

# CONSEIL CANADIEN DE SURVEILLANCE ET D'ACCÈS AUX TRAITEMENTS



Conseil canadien de surveillance  
et d'accès aux traitements

**DANS CE  
NUMÉRO**

**PRINTEMPS 2008  
VOLUME 10  
NUMÉRO 2**

Recommandations pour les  
traitements des autochtones  
atteints du VIH-sida ..... 1

La Conférence sur les rétrovirus  
et les infections opportunistes  
(CROI) ..... 2

Le remboursement des  
médicaments : Les Autochtones... 4

Perspective personnelle ..... 6

Mise à jour sur les questions  
relatives aux femmes :  
les femmes au cœur d'une  
nouvelle étude du Réseau  
canadien pour les essais VIH ..... 7

Rapport de la présidente ..... 11

Calendrier des événements ..... 11

Membres du conseil ..... 12

Illustration: « Eagle and Salmon »,  
de Joe Wilson. Reproduit avec son  
autorisation. Afin de voir la ver-  
sion couleur et d'autres œuvres,  
aller sur : [www.islandart.com](http://www.islandart.com).

## Recommandations pour les traitements des Autochtones atteints du VIH-sida



Information en langage  
clair et simple sur les effets  
des médicaments  
occidentaux;



Accroissement des recherches  
sur le VIH-sida et le traitement  
des co-infections dirigées par  
des Autochtones;



Soutien accru aux Autochtones  
recevant des traitements et des  
médicaments;



Cabinets médicaux satellites  
dans les régions rurales;



Dépistage anonyme du VIH-sida  
partout au Canada;



Cours obligatoires portant  
spécifiquement sur le VIH-sida  
chez les Autochtones, à  
l'intention des médecins, des  
infirmières et des autres  
professionnels de la santé;



Programmes sur le VIH-sida  
adaptés aux cultures  
autochtones et dirigés par des  
Autochtones;



Soins pharmaceutiques qui  
tiennent compte des besoins  
des enfants et des familles;



Reconnaissance et intégration  
de la médecine traditionnelle et  
de l'approche holistique;



Prise en compte des problèmes  
sous-jacents, des conflits, des  
choix collectifs et des  
comportements à risque;



Amélioration et assurance de  
l'accès aux services de santé  
mentale;



Élimination des barrières pour  
les personnes vivant sur des  
réserves ou ailleurs.



Le 9 février 2008, le CCSAT a collaboré avec le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS), l'association Healing our Spirit, la Red Road HIV/AIDS Network Society et le Positive Women's Network (PWN) en tenant un atelier sur les enjeux liés à l'accès aux traitements VIH-sida dans les collectivités autochtones. La rencontre a eu lieu au centre d'amitié autochtone de Vancouver. Intitulé « Walking the Western Medicine Road: HIV/AIDS Treatment Access Issues for Aboriginal People » (Sur le chemin de la

médecine occidentale : les enjeux de l'accès aux traitements VIH-sida chez les peuples autochtones), l'atelier a mis l'accent sur l'accès aux traitements et à l'information sur la médecine occidentale afin d'aider les hommes, les femmes et les jeunes autochtones à prendre des décisions éclairées concernant leurs soins. L'atelier a été un grand succès, et le travail accompli durant la journée nous a aidé à formuler les recommandations suivantes qui visent à améliorer l'accès des Autochtones aux traitements. ■

## La Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes (CROI) avril, 2008

Les chercheurs ont livré des informations en abondance à la CROI cette année. Voici un résumé des faits saillants des présentations portant sur le traitement du VIH.

### QUAND COMMENCER LE TRAITEMENT?

De façon générale, on recommande qu'un traitement antirétroviral soit amorcé dès que le compte des CD4 du patient tombe sous les 350 cellules. Cependant, cette question continue d'être débattue et certains soutiennent que ce seuil ne devrait pas s'appliquer dans tous les cas.

Dans le cadre d'une étude de cohorte présentée à la CROI, des chercheurs ont analysé le taux de mortalité chez 46 400 personnes séropositives. L'équipe a conclu que les personnes séropositives n'ayant jamais pris d'antirétroviraux et qui comptaient plus de 350 CD4 couraient encore un risque de décès plus élevé que la population séronégative. Cependant, les chances de survie d'une personne séropositive ayant plus de 350 CD4 étaient plus grandes que celles d'une personne comptant moins de 350 CD4.

Une autre étude présentée à la CROI a révélé que les personnes ayant moins de 350 CD4 étaient plus susceptibles d'être atteintes de maladies et de malignités non liées au VIH que les personnes ayant plus de 350 CD4.

L'étude SMART, un essai examinant l'interruption de traitement, a également indiqué que la présence d'un faible compte des CD4 augmentait le risque de maladies non liées au VIH, y compris le cancer, la cardiopathie et l'insuffisance rénale ou hépatique.

À en juger par cette édition de la CROI, il semblerait que, de nouveau, on tend à favoriser les traitements précoces.

### QUE PRENDRE AU DÉBUT?

Les patients qui n'ont jamais été traités peuvent choisir entre plusieurs combinaisons de médicaments lorsqu'ils décident de commencer un traitement. La classe des inhibiteurs de la protéase figure parmi ces options.

À la CROI, les résultats d'une étude de 48 semaines comparant l'atazanavir et le lopinavir ont été présentés (il s'agit de l'étude CASTLE). Tous les patients prenaient une faible dose de ritonavir pour potentialiser (accroître l'effet) leur inhibiteur de la protéase, ainsi qu'un traitement de base comportant de l'abacavir et une dose fixe du ténofovir/emtricitabine (Truvada). Les chercheurs ont trouvé que l'atazanavir/ritonavir sous forme de capsule n'était pas inférieur au lopinavir/ritonavir. Toutefois, les patients sous atazanavir avaient un meilleur profil lipidique et moins de problèmes gastrointestinaux, que les patients recevant le lopinavir.

Chose intéressante, chez les patients sous lopinavir, la baisse de la charge virale était proportionnelle au compte des CD4 au début du traitement; autrement dit, plus le compte des CD4 était élevé au début, plus la charge virale a chuté sous l'effet du traitement. Par contraste, chez les patients sous atazanavir, la réponse de la charge virale est demeurée la même peu importe le compte des CD4 au moment où le traitement a commencé.

La compagnie Abbott a présenté une étude indiquant que la



posologie d'une seule prise par jour de Kaletra (lopinavir/ritonavir), en association avec Truvada, permet une maîtrise virale aussi efficace que la posologie biquotidienne (deux prises par jour).

Des chercheurs ont également révélé que le darunavir/ritonavir, un autre inhibiteur de la protéase, est sûr et efficace lorsqu'il se prend à raison d'une seule dose quotidienne de 800mg/100 mg. Cette posologie pourrait simplifier l'observance thérapeutique.

### NOUVEAUX TRAITEMENTS POUR LES PATIENTS DÉJÀ TRAITÉS

La résistance aux médicaments anti-VIH se développe au fil du temps, et il est rare qu'une personne prenne la même combinaison de médicaments pendant toute sa vie. Heureusement, les nouveaux médicaments qui ont vu le jour peuvent faciliter les changements de traitements nécessaires.

On a présenté les résultats d'une étude sur les échecs thérapeutiques qui a été réalisée aux États-Unis et au Canada à la suite de l'introduction de la trithérapie en 1996-97. Les antagonistes du CCR5 et les inhibiteurs de l'intégrase n'ont pas figuré dans cette étude parce qu'ils n'existaient pas à l'époque. Selon cette étude, une charge virale élevée, un faible compte des CD4 et la présence d'une maladie définissant le sida au moment du deuxième échec augmentaient indépendamment le risque de mourir des suites du sida. Un compte des CD4 inférieur à 200 coïncidait avec une augmentation de 81 % du taux de mortalité, alors qu'une charge virale entre 10 000 et 100 000 copies augmentait le taux de mortalité de plus de 29 %.

Il est donc très important de réagir rapidement à un deuxième échec thérapeutique, surtout en présence d'un faible compte des CD4, d'une charge virale élevée ou d'un diagnostic de sida clinique.

### ANTAGONISTES DU CCR5

Il est certain que les antagonistes du CCR5 revêtent une grande importance pour les patients déjà traités. Selon des chercheurs des universités Cornell et Harvard, ces médicaments semblent accroître le nombre de cellules CD4 davantage que tous les autres antiviraux nouveaux et ce, indépendamment de leur effet sur la charge virale.

Le maraviroc (Celsentri) est un antagoniste du CCR5 qui a été étudié dans le cadre des études MOTIVATE 1 et 2. Des personnes vivant avec le VIH-sida déjà traitées porteuses d'un VIH à tropisme R5 ont reçu du maraviroc en association avec un traitement de base optimisé (TBO) comportant d'autres médicaments anti-VIH.

Le médicament a été bien toléré pendant 48 semaines et a fait preuve d'une activité antivirale soutenue. Remarque : les médicaments expérimentaux darunavir, étravirine et raltégravir n'ont pas été utilisés.

En ce qui concerne l'innocuité du maraviroc, il faut signaler la possibilité de toxicité hépatique chez certaines personnes. Si, après avoir pris ce médicament, vous présentez des symptômes allergiques tels qu'une éruption irritante ou des anomalies des globules blancs, consultez votre médecin sans tarder.

Le vicriviroc, un autre antagoniste du CCR5, a également contribué à une suppression virale puissante et soutenue après 48 semaines chez des patients déjà traités recevant un TBO, comparativement aux patients recevant un TBO seulement. De façon générale, on a constaté une réduction plus importante de la charge virale et une augmentation plus importante des CD4 chez les patients du volet vicriviroc de l'étude.

On a présenté la première petite étude évaluant le vicriviroc chez des patients co-infectés. Même si aucun changement clinique significatif n'a été constaté en ce qui a trait à la charge virale en VHC, le médicament s'est avéré sûr et tolérable sur une période de 28 jours lorsqu'il était utilisé en combinaison avec un TBO.

Les résultats d'études sur plusieurs antagonistes du CCR5 de deuxième génération ont également été présentés, y compris le PF-232,798 et le SCH 532706. Ces deux molécules ont donné des résultats prometteurs lors des essais de phase 1 réalisés auprès de volontaires en bonne santé.

### INHIBITEURS DE L'INTÉGRASE

Cette nouvelle classe de médicaments anti-VIH continue de se montrer prometteuse. Lorsqu'il est utilisé en association avec d'autres médicaments anti-VIH, le raltégravir (Isentress) contribue à la suppression efficace et soutenue de la charge virale, ainsi qu'à l'augmentation des CD4. Évidemment, ces médicaments sont encore plus efficaces lorsqu'ils sont combinés avec d'autres bien tolérés par le patient.

### INNTI

L'étravirine (Intelence) est un analogue non nucléosidique (INNTI) de deuxième génération. Ce médicament a été comparé à un placebo chez des personnes qui recevaient l'inhibiteur de la protéase darunavir dans le cadre d'un traitement combiné de sauvetage. Il s'agit d'une étude appelée DUET-1 et DUET-2. Après 48 semaines, 61 % des patients du volet étravirine avaient une

*suite à la page 10*

## Le remboursement des médicaments :

# Les Autochtones



*Par Sandy Lambert, représentant des Autochtones  
et membre du conseil d'administration du CCSAT*

**L**A liste de médicaments remboursables des Autochtones est gérée par les Services de soins non assurés (SSNA), un programme national de prestations-maladie. Le programme couvre une partie ou l'ensemble des coûts liés aux soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques dont les membres des Premières Nations et les Inuits pourraient avoir besoin. Les SSNA assument les coûts des médicaments d'ordonnance nécessaires si le régime provincial ou territorial ou un autre régime d'assurance privé ne les couvre pas.

### Services de santé non assurés

Pour être admissible au programme, le demandeur doit résider au Canada et répondre aux critères suivants :

- Un Indien inscrit conformément aux termes de la Loi sur les Indiens;
- Un membre innu de l'une des deux collectivités innues du Labrador (Davis Inlet ou Sheshatshiu);

Illustration: « Wind », de Joe Wilson.  
Reproduit avec son autorisation. Afin de voir  
la version couleur et d'autres œuvres, aller sur :  
[www.islandart.com](http://www.islandart.com).

- Un Inuit reconnu par l'une des organisations inuites de revendication territoriale;
- Un enfant de moins de un an dont les parents sont des bénéficiaires admissibles.

Le programme SSNA aide les Premières Nations et les Inuits à accéder à des soins médicaux de qualité au même titre que les autres Canadiens et Canadiennes. Le programme contribue à protéger la santé, à prévenir les maladies et à détecter et à gérer les maladies, les blessures et les incapacités. Pour recevoir de l'assistance, les individus admissibles doivent s'adresser à un bureau régional des SSNA. Les adresses des bureaux régionaux se trouvent dans le site du gouvernement fédéral au [www.hc-sc.gc.ca/fnihb/nihb/index.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/nihb/index.htm). Les SSNA ne couvrent pas les interventions chirurgicales puisque les coûts de ces dernières sont assumés par les régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux du Canada.

Selon la politique du programme d'assurance médicaments des SSNA, les provinces sont censées couvrir les médicaments génériques prescrits aux membres des Premières Nations et aux Inuits. La plupart des médicaments génériques utilisés au Canada ont été mis au point et fabriqués dans ce pays. Lorsqu'un médicament d'origine et un médicament générique contiennent les mêmes ingrédients, les SSNA assumeront les coûts du médicament le moins cher, qui est généralement le générique. Si, pour une raison donnée, le patient a besoin d'utiliser un médicament d'origine, il doit payer la différence de prix entre ce dernier et le générique. Dans des cas très rares, il arrive qu'un médecin soit convaincu qu'un médicament d'origine particulier est indiqué pour un de ses patients. Si cela arrive, les SSNA évalueront la demande du médecin et, si cette dernière est approuvée, ils paieront le médicament.

Tous les médicaments que les SSNA acceptent de rembourser se trouvent sur sa liste des médicaments. Cette liste est revue annuellement et mise à jour tous les trois mois. On peut consulter la liste de prestations et de politiques dans le site du programme au [http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/nihb-ssna/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/nihb-ssna/index_f.html). Les demandes de médicaments ne figurant pas sur cette liste sont examinées au cas par cas pour déterminer s'il y a des besoins exceptionnels. Ces produits peuvent être recommandés à titre de « médicaments à usage restreint », et des conditions d'utilisation



spéciales peuvent s'appliquer. Il existe deux catégories à cet égard :

1. Les multivitamines destinées aux enfants âgés de moins de six ans et les vitamines pré- et post-natales recommandées aux femmes enceintes ou allaitantes âgées de 12 à 50 ans;
2. Les produits nécessitant la recommandation d'un médecin (ce dernier doit remplir un formulaire de demande de médicament d'exception ou à usage restreint).

### Processus de remboursement

Le processus de remboursement des médicaments anti-VIH se déroule comme suit partout au Canada (sauf pour les patients résidant à proximité du Centre d'excellence de la Colombie-Britannique ou ceux de l'hôpital St-Paul de Vancouver) :

- Le patient obtient une ordonnance auprès de son médecin puis il l'apporte à la pharmacie;
- Le pharmacien appelle le Centre des exceptions pour médicaments et fournit à l'agent des renseignements concernant le client, la prestation demandée et les coûts;
- Les SSNA examinent les renseignements pour déterminer l'admissibilité conformément aux lignes directrices;
- S'il s'agit d'un médicament ne figurant pas sur la liste des médicaments assurés, les SSNA demanderont au médecin de remplir un formulaire expliquant la nécessité médicale du médicament demandé;
- S'il le faut, la demande sera envoyée à un expert-conseil médical pour obtenir une autre opinion professionnelle;
- Le Centre des exceptions pour médicaments des SSNA communiquera d'avance avec la pharmacie pour lui fournir des détails concernant l'approbation;
- Une fois la demande approuvée, le patient recevra le médicament;
- La pharmacie remettra ensuite une demande de remboursement aux SSNA.

### La désassurance des services provinciaux

De temps en temps, il arrive qu'une province cesse d'assurer un service de santé particulier. Si cela arrive, les SSNA prendront une décision relativement à l'inclusion éventuelle du service désassuré dans sa liste de prestations.

### Barrières susceptibles d'entraver l'accès aux médicaments

Beaucoup de personnes vivant avec le VIH-sida autochtones font face à des barrières qui les empêchent d'accéder aux médicaments dont ils ont besoin. En voici quelques-unes :

- Les déterminants sociaux de la santé tels que la toxicomanie, l'alcoolisme, la dépendance à la méthadone, la précarité du logement, la pénurie d'eau de qualité, l'effet de la pauvreté sur la qualité de l'alimentation, les problèmes familiaux;
- La difficulté à consulter un médecin à cause du manque de transport;
- La stigmatisation et la discrimination et la honte qu'elles provoquent chez le patient;
- Le manque de confidentialité dans les collectivités rurales (les commérages);
- Dans certaines cliniques, les médecins sont souvent présents une ou deux fois par semaine seulement;
- Des conditions météorologiques qui causent des retards dans l'obtention des médicaments dans les régions éloignées;
- Le manque d'information sur les médicaments anti-VIH;
- Des effets secondaires sévères (parfois pires que la maladie);
- Le manque de soutien offert aux personnes souffrant d'effets secondaires – souvent attribuable au manque d'éducation sur les effets secondaires dans les collectivités;
- La persistance des mythes nuisibles au sujet du VIH-sida;
- Le manque de financement pour améliorer l'éducation au sein des collectivités (la plupart des bandes ne reçoivent que 500 \$ à 1 000 \$ pour les services liés au VIH-sida).

### L'accès aux médicaments en Colombie-Britannique

Les médicaments anti-VIH sont accessibles aux Autochtones de la Colombie-Britannique, tant en région urbaine que rurale. Le financement du Centre d'excellence pour le VIH-sida et de l'hôpital St-Paul de Vancouver est assuré par le ministère de la Santé de la province par le biais du programme Pharmacare et de la Provincial Health Authority. Les médicaments anti-VIH sont envoyés par messagerie ou la poste aux pharmacies et aux cabinets médicaux de la province. Les médicaments offerts en vertu de ce programme sont trop nombreux pour énumérer ici, mais on peut consulter la liste intégrale dans le site Web du Centre d'excellence au [www.cfenet.ubc.ca](http://www.cfenet.ubc.ca) en cliquant sur le lien « Drug Treatment Program ». Tous les Indiens inscrits qui résident en Colombie-Britannique ont accès à tous les médicaments figurant sur cette liste. ■

Visitez  
[www.ccsat.ca](http://www.ccsat.ca)

**A**yant passé quelques années à faire de la recherche et à assister à de nombreuses conférences autochtones et non autochtones partout au Canada, je suis un peu fâché de constater que, en 2008, les Premières Nations, les Inuits et les populations métisses continuent d'être traités comme des citoyens de troisième classe par nos systèmes de santé provinciaux et fédéral. Chaque jour, le VIH-sida continue de se propager rapidement, tant sur les réserves que dans le reste du pays. Avec le VIH-sida, les Autochtones sont en train de revivre le cauchemar de la variole.

Les compressions budgétaires n'aident en rien la situation car elles ont provoqué la fermeture d'organismes de lutte contre le sida autochtones et non autochtones d'une côte à l'autre du pays. Nous devons corriger le manque de matériel de sensibilisation et d'information sur les traitements, la prévention et la réduction des méfaits, sans parler de l'absence de soutien et de counseling destinés aux populations autochtones rurales. Nous devons renforcer le pouvoir de l'Assemblée des Premières Nations pour qu'elle puisse continuer de revendiquer un financement soutenu et augmenté auprès des décideurs. Nos leaders doivent également veiller à ce que la stigmatisation et la discrimination soient abolies sur les réserves et au sein de la population générale. Lorsque les travailleurs de la santé et les directeurs de bandes ne respectent pas la confidentialité des Autochtones vivant avec le VIH, ces derniers ont de la difficulté à accéder aux soins sans être confrontés à la stigmatisation et à la discrimination de la part de leurs voisins et même de leurs proches. Par exemple, si une personne a besoin de se déplacer à l'extérieur de la réserve pour se faire soigner, elle a besoin de contacter le directeur de la bande ou la clinique de santé pour obtenir une autorisation, et c'est souvent un proche qui est responsable de la lui accorder.

Au Canada, les SSNA (services de santé non assurés) fournissent les médicaments nécessaires aux Indiens inscrits. À l'hôpital St-Paul de Vancouver, le Centre d'excellence de la Colombie-Britannique

## *Perspective personnelle . . .*



*Anonyme*

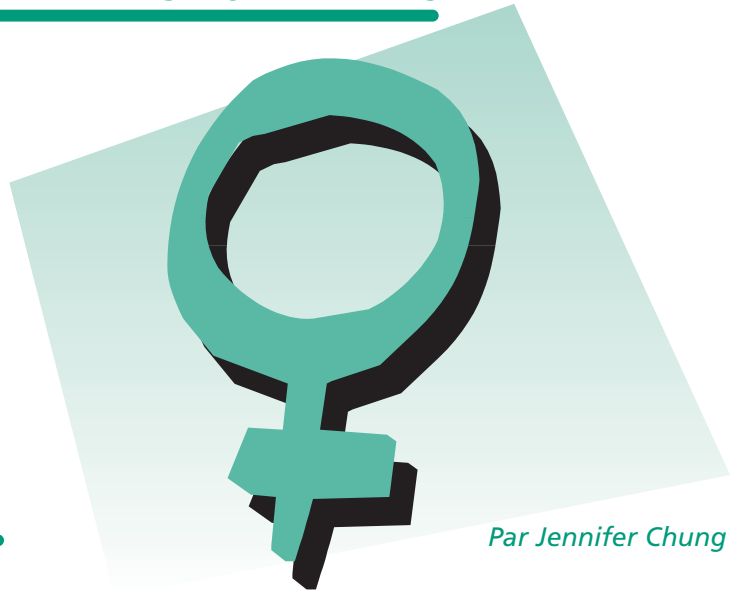
dispense des médicaments anti-VIH aux résidents de la province dans le but d'accroître leur compte des CD4 et de réduire leur charge virale. La liste de médicaments couverts par les SSNA compte déjà 30 pages, mais d'autres efforts sont nécessaires. Le Centre d'excellence devrait fournir systématiquement des traitements contre les effets secondaires aux Autochtones vivant avec le VIH-sida, qu'ils vivent sur une réserve ou pas.

Les Autochtones vivant sur une réserve ont plus de difficulté à se faire traiter parce qu'ils doivent attendre de consulter un médecin qui ne rend visite à la communauté qu'une ou deux fois par semaine. L'observance peut être problématique parce qu'il est souvent difficile d'obtenir ses médicaments sur une réserve isolée où les véhicules et les avions ne peuvent se rendre lorsque la météo se gâte. Mais les communautés autochtones commencent heureusement à travailler avec la société non autochtone, ce qui est important car cela leur permettra d'obtenir le soutien et le savoir dont ils ont besoin.

À mon avis, il faut investir beaucoup plus de temps et d'effort dans les communautés des Premières Nations, tant rurales qu'urbaines, afin de favoriser la santé de ces Canadiens et Canadiennes. Un peu plus de 60 % des Autochtones se voient obligés de quitter la réserve pour chercher un meilleur mode de vie, des services de santé, un logement décent et une éducation de qualité et ce, dans une société où seulement 4 % de la population est autochtone. Avons-nous oublié que la santé, l'éducation et l'hébergement sont des droits conférés par traités au Canada ? Ces mêmes traités qui affirment qu'aucun membre des Premières Nations ne doit vivre sans les choses de première nécessité de la vie quotidienne. ■

## MISE À JOUR SUR LES QUESTIONS RELATIVES AUX FEMMES

# Les femmes au cœur d'une nouvelle étude du Réseau canadien pour les essais VIH



Par Jennifer Chung

**L**es femmes comptent pour plus de 40 % de tous les cas du VIH au monde et 27 % des nouvelles infections au Canada. Même si le nombre de femmes vivant avec le VIH continue de grimper partout dans le monde, peu de données sont disponibles sur les différences entre les effets du VIH et des médicaments anti-VIH chez les femmes comparativement aux hommes. Dans le but de générer d'autres données dans ce domaine, la D<sup>e</sup> Mona Loutfy du Women's College Research Institute à Toronto dirige actuellement une nouvelle étude sur les effets de la multithérapie antirétrovirale chez les femmes avec le soutien du Réseau canadien pour les essais VIH (étude CTN 233).

« Il est crucial de comprendre pourquoi il existe des différences dans les effets indésirables observés chez les femmes et ceux observés chez les hommes, et cette question doit être étudiée auprès d'une cohorte nombreuse. Nous ne savons pas si ces différences sont liées à des influences hormonales, au métabolisme des médicaments, à l'observance, à la distribution de la graisse ou à d'autres facteurs », explique la D<sup>e</sup> Loutfy.

L'étude CTN 233 vise à déterminer si le poids d'une femme a une influence sur les concentrations sanguines des médicaments antirétroviraux et si certains effets indésirables sont plus fréquents et plus sévères chez les femmes, y compris la nausée, la diarrhée, la toxicité hépatique et la lipodystrophie. De plus, l'étude examinera la façon dont les médicaments anti-VIH sont métabolisés dans le corps et visera à déterminer si les concentrations des médicaments sont plus élevées chez les femmes. Les informations concernant les hommes seront obtenues auprès de sources de données historiques.

Les études examinant les concentrations des médicaments et les effets indésirables chez la femme relèvent d'un domaine de

recherche relativement nouveau. Selon la D<sup>e</sup> Loutfy, les résultats de son étude pourraient contribuer à orienter le traitement des femmes séropositives et à leur assurer de meilleurs soins grâce à l'accroissement des connaissances en matière d'effets secondaires et de concentrations médicamenteuses.

Lorsqu'on a commencé à réaliser des essais cliniques sur le VIH dans les années 90, on excluait les femmes à cause de préoccupations concernant la grossesse et la lactation. Cependant, au cours de la dernière décennie, le nombre de femmes infectées par le VIH a augmenté, et le besoin de comprendre les effets des antirétroviraux chez ce groupe s'est fait plus urgent.

« Ce n'est que depuis cinq ans que les femmes sont représentées équitablement dans les essais, précise la D<sup>e</sup> Loutfy. Pour refléter la réalité épidémiologique, il faudrait que 20 à 30 % des participants à tout essai soient des femmes. »

Recruter des femmes pour les essais cliniques continue d'être difficile pour plusieurs raisons. Les femmes ont tendance à avoir d'autres personnes à leur charge, notamment des enfants, et elles ont donc de la difficulté à se rendre régulièrement à une clinique pour les examens de suivi. Cette étude est unique dans la mesure où elle tente de régler ces problèmes en offrant une compensation financière plus élevée et en faisant appel aux organismes de lutte contre le sida pour faciliter le recrutement.

« Nous avons augmenté la compensation parce que nous savons que les femmes assument un fardeau économique plus lourd pour participer à un essai clinique à cause de leurs responsabilités, notamment en ce qui concerne la garde d'enfants, explique la D<sup>e</sup> Loutfy. Il s'est avéré efficace de collaborer avec des organismes comme Voices of Positive Women de Toronto et des



centres de santé communautaires parce que, si une seule femme réussit à faire connaître l'essai et le chercheur responsable à d'autres, cela peut les encourager à y participer parce que les femmes ont tendance à écouter leurs semblables. »

Louise Binder est membre du Comité consultatif communautaire du Réseau canadien pour les essais VIH. Ce comité a examiné et approuvé le protocole de l'étude parce qu'il est d'avis que celle-ci fournira des données essentielles sur les médicaments anti-VIH et les femmes.

« Cette étude contribuera à accroître les données actuelles en ce qui concerne le métabolisme des médicaments anti-VIH dans le corps féminin, dit Mme Binder. Peu d'études pharmacocinétiques

ont porté exclusivement sur des femmes, donc nous sommes très heureuses que la Dre Loutfy ait choisi de se pencher sur cette question. »

On cherche à recruter 80 participantes pour les 15 sites de l'étude CTN 233 à Hamilton, Montréal, Ottawa, Québec, Toronto, Halifax, Windsor et Vancouver. ■

**Pour plus d'information sur cet essai et d'autres études du Réseau canadien pour les essais VIH, visitez [www.hivnet.ubc.ca](http://www.hivnet.ubc.ca) ou composez le 1-800-661-4664.**

## ESSAIS DU RÉSEAU EN VOIE DE RECRUTEMENT

### CTN 233 – Pharmacocinétique des antirétroviraux (ARV) chez des femmes séropositives

#### Sites de l'étude :

- Halifax : • Dalhousie University
- Ste-Foy : • Centre hospitalier de Québec–Pavillon CHUL
- Montréal : • Institut thoracique / Hôpital Royal Victoria  
• CHUM – Hôpital Notre-Dame
- Ottawa : • University of Ottawa Health Services  
• Ottawa Health Research Institute
- Toronto : • Maple Leaf Clinic  
• Toronto General Hospital  
• St. Michael's Hospital  
• Sunnybrook Health Sciences Centre
- Hamilton : • McMaster University Medical Centre
- Windsor : • Windsor Regional Hospital
- Vancouver : • Children's and Women's Hospital  
• St. Paul's Hospital  
• Downtown Infectious Diseases Clinic

### CTN 227 – Vaccin thérapeutique contre l'hépatite C

#### Sites de l'étude :

- Toronto : • Toronto Western Hospital
- Montréal : • Hôpital St-Luc

### CTN 222 – Étude canadienne de cohorte sur la co-infection

#### Sites de l'étude :

- Halifax : • Capital District Health Authority
- Montréal : • Institut thoracique/Hôpital Royal Victoria  
• Clinique du Quartier Latin  
• Hôpital général de Montréal  
• CHUM – Hôpital Notre-Dame
- Ottawa : • Hôpital général d'Ottawa
- Toronto : • Toronto General Hospital
- Hamilton : • McMaster University
- Sudbury : • HAVEN Program
- Calgary : • Southern Alberta HIV Clinic
- Vancouver : • Downtown IDC  
• St. Paul's Hospital

### CTN 218 – Effet de la rosuvastatine (Crestor®) sur les vaisseaux sanguins

#### Sites de l'étude :

- Montréal : • Institut thoracique/Hôpital Royal Victoria  
• Clinique médicale L'Actuel
- Ottawa : • Service de santé de l'Université d'Ottawa
- Toronto : • St. Michael's Hospital



**CTN 218 – suite de la page 8**

- Hamilton : • McMaster University  
 Calgary : • Southern Alberta HIV Clinic  
 Vancouver : • St. Paul's Hospital  
 • Toronto Western Hospital  
 • Maple Leaf Medical Clinic

**CTN 216 – Coagulation au plasma argon pour la dysplasie anale chez les HRSH****Sites de l'étude :**

- Montréal • Hôpital Notre-Dame  
 • Institut thoracique/Hôpital Royal Victoria

**CTN 214 – Effet d'une multithérapie de un an sur le stade aigu/précoce de l'infection par le VIH****Sites de l'étude :**

- Toronto : • Sunnybrook Health Sciences Centre  
 Victoria : • Cool Aid Community Health Centre  
 Vancouver : • Downtown Infectious Diseases Clinic

**CTN 210 – Effets de la musculation sur l'accumulation de graisse abdominale****Site de l'étude :**

- Montréal : • Hôtel-Dieu

**CTN 208 – Multithérapie antirétrovirale (HAART) seule ou avec Remune, suivi d'une ITS en infection précoce/observation d'une infection récente par le VIH****Site de l'étude :**

- Montréal : • Institut thoracique/Hôpital Royal Victoria

**CTN 198 – Intervention de soutien pour la fidélité au traitement antirétroviral (STAART)****Site de l'étude :**

- Ottawa : • Hôpital d'Ottawa

**CTN 194 – Peg-interféron et citalopram pour la co-infection (PICCO)****Sites de l'étude :**

- Sherbrooke : • Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke  
 Montréal : • Institut thoracique/Hôpital Royal Victoria  
 • Hôpital Notre-Dame  
 • Hôpital général de Montréal  
 Ottawa : • Hôpital général d'Ottawa  
 Toronto : • Toronto General Hospital  
 Hamilton : • McMaster University  
 Winnipeg : • Hôpital général de St-Boniface  
 Vancouver : • St. Paul's Hospital  
 • Downtown Infectious Diseases Clinic ■

## Votre opinion nous intéresse !

L'an passé, à l'intérieur de son projet d'activités d'élaboration de politiques et de renforcement des capacités à l'échelle nationale, le CCSAT a effectué du travail dans quatre différents domaines spécifiques :

1. La politique international / les problématiques spécifiques aux femmes
2. La co-infection Hépatite C et VIH
3. La surveillance post-commercialisation des médicaments
4. La réduction des coûts / les barrières à l'accès aux traitements

Afin de nous aider à évaluer notre travail, nous invitons les membres du CCSAT ainsi que les lecteurs de notre bulletin à répondre à un sondage.

Ce sondage ne devrait pas vous prendre plus de 5 ou 10 minutes et vos réponses seront confidentielles.

[www.ctac.ca/fr/survey](http://www.ctac.ca/fr/survey)

## La Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes (CROI)

*suite de la page 3*

charge virale sous la barre des 50 copies. Lorsque l'enfuvirtide a été ajoutée pour la première fois, la suppression virale s'est intensifiée aidée en cela par l'absence d'une résistance au darunavir et l'ajout d'autres médicaments actifs.

Sur le plan des effets secondaires, la seule différence signalée a été un nombre plus élevé d'éruptions cutanées chez les patients du volet étravirine. Cet essai se poursuivra jusqu'à la 96<sup>e</sup> semaine. L'étravirine est associée à un problème d'innocuité important, soit le syndrome Stevens-Johnson, une éruption cutanée grave qui se produit chez moins de 0,1 % des patients. Si vous croyez en souffrir, allez voir un médecin sans tarder. Si un diagnostic de Stevens-Johnson est posé, le traitement doit cesser immédiatement.

L'étravirine a également été étudiée dans un contexte pédiatrique auprès d'un échantillon d'enfants déjà traités âgés de 6 à 17 ans. Il s'est avéré sûr et efficace lorsque les enfants le prenaient à raison de 4 mg/kg deux fois par jour, après un repas. Pour les adultes, la posologie est de 200 mg deux fois par jour.

### EFFETS SECONDAIRES ET TOXICITÉS

En ce qui concerne les effets secondaires, la grande nouvelle à la CROI fut la découverte d'un lien apparent entre l'abacavir, un analogue nucléosidique, et un risque accru de crise cardiaque. Selon les résultats d'une étude de cohorte, l'abacavir augmentait le risque d'infarctus du myocarde de 90 %, comparativement à 49 % dans le cas du ddI et à 0 % pour l'AZT et le d4T. Ces résultats ont suscité beaucoup de débat et d'autres recherches sont nécessaires pour les confirmer. Plusieurs éléments de l'étude en question nécessitent une analyse approfondie. Alors, avant d'interrompre précipitamment votre traitement à l'abacavir, parlez-en avec votre médecin et lisez les articles à ce sujet, notamment l'analyse de l'étude signée par Jules Levin ([www.natap.org](http://www.natap.org)).

GlaxoSmithKline, fabricant de l'abacavir, réalise également une analyse détaillée à ce propos, et son représentant serait prêt à en parler avec les membres de la communauté.

Une autre étude intéressante a montré le lien étroit entre l'hypersensibilité à l'abacavir et la présence de l'allèle HLA-B\*5701 (version d'un gène) chez le patient. Un simple test sanguin permet de déterminer qui est porteur de ce facteur génétique et, ainsi, qui risque d'avoir une réaction d'hypersensibilité à l'abacavir.

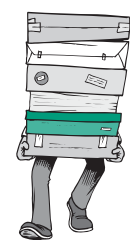
Un autre problème majeur associé à l'abacavir est la

lipoatrophie, soit la perte de graisse sous-cutanée. Selon une étude présentée à la CROI, les combinaisons qui ne comportent pas d'analogue nucléosidique sont associées à un plus petit nombre de cas de lipoatrophie. De plus, cette étude a révélé que la race et l'ethnie ne jouent aucun rôle dans la lipoatrophie. Par contre, les facteurs suivants semblent jouer un rôle à cet égard : le sexe masculin; un diagnostic du sida précédant le début du traitement; un faible volume de graisse dans les membres au début du traitement; une augmentation moins importante du cholestérol total et du cholestérol LDL après 12 semaines; un compte des CD4 plus élevé au début du traitement; un poids corporel plus faible et moins de graisse corporelle à la taille.

L'athérosclérose est un autre problème important. Il s'agit d'un épaissement anormal et d'une perte d'élasticité des parois artérielles. L'athérosclérose peut provoquer des problèmes cardiaques. Selon une étude, le VIH lui-même et la durée du traitement anti-VIH seraient des facteurs de risque d'athérosclérose indépendants. Les facteurs suivants ont également été associés à une augmentation du risque : âge avancé; tour de taille excessif; cholestérol total et cholestérol LDL élevés; antécédent de maladie coronarienne; hypertension; hyperglycémie; nombre élevé d'années d'infection au VIH; et durée du traitement antirétroviral.

### CONCLUSION

Les nouvelles sont généralement bonnes en ce qui concerne les options pharmacologiques des personnes séropositives, mais il n'en demeure pas moins vrai que ces médicaments comportent des dangers qui peuvent s'avérer plus graves que la maladie chez certaines personnes. De plus, les prix des nouveaux traitements continuent de grimper et la majorité d'entre eux ne seront pas accessibles à l'échelle mondiale dans un proche avenir... ou peut-être jamais. ■



**Avez-vous déménagé ?  
Allez-vous déménager ?  
Tenez-nous au courant !**

Aidez-nous à tenir nos dossiers à jour en nous fournissant votre adresse postale actuelle.  
Contactez-nous par courriel à [ctac@ctac.ca](mailto:ctac@ctac.ca) ou par téléphone ou télécopieur au (416) 410-6538.



## RAPPORT DE LA PRÉSIDENTE

PRINTEMPS 2008

par Louise Binder

**DEPUIS** quelque temps, je travaille davantage sur la scène internationale. Comme le Canada a pris une bonne longueur d'avance, je crois que certains d'entre nous peuvent porter leur attention ailleurs.

J'ai vu des personnes séropositives qui souffrent de la faim au Rwanda et des femmes victimes de viol et de torture au Congo. J'ai été témoin de la misère des bidonvilles en Inde ainsi que des rizières dévastées par la guerre civile et les moussons précoces au Sri Lanka.

Il ne fait aucun doute que des tragédies se déroulent partout autour de nous dans d'autres pays. Pourtant, en relisant ce numéro, je ne peux m'empêcher de penser à mes visites dans le Downtown Eastside de Vancouver, à celle de la prison que j'ai faite un jour et aux nombreux témoignages de femmes que j'ai entendus dans ce pays et je me rends compte que le Canada a plus de points communs avec ces pays que de différences.

À mon avis, ces points communs résultent de l'action des deux principaux leviers de pouvoir dans le monde : la position sociale et la richesse. Il m'est arrivé d'espérer qu'en sensibilisant les puissants au sort des non-puissants, ils verraient que nous ne sommes pas si différents; qu'ils comprendraient que la toxicomanie, l'alcoolisme, la pauvreté et la maladie, tant physique que mentale, ne sont pas des choix mais les symptômes de tragédies personnelles et d'une injustice sociale profondément enracinée.

Je ne crois plus que ce soit l'ignorance de cette réalité qui engendre la stigmatisation et la discrimination sous ses diverses formes. Les preuves sont là devant les yeux des privilégiés et ils sont assez intelligents pour les comprendre. Je crois plutôt qu'ils préfèrent fermer les yeux. Ils ne veulent pas nous faire une place à leur côté car cela les obligerait à partager le pouvoir, et ils trouvent cela impensable. Le pouvoir ne nous reviendra que lorsque nous nous unirons pour une cause commune et que nous crierons « Non ! ». Non, nous refusons de faire rouler les engins de votre société tant que nous n'occupons pas la place qui nous revient et tout ce que cela implique, y compris une bonne santé, une éducation de qualité, un logement décent, etc. ■

## CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS PRINTEMPS/ÉTÉ 2008

### ► JUIN

**Réunion de haut niveau ..... 10 et 11  
sur le sida 2008**  
New York, New York  
Siège de l'ONU  
[www.unaids.org/fr/Conferences/2008HLM/default.asp](http://www.unaids.org/fr/Conferences/2008HLM/default.asp)

**Tribune des PVVIH-sida et .....12 au 15  
l'Assemblée générale annuelle 2008  
de la Société canadienne du sida**  
Ottawa, Ontario  
Delta Hotel & Suites  
Renseignements : Sarah Tremblay  
(613) 230-3580 ext. 110

**Assemblée générale annuelle 2008 ...16 et 17  
du Réseau juridique canadien VIH/sida  
du Groupe de travail canadien sur le VIH et  
la réinsertion sociale (GTCVRS) et de la Coalition  
interagence sida et développement (CISD)**  
Ottawa, Ontario  
[www.aidslaw.ca/agm](http://www.aidslaw.ca/agm)

### ► AOÛT

**XVII Congrès International ..... 3 au 8  
sur le sida**  
Mexico City, Mexico  
[www.aids2008.org](http://www.aids2008.org)

**Assemblée générale annuelle du BCPWA .....23**  
Vancouver, British Columbia  
Best Western Chateau Granville  
1100 rue Granville  
Renseignements : Ken Buchanan  
[kenb@bcpwa.ca](mailto:kenb@bcpwa.ca)  
(604) 646-5345

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

- PRÉSIDENTE **Louise Binder**
  - VICE-PRÉSIDENT **Ron Rosenes**
  - TRÉSORIER **Patrick Cupido**
  - SECRÉTAIRE **Brian Finch**
- Richard Baker**  
**Colleen Price**  
**Sandy Lambert**

## MEMBRES DU CONSEIL

**Mark Randall** Alberta • **Sam Friedman** Colombie-Britannique • **Myles Legacy** Nouveau-Brunswick • **John Baker** Terre-Neuve & Labrador • **Mike Sangster** Nouvelle-Écosse • **Harlon Davey** Ontario • **Troy Perrot** Île-du-Prince-Édouard • **Jean-Pierre Bélisle** Québec • **Ron Rosenes** Le groupe d'action-sida ! (AAN!) • **Ken Buchanan** British Columbia Persons With AIDS Society (BCPWA) • **Christal Capostinsky** Société canadienne du sida (SCS) • **Terry Pigeon** 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) • **Louise Binder** Toronto People with AIDS Foundation (TPWAF) • **Angel Parks** Représentante nationale des femmes • **Marco Gomes** Représentant national des jeunes • **Sandy Lambert** Représentant des Autochtones • **Jeanne Nzeyimana** Représentante des communautés noires, africaines et caribéennes • **Karen Dennis** Représentante des personnes qui utilisent/ont utilisés des drogues • **Greg Simmons** Représentante des prisonniers/ex-prisonniers

## BAILLEURS DE FONDS 2007/08

Agence de santé publique du Canada (ASPC)

Abbott Laboratories Limited • Bristol-Myers Squibb Pharmaceutical Group • Boehringer Ingelheim Canada Inc. • Gilead Sciences • GlaxoSmithKline en partenariat avec Shire BioChem • Hoffmann-La Roche • Merck Frosst Canada Ltd. • Pfizer Canada • Sanofi-Anvantis • Schering Canada • Tibotec, une division de Janssen-Ortho Inc.

## LES DÉCLARATIONS DE PRINCIPES DU CCSAT

- 2007 – « Les médicaments génériques au Canada : un document de politique ». Auteurs : CCSAT & Ward Health Strategies.
- 2006 – « Rapidité et transparence : Examen du processus d'évaluation des médicaments contre le VIH ». Révisé en avril 2006. Auteur : David Garmaise.
- 2004 – « Plan de route pour affronter l'épidémie de la co-infection VIH- hépatite C au Canada ». Auteur : Paula Braitstein
- 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.

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](http://www.ctac.ca/fr/membership).

**L'adhésion à part entière est réservée aux :**

- Personnes vivant avec le VIH-sida
- Groupes, organisations ou projets ayant un mandat VIH-sida d'importance

**L'adhésion associée est ouverte à :**

- Toute personne physique ou tout groupe, organisation ou projet qui appuie le mandat et les objectifs du CCSAT

## COMMUNIQUEZ AVEC NOUS

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

C.P. 203

555 Richmond ouest, Bureau 1109B  
Toronto, ON M5V 3B1

**Téléphone et**

**Télécopieur :** (416) 410-6538

**Courriel :** [ccsat@ccsat.ca](mailto:ccsat@ccsat.ca)

**Site Web :** [www.ccsat.ca](http://www.ccsat.ca)

## Mandat de CCSAT

*Assurer l'accès des personnes vivant avec le VIH-sida aux thérapies et aux traitements en travaillant avec les secteurs public et privé et les organismes à but non lucratif.*

*Le CCSAT...*

- Influence la recherche et les politiques gouvernementales et sensibilise le public ;
- Fournit aux personnes vivant avec le VIH-sida des occasions de mentorat et de perfectionnement des compétences dans les domaines ci-dessus ;
- Encourage et facilite l'échange d'informations pertinentes entre les personnes concernées ;
- Bâtit et collabore avec des coalitions pour aborder l'ensemble des enjeux liés aux soins et à la santé qui ont un impact sur l'accès aux thérapies et aux traitements.

[www.ctac.ca/fr/resources/position\\_papers](http://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 :** Ken Monteith / Ron Rosenes / Marco Gomes / Colleen Price

**Comité éditorial :** Béatrice Cardin / Laurette Lévy / Leah Stephenson / Theresa Wojtasiewicz / Eileen Wennekers

**Coordination éditoriale :** Béatrice Cardin

**Traduit de l'anglais et du français** par Alain Boutilier

**Imprimé par** The Printing House

**Site Web** [www.ctac.ca/fr/newsletter](http://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 10, numéro 2 (printemps 2008) 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.