

Transcription de l'interview du Pr. Yves Lévy

Support : DVD-vidéo « Pour la vie », 2005

Chapitre DVD : « Ressources, pour aller plus loin », les inte

Yves Lévy est spécialiste du sida. Il dirige la recherche sur le vaccin en France et il est professeur d'immunologie clinique à l'hôpital Henri Mondor, à Créteil. Il préside le Comité scientifique de l'association Sidaction.

Le DVD-Vidéo « Pour la Vie », propose deux modes d'accès à l'interview : toute l'interview ou par entrées par idées reçues.. La transcription de l'interview ci-dessous, suit ce dernier.

- 1 - Les origines du sida
- 2 - Yves Lévy - La trithérapie
- 3 - Les comportements à risques
- 4 - Le vaccin
- 5 - L'accès aux soins
- 6 - Les femmes
- 7 - La discrimination

Yves Lévy – Les origines du sida

Professeur Lévy, il y a une idée reçue sur le VIH, c'est qu'on connaît bien les origines du sida, mais qu'on ne nous dit pas tout. On sait, mais on ne nous dit pas tout. C'est vrai ou c'est faux ?

Je crois que c'est faux. Je crois qu'on sait beaucoup de choses aujourd'hui, et qu'il n'y a pas de raison de cacher les choses. Mais elles sont difficiles à comprendre parce que effectivement on parle d'un virus qui était chez les singes. Il vivait chez le singe sans entraîner de maladies, et puis là on parle d'une maladie chez l'homme, et comment ce virus est passé à l'homme. Et en fait parmi les choses que l'on a retracées maintenant, on sait que le virus est passé à l'homme par le contact entre l'homme et le sang du singe, parce qu'en Afrique il y a des coutumes, on chasse le singe, on le mange, on prépare la viande. Et les hommes se sont contaminés. Et là on a un exemple : quand un virus n'entraîne pas de maladies dans une espèce, et qu'il passe à une autre espèce, il peut devenir pathogène : on dit « pathogène » c'est à dire qui peut entraîner une maladie.

La gravité, c'est que le passage interhumain par les relations sexuelles, par le sang, fait qu'on a vu cette dissémination de l'épidémie à partir des années 1980.

Et on a reconstitué ce passage du sida du singe à l'homme en date de quand ? Ça s'est passé quand ?

Il y a peut-être eu plusieurs passages. On a trouvé par exemple dans des prélèvements chez des hommes, dans les années 1950 déjà, des traces du virus, mais il n'avait pas forcément entraîné l'épidémie. Et ce qui s'est passé, c'est en même temps ce passage : sûrement une évolution du virus et en même temps la

diffusion de masse par les relations sexuelles, et donc par les relations qu'on a retracées dans les années 1980.

Et c'est donc au moment où le virus est passé du singe à l'homme qu'il y a eu cette espèce de mutation qui a rendu ce virus tellement mortel pour l'espèce humaine ?

Absolument,. Parce qu'en fait cette adaptation du virus à une espèce a fait qu'il a coexisté chez le singe sûrement pendant des années et des années, des dizaines, peut-être des milliers d'années. Et puis quand il est passé à l'homme, à ce moment-là il est devenu directement pathogène. Pour un virus comme pour tout organisme pathogène, il est indispensable de se multiplier, et vivre dans l'organisme qu'il infecte. Si l'organisme meurt tout de suite, il ne peut pas se diviser, se multiplier. Et donc cette coexistence chez le singe n'a pas été retrouvée chez l'homme. L'équilibre a été rompu.

Est-ce qu'il y a des exemples d'autres virus qui comme ça sont passés d'un animal à l'homme ? On parlait du risque, de la menace de grippe aviaire, mais on en est pas encore là... Je dis ça parce que c'est vrai que ça nourrit des fantasmes cette transmission du singe à l'homme. On dit que ça s'est passé autrement, qu'un virus a été volé dans un labo...

Les fantasmes évidemment sont là. Le seul moyen de lutter, c'est de dire les choses telles qu'elles se sont passées. On a aujourd'hui des techniques scientifiques de biologie moléculaire où l'on dissèque le gène d'un virus : on va le retrouver dans les espèces, on voit le lien... Donc tout ça est extrêmement clair. Ce virus a existé, il est très proche de celui de l'homme, il est passé à un moment... L'autre exemple, c'est la grippe quand même : le virus du poulet à l'homme. Et puis il y a une autre maladie, qui n'est pas virale, qui est cette maladie du prion, qui était chez les animaux, et qui, une fois mutée passe à l'homme par... peut-être la consommation de viande, pouvait entraîner cette maladie dont on a parlé il y a quelques années. Heureusement, la catastrophe qu'on avait annoncée n'est pas arrivée.

Yves Lévy - La trithérapie

Professeur Lévy, si je vous dis aujourd'hui : « Grâce aux trithérapies, on ne meurt plus du sida ? » C'est vrai ?

C'est vrai qu'en partie. Les trithérapies ont tout changé. Effectivement, cela a diminué le risque de mortalité. Cependant, même si des progrès ont été faits en terme de nombre de comprimés à prendre ou de nombre de prises par jour, il n'est pas facile de vivre en prenant ces médicaments tous les jours. Ce sont des traitements aujourd'hui difficiles, qui entraînent des complications, et on ne sait pas à long terme. Vous savez, on a dix ans de recul ! On ne sait pas ce qui se passera dans vingt, trente ans... Enfin, on n'a pas tout réglé avec les traitements car tout le monde n'y a pas accès et d'autre part, chez certains, le traitement est commencé trop tardivement. Chez ces malades, diagnostiqués trop tard, la mortalité reste élevée malgré la trithérapie. Il n'est donc pas juste de dire qu'aujourd'hui les traitements ont réglé tous les problèmes et que l'on ne meurt plus du sida.

Ça veut dire que ce sont peut-être de « petites bombes à retardement », que ça peut déclencher des pathologies ?

Aujourd'hui, ça peut déclencher des pathologies, on le sait, mais des pathologies qu'on commence à connaître parce qu'avec dix ans de recul on commence à bien les connaître...

Par exemple ?

Par exemple, le diabète. Les gens ont des problèmes métaboliques, l'augmentation du cholestérol dans le sang, ce qui entraîne donc des problèmes cardiovasculaires, donc des problèmes d'infarctus à long terme. Il faut donc qu'on trouve d'autres traitements moins toxiques. C'est sûr qu'on est dans une maladie chronique, et les gens vont donc vivre maintenant vingt à trente ans avec cette infection, comme d'autres infections chroniques. Et il faudra prendre des traitements tous les jours.

Et vous dites que ça développe, on ne sait pas exactement jusqu'à quel point, de nouvelles pathologies. Et c'est quand même très lourd, c'est pas un ou deux cachets qu'on prend comme ça... Trithérapie, d'ailleurs, pourquoi « tri » ?

Parce qu'en fait au début on avait des médicaments d'une seule famille. Et puis quand on en a eu un, on a donné celui qu'on avait, et puis après on en a eu deux d'une même famille, on les a associés. On avait fait un petit progrès, mais ce n'était pas extraordinaire. Les gens mouraient aussi très vite. Et puis sont arrivés des médicaments d'une autre famille, et on les a associés. Et comme le traitement initial était de trois médicaments, donc triple, on a parlé de « trithérapie ». Et aujourd'hui on a des trithérapies avec pas forcément beaucoup de comprimés par jour, car on a fait des progrès là-dessus.

On n'est pas obligé de prendre vingt-cinq pilules par jour ?

Non, on n'est pas obligé de prendre vingt-cinq pilules... Ça, ce sont les progrès des dernières années.

C'est-à-dire que maintenant ça se réduit à... ?

On peut avoir une trithérapie avec deux comprimés par jour, mais parfois il en faut beaucoup plus. Le problème, c'est que le virus s'habitue à ce traitement, que le virus peut devenir résistant aux médicaments, et il réapparaît dans le sang. Et il faut donc tout le temps taper dessus, et pour taper dessus, et pour être efficace, il faut toujours de nouvelles trithérapies, de nouvelles molécules... Pour vous donner un ordre d'idées, en 1987, on avait deux molécules, aujourd'hui on en a plus de vingt. C'est donc un progrès considérable. On peut les associer, mais quand le virus devient résistant à un médicament il peut devenir résistant à plusieurs médicaments de la même famille. Et donc on perd toutes les cartouches en même temps.

Dès qu'on est touché par le virus, on est susceptible d'être mis sous trithérapie ? Il faut tout de suite être traité ?

Non, non, non...

Ou c'est quand on entre dans la maladie ?

Pas quand on entre dans la maladie. Aujourd'hui, le progrès qu'on a fait, c'est qu'on traite au moment justement où les choses vont encore bien. Il ne faut pas traiter trop tôt, parce que là on va traiter plusieurs années. Et, vous avez vu, on veut éviter ces complications. Mais il ne faut pas traiter trop tard parce que là on est beaucoup moins efficace. Et donc on surveille les personnes infectées. Et le conseil qu'on peut donner, c'est quand quelqu'un est infecté d'être suivi régulièrement. Et il va peut-être commencer le traitement dans cinq ou six ans, et dans cinq ou six on aura peut-être de nouveaux médicaments.

Et est-ce qu'il y a des personnes atteintes par le virus qui ne supportent pas du tout les trithérapies ?

Oui, bien sûr.

D'entrée presque ?

Oui. Il y a des personnes qui ne supportent pas pour des raisons psychologiques, ou des raisons physiques, ou des raisons de réaction de l'organisme... Mais on arrive quand même aujourd'hui à traiter les gens. Avec les médicaments que l'on a, on arrive à trouver une combinaison que les gens peuvent accepter. Alors c'est un dialogue entre le médecin et le patient, pour trouver, pour écouter ses plaintes, parce que parfois il faut savoir les écouter, et changer les traitements quand il faut.

Les trithérapies, ça ne guérit pas, ça ne traite pas vraiment le problème, ça maintient en vie dans des conditions qui sont parfois confortables quand même, et pendant longtemps.

Parfois confortables, parfois plus difficiles, c'est un très, très, très long chemin. Et c'est un traitement qu'il faudra tout le temps continuer. Il faut donc trouver des stratégies pour pouvoir les arrêter.

Yves Lévy – Les comportements à risques

Professeur Lévy, on pense encore souvent aujourd'hui que le sida ne touche que les personnes à risques, comme on dit, les homosexuels, les toxicomanes...

Alors, ça c'est faux. Si l'on peut faire passer une idée, c'est de dire que c'est complètement faux. Évidemment, il y a des groupes qui par leur comportement sexuel – en sachant que ces dernières années ces groupes-là dont vous parlez ont fait énormément de progrès pour la prévention – sont plus exposés. C'est que cette prévention se relâche dans les groupes avec la durée de l'infection. Ça fait vingt ans que ces gens-là se protègent, font attention à la transmission. Il y a donc une lassitude. On dit qu'il y a un relâchement de la prévention. Mais aujourd'hui, le virus, il n'a pas de frontière, de sexe, il n'y a pas frontière géographique, et on sait qu'il n'y a plus de groupes à risques. Tout le monde doit se protéger. Et la meilleure preuve, peut-être, c'est ce qui s'est passé en France l'année dernière : une personne infectée sur deux était une femme. Ce n'est donc pas forcément les groupes à risques et les relations homosexuelles entre hommes...

C'est une femme, une jeune fille ?

Alors, l'âge est très étalé. Et en fait il y a beaucoup de femmes aussi d'Afrique subsaharienne, et donc il y a effectivement une transmission très importante. Mais il y a aussi des femmes en France qui peuvent se contaminer dans des relations hétérosexuelles.

Et les ados ne pensent pas vraiment aujourd'hui qu'ils peuvent être – quand ils ont des amours hétéro –, qu'ils sont à risques. Ça ne leur vient pas forcément à l'esprit. C'est toujours les homos, les toxicos...

C'est pour ça qu'il faut le dire que c'est absolument faux aujourd'hui. Les ados doivent se protéger. Et c'est très difficile évidemment...

Et la seule protection, c'est... ?

C'est le préservatif.

Mais le préservatif, ça coûte cher professeur ?

Le préservatif, ça coûte cher, et c'est donc effectivement un problème. Il faut tout le temps répéter auprès des institutions, de l'Éducation nationale, du ministre de la Santé qu'il n'est pas normal qu'il n'y ait pas de distributeurs de préservatifs dans les collèges et les lycées, qu'il n'est pas normal que le prix du préservatif ne soit pas fixé – au moins dans ces zones-là, à vingt centimes d'euro –, qu'il n'est pas normal que les adolescents ne puissent avoir accès à cette prévention...

Et qu'est-ce que vous leur dites aux ados qui justement sont confrontés au prix des préservatifs dans les pharmacies, qui sont encore très élevés pour des budgets de gamin ?

Je leur dis aussi qu'il faut qu'ils se révoltent, qu'ils parlent dans leur lycée, qu'ils essaient d'obtenir ça, il y a des comités dans les lycées, etc. Nous, malheureusement, sur le plan médical, on peut dire : « Il faut vous protéger ». Mais je ne peux pas, moi, effectivement fixer le prix du préservatif. Alors on alerte tout le monde. Il y a des endroits où des progrès sont faits. Il y a encore des pharmacies où l'on peut trouver des préservatifs à prix beaucoup moins chers. Mais c'est difficile aujourd'hui. On le voit dans les enquêtes, dans les enquêtes faites en France l'année dernière : la consommation des préservatifs ne montent pas avec la campagne forcément.

Et les parents ne les achètent pas pour leurs enfants ? Ils ne sont pas prescripteurs ?

Ils ne sont pas prescripteurs pour les enfants, je ne crois pas. Cela nécessite un dialogue dans les familles. Vous savez, on voit parfaitement que des mères peuvent emmener des filles chez les gynécologues pour effectivement prendre une pilule, faire un bilan... Mais il y a aussi le préservatif, et ça c'est beaucoup moins répandu.

Yves Lévy – Le vaccin

Professeur Lévy, vous qui dirigez la recherche sur le vaccin en France, on va vite le trouver ce vaccin, c'est à portée de main, non ?

Non, ce n'est pas à portée de main. Si vous vous rappelez ce qu'on disait en 1985 : on disait que le vaccin serait prêt dans trois ou quatre ans, etc. Je crois qu'on ne peut pas dire ça. Il faut dire qu'on a fait des progrès, il faut aussi dire que la recherche, c'est extrêmement difficile. Elle sera très longue. Vous savez, j'ai l'habitude de dire : « C'est un marathon, ce n'est pas une course de vitesse le vaccin. » Pour plein de raisons. Il y a plusieurs défis qu'on a jamais affrontés, qu'on a jamais relevés dans la science, ou dans la science du vaccin pour d'autres infections. On sait que ce virus, il change tout le temps, il mute tout le temps, il échappe à tout, même aux médicaments. Et que ce virus en plus est différent dans différentes parties du monde, et qu'il est même différent au sein des individus infectés. Il faut donc trouver un vaccin qui serait universel, pour protéger tout le monde qui serait en contact. Il faut plusieurs pistes, il faut tester beaucoup de vaccins, il faut les tester. Et aujourd'hui on ne sait pas quelles sont les réponses immunitaires, c'est-à-dire qu'on doit induire comme réactions de l'organisme, qui seraient celles qui nous diraient que ce vaccin est efficace pour se protéger. Si l'on prend d'autres vaccins : vous faites une prise de sang, et vous savez que vous êtes protégé. On vous dit : « C'est pas la peine de le refaire. » Pour le virus du sida, on ne sait pas aujourd'hui ce qu'il faut mesurer pour pouvoir dire : « Ça, ça va nous protéger. »

Mais on peut-on à peu près nous dire, pouvez-vous nous dire : « On en est à ce stade-là de la recherche » ?

Oui. Vous savez, dans une recherche comme ça, il y a trois stades. Dans le premier stade : on a un candidat vaccin, et on veut voir s'il est bien toléré, s'il n'entraîne pas de dégâts. Après on a un autre candidat vaccin : on veut voir s'il entraîne des réponses intéressantes chez la personne vaccinée. Et après on veut voir si ces réponses sont associées à une protection. Aujourd'hui, on en est aux réponses intéressantes. On a donc des candidats vaccin. Pour passer au vaccin, il faudra qu'on prouve la protection. Aujourd'hui, on n'a pas de vaccins suffisamment efficaces qui remplissent ces étapes, pour dire qu'on va voir la protection. Donc, vous voyez, on est à un stade intermédiaire.

Vous travaillez tout seul dans votre labo avec votre équipe au niveau français ou c'est très européen comme recherche de vaccin, très mondial ?

Elle est mondiale cette recherche. Aujourd'hui, heureusement, les politiques comme les scientifiques ont compris qu'il fallait partager ce savoir, et qu'il fallait avancer ensemble. Je ne dis pas qu'il n'y a pas de compétition...

Il y en a toujours...

Mais ce n'est plus le problème. Non. Il y a une coordination de la recherche au niveau mondial. Alors peut-être qu'en Europe, c'est pas encore assez fort par rapport à ce qui se passe aux États-Unis, mais on participe à une recherche mondiale. Et ça, c'est vraiment le progrès des dernières années.



Vous pouvez quand même oser un pronostic sur le délai qui reste avant qu'on trouve le vaccin ? Dix ans, vingt ans ? Rien ?

Non, parce qu'après on dira que c'est une idée fautive donc je ne dirai pas un pronostic. Ce qui est important, c'est qu'on avance, qu'on la structure mieux cette recherche, qu'on comprend mieux les défis, qu'on a plus de candidats vaccin, et plus on en aura, plus on espérera trouver la combinaison qui marchera peut-être. Mais on n'est pas rendu aujourd'hui à dire qu'on va tester le vaccin pour voir son efficacité dans les deux ou trois ans.

Donc c'est pas pour tout de suite en tout cas.

Non.

À court terme, c'est sûr que c'est non.

Ça, c'est non.

Ce qui peut-être nous a fait croire, professeur Lévy, qu'on avait trouvé un vaccin, c'est qu'on a entendu parler de « vaccin thérapeutique ». Cela a quelque chose à voir avec le vaccin que vous recherchez, ou pas ?

Non, c'est deux choses différentes. Le vaccin préventif, celui dont on parle, c'est celui qui va permettre à une personne non infectée, une personne saine d'être vaccinée et de se dire : « Je suis protégée, je ne risque plus d'être contaminée par le virus. » Le vaccin thérapeutique, c'est différent. Et là on a fait plus de progrès, et plus rapidement. C'est l'idée que le système immunitaire se défend contre ce virus tout le temps, pendant dix ans, vingt ans, et qu'à un moment il s'épuise parce que le virus est beaucoup plus fort en fait. Et le vaccin thérapeutique a donc pour but de renforcer ses défenses.

On vaccine quelqu'un qui est déjà infecté pour augmenter ses chances de se défendre lui-même contre le virus. Parce que, vous savez, la meilleure défense contre les virus, c'est toujours notre réponse immunitaire. Et c'est exactement l'idée pour le vaccin thérapeutique. Et c'est donc ce qui pourrait permettre à des personnes infectées – qui ont cette trithérapie qui dure très longtemps, qui ont des effets secondaires, et qu'on ne peut pas arrêter – de renforcer leurs défenses, et que le système immunitaire renforcé devienne le meilleur antiviral, et qu'on puisse faire des vacances de traitement de ces antiviraux.

Yves Lévy – L'accès aux soins

Professeur Lévy, depuis que le sida est apparu sur la planète, on se dit que maintenant les pays du Sud ont accès aux médicaments ?

Non. Ils n'ont pas accès aux médicaments. C'est faux. Et il y a beaucoup de difficultés. En tout cas simplement les chiffres le montrent. Aujourd'hui, il y a moins de 10 % des personnes infectées dans les pays du Sud qui reçoivent un traitement.

Moins de 10 %, c'est-à-dire un malade sur dix seulement ?

Qui aurait besoin d'un traitement...

Qui est traité ?

Absolument, qui est traité, qui reçoit ce traitement. Il y a donc beaucoup d'obstacles pour ça, qui sont des obstacles politiques, évidemment économiques, aussi des obstacles de structures dans les pays concernés, même de prise en compte de la nécessité des traitements, et puis des obstacles sur la mise à disposition de ces médicaments.

Mais alors est-ce que ce sont les labos qui vendent les médicaments trop cher, est-ce que ce sont les gouvernements qui ne veulent pas investir dans l'achat de ces médicaments ?

C'est un ensemble de raisons. Et toutes les raisons que vous venez de citer, et encore d'autres, peut-être même des raisons culturelles. Mais aujourd'hui ce que l'on peut savoir, ce que l'on peut dire, c'est qu'on est très, très loin du compte du nombre de traitements, ou personnes traitées. Vous savez, on avait un objectif l'ensemble de la communauté internationale, qui était à la fin de l'année 2005 de traiter trois millions de personnes. Mais on était pas au compte des personnes qui devaient être traitées.

Dans les pays du Sud ?

Dans les pays du Sud. Je ne suis pas sûr qu'on atteigne déjà l'objectif des trois millions à la fin de 2005. Alors ces obstacles, c'est évidemment l'accès au générique. Les génériques, c'est quoi ? C'est le même médicament, c'est ceux dont on parle en France...

Mais moins cher.

Mais moins cher.

Un médicament moins cher.

Alors on a un vrai problème. Par exemple, les femmes qui sont infectées et qui sont enceintes dans les pays du Sud, et qui risquent de transmettre le virus à l'enfant à naître. On pourrait empêcher cette transmission avec un dollar, c'est-à-dire un dollar, un traitement.

Par maman, un dollar par maman ?

Par maman. Pas un dollar par jour. Un dollar. Le jour quasiment de l'accouchement, avec un comprimé, on pourrait diminuer la transmission de 30 à 10 %. Voyez. Et ça on n'y arrive pas, pour plein de raisons. Les femmes ne sont pas dépistées, parce que c'est difficile pour elles d'aller se faire dépister, parce qu'il n'y a pas toujours le traitement, parce que ce médicament n'est pas accessible. Donc simplement un impact que l'on aurait là sur l'épidémie, vous pouvez le mesurer avec un dollar. Il faut aussi que les femmes soient dépistées, qu'elles ne soient pas rejetées si elles étaient séropositives et enceintes, qu'elles puissent avoir ce traitement-là à l'endroit où elles vont accoucher, et donc que tout ça arrive. Et on est très loin du compte.

Mais une volonté politique au niveau central, au niveau des gouvernements, pourrait quand même influencer sur la culture ?

Je pense que le problème est politique. Je ne pense pas qu'il est économique. Je pense, et nous pensons, plusieurs d'entre nous, que le problème est politique. S'il y a des décisions... il y a des décisions, il y a des volontés, il y a des affirmations, il y a le fonds mondial pour payer ces médicaments et permettre l'accès aux médicaments, mais ça ne va pas assez vite.

Et quand vous dites qu'il est politique, il est politique au niveau local, au niveau des pays, les pays africains les uns derrière les autres, ou au niveau mondial ?

Mondial. C'est une épidémie qui n'a pas de frontière. On ne peut pas se protéger en disant : « Nous, on traite les gens ». Parce que le virus viendra, les gens infectés viennent chez nous, on ne pourra pas bloquer cela. C'est donc une volonté au niveau mondial. Et il y a des décisions, mais elles ne vont pas assez vite, et l'accès au traitement n'est pas aujourd'hui quelque chose d'universel.

Et les gouvernements des pays industrialisés par exemple – pour être un peu plus concret et clair – pourraient être beaucoup volontaristes justement dans l'accès aux médicaments des pays les plus pauvres ?

Absolument.

Ils pourraient avoir une action décisive !

Absolument.

Et ils ne le font pas.

Ils ont les moyens d'avoir une action décisive, ils devraient contribuer comme ils ont promis de le faire au fonds mondial pour payer leur quote-part pour l'accès de ces traitements. Ils pourraient influencer les règles du commerce mondial, qui bloquent l'accès au générique, etc. Ce sont donc des décisions politiques.

Yves Lévy – Les femmes

Professeur Lévy, quand on vous dit que les femmes, ce n'est pas leur problème le sida, que c'est d'abord les homos et puis les toxicos. Alors il y a des femmes, mais il y a beaucoup d'hommes. Les femmes, elles ne sont pas concernées, elles ne sont pas en première ligne ?

Si. Les femmes sont concernées. Les chiffres le montrent. Dans les personnes infectées l'année dernière, il y a deux chiffres importants. L'année dernière, il y a cinq mille personnes qui ont découvert leur séropositivité en France. Sur ces cinq mille personnes, il y avait une femme sur deux. Et l'autre chiffre extrêmement intéressant, et inquiétant, c'est que la moitié de ces personnes s'était contaminée dans les six mois précédents. Pour les messages de prévention, et au niveau des femmes, ces messages ne passent donc pas. Mais évidemment les femmes sont concernées, il n'y a plus de groupes à risques. Et les femmes ont aussi d'autres difficultés, pas

simplement dans les pays du Nord, surtout dans les pays Sud, pour des raisons culturelles, des raisons de discriminations, de découvrir et de se faire dépister, et l'accès évidemment dans les pays du Sud. Les femmes sont donc concernées.

Dans les pays du Sud dont vous parlez, ce sont elles qui sont les plus nombreuses à être victimes du VIH, non ? Dans les pays pauvres ?

Non. Dans les pays pauvres, non. Je ne crois pas que ce soit un ratio où il y a plus de femmes que d'hommes. Mais effectivement les femmes peuvent beaucoup moins se protéger, peuvent beaucoup moins imposer dans leurs relations sexuelles une protection, ce que heureusement on peut faire dans les pays du Nord. Les femmes doivent donc être informées qu'il n'y a plus de groupes à risques. Les femmes sont aussi concernées par la contamination quand on voit les chiffres en France, et il y a donc des problèmes spécifiques. Pour la prévention, par exemple, le préservatif féminin est très cher, n'est pas facile à utiliser, les progrès n'ont pas été extraordinaires, et il n'est pas du tout utilisé.

Est-ce qu'il faudrait alors féminiser un peu aussi le message ? Faire un message plus en direction des garçons, et puis un autre en direction des filles pour qu'elles comprennent bien que ce message aussi les concernent, elles ?

Non. Je crois qu'il faut rester dans un message global. Les filles vont avoir des relations avec les garçons, les garçons avec des garçons, les filles avec des filles... Je pense que tout le monde doit se protéger, tout le monde doit avoir conscience que personne n'est à l'abri de ce virus. À partir du moment où l'on a une vie et qu'on a refusé comme mode de protection l'abstinence – parce qu'on peut penser que ça marche, mais ça ne marche pas évidemment –, tout le monde est concerné, tout le monde doit prendre la mesure de ça. Et c'est très facile de rester séronégatif. Il faut le savoir, il faut savoir se protéger...

Et prendre un préservatif ? Ou imposer le préservatif à son partenaire ?

Ou imposer le préservatif à son partenaire. Et plus on en parlera, plus ça sera quelque chose qui sera peut-être plus facile à dire pour une femme, ou pour un adolescent, ou une adolescente...

À dire quoi ?

Qu'elle exige un préservatif.

Yves Lévy – La discrimination

Professeur Lévy, aujourd'hui, on vit très bien finalement avec les trithérapies ? On vit normalement quand on est atteint par le sida ?

Non. Quand même pas tout à fait. Sûrement pas. On ne peut pas dire ça parce que, vous savez, il y a eu une très grande enquête faite en France sur la manière de vivre justement des personnes séropositives l'année dernière. On a appris beaucoup de choses, très intéressantes d'ailleurs sur notre société en dehors de la vie de ces personnes infectées. D'abord, la discrimination sur les lieux de travail. Une personne

sur deux se plaint de discrimination sur les lieux de travail. Aussi, les problèmes des trithérapies, qui sont des traitements lourds, qui parfois entraînent des problèmes de changement de morphologie, où les gens se sentent stigmatisés, donc ils vivent mal dans leur peau.

C'est-à-dire qu'on regarde encore les personnes atteintes comme éventuellement des personnes dangereuses, elles sont discriminées au travail, encore aujourd'hui, et de façon sensible ?

Oui. Les personnes se plaignent. Elles se cachent parfois, parfois elles se cachent de leur famille, elles sont très seules...

Elles n'osent pas le dire ?

Non. Je pense que ce qui frappe aujourd'hui en consultation quand on voit des personnes infectées, qui n'ont plus de risque de mourir parce qu'elles ont un traitement efficace, c'est peut-être l'isolement, peut-être aussi le sentiment que la société pense que ce problème est réglé, alors qu'elles vivent difficilement. C'est se cacher au travail, c'est les problèmes d'assurance, c'est les problèmes de surtaxe dans les prix de l'assurance, etc. Et puis quand on voit le revenu social, c'est-à-dire les personnes qui sont infectées aujourd'hui, une personne sur deux en France vit des aides de l'État, quelle qu'ait été sa situation professionnelle antérieure. De rentrer dans la maladie chronique, d'être traité fait que beaucoup de gens ont perdu leur travail.

Et on dégringole socialement quand on déclare sa maladie ?

Absolument. On dégringole. Et même sa séropositivité et son traitement. Pas le sida où là on a des problèmes médicaux. Donc quand on voit cette enquête sur la qualité de vie des personnes infectées, eh bien les problèmes sont loin d'être réglés. Ils sont médicaux, ils sont sociaux, ils sont économiques, ils sont aussi éthiques chez nous. Et donc les gens ne vivent pas forcément bien aujourd'hui.

Et ça veut dire qu'il faut que nous on change encore le regard qu'on porte sur les personnes atteintes ?

Absolument.

C'est encore un regard accusateur, craintif... comme au début de la maladie au fond ?

Oui. Dans le travail, dans les familles, il faut plus en parler. Et puis aujourd'hui les gens infectés le disent, ils sont seuls. Le risque...

Ce sont encore des gens qui font peur à l'environnement ?

Je pense que ça peut faire peur. Je ne dis pas qu'ils font peur, mais je pense qu'ils ressentent une discrimination, et un isolement... Et le pire, c'est que quand on diffuse le message que les problèmes sont réglés grâce au traitement, il y a un niveau supplémentaire d'isolement, où les gens se disent : « On ne s'intéresse plus à la recherche, on n'a plus les moyens d'avancer, et donc on est de plus en plus seul. »



Et ça vous révolte quand vous avez des gens en consultation qui témoignent de ça ?

Bien sûr, c'est absolument révoltant puisqu'on a fait des progrès considérables. On sait qu'on n'a pas tout réglé, et peut-être que des gens ou des décideurs se rassurent faussement en se disant que le problème est réglé. Et donc en fin de compte on ne vit encore pas très bien même dans nos sociétés quand on est séropositif.

L'interview

Interview du Pr. Yves Levy par Elizabeth Martichoux, journaliste à France 5.
Disponible sur le DVD-vidéo « Pour la Vie »,