

CONSEIL CANADIEN DE SURVEILLANCE ET D'ACCÈS AUX TRAITEMENTS



DANS CE NUMÉRO

OCTOBRE 2001
VOLUME 3
NUMÉRO 3

Le SIDA, vingt ans plus tard.	1
3e Symposium : mission accomplie ! ..	3
La session extraordinaire de l'assemblée générale de l'ONU sur VIH / sida.	4
Que signifie la déclaration de l'UNGASS, en termes d'accès aux traitements?	5
Changement de cap : Glen Hillson jette un regard sur l'avenir de l'activisme en matière de traitements. ..	6
La recherche sur les microbicides avance à petits pas.	8
Mise à jour sur les questions relatives aux femmes.	9
Compte rendu de la première conférence de la Société internationale sur le sida portant sur la pathogénie et le traitement sur VIH.	10
Transmission maternelle du VIH en Ontario.	14
Compte-rendu des comités et des provinces.	15
Rapport de la présidente.	16
Calendrier des événements.	17
Membres du conseil.	18

LE SIDA, vingt ans plus tard

par Enrico
Mandarinio



© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 1999

C'est le 5 juin 1981 que le Center for Disease Control d'Atlanta a publié le premier rapport sur la propagation d'une infection opportuniste étrange parmi plusieurs homosexuels de Los Angeles. Ces jeunes hommes, qui semblaient pourtant en bonne santé, avaient contracté une infection opportuniste rare généralement détectée chez les personnes atteintes du cancer.

Au début de 1982, il était devenu évident que cette maladie était d'une façon ou d'une autre liée aux pratiques sexuelles. Il n'a pas fallu longtemps avant de découvrir que ce syndrome était transmissible par le sang, l'infection se répandant également chez les femmes, les personnes utilisant des drogues injectables, les hémophiles, les receveurs de transfusions sanguines et les bébés. Après des débuts plutôt obscurs, le VIH était sur le point de devenir le plus grand désastre à jamais ébranler le domaine de la santé publique.

(suite à la page 2)

(suite de la couverture)

Les premières méthodes de prévention consistaient principalement à encourager les gens à limiter leur nombre de partenaires sexuels et à s'assurer que ces derniers étaient « en bonne santé ». En 1984-85, alors qu'on

commençait à en savoir plus sur le VIH, des études ont commencé à démontrer que le nombre de partenaires n'importait pas et que les rapports sexuels sans protection étaient le principal facteur de propagation de cette infection. Un test de détection du VIH a été approuvé en 1985. Ce test a permis de constater les effets dévastateurs de l'épidémie du VIH.

La participation des collectivités a marqué un point décisif dans le cadre de la prévention du VIH. Les réseaux de soutien informels formés par des personnes venant en aide à des amis ou des conjoints atteints de cette maladie sont devenus les organismes communautaires que nous connaissons aujourd'hui.

Le message de prévention de ces réseaux était clair : les pratiques sexuelles sans protection étaient la raison pour laquelle le VIH se propageait. À ce moment, la société en général était d'avis que les personnes atteintes du VIH n'avaient que ce qu'elles méritaient. Ce préjugé est encore répandu aujourd'hui. Ces organismes communautaires continuent de prendre soin et de défendre les droits des personnes vivant avec le VIH / sida par le biais de programmes de prévention, de soutien, de sensibilisation et de défense.

Les gens ont longtemps cru que cette maladie n'était réservée qu'aux homosexuels. La devise « silence = mort » est devenue un immense véhicule publicitaire qui a forcé les gens à faire face à la dure réalité. Des porte-parole ont travaillé d'arrache-pied pour sensibiliser la société au VIH et s'assurer que les gouvernements placent ce problème au premier rang de leurs plans d'action. Aucune échappatoire n'était possible. Les activistes ont poursuivi leurs efforts, exhortant les gouvernements à participer à la lutte contre cette épidémie grandissante. Au début des années 1990, l'infection par VIH avait atteint des niveaux record.

L'espérance est apparue pour la première fois en 1996 grâce

Les gens ont longtemps cru que cette maladie n'était réservée qu'aux homosexuels. La devise « silence = mort » est devenue un immense véhicule publicitaire qui a forcé les gens à faire face à la dure réalité.

au lancement des inhibiteurs de la protéase. Ce qu'on appelle aujourd'hui le « cocktail » a jeté cette première lueur d'espoir. Le nombre de décès attribués au sida a décliné au cours des quatre à cinq années qui ont suivi. Après de

nombreuses années de désespoir, la seule solution était de prendre quotidiennement de grandes quantités de médicaments. Malheureusement, le cocktail médicamenteux contre le sida ne convient pas à tous, et les gens continuent de mourir.

Vingt ans plus tard, on n'entrevoit toujours aucune cure ni aucun vaccin. En l'an 2000 seulement, 3 millions de personnes sont mortes des suites du VIH, et un total de presque 22 millions de personnes partout dans le monde sont mortes depuis le début de cette épidémie. L'an dernier, on comptait 5,3 millions d'infections à l'échelle mondiale. Tout porte à croire que le pire est à venir.

Les données démographiques sur les personnes infectées ont changé. Les infections sont plus nombreuses chez les minorités raciales et ethniques, les jeunes, les femmes et les jeunes hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Le faux sentiment de sécurité créé par les médicaments et le déclin des pratiques sexuelles sans risques ont occasionné une nouvelle vague épidémique.

Une nouvelle souche du VIH résistant à tous les médicaments actuels a récemment été signalée. Voici quelques-uns des défis que nous devons relever : formuler des interventions de prévention en fonction de diverses expériences sociales, psychologiques et émotives complexes ; déterminer les raisons pour lesquelles les gens prennent de mauvaises décisions relativement à leur santé ; élaborer de nouvelles thérapies plus efficaces, moins toxiques, plus faciles à utiliser et moins chères ; et assurer l'accès au soutien et aux soins médicaux pour ceux et celles qui en ont besoin.

Des activistes ont tenu des démonstrations pour marquer le vingtième anniversaire du VIH, sommant leurs gouvernements de s'engager davantage à lutter contre le sida.

(suite à la page 3)

3^e SYMPOSIUM : mission accomplie !

par Christian LaForce

Du 6 au 9 juillet se déroulait le 3^e symposium du perfectionnement des compétences dans le domaine du VIH-sida à l'hôtel Delta, Montréal. Une occasion unique d'échanger, de créer et de maintenir des réseaux afin de lutter contre le VIH-sida.

Quelques satellites ont donné lieu à des rencontres intéressantes. A mon avis les rencontres parallèles ont été les plus fructueuses, notamment celle qui a suivi la tribune des pvvih ou quelques organismes représentant des pvvih se sont donné rendez-vous pour discuter des moyens à prendre afin de mieux faire circuler l'information et de faire entendre la voix des pvvih à l'échelle nationale. Un projet ambitieux mais indispensable pour relancer notre action dans les dédales de la bureaucratie car ne nous le cachons pas, quelquefois on doute du pourquoi de notre lutte.

Le Jeudi 5 juillet s'est déroulé une conférence de presse dont le thème est familier pour plusieurs : « Double the money – Double the strategy » – une rencontre avec les médias orchestrée par la Société canadienne du sida (SCS), présidé par Michael Yoder avec comme invité Daniella Boulay, directrice de CASM - Femmes et représentante des organismes sida du Québec pour la SCS, Christian LaForce, directeur du CPAVIH et Janet Connors. Un message clair fut lancé à Allan Rock: renouveler la stratégie et doubler les sommes investies car c'est nettement insuffisant pour poursuivre la lutte contre le VIH-sida. Près de

deux cents participants du Symposium se sont joints à la manifestation devant les bureaux de Santé Canada au Complexe Guy-Favreau ou ils clamèrent différents slogans invitant le gouvernement à réaliser qu'après 20 ans le sida tue encore et que selon les statistiques, ce n'est pas fini. Ce qu'il faut retenir de cette manifestation, c'est la spontanéité et l'énergie des participants qui n'ont pas hésité à joindre les rangs pour dénoncer en bloc l'attitude du gouvernement dans la lutte contre le sida. Un moment fort, encourageant et inspirant pour tous.

Mon emploi du temps fut en grand mesure occupé pour les entrevues et l'organisation, néanmoins, j'ai donné un atelier sur les médias, la déformation professionnelle, et j'ai pu assister à quelques ateliers dont celui qui m'a le plus accroché : HIV and Aging. J'y ai assisté pour la simple et bonne raison que si la tendance se maintient, nous vivrons de plus en plus vieux et serons aux prises avec toutes sortes de problèmes. Nous devons peut-être joué le rôle de mentors, une fois de plus, dans les maisons de retraités, et hospices pour les autres résidents...

En tout et pour tout, il y aura eu près de 800 participants, plus 80 ateliers à cette 3^e édition qui en a fait jazer, pardon, jaser plus d'un. ■

.....
(suite de page 2)

Au Canada, le nombre de personnes vivant avec le VIH / sida a doublé depuis la première stratégie fédérale, mais le financement n'a que très peu augmenté. Aujourd'hui, 50 000 Canadiens vivent avec le VIH, sans compter les 15 000 autres qui sont séropositifs et ne le savent pas. Le CCSAT exhorte le gouvernement canadien à reprendre les choses en main.

Notre plus grand désir est de développer un vaccin et de trouver une cure. Nous devons poursuivre la sensibilisation

des gens quant aux effets dévastateurs du VIH sur nos communautés, que ce soit au Canada ou ailleurs dans le monde. Cette maladie est à l'aube d'une nouvelle phase, car les médicaments commencent à avoir moins d'effet et un plus grand nombre de gens contractent le sida. L'épidémie est loin d'être terminée. ■

LA SESSION EXTRAORDINAIRE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE de l'ONU sur le VIH/sida

par Bob Mills

Photo officielle de l'édifice de l'ONU à New York, arborant le ruban rouge pendant la Session extraordinaire sur le VIH/sida



Département Photo de l'ONU

C'était la première Session extraordinaire (UNGASS) consacrée à la crise du VIH/sida par l'Assemblée générale des Nations Unies. La rencontre s'est terminée le 27 juin 2001, à New York, par un consensus historique intervenu entre 189 pays, sur une déclaration pour combattre l'épidémie de VIH/sida à l'échelle mondiale. Le rassemblement constituait en soi une reconnaissance, par la communauté internationale, de l'urgente nécessité de s'attaquer au fléau du VIH/sida. Retombée importante : il existe désormais une Déclaration (universelle) d'engagement sur le VIH/sida.

Dans le cadre de cette démarche, j'ai d'abord été honoré que mes collègues choisissent de proposer ma candidature, puis que le gouvernement du Canada me choisisse pour participer à cette UNGASS sur le VIH/sida. Être un représentant des points de vue de la société civile du Canada, au sein de la délégation gouvernementale à l'ONU, était tout un défi. À ce titre, Ralf Jürgens et moi avons travaillé tard la nuit à plusieurs occasions, afin que le contenu de la déclaration soit complet et que sa formulation soit aussi ferme que possible, dans les limites de ce qu'un consensus de tous les États membres permettait d'intégrer dans un tel quasi-traité. Pour nous,

la gratification immédiate était de voir inclure certaines de nos suggestions dans le texte final de la déclaration, mais aussi de participer directement à une démarche d'importance historique.

Pour la dernière journée de la Session, Ralf et moi avons été invités par la mission du Canada à nous asseoir aux deux sièges placés tout de suite derrière le petit écriteau « CANADA » dans la salle de l'Assemblée générale. Cette invitation était symbolique du rôle et de l'attitude du Canada tout au long du processus de l'UNGASS : un engagement concret à une inclusion complète de la participation de sa société civile. Voici comment le Canada a démontré son attachement à cette valeur :

- en incluant dans la délégation canadienne un représentant non gouvernemental dès la première rencontre préparatoire, en février; puis en incluant deux représentants d'ONG (y compris une personne séropositive) dans la délégation aux rencontres de mai et de juin;
- en organisant une réunion consultative, à Ottawa, afin de recueillir les commentaires de la société civile et d'autres parties intéressées;
- en finançant un forum électronique de discussion sur l'UNGASS;
- en tenant tête à d'autres États membres, afin d'assurer qu'il y ait une implication significative de la société civile à chaque rencontre de l'UNGASS; cette position du Canada a culminé dans une lutte politique où il a fait respecter l'importance d'accréditer une représentante de l'International Gay and Lesbian Human Rights Commission aux discussions de table ronde sur les droits de la personne; et
- en soutenant la participation de la société civile canadienne et en invitant le feed-back de toutes les parties intéressées.

L'une des retombées positives de la participation du Canada réside dans la reconnaissance, par la Déclaration d'engagement, de la nécessité d'habiliter les femmes à la lutte contre l'épidémie du sida dans le monde. Le Canada a aussi négocié un compromis important, avec certains des pays les plus conservateurs, quant à l'énumération dans la Déclaration de plusieurs facteurs responsables de la vulnérabilité au VIH. L'espoir du Canada, de l'Union européenne, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande était d'y inclure une liste exhaustive des groupes vulnérables, mais nous n'avons pas gagné ce point. Par ailleurs, nous avons cherché, mais échoué, à faire en sorte que la Déclaration fasse explicitement référence aux Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne. Cependant, nous sommes parvenus à faire inclure des références générales aux notions de droits de la personne à plusieurs endroits de la Déclaration - et il ne s'agissait pas de points mineurs, quand on sait que des pays n'appuient pas pleinement la promotion des droits humains pour tous

(suite à la page 7)

QUE SIGNIFIE LA DÉCLARATION DE L'UNGASS, en termes d'accès aux traitements?

par Richard Elliot,

Réseau juridique canadien VIH/sida

Lors d'une « Session extraordinaire sur le VIH/sida » qui passera à l'histoire, les États membres de l'Assemblée générale des Nations Unies ont adopté en juin 2001 une « Déclaration d'engagement sur le VIH/sida « À crise mondiale, action mondiale ». Quelle en est la signification dans le contexte de l'accès aux traitements et pour les militants de cette arène? Sa signification ne sera rien de plus que celle que nous parviendrons à lui donner. Sans revendications ultérieures, tout cela ne donnerait pas grand chose.

La Déclaration offre aux militants pour les traitements un outil limité et imparfait, certes, mais tout de même important. Elle a beau ne pas avoir force d'application légale pour les gouvernements, elle témoigne tout de même des engagements qu'ils ont adoptés, ce qui signifie que nous pouvons mettre la Déclaration à profit pour demander aux gouvernements de rendre des comptes devant l'opinion publique.

Fait d'importance, les pays ont reconnu, dans le préambule de la Déclaration, que l'accès à des médicaments abordables (y compris les antirétroviraux) est un élément nécessaire à l'efficacité des stratégies de prévention, de soins et de traitements - les signataires ont d'ailleurs reconnu que le non-accès à des médicaments abordables et à des systèmes de santé adéquats nuit à l'efficacité de la réaction au sida dans plusieurs pays, en particulier parmi les personnes les plus démunies. De plus, ils ont reconnu que « les ressources consacrées à la lutte contre l'épidémie, aux niveaux national aussi bien qu'international, ne sont pas proportionnées à l'ampleur de cette dernière » et que des ressources plus abondantes et soutenues sont nécessaires.

Chaque État signataire déclare que, d'ici 2003, il s'engage à « mettre en œuvre des stratégies nationales ... et [à] financer des plans qui ... défendent et protègent activement tous les droits de la personne et les libertés fondamentales, y compris le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible ». Ces stratégies sont censées inclure le renforcement des capacités des systèmes de santé et « s'attaquer » à

des facteurs comme les prix des médicaments et leur abordabilité (notamment par la fixation de prix différentiels dans divers pays).

Quant à savoir si ces engagements se traduiront par des mesures qui amélioreront l'accès aux traitements - à la fois sur le plan budgétaire et au palier des politiques gouvernementales - cela repose en grande partie entre les mains des défenseurs des droits aux traitements.

Sur le plan des ressources, les militants de l'accès aux traitements devraient se servir de la Déclaration dans leurs pressions auprès des gouvernements pour une augmentation des sommes investies, à l'échelle nationale et mondiale. Les États se sont engagés à veiller à ce que des fonds « suffisants », dans les budgets nationaux, soient alloués aux programmes de lutte contre le VIH/sida, et à assurer que les ressources accordées à la réaction mondiale « soient substantielles, soutenues et orientées vers l'obtention de résultats ».

Or, des chercheurs indépendants ont récemment conclu : « [O]n constate que l'investissement en grande partie statique de 42,2 millions de dollars dans la Stratégie canadienne n'est ni adéquat ni approprié ». ¹ Jusqu'ici, le Canada s'est limité à promettre 98 millions \$ US (étalés sur 3 ans) au nouveau Fonds mondial pour le sida et la santé - soit moins de 2\$ annuels par Canadien-ne. De plus, le Canada ne consacre encore que 0,29% de son produit intérieur brut à l'aide gouvernementale au développement international, ce qui ne représente pas même la moitié du ratio de 0,7% qu'avaient promis les pays riches, il y a déjà plusieurs années. La Déclaration d'engagement prévoit aussi que l'on adopte des mesures plus importantes de réduction de la dette, pour les pays en développement qui s'engageront à investir les fonds débloqués du service de la dette dans l'éradication de la pauvreté ainsi que la prévention, les soins et les traitements pour le VIH/sida et d'autres maladies.

Sur le plan des politiques, les États signataires se sont engagés à aborder la question des prix des médicaments dans leurs stratégies nationales d'ici 2003 (notamment par la fixation de prix différentiels dans diverses régions), ce qui crée une opportunité d'engagement des gouvernements face à ces questions. Toutefois, en affirmant seulement que « les incidences des accords commerciaux internationaux sur l'accès aux médicaments essentiels ou sur leur

1 Martin Spigelman Research Association & The Project Group, *Faire le point : Évaluation de la pertinence de l'investissement du gouvernement du Canada dans la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, préparé pour le Comité champion des questions actuelles et nouvelles*, Conseil ministériel sur le VIH/sida, janvier 2001.

CHANGEMENT DE CAP : Glen Hillson jette un regard sur l'avenir de l'activisme en matière de traitements

par David March,
bénévole et publiciste du Marchethon
du sida à Vancouver depuis 1997



Glen Hillson,
président de la
BCPWA et
représentant de
la C.-B. au CCSAT

Glen Hillson, en Colombie-Britannique, déchire une page de son carnet de bord d'activiste avant d'entreprendre ses prochaines démarches pour promouvoir l'accès aux traitements. Il considère que cette stratégie est nécessaire, pour un mouvement qui conserve sa pertinence mais qui piétine depuis quelques années, devant une baisse d'enthousiasme des personnes vivant avec le VIH/

sida, couplée au spectre d'une nouvelle vague de compressions gouvernementales.

D'après Hillson, l'avenir des problématiques liées aux traitements nécessitera une approche qui rappelle les premières années de l'épidémie, plutôt que de s'inscrire dans la continuité des récentes années.

« Je ne prévois pas nécessairement que l'on reprendra les manifs dans les rues, mais je crois que nous élèverons la voix et travaillerons plus étroitement avec d'autres militants pour la santé, dans les communautés » explique Hillson qui, aujourd'hui président de la BC Person's With AIDS Society et membre du Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, compte près de 30 ans d'activisme communautaire à son actif.

Hillson observe une renaissance de l'intérêt pour la défense des droits et intérêts, en réaction directe à un nouveau sentiment d'urgence chez les personnes vivant avec le VIH/sida. « La hausse des taux d'infection, les cas de plus en plus fréquents d'échec des traitements, de même qu'une diminution de l'accessibilité des nouveaux traitements, forceront les gens à ne pas prendre nos progrès pour acquis. Il sera plutôt difficile de préserver nos gains des dernières années. »

Il voit aussi l'occasion de former des coalitions plus vastes, une approche qui s'avère fructueuse ailleurs et qui pourrait apporter beaucoup aux personnes vivant avec le VIH/sida.

Même la prochaine étape des problématiques du traitement, pour les personnes vivant avec le VIH/sida, ne se limitera pas à l'accès aux plus récents traitements : la surveillance des médicaments, afin de s'assurer de leur innocuité et de leur efficacité, sera l'une des grandes priorités.

La défense et la promotion des droits et intérêts en matière de traitement conserve toute sa pertinence, même si 14 médicaments anti-VIH sont homologués pour la vente au Canada.

« Les gens sont devenus un peu trop complaisants devant les problèmes de traitement du VIH, constate Hillson. Du moins, jusqu'à ce qu'ils se rendent compte que quelque chose ne fonctionne pas pour eux, mais alors ils sont trop malades pour s'activer à revendiquer mieux. »

L'habilitation des individus et des communautés est un point de mire que Hillson tient en haute importance, lorsqu'il s'agit de promouvoir la santé. Et le portrait d'actualité qu'il présente (des efforts des gouvernements pour s'accaparer un contrôle accru sur

les services de traitements) a de quoi en démoraliser plus d'un.

L'une des principales priorités de Hillson est de faire en sorte que les personnes vivant avec le VIH/sida demeurent les principales garantes de leurs propres intérêts et qu'elles conservent le contrôle des organismes qui leur fournissent des services dans la communauté. À cet égard, il craint que le

gouvernement soit en train de bureaucratiser de plus en plus les organismes de services communautaires - et il croit que les personnes vivant avec le VIH/sida exerceront moins de contrôle sur ces services, si le gouvernement s'en accapare la charge.

Le déclin du nombre de personnes séropositives disposées à s'impliquer dans la promotion de l'accès aux traitements, d'après

(suite à la page suivante)

« Je ne prévois pas nécessairement que l'on reprendra les manifs dans les rues, mais je crois que nous élèverons la voix et travaillerons plus étroitement avec d'autres militants pour la santé, dans les communautés »

Hillson, résulte de l'étouffement de la voix de ces personnes par les autorités. « Les fournisseurs de services qui sont contrôlés par le gouvernement n'ont de comptes à rendre qu'à ce gouvernement, et malheureusement pas aux PVVIH, affirme-t-il. Par contre, dans les organismes formés par les gens de la communauté, dont le contrôle appartient à leur clientèle, on a des comptes à rendre à la communauté. Aux premières années de l'épidémie du sida, c'est ainsi que des organismes comme ACT UP ont acquis leur légitimité et l'ont conservée. »

De ses premiers pas d'activiste (dans le mouvement gai des années 70), Hillson se souvient d'un sentiment plus vif d'action communautaire, et d'un désir plus pressant de former des coalitions.

« De nos jours, on n'en fait plus un plat, mais à l'époque où je me suis affirmé en tant que gai et activiste, la situation était fortement politisée. Nous luttons pour des choses qui, à l'époque, nous apparaissaient comme des droits humains fondamentaux », raconte-t-il. Hillson avait 21 ans lorsqu'il s'est allié à un groupe d'avocats et de syndicalistes de Vancouver, afin de contester devant la Cour suprême du Canada le refus du Vancouver Sun de publier une annonce gaie. Cette bataille s'est soldée par une défaite, mais l'activiste n'a pas abandonné son parcours pour autant.

Des réussites, Hillson en a connu de nombreuses, pendant les années 80 et le début des années 90, en tant qu'organisateur et négociateur syndical. Il se souvient de sa première victoire importante : il fut le négociateur en faveur de 1 200 employés de la Commission scolaire de Vancouver, dans une chaude lutte qui s'est soldée par un verdict en arbitrage donnant gain de cause à son camp.

Ce travail fructueux en tant que négociateur lui a montré comment travailler avec efficacité auprès de divers rassemblements d'individus - un élément qu'il considère vital au succès de toute stratégie de défense de droits.

« J'essaie d'éviter d'irriter un trop grand nombre de gens », résume-t-il a priori; après réflexion, il ajoute qu'il a beaucoup appris, sur la voie de la compréhension et de la clémence, tant à l'égard des gens visés par ses pressions, qu'envers ceux avec lesquels il travaille.

« Dans le travail lié au VIH/sida, la stigmatisation et la maladie sont des facteurs de difficulté. Ainsi, la compassion, la compréhension et la clémence que nous nous accordons les uns les autres sont plus grandes que dans d'autres secteurs. En conséquence, nous formons un mouvement plus sain. Partir d'un contexte de frustration et l'amener vers la générosité, c'est en soi une grande réalisation. »

Le caractère impitoyable des luttes syndicales a bien préparé Hillson à son défi suivant : la présidence de la BCPWA, qu'il entreprenait en 1996. Le nombre de membres de cet organisme communautaire a crû, au fil des ans, jusqu'à près de 3 500 personnes séropositives.

La plus grande réalisation de Hillson, jusqu'ici, est l'entente longuement attendue entre les personnes vivant avec le VIH/sida et le gouvernement de la Colombie-Britannique, relativement à leurs droits de prestations de santé, une bataille que l'on nomme là-bas l'affaire de l'Annexe C (Schedule C). Après quatre ans de verdicts quasi unanimes de tribunaux en leur faveur, les personnes vivant avec le VIH/sida ont finalement réussi à convaincre les autorités provinciales de cesser de leur refuser des allocations mensuelles pour les suppléments nécessaires à leur santé, comme des vitamines et de l'eau de qualité.

Hillson se contente de hausser les épaules devant ce récent succès, en le mettant en perspective avec les luttes à venir. « C'est plutôt décourageant, déclare-t-il. Les gouvernements doivent comprendre l'importance de l'objectif d'habiliter les PVVIH à une vie productive; et en conséquence, ils doivent donner à ces personnes un accès équitable aux services de santé. »

Quand on lui demande de décrire ses buts immédiats, il s'esquive, refusant d'être confiné au court terme, et se contente d'ajouter : « Nous devons garder ouverte la porte de la discussion. Il faut que nous rappelions aux gouvernements notre pertinence sociale et économique. »

Son but, ce n'est pas seulement de rappeler les autorités à la réalité : c'est aussi de rappeler aux personnes vivant avec le VIH/sida pourquoi il en existe parmi elles qui défendent leurs droits et intérêts en matière de traitement.

« Nous surestimons nos progrès vers la compréhension sociale. Les stigmates liés au VIH/sida sont encore là. Des personnes ont encore peur de dire qu'elles sont séropositives. Pourtant, dans notre société, un individu devrait pouvoir parler de sa séropositivité sans peur de conséquences regrettables. »

Quand à son rôle sur ce plan, Hillson admet que sa santé personnelle sera un facteur incontournable. À elle seule, sa passion ne peut suffire à porter ses espoirs ou ceux que d'autres investissent en lui. Mais cette passion a néanmoins été la force motrice qui a placé cet homme sur son parcours - et il y a fort à parier qu'elle saura encore le supporter dans l'avenir immédiat. ■



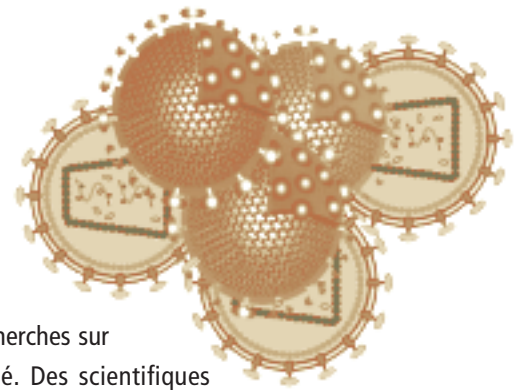
(suite de page 4)

les membres de la société, ou ne croient pas en l'égalité des sexes, ou ne sont pas ouverts à la liberté de religion. En rétrospective, la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida reflète le meilleur de ce à quoi les Canadiens pouvaient s'attendre de cet exercice de consensus de la communauté mondiale.

On peut consulter le texte français de la Déclaration d'engagement à : <<http://www.unaids.org/UNGASS/index.html>> et <<http://www.un.org/french/ga/sida/conference>>. ■

LA RECHERCHE SUR LES MICROBICIDES AVANCE À PETITS PAS

par Louise Binder



Une long article traitait du dossier des microbicides, dans le bulletin de décembre 2000 du CCSAT. On s'en souviendra, les microbicides sont des substances chimiques qui tuent des microbes. Des recherches sont en cours depuis un certain temps, pour mettre au point des microbicides qui soient sûrs du point de vue de la santé, mais en même temps efficaces contre le VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS). Idéalement, il en faudrait qui puissent aussi servir de moyen contraceptif et il en faudrait qui puissent être utilisés lors de relations sexuelles vaginales et/ou anales. De tels produits seraient d'une valeur inestimable pour les hommes et les femmes, autant comme contraceptifs que pour prévenir des infections et des réinfections.

Jusqu'ici, les travaux de recherche ont porté sur des gelées topiques, des suppositoires, des mousses, des pellicules et des éponges. Il s'agit de méthodes qui procurent aux utilisatrices ou utilisateurs un plus grand contrôle de leur santé sexuelle, car on peut ainsi se protéger soi-même sans devoir en négocier l'utilisation avec le partenaire (contrairement au condom, qui présente ce désavantage). Le microbicide idéal, en plus d'être invisible, serait stable, facile à entreposer, d'action rapide et prolongée, peu coûteux, vendu sans ordonnance et propice à des usages multiples.

Il est encourageant de signaler que certains essais cliniques de microbicides s'amorcent en phase III. L'un d'entre eux est le Carraguard (PC-515), une gelée non contraceptive dérivée d'algues marines. Le produit est peu coûteux et relativement stable. Sept cents femmes sud-africaines participeront à l'essai clinique qui en mesurera l'efficacité contre le VIH et les ITS, l'innocuité à long terme et l'acceptation à son égard. Le PC-515 sera aussi soumis à une étude de cohorte d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, à New York.

Un autre essai porte sur un polymère, le Pro 2000, et sur un agent régulateur d'acidité, le Buffergel. Entre 8 000 et 10 000 femmes participeront à un essai clinique de phase III multicentre et international, composé de quatre volets : Pro 2000, Buffergel, condoms ou abstinence.

Nous surveillerons avec grand intérêt les résultats de ces essais, mais nous savons déjà que la découverte d'un microbicide efficace pourra nécessiter le développement et la mise à l'épreuve de nombreuses options. Il en coûte entre 50 et 100 millions \$ pour

effectuer les recherches sur un seul composé. Des scientifiques affirment que l'on pourrait mettre au point un microbicide efficace d'ici 5 ans, à condition que la volonté politique et les investissements financiers soient adéquats, mais à l'heure actuelle les sommes investies dans la recherche sur les microbicides sont carrément insuffisantes. Certains gouvernements ont investi de modestes sommes dans le domaine, certainement conscients du coût que le traitement des ITS et du VIH impose au système de soins de santé. Cependant, les grandes sociétés pharmaceutiques n'ont pas investi dans ces recherches, pour des raisons de rentabilité et de responsabilité. Les doutes quant à la rentabilité sont à tout le moins étonnants, à la lumière d'une étude de marché effectuée en 1998 par le Alan Guttmacher Institute auprès d'un grand nombre de femmes actives sexuellement, aux États-Unis, qui a révélé qu'un nombre important de femmes serait intéressé à utiliser un microbicide. Devant un énorme besoin pour la santé, cette réticence des pharmaceutiques est une raison de faire en sorte que certaines décisions en matière de recherche relèvent d'autres intervenants que les sociétés pharmaceutiques, et que le prix en soit défrayé par elles. Par ailleurs, la question de responsabilité légale est la même que dans n'importe quel autre médicament en développement - et elle est sans doute prise en considération dans le calcul des coûts d'un tel travail.

Fait intéressant à noter : au moins une étude porte sur l'utilisation de ddl en tant qu'agent préventif, comparé avec un placebo, ce qui semble au moins aussi risqué que la recherche de microbicides. Il est par ailleurs beaucoup moins souhaitable de chercher des applications préventives à des médicaments antiviraux coûteux et toxiques, que de tenter de mettre au point un microbicide sans danger, efficace et peu cher.

La défense et la promotion des droits et intérêts doit se poursuivre pour que la recherche de microbicides trouve sa place sur le programme des grands fabricants pharmaceutiques et pour que les gouvernements augmentent leur appui financier à ce travail. Un microbicide efficace pourrait sauver la vie de plusieurs milliers, voire millions, d'hommes, femmes et enfants. ■

MISE À JOUR SUR LES QUESTIONS relatives aux femmes

par Shari Margolese



« Femmes en santé - Monde en santé »

La présidente du CCSAT, Louise Binder, et la représentante du comité sur les questions relatives aux femmes, Shari Margolese, ont récemment assisté à la conférence du Conseil mondial de la santé intitulé « Healthy Women - Healthy World » (Femmes en santé - Monde en santé) à Washington D.C. Pendant cette conférence, environ 50 % des présentations comprenaient des renseignements sur le VIH / sida. Mme Binder et Mme Margolese ont présenté une affiche mettant en évidence les recommandations associées aux traitements énoncées pendant la Conférence sur les femmes du Canada vivant avec le VIH / sida. Parmi les points saillants de la conférence, notons les discours-programmes de Koffi Annan et de Melinda Gates. Une séance sur les microbicides a été fort courue (voyez la mise à jour à la page 8). Les confrères internationaux et américains du CCSAT ont porté le problème de la « Règle mondiale du bâillon » à notre attention.

La « Règle mondiale du bâillon » Atteinte à la santé des femmes et à la démocratie

Quel est le problème ?

Le 22 janvier 2001, le président américain George W. Bush a réimposé des restrictions connues sous le nom de « Règle mondiale du bâillon » (ou « Politique de Mexico »). En termes simples, la « Règle mondiale du bâillon », à quelques exceptions près, empêche les organismes non gouvernementaux (ONG) étrangers qui reçoivent des fonds américains pour la planification familiale d'utiliser leurs propres fonds non américains pour offrir des services d'avortement légaux, exercer des pressions sur leurs propres gouvernements relativement à la réforme des lois sur l'avortement ou même procurer des services d'orientation médicale ou de renvoi relativement à l'avortement. L'amendement Helms de 1973 empêche déjà l'utilisation de fonds américains pour ces activités. Il est également important de noter que ces ONG ne recevront aucuns fonds américains pour quelque programme de planification familiale que ce soit s'ils ne respectent pas ces règlements imposés par les États-Unis.

Pour de plus amples renseignements, visitez le site Web du Conseil mondial de la santé à www.globalhealth.org. Vous pouvez aussi communiquer avec le bureau du CCSAT pour découvrir ce que les Canadiens peuvent faire pour aider.

Priorités de recherche sur la santé des femmes et des hommes au Canada

Le CCSAT s'est joint à plus de soixante-dix chercheurs et membres de la collectivité pour une réunion de brainstorming à Vancouver organisée par l'Institut de la santé des femmes et des hommes (ISFH) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

L'objectif principal de cette réunion était de trouver des idées et de suggérer des priorités relativement aux initiatives de recherche stratégique de l'ISFH. L'ISFH a affirmé que ces priorités devaient s'étendre à tous les domaines de la recherche sur la santé (c.-à-d. le domaine biomédical, le domaine clinique, les services de santé, la santé de la population et la promotion de la santé) et permettre la collaboration avec les autres instituts IRSC. Un autre objectif de cette réunion était de discuter des répercussions de ces priorités sur la formation et le développement des aptitudes. Une journée axée sur la recherche quant à la santé des femmes sera bientôt organisée pour compléter cette séance de brainstorming.

Cette réunion a permis aux représentants du CCSAT de recommander l'inclusion des objectifs suivants au plan de recherche stratégique de l'ISFH :

- Technologies de prévention contrôlées et amorcées par des femmes, particulièrement les microbicides qui sont à la fois anti-MTS et anti-VIH, ainsi que les contraceptifs.
- Recherche quant aux effets des traitements antirétroviraux (TAR) à forte activité sur les cycles mensuels et de vie des femmes et vice-versa, ainsi que d'autres effets du TAR propres à chaque sexe.
- Façons dont la disparité et la discrimination entre les sexes entravent les interventions médicales.
- Rôle de la violence sur la santé des femmes et interventions spécifiques visant à combattre ce problème.
- Recherche sur l'élaboration de programmes pour les femmes et les filles qui cherchent à réduire le risque d'infection par VIH et à améliorer la santé génésique.

(suite à la page 14)

COMPTE RENDU de la première conférence de la Société internationale sur le sida portant sur la pathogénie et le traitement du VIH



par Louise Binder et Ron Rosenes

Buenos Aires, 8-11 juillet 2001—

La première conférence de la SIS portait exclusivement sur la science fondamentale et clinique. Plus de sept cents sommaires ont été présentés verbalement ou sous la forme d'affiches. Les médicaments antiviraux, l'immunothérapie, les vaccins et la recherche sur les microbicides étaient les principaux sujets généraux.

RECHERCHE SUR LES MÉDICAMENTS ANTIRÉTROVIRAUX

Environ quatorze médicaments antirétroviraux sont présentement offerts sur le marché au Canada. Ces médicaments se divisent en trois catégories. Quoiqu'ils aient des effets significatifs sur la santé de nombreuses personnes, ils comportent également de nombreuses limitations. La conformité au traitement, la durabilité, la puissance et les effets indésirables sont des facteurs de limitation. Il est important d'élaborer de nouveaux agents autant pour les patients de longue date que pour les patients naïfs.

INHIBITEURS DE LA PROTÉASE (PI) Tipranavir (TPV)

Le tipranavir est un nouvel inhibiteur de la protéase pouvant présenter un profil de résistance unique qui le rend efficace contre les souches rebelles et mutantes du VIH. Ce médicament, dont le développement a pris plusieurs années, est maintenant combiné à de faibles doses de ritonavir pour vaincre la faible biodisponibilité et la courte demi-vie du TPV.

Parmi les effets indésirables, notons la diarrhée (59 %), les nausées (31 %) et les vomissements (17 %).

Les données tirées d'une étude de comparaison de différentes doses, formulations et combinaisons de TPV pendant 48 semaines omettent certaines conclusions relativement à la dose optimale, aux interactions médicamenteuses et aux effets indésirables. Des études de dosage supplémentaires sont requises pour permettre des essais clés de phase III à grande échelle. Il faudra donc un certain temps avant l'homologation de ce médicament. On ne s'attend pas à ce que l'accès élargi à ce médicament soit possible avant au moins 2003.

Atazanavir (TAZ, BMS 232632)

Cet inhibiteur de la protéase a été comparé au nelfinavir dans le cadre d'un essai ouvert randomisé de phase II de 48 semaines (les dosages du TAZ étaient déterminés en aveugle). On a administré le TAZ aux patients naïfs une fois par jour, combiné à deux inhibiteurs de la transcriptase inverse (RTI).

Après 24 semaines, la diminution de la charge virale médiane était de 2,6 log pour tous les schémas posologiques et plus de 50 % des sujets de l'étude présentaient une charge virale indécélable (moins de 50). Après 32 semaines, les taux de triglycérides et de cholestérol associés au TAZ demeuraient aux niveaux de base et étaient beaucoup moins élevés que les taux associés au nelfinavir. Cependant, le taux de bilirubine avait augmenté de 32 % chez les patients prenant le TAZ 400 et de 52 % chez ceux qui prenaient le TAZ 600, comparativement à 2 % chez les patients prenant le nelfinavir.

Dans le cadre d'autres études, le TAZ a démontré une certaine efficacité à vaincre les souches du VIH à résistance limitée aux PI.

INHIBITEURS NUCLÉOTIDIQUES DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE (NRTI) Ténofovir DF (ténofovir disoproxile fumarate) (TDF)

Le TDF a permis une diminution de la charge virale d'environ 0,6 log chez les patients habitués aux RTI. Ce médicament présente un profil de résistance unique ainsi qu'une demi-vie prolongée. Une dose quotidienne unique de TDF est possible.

Les sujets de l'étude présentaient, après 96 semaines, des mutations NRTI rares associées au TDF.

Le CCSAT collabore avec Gilead Sciences, le fabricant, pour assurer un programme d'accès élargi au TDF au Canada avant la fin de 2001.

INHIBITEURS DE LA FUSION (ENTRÉE) T-20 et T-1249

Le T-20 et le T-1249 sont les premiers d'une nouvelle catégorie de médicaments qui empêchent le VIH de pénétrer dans les cellules humaines. En raison de la résistance croisée entre les médicaments

(suite à la page 11)

existants, de nouvelles catégories de médicaments sont particulièrement importantes pour les patients de longue date. Le T-20 et le T-1249 ont un grand pouvoir de suppression sur le VIH. Le développement du T-20 est plus avancé, mais le T-1249 pourrait s'avérer plus puissant. Étant donné que les cellules cibles sont légèrement différentes pour chacun, il pourrait n'y avoir aucune résistance croisée. Ces deux médicaments pourraient donc éventuellement être combinés pour produire des effets synergiques. L'injection sous-cutanée quotidienne de ces médicaments présente des inconvénients de taille. En plus de la formation de petits nodules durs se formant sous la peau, les autres effets indésirables signalés pour ces médicaments comprennent des maux de tête légers ou modérés, des nausées et de la fièvre.

Il semble que la résistance au T-20 et au T-1249 peut se développer rapidement. Comme pour les autres catégories de médicaments, la signification clinique de la résistance n'est pas entièrement comprise.

Les troubles de métabolisme et les lésions d'organes associés aux catégories existantes de médicaments contre le VIH n'ont pas été observés avec ces inhibiteurs de la fusion. Le T-20 est présentement soumis à des essais de phase III, et le T-1249, à des essais de phases I/II. Le CCSAT collabore avec Hoffman LaRoche pour assurer un accès limité au tipranavir et au T-20 au Canada plus tard cette année.

INTERRUPTIONS STRUCTURÉES DU TRAITEMENT (IST)

Des études cliniques visant à prouver le concept des IST se sont concentrées sur les questions suivantes :

1. Pour les patients qui réagissent aux traitements antirétroviraux (TAR), les IST peuvent-elles permettre d'amplifier la réponse immunitaire spécifique au VIH et de stimuler le contrôle de la réplication virale ?
2. Pour les patients qui ne réagissent pas aux TRA, les IST peuvent-elles stimuler la réversion vers un virus pharmacosensible de type rebelle et l'affaiblissement des souches de VIH résistantes ?
3. Quels sont les effets possibles des IST sur la conformité au traitement, la réduction des toxicités et, finalement, des coûts liés aux soins de santé ?

Le Dr Anthony Fauci de l'organisme US National Institutes of Health (NIH) est un des promoteurs de la recherche sur les IST. Jusqu'à maintenant, il a effectué deux essais au cours desquels le traitement des patients était interrompu puis repris à des intervalles prédéterminés. Dans le cadre d'un de ces essais, maintenant terminé, le cycle alternait entre deux mois de traitement suivis d'un mois d'interruption. Dans le cadre de l'autre essai, qui est toujours en cours, le cycle alterne entre une semaine de traitement et une semaine d'interruption.

Dans le cadre du premier essai, la charge virale a rebondi pendant le mois d'interruption, ce qui était prévu, mais est toujours retournée à un niveau indétectable après la reprise du traitement.

Cependant, cet essai était trop court pour éliminer tout doute quant à la possibilité que des interruptions répétées puissent éventuellement mener à l'émergence d'une résistance aux médicaments. De plus, il se pourrait que les rebonds de la charge virale augmentent l'infectivité pendant l'interruption du traitement. Des variations du taux de lymphocytes T CD4 et CD8 ont été observées chez ce groupe d'étude. Le taux de lymphocytes T est resté stable pendant l'interruption du traitement dans le cadre du deuxième essai. Le rebond de la charge virale a également été moins fréquent et moins prononcé chez ce groupe, et la charge virale des patients est redevenue indétectable après la reprise du traitement.

Le Dr Franco Lori et ses collègues ont présenté les résultats provisoires de l'étude « RIGHT 901 » visant à comparer 60 patients naïfs aux traitements antirétroviraux choisis au hasard pour recevoir de façon continue deux séries de traitement différentes pendant 12 semaines, suivies de cycles d'IST de trois semaines, pour un total de 36 semaines. Jusqu'à maintenant, ces résultats sont non concluants mais portent à croire que la diminution de la charge virale et l'augmentation du taux de CD4 sont semblables à celles qui ont été obtenues dans le cadre d'un traitement continu. Cependant, les effets à long terme des pertes transitoires de CD4 et des rebonds de la charge virale sur les résultats cliniques finals sont inconnus.

D'autres études suggèrent que les IST peuvent permettre d'accroître le contrôle immunitaire chez les patients nouvellement infectés en raison des valeurs inférieures démontrées pour la charge virale. Jusqu'à maintenant, les résultats de ces études ne soutiennent pas la théorie que des résultats similaires peuvent être obtenus chez les patients présentant une infection chronique par VIH.

Quoiqu'une interruption de traitement puisse soulager temporairement les patients du fardeau de la prise de médicaments et des effets secondaires, des interruptions structurées avec rigueur peuvent rendre les traitements combinés encore plus complexes.

Le Dr Fauci souligne que « les effets à long terme de l'interruption du traitement sur l'émergence de mutations résistantes ainsi que sur l'évolution clinique ultime des patients reste à déterminer ». Les patients ne devraient donc pas tenter des IST sans surveillance.

SIMPLIFICATION DES TRAITEMENTS

Indinavir (TID) vs indinavir + ritonavir (BID)

L'indinavir est depuis cinq ans un inhibiteur de la protéase très utile. Son schéma posologique rigoureux (toutes les huit heures, à jeun) présente de grands problèmes de conformité au traitement. L'étude « BEST » comparait l'innocuité et l'efficacité d'une dose d'indinavir de 800 mg toutes les huit heures (à jeun) à celles d'une dose combinée d'indinavir de 800 mg et de ritonavir de 100 mg deux fois par jour (avec ou sans aliments). L'effet sur la charge virale était comparable pour ces deux schémas, mais le taux d'abandon était plus élevé dans le cadre du schéma d'indinavir toutes les huit heures.

(suite à la page 12)

Le CCSAT continuera de revendiquer des schémas posologiques plus simples, plus efficaces et plus durables.

ÉTUDES SUR LE CHANGEMENT DE MÉDICAMENTS

Les médicaments antirétroviraux sont associés à de nombreux effets secondaires indésirables. Ces effets ont tous des conséquences sur la qualité de vie et certains d'entre eux sont graves, voire dangereux. On croit que l'utilisation d'inhibiteurs de la protéase est associée au syndrome de la lipodystrophie, qui provoque la redistribution des cellules adipeuses et le défigurement. Des taux de lipides élevés (cholestérol et triglycérides) ont également été notés. Des études portant sur le changement de l'inhibiteur de la protéase au sein de la combinaison de médicaments pour les patients à traitement antirétroviral à forte activité (TAR) stable ont été mises à jour au cours de cette conférence. Au cours de ces expériences, les NNRTI sont remplacés par des PI. Généralement, il semble que la suppression virale peut être maintenue, mais les résultats varient lorsqu'il s'agit d'inverser les effets de la lipodystrophie. Les causes et mécanismes de la lipodystrophie ne sont pas bien compris. La progression de la maladie ainsi que d'autres catégories de médicaments pourraient également contribuer à ces résultats. Ce qui est évident, c'est que certaines vieilles règles semblent toujours s'appliquer. D'abord, le traitement devrait être adapté aux besoins de chaque patient. Ensuite, si le traitement est efficace, il ne sert à rien de le changer !

EFFETS INDÉSIRABLES DES MÉDICAMENTS CONTRE LE VIH

Le Dr Pablo Tebas et ses chercheurs à l'université Washington de St-Louis au Missouri étudient la forte incidence d'ostéopénie et d'ostéoporose chez les patients séropositifs. Certaines études démontrent une perte accélérée de la densité de la masse osseuse chez les patients à TAR, mais aucun lien avec des catégories de médicaments spécifiques (c.-à-d. les PI) n'a été établi. Des données préliminaires indiquent la possibilité d'une certaine corrélation entre l'ostéopénie / l'ostéoporose, la durée totale du traitement aux NRTI et le niveau d'acide lactique associé aux NRTI. Comme ces études sont transversales, il est difficile d'isoler d'autres facteurs de risque communs, dont des antécédents de cachexie, de malnutrition, de consommation de stéroïdes ou de troubles hormonaux. En d'autres mots, est-ce le sida, l'âge ou les médicaments contre le sida ?

La réponse ? Probablement les trois, et des études supplémentaires ont pour objet de répondre à cette question. Les personnes vivant avec le VIH semblent présenter des anomalies importantes du métabolisme osseux, qu'ils prennent des médicaments antirétroviraux ou non. Il est important de comprendre les os en tant que tissus vivants, et des suppléments nutritionnels de calcium et de vitamine D ainsi que l'exercice des articulations portantes sont conseillés, tout comme chez les patients séronégatifs. Les médicaments et les suppléments hormonaux aidant à la formation des os pourraient également être indiqués.

Une présentation par affiches de C. Heiser et de chercheurs de Creative Clinical Solutions de Geneva, Illinois, a permis de dévoiler les résultats d'une étude prospective des effets de l'acidophile, des fibres solubles et de la glutamine L sur la diarrhée associée au nelfinavir chez une groupe de vingt hommes. Le groupe témoin ne s'est servi que de l'opéramide (LOP) pour traiter la diarrhée. L'étude de douze semaines montre que les produits naturels et les méthodes nutritionnelles ont permis de traiter la diarrhée non seulement chez le groupe ne prenant que ces produits, mais également chez les patients incapables de traiter leur diarrhée uniquement à l'aide du LOP. Le CCSAT continue de revendiquer l'application d'essais cliniques plus importants qui permettront d'établir une base de référence solide pour ces interventions.

Le problème de la dysfonction sexuelle a été étudié par le Dr J. Rueda et ses collègues du Center for Infectious Diseases and AIDS Assistance (CIAS) en Argentine. Ce problème est un effet secondaire du VIH qui est bien connu mais rarement abordé. Soixante-douze hommes séropositifs et dix-neuf femmes séropositives ont été interrogés de façon exhaustive pendant une période de quatre mois. Comme pour la perte osseuse, des conditions sous-jacentes peuvent affecter la population en général, par exemple les maladies cardiovasculaires et l'utilisation de médicaments tels que des antidépresseurs. Dans la documentation sur le VIH, on rapporte des cas de dysfonction sexuelle pour les schémas posologiques comprenant le RTV, le SQV, l'IDV, le NFV et tous les PI. On a signalé des manifestations de dysfonction sexuelle constantes chez les patients qui amorcent un TAR. L'étude conclut qu'un patient séropositif sur trois présente des signes de dysfonction sexuelle. L'incidence entre les hommes et les femmes ne présentait aucune différence significative. Les hommes ont signalé surtout des problèmes de dysérection et de baisse de la libido, tandis que les femmes ont principalement signalé des problèmes de baisse de la libido. La comparaison des données sur les sujets avec des statistiques n'incluant pas le sida ont révélé l'importance de la dysfonction sexuelle chez les groupes vivant avec le VIH et recevant un TAR. Au sein de la population, la dysfonction sexuelle affecte moins de 5 % des hommes de moins de 40 ans. Cependant, dans le cadre de cette étude, ce pourcentage était beaucoup plus élevé et atteignait 67 %. Cette étude ne fait aucune mention du traitement conseillé pour les patients montrant des signes de dysfonction sexuelle. Il est donc clair que des études supplémentaires sont requises.

IMMUNOTHÉRAPIES

On ne sait toujours pas si les IST peuvent stimuler l'immunité au VIH. De nombreux présentateurs ont souligné le besoin général d'acquérir de plus amples connaissances sur le système immunitaire. La Dre Brigitte Autran de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière en France a mentionné qu'un TAR seul ne permet qu'une reconstitution immunitaire limitée. Quoique la diminution de la charge virale permette d'inverser la suppression immunitaire liée à l'infection par VIH et de restaurer la résistance contre

(suite à la page 13)

les infections opportunistes, l'immunité au VIH ne semble pas améliorée.

Les Français sont depuis longtemps d'avis que le système immunitaire devrait être la principale cible thérapeutique. Un des agents immunothérapeutiques les plus étudiés est l'interleukine 2 (IL-2), et plusieurs études ont révélé de nouveaux renseignements à son sujet. Les études de la Dre Autran portent à croire qu'un des effets de l'IL-2 est de stimuler l'activité du thymus restant chez les personnes infectées du VIH, ce qui pourrait restaurer la capacité immunitaire et assurer la diversité du répertoire immunologique (plus grande capacité à combattre la maladie).

La Dre Christina Katlama a présenté les données de la semaine 80 de l'étude « ILSTIM », dont l'objectif est d'évaluer la capacité de l'IL-2 à augmenter le taux de CD4 chez les patients à TAR présentant un taux de CD4 de moins de 200 copies par ml et ainsi réduire la possibilité d'une infection opportuniste. Soixante-douze patients ont été choisis au hasard pour recevoir un TAR ou un TAR combiné avec l'IL-2 par cycles. Après 24 semaines, l'IL-2 a été offert à tous les participants. Au cours des 24 premières semaines, on a noté une hausse statistiquement significative du taux de CD4 chez le groupe recevant l'IL-2 par rapport au groupe à TAR seulement, 81 % de ce premier groupe atteignant un taux de CD4 de plus de 200 par rapport à 33 % seulement pour le second groupe. La Dre Katlama a affirmé que cet essai n'était pas conçu pour déterminer si un avantage clinique est associé à ces hausses plus importantes du taux de CD4. Cette question est abordée dans le cadre d'autres essais (« SILCAAT » et « ESPRIT »).

Une étude effectuée par le Dr Albert Wu de l'université John Hopkins visait à étudier la dose admissible pour l'IL-2. Cette étude évaluait la qualité de vie de 150 patients à TAR seul ou combiné avec l'IL-2. Comme prévu, la qualité de vie du groupe recevant l'IL-2 a chuté après cinq jours, les patients faisant de la fièvre, souffrant et présentant des symptômes ressemblant à ceux de la grippe. Ces symptômes se sont cependant estompés avec le temps, ce qui a permis aux chercheurs de conclure que l'amélioration de la qualité de vie était significative à la fin des quarante semaines de traitement intermittent chez le groupe recevant l'IL-2. Fait non surprenant, les patients ont préféré ce

médicament à la possibilité de contracter une maladie définissant le sida. Le Dr Wu a laissé supposer qu'avec le temps, les patients s'habituent aux effets secondaires ou y réagissent mieux.

La Dre Anne Sullivan a présenté des données relativement à un sous-groupe de l'étude UK Vanguard. Quoique cette étude soit de trop petite envergure pour être fiable, le groupe de la Dre Sullivan a démontré que les hausses de la charge virale pendant le traitement avec l'IL-2 n'étaient que temporaires. Une fois de plus, des études supplémentaires sont requises.

Enfin, le Dr R. Pomerantz a parlé d'essais imminents sur la prostratine, un dérivé d'une plante du Samoa qui pourrait agir à titre de stimulant sur les virus latents en réservoir. Ce sujet a été abordé pendant la discussion des défis que pose l'éradication du VIH.

RÉSUMÉ

Ce compte-rendu vise à résumer les points importants de la première conférence de la SIS sur la pathogénie et le traitement du VIH. Le CCSAT entretient des relations étroites avec les sociétés pharmaceutiques qui participent aux activités de recherche et de développement de médicaments contre le VIH. Les activités de revendication du CCSAT ont pour objet les méthodes et priorités de recherche, ainsi que les problèmes d'accès aux médicaments. Les sociétés qui développent les médicaments expérimentaux mentionnés dans le présent article sont les suivantes : tipranavir (TPV) : Boehringer Ingelheim ; atazanavir (TAZ, BMS 232632) : Bristol Myers Squibb ; ténofovir DF (ténofovir disoproxile fumarate) : Gilead Sciences ; (TDF) T-20 et T-1249 : Hoffman-La Roche ; interleukine 2 (IL-2) : Chiron Sciences. Le CCSAT continuera de collaborer avec ces sociétés ainsi que d'autres en vue d'élaborer de meilleurs traitements et d'assurer l'accès à ces derniers par ceux et celles qui en ont besoin. Notre participation à la conférence a été rendue possible grâce à une subvention d'éducation sans restrictions offerte par GlaxoSmithKline et Shire BioChem. Nous remercions ces deux organismes de leur appui.

Pour plus de renseignements sur la conférence, visitez www.aids2001IAS.org. ■

(suite de page 5)

fabrication locale ainsi que sur la mise au point de nouveaux médicaments demandent à être évaluées de manière plus approfondie », la Déclaration accorde une importante marge de manœuvre dont les gouvernements pourraient (et n'hésiteront pas à) se servir pour retarder ou éviter l'examen de la question des lois internationales sur les brevets. Les efforts nationaux des défenseurs des droits aux traitements qui s'attaquent aux prix des médicaments devraient intégrer une perspective globale et être complémentaires aux initiatives existantes, en matière de défense des droits au chapitre des accords de commerce international, dans des forums comme l'Organisation mondiale du commerce.

Enfin, les États se sont engagés à mener des « évaluations nationales périodiques » sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de ces engagements et, au palier mondial, à consacrer au moins une journée entière de la session annuelle de l'Assemblée générale des Nations Unies à l'examen et à la discussion d'un rapport sur les progrès de la mise en œuvre globale des engagements contenus dans la Déclaration. Il s'agit d'une autre occasion, pour les défenseurs des droits aux traitements, de poursuivre leurs pressions auprès des gouvernements, en faveur d'une action nationale et internationale pour l'accès aux soins et traitements. ■

COMPTE-RENDU DES COMITÉS ET DES PROVINCES

COMITÉ DES COMMUNICATIONS

par George Clark-Dunning

Le Comité des communications est un des plus occupés au sein du CCSAT. Il comprend les comités en charge du bulletin et du site Web. Le Comité du bulletin se réunit une fois par mois et produit le présent bulletin quatre fois par an. Ce comité est à la recherche d'un rédacteur en chef qui aidera à la production du bulletin. De plus, le Comité du site Web a commencé l'élaboration du site Web du CCSAT et s'attend à son lancement au cours de l'année civile.

LES TERRITOIRES *par Lelah Ngeruka*

L'organisme de services locaux liés au sida du Yukon, autrefois appelé AIDS Yukon Alliance (AYA), s'appelle maintenant Blood Ties Four Direction Centre. Cet organisme en pleine croissance reçoit maintenant des fonds pour des études sur le VIH / sida et l'hépatite C. Ce changement de nom permettra à ce centre d'intégrer des études sur d'autres maladies transmissibles par le sang à son plan de travail. Il a été difficile de constituer un réseau avec les gens des Territoires du Nord-Ouest, et tous les organismes avec lesquels j'ai essayé de communiquer n'existent plus. Je continue donc d'essayer d'établir des rapports avec les gens des Territoires. Présentement, j'envoie les renseignements pertinents à Blood Ties ou à l'Unité des maladies transmissibles.

L'ALBERTA *par Bob Mills*

Le mardi 21 août, le CCSAT et les organismes Alberta Community Council on HIV (ACCH), HIV Edmonton, Living Positive et Central Alberta AIDS Network Society (CAANS) ont tenu une conférence de presse au Fairmont Macdonald Hotel d'Edmonton. Le thème de cette conférence était l'augmentation du financement par la Stratégie canadienne VIH / sida.

Le caucus libéral fédéral, composé de deux cents personnes, s'est réuni à Edmonton pendant la semaine du 20 août. Le premier élément à l'ordre du jour a été l'annonce de l'ouverture d'un bureau régional de l'Agence canadienne de développement international (ACDI) à Edmonton. Nous avons tenu notre conférence de presse une heure avant les discours d'ouverture de l'honorable Anne McLellan et de l'honorable Maria Minna, et ce au même endroit. C'était la première parmi de nombreuses autres campagnes

publiques visant à intensifier l'engagement stagnant de la Stratégie canadienne VIH / sida (qui n'est que de 42,2 millions de dollars).

J'ai assisté à la conférence du bureau régional de l'ACDI, qui comprenait un certain nombre d'ateliers visant à informer le public d'Edmonton et les organismes non gouvernementaux sur la façon de communiquer avec le personnel du nouveau bureau et d'accéder à ses ressources. Le personnel et le nouveau directeur du bureau régional de l'ACDI dans les Prairies ont également été présentés au public.

Le 22 août 2001, j'ai également assisté à un barbecue commandité par le caucus libéral au parc Fort Edmonton, où de nombreux autres projets de soutien fédéral pour l'Alberta et la région d'Edmonton ont été annoncés. La plupart des ministres du gouvernement libéral fédéral étaient présents. J'en ai profité pour mentionner notre conférence de presse de la veille aussi souvent que possible.

La réunion trimestrielle de l'ACCH aura lieu du 1er au 4 octobre 2001 dans une retraite à l'extérieur de Red Deer. Kevin Midbo est le nouveau président de l'ACCH.

TERRE-NEUVE ET LABRADOR *par Philip Lundrigan*

Le réseau PVVIH de Terre-Neuve et du Labrador (NLPWAN) tiendra sa troisième conférence annuelle pendant la fin de semaine du 5 au 7 octobre 2001. Cette conférence aura lieu à St-Jean, Terre-Neuve, et est ouverte à toutes les personnes de la province vivant avec le VIH / sida. Un atelier de traitement présenté par le Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE) et des présentations de conférenciers invités sont à l'ordre du jour. La stratégie provinciale sur le sida sera au centre des discussions du réseau. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec Philip Lundrigan, représentant provincial du CCSAT, aux numéros indiqués, ou appelez le Groupe d'intérêts CBN sur le VIH / sida au (709) 596-4433 ou sans frais à Terre-Neuve et au Labrador au 1-877-596-4433.

L'ONTARIO *par Enrico Mandarino*

Le dimanche 4 novembre 2001, le CCSAT, de pair avec l'organisme Ontario AIDS Network (OAN), tiendra un atelier d'une journée qui comprendra des séances de développement d'aptitudes et donnera la

(suite à la page 16)

RAPPORT DE LA PRÉSIDENTE

par Louise Binder

Depuis notre plus récent bulletin, le conseil d'administration du CCSAT a travaillé à apporter certains changements structurels qui rehausseront l'efficacité et le rendement de notre travail. L'un de ces changements est l'adoption d'une structure composée de postes distincts de présidence et de vice-présidence, plutôt que de deux postes de coprésidence. Cette décision coïncidait d'ailleurs avec la décision de Tom McAulay de démissionner de son poste de coprésident. Puisque je partageais avec lui la coprésidence, le conseil m'a demandé d'assumer le poste de présidente d'ici à notre assemblée générale, en octobre; j'ai été honorée de cette invitation et je l'ai acceptée. Au nom de tous les membres du conseil du CCSAT, je tiens à remercier Tom pour la prévoyance dont il a fait preuve en constatant le besoin de voir naître l'organisme que nous sommes aujourd'hui, et pour l'appui indéfectible qu'il a consacré à la création et à la mise en branle du CCSAT. Le nouveau poste de vice-président a été confié à Bob Mills ; Darren Greer a pris la relève de Bob à titre de secrétaire; et Tony DiPede demeure le trésorier. Je les remercie tous, au nom du CCSAT, d'avoir accepté ces postes au sein de l'organisation.

Le conseil d'administration envisage d'autres changements structurels, comme suite aux commentaires constructifs reçus de Santé Canada dans le cadre de notre plus récente démarche de demande de fonds. Nous vous en tiendrons informés en temps opportun.

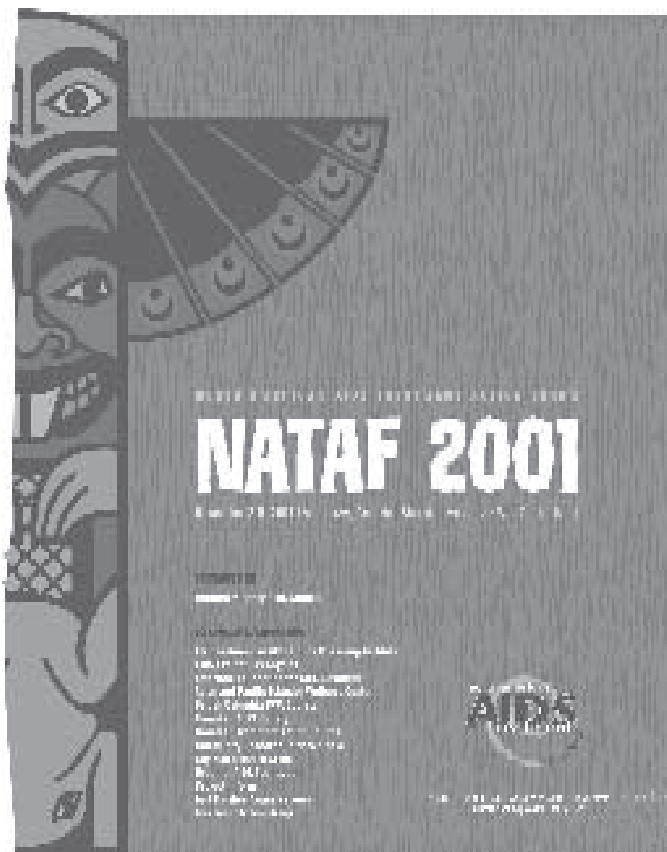
Le CCSAT s'est affairé sur plusieurs fronts, depuis le dernier bulletin. Son document de politiques sur la détermination du prix des médicaments est complété et à votre disposition si vous ne l'avez pas encore reçu. Ce document servira de base au travail du CCSAT dans le développement des politiques et l'éducation.

De plus, le CCSAT a reçu une portion considérable des fonds nécessaires à l'amorce de son projet de recherche sur les méthodes pour obtenir de l'information de consommateurs à propos de leurs expériences dans l'utilisation d'antiviraux et d'autres médicaments, après leur mise en marché. Cette information éclairera le travail du CCSAT dans le développement de politiques quant aux éléments d'un éventuel système de surveillance post-homologation qui soit centré sur les consommateurs, au Canada.

Plusieurs membres du conseil d'administration du CCSAT ont participé au Symposium national de perfectionnement des compétences dans le domaine du VIH/sida, en juillet, à Montréal. Le CCSAT y a distribué son plus récent bulletin et ses documents de politiques.

Une autre expérience fructueuse et enrichissante, pour le CCSAT, fut son accréditation à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le sida. De fait, Bob Mills a fait partie de la délégation du gouvernement canadien à cette session de l'ONU. La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, adoptée par l'Assemblée générale, fait désormais partie du travail et des outils de la communauté de lutte contre le sida, au Canada, y compris pour le CCSAT - afin que le Canada consacre les ressources nécessaires à s'acquitter des engagements qui lui incombent en vertu de cette Déclaration.

Ce sont là quelques-uns des dossiers récents auxquels nous avons travaillé. N'hésitez pas à communiquer avec moi par le biais du bureau du CCSAT, si vous avez des commentaires ou si vous souhaitez vous impliquer dans l'un de nos nombreux programmes et projets. ■



.....
(suite de page 15)

chance aux personnes présentes de participer à nos activités de revendication en Ontario. Les personnes qui ont assisté à l'atelier inaugural commun entre l'OAN et le CCSAT l'an dernier ont formé quatre comités de travail : le Comité de stratégie sur le sida en Ontario, le Comité d'accessibilité, le Comité de pénurie de soins et le Comité de soins dentaires. Ces groupes de travail auront la chance de se réunir pour discuter de l'objet de leurs travaux et formuler les priorités de l'an prochain. Une séance permettra également d'établir les choses que les intervenants doivent faire et ne pas faire lorsqu'ils partagent leur expérience personnelle dans le cadre d'activités de sensibilisation et de revendication, ainsi que les points positifs et négatifs d'une telle approche. Une partie de la journée sera aussi consacrée à l'élection d'un représentant du CCSAT pour l'Ontario. Pour obtenir plus de renseignements sur cette journée, vous inscrire ou faire la demande d'une bourse, envoyez un message électronique à phaprogs@interlog.com ou à ricom@attcanada.ca, ou appelez au 1-800-839-0369, poste 304.

Merci au Comité d'accessibilité pour tous ses efforts visant à permettre aux femmes enceintes de l'Ontario d'accéder plus rapidement aux médicaments contre le VIH. Voyez l'article à ce sujet dans le présent bulletin. ■

.....

Une émission de télé a été produite au sujet de Louise ! Ne manquez pas sa première, le 29 octobre à 22h00 (HNE) sur les ondes de Vision TV !

CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS (automne et hiver 2001/2002)

● du 1^{er} au 4 octobre 2001

Assemblée et séance de développement des aptitudes de l'Alberta Community Council on HIV (retraite)

Sylvan Lake, Alberta

Personne-ressource : Jennifer Vanderschaeghe à jen.acch@home.com ou au (403) 314-0892

● du 5 au 7 octobre 2001

Conférence du réseau PVVIH de Terre-Neuve et du Labrador (CCSAT, Terre-Neuve et Labrador)

St-Jean, Terre-Neuve

Personne-ressource : Philip Lundrigan à philip_l@nf.sympatico.ca

● du 13 au 16 octobre 2001

Assemblée générale annuelle et séance de développement des aptitudes du Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements

Montréal, Québec

Joignez-vous au CCSAT pour une journée de développement des aptitudes le 15 octobre ! Pour plus de renseignements, communiquez avec nous à ctac@sympatico.ca ou au (416) 410-6538

● du 27 au 31 octobre 2001

Dixième conférence internationale pour les personnes vivant avec le VIH /sida

Port-of-Spain, Trinidad

Information : www.gnp-/us.net/trinidad/index.html

● les 2 et 3 novembre 2001

Assemblée du caucus PVVS de l'Ontario AIDS Network (OAN)

Toronto, Ontario

Information : phaprogs@interlog.com ou 1-800-839-0369, poste 304

● le 4 novembre 2001

Journée de développement des aptitudes du CCSAT / de l'OAN

Toronto, Ontario

Joignez-vous au CCSAT et à l'OAN pour une journée de développement des aptitudes à Toronto !

Information : phaprogs@interlog.com, ctaontario@home.com ou 1-800-839-0369, poste 304

● les 5 et 6 novembre 2001

Assemblée des membres de l'Ontario AIDS Network (OAN)

Toronto, Ontario

Information : phaprogs@interlog.com ou 1-800-839-0369, poste 304

● le 16 novembre 2001

Assemblée générale annuelle et dîner de gala du Réseau communautaire d'info-traitements sida (CATIE)

les 17 et 18 novembre 2001

Approches naturelles et holistiques au traitement du VIH / sida

Toronto, Ontario

Information: CAMConference@catie.ca ou 1-800-263-1638, poste 390 (poste 291 pour l'anglais) pour recevoir des renseignements sur la bourse et une trousse sur la conférence.

● le 1^{er} décembre 2001

Journée mondiale du sida

Communiquez avec votre organisme local de services liés au sida pour connaître les événements dans votre région.

● du 2 au 5 décembre 2001

Forum national de 2001 sur la surveillance et l'accès aux traitements contre le sida

Vancouver, Colombie-Britannique

Information : www.nmac.org/nataf/2001welcome.htm

● du 5 au 8 février 2002

Assemblée et séance de développement des aptitudes de l'Alberta Community Council on HIV

Edmonton, Alberta

Personne-ressource : Jennifer Vanderschaeghe à jen.acch@home.com ou au (403) 314-0892

● les 14 et 15 mars 2002

Conférence sur la réduction des méfaits liés aux drogues de l'Alberta

Red Deer, Alberta

Personne-ressource : Phil Rauch à edcaans@look.ca ou au (403) 346-8858

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Louise Binder (présidente)
Bob Mills (vice-président)
Tony Di Pede (trésorier)
Darren Greer (secrétaire
du Conseil)

George Clark-Dunning
Christian LaForce
Shari Margoese
Tom McAulay
Ron Rosenes

MEMBRES DU CONSEIL

Philip Lundrigan
Terre-Neuve & Labrador

George Clark-Dunning
Isle-du-Prince-Edouard

Cameron Ballard
Nouvelle-Ecosse

Emerald Gibson
Nouveau-Brunswick

José Sousa
Québec

Enrico Mandarino
Ontario

Daryn Bond
Manitoba

Lelah Ngeruka
Territories

Bob Mills
Alberta

Glen Hillson
Colombie-Britannique

Shari Margoese
Représentante nationale
des femmes

Ron Rosenes
LE GROUPE
D'ACTION-SIDA (AAN!)

Tom McAulay
British Columbia Persons With
AIDS Society (BCPWA)

Donald Raymond
Coalition des organismes
communautaires québécois
de lutte contre le sida
(COCQ-Sida)

Christian LaForce
Comité des personnes atteintes du
VIH du Québec (CPAVIH)

Louise Binder
Toronto People with AIDS
Foundation (TPWAF)

Darren Greer
Canadian Aboriginal AIDS
Network (CAAN)

James Kreppner
Société canadienne
de l'hémophilie (CHS)

Alain Houde
Société canadienne du sida (SCS)

Tim Rogers
Réseau canadienne
d'info-traitements sida (CATIE)

BAILLEURS DE FOND 2001/2002

Abbott Laboratories
Boehringer Ingelheim
Bristol-Myers Squibb
DuPont Pharma
Gilead Sciences
GlaxoSmithKline
Hoffmann-La Roche
Merck Frosst
Shire BioChem

Ce bulletin est une publication
trimestrielle. Communiquez avec
notre bureau :

Conseil canadien de surveillance et
d'accès aux traitements (CCSAT)
Case postale 116, Succursale F
Toronto, Ontario M4Y 2L5
Téléphone : (416) 410-6538
Télécopieur : (416) 761-1012
Courriel : ctac@sympatico.ca

Comité de rédaction :

George Clark-Dunning, présidente / Shari
Margoese / Tom McAulay

Coordination éditoriale :

Michelle Marchione

Traduit de l'anglais par

Jean Dussault

Imprimé par

Glenview Graphics

Permission de reproduire : Ce bulletin
peut être reproduit à des fins personnelles.
Toutefois, ce contenu ne doit pas être modifié
et toute réimpression doit s'accompagner du
texte suivant: « Renseignements tirés du
Volume 3 numéro 3 (octobre 2001) du bulletin
d'information du Conseil canadien de
surveillance et d'accès aux traitements ».

Déni de responsabilité : Les idées exprimées dans ce bulletin représentent
le point de vue des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la politique
officielle du CCSAT et de ses bailleurs de fonds. Le CCSAT ne prétend
recommander ni appuyer aucun des thérapies ou traitements décrits dans
ses publications.