

HIV AIDS TREATMENT INSIDER™

Avril 2004
Volume 5
Numéro 2

Abbott Profite d'un Ancien Médicament La Potentialisation Implique de Fortes Sommes d'Argent

by Kristen Kresge

Les Laboratoires Abbott ont récemment annoncé une augmentation de 400% du prix du ritonavir, son médicament anti-VIH vieux de sept ans: cela a déclenché une vague de critique acerbe de la part des médecins. Abbott demeure ferme dans sa décision sur l'augmentation, mais les patients, les praticiens et les autres fournisseurs de soins pensent que ceci représente un autre exemple de l'agressivité des compagnies pharmaceutiques dont l'intérêt financier passe avant celui des patients.

Le ritonavir, le deuxième inhibiteur de la protéase à arriver sur le marché, causa des effets secondaires sévères lorsqu'il était utilisé à la dose initialement prescrite, et avait des interactions avec d'autres médicaments, particulièrement les autres inhibiteurs de la protéase. Les praticiens ont vite fait d'exploiter le second aspect en administrant le ritonavir à une dose réduite afin de potentialiser les niveaux d'un second inhibiteur de la protéase (voir illustration sur la page suivante). En 2001, Abbott a introduit le premier et unique inhibiteur "potentialisé" de la protéase, présenté en une seule pilule: le Kaletra (lopinavir associé à ritonavir). Le ritonavir devint une composante plus petite, mais très importante, du traitement du VIH avec les inhibiteurs de la protéase.

Avec ce changement de rôle, Abbott enregistra une chute abrupte des prédictions de profits du ritonavir,

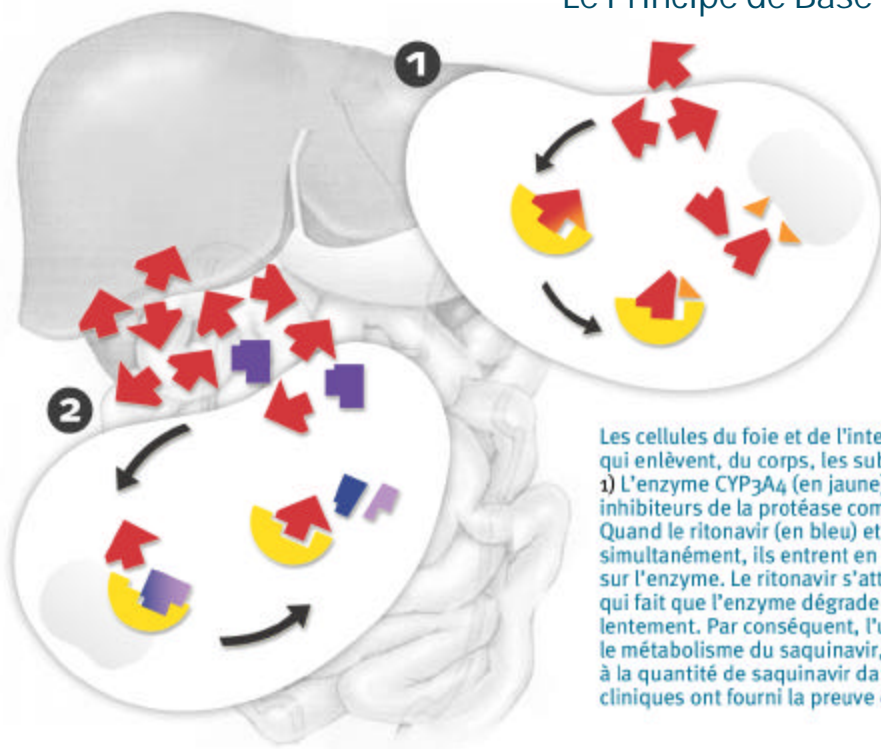
d'après John Leonard, vice président pour le développement pharmaceutique mondial pour les Laboratoires Abbott. "Vous devez mettre ceci dans un contexte historique. Le Norvir (ritonavir) est différent de ce qu'il était au début. Son utilisation initiale a été changée et est maintenant pour la potentialisation. C'est un booster pharmacocinétique, purement et simplement", déclara Leonard. Les maigres profits réalisés par Abbott sur le ritonavir "ne correspondaient pas au bénéfice que fournissait le médicament", ajouta-t-il.

Avant décembre 2003, une capsule de 100 mg de ritonavir coûtait \$1.71. Selon la dose requise, habituellement une à deux capsules, la potentialisation d'un médicament avec le ritonavir ajouta, au maximum, \$1200 par an au coût d'un régime basé sur les inhibiteurs de la protéase. Toutefois, avec le nouveau prix de \$8.57 pour la capsule de 100mg, cela va passer à près de \$6000 l'an. Abbott attribue cette augmentation du prix à des pertes enregistrées au début de la fabrication du ritonavir.

Les critiques pensent que Abbott est motivé par autre chose: protéger le Kaletra. Le Kaletra est devenu très populaire avec les médecins à cause de sa puissance et aussi parce que le VIH tarde à développer une résistance à ce médicament. Abbott lui-même rapporte que c'est l'inhibiteur de la protéase le plus fréquemment prescrit de juillet 2002 à février 2003. Cependant, au cours

- 1 Abbott Profite d'un Ancien Médicament
- 3 T-1249 : Le Retrait d'un Peptide
- 5 Prévention à la Polonaise: Les Bénéfices vont-ils durer ?

Le Principe de Base de la Potentialisation



Les cellules du foie et de l'intestin grêle contiennent des enzymes qui enlèvent, du corps, les substances comme les médicaments. 1) L'enzyme CYP3A4 (en jaune) dégrade rapidement des inhibiteurs de la protéase comme le saquinavir (en rouge). 2) Quand le ritonavir (en bleu) et le saquinavir sont ingérées simultanément, ils entrent en compétition pour la même place sur l'enzyme. Le ritonavir s'attache plus fortement au CYP3A4 ce qui fait que l'enzyme dégrade le saquinavir beaucoup plus lentement. Par conséquent, l'utilisation du ritonavir pour altérer le métabolisme du saquinavir, potentialise ou sert de "booster" à la quantité de saquinavir dans le sang. A l'an 2000, les études cliniques ont fourni la preuve de ce processus.v

de l'année dernière, deux autres compétiteurs sont arrivés sur le marché: l'atazanavir de Bristol-Myers-Squibb (Reyataz) et le fosamprenavir de GlaxoSmithKline, formulation précurseur de l'amprenavir (Lexiva). Les deux médicaments sont plus efficaces quand ils sont combinés au ritonavir et les deux seuls coûtent déjà plus chers que le Kaletra qui revient à environ \$8500 par an. Potentialisé par le ritonavir, l'atazanavir coûte maintenant \$13000 par an. Puisque Abbott a choisi de ne pas augmenter le prix du Kaletra, les critiques perçoivent l'augmentation du prix du ritonavir comme un moyen de protéger le Kaletra des compétiteurs

Abbott a vite fait de nier cette allégation. "Il y aura quelques implications pour le Kaletra. Le Reyataz [atazanavir] n'est pas le leader", précisa Leonard.

Ben Young, un médecin en pratique privé du Colorado, qualifie la déclaration de Leonard sur l'atazanavir de "mensonge transparent". Young exprime sa colère dans une lettre ouverte à Abbott, exprimant ses inquiétudes sur l'impact que la décision d'Abbott aura sur les patients. Plusieurs de ses patients ont une assurance privée qui demande à la fois un co-paiement pour la visite et 20% du coût de la médication au dessus d'une limite annuelle. Le coût élevé des médicaments VIH cause déjà des dépenses personnelles importantes. L'augmentation du ritonavir peut maintenant faire passer les coûts au delà des moyens de plusieurs personnes.

Pour s'assurer de la continuité de l'accès au ritonavir malgré le nouveau prix, dans son programme d'assistance, Abbott a éliminé le critère du revenu pour recevoir le médicament gratuitement. Et, pour le moment, le coût plus élevé n'a aucun effet sur ceux qui reçoivent le médicament à travers Medicaid (assurance fédérale) ou à travers les programmes d'assistance de l'état ou "ADAPs". Medicaid place des restrictions sur l'augmentation des prix avec un taux d'inflation annuel de 2 à 3% et les ADAPs ont négocié des prix jusqu'à 2005 avec les compagnies pharmaceutiques. Les compagnies ont, toutefois, le droit de se rétracter de ces arrangements, selon Lei Chou du "AIDS Treatment Data Network" à New York. Chou est plus inquiet de la réponse que les autres compagnies pharmaceutiques pourraient donner. Par exemple, Bristol-Myers-Squibb a basé le prix de son atazanavir sur l'ancien prix du ritonavir. "Nous ne savons pas comment les autres compagnies vont réagir à cette nouvelle. Cela peut avoir un effet en cascade très néfaste", déclara Chou, qui craint que la démarche d'Abbott va influencer les inhibiteurs de la protéase potentialisés qui sont encore au stade de développement.

Au moins quatre nouveaux inhibiteurs de la protéase à un stade avancé de développement, nécessitent le ritonavir. Le tipranavir de Boehringer Ingelheim, est un produit anxieusement attendu pour les patients VIH ayant déjà eu un traitement, mais est plus effi-

cace quand c'est combiné à 400mg de ritonavir (200 mg deux fois par jour). A cette dose, seulement le ritonavir coûtera plus de \$12.000 l'an. "Ceci peut avoir un impact immédiat très néfaste sur le développement du tipranavir", ajouta Chou. Il est déjà prévu que des médicaments comme le tipranavir coûteront plus que les autres inhibiteurs de la protéase. Les coûts élevés de la potentialisation au ritonavir peut rendre les prix du tipranavir encore plus élevés que celui du T-20 (Fuzeon) qui, avec une étiquette de plus de \$20.000 l'an, est actuellement le médicament VIH le plus cher.

Alors que la décision sur le prix final attend l'approbation du département de marketing, Young craint que la tendance à la hausse des prix des médicaments pourrait compromettre la qualité du traitement. Il perdit que certains médecins éviteront de prescrire le ritonavir à cause des dépenses supplémentaires. "La grande majorité des médecins utilisant le Reyataz [atazanavir] vont l'utiliser selon un mode potentialisé" déclara-t-il, et ceci tant pour les patients traités pour la première fois que pour ceux qui nécessitent des médicaments plus puissants pour aider des régimes de traitement qui échouent. Toutefois, si les médecins fixent leur attention sur le prix des médicaments, "ils ne seront pas guidés vers la décision médicale la plus appropriée", ajouta Young.

Afin de prévenir le compromis sur le soin des patients, des médecins pratiquant à travers les Etats-Unis sont passés à la charge, demandant qu'Abbott rétracte l'augmentation du prix du ritonavir.

L'Association Médicale du VIH (HIVMA) avec 2.600 médecins et savants comme membres, a lancé un appel à l'action peu après l'annonce d'Abbott. HIVMA fit part de ses inquiétudes sur l'escalade du coût des médicaments du VIH. "Nous sommes généralement inquiétés par une tendance persistante des prix vers la hausse avec l'approbation de chaque nouveau médicament", déclara Paul Volberding et Daniel Kuritzkes dans une lettre à Abbott.

D'autres médecins aux Etats-Unis, le seul pays affecté par cette annonce, ont officiellement suggéré de boycotter Abbott. Certains refusent de recevoir les délégués médicaux de Abbott, espérant qu'une telle action forcera Abbott à repenser sa décision "Le mieux que nous pouvons espérer c'est une réduction de l'augmentation à 200%" déclara Young. Un autre clinicien a menacé d'acheter le ritonavir au Canada.

Cependant Abbott est ferme sur sa décision "Le Norvir est ce qui fait marcher le traitement antiretroviral hautement actif (HAART) et nous voulons qu'il ait une contribution raisonnable dans le lot. Norvir doit rapporter", signala Leonard. Il ajouta avec insistance que Abbott a besoin des revenus du ritonavir pour une reformulation du médicament afin qu'il ne nécessite plus la réfrigération, une modification qui aurait aussi beaucoup amélioré le Kaletra. Leonard promet aussi que l'augmentation du profit financera la recherche future, une allégation mise en doute par certains. "Il est de notoriété publique que Abbott s'est retiré du VIH et ne retournera pas cet argent à la recherche pharmaceutique", déclara Young.

T-1249 : Le Retrait d'un Peptide

by Elizabeth Paukstis

Pour ceux qui ont épuisé leurs options de traitement et sont encore devenus plus résistants au médicament de sauvetage T-20 (Fuzeon), un brin d'espoir était en perspective dans des essais de phase II. C'était le T-1249, un peptide injectable similaire au T-20 et qui peut supprimer les virus résistants au T-20. Comme le T-20, le T-1249 prévient l'infection au VIH en se fusionnant aux cellules.

Ce qui différencie le T-1249 était sa capacité de vaincre les virus qui avaient eu raison de la puissance du T-20. Bien qu'une petite étude suggéra que plus longtemps une personne était sur un régime défaillant de T-20, moins efficace serait le T-1249, le médicament était un recours possible pour des personnes ayant peu d'options de traitement. Le T-1249 avait aussi une plus longue demi-vie permettant une seule injection quotidienne, au lieu de deux, comme pour le T-20.

Toutefois, le parcours du T-1249 s'est terminé en janvier quand Roche et Trimeris, les co-développeurs des deux produits, ont décidé d'arrêter le développement du médicament. Parallèlement à cela, Trimeris a remercié 30 employés qui travaillaient sur le T-1249.

Difficultés Techniques

"Il y a eu des problèmes techniques liés à la formulation", déclara David Reddy, responsable de la franchise VIH chez Roche. "L'un des problèmes est que cette molécule est différente du Fuzeon. Le type de technologie utilisé pour le Fuzeon n'était pas facilement adaptable au T-1249".

Dany Bolognesi, principal responsable de Trimeris, a déclaré qu'un problème est apparu quand la compagnie a commencé à fabriquer de grandes quantités du

médicament. “En petite quantité, tout allait bien. Mais, quand on commença à un plus grand volume, nous avons réalisé que nous aurions des problèmes avec une formulation stable”.

Toutefois, quand des détails sur le problème étaient demandés avec insistance, les responsables de la compagnie étaient peu disposés à les donner. “Dans les cliniques, une augmentation de la viscosité a été rapportée, ce qui peut avoir un impact sur la livraison du médicament”, déclara Reddy. “Toutefois, si nous nous engageons dans la fabrication et dans d’autres procédés, cela deviendra un problème légal. Je ne veux pas vulgariser des informations précieuses”.

Chris Barnett, un entrepreneur indépendant résidant à San Francisco qui prenait le T-1249, trouve la nouvelle déroutante. Barnett est un des 40 personnes enrôlées dans le T-1249-105, l’essai de Phase II du T-1249. “J’ai été étonné d’entendre cela”, commenta Barnett. “Pour moi c’est un médicament extraordinaire. Je ne sais pas si je suis anormal, mais le T-1249 a produit des résultats remarquables pour moi”.

Barnett est passé au T-1249 quand il n’avait plus de résultats avec le T-20. Depuis lors, sa charge virale a chuté et il a un regain d’énergie. “J’ai su que j’étais séropositif il y a 15 ans”, déclara Barnett. “En 1995, j’étais vraiment malade. Nous sommes maintenant neuf ans plus tard et je me porte très bien. Je pense que le T-1249 est grandement responsable de cela. Il est certain que j’apprécie à nouveau la nourriture. Pour un séropositif au VIH prenant autant de médicaments, cela peut être une très bonne chose. C’est très bien d’avoir un regain d’appétit”.

Tom (nom imaginaire), un résidant d’Oakland, également inscrit à l’essai rapporte les impressions suivantes. En automne 2002, après son échec avec le T-20 et après que des tests aient révélé qu’il était “pratiquement résistant à tout”, Tom commença à prendre le T-1249. “J’ai commencé avec 12 cellules T et suis passé à 100. Le médicament m’aide vraiment”.

Les représentants de Roche et de Trimeris promettent que les 40 participants à l’essai continueraient à recevoir le médicament pendant l’intégralité des 96 semaines et même après, si nécessaire. “Le médecin prendra la décision”, affirma Bolognesi. “Après la limite des 96 semaines, nous modifierons le protocole au sur une base individuelle”.

Toutefois, les compagnies rejettent le concept “utilisation compatissante” du médicament, ce qui fournirait l’accès au T-1249 à des personnes résistantes au T-20 mais non enrôlées dans l’essai. “Il y a suffisamment de médicaments pour les personnes actuellement enrôlées dans l’essai. Le stock de T-1249 restant sera

utilisé pour supporter de nouvelles recherches”, déclara Reddy.

Produire le Peptide Parfait


Bien que Roche et Trimeris nient que le T-1249 ait été remis à cause de la probabilité de faibles ventes, ils s’engagent à introduire un candidat plus pratique. “Si nous fabriquons un médicament, nous voulons qu’il soit utilisé par [des gens]”, déclara Bolognesi. L’importance du confort signifie passer de l’administration deux fois par jour à une administration hebdomadaire. La molécule [de T-1249] n’est pas éliminée mais, ce qu’il nous faut c’est un médicament qui soit à la fois efficace et plaisant au patient.

Afin d’atteindre ce but, les compagnies proposent d’augmenter la demi-vie du nouveau peptide. En ce qui concerne la présentation du médicament, Bolognesi concède qu’ils ont une gamme d’options. “Tous nos nouveaux peptides sont des candidats à l’extension de la demi-vie. Il n’est pas inconcevable que nous pourrions vouloir appliquer la technologie de la demi-vie au T-20 lui-même”.

Quand un nouveau médicament est au stade d’essai chez les hommes, il n’est pas évident qu’on puisse le rendre disponible au grand public. Bolognesi déclara qu’ils introduiront un candidat en 2004 et commenceront le développement pré-clinique. “Nous sommes très près d’identifier ce que nous voulons exactement dans un peptide. Le défi est de construire le peptide avec un confort intrinsèque. Cet aspect n’est pas prête d’arriver”.

Reddy a été plus prudent. “Ces développements ne surviennent pas du jour au lendemain”, déclara-t-il. “Nous parlons de plusieurs années”.

Roy Gulick, de l’Université Cornell à New York, a offert une perspective plus optimiste. “En dehors des inhibiteurs de fusion, il y a plusieurs inhibiteurs d’en-



“Ce qu’il nous faut c’est un médicament qui soit à la fois efficace et facilement utilisable par les patients.”

– Dani Bolognesi

trée au stade de développement”, fit-il remarquer. “Alors que nous ne sommes pas sûrs à 100%, il y a des raisons de penser que ceux qui répondent au T-20 devraient répondre à ces autres inhibiteurs d’entrée”.

Entre temps, les patients qui développent une résistance au T-20 font maintenant face à un futur plus redoutable : ce qui était relativement à portée de

main avec le T-1249 est maintenant plus éloigné. Et ceux qui ont besoin du T-20 peuvent hésiter à le prendre sans voir à l’horizon un médicament qui peut suppléer à la résistance virale du T-20. Comme l’a dit Tom, “C’est très décevant. Ceci fait probablement reculer de plusieurs années le développement d’un autre inhibiteur de fusion”.

Prévention à la Polonaise: Les Bénéfices vont-ils durer ?

by Kristen Kresge

De 1996 à 2001, la prévalence du VIH en Europe de l’Est augmenta de 1.300%. Cette explosion de nouvelles infections VIH survint exactement 10 ans après que la Pologne ait documenté son premier cas de sida. Alors que plusieurs pays voisins — dont la Russie et l’Ukraine — ont observé une croissance soutenue du nombre, cela n’a pas été le cas pour la Pologne.

La Pologne est logée dans le foyer chaud de l’épidémie VIH en Europe de l’Est, ayant des frontières avec le Belarus et l’Ukraine à l’Ouest, et les petits états Balkans de Kaliningrad et de Lituanie au Nord-Est. Les taux d’infection au Kaliningrad et en Lituanie ont récemment plafonné à cause de la transmission par les utilisateurs de drogues intraveineuses. Au Belarus on pense que le nombre de personnes infectées au VIH est bien plus élevé que les chiffres officiels. L’année dernière, alors que l’Europe de l’Est rapportait 230.000 nouvelles infections, la fédération russe a eu la plus forte prévalence de toute l’Europe. Elle est localisée à seulement 250 kilomètres de la capitale polonaise.

Avec près de 20 millions d’habitants traversant ses frontières chaque année, les chiffres de la Pologne devraient correspondre. Pourtant, le rapport annuel publié en 2002 par le Programme Conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA déclara que la Pologne a jugulé l’épidémie parmi les utilisateurs de drogues injectables et a prévenu avec succès son expansion dans la population générale. Ce rapport déclare aussi que, en dehors de ce pays géographiquement divers comptant 39 millions d’habitants, on a l’une des épidémies croissant la plus rapidement au monde.

Pour le moment, la Pologne a été épargnée. Cependant, le succès de la prévention du VIH dans ce pays, maintenant un modèle pour la région, est apparemment en conflit avec sa population à majorité catholique. L’Eglise Catholique prêche de ne pas utilis-

er le condom, la seule méthode éprouvée dans la prévention de la transmission. Les étrangers sont étonnés des réalisations du pays et, même les autorités polonaises mettent en doute leur succès et craignent l’avenir.

Le Programme National

La Pologne a établi un programme national de réponse au VIH et au SIDA en 1993, quand le Gouvernement Polonais, sous la bannière du Ministère de la Santé, créa l’Office National pour la Coordination et la Prévention du SIDA, qui devint le Centre National du SIDA, il y a quatre ans.

Anne Marzec-Boguslawska, une épidémiologiste en formation, est la directrice du Centre National du SIDA depuis 2001. A partir d’un local délabré à plusieurs kilomètres du centre-ville de Varsovie, Boguslawska supervise les programmes d’éducation, de prévention et de traitement pour les citoyens polonais. L’organisation du traitement est, à elle seule, une tâche gigantesque. Tous les polonais séropositifs au VIH ayant besoin de médicaments antirétroviraux les reçoivent gratuitement du gouvernement à travers un réseau de cliniques. Actuellement, ce programme traite 2033 personnes, dont toute la population carcérale ayant le VIH ou le SIDA.

La Pologne a mis en application un programme national antirétroviral très tôt, selon les normes d’Europe de l’Est. En 1987, elle offrait la monothérapie à l’AZT (Retrovir) aux premiers patients. Peu après la Conférence Internationale du SIDA en 1996, l’accès complet au traitement combiné était possible. Dès lors, le nombre de personnes ayant besoin de la médication a augmenté de manière consistante. L’année dernière, 370 nouveaux patients ont rempli les critères de diagnostique clinique requis pour recevoir le médicament VIH gratuitement.

amfAR Global Link

L'édition d'hiver 2004 de *amfAR Global Link* (appelé autrefois *HIV/AIDS Treatment Directory*) est maintenant disponible. Elle présente les dernières informations non seulement sur les traitements approuvés ou expérimentaux pour le VIH/sida mais aussi sur les essais cliniques qui recrutent activement. *amfAR Global Link* est disponible sur CD-ROM et sur internet à www.amfar.org/GlobalLink.

Abonnements payés aux Etats-Unis et au Canada:

\$55 pour abonnement individuel; \$125 pour abonnement professionnel ou institutionnel. Commande par carte bancaire en appelant le 1-800-39-amfAR. Commande par chèque ou par mandat-poste à l'ordre de amfAR et expédier à: amfAR Global Link, 120 Wall Street, 13th Floor, New York, NY 10005-3902 tout en prenant soin de fournir votre adresse, votre téléphone et votre email.

Abonnements internationaux payés: \$77 pour abonnement individuel par carte bancaire ; \$100 pour abonnement individuel par chèque ou mandat-poste; \$150 pour abonnement professionnel ou institutionnel par carte bancaire ; \$200 pour abonnement professionnel ou institutionnel par cheque ou par mandat-poste. **Tous les paiements doivent être faits en dollars américains.** Commander comme décrit plus haut.

Des copies gratuites sont disponibles pour la communauté VIH/sida. Prière d'appeler le CDC National Prévention Information Network (réseau national d'information sur la prévention) au 1-800-458-5231.

Pour plus d'informations, prière d'appeler au (212) 806-1639 ou envoyer un email GlobalLink@amfar.org



Choisir de traiter tous les citoyens vient avec un prix fort. La Pologne achète des antirétroviraux très chers sur le marché européen au lieu de produire ou d'importer des formulations génériques. De plus, elle finance entièrement tous les programmes de prévention de la transmission de mère-à-enfant. Si un citoyen polonais développe une résistance aux médicaments, la clinique renforce son régime, même si cela implique l'importation du très onéreux tenofovir (Viread) pour un seul patient. Bien que la Pologne n'ait pas encore approuvé le T-20 (Fuzeon), le Ministère de la Santé est prête à payer, si nécessaire, \$23.000 pour avoir le médicament sur le marché européen.

Ce généreux programme antiviral encourage l'immigration provenant des pays avoisinants. Les gens, à la recherche de traitement gratuit, arrivent de l'Ukraine et de la Fédération Russe, où les médicaments du VIH ne sont pas disponibles. Maintenant, les dépenses vont au delà des recettes du Gouvernement. Les polonais doivent être sur une liste d'attente pour recevoir les médicaments du VIH et, avec le budget actuel, cette liste va sans aucun doute augmenter. Le coût du traitement est en train d'affaiblir l'autre programme du Centre National du SIDA. Boguslawska, une dame très réservée, a vite fait d'abandonner son sourire poli quand elle discute du budget de son centre. "Nous avons absolument besoin de plus d'argent pour année prochaine. Pour le moment, nos ressources sont très limitées. La situation est critique", renforça-t-elle.

Peu de temps après la chute du communisme, la pauvreté qui faisait rage en Europe de l'Est était moins intense en Pologne. Alors que la Russie et l'Ukraine avaient besoin de plus d'argent pour reconstruire leurs systèmes effondrés de santé publique, la Pologne utilisa les fonds gouvernementaux et les fonds internationaux qui fusaient dans cette région en lutte pour mettre en place des programmes nationaux, comme celui de l'échange de seringues, et des programmes éducation pour les utilisateurs. "La Pologne avait de l'argent au début et cela a un grand effet sur ce qui se passe maintenant", déclara Alexandra Duda, la coordinatrice du programme de VIH/SIDA du PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement) à Varsovie.

Pour Boguslawska, la réussite dans le contrôle de épidémie chez les utilisateurs de drogues intraveineuses est responsable du fait que la Pologne ait réussi à prévenir l'infection très tôt. Contrairement à la tendance dans le reste de l'Europe de l'Est, le taux de transmission du VIH de cette population a com-

mencé à chuter entre 2001 et 2002, et est maintenant à 17%, ce qui est une réalisation considérable. “Les programmes sur la

réduction du danger ont démarré dès le début en Pologne et ont eu un impact très positif sur la prévention. Avec notre frontière orientale, nous devrions être capables de nous concentrer davantage sur la prévention. Nous avons toutefois besoin d’argent. J’espère que l’argent du traitement ne viendra pas de celui de la prévention”, déclara Boguslawska.

En 1994, 98% du budget du Centre National du SIDA supportait la prévention : la maigre portion restante finançait le traitement. Dans l’espace de deux ans, 76% du budget subventionnait la prévention.

Puis les ressources s’amincirent avec le point le plus faible en 2002. année dernière, seulement 14% ont été à la prévention, alors que 86% du budget annuel — l’équivalent de ½ million de dollars — a été dépensé pour le traitement. Ce changement dramatique inquiète beaucoup de personnes.

Nous Sommes Ensembles pour Parler Seulement du SIDA, Pas pour les Condoms

En dépit des contraintes budgétaires, chaque année, le Centre National du SIDA collabore avec des agences externes pour lancer une nouvelle campagne de prévention. Chaque campagne se concentre sur un groupe-à-risque spécifique, choisi en fonction des dernières statistiques sur la transmission du VIH. Les récents groupes cibles étaient les adolescents, les femmes et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes. La plus récente campagne cible les jeunes hétérosexuels. (En 2002, 53% des nouvelles infections sont survenues chez les personnes du groupe d’âge de 20 à 29 ans). En réponse aux programmes précédents

ayant ciblé les utilisateurs de drogues injectables, plus de personnes sont passés des drogues injectables aux drogues de fêtes comme l’extase. La combinaison de ces drogues avec l’alcool entraîne des écarts de jugement, et Boguslawska attribue ce comportement aux taux de transmission croissants chez les hétérosexuels.

En réponse, le Centre National du SIDA a lancé une campagne pour encourager le dialogue et le dépistage du VIH chez les jeunes gens. Le slogan “Nous sommes ensemble pour parler seulement du SIDA” va avec l’image d’un jeune homme et d’une femme assis sur un canapé. Les tactiques de la campagne sont de distribuer du matériel promotionnel et de faire de la publicité sur de grandes pancartes placées au voisinage de rues très fréquentées. Cependant, ces pancartes ne feront probablement pas tourner les têtes. Contrairement aux annonces publiques qui attirent l’attention aux Etats-Unis ou dans d’autres pays européens, les slogans stériles du ministère évitent des messages provocateurs.

Le Ministère de la Santé limite strictement le travail du Centre National du SIDA. Toutes les organisations gouvernementales doivent accommoder les croyances de l’Eglise Catholique qui réprimandent les messages directs et interdisent de parler des condoms. “La prévention n’est pas un point fort au Centre National du SIDA. Ils n’ont pas beaucoup d’influence et ne parleront pas ouvertement de l’utilisation du condom. Ils peuvent parler de condom si on insiste mais on se garde de les pressuriser. Le Ministère de la Santé pourrait faire beaucoup plus. Nous avons vraiment besoin d’une campagne massive de prévention”, déclara Duda.

Toutefois, les campagnes timides du ministère marchent. Les taux d’utilisation des 15 sites anonymes de dépistage de la Pologne ont fait un bond de 50% après l’apparition du dernier slogan. Même des critiques comme Duda admettent que plusieurs enquêtes ont conclu que les publicités pour la prévention sont efficaces, bien qu’elle ne sache pas pourquoi. Boguslawska attribue le succès de la campagne aux connaissances du polonais moyen sur la transmission du sida. “Ce n’est pas par un heureux hasard. Dès le début de l’épidémie, le gouvernement polonaise informa la population sur le VIH et sur le sida, alors que dans d’autres pays, était un sujet tabou”, expliqua Boguslawska. Bien que cela ait peut être appris aux polonais à prendre les campagnes de prévention au sérieux, Boguslawska ne sous-estime pas la nécessité de promouvoir les condoms. “Nous avons certainement

“Nous avons certainement besoin d’une promotion de l’utilisation des condoms, surtout que la société polonaise est très catholique”

– Anna Marzec-Boguslawska

besoin d'une promotion de l'utilisation des condoms, surtout que la société polonaise est très catholique", déclara Boguslawka en sourcillant.

Toutefois, l'attitude polonaise envers les condoms n'est pas nécessairement le reflet de fermes croyances religieuses. Selon Duda, plusieurs enquêtes démontrent que les polonais sexuellement actifs utilisent des condoms. "Selon moi, l'influence de l'Eglise Catholique sur l'utilisation des condoms en Pologne n'est pas si grande. Habituellement, les polonais sont très indépendants de ce que disent les autorités, y compris l'Eglise Catholique et le Pape", précisa Duda.

Mathew Zagumny, un professeur de counseling et de psychologie à Tennessee Tech University, étudie les facteurs qui prédisent l'utilisation du condom. Il trouva que, parmi les universitaires sexuellement actifs, les polonais utilisent les condoms autant que les américains. Au cours des dernières années, Zagumny a questionné des étudiants de l'ouest de la Pologne et du Tennessee à propos de leur penchant pour cette utilisation. Le Tennessee, qualifié par Zagumny de "boucle du ceinturon de la Bible", est l'Etat idéal des USA pour la comparaison. Les résultats de Zagumny l'ont surpris lui-même. Deux études de recherche, incluant chacune 250 à 300 étudiants ont trouvé que l'utilisation du condom était légèrement plus élevée en Pologne.

"La Pologne est, bien sûr, un pays catholique et l'Eglise a suffisamment d'influence sur le comportement de la population. C'est une forme conservatrice du Catholicisme. L'Eglise leur dit de ne pas utiliser les condoms", déclara Zagumny. Néanmoins, il trouva que "la différence était pas grande après la comparaison interculturelle de l'utilisation du condom".

Cela ne surprend personne. Dr Andrzej Horban, directeur de l'Hôpital des Maladies Infectieuses de Varsovie et un des premiers médecins à confronter le sida dans son pays, déclare avec insistance que le monde ne voit que l'apparence catholique de la Pologne. "Nous sommes comme le radis", déclara Horban. "Pendant les années communistes, nous

étions apparemment rouge mais étions intérieurement blancs. C'est la même chose avec l'Eglise Catholique".

Zagumny trouva quand même que l'Eglise influençait plus fortement les polonais que les américains sexuellement actifs. En Pologne, "l'influence de l'Eglise a beaucoup plus de poids sur leur décision de ne pas utiliser un condom", d'après Zagumny. Il est encore en train d'interpréter ces études et d'essayer de savoir si la décision dérive de l'opposition de l'Eglise à la contraception ou des déclarations du Vatican stipulant que le condom est inefficace dans le blocage de la transmission du VIH. L'avortement est illégal en Pologne et peut aussi influencer l'utilisation du condom. Davantage d'analyses aideront à savoir exactement comment la religion influence leur décision.

Au cours de ses interviews, Zagumny a noté que les étudiants polonais comprennent le VIH beaucoup mieux que les américains, surtout à cause de l'influence informelle des organisations non gouvernementales (ONG). Le système scolaire polonais offre très peu d'éducation sexuelle à cause de l'opposition des parents. Toutefois, les jeunes gens reçoivent des informations importantes et précises qui définissent leur comportement. Les étudiants considèrent l'éducation sexuelle comme un sujet qu'ils connaissent sans avoir eu une instruction formelle. Ceci peut être attribué à des échanges clandestins, phénomène courant dans les anciens pays du bloc communiste. Les polonais ont établi des méthodes clandestines de dissémination des informations que le gouvernement ne voulait pas aborder, ce qui a encouragé une attitude ouverte chez les citoyens. "Généralement, je pense que le contexte historique de la Pologne a créé un réseau informel d'information", déclara Zagumny. "Culturellement, cela semble marcher".

D'Autres Interviennent Là où le Ministère Craint de s'Aventurer

Ces informations peuvent, pour la plupart, dériver des ONG florissant en Pologne : MONAR (acronyme

Quelque chose à lire quand vous avez du temps...

Abonnez vous aux nouvelles électroniques à www.amfar.org/GlobalLink.



de l'un des plus grands ONG de la Pologne) en est un exemple. Une branche de MONAR fleurit à Cracovie, ville du sud de la Pologne, considérée par certains comme la capitale culturelle de la Pologne. La branche cracovienne de MONAR débuta en 1993 avec l'introduction des programmes de réduction du risque visant les utilisateurs de drogues injectables. Depuis lors, la branche cracovienne de MONAR a grandi et patronne d'autres programmes communautaires dont la distribution de condom, la visite des prisons et la prévention pour les travailleurs professionnels du sexe. Cette organisation dessert la population estudiantine libérale de Cracovie.

Les ONG de la Pologne reçoivent leur financement de diverses sources, dont le Ministère de la Santé, mais ne sont pas limitées par l'influence de l'Eglise. D'après Beata Sierocka, un coordinateur de programme de la branche cracovienne de MONAR, plusieurs jeunes gens utilisent les condoms à cause des programmes dynamiques des organisations locales et non pas à cause des programmes de prévention patronnés par le ministère. "En général, les personnes croient effectivement que le condom protège contre le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles. Le problème est que beaucoup d'entre eux n'aiment pas les utiliser", précisa Sierocka.

En dépit de l'impact positif des ONG polonais, leur financement est en train de se réduire et le fait de fonctionner avec des ressources limitées paralyse leurs efforts. Des organisations comme la branche cracovienne de MONAR craignent que la Pologne pourrait faire face à un autre pic de l'infection VIH avec la disparition de divers efforts de prévention. Par exemple, le budget a influencé la politique polonaise du dépistage. Ce n'est plus tous les prisonniers qui sont testés pour le VIH. De plus, en dépit des résultats extraordinaires du programme national, les taux de dépistage sont en gros faibles et les tests ne sont pas faits avec rigueur, ce qui occasionne une distorsion de l'estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH ou avec le sida. L'immigration soutenue en Pologne brouille encore davantage les chiffres officiels.

L'attitude proactive du gouvernement au tout début de épidémie a fait place à la complaisance. Bien que plusieurs officiels polonais aient averti le gouvernement de ne pas s'asseoir sur ses lauriers, le financement fédéral pour la prévention continue à chuter. Alors que plus d'argent va au traitement, le budget global pour le VIH/sida souffre. Si une seconde vague de épidémie survient, la Pologne peut ne pas



Service d'Information
sur les Traitements

Directeur du Programme et Editeur
Gretchen Schmelz

Consultants Médicaux
Keith Gallicano, Ph.D.
W. Keith Henry, MD
Kasia Malinowska-Sempruch, MA

Rédactrice de l'Annuaire des Traitements
Elizabeth Paukstis

Journaliste Permanente
Kristen Kresge

Adjointe à la Rédaction
Olivia Weissner

Editrice de l'Impression
Christine McCarthy

Webmestre / Directeur Artistique
Bernard Boey

Graphiques et Conception
Raoul Norman-Tenazas
Yolande Hunter

Version Espagnole
Grupo de Trabajo sobre
Tratamientos de VIH (gTt)
Barcelona, Spain

Version Française
Haiti Medical, Rochester, NY

Version Chinoise
President Translation
Service Group International

©2004. All rights reserved.

120 Wall Street, 13th Floor
New York, NY 10005-3908
Tel: (212) 806-1600 • Fax (212) 806-1601
reporters@amfar.org

avoir le support financier qui lui était crucial il y a des années.

"Nul ne peut prédire le futur. La situation est loin être claire. Cependant, il est difficile de convaincre les gens d'un besoin immédiat quand ils perçoivent maintenant le VIH comme un problème marginal", précisa Duda en guise d'avertissement.



Prière d'envoyer vos commentaires et questions concernant *Les Perspectives Thérapeutiques* à reporters@amfar.org.