

Des stratégies novatrices pour déjouer le VIH-SIDA

Depuis le début de l'épidémie, près de 60 millions de personnes ont été infectées par le VIH dans le monde; de ce nombre, on a recensé 25 millions de décès liés au virus. Même si les divers cocktails médicamenteux contre les ravages du VIH ont connu un certain succès, permettant ainsi une meilleure qualité et espérance de vie aux patients touchés, ils ne parviennent pas à éradiquer le virus. La chercheuse Petronela Ancuta du CRCHUM se penche sur cette question.

➔ Par Marie-Josée Richard

LE VIH-SIDA, VU EN TROIS ÉTAPES

Ce virus s'attaque au système immunitaire, plus particulièrement aux lymphocytes T CD4+, la molécule CD4 étant le principal récepteur du VIH. Il faut comprendre que les lymphocytes T CD4+, surnommés les « helpers », aident les autres cellules du système immunitaire à combattre les infections.

Au cours de la première phase de la maladie, le système immunitaire reconnaît la présence d'un intrus, le VIH; le corps met donc en œuvre son système de défense. On détecte alors la présence d'anticorps anti-VIH dans le sang. Rapidement, il y a une diminution du nombre des cellules T CD4+ surtout au niveau des muqueuses intestinales, signe que des « soldats » sont morts au combat. Cette phase peut durer entre six à huit semaines.

La seconde étape, la phase chronique, est d'une durée très variable, parfois jusqu'à dix ans ou plus quand la réponse à la thérapie antirétrovirale est favorable. Le niveau des lymphocytes T CD4+ se maintient au-dessus de 300 cellules par microlitre de sang, ce qui est acceptable, mais la présence du virus dans les cellules du système immunitaire augmente progressivement. Il s'agit d'une période de latence clinique mais non pas virale.

Enfin, à la dernière phase, la phase SIDA, le système immunitaire est très affaibli : on retrouve moins de 200 cellules T CD4+ par microlitre de sang. Le VIH a de plus en plus le champ libre... et aussi tous les autres types de virus et de bactéries. Voici pourquoi les patients sont souvent emportés par les complications amenées par le VIH comme des infections opportunistes.

POUR SAISIR LES MÉCANISMES CELLULAIRES

Le VIH ne s'attaque qu'à certaines des cellules T du système immunitaire; en ce sens, il s'agit d'un virus extrêmement sélectif. « Seulement une petite fraction, soit 0,1 à 10 % d'entre elles sont infectées » précise la chercheuse. Mais lesquelles ?

Pour être efficaces, les antirétroviraux doivent être aussi sélectifs que le VIH, de manière à cibler seulement les cellules T infectées par le VIH. Un certain nombre des cellules T dites « permissives » au VIH ont déjà été identifiées mais leur fonctionnement demeure un mystère.



Petronela Ancuta

« C'est en utilisant des approches de génomique fonctionnelle et en ayant accès à des cohortes de sujets infectés par le VIH bien caractérisées cliniquement, que l'on pourra arriver à comprendre mieux les bases moléculaires de la sélectivité du VIH » précise la chercheuse. L'équipe de Petronela Ancuta est parvenue à identifier et à caractériser deux sous-groupes de cellules T qui jouent un rôle important

dans l'immunité des muqueuses et sont largement responsables d'accueillir et de laisser répandre le VIH. Cette découverte permet de comprendre cet accueil et ainsi de raffiner la façon de concevoir des nouvelles interventions thérapeutiques ciblées.

La chercheuse mise aussi sur une autre stratégie : « nous avons découvert que les cellules T CD4+ capables de migrer vers la muqueuse intestinale sont plus vulnérables au virus du SIDA » confie Petronela Ancuta, qui travaille étroitement avec une équipe composée d'une

➔ Suite à la page 6

Un pas de plus vers un vaccin contre le cancer

Un vaccin contre le cancer ? Utiliser notre système immunitaire contre les tumeurs ? L'idée est très attirante et plusieurs chercheurs y travaillent déjà. Or, même s'ils ont pu développer des vaccins qui stimulent une réponse immunitaire, leurs travaux n'ont que très rarement mené à une régression des tumeurs. En janvier 2010, Réjean Lapointe et son équipe en immuno-oncologie du CRCHUM ont publié un article dans le « Journal of Immunology » qui a mis en évidence un mécanisme nouveau dans le processus cancéreux.

➤ Par Dalila Benhaberou-Brun

LE RÔLE DU SYSTÈME IMMUNITAIRE

Le système immunitaire nous défend contre les maladies infectieuses, virales ou bactériennes, grâce à des cellules dites « tueuses », les lymphocytes T. La vaccination utilise un processus de défense analogue, avec ses substances capables de combattre les cellules indésirables et même les éliminer. Ainsi, des vaccins ont permis d'éradiquer totalement plusieurs maladies, dont la variole par exemple.

Lorsqu'une personne est atteinte du cancer (une personne sur trois développera un cancer au cours de sa vie), « c'est comme si nos protections naturelles n'avaient pas fonctionné, comme si les cellules cancéreuses avaient traversé les mailles du filet et que les lymphocytes T avaient failli à la tâche », déclare Réjean Lapointe. Un vaccin thérapeutique peut-il alors être envisagé ?

LA VACCINATION ET LE CANCER : DES PISTES ENCOURAGEANTES ?

Plusieurs variantes de vaccination ont été testées au cours des dernières années pour tenter de traiter des cancers. « Et les expériences ont démontré une réponse immunitaire claire », précise Réjean Lapointe. Cependant, malgré l'utilisation de substances et d'adjuvants puissants, « la vaccination anticancéreuse ne fonctionne toujours pas comme nous le souhaitons » puisque les cancers n'ont pas régressé, encore moins disparu.

COMPRENDRE LA BIOLOGIE DES TUMEURS

Dans des tumeurs prélevées sur des tissus humains du sein et du rein, « nous avons évalué comment les cellules cancéreuses se comportaient en présence des lymphocytes T », explique Réjean Lapointe. Dans l'expérience réalisée par une étudiante au doctorat, Jessica Godin,

l'objectif était d'observer et de vérifier comment les cellules cancéreuses pouvaient empêcher le système immunitaire (en l'occurrence les lymphocytes T) d'exécuter son rôle protecteur. « Ça paraît simple, mais c'est un processus extrême-



Réjean Lapointe

ment long, lourd et compliqué », avoue Réjean Lapointe. On se serait attendu à ce qu'il n'y ait pas ou peu de réaction immunitaire dans le tissu cancéreux; cette absence signalerait un processus de protection déficient et paradoxalement, c'est le contraire qui se produit - les lymphocytes T sont bel et bien activés mais ne jouent cependant pas leur rôle.

Cette expérience a permis une découverte très intéressante concernant le rôle de la protéine IDO. Cette protéine jouerait un rôle semblable à un interrupteur fermé, qui neutraliserait les

lymphocytes T, les rendant inactifs, et permettant ainsi qu'un cancer se développe « en toute impunité ». L'IDO est déjà connue chez le fœtus qui la produit pour contrer le rejet éventuel de l'organisme de sa mère. « C'est donc un phénomène naturel que nous avons mis en évidence dans la prolifération cancéreuse », reconnaît Réjean Lapointe. L'originalité de cette étude repose sur le fait que c'est la première fois qu'un tel lien est établi entre l'IDO induit dans les cellules cancéreuses et les lymphocytes T activés.

VERS UNE APPLICATION CLINIQUE

« Je ne prétends pas avoir LA solution, et le vaccin est encore loin ! », déclare le chercheur. Maintenant qu'un tel phénomène est compris, les prochaines étapes viseront à trouver le moyen de bloquer efficacement l'action de l'IDO. Le cancer demeure un mécanisme complexe et il est plus que probable que ce processus particulier ne soit pas le principal, ni le seul en cause. À

Lorsqu'une personne est atteinte du cancer (une personne sur trois développera un cancer au cours de sa vie), c'est comme si nos protections naturelles n'avaient pas fonctionné, comme si les cellules cancéreuses avaient traversé les mailles du filet et que les lymphocytes T avaient failli à la tâche.

terme, le blocage de l'IDO pourrait être utilisé en dernière intention, par exemple quand les traitements conventionnels de chirurgie, de chimiothérapie ou de radiothérapie ont échoué, comme chez 15 % des patientes atteintes d'un cancer du sein.

En collaboration avec des cliniciens en immuno-oncologie, Réjean Lapointe souhaite poursuivre ses travaux sur l'IDO et les lymphocytes T, éventuellement dans le traitement des cancers réfractaires comme ceux du rein et du sein. ■

¹ IDO : indoléamine 2, 3-dioxygénase

Les programmes VIH-SIDA en Afrique : les effets pervers d'un succès

Depuis 20 ans, les pays occidentaux ont apporté une aide importante en Afrique de l'Ouest contre la pandémie du VIH-SIDA. Ces interventions ont porté leurs fruits, des vies ont été sauvées, mais des effets secondaires imprévus fragilisent un système de santé déjà précaire. C'est sur ces impacts que s'interroge le Dr Vinh-Kim Nguyen, chercheur au CRCHUM et spécialiste du VIH-SIDA.

➔ Par Dalila Benhaberou-Brun

AGIR AU NOM DE LA VIE

Arguant que les médicaments coûtaient trop cher, que les Africains ne suivraient pas leur traitement et que, finalement, soigner les patients serait trop compliqué, les intervenants occidentaux (ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH-SIDA), OMS (Organisation mondiale de la Santé), etc.) ont choisi la prévention au début des années 1990. L'épidémie n'a pas été enrayerée pour autant. Le tollé mondial dénonçant la situation catastrophique en Afrique et la libéralisation des prix des antirétroviraux (chute de 95 %), ont entraîné une volte-face. Les Africains étaient enfin en droit de profiter des mêmes moyens que les Occidentaux !

« On les a saupoudrés de médicaments au nom de la vie ».

La cause est noble et les enjeux immenses. Moins de gens meurent aujourd'hui et certains pays, comme l'Inde, en ont profité pour développer une vé-

ritable industrie du médicament ! Et pourtant, le Dr Nguyen ne peut s'empêcher de dénoncer les effets pervers de cette situation.

L'ÉMERGENCE DE NOUVEAUX BESOINS

Soigner de cette manière, malgré les résultats encourageants, n'est pas la meilleure solution ! « Oui, nous avons littéralement sauvé des vies, mais nous n'avons pas réglé le problème pour autant. Les personnes qui survivent à l'épidémie de SIDA vont, sans conteste, beaucoup mieux », soutient le Dr Nguyen. Mais il en résulte des besoins que personne n'avait anticipés. Des gens en bonne santé ont faim, cherchent du travail et souhaitent éduquer leurs enfants, ils veulent simplement « vivre ».

Les gouvernements africains ont tiré profit de la situation. Personne ne peut leur reprocher d'avoir avalisé cette aide providentielle ! Pourtant, régir ces populations, qui peuvent à nouveau espérer, demeure un problème mondial qui doit être géré par les autorités locales. L'Afrique ne possède pas les ressources pour s'occuper adé-

quatement de ses « survivants », qui viennent saturer un système de santé déjà faible. À quoi sert de sauver des femmes si celles-ci meurent lorsqu'elles accouchent à cause de conditions d'hygiène lamentables dans les maternités ?



Dr Vinh-Kim Nguyen

UNE HYPOTHÈSE PARADOXALE

Dire que les programmes VIH-SIDA ont aussi entraîné des effets négatifs n'est pas « politiquement correct » ! Pourtant, cette hypothèse est validée par de nombreux intervenants de terrain comme le Dr Nguyen. En santé publique, l'objectif est d'améliorer l'état de santé des populations. En anthropologie, l'optique change complètement ! On se rend compte que la survie biologique peut poser problème. « Les gens traités se sentent comme du bétail à qui l'on donne des médicaments », révèle le Dr Nguyen. Avec leur « pouvoir de faire vivre », les organismes internationaux n'ont pas forcément prévu les effets

de leurs interventions. Les montants exorbitants investis répondent à certains besoins de santé. « Donner de l'argent est différent de s'investir sur le terrain » ; cela pose ainsi la question des impacts réels des programmes menés en Afrique.

« On m'a souvent dit que les séropositifs sont mieux considérés que les personnes saines ! ». La logique occidentale n'est pas comprise, encore moins admise par les Africains. Quand le Dr Nguyen présente ses arguments lors des colloques, il rencontre deux types de réactions. « Les Africains sont contents que quelqu'un dise à haute voix ce qu'il pense ; et les autres (les Européens) sont horrifiés et découragés ! »

Sans chercher à juger les intervenants, le Dr Nguyen se dit inquiet de la lourdeur et de la rigidité des structures mises en place et gérées par des acteurs étrangers. Cela a mené à la désresponsabilisation des acteurs locaux - les Africains ; ce sont eux qui doivent prendre en charge

« Il faut comprendre ce qui se passe et on agira mieux »

la santé globale au sein de structures pérennes, dans une logique strictement africaine. « Imaginez que l'administration Obama vienne régler notre problème d'engorgement des urgences ou la liste d'attente des chirurgies de la hanche au Québec ! », suggère le Dr Nguyen. Que diraient les Québécois qui attendent d'être opérés ou la population en général ? Pourquoi agir ainsi en Afrique de l'Ouest serait-il plus acceptable ? ■

Vers des services de première ligne haute performance !

Pour le Dr Jean-Frédéric Lévesque, médecin spécialiste en santé communautaire et chercheur au Centre de recherche du CHUM, poser des diagnostics et encourager les bonnes pratiques sont des gestes courants. Pourtant, dans son bureau, aucun malade en jaquette d'hôpital.

Son unique patient : le système de santé québécois. Son mandat : rendre les services de première ligne plus performants.

➔ Par Marie-Josée Richard

AUX PREMIÈRES LIGNES

Les services de première ligne désignent le premier contact entre le patient et un spécialiste du réseau de la santé, soit un regroupement de centres de santé et de services sociaux (CSSS), incluant à la fois les centres locaux de services communautaires (CLSC) les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les groupes de médecins de familles (GMF) et de nombreux autres. Au cours des années à venir, avec le vieillissement de la population au Québec, la demande pour les services de première ligne augmentera en flèche; il est donc urgent de trouver des solutions car la santé et la qualité de vie de milliers de patients en dépendent.

FAIRE PLUS AVEC MOINS

« Dans les pays occidentaux, on vit plus vieux, mais on souffre de plus en plus de diverses maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires et pulmonaires, maladies articulaires) », précise le Dr Lévesque. Voici qui amènera une pression supplémentaire sur un système déjà engorgé qui dispose de peu de moyens d'action. Pire encore, les maladies chroniques sont complexes à traiter, requérant une approche intégrée de plusieurs spécialistes.

Or, pour arriver à faire plus avec moins, il faut savoir quels sont les meilleurs modèles ou pratiques à

Parmi les critères étudiés : l'accessibilité, la continuité, la globalité, la couverture populationnelle, la prise en charge des populations vulnérables et l'identification des besoins non comblés.

mettre de l'avant. Puis, on doit pouvoir identifier les barrières et les éléments facilitant des services de première ligne plus efficaces. C'est exactement le type de questions auxquelles le Dr Lévesque est capable de répondre. Son leitmotiv : penser global, agir local !

ENQUÊTER LE TERRAIN

En 2005, le chercheur et son équipe ont sondé 9 000 patients, interrogés sur leur expérience au sein de cliniques offrant des soins de première ligne. Cette même année, 450 de ces établissements ont répondu à un questionnaire afin d'en

savoir plus sur les services offerts. « Cinq ans plus tard, la même démarche vient d'être lancée, indique le Dr Lévesque. Parmi les critères étudiés : l'accessibilité, la continuité, la globalité, la couverture populationnelle, la prise en charge des populations vulnérables et l'identification des besoins non comblés. Les services ont-ils changé pour le meilleur ou pour le pire ? C'est ce que l'on veut découvrir. »

À cette fin, des questionnaires ont été envoyés en mars dernier dans la région de Montréal et de la Montérégie à des médecins de famille de près de 700 cabinets médicaux, à des unités de médecine familiale et à de nombreux GMF travaillant avec d'autres professionnels de la santé et offrant des soins généraux médicaux continus aux personnes inscrites. Suivant la même démarche qu'en 2005, 9 000 patients de première ligne ont été rejoints pour compléter l'enquête.

UN REMANIEMENT EN PROFONDEUR ?

« Il s'agit d'une occasion unique de comparaison. Nous pourrions voir dans quelle mesure les suggestions de 2005 ont été mises de l'avant », révèle le chercheur. « Nous avons recommandé une approche plus globale et des soins plus accessibles, soit des politiques pour se rapprocher des standards internationaux. Comment ces groupes ont-ils réussi à transposer les modèles suggérés ? Ont-ils su augmenter la qualité des soins et l'offre de services ? Cette enquête pourra y répondre ». ■



Dr Jean-Frédéric Lévesque

Dis-moi ce que tu manges...

...et je te dirai si tu es à risque de développer un cancer. Depuis près de dix ans, le cancer constitue la première cause de mortalité au Québec. Près de 42,5 % de la population recevront un diagnostic de cancer au cours de leur vie. Qui pointer du doigt ? L'alimentation viendrait en tête : il s'agit du principal facteur de risque, avec 35 % des décès par cancer. Parviz Ghadirian, directeur de l'Unité de recherche en épidémiologie du CRCHUM, consacre ses recherches au développement des évaluations précises de ces risques.

➔ ParMarie-Josée Richard

DES ALIMENTS QUI PEUVENT MENER AU CANCER

Parviz Ghadirian étudie les liens entre la nutrition et les cancers, toutes catégories confondues, depuis une trentaine d'années. Dans sa ligne de mire : l'identification des facteurs de risque associés avec des comportements alimentaires, des nutriments et des groupes d'aliments. Ceci lui a permis de dresser un classement inédit en fonction du type de cancer, lequel s'avère être une arme redoutable pour lutter contre cette maladie complexe. Deux exemples : les produits laitiers et la viande rouge.

PRODUITS LAITIERS ET LE CANCER DE LA PROSTATE

Sa dernière étude sur le cancer de la prostate, parue en 2010, a fait état d'une étonnante découverte : un homme consommant plus de 470 g de produits laitiers par jour court deux fois plus de risque d'être atteint d'un cancer de la prostate que s'il en consommait 125 g. Autrement dit, un verre de lait, ça va, mais plus de deux peuvent devenir dangereux. Par contre, les noix semblent avoir un impact inverse, diminution du risque de 47 % ! Comme quoi les écureuils sont plus futés que nous ?

C'est en étudiant le régime alimentaire de 197 patients diagnostiqués avec le cancer de la prostate et un groupe témoin de la même importance que sa collègue italienne Sara Raimondi et lui ont pu arriver à cette conclusion. Mais pour ce faire, ils ont dû mesurer la corrélation entre ce cancer et plus de 200 produits alimentaires... pas une mince affaire !

Le chercheur se montre consterné cependant par cette réalité : « Bien que ce cancer touche près d'un homme sur huit, soit presque le même taux que chez la femme pour le cancer du sein, on parle bien peu du cancer de la prostate. Et pourtant, il s'agit du cancer le plus diagnostiqué chez les hommes et au troisième rang côté mortalité, derrière le cancer du poumon et le cancer colorectal. »

Étudier les effets de la nutrition sur la santé constitue donc un travail de longue haleine. Voici pourquoi il faut faire preuve de patience et mener des études sur plusieurs fronts.

GARE À LA VIANDE ROUGE !

Dans une autre étude, Parviz Ghadirian a découvert un lien entre l'incidence du cancer du pancréas et la viande rouge. En fait, les personnes ayant un régime riche en viande rouge courent un risque deux fois plus élevé de développer ce cancer. « Je

long terme, dans quinze, voire dans vingt ans. Et il faudra aussi vérifier dans quelle mesure la personne interrogée a ingéré des aliments dits biologiques... tout en considérant une foule d'autres facteurs », explique Parviz Ghadirian. Étudier les effets de la nutrition sur la santé constitue donc un travail de longue haleine. Voici pourquoi il faut faire preuve de patience et mener des études sur plusieurs fronts.



Parviz Ghadirian

dois admettre que j'aime bien manger moi-même de la viande rouge... mais j'essaie de le faire seulement de manière occasionnelle », déclare le chercheur. Par contre, un régime riche en légumineuses aurait l'effet contraire.

Il nous met en garde sur l'utilisation du barbecue (au charbon ou au gaz) qui, à haute température, produit des cancérigènes. « Au moins, on vit au Québec et non pas en Californie, la tentation de l'utiliser à l'année longue est moins forte ! » conclut-il, pince-sans-rire.

QUOI MANGER ALORS ?

Manger bio, un gage de santé ? « Il est difficile de répondre à cette question à l'heure actuelle puisque l'on ne verra les effets sur la santé qu'à

LA MODÉRATION A-T-ELLE MEILLEUR GOÛT ?

Le chercheur a dressé une liste de pratiques à encourager : limitez votre consommation de matières grasses, enrichissez votre alimentation de généreuses portions de fruits et légumes, maintenez un poids santé, cessez de consommer de l'alcool, évitez autant que possible les aliments fumés, salés ou contenant des agents de conservation comme du nitrite. Bref, évitez les excès. ■

Le transport actif et son influence sur la santé des Montréalais

Depuis le printemps 2009, la ville de Montréal a mis à la disposition de la population et des touristes plus de 5000 BIXI (Bicyclette et taXI) 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. L'idée est d'offrir un complément au transport en commun et une alternative à l'automobile pour les déplacements. Une équipe de chercheurs, menée par Lise Gauvin du CRCHUM, s'est intéressée aux BIXI et à leur impact sur la santé des Montréalais.

➔ Par Dalila Benhaberou-Brun

QUE VISE LA SANTÉ DES POPULATIONS ?

« Notre patient, ce n'est pas l'individu, c'est la population », souligne Lise Gauvin. Un des objectifs majeurs de recherche est de comprendre comment différentes interventions peuvent influencer des comportements reliés à l'état de santé en général. « L'idée d'étudier l'impact des BIXI a séduit l'équipe, car nous étions tous intrigués par cette initiative naturelle », se rappelle Lise Gauvin. Le projet a été bâti dans le cadre d'un concours des IRSC, indépendamment des autorités municipales.

Pour maintenir une bonne santé, mais aussi pour prévenir des maladies, il est important de pratiquer une activité physique régulière. Outre le sport, le transport actif (marche et vélo) influence la santé. Ainsi, si vous marchez ou utilisez votre bicyclette régulièrement, vous améliorerez votre forme physique et donc votre santé. D'où l'intérêt pour les BIXI.

LES OBJECTIFS DU PROJET BIXI

Lise Gauvin travaille avec une équipe formée par deux collègues du CRCHUM, un étudiant au doctorat et des médecins en santé publique. Les ca-



Lise Gauvin

ractéristiques sociodémographiques et sanitaires des utilisateurs des BIXI sont explorées ainsi que les fréquences et les raisons de l'utilisation des vélos. Des données sur l'utilisation des voies cyclables ou encore sur les risques de collision avec les piétons ou les automobiles compléteront l'étude.

PREMIERS RÉSULTATS

Deux enquêtes populationnelles ont été menées auprès de 4 500 personnes au printemps et à l'automne 2009. Les réponses ont apporté quelques premiers éléments sur les facteurs comportementaux. Les personnes qui marchent ou font de la bicyclette régulièrement avaient des probabilités plus élevées de remarquer que les BIXI existaient, soulignant donc une association positive entre les pratiques de transport actif et le fait de connaître les BIXI. À l'inverse, faire connaître les BIXI influencera-t-il le niveau d'activité physique ? D'autres analyses en cours actuellement portent sur cette question.

ORIGINALITÉ DU PROJET

Le fait d'avoir utilisé plusieurs bases de données (recensement, système d'information géographique, etc.) est novateur. Avec la Direction de santé publique, « nous avons partagé des outils méthodologiques et conceptuels ». Parallèlement aux statistiques générales de BIXI, l'impact sur des comportements reliés à la santé en général sera évalué grâce aux sondages. L'équipe diffusera les résultats auprès des décideurs et autres intervenants en santé, qui pourront apporter des mesures correctives ou des ajustements à ces expériences naturelles.

Est-ce que BIXI modifiera les habitudes de transport actif des Montréalais ? Ces derniers considéreront-ils les vélos comme un bon moyen d'améliorer leur santé ? Abandonneront-ils leurs voitures pour adopter le vélo ? C'est ce qui reste à voir ! ■

➔ Suite de la page 1

assistante de recherche, Annie Gosselin, une stagiaire postdoctorale, Patricia Monteiro, et deux étudiantes, Vanessa Wac Leche et Hanane Touil. « Nos recherches ciblent l'utilisation des récepteurs des chimiokines, plus précisément le CCR6, comme biomarqueurs des cellules migrant dans l'intestin et permissives au VIH. Ceci nous aidera à identifier des mécanismes moléculaires favorables à la réplication virale et à imaginer des nouvelles stratégies pour limiter la réplication du VIH dans ces cellules. »

VERS DES TRAITEMENTS PLUS INCISIFS

Avec ces acquis en poche, de nouvelles stratégies thérapeutiques pourraient être mises au point, que ce soit en diminuant la virémie ou en renforçant la réponse du système immunitaire du patient atteint du VIH. Les efforts de la scientifique se concentrent sur les mécanismes cellulaires de la phase aiguë et chronique, avant que le système immunitaire soit profondément affaibli et ne se déclare la phase SIDA, voici qui apporte beaucoup d'espoir. « Évidemment, le scénario idéal est d'être capable d'éradiquer complètement la maladie ! » soutient la chercheuse. Pour le moment, cependant, l'objectif est de mettre en place des interventions thérapeutiques plus efficaces et ainsi améliorer la qualité et la durée de vie des patients.

DES INVESTISSEMENTS VITAEUX

Selon Petronela Ancuta, le fer de lance de la recherche contre le SIDA : les investissements dans des infrastructures technologiques de pointe. En d'autres mots, il s'agit d'armes redoutables pour mieux comprendre cette maladie complexe ainsi que notre propre réponse immunitaire à cet intrus. À cet égard, grâce à une importante subvention du Fonds canadien de l'innovation, le CRCHUM pourra compter sous peu sur des plateformes à la fine pointe de la technologie permettant des expériences qui seraient impossibles à faire autrement. Plus important encore, ce renforcement des capacités de recherche aura un impact direct sur le développement des thérapies de pointe. ■

EXCELLENCE ■ INNOVATION ■ VALORISATION

Recherche CRCHUM est publié trois fois par année par le

CRCHUM — Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Rédacteur en chef : Richard Ashby ■ Réalisation graphique : Production multimédia du CHUM

Photographies : Production multimédia du CHUM

Rédaction : Dalila Benhaberou-Brun, Liliane Besner, Francine Cartier, Mireille Chalifour, Marie-Josée Richard

Abonnement gratuit (copie papier et/ou PDF) : info.crchum@ssss.gouv.qc.ca

Correspondance Recherche CRCHUM, Bureau d'aide à la recherche, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Hôtel-Dieu, Pavillon Masson, 8-113, 3850, rue Saint-Urbain, Montréal (Québec) Canada H2W 1T7

Dépôt légal 2009 ■ Bibliothèque nationale du Québec ■ Bibliothèque nationale du Canada ■ ISSN 1918-5936
Reproduction autorisée avec mention obligatoire de la source.

www.crchum.qc.ca