

# Les Perspectives Thérapeutiques de l'amfAR

## Sommaire

- 1 Psoriasis et VIH
- 4 Le Symposium  
Keystone sur les  
Vaccins
- 6 Le Commerce  
International Face au  
Sida

## Le Psoriasis: Encore un Autre Défi pour les Patients ayant le VIH/SIDA

par Jeff Getty

Le psoriasis s'est révélé l'un des maux les plus dramatiques et les plus difficiles à traiter chez les personnes ayant le VIH. Généralement, le psoriasis apparaît d'abord aux genoux et aux coudes sous forme de plaques prurigineuses rougeâtres et brûlantes qui, par la suite, sont couvertes d'écailles ou de plaques grises argentées. Dans des cas plus sévères, la maladie peut inclure 20% ou plus de la surface cutanée et être vraiment désagréable. Le psoriasis n'est pas causé par un agent contagieux. Toutefois, des dommages cutanés, comme ceux causés par les infections, peuvent déclencher un épisode de psoriasis. Les infections systémiques et certains médicaments représentent également des facteurs de stress pouvant déclencher le psoriasis.

La plaque est composée d'une excroissance des cellules de la peau qui arrivent rapidement à maturation et migrent à la surface où elles meurent et laissent une couche écaillée au dessus de l'éruption. Le psoriasis est en général une condition légère ou modérée. Il peut toutefois devenir sévère et peut être accompagné d'arthrite.

Environ 3% des américains ont le psoriasis. Les dermatologues et les spécialistes en VIH sont d'accord que la prévalence du psoriasis parmi ceux ayant le VIH est probablement similaire ou légèrement plus élevée par rapport à celle de la population générale. Ils trouvent aussi que le VIH peut aggraver le psoriasis. Les individus VIH positifs ayant une

exacerbation de psoriasis ont tendance à développer de nouvelles infections systémiques. De telles infections déclenchées par le psoriasis — rares chez les personnes n'ayant que le psoriasis — peuvent causer une extension encore plus importante de l'épisode de psoriasis.

Quand les patients développent un psoriasis léger ou sévère, il y a une détérioration de la qualité de la vie. D'après la Fondation Nationale du Psoriasis, les individus affectés ont rapporté des problèmes avec leur emploi, avec l'activité sexuelle et ont eu des pensées suicidaires. La Fondation rapporte que 81% des patients atteints de psoriasis qui ont été questionnés se sentent embarrassés par la maladie et la majorité pense que les traitements sont inefficaces. Environ 54% rapportent avoir eu la dépression et plusieurs rapportent des troubles du sommeil.

La plupart des médecins sont d'accord qu'une bonne couverture antivirale est le meilleur traitement pour le psoriasis et d'autres problèmes cutanés liés au VIH. L'utilisation appropriée du HAART (traitement antirétroviral hautement actif) n'assure pas que le psoriasis va disparaître comme par enchantement. De plus les traitements courants peuvent ou non produire des résultats chez les patients ayant le VIH.

Le problème est aggravé par le fait que, à travers le pays, il n'existe que très peu de médecins spécialistes du traitement du psoriasis lié au VIH. La plupart des soignants profes-

## Mon Séjour dans la Boutique de la Peau

Je suis devenu au courant de mon problème de psoriasis le printemps dernier, quand quelques zones prurigineuses, des plaques cutanées desquamantes firent leur apparition sous forme de larges lésions annulaires qui ont commencé à occuper de larges portions de mon dos, de ma poitrine et de mes membres. Mon épisode initial a été tellement sévère que mon médecin et moi avons décidé d'utiliser le prednisone pour arrêter cette attaque. Cela a marché, et le prednisone a été graduellement arrêté, seulement pour assister au retour progressif du psoriasis à sa sévérité antérieure. Un dermatologue a, par la suite, prescrit les crèmes et onguents habituels de cortisone. Ces derniers n'ont eu aucun effet, sinon, très peu.

A ce moment, je déménageai de "Bay Area" vers le sud de la Californie et commençai à voir un nouveau médecin. Il me référa à un dermatologue qui dirigeait un énorme centre pour soins de la peau dans le désert localisé au sud de Los Angeles.

Je me rendis à "la boutique de la peau" et fut émerveillé à la vue d'un grand édifice avec une énorme salle d'attente pleine de divans de cuir noir. Sur ces divans, on trouvait surtout des retraités ayant toute une gamme de problèmes de la peau, mais pour la plupart ils étaient à la recherche de Botox. On m'emmena dans une salle d'examen où l'on m'indiqua comment une machine à ultraviolet (UV) fonctionne et je m'enrôlai pour 30 séances. A ce moment, le médecin m'indiqua que le psoriasis était dû aux cellules T attaquant la peau. Quand je lui demandai laquelle des cellules T, elle me répondit qu'elle ne savait pas mais que c'était certainement les cellules T qui causaient cette maladie. Je n'ai pas osé, à ce moment, introduire un débat sur l'origine du psoriasis.

Mon premier traitement commença quand j'enlevai tous mes vêtements et rentrai dans la machine — machine qui a les dimensions d'une cabine téléphonique anglaise. C'était plein de lumière ultraviolette, allumée seulement pour une minute. Je portai des verres spéciaux pour bloquer les rayons ultraviolets et j'avais une crème protectrice sur le nez, la face et les oreilles. Quand la lumière fut activée, je fermai les yeux par peur de devenir aveugle...

Alors que je me rhabillais et me préparais à partir, un homme âgé était en train de donner \$600 pour ses injections de Botox. Le visage de cet homme paraissait tout à fait arrondi et bouffi comme si un essaim d'abeilles l'avait piqué. Je me rappelle m'être dit que c'était certainement la Californie du Sud dans toute sa splendeur!

Je fus étonné quand, après deux semaines de photothérapie, le psoriasis que j'avais depuis plus d'un an commençait à s'améliorer. C'était presque parti à 70% et bientôt le docteur me fit passer à deux séances par semaine comme dose de maintien.

J'étais d'abord choqué par l'excès de vanité des patients du centre dermatologique et choqué aussi par le concept de boutique de la peau. Je réalise maintenant qu'une grande partie de l'argent provenant des traitements de luxe aidait probablement à supporter la recherche et à acheter des équipements pour des maladies plus sérieuses comme le psoriasis et le cancer de la peau qui y sont également traités. Je ne pense pas qu'un tel centre pourrait survivre avec des dollars provenant des HMO (organisation administrant la distribution des soins de santé). Par conséquent, je pense que l'approche "boutique de la peau" n'est pas une si mauvaise idée, en fin de compte.

-JG

sionnels du sida ont très peu d'expérience dans la prise en charge de cette maladie. Un traitement local, fait de cortisone ou d'un analogue de la vitamine D, est souvent prescrit aux patients afin de réduire l'inflammation ; le patient est ensuite référé au dermatologue qui a très peu ou aucun entraînement dans la prise en charge du VIH. Assez souvent, les dermatologues très occupés ont peu de temps à accorder à ces patients et ne font que re-prescrire les mêmes onguents ou crèmes. Le traitement aux rayons ultraviolets, trois fois ou plus par semaine, est devenu le traitement de secours automatique quand le traitement local n'arrive pas tout seul à contrôler l'inflammation. Les rétinoïdes administrés localement ou par voie orale sont utilisés pour ralentir la maturation et la prolifération des cellules de la peau.

Le dernier recours pour le traitement est à base de cyclosporine ou de methotrexate, inhibiteurs très puissants du

système immunitaire. Chez les personnes ayant le VIH, l'hydroxyurée est considérée comme une alternative plus sécuritaire. Ce dernier inhibe la production d'ADN et est déjà parfois utilisé pour renforcer la puissance anti-VIH du ddI et autres analogues nucléosidiques (Voir tableau présentant un protocole de traitement du psoriasis associé au VIH).

Ces traitements ont tous une toxicité importante aggravée chez les personnes ayant le VIH. Considérant que ces personnes font déjà face à un grand nombre de maladies et problèmes liés aux médicaments, le psoriasis peut avoir un effet dévastateur. A moins d'avoir accès à un dermatologue bien informé, le psoriasis lié au VIH peut entraîner la progression de la maladie dans une spirale de dégradation.

## Le Paradoxe du Psoriasis

Personne ne connaît la cause exacte du psoriasis. La plupart

des autorités attribuent l'origine du psoriasis à une activité exagérée des lymphocytes T dont les sécrétions inflammatoires (cytokines) font augmenter la multiplication des cellules de la peau d'une façon semblable à la guérison des plaies. Toutefois, le VIH tue les lymphocytes T CD4+, ce qui stimule l'autre type de lymphocyte: les cellules killer CD8+. Dans un exposé sur l'association entre le VIH et le psoriasis, le spécialiste Eleanor Mallon (Ecole de Médecine du Collège Impérial de Londres) arriva à la conclusion suivante : "Alors que les médicaments qui ciblent les lymphocytes T sont efficaces contre le psoriasis (ex: cyclosporine), il est paradoxal que cette maladie soit exacerbée par l'infection au VIH". (Voir E. Mallon et CB Bunker, "HIV Associated Psoriasis" publié dans le journal *AIDS Patient Care and STDs*, Mai 2000, pages 239-46).

Bien que les personnes ayant le VIH aient épuisé leur population de cellules CD4, leur système immunitaire est très actif à plusieurs égards. Dr John Fung, un chirurgien de renommée dans le domaine de la transplantation travaillant à l'Université de Pittsburgh, fit remarquer que les plus récents bénéficiaires VIH positifs de transplantation d'organe ont nécessité des niveaux plus élevés — pas moins élevés — de médicaments immunosuppresseurs pour bloquer le rejet d'organe. Dermite, folliculite, douleur articulaire et arthrite sont toutes des symptômes inflammatoires couramment associés à l'infection au VIH.

Dr Marcus Conant de San Francisco, un dermatologue et spécialiste pionnier du VIH, rappela que dans les premiers jours du sida, quand il n'y avait pas de médicaments antiviraux, le psoriasis était courant dans les populations VIH: ceci suggère que les patients ayant un VIH non traité peuvent avoir une incidence plus élevée de psoriasis. La recherche publiée dans les années 1980 sur l'association 'VIH — psoriasis' indique que les patients succombaient dans l'intervalle d'environ un an de leurs accès de psoriasis. Le syndrome de Reiter et des conditions arthritiques ont aussi été diagnostiqués chez les patients VIH non traités des années 80 et étaient plus courantes avant le HAART.

## Trop de BlyS

Ces théories ont conduit aux traitements actuels du psoriasis, tels que la cortisone et la photothérapie à l'ultraviolet. Acitretin (Soriatane) est un rétinoïde systémique standard pour le traitement du psoriasis sévère. Ce médicament est souvent utilisé conjointement avec les rayons ultraviolets, réduisant ainsi les doses et les effets secondaires de ces deux modes de traitement tout en augmentant l'efficacité générale. L'effet est synergique: le traitement ultraviolet inhibe l'activation des lymphocytes et le rétinoïde réduit la prolifération des cellules de la peau.

Alefacep (Amevive), un nouveau médicament de 'Biogen' (Massachusetts), a été approuvé pour ceux qui ont besoin de plus que le traitement local du psoriasis. Amevive

### Psoriasis Associé au VIH

Protocole de Traitement  
(Traitement Antirétroviral)

```

graph TD
    A[Acitretin + calcipotriene ou tazarotene] --> B[Ultraviolet-B + calcipotriene ou tazarotene ou Ultraviolet ± acitretin ou Goeckerman ou hydroxyurée]
    B --> C[PUVA + calcipotriene ou PUVA + tazarotene]
            
```

Eviter methotrexate et cyclosporine chez les personnes ayant le VIH

**Acitretin**  
Rétinoïde à administration orale, ralentit la croissance et la maturation des cellules de la peau

**Calcipotriene**  
Analogue Vitamine D, administrée localement, réduit la prolifération des lymphocytes.

**Tazarotene**  
Rétinoïde utilisé localement

**UVB**  
Rayons ultraviolets à ondes-courtes qui brûlent moins et sont moins carcinogéniques, réduisent l'activation lymphocytaire

**Goeckerman**  
Rayons ultraviolets plus un dérivé du goudron de charbon, les deux réduisent la prolifération cellulaire

**Hydroxyurée**  
Médicament qui réduit la synthèse d'ADN et l'activation lymphocytaire

**PUVA**  
Psoralène plus UV-A (rayons ultraviolets de type A)

Source : Lebwohl MG, Feldman, SR, Koo JYM, Menter MA. "Psoriasis : Treatment Options and Patient Management" (Le Psoriasis: Options pour le Traitement et Prise en Charge du Patient) — Fondation Nationale pour le Psoriasis, Portland OR, 2002

baissé le nombre et l'activité des lymphocytes T effecteurs/mémoire. Ces cellules T CD4+ et CD8+ sont les cellules à action rapide provenant de réactions immunitaires antérieures. C'est le type de cellule le plus nombreux dans les lésions causées par le psoriasis. Lors des essais de Alefacep, 14% à 21% des participants ont eu une bonne résolution de leur psoriasis chronique après un traitement de 12 semaines. Un autre groupe de 38% à 42% des participants a eu une amélioration appréciable, par comparaison à 10% à 18% dans la branche placebo. L'effet persista pendant au moins 12 semaines après le traitement.

La raison la plus courante pour l'arrêt de Alefacep est une réduction sévère des cellules CD4. Le médicament n'est pas recommandé pour ceux qui ont un taux de CD4 en dessous de la normale, ce qui est un trait caractéristique de

l'infection VIH. On ne sait pas si l'utilisation de Alefacept est sécuritaire pour les patients VIH positifs, y compris ceux qui reçoivent avec succès un traitement anti-VIH : Biogen n'a pas fait d'essais chez de telles populations.

On poursuit les études de l'inhibition de l'activation des lymphocytes avec Embrel et Remicade, deux bloqueurs du TNF (facteur de nécrose tumorale) qui sont déjà utilisés sur le marché pour d'autres indications. Pendant ce temps, l'immunologue Michael McCune (Université de la Californie à San Francisco) a une suspicion que certains facteurs nouveaux ou non encore découverts peuvent être la cause commune de plusieurs maladies inflammatoires associées au VIH.

La suspicion de McCune provient d'une publication de William Stohl (Université de la Californie du Sud) rendue publique l'été dernier. Stohl identifia un nouveau facteur de nécrose tumorale chez des patients atteints d'arthrite, de lupus et de VIH. Le facteur, stimulateur du lymphocyte B ou 'BLYS' (**B** Lymphocyte **S**timulator), était présent à un niveau élevé chez la moitié des patients atteints de VIH ayant participé à l'étude. Stohl fit observer que les patients ayant des niveaux très élevés de VIH avaient aussi plus de 'BLYS' dans

le sang. Ce facteur mystérieux peut être lié aux maladies de la peau qui affectent les individus ayant le VIH.

Un médicament biologique anti-BLYS a été développé. On est en train de l'administrer aux patients atteints de lupus pour des tests de sécurité. La recherche est encore dans les premières phases, mais, McCune et Stohl se demandent si ce médicament pourrait aider ceux pour qui le traitement anti-VIH a échoué. Jusqu'ici, le médicament a fait montre d'innocuité chez les animaux et dans les premières études du lupus chez l'homme. Une demande de subvention pour une étude pilote sur le sida n'a pas encore été approuvée.

La Fondation Nationale du Psoriasis a publié un livret très utile sur le diagnostic et le traitement du psoriasis intitulé: "Psoriasis: Treatment Options and Patient Management" (Le Psoriasis: Options pour le Traitement et Prise en Charge du Patient). Ce livret est le résultat d'une réunion de consensus qui a été tenue en mars 2002 sur les dernières perceptions de cette maladie. Il peut être obtenu en contactant La Fondation Nationale du Psoriasis (800-723-9166), Le livret parle des différents types de psoriasis, dont le psoriasis lié au VIH, ainsi que des stratégies probables de traitement.

## De Nouvelles Approches sont Considérées au Symposium sur les Vaccins

par Kristen Kresge

N'était — ce la vue montagnaise spectaculaire, les chercheurs du vaccin, réunis pour le récent symposium Keystone dans les Rocheuses Canadiennes, auraient pu en repartir un peu déprimés. L'un après l'autre, les obstacles à la découverte d'un vaccin VIH effectif ont été énumérés. Ces obstacles proviennent de la grande variation génétique du virus.

### Un Optimisme Excessif

David Weiner, de l'École de Médecine de l'Université de Pennsylvanie, commença sa présentation en s'excusant pour son optimisme inné — ce qu'il qualifie de faux pas dans une présentation sur le vaccin du VIH.

Les remarques de Weiner font référence à la présentation la plus attendue sur les vaccins. Dans cette présentation, VaxGen fit une mise à jour des résultats de AIDSVAX, son étude de phase III. Alors que ce vaccin n'a pas été capable de prévenir l'infection ou de ralentir la progression de la maladie dans un essai avec 5000 personnes, la tentative par VaxGen de présenter les résultats sous un jour plus favorable a provoqué une grande controverse. La compagnie annonça en mars qu'une sous-analyse a indiqué que AIDSVAX a bien démontré un effet protecteur chez les participants afro-américains de l'essai. Toutefois, la conclusion reposait sur quatre femmes noires qui ont contracté le VIH lors de leur participation dans la branche placebo de l'essai.

"C'est très improbable que leur histoire sur ce vaccin efficace chez les noirs soit correct", déclara Dr Dennis Burton (Institut de Recherche Scripps, San Diego) au symposium de Keystone. "On peut observer toute sorte d'effets sur un petit nombre".

Pour soutenir son argument, VaxGen a promis de faire, à Keystone, une présentation sur la production d'anticorps induite par AIDSVAX. Les nouveaux résultats n'ont pas calmé les critiques: les niveaux mesurés d'anticorps étaient plus élevés chez les noirs recevant le vaccin que chez leurs équivalents blancs masculins. Pourtant, les noirs avaient des taux d'infection similaires, qu'ils recevaient le vaccin ou le placebo.

VaxGen a aussi rapporté que les femmes avaient une plus forte réponse anticorps au AIDSVAX que l'homme, quelque soit la race. Toutefois, chez les femmes non noires, il n'y a pas eu d'infections dans la branche placebo et un seul dans la branche du vaccin. A partir de ces résultats, il n'est donc pas évident que les niveaux d'anticorps indiquent, avec précision, la capacité du vaccin à protéger contre le VIH.

D'autres présentations, sur les vaccins stimulant la production d'anticorps, étaient également déconcertantes. Les chercheurs sont maintenant en train de réaliser qu'une forte réponse anticorps peut être une nécessité pour un vaccin VIH efficace. Toutefois, les rapports de Keystone soulignent la difficulté de trouver des anticorps capables de neutraliser ce virus rusé.

Dr Douglas Richman, virologue et médecin du Système de Santé pour Vétérans de San Diego, a peint un tableau très sombre. Richman a suivi 19 volontaires infectés par le VIH pendant 39 mois après qu'ils aient contracté le virus. Il trouva que la plupart des patients ont développé une forte réponse anticorps peu après l'infection. Cependant, à chaque étape du processus, le virus évita les anticorps grâce à sa capacité à muter et à échapper à la détection. Les mutations arrivent très rapidement. Les anticorps extraits d'échantillons de sang étaient incapables de neutraliser des virus isolés chez la même personne, seulement un mois plus tard.

“Le virus échappe au traitement beaucoup plus souvent qu'on ne l'avait réalisé”, déclara John Eldridge, Vice-président pour l'immunologie chez Wyeth.

### Aller de l'Avant

Avec des anticorps insaisissables, l'attention se tourne maintenant vers les candidats vaccins qui se basent sur l'immunité cellulaire (cellules T-Killers qui attaquent les cellules infectées par le VIH). Merck annonça que son vecteur viral allait de l'avant (MRKAd5, un adénovirus contenant trois gènes VIH — gag, pol et nef). Ce vecteur qui crée une pseudo infection qui s'arrête toute seule, paraît plus efficace lors d'études chez les animaux. Que le prototype ADN “nu” non viral, que ce soit tout seul ou en association avec le MRKAd5.

Dr Emilio Emini, responsable de la recherche du vaccin chez Merck, parla de la collaboration entre Merck et Aventis-

Pasteur (pour le vaccin). Les participants à l'étude de vaccin viral de Merck qui ont déjà reçu la vaccination au VIH-adénovirus, recevront une dose de rappel du vaccin d'Aventis basé sur le canarypox (un virus).

Lors d'études chez les singes, la combinaison de ces deux vaccins a induit une meilleure réponse immunitaire que chacun de ces vaccins séparément. L'essai clinique commencera bientôt et, Emini est optimiste que les volontaires humains auront une pareille réponse immunitaire stimulée.

Alors que Merck a mis de côté son vaccin d'ADN nu, Wyeth fait passer le sien aux essais cliniques chez les hommes. L'essai combinera le vaccin ADN avec la protéine interleukine 12 (IL-12 ; une cytokine sécrétée par les macrophages et qui stimule l'immunité cellulaire) et un vecteur viral stimulateur (utilisant un virus de la stomatite vésiculaire dans lequel des gènes du VIH sont incorporés).

L'essai humain commencera au début de l'année prochaine et, d'après Eldridge, “La cytokine sera la différence”. Lors d'études chez les animaux, l'addition de la protéine IL-12 a non seulement déclenché une plus forte réponse anticorps mais aussi une amélioration de quatre à six fois pour la réponse immunitaire.

Malgré les obstacles rencontrés par les chercheurs du VIH, Emini demeure confiant qu'il y aura une issue heureuse — mais probablement pas avant les cinq prochaines années. Il fit remarquer que “tout est difficile jusqu'à ce que ce soit fait”.

## Le Sida au Niveau Mondial: Les Compagnies Prennent Note

Par Anne-Christine d'Adesky

Plusieurs personnes perçoivent le monde des affaires comme un allié très important dans la lutte contre le sida, particulièrement, les grandes multinationales. Cependant, le secteur privé est lent à répondre à la dévastation que le sida est en train de causer à la santé humaine et économique des nations en développement. Alors que les pertes ne peuvent plus être ignorées, les corporations opérant dans les pays pauvres ont commencé à revitaliser leurs efforts pour prévenir le sida et pour rendre les moyens de traitement plus accessibles.

Plus de 28 millions d'individus en Afrique subsaharienne ont le VIH et, dans les pays les plus touchés, jusqu'à 30% des adultes sont affectés. La croissance per capita de la région a chuté de 1,2% par année. Une estimation a prédit que cinq pays - Botswana, Mozambique, Namibie, Afrique du Sud et Zimbabwe — perdront jusqu'à un tiers de leur force de travail d'ici 2020. D'après l'Organisation Internationale du Travail, d'ici là, la population des 29 pays africains les plus touchés sera diminuée de 9% à cause du sida et leurs forces de travail seront plus petites de 12%.

Le sida est maintenant la menace la plus importante pour tous les secteurs économiques en Afrique, touchant des travailleurs expérimentés dans des emplois pour cadres et ouvriers incluant mineurs, professeurs, fermiers, professionnels de la santé et de la sécurité. Les industries les plus touchées sont celles des mines et de l'extraction, suivies par l'agriculture, la construction, le tourisme, le transport et la sécurité. Dans le secteur public, les taux de VIH chez les militaires et les policiers sont aussi très élevés, avec 50% des soldats infectés dans les pays les plus touchés.

Prenez le cas du Botswana, où presque 40% des adultes sont VIH positifs et où l'espérance de vie est tombée à 37 ans. Une enquête réalisée en 2001 par le “Debswana Diamond Company”, une compagnie exploitant le diamant au Botswana, trouva que 60% des décès d'employés étaient dus au sida. Presque 30% des travailleurs qui ont accepté d'être testés étaient séropositifs pour le VIH. Les résidents ruraux s'adonnant au travail agricole étaient aussi affectés. Autour du monde, 7 millions de travailleurs de fermes sont morts du sida

depuis 1985, et un autre groupe de 16 millions va en mourir, à moins d'avoir accès au traitement.

### Le Coût de la Négligence

Cette image sombre représente juste le sommet de l'iceberg puisque personne ne connaît l'extension réelle du sida dans la plupart des pays pauvres. Les tests du VIH sont peu accessibles dans beaucoup de pays et, considérant les stigmates qui sont associées au sida, plusieurs travailleurs ont évité les tests de dépistage par crainte de discrimination et de perte de leur emploi. Jusqu'à récemment, seulement 1% des firmes sud-africaines avaient évalué l'impact du sida sur leurs compagnies, d'après Andrew Sykes, directeur exécutif de NMG-Levy, une firme de consultation. Au Nigeria, une enquête récente de ONUSIDA (Organisation des Nations Unies pour le Sida) démontra une lenteur similaire : le sida n'a pas été cité comme un problème pour les conseils d'administration de 230 firmes nigériennes de manufacture bien que l'épidémie y fasse des dégâts.

“La vérité est que les compagnies ne font pas 10% de ce qu'ils pourraient faire”, déclara Richard Holbrooke, responsable de “Global Business Coalition” (GBC) et ancien ambassadeur des Etats-Unis aux Nations Unies. Le ‘GBC’ est un groupe sans but lucratif qui pousse les compagnies à affronter l'épidémie. “Franchement, pour la plupart, ils avaient la tête dans le sable. Nous voyons, maintenant, que cela a commencé à changer parce qu'il s'est révélé plus rentable d'avoir en place de bons programmes pour le sida”.

En l'an 2000, Debswana rapporta que le coût des soins du sida représentait 10,7% des salaires. Une agence sud-africaine estima, que, par patient, le coût moyen annuel lié au sida qui était 45.000 Rand en 1997 (\$9500 à ce moment là), est passé à 70.000 Rand (\$15.000) pour les patients non gérés. Ces coûts sont de divers types, comme l'absence d'employés, les frais d'hôpitaux, absence pour assister aux funérailles des proches ou pour soigner des parents : tous ces cas aboutissent à une baisse de la productivité et à une diminution des profits pour toutes les compagnies. Par exemple, une étude récente, commanditée par la filiale sud-africaine de 'British Petroleum', trouva que les travailleurs ayant le sida avaient, en moyenne, 27,5 jours de congé de maladie au dessus des prévisions. Chaque décès causé par le sida équivalait à une perte de quatre jours en temps d'administration et aussi à une perte de cinq jours en terme de temps productif pour 20 employés. Pour chaque travailleur décédé, le coût de recrutement d'un remplaçant est 10% du salaire annuel. Plusieurs, parmi ceux qui sont morts, sont des administrateurs : en Zambie justement, plus des deux tiers des décès parmi les administrateurs sont dus au sida. Cela a rendu difficile la tâche, pour les compagnies, de renouveler leur force de travail malade.

Au début des années 1990, les remboursements provenant de l'assurance-vie ont augmenté de sept fois au

Zimbabwe, où 60% des réclamations pour décès d'employés étaient dus au sida. Dans ce pays, un million d'individus sont décédés du sida entre 1984 et 1990.

De telles figures ne prennent pas en considération l'impact de la maladie ou de la mort sur la famille et les dépendants des travailleurs, surtout que plusieurs sont les seuls pourvoyeurs pour des familles élargies. De telles figures ne reflètent pas non plus l'impact négatif du sida sur le pouvoir d'achat local ou sur le marché des consommateurs pour les produits des compagnies.

### Le Coût de l'Intervention

“Le message commence à passer”, déclara Holbrooke. “Ce n'est pas seulement le traitement. C'est un tout qui comprend la prévention et l'éducation. En fin de compte, vous accomplissez un devoir moral en prenant soin de vos travailleurs et, en même temps, vous économisez de l'argent à votre compagnie. L'investissement initial peut être dispendieux mais, au bout, cela vaut la peine”.

Daimler-Chrysler, le géant de l'automobile, estima que la prévention d'un nouveau cas d'infection au VIH parmi ses employés permettait d'économiser l'équivalent du total de trois ou quatre salaires annuels. AngloGold, le producteur d'or sud-africain, trouva que le fait de fournir les médicaments VIH à ses travailleurs ayant le sida ajouterait \$4 à \$6 — jusqu'à 2% — au coût de production d'une once d'or. Cependant, si aucune mesure n'était prise, ce coût pourrait grimper à \$9 par once.

“Il est difficile de spécifier un coût en dollar, cela dépend de l'élément du programme [du sida dans le milieu du travail] avec lequel on travaille”, déclara Neeraj Mistry, médecin sud-africain et membre de l'équipe de GBC. “Les compagnies l'on exprimé sous forme d'un montant en dollar, par employé et par année pour toutes les activités liées au VIH. Cependant, ils ont aussi considéré le coût de l'inactivité. Beaucoup de modèles ont démontré un bénéfice clair associé à la prestation de soins”.

Les principales raisons pour passer à l'action sont la chute du prix des antirétroviraux et l'arrivée de médicaments génériques bon marché pour le VIH, ce qui résulta en une lutte de prix mondial entre les compagnies pharmaceutiques et les activités du sida. “Beaucoup de compagnies pharmaceutiques sont prêts à faire affaire avec les programmes pour le VIH dans le milieu de travail et à leur donner des prix préférentiels ou très bas. Il en est de même pour les ONG fournissant le traitement aux compagnies”, rapporta Dr Mistry.

### Mobiliser le Leadership

Holbrooke est bien connu dans les cercles diplomatiques du monde. Il a reçu crédit d'avoir, presque tout seul, obtenu du Conseil de Sécurité de déclarer en janvier 2000 que le sida est un problème de sécurité nationale, une résolution décisive.

En 1997, Kofi Annan, Secrétaire Général de l'ONU et ami de Holbrooke, a demandé à ce dernier d'aider à mobiliser le secteur privé pour faire face au sida en Afrique. Annan l'a orienté vers le GBC nouvellement né, qui, à ce moment, n'était qu'une organisation bureaucratique qui tenait des réunions entre les compagnies pharmaceutiques comme Merck, GlaxoSmithKline et Pfizer en association avec plusieurs corporations actives dans le secteur du sida comme LeviStrauss, MTV, Viacom, MAC Cosmetics et The Body Shop. Ces dernières compagnies sont des pionniers de campagnes corporatives de sensibilisation sur le sida et aussi d'autres programmes visant à la fois le lieu de travail et le public en général.

Depuis lors, l'ambition du GBC a pris de l'ampleur. Il voudrait agir comme un groupe central de coordination du sida pour les compagnies mondiales. GBC donnera des conseils aux compagnies sur la formulation de leur politique dans le milieu de travail et sur leurs plans d'action, les aidant à localiser les ressources locales pour le sida et des alliés potentiels. Holbrooke recruta Ben Plumley comme directeur exécutif de GBC après le Sommet Spécial de l'ONU sur le sida en l'an 2000. Plumley qui a été emprunte de ONUSIDA, supervise une petite équipe de six à New York.

Le GBC compte maintenant 105 corporations membres. Ils représentent un groupe varié incluant plusieurs des grands employeurs africains: Coca Cola et Heineken, Exxon Mobil et British Petroleum (BP), DaimlerChrysler AG, Standard Chartered Bank, et Eskom, la compagnie électrique nationale sud-africaine. Les compagnies minières et d'extraction sont fortement représentées avec AngloGold d'Afrique du Sud, De Beers et Debswana. Le GBC a aussi tissé des liens avec la coalition commerciale asiatique sur le VIH-sida et avec la coalition commerciale thaïlandaise sur le VIH-sida. En Inde, Tata Iron et Steel, Baja Auto et 'RRR Industries' sont membres actifs, alors que Nike est un grand promoteur pour le secteur des textiles à Thaïlande. Il y a aussi les géants de la communication comme Viacom, MTV et AOL Time Warner, et la plupart des grandes compagnies pharmaceutiques de produits de marque.

“Notre stratégie a d'abord été de regarder les très grands employeurs : les mines, le pétrole, les industries d'extraction”, expliqua Plumley. “Notre seconde priorité a été l'industrie textile qui compte un grand nombre de travailleurs. Il y a essentiellement des champions de l'industrie dans chaque secteur et vous travaillez avec eux : c'est la promotion entre collègues”. Lors d'un regard prospectif, il ajouta : “Je pense que l'industrie du pétrole est maintenant calmée par une réponse significative. Il y a un leadership direct de BP. Ils confrontent le problème directement avec la prévention, le dépistage et le traitement. Ils le font aussi en étudiant le trajet des camionneurs et les campements informels tout en essayant de prendre des leçons de l'industrie minière”.

### Les Modèles de Traitement

Vu la magnitude de l'épidémie, il n'y a pas de précédent historique pour les demandes adressées au monde des affaires pour la lutte contre le sida. A plusieurs égards, le défi pour le secteur privé est semblable à celui du secteur public : les pays africains sont handicapés par leur faible infrastructure de santé et leur faible économie, par l'analphabétisme (particulièrement en milieu rural), par un manque d'éducation sur le sida et par un taux élevé de décès parmi les professionnels.

Plusieurs compagnies ont une expérience limitée dans la prestation de services médicaux directement à leurs employés. Ceux qui ont leur propre programme médical ont non seulement besoin d'établir ou de mettre à jour leur système d'approvisionnement et de surveillance des médicaments mais aussi d'entraîner des médecins, des infirmières et des techniciens pour les soins et le diagnostic du sida. La plupart des compagnies ont créé de nouveaux partenariats secteur privé — secteur public avec les agences communautaires et gouvernementales pour les aider. Toutefois, dans les zones très affectées, de telles organisations ont besoin d'aide pour développer la capacité humaine et technique pour fournir les services VIH, dont le dépistage, l'éducation, la nutrition et les programmes de soin à domicile.

Le bon côté est que les compagnies ont des ressources uniques qu'elles peuvent offrir aux communautés affectées et du secteur public. Les grandes compagnies de boissons comme Coca-Cola et Heineken ont des systèmes de transport et de communication, des camions et des chauffeurs, des entrepôts et même des cliniques. Leurs camions peuvent servir de panneaux publicitaires mobiles pour l'éducation VIH ; leur système de distribution et leurs entrepôts peuvent obtenir, emmagasiner et distribuer les médicaments aux centres de santé régionaux, et leurs purificateurs peuvent fournir de l'eau propre aux communautés.

L'un des pas les plus utiles fait récemment par le GBC a été la mise en place d'un site Web publiant les programmes du sida dans le milieu de travail mis en place par ses membres. “Nous voulons voir les compagnies mettre en place des programmes bien conçus partant de l'éducation et allant jusqu'au traitement”, déclara Plumley. “Il n'y a pas de voie déjà tracée mais il y a de très bons modèles desquels on peut s'inspirer. L'un des rôles principaux du GBC est d'empêcher les compagnies de travailler en silence. Malheureusement, ils ne sont pas toujours prêts à documenter ce qu'ils font d'une manière qui serait appropriée pour l'OMS ou pour la communauté médicale en général”. Plumley parla de Levi Strauss et Unilever comme leurs modèles de politique et de programme non-discriminatoires.

Comme un groupe promoteur, le GBC encourage des politiques qui protègent le droit des travailleurs VIH-positifs, encourageant les compagnies à ne pas faire de dépistage du

VIH avant d'employer les travailleurs et à supporter les analyses confidentielles. Son "plan d'action" à cinq paliers lance un appel à chaque compagnie pour commencer à évaluer l'impact du VIH sur sa force de travail, une étude qui identifiera les obstacles potentiels à l'action. Le second palier concerne le développement d'une politique du VIH non discriminatoire envers à l'employé qui lui garantit la confidentialité. Puis viennent l'éducation de équipe sur le VIH-sida et la mise en place des programmes de prévention, dont la distribution de condoms. Les recommandations et le dépistage volontaire, sur place ou ailleurs, viennent après, suivi du support et du traitement des employés affectés.

Les questions épineuses viennent plus tard : que faire des travailleurs qui sont tombés malades et qui ne sont plus employés ? Quelle est la part de la responsabilité des compagnies dans les soins pour les proches d'un employé décédé ?

### Nouveaux Programmes Corporatifs

Avec plusieurs programmes débutant à peine, aucun n'a un nombre approximatif de travailleurs recevant le traitement du VIH en Afrique ou en Asie. Toutefois, plusieurs compagnies ont eu des éloges pour des programmes de traitement modèles basés sur de nouveaux partenariats entre secteurs privés et publics. En 2001, DaimlerCrysler s'est associé à l'Agence Allemande de Coopération Technique (GTZ) pour fournir des soins VIH complets à environ 23.000 travailleurs et à leurs familles dans trois localités d'Afrique du Sud. GTZ fournit l'expertise technique au programme alors que Medscheme, une compagnie d'assurance sud-africaine, fournit les soins médicaux à travers son programme "AID for AIDS" ou AFA (aide pour le sida). Aujourd'hui, plus de 36 fournisseurs d'assurance médicale font partie du programme de AFA et d'autres compagnies comme Debswana et Rand Water ont un contrat avec Medscheme. Au début de 2003, plus des deux tiers des 12.000 patients de AFA prenaient une médication VIH. L'âge moyen des patients était 34 ans et 62% étaient des femmes ; plus du tiers ont commencé le programme avec un compte de cellules T CD4 en dessous de 200. Les résultats sont très prometteurs, avec une évidence de bénéfices cliniques pour les patients, une bonne adhésion au traitement et une réduction soutenue et significative des coûts d'hospitalisation. Ceci est particulièrement impressionnant puisque une majorité de patients hospitalisés ont un sida avancé. Medscheme a déterminé que les coûts peuvent être encore réduits si les gens ont accès plus tôt aux services de Medscheme.

Heineken a adopté un autre modèle en créant sa propre infrastructure locale pour le traitement avec l'aide d'experts externes. Ils se sont associés avec le groupe sans but lucratif hollandais PharmAccess dirigé par l'expert Joep Lange (Université D'Amsterdam) pour mettre en place un système d'approvisionnement, de distribution et de suivi du traitement

médical. La compagnie a envoyé en Hollande les médecins et les infirmières de ses cliniques d'Afrique et d'Asie pour un entraînement sur la prise en charge VIH. Les patients séropositifs sont maintenant traités sur place et, afin de s'assurer de l'adhésion à l'horaire du traitement, la firme applique la thérapie sous observation directe, méthode empruntée du traitement de la tuberculose.

Heineken est le plus grand employeur au Ruanda. Il y a un partenariat avec la "Pangea Global AIDS Foundation", une ramification de la Fondation de San Francisco qui s'occupe du sida. Vu que la filiale ruandaise de Heineken met aussi Coca-Cola en bouteille, un plan est à l'étude pour établir un projet conjoint avec la compagnie de boissons gazeuses, en commençant avec deux cliniques à Kigali. Coca-Cola commença le traitement pour ses employés l'année dernière. Pendant plusieurs années, ils ont eu un partenariat avec PSI (Population Services International) pour mettre en place un programme de prévention du sida dans le sud de Afrique.

"Nous sommes en pourparlers afin de voir comment le partenariat peut marcher", déclara Eric Goosby, CEO de Pangaea. "Il est question d'utiliser et non pas de recréer ou de dupliquer un système de santé, mais plutôt de maximiser les systèmes qui sont déjà là et augmenter leur portée afin d'inclure les employés et les distributeurs de Coca-Cola".

L'autre partenaire important est le gouvernement. Au Ruanda, le gouvernement supporte une amélioration du traitement au niveau national et s'est associé à un nouveau parti, la Fondation William J. Clinton, afin de faire démarrer le programme.

### Lentement à Démarrer

Tout n'a pas été facile sur le chemin du traitement. Dans les coulisses, les débats sur coût et bénéfice ont été fracassants et le débat moral a occupé une place sensible. Plumley a admis que certains plans de prévention dans le lieu de travail qu'il a vu sont sérieusement défectueux. Coca-Cola s'est attiré la foudre des activistes du monde entier quand il a dévoilé un plan de prévention un plan de traitement qui offrait les médicaments du VIH à 1600 employés corporatifs en Afrique mais pas à 58.000 travailleurs de 40 usines de mise en bouteille de Coca-Cola à travers l'Afrique. Le groupe américain d'activistes Health GAP lança une campagne médiatique appelant au boycott et organisa une manifestation spectaculaire à la Conférence Internationale sur le sida en juillet dernier à Barcelone.

Sensibilisé, Coca-Cola révisa son plan. En septembre dernier, il annonça une stratégie de partage des coûts avec les embouteilleurs pour subventionner 90% du coût du traitement pour les employés des usines d'embouteillages et leurs familles. PharmAccess a eu le contrat pour mettre en place le programme de traitement, et une compagnie sans but lucratif

américaine, "Family Health International", accepta de fournir les services de prévention GlaxoSmithKline contribua aussi à l'effort.

Quelques mois plus tard, le porte-parole de Health GAP, Sharonann Lynch s'est plaint que Coca-Cola bougeait trop lentement. "Rien ne s'est vraiment passé depuis que l'annonce a été faite", déclara-t-elle. "Aucun travailleur n'a eu de traitement". Le 31 mars, Coca-Cola publia une déclaration stipulant que son programme de traitement du VIH a enrôlé 40 embouteilleurs. Cependant, la compagnie n'a pas fourni de chiffres précis sur le nombre de travailleurs ayant effectivement initié le traitement. Bien que le responsable de PharmAccess, Joep Lange, s'est dit satisfait du progrès de Coca-Cola, Lynch a promis que Health GAP allait augmenter la pression "pour s'assurer que Coca-Cola tienne sa promesse aux travailleurs".

AngloAmerican, propriétaire de De Beers a eu un problème différent : la politique nationale. Le gouvernement d'Afrique du Sud est dirigé par le président Thabo Mbeki, quelqu'un qui refuse de croire que le sida existe et qui s'oppose au traitement du VIH. Sous pression, De Beers a initialement mis en veilleuse un projet de faisabilité du traitement du VIH, mettant en colère travailleurs, syndicats et activistes. L'automne dernier, De Beers a finalement lancé un plan de soins du sida qui fournit 90% du coût des médicaments VIH à ses 90.000 travailleurs.

Un autre pas en avant a été fait par le géant sud-africain Gold Fields Limited (GFI) qui annonça le 3 avril qu'il étendra son programme de gestion du bien-être afin d'inclure le traitement du VIH pour tous les employés ayant le sida. Ceci commencera avec des projets pilotes dans tous les sites. Gold Fields avait auparavant donné aux travailleurs la possibilité d'avoir l'éducation, les tests de dépistage du VIH et la prophylaxie après contact aux victimes de viols et aux employés ayant été exposés pendant le travail.

## Nouveaux Défis

Avec tant d'acteurs, les fonds et les programmes devenant réalité, combien de travailleurs auront accès au traitement ? Seulement une fraction, si on se base sur les résultats initiaux. Cela se révèle difficile de changer le comportement humain du jour au lendemain. Au Botswana, un programme de traitement national est en cours grâce au support de la "Bill & Melinda Gates Foundation"

et à la participation de Debswana. Cependant, très peu de travailleurs prennent avantage de cette nouvelle disponibilité. La même chose est survenue avec des programmes pilotes d'autres compagnies, précisa Dr Goosby.

"Pour le moment, l'inquiétude est que les employés ne prennent pas avantage du service", eut à admettre Plumley qui a récemment visité le Botswana. "L'enrôlement pour ces services est très lent. C'est toujours le même refrain : 'si je m'inscris, je serai mis à la porte'". Les stigmates sont aussi la raison pour laquelle les employés auraient préféré voir leurs propres médecins et être référés à des centres en dehors du lieu de travail.

Très touché, le Ghana offre un autre exemple. L'administration de la brasserie d'Accra vient de décider de faire le dépistage du VIH pour tous les candidats à un emploi et pour tous les employés. La compagnie déclare qu'elle ne fera aucune discrimination contre les travailleurs séropositifs et qu'elle assure la confidentialité. Par contre, elle n'embauchera aucun candidat séropositif.

"Je suis devenu humble à la constatation du degré de la peur de se confier même en ceux qui les aiment", déclara Dr Goosby. "On a une situation où les individus sont physiquement attaqués et battus par des gens qu'ils ont connus toute leur vie. C'est un facteur qui décourage quelqu'un à révéler son statut et qui est plus ancré que partout ailleurs. Je crois honnêtement que les stigmates seront questionnées seulement quand un pourcentage critique d'individus bien connus de la population peut démontrer les bénéfices des soins antirétroviraux — c'est à ce moment qu'elles diminueront".

"Le point le plus important que les compagnies doivent clairement préciser est que ceux qui viennent s'enregistrer pour se faire tester ou pour accéder aux services du VIH ne subiront aucune discrimination", déclara Plumley. Dans ce but, le GBC est l'hôte, cette année, d'une rencontre d'experts des affaires et espère sortir avec un "code de conduite" qui fait l'unanimité dans l'industrie. Il recrute aussi en Asie et compte ensuite regarder l'Europe de l'Est. Pour leur part, les activistes de Health GAP ont l'œil sur les industries du pétrole et du textile. "Je ne pense pas que l'on peut sous estimer la contribution que le secteur privé peut offrir", eut à conclure Plumley. "C'est la première occasion d'opérer une sorte de changement. Notre travail est de continuer à construire cette initiative et à l'amplifier".

**amfAR**  
AIDS RESEARCH

### Service d'Information sur les Traitements

Dave Gilden  
**Directeur du Programme et  
Editeur**

Gretchen Schmelz Armstrong  
**Rédactrice de la Annuaire des  
Traitements**

Kristen Kresge  
**Journaliste Permanente**

Elizabeth Paukstis  
**Rédactrice Adjointe**

Melissa Laurie  
**Adjointe à la Rédaction**

Bernard Boey  
**Webmestre / Directeur Artistique**

Howard Grossman, MD  
**Médecin Consultant**

Raoul Norman-Tenazas  
Yolande Hunter  
**Conception et Graphiques**

Version Espagnole  
Grupo de Trabajo sobre  
Tratamientos de VIH (gTt)  
Barcelone, Espagne

Version Française  
Haïti Medical  
Haitimedical.com  
Rochester, NY  
© 2003, Tous Droits Réservés