

« En Belgique, lutter contre le Sida rapportera à la Sécu »

- Une étude inédite démontre qu'investir dans le dépistage « en rue » et dans le traitement anticipé ou préventif permet à la Sécu d'être bénéficiaire après huit ans seulement.
- La Belgique est le troisième pays au monde à utiliser la prophylaxie pré-exposition.

PARIS

DE NOTRE ENVOYÉ SPÉCIAL

A lors que viennent de s'ouvrir à Paris les travaux de plus de 7.000 spécialistes de la maladie, à quelques mètres de l'arrivée finale du Tour de France, la question de dégager les moyens suffisants pour endiguer l'épidémie est au cœur des débats. Car peu importe si les chercheurs mettent au point les meilleures thérapies ou les meilleurs moyens de détection, si, in fine, les pays touchés sur la planète ne veulent ou ne peuvent mettre ces moyens à la disposition des victimes du virus VIH. Mais toutes les interventions ne sont pas « rentables » : inutile par exemple de tester chaque adulte dans les pays occidentaux chaque année, vu le « risque relatif » auquel chacun est exposé. Mais utile de le proposer aux groupes à risque, comme les travailleurs du sexe, les homosexuels masculins ou les migrants.

Mais la plupart du temps, l'analyse « économique » du meilleur emploi de chaque euro manque. Et en Belgique ? Une équipe d'universitaires vient précisément de réaliser cette étude, baptisée Belhiyprev, dont *Le Soir* vous livre les détails. Et elle montre sans détour qu'investir maintenant pourra diminuer de moitié le nombre de nouvelles infections d'ici 2030. Par contre, si les autorités laissent le virus s'installer à l'aise, le nombre de nouvelles infections bondira de 1.000 à 1.350. Ce qui entraînera non seulement des souffrances et des décès supplémentaires, mais aussi un surcoût de 260 millions pour la Sécu.

1 Des solutions déjà disponibles. La solution ne passe pas par la découverte hypothétique d'un nouveau traitement, mais est basée uniquement sur des outils déjà disponibles. Quels sont-ils ?

Il y en a trois : la prophylaxie pré-exposition (Prep), qui consiste à prendre préventivement certains médicaments antirétroviraux avant un rapport sexuel avec une personne séropositive, ce qui permet

d'éviter une contamination. Puis le traitement rapide d'une personne séropositive qui entraîne que le virus ne soit plus transmis en cas de contact sanguin ou sexuel (Tasp).

Enfin, un large dépistage, mais ciblé, l'Outreach. De nombreuses personnes séropositives ne sont pas conscientes de leur contagion, ce qui entraîne une propagation de l'épidémie du VIH en cas de comportement à risque.

2 Pourquoi ? « Nous nous sommes rendu compte que le plan national Sida qui avait été lancé à grand renfort de médiatisation marquait le coup. Certes, certaines avancées avaient été engrangées, mais une grande partie du dispositif était un peu en rade. Pourquoi ? Parce qu'il n'existait pas d'étude purement économique de l'investissement dans la lutte contre la maladie, explique le professeur Jean-Christophe Goffard, responsable du Centre de référence Sida à l'hôpital Erasme (ULB). Nous avons carrément joué le jeu de mettre de côté la détresse et la souffrance des malades et de regarder la maladie du point de vue unique de la gestion de la Sécu. Comme si la réduction de la souffrance venait en bonus. Mais l'essentiel est que l'étude faite par de très sérieux et très écoutés économistes de la santé montre que, dès 2024, on économise de l'argent. »

3 Le résultat. Sans efforts supplémentaires au niveau de la prévention du VIH, l'épidémie se propagera encore plus, jusqu'à atteindre 1.350 nouveaux diagnostics du VIH par an, ce qui correspond à des dépenses totales de 260 millions d'euros d'ici 2030. Le professeur Annemans, économiste de la santé à l'Université de Gand, a calculé que l'introduction de la Prep, du Tasp et de l'Outreach pourrait provoquer la réduction de moitié du nombre d'infections. Cela signifie en soi que rien qu'en 2030, une économie de 33,7 millions d'euros sera réalisée. « Notre analyse montre qu'investir dans la prévention entraînera probablement un coût initial mais que, dans tous les cas, cet investissement sera récupéré. Ne rien faire n'est évidemment pas une option », ajoute le professeur Annemans.

4 Et aujourd'hui ? « Le plus remarquable est que la ministre de la Santé, Maggie De Block (VLD), a déjà pris la décision de rembourser la prophylaxie pré-exposition. Elle l'a fait avant que notre étude soit effectivement publiée dans *Acta clinica belgica*. La Belgique est

le troisième pays au monde à le réaliser, après la France et la Norvège. La Grande-Bretagne, par exemple, a finalement reculé. Si je puis me permettre, c'est "couillu" de sa part. Toute l'opinion ne se montre pas nécessairement favorable à ce qu'on donne un médicament à un séronégatif qui vit avec un séropositif. Le sida reste une maladie où les tabous sont importants », commente le professeur Goffard.

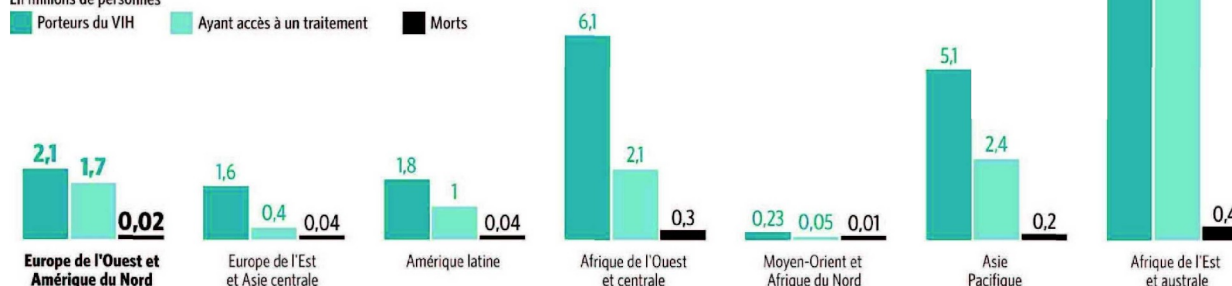
5 Ça bloque. Si la Prep est déjà en route, les deux autres mesures restent problématiques. Car le dépistage ciblé et démedicalisé par des « pairs », sans présence d'un médecin, si elle est la seule possibilité pour toucher un plus grand nombre de personnes à moindre coût et franchir certaines barrières (migrants illégaux, travailleurs du sexe, milieux festifs), est pour l'instant fermement repoussé par la ministre. Qui a même mis fin au financement des projets pilotes qui avaient montré des résultats plus qu'encourageants, rejetant la charge de cette « prévention » sur les Régions. Un paradoxe à l'époque où chacun peut acheter pour quelques dizaines d'euros un auto-test qui peut confirmer le pire à une personne seule dans sa salle de bain. Or, sans dépistage réellement rapide et efficace, impossible de traiter les patients tôt.

« Il faut diminuer les 12 % de positifs qui sont ignorants de leur statut quand ils consultent pour la première fois. Et 40 % des dépistés sont encore des personnes qui le sont très tard. Et qui peuvent avoir contaminé de nombreux partenaires dans l'ignorance du virus », explique Goffard. Le problème majeur reste cependant que les prévisions des professeurs Annemans et Goffard montrent qu'il faut investir davantage dans les huit années qui viennent avant de voir les économies équilibrer puis dépasser ce surcoût. Et donc une continuité d'action politique sur deux gouvernements au moins. Impossible ? Aucun des chercheurs présents à Paris n'accepte de baisser les bras face à la difficulté de convaincre, alors que le virus, lui, n'est plus invincible. ■

FRÉDÉRIC SOUMOIS

VIH : plus de 36 millions de séropositifs, 1 million de décès en 2016

En millions de personnes



LEXIQUE

Les trois armes principales

Ce que le jargon des spécialistes du sida appelle « la prévention combinée » repose sur un trio de mesures.

1. En plus de l'utilisation du préservatif classique, prendre

préventivement certains médicaments antirétroviraux avant un rapport sexuel avec une personne séropositive permet d'éviter une contamination par le VIH. Dans le jargon, cela s'appelle la Prep ou la prophylaxie pré-exposition.

2. Un traitement rapide d'une personne séropositive peut

diminuer la charge virale du VIH dans le sang, de sorte que le virus ne soit plus transmis en cas de contact sanguin ou sexuel. On appelle cela la Tasp, pour Treatment as Prevention, « traitement comme prévention ».

3. Le dépistage ciblé. De nombreuses personnes séropositives ne sont pas conscientes

de leur contagion, ce qui entraîne une propagation de l'épidémie du VIH en cas de comportement à risque. Rechercher activement les personnes infectées par le VIH et commencer un traitement antirétroviral permet d'endiguer un peu plus le VIH. C'est qu'on appelle l'Outreach.

FR.SO

CHEFS D'ÉTAT

Macron absent...

Leur prise de parole est d'ordinaire mesurée et feutrée. Mais les scientifiques présents à Paris ont retiré leurs gants pour lancer l'alerte. Il faut dire que, de manière peu compréhensible, le président Macron ne viendra même pas les saluer, contrairement à la plupart des chefs des États qui reçoivent successivement la conférence mondiale annuelle. « Un affront, estime un chercheur français de pointe, la France a toujours été un des chefs de file de la recherche. » Et leur déclaration d'ouverture est sans ambages : « Au cours des trente dernières années, la recherche a permis de comprendre et de définir les moyens nécessaires pour prévenir la maladie liée au VIH, d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et de réduire le nombre de nouvelles infections. Ces extraordinaires progrès

scientifiques et notre capacité à relever les défis qui subsistent sont menacés par la diminution du financement de la recherche. » En ouverture des travaux de la conférence, des militants d'Act Up ont pris à partie la ministre française de la Santé aux slogans de « Shame on Macron » (Honte sur Macron).

... Trump évanescant

« Pas de fin du VIH sans la recherche et pas de recherche sans des investissements pérennes », proclame la déclaration de Paris. Si elle ne cite pas nommément les États-Unis de Trump, tout le monde a compris que le vent mauvais venait d'Outre-Atlantique. « Des vies risquent d'être perdues inutilement », s'inquiète la chercheuse sud-africaine Linda-Gail Bekker, présidente de l'International AIDS Society, qui coorganise la conférence avec l'agence française de recherche sur le sida, l'ANRS.

Les États-Unis sont historiquement le plus gros contributeur à la lutte contre le sida, et de loin : ils représentent à eux seuls plus de 2/3 des financements gouvernementaux internationaux. L'an dernier, ils ont consacré 4,2 milliards d'euros à des programmes de lutte, très loin devant le Royaume-Uni (645,6 millions) et la France (242,4). Or, le président Donald Trump propose de réduire ces dépenses dans le budget 2018, actuellement en discussion au Congrès, pour un montant global évalué à plus d'un milliard de dollars. Ces coupes priveraient 830.000 patients, essentiellement africains, d'antirétroviraux, traitements qui empêchent le développement du virus, estime la Kaiser Family Foundation. Elles entraîneront en outre 200.000 nouvelles infections, prévoit cette organisation américaine à but non lucratif.

FR.SO

les pistes de recherche Un retour à la... monothérapie

Si la trithérapie à prendre à vie reste le standard du traitement des malades infectés par le VIH, les chercheurs progressent dans de nouvelles directions afin de rendre le fardeau moins lourd. « *Les traitements d'aujourd'hui sont plus efficaces et moins toxiques à long terme et on peut espérer qu'on puisse encore les simplifier*, déclare le professeur Jean-François Delfraissy, qui préside la conférence IAS 2017. *Plusieurs pistes sont à l'étude. Une consiste à alléger les traitements : deux voire un seul antirétroviral par jour ; on évalue aussi la possibilité de "concentrer" le traitement sur quelques jours ou bien de délivrer des médicaments à action prolongée dont le principe actif serait libéré lentement dans le sang pendant plusieurs semaines. De nouvelles molécules sont par ailleurs à l'étude, dont certaines appartiennent à de nouvelles familles d'antirétroviraux, comme des inhibiteurs d'attachement ou de maturation.* »

Ces dernières molécules interviennent dans une étape plus tardive du cycle de duplication du VIH que les médicaments actuellement utilisés. Elles permettraient de surmonter les « résistances » que montrent déjà une partie des malades aux médicaments actuels. Il faut savoir que le virus mute en permanence pour échapper à l'efficacité des médicaments successivement mis au point. Les nouveaux patients infectés sont donc parfois infectés avec un virus qui « reconnaît » déjà l'antirétroviral de base.

Nouvelle frontière

Par ailleurs, le principe des antirétroviraux est d'empêcher la réplication du virus et de permettre aux patients de vivre avec une charge virale maîtrisée. Maîtrisée, mais pas supprimée. Les antirétroviraux ne parviennent pas à éradi-

quer les réservoirs viraux, ces cellules où le VIH persiste à l'état latent et est capable de se réactiver si les traitements antirétroviraux sont arrêtés. « *C'est la nouvelle frontière que nous nous sommes fixée* », explique la professeure Françoise Barré-Sinoussi, prix Nobel de médecine 2008 pour la découverte du virus. « *Plusieurs observations nous permettent de penser que nous pourrions parvenir à la guérison, ou de manière plus raisonnable à la rémission de la maladie, sans traitement. Le cas de quelques patients contrôlant leur infection pendant de longues années alors qu'ils ne prennent pas de traitement, ou encore de cette enfant mise sous traitement peu après la naissance et chez laquelle aucune charge virale n'est détectable depuis l'arrêt des antirétroviraux. On peut citer aussi le patient dit "de Berlin" ayant bénéficié d'une transplantation de la moelle provenant d'un donneur présentant une ré-*

sistance génétique à l'infection et dont le virus est devenu indétectable dans le sang, ou encore des travaux expérimentaux menés chez les primates... Tous ces éléments sont en faveur du concept de rémission possible après arrêt de tout traitement », ajoute-t-elle.

Simplification

« *Il y a un foisonnement de contributions originales dans le domaine des antirétroviraux. De nouvelles molécules, de nouvelles formulations (en patches, à durée d'action longue...) sont présentées. Leur utilisation dans des anneaux vaginaux, à visée préventive donc, est prometteuse. Dans les pays du sud, la priorité est de développer des stratégies de simplification thérapeutique et d'offrir des possibilités de traitements efficaces et adaptés* », explique le professeur Delfraissy. ■

Fr.So