

Disponible sur le World Wide Web à l'adresse
<http://www.catie.ca/ts.nsf>

Table des matières

I ANTI-HIV AGENTS

- A. Kaletra est approuvé au Canada 1
- B. Des chercheurs canadiens tentent de guérir le système immunitaire 2

II AGENTS ANTI-INFECTIEUX

- A. Le millepertuis s'avère inutile contre l'hépatite C 4

III TESTS

- A. Les décès attribuables aux dommages hépatiques sont-ils à la hausse? 5
- B. Baisse du taux de névirapine sous l'effet du millepertuis 6

I ANTI-HIV AGENTS

A. Kaletra est approuvé au Canada

Le 9 mars 2001, Santé Canada a autorisé les Laboratoires Abbott à commercialiser le médicament Kaletra (lopinavir/ritonavir), autrefois appelé ABT-378/r, pour le traitement de l'infection au VIH chez les adultes et les enfants de plus de six mois. Kaletra a été approuvé aux États-Unis en septembre 2000.

Données convaincantes

L'approbation de Kaletra a été en partie fondée sur les résultats d'un essai clinique de phase III. Les sujets inscrits à ce dernier ont reçu l'un de deux inhibiteurs de la protéase, à savoir Kaletra ou nelfinavir (Viracept), en association avec le d4T (Zerit) et le 3TC (lamivudine). L'analyse des données a révélé que Kaletra réduisait la charge virale et augmentait la numération de CD4+ chez un nombre significativement plus élevé de personnes que le nelfinavir. Santé Canada a également passé en revue les données de plusieurs études de petite envergure conçues pour évaluer l'efficacité de plusieurs dosages différents de Kaletra. Il n'existe actuellement aucune donnée dans le domaine public quant à la faculté de Kaletra de retarder l'apparition des symptômes du sida.

Dosage

La posologie recommandée de Kaletra est de 400 mg (3 capsules) trois fois par jour pour les adultes. Chez les enfants, le dosage est ajusté en fonction du poids corporel.

Accès

Jusqu'à maintenant, l'accès à Kaletra au Canada a été limité aux participants aux essais cliniques et aux personnes admissibles au programme d'accès élargi. La mise sur le marché de Kaletra signale la fin du recrutement pour le programme d'accès élargi.

produit par



505-555, rue Richmond Ouest, case 1104
Toronto (Ontario) M5V 3B1 Canada
téléphone (416) 203-7122 ou 1 800 263-1638 (sans frais)
télécopieur (416) 203-8284
site Web <http://www.catie.ca>
numéro d'organisme de bienfaisance 13225 8740 RR

À l'heure actuelle, plus de 1,400 Canadiens reçoivent du Kaletra par le biais de l'accès élargi. Abbott a affirmé qu'il continuerait d'offrir gratuitement le médicament à ces personnes jusqu'à ce que le coût du médicament soit pris en charge par les provinces et les territoires. L'approvisionnement d'un mois de Kaletra devrait coûter 600 \$ environ.

Conservation

Aucune réfrigération des capsules de Kaletra n'est nécessaire pourvu qu'elles soient conservées à une température n'excédant pas 25°C (77°F) et qu'elles soient utilisées dans les deux mois. La formulation liquide de Kaletra peut être conservée à température ambiante pendant deux mois. Si elle est réfrigérée, elle peut être conservée jusqu'à la date de péremption.

Effets Secondaires

Kaletra peut donner lieu aux effets secondaires suivants:

- diarrhées
- selles fréquentes
- faiblesse ou fatigue
- maux de tête
- nausées
- vomissements

Mise en garde

Des cas de pancréatite – une inflammation douloureuse du pancréas – ont été signalés chez des personnes utilisant Kaletra. Dans certains cas, cette complication s'est avérée mortelle. Selon le fabricant de Kaletra, une pancréatite devrait être soupçonnée en présence des symptômes ou des signes suivants:

- nausées
- vomissements
- douleurs abdominales
- niveau élevé des enzymes amylase ou lipase dans le sang

Interactions médicamenteuses

Kaletra ne devrait pas être utilisé avec les substances suivantes:

- médicaments contre les maladies du cœur – Tambocor (flécaïnide), Rythmol (propafénone)
- antihistaminiques – Hismanal (astémizole), Seldane (terfénadine)
- dérivés de l'ergotamine – Ergonovine, Ergomar
- agents antipsychotiques – Orap (pimozide)
- sédatifs – Versed (midazolam), Halcion (triazolam)
- plantes médicinales – millepertuis
- agents hypolipidémiantes – Mevacor (lovastatine), Pravachol (pravastatine)

D'autres effets secondaires et interactions médicamenteuses seront énumérés dans un feuillet d'information sur Kaletra que CATIE publiera en avril 2001.

B. Des chercheurs canadiens tentent de guérir le système immunitaire

Situation

Sitôt entré dans l'organisme, le VIH se met à affaiblir la faculté du système immunitaire de combattre les microbes, notamment le VIH lui-même. De nombreuses recherches sur le sida visent à restaurer la capacité du système immunitaire à lutter contre le VIH.

Le recours à la multithérapie antirétrovirale fortement active permet habituellement d'accroître le nombre de cellules CD4+, de cellules CD8+ et d'autres cellules au fur et à mesure que la charge virale diminue. Ces changements se maintiennent chez les gens qui peuvent tolérer ces traitements tout en restant fidèles à leur programme de traitement. En plus d'augmenter le nombre de cellules immunitaires, la multithérapie semble améliorer la faculté de celles-ci de combattre les microbes responsables de complications graves chez les PVVIH/sida.

Malheureusement, de nombreuses équipes de recherche ont trouvé que la capacité du système immunitaire de lutter contre le VIH ne s'améliorait pas sous l'effet de la multithérapie. Face à l'incapacité de la thérapie de restaurer intégralement le système immunitaire, certains chercheurs ont proposé l'utilisation d'immunostimulants pour aider à «guérir l'immunité». Une explication possible de la restauration incomplète de l'immunité pourrait résider dans l'impact à long terme des traitements sur le système immunitaire. La multithérapie antirétrovirale possède une puissante activité anti-VIH, mais elle peut également perturber certaines des fonctions subtiles du système immunitaire. Cela peut être utile à court terme car certaines parties d'un système immunitaire infecté par le VIH deviennent hyperactives. Mais, à long terme, l'effet des médicaments sur les fonctions immunitaires risque d'être nuisible.

Afin de comprendre l'impact de la multithérapie sur le système immunitaire, il serait peut-être intéressant d'évaluer l'effet de chacune des catégories de médicaments anti-VIH séparément avant de les étudier ensemble. Par exemple, il est possible que les analogues nucléosidiques, ou nucléosides (AZT, 3TC, etc.), exercent un effet différent sur le système immunitaire que les inhibiteurs de la protéase (IP).

Des chercheurs à Ottawa ont mené une étude de deux ans chez des PVVIH/sida qui utilisaient majoritairement deux médicaments seulement, à savoir les IP saquinavir et ritonavir. (Remarque : La prescription de cette combinaison constitue une pratique très inhabituelle et est considérée comme inappropriée. Rappelons cependant qu'il s'agissait dans ce cas d'un essai clinique rigoureusement planifié. Ne tentez pas cela chez vous.)

Détails de l'étude

Les chercheurs ont recruté 42 sujets qui n'avaient jamais été exposés aux IP et leur ont donné un minimum de 400 mg de ritonavir et de 400 mg de saquinavir, deux fois par jour. Les sujets dont la charge virale se situait au-dessus de 200 copies après 12 semaines ont été autorisés à ajouter les nucléosides d4T (Zerit) et 3TC (Epivir) à leur régime. Voici le profil des sujets au début de l'étude :

- numération CD4+ moyenne – 286 cellules
- numération CD8+ moyenne – 799 cellules
- charge virale moyenne – moins de 200 copies

Après deux ans de traitement, les sujets recevaient les traitements suivants dans les proportions indiquées :

- deux IP seulement – 66 %
- deux IP et deux nucléosides – 33 %

Quatre sujets avaient une charge virale au-dessus de 200 copies. Dans un cas, la montée de la charge virale était attribuable à une interruption temporaire du traitement. Chez les deux autres, les augmentations de charge virale ont été temporaires.

Mais sont-elles fonctionnelles?

On a beau avoir beaucoup de cellules CD4+ et CD8+, il reste à voir si elles fonctionnent. Les chercheurs ont effectué plusieurs analyses sanguines pour évaluer la réponse des cellules immunitaires au VIH.

Selon leurs résultats, seulement 5 % des sujets avaient des cellules T qui étaient capables de reconnaître et de s'attaquer au VIH au début de l'étude. À la fin de la deuxième année de l'étude, ce chiffre s'élevait à 50 %. Cela risque de sembler décevant, mais il faut se rappeler que le VIH met de nombreuses années à abîmer le système immunitaire, et il est probable que la restauration de ce dernier prenne beaucoup de temps aussi.

Les chercheurs estiment que la fonction immunitaire de ces patients s'est améliorée parce que la multithérapie avait réussi à supprimer leur charge virale. En effet, ils ont trouvé que toute

augmentation temporaire de la charge virale affaiblissait la faculté du système immunitaire de lutter contre les microbes (lors de simulations). L'existence d'un lien entre la charge virale et l'affaiblissement de la réponse immunitaire devrait être prise en considération par toute personne qui envisage un « congé thérapeutique » ou une « interruption stratégique du traitement » (ITS).

Qui répond le mieux à la multithérapie?

Les chercheurs ont évalué plusieurs facteurs en vue d'identifier les sujets les plus susceptibles de présenter une forte réponse immunologique au VIH sous l'effet de la multithérapie. Ces facteurs ont compris les suivants :

- numération CD4+
- charge virale
- âge
- utilisation antérieure de nucléosides

Les chercheurs n'ont relevé aucun lien entre ces facteurs et le développement d'une réponse anti-VIH.

Il est intéressant de constater que 66 % des participants à cette étude se sont fiés à une double association d'inhibiteurs de la protéase (sans nucléoside) pour supprimer la charge virale. Cela pourrait expliquer pourquoi la restauration immunitaire observée chez ces sujets a été plus remarquable que lors de plusieurs études antérieures. Ces autres recherches ont habituellement porté sur des combinaisons de médicaments anti-VIH qui incluaient des nucléosides. Il se peut que l'effet à long terme des nucléosides affaiblisse la réponse immunitaire chez certaines PVVIH/sida. Il sera important de continuer à étudier l'impact des médicaments anti-VIH sur le système immunitaire si on souhaite mettre au point des thérapies qui soient sécuritaires et efficaces à long terme. Plusieurs études sont en cours pour comparer des régimes comportant des nucléosides à des régimes qui n'en comportent pas. Les résultats préliminaires de ces études devraient être publiés l'année prochaine.

Lipodystrophie

Nous avons hâte de connaître les résultats d'une analyse plus poussée de ces données, notamment en ce qui concerne le lien entre des régimes spécifiques et le risque d'effets secondaires tels que :

- diabète
- maladie cardiovasculaire
- affaiblissement des os
- perte de graisses
- dépôts de graisses

L'analyse préliminaire des résultats porte à croire que les sujets recevant des nucléosides étaient plus susceptibles de perdre de la graisse au niveau du visage et des fesses que les sujets qui n'en recevaient pas. (JB Angel, communiqué personnel, 2001)

Découvertes importantes

Les congés thérapeutiques, ou interruptions stratégiques du traitement, sont accueillis à bras ouverts par certaines PVVIH/sida qui en ont marre des effets secondaires de la multithérapie ou qui ne veulent plus gober une poignée de pilules chaque jour. Rappelons toutefois que les congés thérapeutiques risquent de réexposer le système immunitaire au VIH après une longue période de suppression virale.

L'un des messages importants à découler de cette étude est le suivant : le rétablissement du système immunitaire prend du temps et le type de thérapie utilisé semble revêtir une importance. Nous savons aussi qu'une suppression prolongée de la charge virale procure des bienfaits. Tout congé thérapeutique doit donc être planifié soigneusement et en fonction de plusieurs facteurs. Il est donc probable que la mise au point de médicaments moins toxiques et plus efficaces soit plus souhaitable comme moyen de maîtriser l'infection au VIH.

RÉFÉRENCES

1. Tovo P-A. Highly active antiretroviral therapy inhibits cytokine production in HIV-uninfected subjects. *AIDS* 2000;14(6):743-744.
2. Rinaldo CR, Huang X-L, Fan Z, et al. Anti-human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) CD8+ T-lymphocyte reactivity during combination antiretroviral therapy in HIV-1-infected patients with advanced immunodeficiency. *Journal of Virology* 2000;74(9):4127-4138.
3. Stranford SA, Ong JC, Martinez-Mariño B, et al. Reduction in CD8+ cell noncytotoxic anti-HIV activity in individuals receiving highly active antiretroviral therapy during primary infection. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2001;98(2):597-602.
4. Angel JB, Parato KG, Kumar A, et al. Progressive human immunodeficiency virus-specific immune recovery with prolonged viral suppression. *Journal of Infectious Diseases* 2001;183:546-554.

II AGENTS ANTI-INFECTIEUX

A. Le millepertuis s'avère inutile contre l'hépatite C

Situation et résumé

Le millepertuis (*Hypericum perforatum*) est une plante médicinale utilisée pour le traitement des états de dépression légers ou modérés. L'hypericine est un composé qui se trouve dans la tige et les pétales des fleurs de millepertuis. Des équipes de recherche au Canada, aux États-Unis, en Israël et en Europe ont mené des expériences de laboratoire sur l'hypericine et d'autres composés extraits du millepertuis au cours de la dernière décennie. Dans le cadre de ces expériences, l'hypericine a fait preuve d'une activité antivirale contre l'herpès, le sida et des maladies ressemblant à l'hépatite chez des animaux. Encouragés par ces résultats, des chercheurs à New York ont décidé de mener une étude pour évaluer l'activité antivirale de l'hypericine chez des personnes atteintes d'hépatite C (VHC). Selon cette équipe, un traitement oral à l'hypericine pendant deux mois n'a eu aucune activité décelable contre l'hépatite C. Cependant, la substance aurait causé des effets secondaires temporaires « considérables ».

Détails de l'étude

Les chercheurs ont recruté 19 adultes (4 femmes, 15 hommes) infectés par le VHC qui avaient tous des niveaux élevés des éléments suivants dans le sang :

- virus de l'hépatite C
- enzymes hépatiques (signe possible de dommages au foie)

Aucun des sujets n'était enceinte, n'utilisait de substances intoxicantes ou n'avait d'infection au VIH. Douze sujets ont reçu de l'hypericine à faible dose, à savoir 0,05 mg par kg de poids corporel par jour pendant deux mois. Les sept autres ont reçu le composé à raison de 0,1 mg par kg de poids corporel par jour pendant deux mois, c'est-à-dire à forte dose. Comme l'hypericine peut accroître la sensibilité au soleil, les sujets ont été encouragés à porter un chapeau, des gants et de l'écran solaire à l'extérieur.

Résultats – effets secondaires

Sept des 12 sujets qui ont reçu de l'hypericine à faible dose et tous les sujets qui en ont reçu à forte dose ont présenté des effets secondaires, notamment une

réaction de photosensibilité caractérisée par les symptômes suivants :

- sensation de brûlure et de picotement après exposition au soleil
- rougeurs et inflammation
- assombrissement de la peau
- nodules enflés de la peau

Tous les effets secondaires se sont résorbés après interruption du traitement à l'hypericine. Les tests de laboratoire n'ont décelé aucune toxicité.

Résultats – effet sur le VHC

L'hypericine n'a eu aucun effet sur les résultats des analyses sanguines habituellement utilisées pour évaluer l'évolution de l'infection au VHC dont :

- charge virale en VHC
- taux d'enzymes hépatiques

La présente étude a été la deuxième à évaluer de l'hypericine purifiée fournie par VimRx Pharmaceuticals (Wilmington, Delaware) à titre de traitement antiviral chez des humains. La première étude a mis l'hypericine à l'essai chez des personnes vivant avec le VIH, mais n'a permis de constater aucune efficacité contre ce virus. D'aucuns affirmeraient que le dosage d'hypericine éprouvé dans le cadre de cette étude n'était pas assez élevé. Pourtant, il est à noter que l'utilisation de fortes doses d'hypericine a provoqué des effets secondaires dans l'étude menée chez des personnes ayant le VIH et ce, à raison de deux ou trois prises par semaine seulement.

Dans le cadre de la présente étude (sur le VHC), les chercheurs ont mesuré les taux sanguins d'hypericine à intervalles réguliers. Ils ont découvert que les concentrations du composé étaient suffisamment élevées pour exercer une activité anti-VHC – en théorie. Les chercheurs ne peuvent donc expliquer pourquoi l'hypericine n'a pas eu d'effet antiviral important dans le cadre de cette étude. Plusieurs études de laboratoire antérieures ont trouvé que l'hypericine avait besoin de lumière pour produire une activité antivirale significative. Il se peut donc qu'une exposition importante à la lumière soit nécessaire pour que l'hypericine puisse être active contre le VIH et le VHC chez les humains. Si c'est le cas, la photosensibilité associée à l'hypericine risque de faire en sorte que l'utilisation de fortes doses de ce produit ne soit pas sécuritaire chez les humains.

Il importe de signaler que le millepertuis abrite de nombreux composés dont l'hypericine n'est qu'un seul. Il est possible que les bienfaits de cette plante résident dans l'usage de plusieurs de ces composés et pas dans un seul. Le millepertuis et ses extraits sont présentement à l'étude à titre d'agents antibactériens et anticancéreux.

RÉFÉRENCES

1. Jacobson JM, Feinman L, Liebes L, et al. Pharmacokinetics, safety, and antiviral effects of hypericin, a derivative of St. John's wort plant, in patients with chronic hepatitis C virus infection. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy* 2001;45(2):517-524
2. Lavie G, Valentine F, Levin B, et al. Studies of the mechanisms of action of the antiretroviral agents hypericin and pseudohypericin. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA* 1989;86:5963-5967.
3. Hudson JB, Harris L and Towers G. The importance of light in the anti-HIV effect of hypericin. *Antiviral Research* 1993;20:173-178.

III TESTS

A. Les décès attribuables aux dommages hépatiques sont-ils à la hausse?

Situation et résumé

Après avoir pris connaissance de l'augmentation du nombre de décès attribuables à des maladies du foie chez les personnes ayant le VIH/sida (PVVIH/sida), des chercheurs à Boston ont passé en revue les dossiers médicaux de leurs propres patients afin de relever des tendances à cet égard. Les médecins ont analysé des données recueillies à trois moments différents, à savoir en 1991, en 1996 et en 1998-1999. Sur les 84 décès relevés, 50 % des décès survenus en 1998-1999 étaient attribuables aux suites de dommages hépatiques. Les raisons possibles de ce phénomène sont exposées plus loin.

Résultats – causes de décès

Les décès attribuables aux dommages hépatiques sont survenus dans les proportions suivantes :

- 1991 – 12 %
- 1996 – 14 %
- 1998-1999 – 50 %

Les autres décès ont été attribués à d'autres complications liées au sida. Cinquante pour cent des patients décédés des suites de dommages hépatiques avaient une numération de CD4+ de plus de 200 cellules et une charge virale de moins de 50 copies un an avant leur mort.

Pourquoi des dommages hépatiques?

L'étude des dossiers médicaux n'a pas permis aux médecins de déterminer pendant combien de temps les sujets atteints de maladies hépatiques étaient co-infectés par le virus de l'hépatite C (VHC) avant de mourir. Cependant, ils ont remarqué que le nombre de patients qui avaient subi un dépistage du VHC s'était accru au fil du temps :

- 1991 – 3 sujets sur 4 (75 %)
- 1996 – 15 sujets sur 26 (56 %)
- 1998-1999 – 15 sujets sur 16 (94 %)

En 1998-1999, 11 patients sont décédés des suites de dommages hépatiques, dont neuf étaient infectés par le VHC.

Prochaine étape

Les études qui reposent sur l'évaluation d'anciens dossiers médicaux (études rétrospectives) peuvent être utiles parce qu'elles permettent d'identifier des tendances. Les résultats de cette étude viennent confirmer les soupçons de la communauté de lutte contre le sida quant à l'existence d'une tendance à la hausse des décès liés aux maladies du foie en Amérique du Nord depuis la fin des années 90. Cette tendance pourrait s'expliquer de plusieurs façons. Par exemple, grâce à la multithérapie antirétrovirale fortement active, les PVVIH/sida ne meurent pas aussi souvent qu'auparavant des infections couramment associées au sida telles que la PPC (pneumonie à *Pneumocystis carinii*), le CMV (cytomégalovirus) et d'autres maladies bactériennes et parasitaires mal comprises. Le fait que les PVVIH/sida vivent plus longtemps donne plus de temps au VHC pour causer des dommages mortels au foie.

Une autre explication possible du nombre accru de décès attribuables aux dommages hépatiques réside dans le fait que les PVVIH/sida sous multithérapie sont exposés aux effets potentiellement néfastes des médicaments pendant de longues périodes.

De nouvelles études sont nécessaires pour :

- déterminer l'impact à long terme sur le foie de la multithérapie et des autres médicaments utilisés par les PVVIH/sida
- mettre au point des thérapies moins toxiques et plus efficaces

RÉFÉRENCE

1. Bica I, McGovern B, Dhar R, et al. Increasing mortality due to end-stage liver disease in patients with human immunodeficiency virus infection. *Clinical Infectious Diseases* 2001;32(3):492-497.

B. Baisse du taux de névirapine sous l'effet du millepertuis

Le millepertuis (*Hypericum perforatum*) est une plante médicinale communément utilisée pour traiter les états de dépression légers ou modérés. En dernier, nous avons rapporté la découverte d'une interaction possible entre le millepertuis et certains médicaments utilisés contre l'infection à VIH. Cette interaction se produit parce que le millepertuis interfère avec la dégradation des médicaments anti-VIH dans le foie. Nous savons qu'au moins un inhibiteur de la protéase, soit l'indinavir (Crixivan), est éliminé de l'organisme plus rapidement que normalement en raison de cette interaction. Les concentrations sanguines de l'indinavir n'atteignent donc pas les niveaux habituels. Cette situation risque de favoriser l'émergence d'une résistance à l'indinavir et aux autres inhibiteurs de la protéase, réduisant ainsi le nombre d'options thérapeutiques à la disposition des personnes vivant avec le VIH (PVVIH/sida).

Des médecins aux Pays-Bas ont présenté des données sur des patients qui recevaient de la névirapine en association avec deux analogues nucléosidiques depuis plus d'un an. Les taux sanguins de névirapine ont été vérifiés tous les trois mois pendant cette période. Les médecins ont constaté des niveaux de névirapine inférieurs à la normale chez cinq patients de sexe masculin. Les cinq hommes prenaient tous du millepertuis depuis plusieurs mois. Après avoir comparé les taux de névirapine de ce groupe de cinq avec ceux des 176 autres PVVIH/sida, les médecins ont constaté que le millepertuis avait réduit les concentrations de névirapine de façon significative. La présence de taux de névirapine inférieurs à la normale pourrait permettre au VIH de développer une résistance à ce médicament et aux autres inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) tels que l'efavirenz (Sustiva) et la delavirdine (Rescriptor). Les médecins hollandais ont donc affirmé que le millepertuis était contre-indiqué pour les patients recevant la névirapine.

L'effet du millepertuis sur le taux de névirapine pourrait s'exercer de deux façons. D'abord, il est possible que la plante réduise l'absorption de la névirapine au niveau de l'intestin. Ensuite, il se peut que le millepertuis accélère le rythme auquel la névirapine est dégradée par le foie.

Ces résultats mettent en valeur l'importance de parler avec son médecin de tous les suppléments ou plantes médicinales qu'on utilise. Pour plus d'information sur le millepertuis, voir le feuillet d'information de CATIE.

REFERENCES

1. de Maat MMR, Hoetelmans RMW, Mathôt RAA, et al. Drug interaction between St John's wort and nevirapine. *AIDS* 2001;15(3):420-421.
 2. Dürr D, Stieger B, Kullak-Ublick GA, et al. St John's wort induces intestinal P-glycoprotein/MDR1 and intestinal and hepatic CYP3A4. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 2000;68(6):598-604.
-

Déni de responsabilité

Toute décision concernant un traitement médical particulier devrait toujours se prendre en consultation avec un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) qui a une expérience des maladies liées au VIH et des traitements en question.

Le Réseau communautaire d'info-traitements sida (CATIE) fournit, de bonne foi, des ressources d'information aux personnes vivant avec le VIH/sida qui, en collaboration avec leurs prestataires de soins, désirent prendre en mains leurs soins de santé. Les renseignements produits ou diffusés par CATIE ne doivent toutefois pas être considérés comme des conseils médicaux. Nous ne recommandons ni appuyons aucun traitement en particulier et nous encourageons nos clients à consulter autant de ressources que possible. Nous encourageons vivement nos clients à consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) avant de prendre toute décision d'ordre médical ou d'utiliser un traitement, quel qu'il soit.

Nous ne pouvons garantir l'exactitude ou l'intégralité des renseignements publiés ou diffusés par CATIE, ni de ceux auxquels CATIE permet l'accès. Toute personne mettant en application ces renseignements le fait à ses propres risques. Ni CATIE ni Santé Canada — ni leurs personnels, directeurs, agents ou bénévoles — n'assume aucune responsabilité des dommages susceptibles de résulter de l'usage de ces renseignements. Les opinions exprimées dans le présent document ou dans tout document publié ou diffusé par CATIE, ou auquel CATIE permet l'accès, sont celles des auteurs et ne reflètent pas les politiques ou les opinions de CATIE ou de Santé Canada.

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue officiels de Santé Canada.

La reproduction de ce document

Ce document est protégé par le droit d'auteur. Il peut être réimprimé et distribué à des fins non commerciales sans permission, mais toute modification de son contenu doit être autorisée. Le message suivant doit apparaître sur toute réimpression de ce document : *Ces renseignements ont été fournis par le Réseau communautaire d'info-traitements sida (CATIE). Pour plus d'information, appelez CATIE au 1 800 263-1638.*

L'équipe

Rédaction	Sean Hosein
Aide à la recherche	Tim Rogers
Traduction	Alain Boutilier
Révision	Alain Boutilier

© CATIE, vol. 12, n° 11, printemps 2001



La Stratégie
canadienne
sur le VIH/sida

Soins, traitements
et soutien



Santé
Canada

Financé par le Programme des soins, des traitements et du soutien pour le VIH/sida de Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida.

D'autres publications de CATIE

Feuillets d'information

Renseignements sur les infections, les symptômes, les effets secondaires et d'autres sujets liés aux traitements.

Le test de la charge virale

Un livret pratique sur le test de la charge virale rédigé sous forme de foire aux questions.

Le traitement du VIH, Voici les faits, tout simplement ou en détail

Renseignements de base sur les traitements du VIH/sida en français et en anglais; contient un glossaire de termes.

Un guide pratique des thérapies complémentaires pour les personnes vivant avec le VIH

Rédigé dans un langage clair, ce livre décrit plusieurs thérapies complémentaires et le rôle qu'elles pourraient jouer dans la prise en charge de diverses affections liées au VIH et des effets secondaires des médicaments.

Un guide pratique de la nutrition pour les personnes vivant avec le VIH/sida

Renseignements de base sur la nutrition et l'effet de cette dernière sur plusieurs infections liées au sida.

Vous et votre santé, un guide à l'intention des personnes vivant avec le VIH/sida

Un livre complet d'envergure nationale traitant des questions relatives à la santé et aux aspects sociaux, juridiques et pratiques de la vie avec le VIH.

CATIE est un organisme national à but non lucratif ayant pour engagement de fournir des renseignements gratuits, à jour et confidentiels sur les traitements à tous les Canadiens et Canadiennes vivant avec, ou affectés par, le VIH/sida.

Pour commander nos publications, appelez-nous ou visitez notre site Web.

Communiquez avec nous

par téléphone
1 800 263-1638
(416) 203-7122

par télécopieur
(416) 203-8284

par courrier électronique
info@catie.ca

via le World Wide Web
<http://www.catie.ca>

par la poste
555, rue Richmond Ouest, bureau 505, case 1104
Toronto (Ontario) M5V 3B1
Canada