

CONSEIL CANADIEN DE SURVEILLANCE ET D'ACCÈS AUX TRAITEMENTS



Conseil canadien de surveillance
et d'accès aux traitements

DANS CE NUMÉRO

JANVIER 2005
VOLUME 7
NUMÉRO 1

Pharmaciens, patients et aînés applaudissent à l'action gouvernementale en matière de pharmacies par Internet.	1
L'assurance-médicaments nationale : Où en sommes-nous ?	3
Les nouveaux traitements dispendieux mettent les compétences du CCSAT à l'épreuve.	4
Mise à jour sur les questions relatives aux femmes : Plan d'action sur le VIH et les femmes au Canada.	6
Mises à jour provinciales.	7
Mise à jour sur les microbicides.	7
Le point sur les essais cliniques.	8
Calendrier des événements.	8
Les ministres confirment leur engagement dans la lutte contre le VIH-sida au Canada.	9
Rapport de la présidente.	9
Membres du conseil.	10

Pharmaciens, patients et aînés applaudissent à l'action gouvernementale en matière de pharmacies par Internet



Il est temps de mettre fin aux pratiques non éthiques et de protéger le système de santé canadien

par Jane Hamilton

PLUS TÔT CETTE ANNÉE, le Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements (CCSAT) s'est joint à une coalition d'associations représentant les pharmaciens, les patients et les aînés canadiens afin d'exhorter le gouvernement fédéral à interdire les pharmacies transfrontalières par Internet et l'exportation des produits pharmaceutiques aux États-Unis.

La coalition, qui compte des représentants du CCSAT, de la CARP (Canada's Association for the Fifty-Plus), de la Best Medicines Coalition (BMC), de l'Association des pharmaciens du Canada (APhC), de la Coalition for Manitoba Pharmacy et de la Manitoba Society of Seniors, a formulé une série de recommandations à l'intention des gouvernements fédéral et provinciaux, des ordres professionnels des médecins et des pharmaciens, de l'industrie pharmaceutique et des patients/consommateurs.

Au mois de novembre, le ministre de la Santé fédéral a qualifié, à juste titre, de « non éthiques » et de « non professionnelles » les pratiques d'exportation des pharmaciens travaillant dans Internet. Le ministre a indiqué que le gouvernement envisageait des mesures qui lui permettraient de mettre fin à la vente transfrontalière des médicaments, y compris des modifications à la Loi sur les aliments et drogues qui empêcheraient les médecins canadiens de signer des ordonnances pour quiconque autre que les Canadiens et les visiteurs au Canada. Cela signifierait essentiellement la fin de la pratique de la « cosignature » ; en vertu de celle-ci, les pharmacies transfrontalières par Internet paient les médecins 10 \$ pour signer chaque ordonnance américaine pour que celle-ci puisse être exécutée par un exportateur de médicaments.

Le 6 décembre 2004, le commerce pharmaceutique transfrontalier a posé un nouveau jalon lorsque le Kansas est devenu le cinquième état américain à lancer un programme officiel encourageant ses citoyens et citoyennes à acheter leurs médicaments aux pharmacies par Internet canadiennes.

suite à la page suivante

L'action gouvernementale en matière de pharmacies par Internet

suite de la page 1



Les médicaments destinés aux pharmacies canadiennes sont exportés de plus en plus souvent aux États-Unis, et cela risque d'aggraver les pénuries de médicaments qui existent déjà au Canada.

La population combinée des cinq états en question – Kansas, Illinois, Wisconsin, Washington et Missouri – s'élève à 33 millions, soit un million de plus que la population du Canada.

Dans une lettre destinée à ses membres le mois dernier, l'agence de réglementation des pharmacies du Manitoba a fait comprendre aux pharmaciens d'Internet qu'ils devaient mettre fin à la pratique de la « cosignature ». Il faut souligner que les médecins canadiens qui cosignent les ordonnances américaines n'examinent jamais les patients en question, ce qui constitue une pratique que les ordres professionnels des médecins qualifient de « non éthique ».

Puisque le commerce pharmaceutique par Internet dépend entièrement de la pratique de la « cosignature », plusieurs pharmaciens menacent actuellement de quitter le Manitoba en faveur des provinces où les normes sont moins strictes.

« Il faut s'assurer que les pharmacies par Internet ne se déplacent pas simplement d'une province à l'autre, averti Louise Binder du CCSAT. Nous avons besoin d'une solution nationale qui soit décidée au niveau fédéral. Les médicaments destinés aux pharmacies canadiennes sont exportés de plus en plus souvent aux États-Unis, et cela risque d'aggraver les pénuries de médicaments qui existent déjà au Canada. »

Les collègues de médecins et de chirurgiens de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario et d'autres provinces ont imposé des sanctions et des amendes aux médecins qui pratiquent la « cosignature ». Cette pratique a permis à certains médecins de gagner des centaines de milliers de dollars par année, un comportement que les groupes de pression opposés à cette pratique assimilent à « vendre sa signature pour du /cash/ ».

« Nous continuerons de lutter au nom des patients canadiens jusqu'à ce que l'exportation transfrontalière des médicaments soit interdite », affirme Mme Binder. ■

En plus de dénoncer la pratique non éthique qui consiste à vendre les produits pharmaceutiques aux États-Unis par le biais d'Internet, la coalition a exprimé les préoccupations suivantes :

- ▶ Les médicaments destinés aux Canadiens et aux Canadiennes sont exportés de plus en plus aux États-Unis. Cette pratique pourrait aggraver les pénuries de médicaments au Canada.
- ▶ L'introduction au Canada des nouveaux médicaments prometteurs risque d'être retardée puisque les médicaments seront détournés vers les marchés plus lucratifs des États-Unis. Cela s'est déjà produit au Canada, selon certains rapports.
- ▶ Il est probable que le prix des médicaments augmentera au Canada afin de compenser les pertes occasionnées par les pharmacies transfrontalières par Internet. Bien que le prix des médicaments brevetés soit réglementé actuellement au Canada, la pression monte ici pour qu'on augmente les prix à cause de la législation sur l'importation des médicaments du U.S. Congress et de la demande grandissante des Américains.
- ▶ L'augmentation des prix canadiens constituera un fardeau de plus pour les régimes d'assurance-médicaments privés et publics et les particuliers qui en dépendent. Pour beaucoup de personnes qui paient leurs propres médicaments, il sera presque impossible de se procurer les médicaments dont elles ont besoin. Par conséquent, les Canadiens et les Canadiennes disposeront de moins de médicaments abordables.

L'assurance-médicaments nationale : Où en sommes-nous ?

par Elisabeth Fowler

LA RÉUNION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ qu'ont tenue les premiers ministres le 15 septembre 2004 a réussi à engendrer un programme commun visant le renouvellement des soins de santé au Canada; les ministres ont mis l'accent sur l'atteinte d'un consensus sur les moyens d'assurer aux Canadiens et aux Canadiennes un accès aux soins dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin.

Le Premier ministre Paul Martin a annoncé que le fédéral débloquerait 41 \$ milliards additionnels pour appuyer un plan de 10 ans visant le renforcement du système de santé. Cet argent sera fourni en vertu du Transfert canadien en matière de santé. Un fonds additionnel de 500 \$ millions sera établi pour améliorer la couverture des médicaments onéreux et les soins à domicile. Un groupe de travail a été chargé d'élaborer et de mettre en oeuvre une stratégie nationale sur l'assurance-médicaments.

Le groupe de travail ministériel a pour mandat d'élaborer une stratégie sur les produits pharmaceutiques et d'en préparer la mise en oeuvre avant le 30 juin 2006 (veuillez voir le tableau à la fin de cet article pour en savoir plus).

Les ministres de la Santé provinciaux se sont réunis une deuxième fois à la mi-octobre pour discuter en détail des objectifs fixés lors de la réunion des premiers ministres tenue en septembre. Au mois d'octobre il fut décidé que le groupe de travail sur la stratégie pharmaceutique nationale serait présidé par le ministre de la Santé fédéral, Ujjal Dosanjh, et coprésidé par Colin Hansen, ministre de la Santé de la Colombie-Britannique¹. Les provinces ont convenu de mettre l'accent sur l'évaluation de l'achat en gros et se sont engagées à veiller à la réussite du plan de 10 ans pour améliorer

les soins de santé. Parmi les autres actions discutées en profondeur lors de la réunion d'octobre, mentionnons : la réduction des délais d'attente; l'amélioration de l'accès; les soins à domicile; la réforme des soins primaires; l'accès aux soins dans le Nord; la prévention et la promotion de la santé; l'innovation; la reddition de comptes et la résolution des conflits. Les ministres espèrent fonder leurs objectifs sur les principes décrits dans la Loi canadienne sur la santé, à savoir l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité, la transférabilité et la gestion publique.

Le ministre de la Santé fédéral et ses homologues provinciaux ont décidé de réfléchir à la marche à suivre et de se réunir de nouveau au mois de janvier². Entre-temps, bien qu'il paraisse peu probable que le dossier de l'assurance-médicaments nationale aille progresser dans un avenir très proche, il existe une volonté authentique de créer un système capable de répondre aux besoins des Canadiens et Canadiennes. ■

NDLR : Le CCSAT suit cette question de près et compte préparer une déclaration de principes. À cette fin, nous avons organisé, l'automne dernier, des groupes de discussions à Vancouver, Calgary, Toronto, Montréal et Moncton. Les informations recueillies lors de ces discussions nous aideront à formuler notre position. Lisez les prochains numéros de ce bulletin pour en savoir plus.

¹CBC News – Health Ministers Upbeat After Annual Meeting, Web Posted Sun Oct 17 2004, Accessed November 30, 2004, www.cbc.ca/news

²The Canadian Press, CTV's Sarah Galashan, 10.2004

Groupe de travail ministériel sur la stratégie pharmaceutique nationale

Couverture des médicaments onéreux	Déterminer les options pour couvrir les coûts ; développer et évaluer les options.
Liste de médicaments nationale	Établir une liste commune pour les juridictions participantes.
Processus d'approbation des médicaments	L'accès aux médicaments novateurs (les « percées ») sera accéléré grâce à l'amélioration du processus d'approbation dans le but de répondre à des « besoins sanitaires non satisfaits ».
Surveillance de l'innocuité	Évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments dans le « monde réel ».
Stratégies d'achat	Stratégies d'achat qui permettent aux provinces d'obtenir les meilleurs prix possibles pour les médicaments et les vaccins.
Modalités de prescription	S'assurer que les médicaments sont utilisés en cas de besoin seulement et que les bons médicaments sont utilisés contre les problèmes indiqués.
Dossiers médicaux électroniques	Élargir la pratique de la prescription électronique en accélérant le développement et l'utilisation des dossiers médicaux électroniques.
Accès aux médicaments non brevetés	Accélérer l'accès aux médicaments non brevetés et atteindre la parité internationale en matière de prix.
Analyse des coûts	Analyse de l'efficacité et des moteurs des coûts, en se fondant sur les pratiques d'excellence.



* Le Québec dispose de son propre régime d'assurance-médicaments.

Les nouveaux traitements dispendieux mettent les compétences du CCSAT à l'épreuve



Payer ou ne pas payer, c'est là la question.

par Louise Binder
et Ron Rosenes

LA LUTTE POUR FAIRE REMBOURSER les nouveaux médicaments coûteux par les provinces a exigé un grand apprentissage de la part des militants du CCSAT. À mesure que les coûts des soins de santé montent en flèche, les gouvernements cherchent de plus en plus à réduire leurs dépenses. Les militants doivent maintenant se livrer à beaucoup d'acrobaties pour convaincre les régimes d'assurance-médicaments provinciaux de couvrir tous les nouveaux médicaments anti-VIH approuvés au Canada. Bien que la science et l'art de la thérapeutique anti-VIH aient fait beaucoup de progrès, l'apparition des résistances médicamenteuses exige que toutes les options de traitement soient couvertes par les programmes publics, notamment pour ceux et celles dont le traitement actuel est en train d'échouer.

Examinons quelques exemples. La commercialisation de Fuzeon (Enfuvirtide, T-20) fut approuvée au Canada en juillet 2003. Il s'agit du premier agent d'une nouvelle famille de médicaments appelés inhibiteurs de fusion qui empêchent le VIH de s'attacher aux cellules CD4. Les technologies novatrices qui visent de nouvelles cibles coûtent très cher. En plus d'être difficile à fabriquer, Fuzeon doit être préparé et administré par le patient par injection sous-cutanée. Il provoque souvent une réaction au site de l'injection, mais le médicament aide à sauver des vies. La plupart des provinces, mais pas toutes, conviennent que Fuzeon constitue un traitement de sauvetage précieux et le paient à cette fin seulement. Chaque demande remise par un médecin est

évaluée au cas par cas. Compte tenu du prix élevé de Fuzeon, il est logique que le médicament soit réservé pour les traitements de sauvetage, et personne ne réclame qu'il soit utilisé comme traitement de première intention. Le rôle des militants consiste à s'assurer que des critères appropriés soient établis pour gérer son utilisation dans les contextes de sauvetage. Les efforts à cet égard ont réussi quelque peu dans certaines provinces.

Videx EC (ddl, Didanosine) est une autre histoire. Il ne s'agit pas d'un nouveau médicament ; c'est une nouvelle formulation, soit une pilule à libération prolongée, du comprimé tamponné du ddl qui cause tant de problèmes gastro-intestinaux chez les patients séropositifs. Même si le ddl fait partie de la « colonne vertébrale » de beaucoup de combinaisons anti-VIH, on a eu de la difficulté à faire inclure la nouvelle formulation à libération prolongée sur les listes de médicaments provinciales parce que son prix est supérieur du tiers à celui de la formulation originale. Nous avons avancé des arguments solides comme quoi la nouvelle formulation pourrait donner lieu à des économies puisque les patients ne seraient plus obligés d'acheter d'autres médicaments pour combattre les effets secondaires gastro-intestinaux.

On doit aussi signaler que le coût total de certaines combinaisons comportant Videx EC est inférieur à celui d'autres combinaisons. Il faut donc examiner les coûts en fonction du prix des différentes combinaisons puisque c'est ainsi que les médicaments sont utilisés. Malheureusement, les gouvernements ne reconnaissent pas toujours les arguments pharmacoéconomiques et s'obstinent à croire que le rapport « coût-efficacité » ne se reflète que dans le prix d'un seul médicament « comparable ». Que dire des coûts sociaux et des médicaments nécessaires pour composer avec les effets secondaires ? Que dire du fait que tout le monde semble avoir un virus différent qui répond de façon précise et parfois mystérieuse aux médicaments ? Lors d'une récente session de perfectionnement des compétences tenue à Toronto, les militants ont convenu qu'il était beaucoup plus facile de plaider en faveur de la couverture des nouvelles formulations et des nouveaux médicaments appartenant à des catégories existantes où les prix sont pareils.

Un autre obstacle important a vu le jour cette année sous la forme du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM). Conçu dans le but de créer un seul système uniformisé pour approuver les médicaments destinés aux formulaires provinciaux, jusqu'à ce jour le PCEM n'a fait qu'ajouter une couche de bureaucratie opaque au système actuel. En attendant que le

suite à la page suivante

Les compétences du CCSAT

suite de la page 4

PCEM fonctionne à plein régime (le Québec a choisi de ne pas en faire partie), les provinces continuent d'effectuer leurs propres examens. Le résultat ? Six mois de plus s'écoulent avant que la décision de couvrir le médicament ou pas ne soit prise. Même si le PCEM recommande que le produit examiné soit couvert, les provinces se réservent le droit de refuser. Autrement dit, « non » signifie « non », et « oui » signifie « peut-être ». Le CCSAT compte préparer une déclaration de principes au sujet du PCEM, ainsi que des recommandations visant l'amélioration du programme.

L'atazanavir (Reyataz) est le premier médicament anti-VIH à avoir été examiné par le PCEM. Le site Web de Santé Canada révèle que près de six mois se sont écoulés entre le moment où le Programme des produits thérapeutiques (PPT) a approuvé le médicament et celui où l'on a recommandé que ce nouvel inhibiteur de la protéase soit inclus sur les listes de médicaments remboursables des provinces. L'atazanavir a le même prix que Kaletra, mais comme il est souvent associé à une faible dose de ritonavir pour accroître son efficacité, son prix finit par être plus élevé. Le PPT avait accordé un statut prioritaire au médicament, mais le PCEM ne lui a pas emboîté le pas. Les études cliniques continuent de faire état du profil favorable de ce médicament en ce qui a trait aux lipides; comparativement aux autres médicaments de sa catégorie, il semble que l'atazanavir ne fasse pas augmenter les taux de lipides dans le sang. Ironiquement, les autochtones qui sont assurés par le régime d'assurance-médicaments fédéral (Programme des services de santé non assurés) ne peuvent se procurer l'atazanavir que lorsque d'autres inhibiteurs de la protéase ont déjà échoué. Drôle d'exception vu que les autochtones sont très nombreux à présenter des taux de lipides élevés.

L'histoire du ténofovir est plus bizarre encore. Bien que les lignes directrices des U.S. Department of Health and Human Services recommandent cet analogue nucléotidique (sous-catégorie des analogues nucléosidiques) pour les traitements de première intention, le PCEM a recommandé que les provinces ne l'approuvent que pour les traitements de sauvetage dont la nécessité est attestée par une documentation importante. Le fabricant a réussi à convaincre le régulateur des prix canadien, soit le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), que le prix supérieur du ténofovir, comparativement à celui des autres analogues nucléosidiques, était justifié à cause de la différence moléculaire du produit (ayant décidé que le ténofovir, un analogue nucléotidique, n'était pas très différent des analogues nucléosidiques, le CEPMB l'avait placé dans la

même catégorie). Craignant que la grande différence de prix entre le Canada et les États-Unis n'incite les Américains à acheter le médicament par le biais de pharmacies par Internet, la compagnie a reporté de plusieurs mois le lancement du médicament au Canada. Ce retard a été aggravé par le résultat défavorable de l'examen du PCEM ; nous soupçonnons celui-ci d'avoir mis l'accent sur le prix plutôt que sur les bienfaits éventuels du médicament sur le plan des effets secondaires.

Comment pouvez-vous devenir militant pour lutter pour la couverture des médicaments dans votre province ?

Nous vivons dans un monde où la réduction des coûts et la retenue budgétaire ont pris le dessus. Les budgets alloués aux soins de santé et aux régimes publics d'assurance-médicaments ont subi des pressions particulières. Malheureusement, les décideurs manquent souvent de créativité quand il s'agit de composer avec cet enjeu. De plus en plus, ils décident catégoriquement de ne pas approuver le remboursement des médicaments dont nous avons besoin et ce, avec l'aide et l'appui du PCEM ; ou bien ils utilisent des ressources humaines précieuses pour refuser de couvrir des médicaments qui sont accessibles en vertu d'une exception spéciale seulement. On dirait que l'exception est en train de devenir la règle.

Il est facile de comprendre pourquoi les gens pensent qu'ils ne peuvent rien faire pour influencer les décideurs. Mais nous maintenons que cela n'est pas vrai ! Nous ne pouvons gagner chaque bataille, mais il ne faut pas que nous restions cois pendant que les gouvernements prennent des décisions qui touchent notre vie sans devoir justifier leurs actes. Nous devons continuer de faire comprendre aux gouvernements que nous les surveillons de près.

Si vous connaissez un organisme provincial ou local qui s'intéresse à ces questions, laissez-lui savoir que l'on vous refuse une couverture. Contactez le CCSAT pour connaître le nom du représentant gouvernemental dans votre région : visitez <http://www.ctac.ca/english/contact.html> ; écrivez-nous à ctac@ctac.ca ou appelez-nous au (416) 410-6538. Encouragez votre médecin ou pharmacien à s'impliquer. Il ou elle peut constituer un allié précieux qui est en mesure de corroborer vos affirmations et de décrire les heures innombrables qu'il faut passer à compiler des données ou à demander des tests dispendieux et inutiles.

Écrivez directement au gouvernement pour expliquer le problème et exiger une réunion avec les décideurs. Les témoignages personnels et les arguments des militants sont des outils très forts. Le CCSAT élabore actuellement des outils pour

suite à la page suivante

MISE À JOUR SUR LES QUESTIONS RELATIVES AUX FEMMES

Plan d'action sur le VIH et les femmes au Canada

LA FÉDÉRATION POUR LE PLANNING DES NAISSANCES

du Canada (FPNC) a organisé une réunion les 11 et 12 septembre 2004 à Ottawa. Celle-ci avait pour objectif de réunir un petit nombre d'individus représentant les groupes qui travaillent dans le domaine du VIH et les femmes. On voulait examiner la pertinence de former une nouvelle coalition de groupes dans le but de faire avancer, à l'échelle nationale, la cause des femmes relativement au VIH-sida.

Le groupe a convenu à l'unanimité que la Conférence internationale sur le sida de 2006 constituerait une occasion en or pour souligner les préoccupations spécifiques des femmes en ce qui a trait au VIH-sida. À cette fin, le nom suivant a été proposé pour la coalition : *Blueprint for Action on HIV and Women in Canada: Toward 2006* (Plan d'action sur le VIH et les femmes au Canada : vers 2006). Entre autres, les objectifs fixés par le groupe consistent à assurer que la conférence internationale comporte un volet axé sur le problème du VIH chez les femmes à l'échelle mondiale et à formuler une série de recommandations ou revendications à l'intention des leaders politiques canadiens en ce qui concerne les changements de politiques et de programmes ayant un impact direct sur les femmes vivant ou affectées par le



par Kim Thomas

VIH-sida au Canada. Ces revendications seront déterminées dans le cadre de consultations d'envergure, y compris deux réunions des principaux intéressés qui auront lieu au cours des deux prochaines années.

La coalition prévoit entrer en contact avec d'autres organismes de lutte contre le sida (tant nationaux que régionaux), des associations axées sur la santé des femmes et d'autres acteurs clés afin de les inviter à participer à la coalition. Si votre organisme s'intéresse à obtenir plus d'information sur cette coalition, veuillez communiquer avec Helen Kahlke de la FPNC au (604) 853-8623 ou à hkahlke@ppfc.ca. Pour plus d'information sur le rôle du CCSAT au sein de cette coalition, appelez Michelle Marchione au (416) 410-6538 ou écrivez-lui à ctac@ctac.ca. ■



Mettez à profit
votre opinion !

Remplissez notre sondage en
ligne et dites-nous ce que
vous pensez du bulletin.

Visitez
www.ctac.ca/questionnaire

Les compétences du CCSAT

suite de la page 5

vous aider à préparer vos arguments. Nous pouvons vous aider à bâtir une équipe ou à créer un réseau comportant les représentants d'autres groupes de malades et de personnes handicapées. Nous devons rappeler au gouvernement que nous ne représentons pas uniquement un coût pour le système de santé. Notre argument le plus fort consiste à dire que nous voulons vivre en santé afin de contribuer à notre société. ■

Pour plus d'information sur le PCEM, lisez « L'évaluation commune des médicaments : plus vite ou plus lente ? » dans le numéro d'octobre 2003, volume 5, numéro 3, ainsi que « Vous voulez ce médicament ... quand ? » dans le numéro d'octobre 2004, volume 6, numéro 3. Les deux sont disponibles en ligne à : www.ctac.ca/francais/back_issues.html

MISES À JOUR PROVINCIALES

par Philip Lundrigan

Un accès équitable pour tous

La lutte pour assurer un accès rapide et équitable aux traitements se trouve au coeur du travail du CCSAT depuis sa création. Bien que la définition que nous donnons au terme « traitements » soit de grande portée, le présent article met l'accent sur les médicaments livrés sur ordonnance. Il existe plusieurs niveaux de bureaucratie et processus d'approbation par lesquels les médicaments doivent passer avant d'aboutir dans les mains des personnes qui en ont besoin. Sur le plan fédéral il y a le processus d'approbation des médicaments (Direction des produits thérapeutiques – DPT), l'examen des prix (Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés – CEPMB) et un processus d'examen national amorcé par les provinces (Programme commun d'évaluation des médicaments – PCEM), lequel comprend un examen pharmacoéconomique.

L'accessibilité est un des piliers de la Loi canadienne sur la santé, mais puisque les soins de santé sont administrés par les provinces/territoires, chaque gouvernement prend ses propres décisions en ce qui concerne la couverture des médicaments et les circonstances dans lesquelles une couverture sera envisagée. Quand on ajoute à cela les programmes fédéraux (Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, forces

armées canadiennes, police), on trouve non moins de 19 régimes d'assurance-médicaments dans ce pays.

Ces divers régimes tiennent compte de plusieurs facteurs lorsqu'ils prennent des décisions quant au remboursement des médicaments, y compris : population et facteurs démographiques, gravité de la maladie, existence d'autres options thérapeutiques et, bien entendu, le coût des médicaments. Par conséquent, l'accès aux traitements varie de façon assez importante d'un bout à l'autre du pays. ■

Nos excuses !

Dans notre rapport annuel 2003-2004, nous avons omis Ward Health Strategies dans notre liste de bailleurs de fonds. Nous tenons à remercier Ward Health Strategies pour sa contribution continue au travail du CCSAT et nous nous excusons de cette omission.

Mise à jour sur les microbicides

par Joanne Acri

Pour souligner la Journée mondiale du sida, l'honorable Aileen Carroll, ministre de la Coopération internationale, a prononcé un discours passionnant sur l'impact du VIH-sida sur les femmes et les filles partout dans le monde et sur ce que le Canada et les Canadiens et Canadiennes peuvent faire pour arrêter la propagation de cette maladie cruelle.

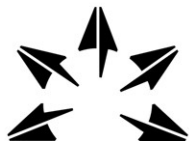
La ministre a annoncé la création d'un nouveau fonds de plus de 100 \$ millions pour aider à protéger les femmes et les filles contre le VIH. Entre autres, le fonds comporte une contribution considérable de 15 \$ millions sur trois ans pour la recherche sur les microbicides ; ceux-ci représentent une stratégie préventive indispensable pour les femmes des pays en voie de développement qui ne sont pas en mesure d'insister sur l'utilisation du condom. Conçus pour être appliqués dans le vagin, les microbicides visent à prévenir la transmission du VIH et sont considérés comme

cruciaux car ils donneront aux femmes le pouvoir nécessaire pour arrêter la propagation de la maladie.

Les microbicides se sont trouvés sous le feu des projecteurs ici au Canada grâce aux efforts déployés par de nombreux individus, organismes et groupes de pression, y compris le principal groupe luttant pour l'accès à ces produits dans ce pays, soit le Microbicides Advocacy Network (MAG-net), dont le CCSAT fait partie.

Sur les 37,5 millions de personnes infectées par le VIH à l'échelle mondiale, plus de la moitié, soit 19,2 millions, dont des femmes. Au Canada, près de 25 % des nouvelles infections se produisent chez des femmes, comparativement à 12 % il y a à peine quelques années. Les jeunes femmes âgées de 15 à 29 ans représentent 40 % des nouvelles infections touchant les femmes au Canada. ■

Le point sur les essais cliniques



par Jim Boothroyd,
directeur des communications au
Réseau canadien pour les essais VIH

Un essai sur les traitements de sauvetage est déclaré sûr et pertinent

À l'occasion de réunions tenues à Washington au mois d'octobre, un comité de surveillance des données d'innocuité indépendant a déclaré que l'étude trinationale intitulée Options antirétrovirales (OPTIMA ou CTN 167) était sûre et abordait des questions pertinentes sur le plan clinique.

L'objectif de cet essai randomisé et contrôlé consiste à comparer les effets de diverses stratégies de prise en charge sur la survie, le délai précédant la progression vers le sida ou d'autres problèmes de santé graves, les réponses virologique et immunologique, les mesures de la qualité de vie et d'autres aspects de la santé pendant une période de suivi moyenne de deux ans.

Les participants sont affectés au hasard à quatre groupes différents : un méga-traitement antirétroviral (méga-ART – cinq médicaments anti-VIH ou plus) ou un traitement antirétroviral standard (jusqu'à concurrence de quatre médicaments anti-VIH), avec ou sans une période sans médicament de trois mois (interruption structurée du traitement) précédant la reprise du traitement. Les participants admissibles doivent avoir connu l'échec d'au moins deux combinaisons de médicaments comportant des agents de chacune des trois classes de médicaments anti-VIH.

Le projet d'interrompre le traitement anti-VIH dans ce contexte – même temporairement – avait suscité une controverse car les opinions des cliniciens sont partagées à cet égard. De plus, les quelques essais cliniques où l'on avait interrompu le traitement avant d'amorcer un traitement de sauvetage avaient donné des résultats mitigés.

Il reste donc beaucoup de questions. L'étude OPTIMA est d'une envergure suffisante pour les aborder.

« Ce n'est pas une surprise. Nous sommes heureux de recevoir le feu vert du comité de surveillance des données indépendante car cela confirme ce que nous avons toujours pensé

CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS

hiver 2005

● 3 et 4 février

Epidemics in Our Communities

Regina, Saskatchewan

Information: aidsprograms@sasktel.net ou 304-924-8420

● 22 au 25 février

Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes

Boston, Massachusetts

Information: info@retroconference.org ou 703-535-6862

● 10 au 13 avril

17th National HIV/AIDS Update Conference

Oakland, California

Information: robert.giannasca@amfar.org ou 212-806-1754

● 12 au 15 mai

Conférence de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

Vancouver, Colombie-Britannique

Information : info@cahr-acrv.ca ou 604-642-6429, poste 307

● 15 au 21 juin

Assemblées générales annuelles et forums de PVVIH

Ottawa, Ontario

• Société canadienne du sida

Information : CASinfo@cdnaids.ca ou 1-800-884-1058

• Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE)

Information : info@catie.ca ou 1-800-263-1638

● 15 au 18 octobre

Assemblées générales annuelles du CCSAT

Lieu à déterminer

Information : ctac@ctac.ca ou 416-410-6538

– il s'agit d'un essai sûr et très pertinent », a affirmé le Dr William Cameron, principal investigateur de l'essai.

« Nous avons besoin des données d'études comme OPTIMA pour nous aider à résoudre les divergences d'opinion dans le contexte clinique. »

Pour en savoir plus sur cette étude, appelez Sophie Geeraerts, gérante de l'information au Réseau canadien pour les essais VIH, au 1-800-661-4664. ■

Les ministres confirment leur engagement dans la lutte contre le VIH-sida au Canada

LORS D'UN DÉJEUNER ORGANISÉ par la Société canadienne du sida pour souligner la Journée mondiale du sida, les ministres Ujjal Dosanjh (Santé) et la Dr Carolyn Bennett (État-Santé publique) ont prononcé des discours passionnés sur le VIH-sida et la nécessité de renforcer les partenariats entre Santé Canada, la nouvelle agence de Santé publique, les organismes nationaux, les organismes communautaires de lutte contre le sida et les personnes infectées et affectées par le VIH-sida. Ils ont également affirmé que d'autres départements gouvernementaux devraient s'engager dans la lutte contre le VIH-sida. Le ministre Dosanjh a ensuite annoncé la création d'une table ronde de SMA (sous-ministres adjoints) qui, sous la gouverne de l'Agence de santé publique du Canada, facilitera la mise en oeuvre de la nouvelle initiative fédérale visant à combattre le VIH-sida dans ce pays.

Pendant son discours, la Dre Bennett a parlé de l'augmentation des taux d'infection par le VIH chez les femmes et les jeunes filles, ainsi que de la nécessité de programmes de prévention qui abordent la question de la santé sexuelle des femmes. La ministre a affirmé que les programmes et les politiques doivent permettre aux femmes de se protéger contre le VIH et d'améliorer leur état de santé si elles vivent déjà avec la maladie. Pour sa part, le ministre Dosanjh a ajouté que le gouvernement annoncerait l'octroi de 5 \$ millions aux organismes communautaires au cours des deux ou trois prochaines semaines. La question du financement se trouvait également à l'ordre du jour d'une réunion tenue le 30 novembre 2004 et à laquelle étaient présents les représentants de neuf groupes nationaux axés sur le VIH-sida, dont le CCSAT.

Le ministre Dosanjh a exprimé son appui aux programmes d'échange de seringues dans les prisons, ajoutant qu'il soulèverait cette question lors de ses réunions avec l'honorable Anne McLellan, vice-première ministre et ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile. M. Dosanjh a également souligné l'augmentation des taux d'infection par le VIH dans les communautés autochtones. ■

Extraits tirés de : Mise à jour : Défense des droits, 3 décembre 2004 / Advocacy Update Société canadienne du sida / Canadian AIDS Society

RAPPORT DE LA PRÉSIDENTE DU CCSAT – hiver 2005

par Louise Binder



À MESURE QUE NOUS ENTRONS

dans le milieu de la première décennie du nouveau millénaire, je me demande dans quelle mesure on peut qualifier celui-ci de « nouveau ». Les recherches visant la mise au point de médicaments susceptibles d'empêcher le VIH d'entrer dans nos cellules suscitent beaucoup d'espoir et d'enthousiasme. S'ils réussissent, l'éradication du VIH pourra devenir une réalité puisque le VIH qui circule dans le sang meurt dans l'espace de six heures s'il n'arrive pas à infecter les cellules. Des médicaments de deuxième et de troisième génération sont également en train de voir le jour; non seulement ils semblent être moins toxiques que les autres agents de leurs familles, mais il paraît que la résistance croisée n'est pas un problème.

Pendant que j'écoute les chercheurs décrire ces progrès avec un enthousiasme grandissant, je me demande quand même pourquoi je ne suis pas aussi encouragée que je devrais l'être. J'ai l'impression que ces médicaments connaîtront le même cheminement que plusieurs autres au Canada. Nous avons déjà vu le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) évoquer des considérations pharmacoéconomiques pour déconseiller aux neuf provinces participantes d'inclure un médicament anti-VIH essentiel sur leur liste de produits remboursables (Lire : le médicament en question coûte plus cher que les autres membres de sa famille, donc l'assurance-médicaments ne devrait pas le payer). Cette tendance se maintiendra-t-elle à mesure que d'autres médicaments de plus en plus chers seront commercialisés au Canada ?

Souhaitons que les compagnies pharmaceutiques reconnaissent que l'argent n'est pas une ressource infinie ; souhaitons que le PCEM révise son processus afin de pouvoir prendre des décisions mieux éclairées ; souhaitons que les payeurs publics et privés reconnaissent l'importance que revêt la protection de la santé et de la productivité des gens pour l'ensemble de la société. Si tout cela arrivait, ce serait vraiment quelque chose de « nouveau » en 2005. ■

CONSEIL D'ADMINISTRATION

● PRÉSIDENTE **Louise Binder**

Toronto People With AIDS Foundation (TPWAF)

● VICE-PRÉSIDENT **Philip Lundrigan**

● TRÉSORIER **Tony Di Pede**

● SECRÉTAIRE **Ron Rosenes**

LE GROUPE D'ACTION-SIDA! (AAN!)

James Edwards

Françoise Grothé

Horace Josephs

Enrico Mandarinò

Geraldine Trimble

MEMBRES DU CONSEIL

Mark Randall Alberta • **Daryle**

Roberts Colombie-Britannique • **Daryn**

Bond Manitoba • **Richard Neron** Terre-

Neuve & Labrador • **Earl Giles et Mike**

Sangster Nouvelle-Écosse • **Troy Perrot**

Île-du-Prince-Édouard • **Jean-Pierre**

Bélisle Québec • **Derek Bell** British

Columbia Persons with AIDS Society (BCPWA) •

Ben Kozak Société canadienne du sida

(SCS) • **Patrick Cupido** Réseau canadien

d'info-traitements sida (CATIE) • **James**

Kreppner Société canadienne de

l'hémophilie (CHS) • **Richard Elliott**

Réseau juridique canadien VIH/sida • **Ken**

Monteith Coalition des organismes

communautaires québécois de lutte contre le

sida (COCQ-Sida) • **Clément Bolduc**

Comité des personnes atteintes du VIH du

Québec (CPAVIH)

BAILLEURS DE FONDS 2004

Santé Canada

Abbott Laboratories • Boehringer

Ingelheim • Bristol-Myers Squibb • Gilead

Sciences • GlaxoSmithKline en partenariat

avec Shire BioChem • Hoffmann-La Roche

• Pfizer Canada, Division Agouron •

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 approprié 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 : Phillip 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

ADHÉSION

Les formulaires d'adhésion sont disponibles auprès du bureau du CCSAT et sur son site Internet :

www.ctac.ca/francais/membership.html.

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.

gratuitement électronique à www.ctac.ca/francais/position_papers.html ou contactez le bureau pour obtenir une copie sur papier (voyez ci-dessous).

RÉDACTION

Ce bulletin est une publication trimestrielle.

Comité de rédaction :

Daryn Bond / Françoise Grothé / Enrico Mandarinò (président) / Ken Monteith

Comité éditoriale :

Ron Rosenes / Michelle Marchione

Coordination éditoriale :

Michelle Marchione et Joanne Acri

Traduit de l'anglais et du français

par Alain Boutilier

Imprimé par The Printing House

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 7 numéro 1 (janvier 2005) 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 et de ses bailleurs de fonds. Le CCSAT ne prétend recommander ni appuyer aucun des thérapies ou traitements décrits dans ses publications.