité avec la politique sanitaire et les plans stratégiques de lutte contre le VIH/sida de son pays.

Le réseau est représenté par son rapporteur aux assemblées plénières de l'AFP. En juillet 2013, lors de la session annuelle de l'AFP à Abidjan, le docteur Jacques Mokako, député de la République démocratique du Congo, a été désigné par la Région Afrique à ce poste. Il a participé activement, fin octobre, au séminaire organisé au parlement du Vietnam sur les « Objectifs du millénaire pour le développement et le rôle des parlementaires dans la réalisation des OMD en matière de lutte contre le VIH/sida et l'égalité des genres ».

Je salue Alain Onkelinx qui a été désigné par sa section comme coordinateur de notre réseau en Belgique et qui nous a chaleureusement accueillis. Il assistait d'ailleurs à la dernière réunion annuelle du réseau qui s'est tenue à Dakar début octobre.

Les coordinateurs du réseau se réunissent une fois par an. Lors de la dernière réunion, le réseau a notamment mis l'accent sur la répression légale des comportements à risque qui nuit aux efforts de lutte contre le VIH/sida.

Il ne faut en effet pas occulter la réticence d'un certain nombre de pays à mettre sur pied une réelle politique de prévention pour des raisons morales ou religieuses. Certains pays pénalisent par exemple l'homosexualité et la plongent ainsi dans la clandestinité, ce qui compromet parfois gravement les traitements contre la pandémie. L'élimination des inégalités entre les hommes et les femmes, autre priorité identifiée par Onusida pour une riposte efficace au VIH, ne constitue pas partout une préoccupation et fait parfois l'objet d'une certaine résistance. Des questions de société sont encore taboues dans certaines régions, comme les mariages précoces ou forcés et les mutilations génitales féminines. L'éclosion des débats visant à mettre fin à des pratiques anciennes préjudiciables ne se fait pas toujours sans réserve.

Heureusement, pour combattre l'ignorance et les préjugés, notre réseau ne travaille pas replié sur lui-même. Depuis sa fondation, l'Onusida participe à nos débats et nous fournit des données scientifiques et statistiques fiables pour guider nos travaux. Dans la foulée de l'accord-cadre intervenu en décembre 2010 entre l'Organisation internationale de la Francophonie et l'Onusida, l'APF a négocié son propre protocole d'accord de coopération avec ce dernier en juillet 2010. Nous œuvrons aussi étroitement avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, un bailleur de fonds international qui, depuis 2002, s'emploie à accroître considérablement les ressources réservées à la lutte contre ces trois

pandémies et encourage les partenariats entre les gouvernements, la société civile, le secteur privé et les communautés où l'on trouve ces maladies.

Ce fonds mondial et Onusida reconnaissent et valorisent l'importance du travail des parlementaires en matière de lutte contre le VIH/sida, notamment notre rôle en matière de législation des droits de la personne, de décriminalisation de la transmission du VIH et du contrôle des dépenses publiques.

Nos sections sont encouragées à se rapprocher des autorités des bureaux régionaux et nationaux d'Onusida afin de coordonner leurs actions avec ses objectifs et ainsi maximiser les initiatives des parlements et des gouvernements dans la riposte au VIH. Là où il existe, le réseau local des femmes parlementaires est aussi invité à prendre part aux discussions et activités. La féminisation avérée de la pandémie justifie à elle seul ce rapprochement.

Notre engagement de parlementaires est résolument de servir de médiation efficace entre les populations, les institutions étatiques, mais aussi les institutions internationales qui ont un impact sur la vie locale des citoyens. Les parlementaires sont des porte-voix, des éducateurs, des informateurs, des guides. Grâce au Réseau parlementaire de lutte contre le VIH/sida, les parlementaires peuvent se positionner comme des acteurs déterminants pour lutter efficacement contre ce fléau en menant un combat multiforme qui doit engager toutes les branches de la société.

Ce combat s'impose à fortiori dans l'espace francophone qui est plus durement touché par la maladie et moins bien couvert par les thérapies antirétrovirales que les pays non membres de la Francophonie. L'évènement que vous avez organisé aujourd'hui démontre bien la force de l'engagement et la détermination des parlementaires belges de faire partie de la solution.

Car il faut sans cesse le rappeler : « Le temps passe... pas le sida. »

M. Eddy Caekelberghs. – J'invite Mme Laanan, ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Égalité des chances à nous présenter son exposé sur « Les enjeux de la prévention du VIH/sida »

Mme Fadila Laanan, ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Égalité des chances. – Mesdames et messieurs, la réduction de nouvelles infections par le VIH passe par une prévention efficace. Il s'agit d'un enjeu majeur dans la lutte contre le sida.

La Fédération Wallonie-Bruxelles consacre un budget important à la prévention du VIH/sida ; il s'élève à 2,5 millions d'euros. Ce crédit permet de subventionner une dizaine d'associations de terrain qui développent des actions de prévention du VIH/sida. Elles ont toutes le même but : lutter

contre le VIH en y sensibilisant le grand public et les populations spécifiques.

Depuis les années 2004 et 2005, la Fédération Wallonie-Bruxelles soutient la stratégie concertée contre les infections sexuelles transmissibles et le sida organisée par l'Observatoire du sida et des sexualités. L'objectif général de celle-ci est d'améliorer la qualité des actions de prévention et de promotion de la santé, en définissant de manière participative, un cadre de référence commun aux interventions du secteur. Cette stratégie concertée permet de mieux répondre aux besoins des citoyens et de contribuer adéquatement à réduire l'incidence des infections sexuellement transmissibles et plus particulièrement du VIH.

L'amélioration et l'évolution de la prévention passe par un renforcement d'actions spécifiques, adaptées aux besoins et tenant compte des différentes études qui ont été réalisées. En ce sens, j'ai identifié cinq priorités : la première, la prévention renforcée auprès des groupes particulièrement à risques ; ensuite, la mise à disposition accrue de préservatifs gratuits ; troisièmement, la sensibilisation aux messages de prévention combinée ; quatrièmement, la lutte contre les discriminations envers les séropositifs ; et enfin, la généralisation de l'éducation à la vie relationnelle affective et sexuelle chez les jeunes.

S'agissant de la prévention renforcée auprès des groupes à risques, un rapport récent de l'Institut de la Santé publique confirme la nécessité de renforcer les actions de sensibilisation à destination des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ainsi qu'avec le public migrant. Ces deux publics représentent ensemble 64 pour cent des patients diagnostiqués en 2012 en Belgique.

Concrètement, je continuerai, bien entendu, à soutenir les opérateurs de terrain qui réalisent un travail quotidien de prévention du VIH dans le milieu homosexuel et auprès des migrants. De plus, afin de renforcer les actions de ces opérateurs, dès 2014, je mettrai à leur disposition un million de préservatifs supplémentaires pour répondre à l'ensemble des besoins identifiés par le secteur de la prévention. Ce million de préservatifs viendra doubler le nombre actuellement distribué en Fédération Wallonie-Bruxelles. Il permettra notamment de garantir un accès facile et gratuit dans les lieux gays où les relations sexuelles sont possibles ainsi que dans les quartiers à forte population migrante, sans toutefois les stigmatiser. Cette distribution sera effectuée par les acteurs de terrain.

Je souhaite également développer la sensibilisation à la prévention combinée. C'est-à-dire promouvoir le préservatif tout en valorisant le dépistage du sida pour ceux qui n'auraient pas systématiquement recours au préservatif.

La lutte contre les discriminations subies par

les personnes infectées par le virus est également indispensable. Ces discriminations sont inacceptables : elles sont interdites par la loi et ne seront pas tolérées. Plusieurs opérateurs y travaillent déjà. Je soutiens notamment la campagne radio-diffusée réalisée par la plate-forme de prévention du sida. Elle a reçu un subside ainsi que des espaces audiovisuels.

Parallèlement à ces actions spécifiques, je suis convaincue qu'il faut agir le plus en amont possible. Pour faciliter l'accès aux ressources et à l'expertise disponibles, j'ai mis en place dix points d'appui à l'Éducation à la vie relationnelle, affective, et sexuelle (Evras) depuis le mois de septembre. Il s'agit de garantir à chaque élève le droit à l'information sur l'Evras. Les écoles sont invitées à aborder des thèmes comme les stéréotypes sexistes et homophobes, le respect de soi et des autres dans un contexte de diversité culturelle et d'identités sexuelles, les moyens de protection des infections sexuellement transmises, dont le virus du sida et le virus du papillome humain. Pour soutenir les écoles, des formations à l'Evras pour les directeurs d'école secondaire sont prévues dès janvier 2014.

Les grands progrès médicaux font évoluer la représentation de la maladie auprès du grand public. Un enjeu majeur de la prévention est de déconstruire les fausses idées que la population a sur le VIH et le préservatif.

Dans le cadre du Plan national sur le sida 2014-2019, j'ai demandé aux opérateurs de terrain de la Fédération Wallonie-Bruxelles de me livrer leur analyse des forces et faiblesses du dispositif actuel. Cela devrait améliorer le plan de prévention des prochaines années.

Je rappellerai une fois encore que l'on ne guérit toujours pas du sida. La seule manière de se protéger efficacement reste l'utilisation du préservatif.

M. Eddy Caekelberghs. — Nous ouvrons le débat sur ces deux exposés.

Mme Safia Soltani. — Je me demande s'il est possible de ne pas diffuser des messages aux communautés qui ne soient pas déjà remplis de préjugés.

M. Eddie Caekelberghs. — Les journalistes ne sont pas des spécialistes dans tous les domaines et il leur arrive donc de faire usage de mots qui ne sont pas toujours appropriés.

Mme Fadila Laanan, ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Égalité des chances. — Il est difficile de produire des messages clairs en raison des dissensions qui règnent tant chez les acteurs de terrain que dans la communauté médicale. D'où la nécessité d'un dialogue permanent.

Mme Safia Soltani. — Je constate que, dans le

plan, la question de l'anonymat des tests n'est pas posée, c'est pourtant important en particulier pour les hétérosexuels qui vivent en couple mais ont des relations homosexuelles en dehors de ce couple.

M. Vincent Cordier. — Pour des raisons de suivi, je me demande s'il ne vaudrait pas mieux préférer la discrétion sur le test plutôt que l'anonymat.

M. Jacques Leibowitch. — Je n'ai pas lu le plan dans son ensemble et je vous prie de m'excuser si ma remarque n'est pas pertinente.

La nouvelle prévention ne pourra pas faire l'impasse sur les antirétroviraux. Je vous suggère de changer de tactique dans votre politique. Cela ne coûtera pas un franc. Pour que le traitement antirétroviral chez les séropositifs (Tasp) soit vraiment un moyen de prévention, il faut absolument faciliter les accès aux dosages du virus dans les laboratoires.

À Paris, dix laboratoires, qui sont très rentables, font le dosage de l'ARN/HIV en biologie moléculaire et communiquent les résultats en 24 ou 48 heures. J'ai cru entendre qu'en Belgique, vous ne donnez les résultats que huit jours plus tard. Vous ne pouvez pas mettre en place un Tasp sérieux de cette façon.

M. Vincent Cordier. — Nous pratiquons des tests de dépistage qui donnent des résultats plus rapidement.

M. Jacques Leibowitch. — Il ne s'agit pas de dépistage, bien au contraire. Je parle du dosage du virus, de sa charge virale, c'est radicalement différent. Cela ne fait pas partie de vos 58 recommandations.

Vous devriez demander aux laboratoires d'analyse qu'ils communiquent les résultats dans les 24 ou 48 heures, car ils les possèdent.

M. Eddy Caekelberghs. — Je remercie le professeur pour son intervention.

Madame la ministre, même si cela ne fait pas totalement partie de vos compétences et que tous les ministres ne sont pas présents, je voudrais vous demander : l'investissement dans la recherche continuée fait-elle partie des plans ? J'ai le sentiment que l'on met davantage l'accent sur la prévention et l'information et que la recherche est laissée au bon vouloir de l'industrie, ce qui limite la façon d'aborder le sujet.

Mme Fadila Laanan, ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Égalité des chances. — Ce sujet ne fait pas partie de mes attributions et je ne peux pas répondre à la place de mon collègue chargé de la Recherche.

Tout est une question de moyens et, malheureusement, nous avons dû imposer des restrictions dans certains domaines. Nous gardons l'espoir que la situation économique s'améliore pour

aider ce secteur essentiel.

Vincent Cordier. — Il y a différents types de recherche. Dans le plan, il est surtout question de la recherche épidémiologique et de l'amélioration de la recherche sociale ou comportementale et non des autres types de recherche. Il s'agit avant tout d'un plan d'action pour améliorer la réponse au VIH. Cela ne veut pas dire qu'on ne réfléchit pas à la recherche de façon générale.

En dehors de l'industrie, il y a d'autres acteurs actifs. Les centres de référence font beaucoup de recherche et la Fondation roi Baudouin fait un travail extraordinaire. Ce sont des acteurs que l'on soutient et que l'on finance parfois. Pour des raisons de visibilité, nous n'avons pas souhaité les intégrer dans le plan. Nous aurions pu aussi évoquer d'autres questions comme l'aide à la coopération. Mais comme l'a dit Mme la ministre Laanan, nous avons voulu que ce document reste lisible.

M. Eddy Caekelberghs. — J'en prends volontiers acte. En tant qu'homme de médias — je n'ose plus dire journaliste — je veux simplement rappeler à quel point les phénomènes de découverte et de facilitation de la recherche peuvent être intéressants pour capter l'attention du public. Ce n'est pas le professeur Englert qui me contredira. Il ne faudrait pas que le boson entraîne un déplacement notoire du financement de la recherche vers d'autres secteurs. Même si le boson est très utile à la société, il y a actuellement d'autres besoins à satisfaire.

M. Vincent Cordier. — La RTBF pourrait organiser une grande soirée ...

M. Eddy Caekelberghs. — J'en parlerai à l'administrateur général fort de votre soutien. Mais Mme la ministre est encore mieux placée que moi pour le faire.

Je propose de laisser maintenant la parole à M. Leibowitch pour son exposé.

M. Jacques Leibowitch. — Je ne suis pas habitué à être invité dans un parlement, surtout pas en France. Je remercie donc les membres du parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles de montrer l'exemple à leurs collègues français. Merci d'abord et surtout à Pink + et à Valérie Laloux d'avoir eu l'audace et l'obstination d'exiger ma présence. Il n'était pas nécessaire de faire preuve d'acharnement, je serais venu de toute façon, rien que pour les chocolats !

Je me fais ici le porte-parole des 92 Iccarre, rois et reines, qui ont relevé, avec moi, le défi de forcer la porte, jusque-là blindée et muette, de la sur-médication dans le domaine du traitement d'entretien contre le VIH-Sida. Iccarre signifie « intermittents en cycles courts, les antirétroviraux restent efficaces ». Comme vous le comprenez, j'aime bien jouer sur les mots et j'ai mis deux « c » et deux « r » pour que ce projet ne puisse être

confondu avec celui du précédent qui s'est brûlé les ailes !

Nous mettons actuellement à jour un manuscrit intitulé « *Four days a week and less on proper Antiviral combinations provided long term maintenance on 84 patients' HIV* », soit « Quatre jours et moins par semaine sous combinaison d'antiviraux appropriés ont maintenu, à long terme, le contrôle du HIV chez quatre-vingt-douze patients ». La publication est soutenue par une dizaine de signataires, dont je suis. Elle avait été publiée en janvier 2010, alors que l'expérience portait sur quarante-huit patients. Voilà donc pratiquement quatre ans que l'information circule dans les milieux académiques avertis.

Iccarre est une innovation brevetée par France Université-APHP, mes employeurs. Elle provient, non pas d'une inspiration céleste mais du suivi, pas à pas, de traces notoires touchant à la physiologie modifiée d'un système lymphocytaire de patients sous traitement antiviral établi depuis plusieurs mois ou semestres.

En 1997, Autranet alii, dont je suis le senior, ont montré, dans le journal *Science* – qui n'est pas un petit journal – la désactivation cellulaire systémique, c'est-à-dire, un phénomène de pacification de la physiologie lymphocytaire, qui devrait sensiblement diminuer la permissivité du système lymphoïde du patient vis-à-vis du VIH. La permissivité signifie que plus il y a d'excitation, plus il est facile pour le virus de rebondir.

De fait, dans la foulée, entre 1997 et 1999, les lipodystrophies, des déformations provoquées par des traitements chez des personnes en bonne santé apparente, étaient, entre autres, dénoncées sur la place publique. Cela a conduit un grand nombre de cliniciens, de prescripteurs et d'investigateurs à suspendre des traitements durant six mois, un an ou deux ans. Je l'ai fait également. Et tout le monde a pu constater que le virus rebondissait, dans ces circonstances où le traitement avait déjà été fortement établi depuis un certain temps, après plus de sept jours et non vingt-quatre ou quarante-huit heures.

M. Mark Dybull, l'actuel président du Fonds mondial, et M. Anthony Faucion ont lancé l'opération « *Shorts cycles intermittent therapy* » – Sept jours avec, sept jours sans – pendant un an sur huit patients. Cette opération a été un succès puisque le HIV ne rebondit pas pendant les sept jours d'arrêt.

Dybull et Fauci ont récidivé en 2004 avec l'opération « *Proof-of-concept-study of short cycles intermittent antiretroviral therapy* ». Le mot ICCARRE (Intermittents en cycles courts, les antirétroviraux restent efficaces) est une traduction-adaptation de ce titre. Ils ont renouvelé l'exploit des « sept jours avec, sept jours sans ».

Je vous donne trois exemples.

Un patient avait un million de copies. On voit qu'il est sous traitement puisque la charge virale baisse. Au fil des dix années de suivi, les virémies, qui permettent de vérifier que l'impact antiviral est bien optimal, montrent que la virémie est stable, en dehors de deux blips observés. Ce patient a été traité pendant sept jours, puis cinq jours, puis quatre jours avec des trithérapies standard pendant quatre ans. Nous avons ensuite breveté les quadrithérapies innovantes en trois jours puis en deux jours et en un jour. Il ne s'agit pas d'un essai mais de prescriptions exploratoires qui n'ont nécessité aucun financement. Le comité d'éthique de mon hôpital m'a couvert.

Un autre patient venait de faire sa primo-infection avec huit millions de copies. Lors du traitement, il en a un peu plus que cent mille. On le traite en sept, cinq, quatre, trois jours par semaine puis quatre, trois, deux puis un jour pendant un an. Il ne prend ses pilules que le lundi pendant un an et le virus ne bouge pas. Un des douze patients traités un jour par semaine était en échec. Par précaution, j'ai demandé aux onze autres patients de reprendre le traitement deux jours par semaine. Tous l'ont fait sauf trois, dont un patient qui ne prend son traitement qu'une fois par semaine.

Nous sommes donc passés de sept à cinq jours puis à quatre, trois, deux et enfin un jour de traitement par semaine, le lundi. Après trois ans, le virus n'est pas revenu.

Sous quatre, trois, deux puis un jour de traitement par semaine, des combinaisons quadruples innovantes brevetées APHP ont été utilisées. Je le dis pour que vous compreniez qu'il y a quelques partisans d'ICCARRE dans l'institution française. Ils ne sont pas forcément autour de la table de ceux qui décident de tout et de rien.

Pour ceux qui connaissent, la formule de la combinaison quadruple est Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) et celle de la combinaison triple est Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase Inverse (INTI). Nous attendons les développements industriels de cette combinaison sous la forme de combos doubles variés.

Le suivi de ces 92 patients, entre une demi-année et neuf années de rang, équivaut, en années cumulées, à 387 années de profondeur, soit 4,3 années de prescription intermittente en moyenne par patient. Pendant 20 000 cycles hebdomadaires, le virus ne s'est donc pas manifesté ; 76 pour cent ont été traités pendant deux ans ou plus, 39 pour cent durant quatre ans. Je précise que ces patients ne sont pas tout jeunes, puisque je les suis depuis de très longues années. Voici encore quelques chiffres : 100 000 copies chez plus de 80 pour cent, un suivi de quinze ans en moyenne et 63 pour cent d'antécédents sida ou TCD4 ; la quasi-totalité a été traitée précédemment, avec parfois des interruptions de traitement ; des virus mutants sont

apparus chez 36 pour cent des patients pour lesquels nous avons un génotype historique, ce qui est considérable ; 92 patients sont sous traitement d'entretien discontinu.

Il en résulte pour cette cohorte 60 pour cent de médication en moins. Si j'avais administré à mes patients ces 60 pour cent de médication, il est clair qu'ils auraient été en sur-médication.

En moyenne, les patients ont vécu trois années *virus-free* et *drug-free*. Je dirai à mes collègues qui sont en recherche de la guérison et vont vous demander des milliards pour les dix ou vingt ans qui nous séparent de la guérison qu'il faut arriver à la période *drug-free*. La guérison est réelle lorsque la maladie ne réapparaît pas malgré l'absence d'antiviraux, et c'est le résultat obtenu par Iccarre. Pour mes 92 patients, cela représente 3 millions d'euros de moins à charge de la sécurité sociale. S'ils avaient été 92 000, l'économie aurait été de 3 milliards d'euros !

Les réparations progressives du lymphoïde seront testées. La désactivation de surface est retrouvée, comme on pouvait s'y attendre, et reste stable, comme sous un traitement de sept jours sur sept.

Les réservoirs ne croissent pas sous traitement intermittent. Ils sont pareils que sous traitement quotidien. C'est leur présence qui empêche la guérison.

Pour terminer sur une note positive, précisons que sept enfants ont été conçus *in naturanaturam* par cinq couples porteurs du HIV (sous traitement Iccarre de quatre jours ou moins par semaine) avec un géniteur (ou une génitrice) HIV négatif et non traité, et qui, tout comme les bébés, n'a pas été contaminé par le HIV.

Nous avons obtenu ces résultats au prix de 3,7 essais-erreurs de prescriptions exploratoires, sur cent années de traitement. Ces prescriptions ont été le résultat de tentatives, d'errances, voire de bourdes. J'ai effectué des essais, j'ai tenté ma chance, et cela n'a pas toujours fonctionné. Sur treize échappements enregistrés, à raison de deux et trois jours d'administration du produit par semaine, jamais durant quatre jours, dix échecs ont été assurément dus à des erreurs humaines, peut-être évitables à l'avenir.

Aucun patient n'a les intestins suffisamment solides pour résister à une pleine dose de Kaletra. Il faut donc diminuer les doses de moitié. Cependant, deux ou trois jours de prise de Kaletra par semaine ne suffisent pas.

J'en viens aux virus HIV mutants résistants dont nous n'avions pas suffisamment tenu compte. Vingt patients sur vingt-cinq avaient des virus HIV mutants. Avec une combinaison correcte, le traitement s'avérait efficace. Par contre, chez les patients qui ne respectaient pas les traitements intermittents cela ne marche pas.

Trois échecs embarrassants nous restent sur les bras. Survenus sous combinaison, dosimétrie et adhérence appropriées, ce sont des échecs imparables. Ils résultent de l'insuffisance virologique intrinsèque de sept combinaisons administrées à raison de deux jours par semaine chez deux patients et d'un jour par semaine chez un troisième.

Cela dit, sur les 250 années de prescriptions, cela représente moins de deux échecs pour cent années de traitement. Les tri-thérapies standard accusent le même taux d'échecs. Par contre, les mono-thérapies donnent des résultats insuffisants, avec dix à trente échecs sur cent années de patients, selon les dernières publications italiennes. Je suis pourtant persuadé que le docteur Nathan Clumeck nous dira le contraire.

J'insiste sur le fait que nous obtenons zéro échec intrinsèque sur 100 années de prescriptions à raison de quatre jours par semaine pour 92 patients et de trois jours pour 70 patients. Ainsi, à condition de choisir les bonnes combinaisons, quatre et trois jours sont des posologies efficaces.

Je souhaiterais rassurer les personnes qui subiront un jour ce traitement sans succès. J'ai connu un échec d'Iccarre 1 qui représente un exemple caricatural mais sympathique en fin de compte. Alors que j'expérimentais une administration du produit à raison de sept, cinq, quatre et trois jours par semaine avec succès, j'ai essayé le nouveau Isentress-Truvada, censé être un traitement magnifique. Mais, administré trois jours par semaine, le traitement n'a pas fonctionné. En conséquence, mille copies sortent ; c'est cela l'échec virologique. La punition de tout traitement intermittent ou d'un traitement insuffisant donné sept jours par semaine est la survenance d'un mutant résistant.

À cause de cette mutation 184V, je remplace deux produits pourtant sympathiques mais que je ne peux désormais plus utiliser par un autre antiviral. Je l'ai prescrit à raison de sept jours par semaine et, ensuite, de quatre jours, avec une autre combinaison. J'ai par la suite arrêté le traitement pendant six mois ou un an. Le virus est alors remonté brutalement, les CD4 se sont effondrés mais nous ne nous en sommes pas souciés. Nous avons alors recommencé l'administration à raison de sept, quatre, trois et deux jours par semaine avec un traitement contenant l'antiviral. C'est ainsi que nous avons « noyé » le virus mutant problématique dans une vague de virus remontants sauvages.

Iccarre 1 a échoué. Bienvenue à Iccarre 2 ! La juste posologie est une obligation déontologique. Si quatre jours suffisent au lieu de sept, il y a donc trois jours de sur-médication !

Ces nouvelles règles d'engagement des combinaisons ne verront le jour que si l'on prend acte de la séquence médicamenteuse : induction-attaque-réduction (phase initiale du traitement, de six mois

à un an), -maintenance-entretien.

La pacification lymphocytaire s'installe dans le système lymphoïde d'un patient sous antirétroviraux comme nous l'avions constaté dès 1997. Avec un système lymphoïde moins permissif en conjonction avec une charge infectieuse tombée en dessous de 50, on entreprend le traitement d'entretien, d'où le retard de l'activité VIH « au rallumage » lorsqu'on arrête le traitement pour quatre ou cinq jours.

Du coup, les durées d'éclipse virale s'étendent à plus de sept jours, ce qui rend possible le traitement discontinu à long terme.

Pour établir ces nouvelles règles d'engagement des antirétroviraux que, comme vous, je voudrais européennes, il faudra des centaines de patients volontaires pour des essais prospectifs multiples et diversifiés, des dotations européennes, une gouvernance claire et un *leadership* déterminé.

Celui-ci fait actuellement défaut en France. Je me permets donc cet appel amical : amis bruxellois, flamands et wallons, tirez les premiers et venez libérer la France de l'oppression médicamenteuse non nécessaire !

Iccarre dément 92 fois l'impératif réputé indépassable du traitement antiviral nécessairement continu. Aucun des patients l'ayant utilisé n'a l'intention de retourner en thérapie sept jours par semaine, à moins d'un état grave.

J'en appelle au jugement de la science pour étendre ou rejeter ces prémices.

À cet égard, le meilleur allié de la future prévention antirétroviraux des séropositifs est le Tasp, pour autant que l'on ait accès aux résultats des virémies *HIV control* en moins de 48 heures.

M. Eddy Caekelberghs. Je donne la parole au Dr Nathan Clumeck pour son exposé sur « Évolutions thérapeutiques : quelles perspectives ? »

M. Nathan Clumeck – La problématique du traitement des patients est traversée par une tension entre les adeptes d'une approche individuelle et ceux qui en préconisent une autre relevant davantage de la santé publique.

Maintenant que nous avons entendu l'approche individuelle, il serait intéressant de recontextualiser le problème dans une approche de santé publique. Les élus que vous êtes doivent prendre des décisions de santé publique dont vous êtes les garants, comme l'ont bien rappelé les ministres.

Avant 1996, nous comptions deux décès par jour dans mon service de l'hôpital Saint-Pierre. Le taux actuel est de 27 décès pour toute la Belgique. Si nous sommes parvenus à cette diminution spectaculaire du taux de mortalité due au VIH/sida, c'est grâce à l'avènement des trithérapies. Leur objectif est de rendre le virus indétectable dans

le sang. L'immunité est ainsi restaurée et le virus ne se transmet plus de la mère à l'enfant ni lors des rapports sexuels, qu'ils soient hétérosexuels ou homosexuels.

Comment obtient-on cette indétectabilité ? Avant 1996, nous ne disposions que des bithérapies qui conduisaient rapidement à des échecs suite à une rechute dans l'immunodéficience. C'est la puissance des molécules qui permet aujourd'hui l'indétectabilité. Comme on le dit aujourd'hui, en résumé, trois médicaments valent mieux que deux qui valent mieux qu'un.

Cependant, de nouvelles molécules plus puissantes ont fait leur apparition depuis quelques années. Elles agissent à d'autres niveaux du système de reproduction du virus. Parmi ces molécules, citons les anti-intégrases, très puissantes, et les inhibiteurs de protéases de troisième génération. On arrive à démontrer grâce à des essais cliniques randomisés et prospectifs que deux de ces molécules sont aussi efficaces que la triple thérapie. Le dogme de la trithérapie est donc en train de changer.

On va même plus loin puisque, quand le virus est indétectable, cela signifie aussi qu'il y a une réplication faible du virus. Même si elle n'est pas abolie, on démontre qu'une monothérapie peut être aussi efficace qu'une trithérapie. Mais dans ce cas, il ne faut pas utiliser n'importe quelle molécule. Il faut en effet qu'elle ait une action à longue durée, qu'elle soit très puissante et qu'elle dispose d'une barrière génétique. Nous redoutons en effet par dessus tout que le virus échappe au traitement et que de la sorte, il lui résiste.

Il deviendra d'autant plus résistant qu'il aura en face de lui des molécules à faible barrière génétique, c'est-à-dire des molécules qui sont détruites, dénaturées, par une seule mutation du virus. Dans notre arsenal thérapeutique, nous avons l'habitude de classer les molécules selon qu'elles ont une faible ou une haute barrière génétique. Plus un virus est confronté à une molécule à haute barrière génétique, plus il mettra de temps à se répliquer, même si le traitement a été interrompu un, deux ou trois jours. Et s'il se réplique, quand le traitement recommence, le virus est détruit par le traitement car il n'a pas eu le temps de développer de résistances. Il est frappant de constater que la majorité des échecs décrits par M. Leibowitch concernent des patients traités avec des molécules à faible barrière génétique, mais avec des molécules qui avaient une demi-vie longue, j'y reviendrai.

Notre grande crainte est que le virus devienne résistant. Vous connaissez le problème des résistances aux antibiotiques, c'est un problème mondial. Il y a aujourd'hui des bactéries qui émergent et qui sont résistantes à tous les antibiotiques. C'est une énorme crainte en milieu hospitalier et pour la santé publique.

La résistance aux antirétroviraux est malheureusement un scénario catastrophe qui se réalise dans les pays en voie de développement. Pourquoi des résistances émergent-elles dans ces pays alors que chez nous, elles restent très faibles ?

Pour des raisons de coût, le traitement de première ligne est uniquement basé sur des molécules ayant une faible barrière génétique. Dès lors, quand le patient ne prend pas le traitement de manière régulière, le virus s'échappe et il devient résistant. Le médecin a beau remettre le patient sous traitement et augmenter les doses, le virus s'échappe. Ces situations sont infra-thérapeutiques.

Par ailleurs, ce qui en France est une expérimentation casuistique est dans ces pays une réalité liée au problème de l'approvisionnement des pharmacies. Les traitements doivent souvent être interrompus pour des raisons d'intendance, quand les médicaments n'arrivent pas là. Comme M. Jourdain faisait de la prose sans le savoir, les médecins africains font de l'interruption thérapeutique sans le vouloir. Cette interruption non contrôlée, spontanée et conjoncturelle, conduit à des échecs et à une catastrophe potentielle.

Cela se produit-il chez nous ? Oui, avec certaines catégories de patients non compliant : ceux qui ont des difficultés à prendre des médicaments, qui sont dans un contexte socio-économique précaire ou les anciens usagers de drogues. Ces patients ne cessent d'interrompre et de reprendre leur traitement et ils développent des virus résistants. Actuellement, malgré la puissance de nos molécules, ce sont ces patients qui ont eu de multiples interruptions, plus ou moins longues, de leur traitement qui nous posent le plus de problèmes.

Les patients qui souffrent à cause d'interactions médicamenteuses connaissent également le problème d'émergence de résistances. Ces interactions sont devenues tellement complexes qu'elles représentent désormais une science à part entière. Aucun spécialiste du sida ne peut en avoir une connaissance exhaustive. Des programmes informatiques déterminent le résultat des combinaisons de médicaments et leur incidence quantitative dans le sang.

Si on fait interagir un antirétroviral avec un médicament qui augmente la concentration de l'antirétroviral dans le sang, leur combinaison va entraîner de la toxicité ; si on le fait interagir avec un médicament qui diminue la concentration de l'antirétroviral dans le sang, on risque l'échec thérapeutique. Nous savons par exemple que les antiacides ne fonctionnent pas avec l'Atazanavir. Nous savons que la rifampicine, un traitement de la tuberculose, ne peut pas être donnée avec les inhibiteurs de la protéase. Dans les pays où l'accès à l'information est moindre, les interactions médicamenteuses peuvent conduire à des échecs.

Pour compliquer le tout, les patients ne sont pas égaux devant l'efficacité, la tolérance, l'absorption ou l'élimination d'un médicament. Les pharmacologistes connaissent bien ces paramètres. Dans la majorité des cas, l'efficacité d'un médicament dépend de sa quantité dans le sang ou, dans certains cas, de sa quantité dans les cellules cibles. Cette quantité dépend d'abord de l'absorption du médicament : si vous avalez un médicament alors que vous avez de la diarrhée, il n'aura pas le temps d'être absorbé et sera éliminé. Elle dépend aussi de la dégradation plus ou moins rapide de ce médicament dans le foie ou dans le rein : les cirrhotiques et les insuffisants rénaux ralentissent la dégradation des médicaments et peuvent dès lors se trouver en surdosage tandis que les patients obèses peuvent être en sous-dosage. Les femmes enceintes multiplient leur volume circulant, on doit donc augmenter les doses de médicaments. Elle dépend enfin de la diffusion du médicament dans les différentes cibles, par exemple le cerveau, les cellules, etc.

De nombreuses variations individuelles permettent de définir la dose usuelle habituelle à administrer à la majorité des patients. Tous les nouveaux médicaments se basent sur l'étude préalable de l'efficacité de doses croissantes ou décroissantes, ce qu'on appelle le *dose ranging*. La dose choisie se situe entre celle maximale tolérable et celle maximale effective. La dose moyenne doit être administrée en fonction des paramètres pharmacologiques, une, deux ou trois fois par jour. Certains médicaments comme la rifampicine sont administrés une fois par semaine. L'industrie pharmaceutique étudie actuellement des médicaments à administrer une fois par mois.

Pour encore compliquer le tout, une nouvelle science émerge : la pharmacogénétique. Elle part du constat que nous ne sommes pas égaux devant le mode d'action et de tolérance aux médicaments. Les déterminants génétiques provoquent une élimination ou une dégradation plus ou moins fortes du médicament au niveau de la cellule. Les études actuelles les plus poussées – la pharmacogénétique est très fréquente en cancérologie – tendent à reconnaître dans une population générale les patients qui seront des cibles vulnérables à la toxicité des médicaments et à l'échec thérapeutique, et ceux chez qui on pourra diminuer la dose des médicaments pour ne pas les mettre en surcharge médicamenteuse inutile.

Aucun médecin ne veut que son patient soit en surcharge médicamenteuse, mais tous les médecins désirent que leurs patients soient en bonne santé et répondent au traitement. Les doses actuellement administrées ont fait leurs preuves lors d'études cliniques réalisées sur des milliers de personnes. Cela ne doit pas nous empêcher d'innover ou de remettre en question ces doses. Mon exposé démontre qu'une remise en question est possible et que l'innovation et la créativité font l'honneur

et la gloire de la médecine. Cependant, toute innovation doit s'étudier selon une méthodologie précise, tenir compte des connaissances déjà acquises et éviter toute prise de risques.

Les expériences menées par M. Leibowitch sont certes sérieuses. Ces expériences nécessiteraient cependant une approche rationnelle. Leur efficacité sur un grand nombre de patients devrait être éprouvée, en tenant compte des paramètres que j'ai énoncés. Les dosages sanguins de ces antirétroviraux, les analyses pharmacogénétiques, les analyses à long terme, les dosages de la charge virale fréquents devraient être étudiés, ce qui nécessiterait des moyens financiers mais aussi que ces recherches soient considérées comme des priorités.

Les malades ne meurent pas aujourd'hui de sur-médication mais faute de traitement. Vingt millions de personnes de par le monde sont en attente de traitement. Ils veulent recevoir un médicament, quitte à devoir le prendre sept jours sur sept. Dans ce débat, qui mêle des considérations socio-économiques, philosophiques et médicales, je plaide pour garder une approche de santé publique tout en restant ouverts à toutes les innovations. (*Applaudissements*)

M. Xavier Baeselen, Secrétaire général du Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles – J'ai lu l'ouvrage de M. Leibowitch et j'ai été particulièrement intéressé par la notion de droit au juste traitement, c'est-à-dire le droit de ne pas subir une surcharge médicamenteuse. J'ai cru comprendre que d'autres recherches étaient effectuées en ce sens aujourd'hui, notamment par le professeur Clumeck et son équipe qui travaillent à la conception d'un vaccin qui permettrait une sorte de guérison fonctionnelle et éviterait dans le futur la prise quotidienne de médicaments. Pouvez-vous nous en dire plus ?

M. Nathan Clumeck. – La formule « droit à la juste médication » me pose un problème. Le droit que je connais et qui est reconnu est le droit au traitement. Ajouter le terme « juste » suppose que certains traitements sont injustes ou inadéquats. Aucun médecin, dans l'état actuel de nos connaissances, n'administrera à son patient un traitement qu'il n'estime pas, en âme et conscience, être, le meilleur possible avec comme recommandation *Primum non nocere*, avant tout ne pas nuire.

M. Jacques Leibowitch. – J'ajouterais *Secundum, non esagerare* !

M. Nathan Clumeck. – Nous voulons un traitement. Nous préférierions nous en passer. Qui veut avaler inutilement des pilules ? Le vaccin thérapeutique a pour objectif de renforcer le système immunitaire à un point tel que ce dernier contrôle le développement du virus, rendant inutile le traitement antirétroviral.

Ces essais, d'origine française, sont en cours. Ils constituent une piste qui conduirait à l'arrêt des

antirétroviraux. Il est trop tôt pour juger des résultats. L'arrêt des antirétroviraux fait partie de l'évaluation de l'efficacité de ces traitements. Les patients sont mis en arrêt thérapeutique et nous observons les résultats.

En ce qui concerne l'arrêt thérapeutique, une expérience a débuté il y a quelques années. Il s'agissait de comparer deux « bras ». Dans l'un, le traitement était poursuivi et dans l'autre, le traitement était arrêté, les patients étaient mis en vacances thérapeutiques pour éviter la sur-médication.

L'expérience a été interrompue prématurément car les patients en arrêt de traitement étaient plus exposés à des accidents cardio-vasculaires ou à d'autres complications non liées au VIH. Le « thermostat » de leur organisme, le système inflammatoire, s'était remis en marche en l'absence des antirétroviraux.

Plus personne ne propose aujourd'hui d'arrêter le traitement pour de longues périodes. Cependant, différentes pistes sont actuellement à l'étude afin d'alléger le traitement et de prescrire moins de médicaments.

M. Jacques Leibowitch. – Nous sommes d'accord sur le fond du problème. Le professeur Clumeck met l'accent sur la nécessité universellement reconnue d'un droit à la juste posologie individuelle si cela est possible mais le cas des 92 patients que je traite démontre qu'en prenant pris 60 pour cent des médicaments normalement prescrits, ils auraient été en sur-médication.

Imposer qu'à Bruxelles ou à Paris, tous les malades prennent sept jours par semaine des médicaments car les pays du tiers monde n'en disposent pas n'est pas acceptable.

Le vaccin thérapeutique, c'est comme le messie, on le cherche depuis trente ans. Il viendra peut-être un jour ! En attendant, il faut traiter les gens le mieux possible. Si je considère la juste posologie comme un droit universel du séropositif, comme une garantie contre la sur-médication, c'est que il est injuste d'être en sur-médication si celle-ci est avérée. Donc, je crois qu'on peut s'entendre fondamentalement. On peut s'attaquer à toutes les catégories que vous avez invoquées, professeur Clumeck, sur la génétique pharmacologique, sur la pharmacologie, les dosages antirétroviraux dans le sang, ... C'est bien sûr ce que j'ai effectué dans le cadre normal du suivi d'un patient soumis à un traitement, sans demander d'argent à personne et sans faire un véritable essai ou procédure autre que de suivre obligatoirement et normalement les prescriptions, surtout si elles sont novatrices.

Deux patientes sont à un tiers de la dose quotidienne de Éfavirenz un jour ou deux jours par semaine, au lieu des 600 milligrammes quotidiens qui sont recommandés pour des raisons de pharmacogénétique. Je le dis pour que vous sachiez que

c'est possible : 200 milligrammes au lieu de 600, un jour ou deux jours par semaine. C'est tout de même assez chic dans une présentation, même individuelle ! On peut donc envisager les jugements de dieu la science, des essais thérapeutiques prospectifs avant une généralisation possible. Mais n'oubliez pas mes 92 Iccarre, à l'échéance de mon départ imminent. En effet, à 71 ans, j'ai le droit de penser qu'il va falloir préparer la suite. En attendant que cette suite soit universellement testée, je pense que mes patients demanderont que l'on fasse ce qu'il faut pour qu'après mon départ, les médecins aient le droit de prescrire le traitement durant quatre jours et moins par semaine.

Mme Safia Soltani. – Vous déclarez que votre départ est imminent, que vous avez vos 92 patients, etc. L'éthique d'un médecin n'implique-t-elle pas précisément d'y penser avant ?

M. Jacques Leibowitch. – Je ne suis pas éternel. Cela fait quatre ans que je devrais être à la retraite. Si je ne suis pas retraité, c'est parce que je ne peux pas lâcher mes patients. Je ne pourrai les lâcher que le jour où d'autres médecins que moi pourront prescrire comme je le fais. En attendant, je pourrais faire ce que vous semblez suggérer, à savoir remettre les patients à sept jours par semaine, mais ils ont juré qu'ils ne l'accepteraient pas..

Mme Safia Soltani. – Je n'ai pas dit cela. J'ai simplement dit que l'éthique d'un médecin implique de mettre la suite en place, avant de commencer les prescriptions pour ces 92 patients.

J'aimerais savoir où en est l'étude Iccarre cofinancée par l'Agence nationale de recherche sida.

M. Jacques Leibowitch. – Elle avance. Elle concerne 100 patients sur un an.

Mme Safia Soltani. – Pourquoi ne pas prendre les 92 patients ?

M. Jacques Leibowitch. – Non, madame. J'ai fait 400 années/patients alors qu'ils vont en suivre 100 sur quatre jours alors j'en suis à deux jours de traitement. Clairement, cela ne suffira pas pour changer la règle. D'ailleurs, ils n'ont toujours pas commencé. Depuis quatre ans, ils font de la procrastination, ils font un pas en avant et dix en arrière. Sans vouloir ouvrir aucune polémique interne, manifestement, ils se précipitent lentement ! Si vous, les Belges, pouviez avancer plus rapidement... Le professeur Clumeck pourrait doubler tout le monde. Avec le drapeau tricolore belge en avant, il pourrait tester quatre jours par semaine sur 400 patients belges. Alors, on libérera la France de ses barreaux de « chaires » qui ont du mal à avancer !

Mme Grâce Ntunzwenimana, Siréas – Je travaille au Siréas, comme animatrice pour le groupe de personnes vivant avec le VIH. Je suis moi-même dans le cas.

Monsieur Leibowitch, les 92 personnes que vous avez suivies étaient-elles diagnostiquées depuis longtemps ou seulement récemment ? Je suis sous traitement depuis 1991 et j'aurais souhaité entendre votre discours il y a dix ans. En effet, à l'époque, les traitements à prendre étaient nombreux et avaient beaucoup d'effets secondaires, mais la science a beaucoup évolué. Aujourd'hui, on ne prend plus huit comprimés. Avant, on devait se réveiller pour prendre le Crixivan, qui avait beaucoup d'effets secondaires. Parmi les personnes diagnostiquées aujourd'hui, certaines ne prennent qu'un seul médicament. Les personnes qui suivaient les anciens traitements se sentaient fatiguées et auraient aimé réduire ou même arrêter le traitement. Parmi les participants à Iccarre, combien ont-ils été diagnostiqués il y a des années et combien l'ont été récemment ?

M. Jacques Leibowitch. – Comme je le disais, 85 pour cent d'entre eux avaient déjà été traités longtemps : en moyenne, quinze années de suivi. Il s'agissait de patients « anciens » à « très anciens ». Seuls 15 pour cent sont des patients « récents ».

J'entends bien que le temps où l'on prenait quinze pilules par jour était beaucoup plus difficile et que les traitements étaient beaucoup plus agressifs. Aujourd'hui, on ne prend qu'une seule pilule, par exemple d'Atripla. Mais, madame, pourquoi faudrait-il prendre de l'Atripla durant sept jours par semaine alors que deux jours suffiraient ? Pourquoi faut-il en prendre cinq de trop ? À qui profite cette sur-médication ? Voilà la question.

M. Nathan Clumeck. – L'Atripla est justement un bon exemple. Chez certains de nos patients, nous avons diminué la dose d'Atripla à 400 et même à 200 mg parce qu'ils subissaient des effets secondaires et nous avons constaté qu'en diminuant la dose, l'efficacité était maintenue. Donc, nous adaptons constamment les doses en fonction des effets secondaires. Cela n'a rien d'exceptionnel.

D'autres patients prenaient spontanément la moitié de la dose sans oser me le dire au départ et m'annonçaient tout à coup qu'ils prenaient la moitié de la dose depuis un an et demi ! En examinant les résultats, j'ai constaté que ces patients étaient indétectables et que les T4 étaient bons. Que pensez-vous que j'aie fait ? Évidemment, je les ai encouragés à continuer !

Les patients de M. Leibowitch ne doivent pas s'inquiéter du jour où celui-ci ne sera plus en première ligne. Si leur charge virale est indétectable et si leur immunité est bonne, il n'y a aucune raison d'augmenter la dose. Nous sommes tous d'accord là-dessus : ils ont assez d'anti-rétroviraux dans le sang.

Ce dont nous parlons ici, ce ne sont pas de ces quelques cas. Nous parlons d'une recomman-

dation de santé publique pour le traitement du VIH. C'est une autre responsabilité. Je viens d'être contacté par un patient qui dit avoir entendu M. Leibowitch et demande s'il doit « passer à trois fois par semaine ».

Il est évident que les patients vont se poser des questions. La seule réponse à la question posée par M. Leibowitch sera « un essai clinique contrôlé par une instance scientifique légitime qui validera les résultats. »

M. Jacques Leibowitch. – Nous sommes entièrement d'accord. C'est ce qui était écrit sur mon dernier transparent. Je ne vois pas pourquoi il y aurait une polémique.

M. Nathan Clumeck. – Je n'ai jamais dit que nous n'étions pas d'accord. Je dis simplement qu'avant de prôner un message à valeur universelle...

M. Jacques Leibowitch. – Il n'est pas à valeur universelle. Iccarre prouve que la sur-médication est une question qui doit être posée. Il ne faut pas changer le texte. C'est de la désinformation sophiste et cela commence à me chauffer les oreilles.

M. Nathan Clumeck. – C'est là que le débat s'anime !

Malheureusement, mon cher Jacques, nous sommes dans une ère des médias sociaux. Dans une ère internet. Nous sommes dans une ère où des crétins disent des tas d'âneries sur la toile. Tu ne fais pas partie de ceux-là mais comment faire la différence ?

Tu lances une alerte, mais les gens y lisent une vérité qui a été prouvée. En plus, tu as une approche messianique qui consiste à mettre tes patients en avant. Ils sont présentés comme les combattants d'un combat pour la juste vérité. C'est mon opinion, mais il y a là une précipitation – qui fait peut-être le pendant à la procrastination de ton agence de recherche sur le sida en France – qui risque de conduire certains patients à faire de l'automédication en diminuant spontanément leur traitement.

Une des caractéristiques de ton étude – qui pose d'ailleurs question en terme de coût – est que tu contrôles, à juste titre, très fréquemment la charge virale. En ce qui me concerne, je contrôle celle de mes patients tous les six mois. Si on diminue le traitement, il faut la contrôler régulièrement puisque le moindre échappement peut être un échappement de résistance.

M. Jacques Leibowitch. – Il n'y a pas de discussion à ce sujet.

M. Nathan Clumeck. – Donc, des patients qui vont faire de l'automédication...

M. Jacques Leibowitch. – Il faut absolument l'interdire.

M. Nathan Clumeck. – Mais tu ne peux rien interdire à un patient qui a accès à internet et qui comprend un message à sa façon.

M. Jacques Leibowitch. – Sur internet il y a des crétins qui disent que le HIV n'existe pas. Que veux-tu que j'y fasse ? Ce n'est pas de ma faute.

Par contre, dans toutes mes interventions populaires – ce populisme dans lequel j'ai été obligé de verser puisque les procrastinations de mes camarades retardaient d'autant la possibilité de prendre en compte la sur-médication – je n'ai jamais cessé de dire qu'il était interdit de le faire de son propre chef. Je l'ai même dit à la radio à Bruxelles. On ne peut pas me reprocher de faire de la propagande pour un truc universel. C'est de la désinformation des sophistes et de ceux qui n'ont pas envie de changer. Là je pourrais dire : pourquoi avez-vous tellement envie que cela ne se fasse pas ?

M. Eddy Caekelberghs. – Passons aux questions.

Concernant le message à délivrer, que faut-il dire ? La formule « Le temps passe, pas le sida » est-elle juste ? Avons-nous réussi à convaincre, au-delà de cette assemblée de gens bien informés, qu'il y a une différence entre le HIV et le sida ? Ce faisant, ne risquons-nous pas d'empêcher la diffusion de vos messages respectifs ?

M. Nathan Clumeck. – En lançant un message du type *Fuck me, I'm virus free*, ne prenons-nous pas un risque ?

M. Jacques Leibowitch. – Non, si l'on est *virus free*, on ne prend aucun risque !

M. Nathan Clumeck. – Notre société manque de nuance. Nous vivons une époque de slogans. L'objectif est d'attirer l'attention, quitte à prendre des risques. Toute annonce doit reposer sur des arguments et je plaide pour une certaine prudence. Toutefois, je peux comprendre votre exaspération face à des mandarins qui ne souhaitent pas progresser sur une voie qui ne leur semble pas prioritaire. L'ANRS a refusé mon projet qui consistait à comparer, dans un pays en voie de développement, la première ligne de l'OMS – que j'estimais insuffisante – avec une première ligne à base d'inhibiteurs de la protéase. Je l'ai quand même lancé. Ses résultats ont été présentés lors de congrès internationaux et sont en voie de publication. Ils montrent clairement que la première ligne de l'OMS va conduire à des problèmes de résistance.

Pour autant, je n'ai pas convoqué la presse et déclaré à tous vents que l'OMS était une organisation criminelle.

M. Jacques Leibowitch. – Le slogan présenté au Parlement francophone bruxellois est une erreur. Ce n'est pas le sida qui ne passe pas, mais le VIH. Le terme sida est utilisé car plus terrifiant

alors qu'il ne correspond pas à la réalité.

Le bon slogan serait plutôt *Le temps passe, le VIH persiste*.

Pour le slogan *Fuck me, I'm virus free*, il faut prouver qu'on n'est pas contaminé par le VIH. Je ne comprends pas qu'il vous faille un tel délai pour donner les résultats d'un test sida. À Paris, dix centres privés vous délivreront les résultats dans les 24 heures. Techniquement, cela ne pose donc aucun problème. Je ne comprends pas les raisons d'une telle rétention d'information. Il est facile et rapide de prouver qu'on n'est pas affecté par le sida.

Mme Zsuzsanna B'Nagy, Médecin. – Je représente Makutanoforum. Monsieur Jacques Lebowitch, quel est l'impact d'Iccarre sur le ressenti des patients à l'égard des discriminations dont ils sont victimes ?

M. Jacques Lebowitch. – Votre question en contient deux. Je commencerai par le ressenti des patients vis-à-vis de leur séropositivité et, pour ainsi dire, leur situation de preneurs de pilules. Bien entendu, le sentiment de liberté est primordial. Le professeur Nathan Clumeck est un bon médecin, il essaie d'adapter au jour le jour les doses et les combinaisons de médicaments les plus supportables par le patient. Il ne cherche pas à entretenir les effets secondaires.

Le ressenti du traitement est plus que psychologique. Les patients ont un sentiment de liberté, de dignité et de responsabilité. C'est ainsi que j'ai pu entendre une patiente affirmer : « Le sida ne passera pas par toi parce que je me soigne » et non pas « Le sida ne passera pas par moi parce que je me protège », formule désormais obsolète. Les places ont été échangées. Les patients traités par Iccarre sont furieux à l'idée de retourner à un traitement administré sept jours par semaine. En effet, les médecins n'ont pas l'intention de prendre le risque que j'ai pris, engageant ma responsabilité civile, voire pénale, dans les termes de l'article 8bis du code de déontologie, même si cette prise de risque se plaçait dans un cadre légal.

J'en viens à votre question sur la discrimination. Dans le milieu du travail, rien n'a changé. Certains de mes patients ayant des fonctions de directeur n'ont ni intérêt, ni l'intention de faire savoir qu'ils sont séropositifs et soumis au traitement antiviral. Je les soutiens dans leur discrétion. Pourquoi livreraient-ils cette information publiquement ? Cela ne pourrait que les desservir dans leur travail.

M. François Massoz-Fouillien. – Je viens de la Maison arc-en-ciel de Bruxelles. Visiblement, M. Clumeck n'a pas eu connaissance de la totalité de notre campagne intitulée : « *Fuck me, I'm under treatment*. » Pour information, celle-ci comporte trois volets. Le premier renvoie à la question de la charge virale indétectable et la qualité de vie

induite par les traitements chez les personnes séropositives. Le deuxième volet, « *Test yourself and fuck* », souligne l'importance capitale du dépistage précoce, à l'heure où 42 pour cent des personnes diagnostiquées séropositives l'ont été très tardivement.

À votre avis, pourquoi le diagnostic intervient-il si tard ? La ministre Laanan vient de déclarer que désormais, les jeunes se fichent du sida et n'utilisent plus la capote. C'est faux. Ni la ministre ni vous n'êtes sur le terrain. Nous y sommes et nous voyons que l'image associée au VIH est faite d'horreur, d'angoisse, de culpabilité et de honte. Cela explique pourquoi les gens ne recourent pas au dépistage. Ils ne veulent pas savoir qu'ils sont séropositifs. Ils préfèrent attendre. Il ne sert à rien de continuer à culpabiliser des personnes fréquentant des soirées comme la Uncut, où la plupart des rapports sexuels se font sans capote.

Cette campagne permet de donner une autre image de la séropositivité et vise un public particulier. Elle a été très mal interprétée par les politiques et nos partenaires associatifs. Nous restons leurs partenaires car nous restons en accord avec leurs messages. Notre campagne est complémentaire. Aujourd'hui, il faut mettre en avant ce type de message pour que les 42 pour cent de personnes à l'origine de la continuité de l'épidémie se prennent en charge plus vite, sans angoisse, sans honte et sans culpabilité.

M. Nathan Clumeck. – Les raisons pour lesquelles le dépistage précoce n'a pas lieu me semblent plus complexes. Beaucoup de patients ont des difficultés à venir dans une institution officielle.

Quand il s'agit d'un test anonyme, les jeunes sont plus enclins à le passer. C'est pourquoi nous avons soutenu le dépistage décentralisé.

Ces campagnes ne sont pas comprises par le public. Il serait intéressant de savoir pour quelle raison.

M. François Massoz-Fouillien – Des bénévoles ont encadré cette campagne dans les milieux homosexuels, les bars, les milieux festifs. On n'a pas distribué des toutes-boîtes ! Cette campagne a été expliquée. Elle fait suite à un projet européen que nous avons mené à la maison Arc-en-Ciel et coordonné sur Bruxelles en collaboration avec l'organisation Sensoa. C'est un projet de dépistage salivaire pour une recherche européenne, menée sur un très grand nombre de personnes pendant quatre mois.

Nous avons remarqué qu'avant le dépistage salivaire, quand on prend le temps de parler aux participants de qualité de vie et de dédramatiser, ils viennent beaucoup plus facilement nous voir. C'est une observation associative, non un point de vue médical ou politique. Votre point de vue est tout à fait compréhensible, notre point de vue de

terrain l'est tout autant !

M. Nathan Clumeck – Il me semble simpliste de scinder le point de vue médical de celui du terrain et de dire que certains savent et d'autres pas. Dans notre équipe, il y a également des personnes qui travaillent sur le terrain. Ce n'est pas parce que vous ne m'avez pas vu dans une boîte homo à deux heures du matin que je ne suis pas par ailleurs sur le terrain !

M. François Massoz-Fouillien – De toute évidence, vous n'avez pas lu le prospectus de la campagne, ni lu les explications irréfutables que nous avançons. Dans toute campagne...

M. Nathan Clumeck – Vous avez entièrement raison, je n'ai pas lu le dossier de la campagne. Mais j'ai été interpellé par un jeune de 18 ans qui, après une sortie à la Grand-Place, n'avait retenu que « *Fuck me, I'm virus free!* »

M. François Massoz-Fouillien – « *I'm under treatment!* »

M. Nathan Clumeck – J'ai déformé le slogan, j'ai inféré que parce qu'on était en traitement, on était indétectable, j'ai été encore plus prudent que vous. Le slogan serait encore plus fort avec ces mots « *I'm virus free* ». On peut être « *under treatment* », tout en étant porteur d'un virus résistant !

M. Jacques Leibowitch – Je suis d'accord avec vous.

M. Nathan Clumeck – J'ai rapporté ce que le jeune avait retenu, sans avoir lu le prospectus, c'est une erreur de ma part. Cela étant, ce que les gens retiennent, c'est : « *Fuck me!* » Cela pose le problème de la santé sexuelle et des autres maladies sexuellement transmissibles.

Lorsque le message du slogan porte sur le fait qu'il n'y a pas de danger d'être infecté par le VIH, on est très restrictif. Les gens doivent entendre qu'il y a d'autres maladies. J'ai des patients qui sont porteurs d'un virus indétectable mais qui sont touchés pour la cinquième fois par la syphilis. Ils sont très contents de ne pas avoir transmis le virus à des partenaires, mais malheureusement, ils ont été contractés la syphilis. Comme on ne peut pas être immunisé contre cette maladie, ils peuvent être infectés à plusieurs reprises.

C'est très bien de bousculer les gens, de trouver des slogans accrocheurs et je n'ai pas le moindre doute que vos intentions soient louables. Je ne souligne que le risque de dérapage et d'incompréhension.

M. François Massoz-Fouillien – Dans toute campagne, il y a le slogan d'un côté, et les explications de l'autre. Le slogan est réducteur, le contenu beaucoup moins. On précise dans la campagne que le traitement ne protège pas des autres maladies sexuellement transmissibles ou des infections. Si les gens ne retiennent que « *Fuck me, I'm under*

treatment! », ils peuvent trouver des informations sur internet. Les comportements ne changent pas. J'en veux pour preuve que cette campagne suscite des réactions très positives ou très négatives. Cela signifie que les gens ne changent pas leur comportement ; s'ils se sentent concernés, ils se protègent. S'ils se prennent en charge avant de prendre des risques au niveau de leur sexualité, la campagne ne changera pas leurs comportements, ils continueront à se protéger. Nous essayons de toucher un autre public – les 42 pour cent qui ne se font pas dépister –, et je trouve que nous le faisons de la bonne manière.

MonieurLeibowitch, je souhaiterais vous interpellé à propos de ces 92 patients. Vous ne nous avez pas donné leur profil. Aujourd'hui, les gens coinfectés par les VIH-VHC meurent de l'hépatite C et non du VIH. On ne peut plus les traiter. Nous avons entendu qu'il s'agissait de patients qui étaient sous trithérapie depuis longtemps.

M. Jacques Leibowitch – Vous semblez vouloir la mort du projet Iccarre. L'hypothèse est que, lorsqu'on est sous Iccarre, l'hépatite C fulmine. J'ai déjà répondu à cette question en d'autres lieux. Sur dix patients coinfectés par l'hépatite C, trois ont guéri de leur infection hépatique avec l'*Interféron* et la *Ribavirine*, alors qu'ils en étaient à leur deuxième ou troisième jour de retraitement Iccarre pour le HIV.

En ce qui concerne le virus de l'hépatite C, la gravité de la coinfection tient à la réplication du virus HIV, à l'effet inflammatoire qu'il induit et à l'aggravation du processus cirrhotique qu'il entraîne. Pour répondre à M. Clumeck quand il parle des interruptions de trois ou six mois destinées à laisser revenir le virus au bout de quinze jours, cela n'a strictement rien à voir avec les traitements intermittents en cycle court. Dans ce cas, si le virus est indétectable, il n'y a pas de promotion de l'inflammation cirrhogène pro-hépatite C ou de l'hépatite C pro-cirrhogène.

M. Nathan Clumeck – C'est un très beau débat. Je vais m'empresser de relire la campagne « *Fuck me, I'm under treatment* ».

M. Jacques Leibowitch – Je remercie mes amis belges de m'avoir invité.

M. le président – Je remercie tous les participants à ce passionnant débat.