

## « Le traitement doit avoir une place dans la prévention individuelle »

***Le Conseil national du sida a publié fin avril un avis sur l'intérêt préventif du traitement antirétroviral, lequel devrait se décliner tant au niveau collectif qu'individuel. Il souligne également l'importance d'améliorer le dépistage. Président du Conseil, le P' Willy Rozenbaum revient sur les points forts de cet avis et les réactions qu'il a suscitées.***

**S**i vous deviez résumer en quelques mots les axes essentiels de cet avis...

Résumer n'est justement pas si simple, car cet avis ne prend tout son sens que lorsqu'on le lit attentivement et intégralement. En extraire qu'une partie peut en détourner considérablement le sens. Notre propos principal est de dire que le traitement, en abaissant la charge virale, réduit très fortement le risque de transmission. Et que cette réduction du risque a un intérêt non seulement pour la collectivité, mais aussi pour l'individu.

Il existe une autosatisfaction dans la communication des pouvoirs publics français. En ce qui me concerne, je ne me suis jamais satisfait de la stabilisation du nombre de nou-

veaux cas, qui conduit à une augmentation inéluctable du nombre de personnes touchées. Je m'en satisfais d'autant moins qu'aujourd'hui, sous certaines conditions, on peut arriver à une diminution de la courbe épidémique.

**Vous expliquez en effet que conjuguer dépistage et traitement ouvre un moyen de contrôle de l'épidémie, dans le monde et en France. Quel niveau faudrait-il atteindre ?**

Cette idée n'a rien d'original : la technique classique de contrôle des maladies transmissibles se traduit par le dépistage et le traitement. Une combinaison que l'on a oubliée, car au début de l'épidémie, quand les stratégies de contrôle ont été élaborées, il n'existait pas de traitement. Et à l'arrivée de traitements efficaces, en 1996, on n'a pas réussi à intégrer cette option.

En décembre 2008, une publication, certes théorique, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a montré que si l'on dépistait massivement et que l'on traitait toutes les personnes séropositives, on pourrait éradiquer l'épidémie en 2050. Les modélisations décrivent un début d'impact lorsque 50 % des personnes séropositives sont traitées. Or, en France, avec l'indication actuelle de traitement à 350 CD4/mm<sup>3</sup> de sang, on a 85 % des personnes se ■■■

■ ■ ■ sachant séropositives sous traitement. Mais en comptant celles qui ignorent leur statut, seules 46 % des personnes séropositives sont traitées.

Il ne s'agit pas de traiter des personnes contre leur gré, mais de viser l'intérêt collectif. D'autant que le traitement précoce, initié dès 500 CD4, démontre de plus en plus un bénéfice pour la santé du patient. Il faut donc insister sur le dépistage, qui devrait faire l'objet d'une attention plus importante de la part des pouvoirs publics.

**Vous considérez, comme les Suisses, que le traitement doit avoir une place dans la prévention individuelle. Pourquoi vos débats ont-ils duré si longtemps ?**

En aucun cas, nous n'avons voulu nous positionner contre l'avis suisse, qui a été un réel pavé dans la mare et qui a permis l'amorce du débat. Le Conseil national du sida (CNS) voulait aborder le sujet ; cet avis nous a « boostés ». Nous ne souhaitons pas pour autant nous précipiter et nous avons eu des difficultés à trouver une formulation qui ne heurte personne au sein du CNS.

Des craintes ont été exprimées sur la façon dont le message pourrait être perçu, notamment sur la place du préservatif dans la prévention. Le débat sur la persistance du virus dans les sécrétions chez les personnes indétectables au niveau de leur charge virale plasmatique ne suffit pas à élaborer un discours audible. Au-delà des discussions de virologie fondamentale, la participation de représentants de la société civile a humanisé les choses. De toute l'histoire du sida, je retiens qu'il ne sert à rien d'avoir raison trop tôt.

**Vous expliquez qu'il a fallu dépasser les incertitudes sur le plan biologique. Pourquoi ?**

D'abord parce qu'on ne pourra jamais dire qu'un risque est nul. Une étude scientifique, c'est comme un sondage, cela donne seulement une fourchette. Les études en cours sur l'effet préventif du traitement permettront de réduire des intervalles de confiance, mais pas d'exclure le risque zéro. Cette incertitude nous accompagnera toujours, même si on incluait dix millions de personnes dans un essai.

En pratique, et quelles qu'en soient les raisons, l'usage du préservatif ne permet pas une protection à 100 %. Pourquoi ne pas le dire ? En termes statistiques, on est dans des réductions de risque similaires entre préservatif et traitement.

De plus, il faut distinguer l'effet théorique de l'effet réel. Le fond du problème est que l'usage du préservatif n'est pas aussi fréquent qu'on le souhaiterait : il faut donc donner des alternatives prenant en compte la diversité des situations individuelles. Opposer préservatif et traitement, comme certains le font, ne me paraît pas approprié : ce sont des techniques complémentaires en terme de prévention, qu'il faut penser ainsi afin de les rendre utilisables et donc d'optimiser la prévention. Plus on a d'outils, plus on a des chances de succès. C'est dans cet optique que le CNS s'est positionné.

**Vous insistez sur l'importance de sortir de l'injonction et de donner une information correcte, en somme remettre les personnes au centre de la prévention et leur permettre d'exercer leur liberté...**

Nous faisons le pari de l'intelligence. Le pari que les personnes peuvent entendre des informations complémentaires, apprécier le rapport bénéfice-risque et choisir entre différentes options, en fonction de la situation, du plaisir, des sentiments, etc. Beaucoup ne nous ont pas attendus pour cela. Je pense que mon rôle de médecin est de donner à mes patients l'information la plus fiable, la plus claire et la plus conforme à ce qu'ils vivent. Bref, la plus profitable possible !

Dans une société démocratique, l'information doit permettre à chacun d'exercer sa liberté et de choisir en toute connaissance de cause. Ce qui ne va pas sans responsabilités : connaître son statut et donc se faire dépister, bien suivre son traitement pour une personne séropositive et pour une personne séronégative, se protéger et accepter son partenaire contaminé.

**Vous soulignez le rôle de l'effet préventif du traitement pour lutter contre la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH.**

Il y a beaucoup d'ostracisme, y compris dans le milieu gay, vis-à-vis des personnes contaminées. Nombreuses sont celles qui n'arrivent pas à avoir de relations sexuelles, même avec préservatif, car elles ont peur de transmettre le virus. On peut espérer que communiquer sur ce sujet contribuera à diminuer ces craintes illégitimes et favorisera l'acceptation. Aujourd'hui, on n'est pas encore capable de travailler avec les couples sérodifférents. Cet avis est une première étape afin de repenser la prévention. Il ne sert à rien de dire d'un côté qu'il ne faut pas stigmatiser, si toute l'information fournie par ailleurs incite à le faire, en entretenant la vision des personnes séropositives comme vecteurs de la maladie.

**En cela, vous proposez rien moins qu'un changement de paradigme et une refondation du pacte préventif. Comment percevez-vous les différentes réactions du milieu associatif ?**

Je sens d'abord un grand enthousiasme chez de nombreux acteurs de la lutte. Mais il est évident qu'aborder ce problème modifie des approches qui ont été la base de la lutte contre le VIH depuis les années 80. C'est pour cela qu'il existe des résistances chez certains d'entre eux, mais ils sont très minoritaires. Il n'est bien sûr pas question de mettre par terre plus de vingt-cinq ans de travail. Simplement de prendre la mesure de ce que des données peuvent modifier dans le regard porté sur l'infection à VIH, collectivement et individuellement.

Certains craignent que la lutte contre le sida ne bascule dans une vision très médicalisée. En fait, reconnaître l'effet

préventif du traitement donne plus de pouvoir aux associations et aux personnes. Le médecin seul ne peut pas décider. Selon moi, la question est la suivante : peut-on se compléter? On n'aura aucun impact sans les associations. On a des outils techniques, exploitons-les au maximum avec les médiateurs sociaux.

**Certains redoutent que sortir du « tout préservatif » ne brouille les pistes et ne diminue l'utilisation du préservatif. Qu'en pensez-vous?**

C'est une crainte anticipée, voire un peu fantasmée. En réalité, toutes les études montrent qu'une personne qui se sait contaminée a entre 2 à 3,5 fois plus de chance de changer favorablement son comportement que celle qui ignore son statut. La baisse de l'utilisation du préservatif est sans doute concomitante de l'apparition des traitements efficaces, mais elle a eu lieu bien avant la naissance du débat actuel.

En revanche, ce qu'on sait avoir un effet très négatif sur les comportements contraignants – et utiliser le préservatif tout le temps en est un – c'est leur application sur la durée. Dans le cas du sida, la contrainte dure depuis vingt-cinq ans et elle n'est pas prête de s'arrêter : aucun vaccin n'est en vue! La diminution de la peur de la maladie joue aussi, mais elle est légitime.

Personne ne dit qu'il faut arrêter de promouvoir le préservatif, mais offrir une alternative possible est intéressant. Ce serait une erreur que de vouloir stigmatiser la méthode du traitement parce qu'elle serait théoriquement moins sûre. J'estime qu'il n'existe pas une méthode meilleure qu'une autre et qu'il vaut mieux avoir recours à une méthode plutôt qu'à aucune. Dire que l'on peut réduire les risques par le dépistage et le traitement, ce n'est pas inciter à prendre des risques. Au contraire! Parler des traitements encourage à se faire dépister. C'est un enchaînement d'événements qui me paraît aller dans le bon sens.

**Pensez-vous qu'il sera plus difficile de communiquer?**

Il est certain que la technique de prévention deviendra plus complexe. Mais le message simple du tout préservatif n'est pas si efficace que cela. On peut ajouter au « Utilisez un préservatif » répété en boucle, le « Faites-vous dépister, suivre et traiter ». Et l'impact sur l'épidémie, on l'aura. Une bonne stratégie de prévention doit se fonder sur des données scientifiques pluridisciplinaires et non sur des présupposés. C'est maintenant aux experts de la communication d'y travailler.

L'enjeu essentiel de la communication est celui du dépistage, y compris chez les gays. Pour cela, il faudra présenter de façon positive les traitements et leurs avantages. Arrêter de faire peur aux gens avec les traitements, afin d'empêcher le phénomène de déni. Dire qu'il faut bien entendu tout faire pour éviter la transmission, mais que si elle arrive, on a des solutions. La multithérapie, ce n'est

plus 40 comprimés par jour, ni se réveiller toutes les 4 heures, comme le pense la majorité du grand public.

**En avril, l'Aide allemande contre le sida publiait des recommandations extrêmement précises. Pourquoi n'avoir pas fait de même?**

C'était volontaire. Il nous a paru difficile de donner des recettes univoques. Cela dépend vraiment des situations. À un moment, nous pensions entrer dans les détails et cibler les différentes populations. Mais nous avons finalement estimé que ce travail revenait aux associations. Personnellement, j'aurais rédigé des formulations de manière moins elliptique, car je suis plus direct. J'assume entièrement le texte de cet avis. Depuis les premières versions, c'est essentiellement la formulation qui a évolué, pas le fond. Vous savez, il ne sert à rien d'avoir raison tout seul. Ce document devait être accepté et audible par tous, même si, en conséquence, chacun en fait l'interprétation qu'il souhaite.

**Début mai, dans un communiqué, la Direction générale de la santé (DGS) a choisi de réaffirmer le rôle central du préservatif. Quelle est votre réaction?**

Avant de l'envoyer, la DGS a demandé mon avis. J'ai simplement répondu que je prenais la mesure de l'incompréhension manifeste qui s'exprimait là. Je ne suis pas très surpris, mais je suis effondré du gouffre d'incompréhension. Le drame est que les enjeux en termes de vie des personnes et de cohérence de la lutte sont réels. Je trouve que la réaction de la DGS est assez proche de celle du communiqué d'Act Up-Paris qui craint que sortir du « tout préservatif » ne brouille les pistes. Pour la DGS, si le CNS dit quelque chose c'est bien, si les associations bougent c'est mieux.

Le Conseil n'a qu'un avis consultatif, les politiques en font ce qu'ils veulent. Leurs réactions sont lentes ; ils bottent toujours un peu en touche. C'est aussi aux acteurs de la lutte, aux associations, aux médecins et aux patients d'agir. J'espère que l'apport de cet avis sera repris dans les documents édités par les associations.

D'autant que depuis la parution de notre avis sur le dépistage, il y a deux ans et demi, les pouvoirs publics français n'ont rien entrepris. Ils ont confié à la Haute autorité de santé (HAS) une évaluation qui n'est pas terminée et dont les premières conclusions, modestes mais intéressantes, ne sont toujours pas appliquées. Rien n'avance sur le test rapide. Et, selon moi, les études encadrées par l'ANRS ne répondront pas aux questions posées par la HAS. La DGS n'a pas pris la mesure de l'enjeu du dépistage. En revanche, au niveau de l'International AIDS Society et de l'OMS, sous l'impulsion de Julio Montaner et de Kevin de Cock, je suis persuadé que les choses bougeront rapidement.