

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

Table des matières

I AGENTS ANTI-VIH

- A. Le début du traitement : une étude confirme le bien-fondé des lignes directrices 1

II AGENTS ANTICANCÉREUX

- A. Des lésions cervicales récurrentes 2

III EFFETS SECONDAIRES

- A. Une étude révèle des problèmes liés au signalement des effets secondaires 3
- B. La dysfonction sexuelle masculine et la multithérapie – la confusion persiste 4
- C. La dysfonction sexuelle masculine : un rapport de Boston 5
- D. La dysfonction sexuelle masculine : un rapport de France 6

I AGENTS ANTI-VIH

A. Le début du traitement : une étude confirme le bien-fondé des lignes directrices

Le système immunitaire combat les cellules infectées par le VIH de plusieurs manières, dont :

- la destruction des cellules;
- la libération de substances chimiques qui empêchent les cellules infectées de produire de nouveaux virus.

Cette deuxième fonction est assurée principalement par un type de cellule immunitaire appelée CD8+. Les cellules CD8+ produisent des substances chimiques antivirales qui sont inoffensives pour les cellules saines mais qui auraient la faculté d'éliminer le VIH dans les cellules infectées. Bien que plusieurs recherches se poursuivent en vue d'identifier les produits chimiques libérés par les cellules CD8+, aucune équipe de chercheurs n'est encore parvenue à les nommer. Cependant, au moins une équipe soupçonne cette action des CD8+ de contribuer à prévenir l'infection par le VIH chez certaines personnes exposées au virus.

Depuis plus de dix ans, des chercheurs à l'université de la Californie à San Francisco (UCSF) poursuivent des travaux dans le but d'identifier et d'élucider les fonctions des substances antivirales naturelles. Dans le cadre d'une de leurs études, ils ont constaté que le système immunitaire continuait habituellement de produire des composés antiviraux pendant les 10 ans suivant l'infection par le VIH. De façon générale, au moment où les personnes séropositives commencent à présenter des symptômes du sida et que leurs cellules CD4+ se mettent à chuter, la production de substances antivirales est également à la baisse.

produit par



Canadian AIDS Treatment
Information Exchange
Réseau canadien
d'info-traitements sida

555, rue Richmond Ouest, bureau 505, 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

Aux fins de leur plus récente étude, les chercheurs à l'UCSF ont recruté 20 sujets en bonne santé qui vivaient avec le VIH depuis au moins 10 ans. Leur objectif consistait à trouver un lien éventuel entre le nombre de cellules CD4+ et la production de substances antivirales naturelles par les cellules CD8+.

Détails de l'étude

En général, les chercheurs ont trouvé que les sujets se répartissaient en deux groupes :

- ceux ayant moins de 300 cellules CD4+;
- ceux ayant plus de 300 cellules CD4+.

Voici les résultats principaux de l'étude :

- les sujets ayant un nombre élevé de cellules CD4+ étaient plus susceptibles d'avoir un nombre élevé de cellules CD8+;
- la quantité de virus dans le sang (charge virale) des sujets ayant un nombre élevé de CD4+ était relativement faible (4000 copies) comparativement aux sujets dont la numération de CD4+ était faible (26 000 copies);
- les sujets ayant plus de 300 cellules CD4+ produisaient beaucoup moins de substances antivirales que les sujets ayant un faible nombre de cellules CD4+;
- les sujets qui produisaient peu de substances antivirales avaient tendance à avoir une charge virale élevée.

Dans cette étude, les chercheurs ont constaté que l'aptitude du système immunitaire à supprimer le VIH était significativement plus faible chez les sujets séropositifs en santé ayant moins de 300 cellules CD4+ comparativement aux sujets ayant plus de 300 CD4+. Selon les chercheurs, ces résultats constituent des « preuves immunologiques » à l'appui des lignes directrices thérapeutiques actuelles. De plus, ils pourraient se greffer aux autres facteurs dont il faut tenir compte lorsqu'il s'agit de prendre des décisions concernant le moment d'amorcer un traitement anti-VIH.

RÉFÉRENCES

1. Guidotti LG and Chisari FV. Noncytolytic control of viral infections by the innate and adaptive immune response. *Annual Review of Immunology* 2001;19:65-91.
2. Locher CP, Witt SA, Levy JA. The nuclear factor kappa B and Spl binding sites do not appear to be involved in virus suppression by CD8 T lymphocytes. *AIDS* 2001;15(18):2455-2457.

3. Stranford SA, Skurnick J, Louria D et al. Lack of infection in HIV-exposed individuals is associated with a strong CD8(+) cell noncytotoxic anti-HIV response. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA* 1999;96(3):1030-1035.

II AGENTS ANTICANCÉREUX

A. Des lésions cervicales récurrentes

Les femmes séropositives courent un risque accru de présenter des lésions anormales du col utérin (comparativement aux femmes séronégatives). Ces lésions sont causées par le virus du papillome humain (VPH), lequel se transmet par voie sexuelle. Dans certains cas, les lésions régressent ou rapetissent sans traitement. Dans d'autres cas, cependant, les lésions peuvent devenir cancéreuses. Pour cette raison, des tests Pap et des examens gynécologiques réguliers doivent faire partie intégrante des soins prodigués aux femmes vivant avec le VIH.

Les lésions anormales du col utérin peuvent être éliminées de plusieurs manières, dont :

- le traitement au laser;
- le « zappage » par courant électrique;
- la chirurgie.

Ces traitements sont généralement efficaces, mais les lésions risquent malheureusement de réapparaître. Des chercheurs à Fort Worth, au Texas, ont mené une étude pour comparer les taux de récurrence entre les femmes séropositives et les femmes séronégatives. Ils ont constaté des taux de récurrence beaucoup plus élevés chez celles-là que chez celles-ci.

Détails de l'étude

Les chercheurs ont évalué les dossiers médicaux de 43 femmes séropositives et de 103 femmes séronégatives chez qui on avait diagnostiqué des lésions cervicales anormales. Des femmes atteintes de cancer ou qui avaient déjà subi une hystérectomie n'ont pas été admises à cette étude. Tous les sujets chez qui on avait décelé des lésions cervicales anormales (soit par test Pap soit par biopsie) avaient subi un premier traitement au laser, à l'azote liquide ou une chirurgie. La recours à d'autres interventions, telles qu'une hystérectomie ou une chirurgie « à la lame froide », a été réservé aux cas où un traitement moins invasif avait échoué.

Sur les 43 femmes séropositives, 40 suivaient une multithérapie antirétrovirale, et leur numération de CD4+ moyenne était de 340 cellules. La charge virale

de 30 sujets était notée dans leur dossier médical. Chez 19 sujets, la charge virale moyenne s'élevait à environ 19 000 copies, alors que chez les autres elle se situait à moins de 500 copies. Des données ont été recueillies entre janvier 1996 et décembre 2000. Toutes les femmes ont été suivies pendant au moins deux ans.

Résultats

De façon générale, le taux de récurrence des lésions cervicales était presque quatre fois plus élevé chez les femmes séropositives que chez les femmes séronégatives et ce, peu importe le traitement utilisé. Chez six femmes séropositives, une hystérectomie a été pratiquée en raison de lésions cervicales récurrentes. Chez trois de ces femmes, des cellules précancéreuses s'étaient propagées dans le vagin. Aucune femme n'est décédée au cours de cette étude.

Les chercheurs ont constaté un taux de récurrence plus élevé chez les femmes ayant moins de 200 cellules CD4+ comparativement aux femmes ayant plus de 200 CD4+.

Cette étude souligne la nécessité d'un suivi gynécologique régulier pour les femmes séropositives. Elle révèle également la nécessité de traitements susceptibles d'améliorer la réponse immunitaire face aux tumeurs.

RÉFÉRENCES

1. Tate DR and Anderson RJ. Recrudescence of cervical dysplasia among women who are infected with the human immunodeficiency virus: a case-control analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;186:880-882.
2. Baldwin P and Sterling J. HIV-1 infection and intraepithelial neoplasia of lower genital tract. *Lancet* 2002;359:2040.

III EFFETS SECONDAIRES

A. Une étude révèle des problèmes de signalement des effets secondaires

Avant d'arriver sur le marché, les médicaments sont testés dans le cadre d'essais cliniques pour en évaluer l'innocuité et l'efficacité. Cependant, tous les effets secondaires d'un médicament donné – également appelés effets indésirables des médicaments (EIM) – ne sont pas identifiés lors des essais cliniques. De fait, selon une étude, un grand nombre d'effets indésirables ne sont pas décelés avant que les médicaments en cause soient commercialisés.

L'incapacité des essais cliniques de déceler tous les effets indésirables importants souligne le besoin criant de

systemes efficaces pour confirmer et étoffer les données d'essais cliniques sur les médicaments approuvés. Un système qui permet de contrôler les effets secondaires *après* la commercialisation d'un médicament s'appelle un système de surveillance post-commercialisation ou post-approbation. Étant donné que l'approbation des médicaments anti-VIH a souvent été accélérée par le passé, les conséquences de cette accélération sont peu surprenantes, à savoir le plus grand nombre d'effets secondaires décelés après l'approbation des médicaments.

En Europe occidentale et en Amérique du Nord, les autorités de la santé publique disposent de différentes méthodes de surveillance post-commercialisation. En vertu d'un système particulier, ce sont les patients eux-mêmes qui documentent les effets indésirables et les signalent aux autorités. Jusqu'à date, cependant, la plupart des études sur les EIM ne semblent pas avoir comporté un volet en vertu duquel les patients s'adressaient directement aux agences de réglementation.

Des chercheurs écossais viennent de concevoir une méthode qui permet aux patients de signaler les effets indésirables qu'ils croient attribuables à un médicament de prescription. Bien qu'aucun des médicaments en question ne soit utilisé pour le traitement de l'infection au VIH, cette étude écossaise pourrait intéresser les agences de réglementation qui cherchent à améliorer leur système actuel de surveillance post-commercialisation. Dans le cadre de cette étude, les chercheurs ont également évalué les dossiers médicaux des patients pour comparer les symptômes rapportés par ceux-ci avec les symptômes documentés par leurs médecins. Selon les chercheurs, les résultats indiquent que « les patients ne signalent pas à leur médecin tous les symptômes qu'ils soupçonnent d'être des EIM, et les omnipraticiens ne documentent pas tous les symptômes qui leur sont signalés ».

Détails de l'étude

Des questionnaires types ont été développés pour aider à recueillir et à classifier des données concernant les EIM. Les questionnaires ont été testés dans le cadre d'une étude pilote puis vérifiés. Les chercheurs ont pris contact avec des médecins de première ligne, après quoi environ 2300 patients ont été admis à l'étude. Les médicaments dont il s'agissait dans le questionnaire comprenaient quatre antidépresseurs, trois anti-convulsivants et deux analgésiques.

Résultats

Les chercheurs ont rapporté un taux de réponse au questionnaire d'environ 36 %. La plupart des

répondants étaient des femmes (66 %) et la moyenne d'âge était de 51 ans. La moitié des répondants ont indiqué qu'ils prenaient entre deux et quatre médicaments de prescription.

L'évaluation des questionnaires et de 310 dossiers médicaux a révélé que 70 % pour cent des médicaments que les patients affirmaient prendre n'étaient pas documentés dans leur dossier. Voici quelques autres découvertes de cette étude :

- l'analyse des questionnaires a permis de constater que 55 % des symptômes signalés étaient « possiblement » attribuables aux médicaments évalués;
- environ 43 % des patients ont qualifié leurs symptômes de graves ou de très graves;
- les chercheurs ont constaté un niveau important de sous-notification des EIM auprès des autorités réglementaires.

En conclusion, les chercheurs affirment que « le plus souvent, les patients signalent des symptômes réels dont la probabilité d'un lien causal avec un médicament est élevée ». De plus, ils ajoutent que « le signalement d'EIM par les patients pourrait être utile dans le cadre de systèmes de surveillance post-commercialisation parce que la presque totalité des symptômes [signalés dans cette étude] était attribuable à des médicaments ».

RÉFÉRENCES

1. Moore TJ, Psaty BM and Furberg CD. Time to act on drug safety. *Journal of the American Medical Association* 1998;279(19):1571-1573.
2. Lasser KE, Alen PD, Woolhandler SJ, et al. Timing of new black box warnings and withdrawals for prescription medications. *Journal of the American Medical Association* 2002;287:2215-2220.
3. Jarernsripornkul N, Krska J, Capps PAG, et al. Patient reporting of potential adverse drug reactions: a methodological study. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2002;53:318-325.

B. La dysfonction sexuelle masculine et la multithérapie – la confusion persiste

Le recours à une multithérapie antirétrovirale fortement active a prolongé la survie de nombreuses personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida) qui sont capables d'adhérer à leur traitement et de tolérer les médicaments. À mesure que la vie des PVVIH/sida se prolonge, des préoccupations relatives à la qualité de vie prennent de l'importance. Une de ces préoccupations réside dans la survenue de

dysfonctions sexuelles. En ce qui concerne les PVVIH/sida, la majorité des études sur cette question ont porté sur des hommes. Pour en savoir plus sur une étude menée auprès des deux sexes, consultez *TraitementSida* 120.

Interpréter les données sur la dysfonction sexuelle peut être difficile parce que les études ne tiennent pas toujours compte de plusieurs autres facteurs susceptibles de causer une dysfonction sexuelle, dont :

- dommages aux nerfs;
- faibles taux de testostérone/oestrogène;
- diabète;
- anxiété;
- dépression;
- carences nutritionnelles.

Un grand nombre de médicaments d'ordonnance et de drogues récréatives ont été associés à la survenue de dysfonctions sexuelles. Voici une liste partielle des produits qui pourraient avoir un tel effet :

- médicaments contre l'hypertension;
- médicaments contre les taux élevés de cholestérol et de triglycérides;
- antidépresseurs;
- tranquillisants;
- médicaments anti-ulcéreux;
- hormones;
- médicaments anticancéreux;
- médicaments anti-convulsivants;
- drogues récréatives – alcool, cocaïne et marijuana.

Étant donné le nombre d'affections et de substances qui risquent d'entraîner une dysfonction sexuelle, il n'est pas facile de trouver la cause de ce genre de problème chez les PVVIH/sida qui prennent plusieurs médicaments. Dans le présent numéro de *TraitementSida*, nous rendons compte de deux études sur la dysfonction sexuelle chez les hommes séropositifs sous multithérapie. En lisant les résultats de ces deux études, il pourrait être pertinent de se rappeler que, dans les jours précédant l'arrivée des multithérapies, plusieurs études avaient déjà fait état d'un taux élevé de dysfonction sexuelle – soit entre 53 % et 67 % – chez les hommes séropositifs.

RÉFÉRENCES

1. Schrooten W, Colebunders R, Youle M, et al. Sexual dysfunction associated with protease inhibitor containing highly active antiretroviral treatment. *AIDS* 2001;15:1019-1023.
2. Laumann EO, Paik A and Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association* 1999;281:537-544.

3. Colson AE, Keller MJ, Sax PE, et al. Male sexual dysfunction associated with antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2002;30(1):27-32.

4. Lallemand F, Salhi Y, Linard F, et al. Sexual dysfunction in 156 ambulatory HIV-infected men receiving highly active antiretroviral therapy combinations with and without protease inhibitors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2002;30(2):187-190.

C. La dysfonction sexuelle chez les hommes : un rapport de Boston

Détails de l'étude

Des chercheurs oeuvrant dans plusieurs institutions à Boston ont revu les dossiers médicaux d'hommes séropositifs sur lesquels on avait recueilli des données entre janvier 1993 et novembre 1998. En décortiquant les dossiers, les chercheurs ont prêté une attention particulière aux cas de 254 hommes qui avaient utilisé des inhibiteurs de la protéase (IP) et dont le profil était le suivant au début de la période déjà mentionnée :

- moyenne d'âge – 37 ans;
- environ 82 % des sujets avaient moins de 200 cellules CD4+;
- le même pourcentage de sujets avaient une charge virale supérieure à 10 000 copies.

Les IP suivants s'utilisaient dans les proportions indiquées :

- indinavir (Crixivan) – 62 %
- nelfinavir (Viracept) – 46 %
- ritonavir (Norvir) – 46 %
- saquinavir (Invirase) – 41 %

Il est important de noter que quelques sujets souffraient d'affections préexistantes qui leur faisaient courir un risque accru de dysfonction sexuelle, dont :

- dépression – 35 %;
- hypertension – 14 %;
- consommation excessive d'alcool – 12 %;
- diabète – 7 %.

Résultats

Après avoir revu les données, les chercheurs ont trouvé que 32 % des sujets avaient reçu un diagnostic de dysfonction sexuelle. Leur analyse a donné lieu aux conclusions suivantes :

- compte tenu de facteurs tels que l'âge, la dépression, l'alcoolisme, l'hypertension et le diabète, on a constaté, de façon générale, un lien

entre l'usage d'inhibiteurs de la protéase et la dysfonction sexuelle;

- de tous les IP, seul le ritonavir a été spécifiquement lié à des cas de dysfonction sexuelle;
- dans un premier temps, on soupçonnait l'analogue nucléosidique 3TC (lamivudine, Epivir) de contribuer à la dysfonction sexuelle. Toutefois, on a écarté cette possibilité après avoir ajusté les données portant sur quelques sujets dont la charge virale était élevée entre les années 1996 et 1998.

L'inconvénient majeur de cette étude réside dans le fait que les chercheurs ont reculé dans le temps pour évaluer des données qui avaient été réunies à une autre fin et qui se trouvaient dans des dossiers médicaux préexistants. Ce type d'étude rétrospective n'est pas aussi utile qu'une étude dont l'objectif consisterait, dès le départ, à surveiller la fréquence des dysfonctions sexuelles sur une période donnée.

À l'époque où les sujets de cette étude recevaient du ritonavir, soit la fin des années 90, la dose de ce dernier aurait été relativement élevée, à savoir jusqu'à 1200 mg par jour. De nos jours en Amérique du Nord, le ritonavir est habituellement prescrit en association avec un autre IP. Dans le cadre de ce genre de combinaison, la dose quotidienne du ritonavir se situe habituellement entre 200 mg et 400 mg. Il reste à savoir si un tel dosage donnera lieu au même degré de dysfonction sexuelle que celle observée dans le cadre de cette étude bostonienne.

Cette étude rétrospective a permis de constater un lien entre l'usage d'inhibiteurs de la protéase et la dysfonction sexuelle masculine. Il faut noter que les taux de testostérone n'ont été documentés que dans les dossiers médicaux de 8 sujets sur les 254 évalués. Étant donné que les déficits de testostérone ne sont pas rares chez les hommes séropositifs, l'absence de données à cet égard est une autre limitation de cette étude. Il n'empêche que cette étude fournit les orientations de recherches futures plus pointues sur les causes de la dysfonction sexuelle chez les hommes sous multithérapie antirétrovirale.

RÉFÉRENCE

1. Colson AE, Keller MJ, Sax PE, et al. Male sexual dysfunction associated with antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2002;30(1):27-32.

D. La dysfonction sexuelle masculine : un rapport de France

Résumé

Des chercheurs à Paris ont mené une étude auprès de 156 hommes séropositifs qui suivaient une gamme de régimes thérapeutiques anti-VIH. L'étude avait pour objectif de décrire le lien entre les traitements anti-VIH et la dysfonction sexuelle. Selon les résultats, environ 71 % des hommes avaient présenté un « certain degré » de dysfonction sexuelle depuis le début de leur traitement. Cependant, aucun lien apparent entre l'usage d'inhibiteurs de la protéase (IP) et la dysfonction sexuelle n'a été trouvé.

Détails de l'étude

Les chercheurs ont réparti les sujets dans les trois groupes suivants :

- groupe A – sujets sous IP;
- groupe B – sujets qui n'avaient jamais utilisé d'IP;
- groupe C – sujets qui n'utilisaient plus d'IP depuis au moins un mois.

Voici le profil des sujets :

- moyenne d'âge – 41 ans;
- numération de CD4+ moyenne – 415 cellules.

La collecte de données s'est effectuée au moyen d'un sondage comportant 165 questions.

Résultats

L'analyse des réponses au questionnaire a révélé ce qui suit :

- 18 % des sujets avaient vécu des moments de dysfonction sexuelle avant de devenir séropositifs;
- 32 % des sujets avaient vécu des moments de dysfonction sexuelle avant de commencer un traitement anti-VIH;
- environ 71 % des sujets ont signalé avoir présenté un certain degré de dysfonction sexuelle;
- les sujets présentant une dysfonction sexuelle étaient plus susceptibles de souffrir également de dépression ou d'anxiété;
- les chercheurs n'ont décelé aucun lien entre l'usage d'IP et la dysfonction sexuelle;
- aucun lien n'a été trouvé entre le syndrome de lipodystrophie et la dysfonction sexuelle.

La cause de la dysfonction sexuelle chez certains hommes sous multithérapie reste à éclairer dans le cadre de recherches futures. Il faut également plus de recherches sur la dysfonction sexuelle féminine.

RÉFÉRENCE

I. Lallemand F, Salhi Y, Linard F, et al. Sexual dysfunction in 156 ambulatory HIV-infected men receiving highly active antiretroviral therapy combinations with and without protease inhibitors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2002;30(2):187-190.

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 canadien 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 canadien d'info-traitements sida (CATIE). Pour plus d'information, appelez CATIE au 1.800.263.1638.*

L'équipe

<i>Auteur</i>	Sean Hosein
<i>Révision</i>	RonniLyn Pustil
<i>Aide à la recherche</i>	Tim Rogers
<i>Traduction</i>	Alain Boutillier

© CATIE, vol. 14, n° 5,
juillet 2002



La Stratégie
canadienne
sur le VIH/sida

Financé par 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