

CONSEIL CANADIEN DE SURVEILLANCE ET D'ACCÈS AUX TRAITEMENTS



Conseil canadien de surveillance
et d'accès aux traitements

DANS CE NUMÉRO

HIVER 2006
VOLUME 8
NUMÉRO 1

Les antirétroviraux et les interruptions de traitement dans les prisons	1
La Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques : un virage prometteur ou de la poudre aux yeux ?	4
Le remboursement des médicaments : l'Alberta	6
Gardez votre 3TC – malgré la résistance	7
Les outils pour l'action – Une perspective personnelle	8
L'avenir du traitement réside-t-il dans les inhibiteurs de maturation ?	9
Comptes-rendus des provinces	10
Calendrier des événements	11
Rapport de la présidente	11
Membres du conseil	12

Les antirétroviraux et les interruptions de traitement dans les prisons

par Terry Howard, coordonnateur du programme d'aide aux prisonniers,
BC Persons With AIDS Society

En théorie, au Canada les prisonniers et les prisonnières séropositifs ont accès à la thérapie antirétrovirale. En pratique, cet accès peut être compromis par plusieurs facteurs. Outre l'évidente incarcération, les prisonniers relèvent d'une hiérarchie quasi-militaire qui repose sur des chaînes de commande implacables, ce qui crée des retards et un manque d'uniformité dans la prise de décisions et l'application des politiques.



Les responsables des prisons confient souvent les soins de santé à des sous-traitants, et les travailleurs de la santé sont perçus comme des « civils », ce qui veut dire qu'ils occupent le dernier rang de la hiérarchie des prisons. Souvent, le caractère militaire du milieu carcéral et le manque de pouvoir des travailleurs de la santé donnent lieu à des retards importants lorsqu'il s'agit de résoudre un problème médical pour des prisonniers séropositifs, de réaliser un changement de politiques visant l'adoption d'outils de réduction des méfaits ou d'assurer l'accès à ces derniers là où une politique favorable existe.

La multithérapie antirétrovirale n'est pas à l'abri du militarisme qui caractérise trop souvent l'administration des prisons et qui empêche l'accès à des soins appropriés dans un délai raisonnable. Dans les prisons fédérales (où les gens purgent des peines de deux ans ou plus), les prisonniers doivent présenter une demande écrite expliquant la raison pour laquelle ils veulent consulter un médecin, puis ils doivent attendre une réponse. Au Canada, peu de prisons ont quotidiennement un médecin sur place, donc c'est en général une infirmière qui répond d'abord aux

suite à la page suivante



Les antirétroviraux et les interruptions de traitement dans les prisons

suite de la page 1

demandes de soins. L'infirmière dirige ensuite le prisonnier vers le médecin de l'institution; s'il s'agit d'une évaluation en vue de l'amorçage d'un traitement antirétroviral, le médecin consulte habituellement un spécialiste. Dans les institutions où le nombre de prisonniers séropositifs est important, un spécialiste effectue des visites mensuelles à l'institution et suit généralement un très grand nombre de patients.

Si le prisonnier n'est pas satisfait des soins offerts, il peut déposer un grief de premier palier auprès du directeur de l'institution. Faute de résolution, il peut présenter un grief de deuxième palier auprès du siège social régional. Le dernier recours consiste à présenter un grief de troisième palier au bureau national du Service correctionnel Canada. Plusieurs semaines ou mois peuvent s'écouler avant que ce processus ne parvienne à une conclusion satisfaisante. La plupart des prisonniers n'ont pas recours à ce processus à cause de leur frustration face au système, ce qui peut créer des situations dangereuses, telles que l'apparition d'une mutation virale causée par l'épuisement de ses réserves d'un médicament particulier. Le Réseau canadien juridique VIH/sida¹ et HALCO² peuvent attester les problèmes pouvant survenir à cause de ce genre de retard.

L'administration d'une multithérapie antirétrovirale et le suivi des patients demandent des compétences spécialisées, et de nouvelles informations voient le jour à une telle vitesse qu'elles sont difficiles à suivre, même dans la communauté. Dans les prisons, rester au courant des options thérapeutiques et des nouveaux médicaments est presque impossible pour des travailleurs qui prodiguent souvent des soins à 500 prisonniers ou plus.

Dans la région du Pacifique, le fardeau des soins repose principalement sur les épaules de l'infirmière en maladies infectieuses (MI) du système fédéral. Dans chaque institution, une ou deux infirmières en MI prodiguent des soins à tous les prisonniers ayant besoin de traitements contre le VIH, l'hépatite C et d'autres maladies infectieuses. En Colombie-Britannique, l'étroite relation de travail qui existe entre les organismes communautaires et les infirmières en maladies infectieuses a permis un accès beaucoup plus rapide et plus efficace à l'information sur les traitements. De plus, on peut

Dans les prisons, rester au courant des options thérapeutiques et des nouveaux médicaments est presque impossible pour des travailleurs qui prodiguent souvent des soins à 500 prisonniers ou plus.

trouver réponse à ses questions sur la thérapie antirétrovirale et les effets connexes dans un plus bref délai.

Dans le cadre de son programme d'aide aux prisonniers (Prison Outreach Program), la BC Persons With AIDS Society (BCPWA) a récemment facilité la distribution des antirétroviraux dans les institutions fédérales de la Colombie-Britannique. Désormais, la pharmacie de chaque institution reçoit directement les antirétroviraux du Centre d'excellence sur le VIH de la Colombie-Britannique. Tous les médicaments sont offerts gratuitement aux résidents de la Colombie-Britannique par le Centre d'excellence, et les registres de médicaments anti-VIH sont conservés. L'achat direct des antirétroviraux auprès du Centre d'excellence a quasiment permis d'éliminer les interruptions de traitement de longue durée qui peuvent survenir lorsque les prisonniers en multithérapie quittent le système carcéral pour se réintégrer dans le système de soins communautaire. Dans le cas des personnes qui retournent en prison, les délais précédant l'obtention des médicaments ont également diminué grâce à l'accessibilité des registres de médicaments anti-VIH.

Les problèmes associés à l'accès aux antirétroviraux et/ou aux interruptions de traitement non prévues sont considérablement plus importants dans les institutions carcérales provinciales de la Colombie-Britannique, où le séjour moyen est de 17 jours. Lorsque le prisonnier arrive à l'interrogatoire préliminaire, tous ses médicaments sont envoyés aux services de soins de santé pour une vérification. Le prisonnier est examiné immédiatement et ses antécédents/dossiers médicaux sont obtenus. Si le prisonnier prend régulièrement des médicaments de prescription et ses dossiers sont facilement accessibles, le processus est accéléré et le prisonnier reçoit ses médicaments sans interruption.

suite à la page suivante



Les antirétroviraux et les interruptions de traitement dans les prisons

suite de la page 2

Cependant, les prisonniers se plaignent souvent que certaines composantes de leur cocktail anti-VIH ne sont pas disponibles, ce qui les oblige soit à continuer de prendre une combinaison de médicaments incomplète soit à interrompre leur traitement en attendant que le médicament manquant leur soit fourni. Certains prisonniers affirment que le médecin de leur prison leur a dit de poursuivre simplement leur traitement incomplet en attendant de recevoir le médicament manquant. Une telle situation fait augmenter le risque de résistance médicamenteuse et d'échec thérapeutique.

Dans le passé, on attribuait plusieurs problèmes d'observance thérapeutique du fait que les prisonniers devaient aviser les services de santé lorsqu'ils commençaient à manquer de médicaments; les médicaments nécessaires étaient ensuite commandés auprès de la pharmacie de la prison. Ce système est peu efficace pour assurer des réserves de médicaments suffisantes et l'observance des patients surtout lorsqu'il s'agit d'une population qui compte une forte proportion de personnes qui ont des difficultés à fonctionner à cause de problèmes de toxicomanie, de comportement et des barrières psychologiques découlant de leur vie d'itinérant.

Dans la communauté, il y a beaucoup de barrières à l'accès aux spécialistes, donc il est difficile de faire soigner des affections liées au VIH-sida ou de faire modifier sa combinaison d'antirétroviraux. Dans le contexte carcéral, les problèmes sont plus nombreux encore. Il faut habituellement plusieurs visites aux services de santé pour déterminer quel genre de spécialiste doit être consulté, et il faut suffisamment de personnel pour escorter les prisonniers au cabinet du spécialiste, sans mentionner le nombre sans cesse croissant de patients que les médecins doivent suivre dans les prisons fédérales et provinciales d'un bout à l'autre du Canada.

Plusieurs individus et groupes communautaires dévoués fournissent du soutien aux prisonniers séropositifs au Canada. L'implication de ces personnes vivant en dehors des murs offre les meilleures chances de succès quand il s'agit d'améliorer l'accès des prisonniers aux traitements antirétroviraux de sorte qu'il soit comparable à ce qui se passe dans la communauté. La Société canadienne du sida et le Réseau juridique canadien VIH/sida coordonnent des comités nationaux qui permettent

aux organismes communautaires d'élaborer des stratégies visant à améliorer les soins et les traitements offerts aux prisonniers vivant avec le VIH-sida. Grâce à ces comités de réseautage et de défense des droits axés sur le VIH et le VHC, les groupes ont l'occasion de révéler des enjeux nécessitant une action et de partager leurs meilleures pratiques, ce qui leur permet d'aborder des problèmes systémiques en collaboration, y compris les problèmes liés à l'accès aux antirétroviraux.

Partout au pays, les prisonniers se plaignent de manquer de médicaments, d'erreurs de prescription (p. ex., mauvais médicament ou mauvaise substitution) et de longs retards dans la prise en charge des effets secondaires et des affections, sans parler du manque de soutien pour maîtriser la douleur associée au VIH-sida. Cette réalité a incité le Réseau juridique canadien VIH/sida à entreprendre une étude pour déterminer les barrières à l'accès aux antirétroviraux dans les prisons canadiennes. Ceux et celles qui assurent les services correctionnels de ce pays attendent ces résultats avec impatience. ■

1 Canadian HIV/AIDS Legal Network publications on www.aidslaw.ca.

2 HALCO publication: *Advocacy for care and treatment for prisoners*. CAS Skills building, October 2005.

3 Montaner, Julio et al. *ARV update – Vancouver*. November 30, 2005.

4 Joye Morris Health Services, BC Corrections health care.

5 CAS HIV/HCV Prison Networking Committee – Claire Checkland.

6 Canadian HIV/AIDS Legal Network HIV/HCV Prison Advocacy Committee – Glenn Betteridge

Le Programme d'aide aux prisonniers de la BC Persons with AIDS Society attend le financement nécessaire pour lancer *Breaking the Cycle*, un projet de recherche communautaire visant à déterminer les causes du récidivisme chez les toxicomanes séropositifs vivant dans le Downtown Eastside de Vancouver. Le projet débutera en avril 2006 et fournira des informations précieuses qui pourront être utilisées pour élaborer des programmes de soins et de traitements destinés à cette population.



La **S**tratégie **n**ationale sur les produits **p**harmaceutiques : un virage prometteur ou de la poudre aux yeux ?

par Louise Binder, présidente du CCSAT

La dernière idée grandiose des ministres de la Santé est un plan de 10 ans qui vise à « consolider les soins de santé », notamment par le biais de la prétendue Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques (SNPP). Vous vous rappellerez peut-être l'idée fabuleuse de ce groupe, soit le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM), dont le mandat consiste à formuler, à l'intention des régimes d'assurance-médicaments, des recommandations concernant le remboursement des médicaments. Étant donné que le mandat du PCEM semble consister le plus souvent à refuser le remboursement, vous comprendrez que j'ai accueilli la nouvelle de cette stratégie récente avec beaucoup de scepticisme quant à la volonté authentique de ses créateurs d'améliorer la santé des gens.

Le gouvernement nous dit que le SNPP est le point de départ d'une nouvelle approche intégrée en matière de produits pharmaceutiques. On nous affirme que cette stratégie reconnaît le besoin d'impliquer les prestataires de soins, les chercheurs, les décideurs, l'industrie, les patients et le public. C'est une bonne idée, mais une question s'impose : Quel processus avons-nous employé jusqu'à présent pour prendre ces décisions ? Les feuilles de thé ? La cartomancie ? Ou peut-être avons-nous simplement improvisé à l'intérieur d'une boîte noire appelée « gouvernement ».

Il paraît que ce processus se poursuit et qu'un rapport sera remis aux premiers ministres en juin 2006, c'est-à-dire dans à peine quelques mois. Le SNPP comporte neuf « éléments ». Mon analyse m'a permis de les répartir en trois catégories générales : l'accès aux traitements, la réduction des coûts et l'innocuité des médicaments.

Commençons par le dernier (et le meilleur) élément. Il s'agit de « recueillir, d'intégrer et de diffuser l'information sur les risques et les avantages des médicaments dans le monde réel ».

Cela fait longtemps que la communauté VIH-sida, y compris le CCSAT, exhorte le gouvernement à établir un système actif de surveillance post-approbation axé sur les consommateurs. Ces derniers auraient le plus grand intérêt à voir s'instaurer un système qui leur permettrait de rendre compte de leurs expériences des médicaments dans le vrai monde. Il n'existe cependant aucun mécanisme nous permettant de le faire. Selon le gouvernement fédéral, le fait d'obliger les médecins à déclarer les effets indésirables résoudra le problème, mais cela équivaut à mettre un pansement sur une plaie que seule la chirurgie peut guérir. Nous devons tout de même féliciter le fédéral d'avoir enfin compris qu'il nous faut un système de surveillance post-approbation efficace. Pourtant, si le gouvernement ne nous implique pas dans la solution, je crains que ce soit une autre bonne idée qui sera perdue lors de la mise en œuvre.

En ce qui concerne la réduction des coûts, il y a quatre éléments à signaler. Il s'agit de : développer et évaluer des options en ce qui concerne le remboursement des médicaments catastrophiques; employer des stratégies d'achat afin d'obtenir les meilleurs prix possibles pour les vaccins et les médicaments; accélérer l'accès aux médicaments non brevetés et améliorer l'analyse des inducteurs de coût et de rentabilité, y compris les meilleures pratiques et politiques en matière d'assurance-médicaments.

Plusieurs de ces idées sont nouvelles pour le gouvernement, même si nous en revendiquons la mise en œuvre depuis longtemps. « Pourquoi des accords d'achat en vrac ne sont-ils pas négociés avec les compagnies pharmaceutiques qui fabriquent des médicaments d'origine ? », lui avons-nous demandé à maintes reprises. Pourquoi payons-nous plus pour les

suite à la page suivante



La Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques : virage prometteur ou de la poudre aux yeux ?

suite de la page 4

médicaments génériques que les Américains ? Pourquoi le PCEM se borne-t-il à évaluer le prix d'un médicament uniquement en fonction du prix des autres médicaments de la même classe ? Combien de fois faut-il répéter que nous utilisons les médicaments en combinaison et non seuls et qu'il faut tenir compte du coût de la combinaison ?

Nous avons répété tant de fois qu'il faut prendre en considération l'amélioration des effets secondaires et le profil de toxicité des nouveaux médicaments, même s'ils sont plus chers, parce que ces derniers peuvent donner lieu à des économies en réduisant les coûts liés à l'achat d'autres médicaments pour combattre les effets secondaires des médicaments et des formulations moins chers. Sans mentionner les économies réalisées dans d'autres secteurs du système de santé, notamment en ce qui concerne les consultations médicales, les hospitalisations et les visites à l'urgence. Quand le gouvernement va-t-il guérir de sa myopie mentale en ce qui concerne le budget des soins de santé ? Quand va-t-il récompenser les économies globales réalisées grâce à une gestion efficace du budget des soins de santé ? Quand va-t-il mesurer les vraies conséquences pour la santé de la population au lieu de s'obstiner à économiser des cinq sous pendant qu'on perd des dollars ? Sans parler de la santé globale de l'économie qui est améliorée lorsque les gens se portent bien et contribuent à la société au lieu d'avoir besoin de services. J'accorde un « A » aux ministres pour leur effort mais les preuves se font attendre.

Le troisième élément est l'accès aux traitements. Celui-ci inclut la création d'un formulaire commun national. Cela n'est pas nécessairement une bonne idée pour toutes les provinces. Sachant que la couverture des médicaments n'est pas égale dans toutes les provinces, nous ne voulons surtout pas que le plus petit dénominateur commun l'emporte. Nous voulons que le bon médicament soit donné à la bonne personne au bon moment, peu importe l'endroit où elle vit ou sa capacité de payer. Cet élément comprend également l'engagement à étendre la pratique de la prescription électronique. Je n'ai aucune objection à cet égard, d'autant plus que les besoins sont particulièrement criants dans nos communautés éloignées et rurales.

Un autre élément de la stratégie consiste à « influencer les

habitudes de prescription ». Ce genre de langage me donne la chair de poule. (Non, il ne s'agit pas d'un effet secondaire de mes médicaments mais bien de la reconnaissance du vrai sens de ce langage codé, soit : « Nous punirons les médecins qui prescrivent les médicaments les plus chers d'une classe plutôt que les options moins chères ou des produits génériques et ce, même si le médecin et le patient savent qu'il s'agit des meilleurs choix pour le patient. ») Je ne pourrais accorder une bonne note aux ministres pour leur créativité à cet égard.

De ces neuf éléments, les gouvernements ont décidé de mettre l'accent sur la couverture des médicaments catastrophiques, les médicaments dispendieux pour les maladies rares (également appelés médicaments orphelins), le formulaire commun national, l'innocuité et l'efficacité dans le vrai monde et le prix des médicaments non brevetés. C'est un bon point de départ, mais j'ai encore quelques préoccupations qui me chicotent. Ont-ils vraiment l'intention de consulter les parties intéressées au sujet de ces enjeux avant que le rapport soit rendu en juin ? Pourquoi consacrent-ils tous leurs efforts à la fin du cycle de développement des médicaments, c'est-à-dire au marketing, alors que les questions relatives à la période pré-approbation sont négligées, notamment celles de la gestion des essais cliniques et du processus d'examen des médicaments ? Où est la reconnaissance de l'impact des déterminants sociaux de la santé ?

Les gouvernements vont-ils vraiment tenir compte de l'ensemble de l'enjeu en reconnaissant l'impact des soins de santé sur l'économie globale ou vont-ils se contenter de jouer du violon pendant que le Canada brûle ?

J'espère sincèrement que non. Voici une occasion – trop souvent ratée d'après moi – de se réunir pour bâtir une solution durable. Appelez votre député ou députée et faites-lui savoir que cette question revêt une grande importance pour vous. Appuyez les revendications du CCSAT et des autres groupes de personnes malades et handicapées afin d'assurer que les bonnes intentions de nos gouvernements ne vont pas à vau-l'eau encore une fois. ■

Le CCSAT présente une nouvelle série d'articles qui donnent de l'information sur les diverses listes de médicaments (formulaires) du Canada. Chaque article de la série fera le point sur une liste de médicaments provinciale ou territoriale différente.

Le remboursement des médicaments :

l'Alberta

par Mark Randall, représentant de l'Alberta au CCSAT

Qu'est-ce qu'un formulaire (liste de médicaments) ?

Un formulaire est une liste de tous les médicaments qui sont remboursables en vertu d'un régime d'assurance. De façon générale, les aînés, les personnes qui reçoivent des prestations d'aide sociale et celles dont les frais de médicaments sont très élevés sont admissibles au régime d'assurance-médicaments provincial, alors que les anciens combattants, les membres de la GRC et les Autochtones sont couverts par le régime fédéral. Beaucoup de Canadiens sont couverts par un régime d'assurance privé qui est le plus souvent payé par leur employeur. Il est important de noter que chaque assureur a son propre formulaire qui détermine quels médicaments sont remboursables.

Outre la Loi canadienne sur la santé et les ententes individuelles avec les pharmacies et les fournisseurs, il n'existe aucune autorité législative spécifique sur l'assurance-médicaments en Alberta. Conformément à la Loi canadienne sur la santé, le ministère de la Santé et du Bien-être (Alberta Health and Wellness) assure aux résidents de la province, par le biais de l'Alberta Health Care Insurance Plan (AHCIP), une couverture intégrale des services de médecin et d'hôpital médicalement nécessaires, ainsi que certains services spécifiques fournis par les chirurgiens-dentistes. Des régimes d'assurance supplémentaires qui prennent en charge les coûts des médicaments de prescription sont également financés par le ministère et administrés par la Croix bleue de l'Alberta.

Chaque régime d'assurance-médicaments provincial est doté d'un « formulaire » (liste de médicaments). Il s'agit d'une liste de médicaments délivrés sur ordonnance et de produits en vente libre qui sont remboursables en vertu du régime. Les médicaments délivrés sur ordonnance doivent être prescrits par un médecin, alors qu'il est possible d'acheter les médicaments en vente libre

sans prescription. Les provinces ont également des comités spéciaux qui examinent les nouveaux médicaments en vue de leur inclusion, ou non, sur le formulaire. Le même processus s'applique au matériel médical aussi, tel que les seringues.

Le formulaire a deux catégories d'inscription : la couverture « non restreinte » et la couverture « restreinte ». Dans le cas d'une couverture non restreinte, le médecin peut prescrire le médicament nécessaire et la province en assumera les coûts (ou une portion des coûts). S'il s'agit d'une couverture restreinte, le médecin doit obtenir l'autorisation écrite de la province avant de prescrire le médicament s'il veut que cette dernière en assume les coûts (ou une portion des coûts). La plupart des régimes d'assurance-médicaments indiquent le prix qu'ils sont prêts à payer pour chaque médicament sur le formulaire. En général, les produits génériques sont préférés aux médicaments d'origine.

Qu'en est-il du formulaire de l'Alberta ?

En Alberta, le formulaire s'appelle la Alberta Drug Benefit List (DBL). Cette liste répertorie les médicaments et le matériel médical qui sont remboursables en vertu des régimes d'assurance-médicaments parrainés par le ministère de la Santé et du Bien-être.

La DBL précise un prix maximal pour les médicaments et le matériel qui sont remboursables en vertu d'un régime d'assurance-médicaments provincial. Le prix maximal est déterminé en fonction de trois politiques s'appliquant au prix des médicaments : le « choix à moindre coût » (CMC), le « coût maximal admissible » (CMA) et le « coût d'achat réel » (CAR). [NDLR : il s'agit de traductions de termes utilisés par le programme albertain.]

Le CMC est le produit le moins cher dans un groupe de produits interchangeables (produits semblables). Pour les consommateurs, cela veut dire qu'un médicament générique sera utilisé pour remplir une ordonnance. Si le consommateur veut choisir un médicament d'origine breveté (nom de marque), il devra payer les coûts additionnels.

Le CMA est le prix maximal établi pour un produit spécifique ou un groupe de produits interchangeables. Peu de produits sont sujets à cette méthode de fixation des prix.

Le CAR est le prix que les pharmaciens sont censés exiger des régimes d'assurance-médicaments de l'Alberta pour un médicament. En ce qui a trait aux produits interchangeables, ce prix ne peut dépasser celui du choix à moindre coût. Un processus d'examen des médicaments est en place pour déterminer si les nouveaux produits doivent être inclus sur la liste de médicaments remboursables (DBL).

La DBL fonde sa politique de fixation des prix sur le choix à moindre coût pour des groupes de médicaments interchangeables

suite à la page suivante

Le remboursement des médicaments : l'Alberta

suite de la page 6

sélectionnés, et le gouvernement de l'Alberta accepte de payer le coût d'achat réel du médicament pourvu qu'il ne dépasse pas le prix du choix à moindre coût. Si un médecin prescrit un produit plus cher, le patient doit assumer les coûts additionnels à moins que le médecin ne reçoive une autorisation spéciale.

La DBL répertorie actuellement plus de 3 700 médicaments et articles médicaux et trois types de couverture sont disponibles : les prestations régulières (remboursement intégral), l'autorisation spéciale (le remboursement n'est accordé que si la demande du médecin est admise par le gouvernement) et les prestations restreintes (le produit figure sur la liste mais n'est remboursé que dans des circonstances spéciales).

Le programme des prestations-médicaments du ministère des Ressources humaines et de l'Emploi de l'Alberta (Alberta Human Resources and Employment Drug Benefit Supplement) définit la couverture fournie aux bénéficiaires du soutien au revenu et des prestations-santé de l'Alberta Adult Health Benefit, ainsi qu'aux personnes gravement handicapées bénéficiant d'un revenu assuré et aux clients de l'Alberta Health Benefit.

En Alberta, la plupart des médicaments sont admissibles aux prestations régulières. Il se peut qu'une autorisation spéciale soit accordée pour veiller à ce que les médicaments dispendieux soient utilisés conformément aux critères cliniques établis et pour répondre aux besoins d'un patient spécifique. Des formulaires spécifiques doivent être remplis par le médecin et approuvés par

le pharmacien clinicien avant que le patient puisse avoir accès gratuitement à ces médicaments. Mentionnons également que l'accès à un petit nombre de médicaments sur la liste est limité à des groupes d'âge spécifiques.

L'accès à tous les médicaments approuvés pour le traitement du VIH-sida est assuré pour les personnes vivant avec cette maladie. Le seul médicament anti-VIH qui n'est pas couvert à l'heure actuelle est le tipranavir (Aptivus). Ce dernier attend toujours l'approbation du Programme commun d'évaluation des médicaments (prévu en avril 2006) et sera probablement accessible en vertu d'une autorisation spéciale. Hivid et Fortovase seront retirés du marché puisque le fabricant compte en discontinuer la fabrication. Ces options thérapeutiques sont offertes en vertu du processus d'autorisation spéciale.

Pour en savoir plus sur le formulaire de l'Alberta et l'assurance-médicaments, contactez le ministère (Alberta Health and Wellness) au www.health.gov.ab.ca. ■

Références :

- **Alberta Health and Wellness**
www.health.gov.ab.ca
- **Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada**
www.canadapharma.org/home_e.htm
- **Southern Alberta Clinic – Calgary**
www.crha-health.ab.ca/clin/sac/sac.htm

Gardez votre 3TC – malgré la résistance

par Louise Binder

Lors de la récente Conférence intersciences sur les agents antimicrobiens et la chimiothérapie (ICAAC), on a discuté, entre autres, du rôle du 3TC dans les combinaisons d'antirétroviraux. Nous savons très bien que la résistance au 3TC se développe assez tôt, habituellement dans les 12 premières semaines du traitement. La mutation principale en cause est la 184V. La question qu'il faut se poser est la suivante : est-il valable de continuer de prendre ce médicament après cette période ? Non seulement cette question revêt une importance en ce qui concerne le choix d'une combinaison efficace et durable pour le patient, mais aussi du point de vue de l'utilisation judicieuse de l'argent des régimes d'assurance-médicaments.

Le verdict semble être que l'utilisation du 3TC garde une

certaine valeur même après l'apparition de la résistance. Lors des études où l'on a retiré le 3TC d'une combinaison de médicaments, la résistance à ce médicament a mis environ six mois à disparaître. La disparition de la résistance au 3TC s'est accompagnée d'une augmentation de la charge virale d'au moins un demi-log. Ainsi, il semble que le 3TC ait un impact défavorable significatif sur la fonction virale; autrement dit, il affaiblit la capacité de réplication du virus.

Pour cette raison, le 3TC est un médicament valable que l'on devrait garder dans sa combinaison même s'il faut changer celle-ci en raison d'un échec thérapeutique. De plus, le 3TC semble provoquer peu d'effets secondaires, voire aucun. ■



Une perspective personnelle



par Lydia Thompson

TANISI (bonjour). Je m'appelle Lydia Thompson. Je suis une femme assiniboine et j'habite la réserve Carry The Kettle de la Saskatchewan. Ma vie tourne autour de mes trois magnifiques enfants et de mon partenaire merveilleusement spirituel, qui me soutiennent dans le travail que je fais.

Je travaille auprès de personnes infectées et affectées par le VIH et le sida et de celles qui sont à risque. Je les soutiens, je défends leurs droits et je les réfère aux services dont elles ont besoin. Les activités du AIDS Program de South Saskatchewan comprennent la Journée mondiale du sida, la marche contre le sida, la publication d'un bulletin destiné aux clients, l'info-traitements, la distribution de ressources et la participation à des

conférences. Nous faisons du réseautage avec plusieurs autres agences dans notre région et partout dans la province. Nous participons notamment à un projet passionnant du Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE) appelé « Projet de renforcement des capacités et d'intégration des services d'info-traitements, de prévention et de soutien en matière de VIH-sida. »

Les télé-ateliers du Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements ont accru et approfondi mes connaissances en ce qui concerne la défense et la promotion des droits. Nous faisons ce genre de travail de différentes façons : nous défendons les droits des personnes ayant le VIH-sida et les aidons à défendre leurs propres intérêts. Nos revendications touchent des actions dans plusieurs dossiers sociaux, notamment le logement, le traitement, l'aide sociale, etc. Nous privilégions parfois une approche plus conciliatrice en ayant recours à notre réseau d'agences, de communautés et de clients pour nous aider lorsque c'est nécessaire. Connaître les expériences d'autres gens m'a permis de mieux comprendre comment on peut faire face à des situations qui exigent l'action des militants.

J'ai abordé ce sujet lors de notre réunion du personnel en présentant ce que j'avais appris lors des télé-ateliers. Je suis en train de rédiger un texte sur la défense et la promotion des droits pour notre répertoire du personnel. Participer aux télé-ateliers organisés par le CCSAT a été une excellente expérience pour moi et j'ai hâte aux prochains modules. Merci. ■



La défense et la promotion des droits aux traitements du VIH/sida

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nom _____

Téléphone (____) _____

Télécopieur (____) _____

Nous permettez-vous de laisser un message ? Oui Non

Courriel _____

Adresse postale _____

Êtes-vous membre du CCSAT ou d'un de ses organismes partenaires? Oui Non

Si vous participez au nom d'un organisme, veuillez fournir les renseignements suivants :

Votre titre : _____

Organisme : _____

Cette section est facultative. Toutes vos réponses sont confidentielles.

Sexe :	Groupe d'âge :	Êtes-vous :
___ Masculin	___ 15-25	___ Séropositif
___ Féminin	___ 26-40	___ Séronégatif ou statut non divulgué
___ Transgenre	___ 41-55	
___ Autre	___ 56+	

Pour vous inscrire ou obtenir plus d'information, communiquez avec

Sugandhi Wickremarachi

C.P. 116, Succursale F

Toronto, Ontario M4Y 2L5

Téléphone : (416) 410-1369

Télécopieur : (416) 410-1369

Télécopieur sans frais :

1 (888) 331-0335

Courriel : tfa@ctac.ca

Les télé-ateliers des outils pour l'action sont



L'avenir du traitement réside-t-il dans les inhibiteurs de maturation ?



par Ron Rosenes, coprésident de CCSAT

Pendant que nous attendons toujours la phase des essais cliniques pour les inhibiteurs de fusion au CCR5 et celle de leur commercialisation, la Conférence intersciences sur les agents antimicrobiens et la chimiothérapie (ICAAC) vient d'annoncer l'arrivée d'une classe de traitements anti-VIH novateurs potentiels, soit les inhibiteurs de maturation.

Le PA-457 est le premier d'une nouvelle classe de traitements anti-VIH oralement biodisponibles en voie de développement, à savoir les inhibiteurs de maturation. En ciblant une étape différente du cycle de vie du virus, spécifiquement l'inhibition d'une protéine nécessaire à la maturation des nouveaux virus et à leur capacité d'infecter d'autres cellules, les inhibiteurs de maturation pourraient posséder une puissante activité contre tout un éventail de souches virales, y compris des souches résistantes. Cela est très important car l'apparition de la résistance est l'un des problèmes les plus pressants en ce qui concerne le traitement anti-VIH puisqu'elle peut causer l'échec des médicaments.

À l'ICAAC, des données ont été présentées sur un essai contrôlé contre placebo de phase IIa appelé RCT, dont la principale conclusion était la démonstration, au jour 11, d'un effet antiviral grâce à une monothérapie de 10 jours. Les conclusions secondaires concernaient l'innocuité et la pharmacocinétique. Les participants ont été répartis au hasard pour recevoir 25 mg, 50 mg, 100 mg ou 200 mg du médicament ou bien un placebo (6 patients recevaient chaque dose, 8 autres recevaient un placebo). Les patients n'avaient jamais reçu d'antirétroviral ou n'en avaient pas reçu dans les 12 semaines précédant leur première dose de PA-457. Ils avaient plus de 200 cellules CD4+ et leur charge virale se situait entre 5 000 et 250 000 copies/ml. À l'exception du groupe recevant la dose de 200 mg, les patients présentaient quelques mutations associées à la résistance aux INTI, aux IP et aux INNTI.

Chez les patients recevant 200 mg du médicament, on a constaté une réduction de la charge virale de 1,0 log. Chez les patients recevant les doses plus faibles, la diminution de la charge virale allait de 0,17 à 0,48 log, ce qui laisse croire que la dose plus élevée permet d'obtenir une meilleure réponse.

On a signalé un effet indésirable grave peut-être associé au PA-457. Un patient qui souffrait d'une hypertension mal contrôlée depuis cinq ans a présenté des signes transitoires d'un accident vasculaire cérébral probable, soit une perte de connaissance soudaine causée par la rupture ou l'occlusion d'un vaisseau sanguin donnant lieu à un manque d'oxygène dans le cerveau.

La plupart des effets indésirables étaient légers ou modérés, notamment la diarrhée et l'altération des selles. Entre un et six patients de chaque groupe se sont plaints de ce problème, tout comme cinq patients sur huit du groupe placebo. Des maux de tête ont également été signalés.

On n'a fait état d'aucune anomalie de laboratoire de grade 3-4, et une seule anomalie de grade 2 a été observée (taux de triglycérides au 5e jour qui est revenu plus tard au niveau de base). Aucune évidence de toxicité hépatique, rénale ou organique n'a été constatée.

Un essai de phase IIb est prévu pour 2006. Le CCSAT suivra le progrès de ce dossier et celui d'autres thérapies potentielles afin de s'assurer que des essais cliniques de phase III sont réalisés dans le respect de l'éthique dans des sites partout au Canada. ■

COMPTES-RENDUS DES PROVINCES



NOUVELLE-ÉCOSSE

par Earl Giles, un des représentants provinciaux de la Nouvelle-Écosse

Au cours de la dernière année, le nouveau Comité CCSAT de la Nouvelle-Écosse a travaillé pour s'informer davantage sur les enjeux liés aux traitements ayant un impact sur les personnes séropositives vivant dans cette province. Au cours de la prochaine année, nous mettrons l'accent sur le renforcement du réseau de la Nouvelle-Écosse. Pour ce faire, nous communiquerons avec les anciens membres du CCSAT afin de les inviter à une réunion de réseautage et de perfectionnement des compétences qui aura lieu au printemps ou à l'été 2006.

TERRE-NEUVE ET LABRADOR

par Richard Neron, représentant provincial de Terre-Neuve et Labrador et président du Newfoundland and Labrador Positive People Network



Le Newfoundland and Labrador Positive People Network compte maintenant sept nouveaux membres. À l'heure actuelle, notre conseil d'administration travaille fort pour accroître la visibilité du réseau. Nous examinons la possibilité de partager les locaux du AIDS Committee of Newfoundland and Labrador, ainsi que d'établir une ligne téléphonique et un site Web et de concevoir une affiche. Nous continuons de maintenir une bonne relation de travail avec la clinique VIH de la province et le AIDS Committee of Newfoundland. Nous sommes impliqués dans la défense des droits et nous poursuivons le développement de notre réseau et le recrutement de nouveaux membres. Le Newfoundland and Labrador Positive People Network voudrait remercier Phil Lundrigan pour ses contributions au réseau à titre d'administrateur du CCSAT en plus de le féliciter d'avoir été nommé récipiendaire du prix d'excellence Glen Hillson.

ONTARIO

par Brian Finch, membre du conseil d'administration et représentant provincial de l'Ontario



J'ai été élu au conseil d'administration du CCSAT lors de la dernière assemblée générale annuelle. Nous lancerons bientôt un processus de sélection en vue de choisir un nouveau représentant provincial pour l'Ontario. Depuis l'assemblée générale, j'ai participé à l'examen du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) et du formulaire provincial, ainsi qu'à d'autres consultations gouvernementales. Un forum communautaire s'est tenu en octobre dernier pour discuter de la politique de prix de référence en matière de médicaments. Il se passe beaucoup de choses en Ontario, c'est donc le moment idéal pour vous impliquer et nous rejoindre.



COLOMBIE-BRITANNIQUE

par Daryle Roberts, représentant provincial du CCSAT

À la suite de l'assemblée générale annuelle du CCSAT à Moncton, j'ai assisté au rassemblement automnal du Pacific AIDS Network, à Vancouver. Pendant le forum des PVVIH, j'ai présenté les informations que j'avais recueillies lors de l'assemblée générale, notamment en ce qui concerne l'intention du gouvernement de la Colombie-Britannique d'interdire au Centre d'excellence sur le VIH de fournir de nouveaux traitements dont le remboursement n'est pas recommandé par le PCEM. Ma présentation a suscité une discussion plus approfondie sur ce qui se passe au Centre d'excellence sur le VIH de la Colombie-Britannique et les intentions de Providence Health Care à son égard. Il paraît que celui-ci parle avec le ministre de la Santé de la possibilité de prendre en charge le Centre et de l'intégrer dans l'ensemble de ses services liés aux maladies infectieuses. Il s'agit d'une préoccupation importante pour les personnes vivant avec le VIH car cela pourrait changer les soins et les traitements que nous recevons à l'avenir. La British Columbia Persons with AIDS Society travaille actuellement avec le Centre d'excellence et Providence Health Care dans l'espoir de trouver une solution viable à ce problème. ■

CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS HIVER/PRINTEMPS 2006

● 1^{er} et 2 février

Épidémies dans nos communautés 2006

Phase 4 – Santé et guérison

Regina, Saskatchewan

Renseignements : (306) 924-8420 ou
1-877-210-7623

● 5 au 9 février

Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes

Denver, Colorado

Renseignements : (703) 535-6862 ou
info@retroconference.org

● 14 et 15 février 2006

7^e Conférence annuelle sur la réduction des méfaits de l'Alberta

Lethbridge, Alberta

Renseignements : (403) 327-8900 ou
info@albertaharmreduction.ca

● 16 au 18 mars

Conférence internationale sur les femmes et les maladies infectieuses

Atlanta, Georgia

Renseignements : (202) 924-9330 ou iceid@asmusa.org
Site Web : www.womenshealthconf.org

● 4 au 8 avril

XI^e Cours international sur les maladies infectieuses, XII^e Réunion intégrale sur le sida, 2^e Cours/atelier international sur la santé publique et l'épidémiologie appliquée au VIH/sida 2^e Symposium international : Soins dentaires et sida

Santiago de Cali, Colombia

Renseignements : (572) 514-2061 ou
corposida@clsida.org.co

● 8 au 11 avril

L'association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie

14^e Conférence annuelle

Montréal, Québec

Renseignements : (416) 962-5147 ou
canacmontreal2006@yahoo.ca

● 30 avril au 4 mai

17^e Conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues

Vancouver, Colombie-Britannique

Renseignements : 1 (800) 555 1099 ex. 2 ou
info@harmreduction2006.ca

RAPPORT DE LA PRÉSIDENTE

HIVER 2006

par Louise Binder



JE VIENS D'ASSISTER au Forum d'action sur les traitements d'Amérique du Nord (NATAF), une conférence de perfectionnement des compétences qui a réuni quelques 700 participants. Il s'agissait principalement de personnes vivant avec le VIH-sida et de professionnels du domaine. Les participants comprenaient plus de 500 Mexicains, quelques Américains et une poignée de Canadiens. J'ai eu le privilège de prendre la parole lors de la première session plénière de la conférence. J'ai décidé de parler des enjeux que nos trois pays ont en commun en ce qui a trait au VIH-sida. J'ai fondé mon discours sur mes expériences ici au Canada, ainsi que sur les données que mes collègues mexicains et américains avaient présentées lors de conférences antérieures sur les traitements.

J'ai eu le privilège de prendre la parole lors de la première session plénière de la conférence. J'ai décidé de parler des enjeux que nos trois pays ont en commun en ce qui a trait au VIH-sida. J'ai fondé mon discours sur mes expériences ici au Canada, ainsi que sur les données que mes collègues mexicains et américains avaient présentées lors de conférences antérieures sur les traitements.

J'ai mis l'accent sur quatre enjeux. En premier lieu, j'ai abordé la question cruciale de la stigmatisation et de la discrimination impitoyables et répandues auxquelles nous devons faire face tous les jours dans toutes les sphères de notre vie. Étant donné ce que nous avons appris sur les modes de transmission de cette maladie, ce problème est complètement irrationnel.

En deuxième lieu, j'ai souligné le manque d'accès universel et équitable à des traitements sûrs et abordables, y compris les options préventives et ce, où que nous vivions et quel que soit le solde de notre compte en banque.

Ensuite, j'ai dénoncé le programme de droite des gens riches et puissants de nos pays qui prônent l'abstinence, la tolérance zéro face aux utilisateurs de drogues, aux détenus, aux travailleurs du sexe et, essentiellement, à toute personne qui n'appartient pas à leur monde constitué majoritairement d'hommes blancs et hétérosexuels bourrés de préjugés et dépourvus de moralité.

En dernier lieu, j'ai parlé de l'absence de filet de sécurité sociale adéquat qui assure à tous un logement et de la nourriture abordables, une éducation, de la formation et un emploi.

Ces barrières rendent notre travail difficile, mais non impossible. Chacun et chacune d'entre nous a son rôle à jouer. Non seulement ce travail fait une réelle différence dans la vie des personnes atteintes du VIH-sida et des personnes les plus vulnérables au virus, mais il fait également une différence dans la vie de chaque individu qui est impliqué. Il nous donne un sentiment de fierté et de respect de soi que nous méritons amplement. Et il nous empêche d'intérioriser les sentiments de honte que tant de gens dans cette société voudraient nous imposer. ■

CONSEIL D'ADMINISTRATION

- PRÉSIDENTE **Louise Binder**
- VICE-PRÉSIDENT **Ron Rosenes**
- TRÉSORIER **Tony Di Pede**
- SECRÉTAIRE **Jean-Pierre Bélisle**
James Edwards
Brian Finch
Troy Perrot
Geraldine Trimble

MEMBRES DU CONSEIL

Derek Bell British Columbia Persons With AIDS Society (BCPWA) • **José Sousa** Québec • **Clément Bolduc** Comité des personnes atteintes du VIH du Québec (CPAVIH) • **Louise Binder** Toronto People with AIDS Foundation (TPWAF) • **Daryn Bond** Manitoba • **Patrick Cupido** Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE) • **James Edwards** Nouveau Brunswick • **Richard Elliott** Réseau juridique canadien VIH/SIDA • **Brian Finch** Ontario et Représentant des utilisateurs et ex-utilisateurs de substances intoxicantes • **Earl Giles et Mike Sangster** Nouvelle-Écosse • **James Kreppner** Société canadienne de l'hémophilie (CHS) • **Carole Lunny** Représentante nationale des femmes • **Malsah** Société canadienne du SIDA (SCS) • **Ken Monteith** Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida) • **Richard Neron** Terre-Neuve & Labrador • **Roky Paul** Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) • **Troy Perrot** Île-du-Prince-Édouard • **Mark Randall** Alberta • **Daryle Roberts** Colombie-Britannique • **Ron Rosenes** Le groupe d'action-sida ! (AAN!)

BAILLEURS DE FONDOS 2005

Agence de santé publique du Canada (ASPC)
Instituts de recherche en santé du Canada

Abbott Laboratories Limited • Bristol-Myers Squibb Pharmaceutical Group • Boehringer Ingelheim Canada Inc. • Gilead Sciences • GlaxoSmithKline en partenariat avec Shire BioChem • Hoffmann-La Roche • Pfizer Canada, Agouron Pharmaceuticals Inc. • Schering Canada

Ward Health Strategies

LES DÉCLARATIONS DE PRINCIPES DU CCSAT

Déclarations de principes

- 2001 - « Vers une meilleure santé : La nécessité d'un meilleur système de surveillance post-approbation des médicaments anti-VIH-sida au Canada ». Auteur : David Garmaise.
- 2001 - « Vers un meilleur accès aux traitements : Déclaration de principes sur la fixation appropriée du prix des médicaments d'origine contre le VIH-sida au Canada ». Auteur : Glen Brown.
- 2000 - « Déclaration de principes sur la publicité destinée directement aux consommateurs en matière de médicaments de prescription ». Auteur : Philip Lundrigan.
- 1999 - « Rapidité et transparence : Examen du processus d'évaluation des médicaments contre le VIH ». Auteur : David Garmaise.

Le CCSAT autorise la reproduction partielle ou intégrale de ses déclarations de principes à condition que la source soit indiquée. Ces documents sont disponibles gratuitement en version électronique à

ADHÉSION

Les formulaires d'adhésion sont disponibles auprès du bureau du CCSAT et sur son site internet : www.ctac.ca/fr/membership.

Une adhésion à part entière sera limitée :

- Aux personnes vivant avec le VIH-sida
- Aux groupes et organisations et/ou aux projets avec un mandat VIH-sida d'importance

Une adhésion associée sera limitée :

- À toute personne physique
- Aux groupes ou organisations et/ou projets dont le mandat correspond en substance aux objectifs de la corporation

COMMUNIQUEZ AVEC NOUS

Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements (CCSAT)

Case postale 116, Succursale F
Toronto, Ontario M4Y 2L4

Téléphone et

Télécopieur : (416) 410-6538

Courriel : ctac@ctac.ca

Site Web : www.ccsat.ca

Mandat de l'organisation

Le mandat du Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements consiste à travailler avec les secteurs public et privé pour :

1. **Favoriser l'accès** des personnes vivant avec le VIH-sida **aux thérapies et aux traitements** en influençant la recherche et les politiques gouvernementales et sensibilisant le public.
2. **Fournir** aux personnes vivant avec le VIH-sida **des services de mentorat et de perfectionnement des compétences** en ce qui concerne les activités mentionnées ci-dessus.
3. **Encourager et faciliter l'échange** d'informations pertinentes sur les traitements du VIH-sida entre les personnes concernées.

www.ctac.ca/fr/resources/position_papers ou contactez le bureau pour obtenir une copie papier (voyez ci-dessous).

RÉDACTION

Ce bulletin est une publication trimestrielle.

Comité de rédaction : Derek Bell / Daryn Bond / Ken Monteith

Comité éditorial : Laurette Lévy / Leah Stephenson / Theresa Wojtasiewicz

Coordination éditoriale : Leah Stephenson

Traduit de l'anglais et du français par Alain Boutillier

Imprimé par The Printing House

Site Web www.ctac.ca/fr/newsletter

Permission de reproduire : Ce bulletin peut être reproduit à des fins personnelles. Toutefois, ce contenu ne doit pas être modifié et toute réimpression doit s'accompagner du texte suivant : « Renseignements tirés du Volume 8 numéro 1 (hiver 2006) du bulletin d'information du Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements ».

Déni de responsabilité : Les idées exprimées dans ce bulletin représentent le point de vue des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la politique officielle du CCSAT ni de ses bailleurs de fonds. Le CCSAT ne prétend recommander ni appuyer aucun des traitements ou thérapies décrits dans ses publications.