



Conseil canadien de surveillance et  
d'accès aux traitements

**FAIRE AVANCER LES POLITIQUES POUR SAUVER DES VIES**

**1<sup>er</sup> décembre 2017**

# **Créer une cascade complète :**

**accroître l'accès aux soins, aux traitements et au soutien en  
matière de VIH et de VHC**

**La présente est une version modifiée de *Créer une cascade complète : accroître l'accès aux soins, aux traitements et au soutien en matière de VIH et de VHC.***

**Le document complet comprenant toutes les recherches et références est téléchargeable via [www.ctac.ca](http://www.ctac.ca); il peut également être commandé par courriel à [info@ctac.ca](mailto:info@ctac.ca).**

Préparé par Rick Kennedy et Lori Lyons,



Tous droits réservés. © 2017, CTAC (Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements).  
Pour communiquer avec CTAC : 1-877-237-2822 • [www.ctac.ca](http://www.ctac.ca)

La reproduction de graphiques, tableaux, cartes et extraits de texte à des fins éducatives, non lucratives et commerciales est permise, pour autant que CTAC soit identifié de façon appropriée comme source de l'information. Toute demande d'autorisation pour reproduction ou traduction – à des fins de vente ou de distribution non commerciale – doit être adressée à [info@ctac.ca](mailto:info@ctac.ca).

CTAC et les auteurs de ce rapport ne garantissent pas que l'information contenue dans la publication soit complète et exacte; ils ne pourront être tenus responsables d'aucun préjudice lié à son utilisation.

Cette publication a été financée par l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement les positions de l'Agence de la santé publique du Canada.

La recherche des données présentées dans ce rapport a été achevée en septembre 2017.

## CONTENTS

<b>Sommaire .....</b>	<b>3</b>
<b>L'histoire de Warren .....</b>	<b>6</b>
<b>L'histoire de Grâce .....</b>	<b>9</b>
<b>L'histoire de Davit .....</b>	<b>12</b>
<b>Appels à l'action .....</b>	<b>15</b>

## Sommaire

Le plaidoyer lié au VIH est né de la lutte pour l'accès aux médicaments salvateurs et de la nécessité urgente de services de santé empreints de compassion et exempts de stigmatisation.

Bien que l'urgence de vie ou de mort en rapport avec ces enjeux puisse aujourd'hui sembler moins impérieuse, plusieurs facteurs individuels et populationnels font obstacle au traitement et compromettent la santé des personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C (VHC).

Le présent état des lieux identifie les lacunes croissantes dans la réponse du Canada au VIH et au VHC, et constitue un appel à l'action et au leadership des gouvernements et de la communauté afin que soit adoptée une vision plus complète de la cascade de soins.

### **La mosaïque du système des soins de santé du Canada, avec ses champs de responsabilité en matière de santé qui sont séparés entre les provinces et le palier fédéral, ne sert pas bien les personnes vivant avec le VIH et avec le VHC.**

Les populations vivant avec le VIH et/ou l'infection chronique à VHC sont aujourd'hui plus grandes que jamais, et sont issues des communautés les plus marginalisées du Canada.

Des soins centrés sur la personne et des services de santé intégrés, pour le VIH et le VHC, sont un objectif de plusieurs stratégies de santé, mais c'est rarement cela que vivent les personnes qui ont recours à des soins. Les personnes des Premières Nations, les Inuits et les Métis, en particulier, rencontrent des iniquités flagrantes.

Une courtepoinde complexe de régimes publics et privés pour la couverture des médicaments, ou dans certains cas l'absence de telle couverture, engendre des iniquités et restreint l'accès pour de nombreuses personnes.

La gamme de médicaments que les gens peuvent obtenir ainsi que leur prix varient considérablement et dépendent des types d'assurances privées et publiques qui leur sont accessibles. Ceci crée des injustices entre les divers territoires et provinces ainsi qu'à l'intérieur de ceux-ci; approximativement un Canadien sur dix n'a pas les moyens d'avoir accès à des médicaments d'ordonnance.

### **La réponse communautaire est une réponse exceptionnelle qui a été créée par l'épidémie exceptionnelle du VIH/sida.**

Au fil de plus de 30 années depuis les débuts de l'épidémie du VIH, certaines des réponses les plus efficaces ont été conçues au sein des communautés de personnes touchées par le VIH.

Les organismes communautaires ont créé des parcours navigables afin que les individus aient accès aux traitements et à du soutien, tandis que dans bien des cas les stratégies et services gouvernementaux n'ont pas contribué à cette accessibilité.

Le rôle central des organismes communautaires et la participation engagée des personnes vivant avec le VIH étaient initialement reconnus et soutenus par la première Stratégie fédérale de lutte contre le VIH/sida, mais aujourd'hui ils sont de plus en plus menacés.

Un virage stratégique vers des approches plus générales aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) met l'accent sur les iniquités répandues qui conduisent au VIH et à d'autres ITSS, et pourrait conduire à créer des services plus intégrés et durables. Mais cela peut également menacer les forces uniques des organismes – des forces engagées à l'égard de la communauté et axées sur les besoins des personnes vivant avec le VIH.

On ne peut pas troquer ces services exceptionnels pour une « vision large » qui conduirait à une réponse diluée au VIH et à une réponse inadéquate au VHC.

## **Appels à l'action**

Le gouvernement fédéral s'est engagé à l'égard des cibles internationales concernant le VIH et le VHC, y compris les cibles 90-90-90. Pour atteindre et dépasser les trois cibles 90-90-90, deux cibles additionnelles sont proposées :

### **Un quatrième 90 : 90 % des personnes ayant une charge virale supprimée auront une bonne qualité de vie reliée à la santé.**

Les personnes vivant avec le VIH ont besoin d'améliorations tangibles à leur bien-être. Cet objectif centré sur la personne souligne que l'indicateur de résultat des soins pour le VIH ne peut pas se limiter à des mesures diagnostiques. Il contribuera à :

- Concentrer une impulsion stratégique et l'innovation en santé sur la manière de fournir les soins, en favorisant une meilleure intégration des services de soins; et à
- Stimuler le développement d'autres soutiens pour et par les pairs.

### **Un cinquième 90 : 90 millions \$ en financement fédéral annuel pour le VIH iront à une Stratégie fédérale sur le VIH/sida dotée d'objectifs mesurables, aux cinq ans.**

Le financement fédéral et provincial pour la réponse au VIH/sida stagne ou se voit dilué depuis près d'une décennie. Le budget annuel proposé de 90 millions de dollars renverserait cette tendance – mais il demeure inférieur aux 100 millions \$ recommandés en 2003 par le Comité permanent de la Santé. Il faudrait également des engagements financiers clairs concernant les autres ITSS, au-delà de cette stratégie.

Ce financement spécifique au VIH est nécessaire afin de :

- Soutenir adéquatement les services existants;
- Arriver aux buts établis par les cibles internationales;
- Mettre à l'échelle des modèles novateurs de soins de santé intégrés propices à s'occuper de la qualité de vie.
- Préserver et renforcer les réseaux exceptionnels d'organismes communautaires qui répondent le plus efficacement aux besoins des personnes vivant avec le VIH ou à risque pour celui-ci;
- Soutenir l'implication des personnes vivant avec le VIH dans l'organisation de leurs soins; et

- Soutenir la continuation des services dans les communautés plus petites.

Cette stratégie fédérale devrait comprendre des engagements quant à la prestation des soins de santé dans les domaines relevant directement de la responsabilité du gouvernement fédéral, notamment en ce qui concerne :

- les soins aux personnes des Premières Nations, aux Inuits et aux Métis; et
- des soins plus complets, soutenus et intégrés pour les personnes incarcérées dans les établissements correctionnels fédéraux.

### **Obstacles liés aux coûts, limitant l'accès aux médicaments d'ordonnance**

Deux priorités immédiates :

- Des thérapies pour le VHC pourraient guérir les personnes atteintes et éliminer le VHC en tant que menace à la santé publique, en particulier grâce à de nouveaux médicaments qui élargissent les populations pouvant être traitées efficacement.

Toutefois, des obstacles liés aux coûts continuent d'en restreindre l'accessibilité car la plupart des instances limitent leur utilisation aux cas des personnes gravement malades.

- La prophylaxie pré-exposition (PrEP) doit faire partie d'un plan coordonné pour faire en sorte que la transmission du VIH au Canada devienne rare – mais uniquement les personnes du Québec, de l'Ontario, les utilisateurs du Programme des SSNA ainsi que les prestataires de certains régimes privés peuvent avoir accès à ce nouvel outil de prévention.

Avec l'avènement récent de nouvelles formes génériques de la PrEP, les coûts diminuent et ceci offre l'occasion de faire pression sur les gouvernements afin qu'ils passent aux actes.

Un plaidoyer national coordonné pourrait jouer un rôle dans l'amélioration de l'accès aux traitements pour le VIH et le VHC. Afin de répondre aux besoins actuels, ce plaidoyer doit prendre en compte les personnes, et ne pas se limiter aux pilules ou aux politiques.

## L'histoire de Warren



Warren a 57 ans. Il est actif dans la communauté : il fait souvent du bénévolat auprès d'une banque alimentaire et d'un projet de jardin communautaire. Ses talents de jardinier sont bien connus; il a dirigé la création d'un très joli jardin de roses pour l'hospice local. Les gens apprécient son sens de l'humour et sa loyauté envers

ses amis.

Il a été diagnostiqué de l'infection à VIH à l'âge de 30 ans. À l'époque, il avait un emploi décent avec un régime d'assurance maladie. Même s'il n'avait pas encore développé de maladie liée au sida, il a décidé de se prévaloir de prestations d'invalidité à long terme. Il a vu des amis mourir et croyait que son décès était imminent.

Warren a pris de nombreux régimes d'antirétroviraux, au fil des années, y compris des médicaments qui avaient des effets secondaires considérables. Avec l'âge, il a développé des comorbidités : diabète de type 2, hypertension et neuropathie périphérique. Ayant également développé une résistance à plusieurs médicaments, il est limité pour ses options de traitement. Son infection à VIH est à présent stable et sa charge virale est indétectable; il prend une combinaison de darunavir (800 mg) + ritonavir (100 mg) deux fois par jour ainsi qu'une dose quotidienne d'abacavir/lamivudine/dolutégravir (Triumeq).

En plus de ces cinq comprimés, Warren prend d'autres médicaments : metformine pour maîtriser son diabète de type 2; métoprolol, énalapril et hydrochlorothiazide pour gérer sa pression artérielle; et gabapentin pour sa neuropathie. Il prend aussi de l'ibuprofène en vente libre, contre la douleur neuropathique, ce qui lui permet de continuer le jardinage qu'il aime tant.

Vers la mi-quarantaine, Warren a rencontré Alan. Ils forment un couple depuis 13 ans et cohabitent depuis dix. Alan, qui est plus âgé que lui, est séronégatif et en bonne santé. Avec lui, Warren s'est senti revivre et retrouver un avenir – un sentiment d'optimisme qui n'avait pas initialement accompagné la réussite de son traitement. Warren est à présent conscient

## Lacunes et obstacles

- **Le fardeau posologique** : Warren prend 12 pilules par jour – un régime exigeant qui pourrait être un obstacle à l'observance thérapeutique et au traitement.
- **Les effets secondaires** : Les comorbidités multiples de Warren pourraient être dues à la toxicité de médicaments qu'il a pris pendant les années 1990. Les effets secondaires peuvent avoir des effets à long terme sur la santé et sur la qualité de vie, de même que sur les options thérapeutiques.
- **La dépression** : Tout comme Warren, 50 % des personnes vivant avec le VIH passent par une expérience de dépression; seulement la moitié d'entre elles peuvent avoir accès à des services de santé, en raison du coût et d'obstacles bureaucratiques. [162] La dépression peut devenir un obstacle au traitement et avoir un profond effet négatif sur la qualité de vie.
- **La boîte du handicap** : Sans le régime d'assurance médicaments d'Alan, Warren aurait beaucoup plus de difficulté à renoncer aux prestations d'invalidité – une boîte qui restreint les choix de bien des gens.
- **Le dévoilement** est un énorme obstacle à l'accès à des régimes privés. Les personnes vivant avec le VIH ou leurs partenaires doivent révéler leur statut VIH au travail, ce qui est difficile lorsqu'on commence un nouvel emploi!
- **Le processus de demande** est simple dans certaines régions (au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest, il suffit d'un simple formulaire signé par le médecin) mais dans les autres régions ce n'est pas le cas. La plupart requièrent des données détaillées sur le revenu; dans certaines régions, on exigerait la liste des

qu'une dépression non diagnostiquée a assombri une bonne partie de sa jeune quarantaine.

Ce sentiment ravivé d'attachement à la vie a incité Warren à réintégrer le marché du travail, il y a neuf ans. Il touche un modeste salaire annuel de 31 200 \$ (à raison de 16 \$/heure, 37,5 heures par semaine). Il n'a jamais retrouvé sa carrière ou le pouvoir d'achat qu'il imaginait lorsqu'il avait 30 ans, mais il aime son emploi et envisage de le maintenir. Il n'a pas d'assurance médicaments.

Le retour au travail de Warren a été possible grâce à l'assurance médicaments venant de l'emploi d'Alan, à laquelle Warren a pu avoir accès à titre de conjoint de fait. C'est ce qui lui a permis de renoncer aux prestations d'invalidité tout en conservant la capacité d'obtenir ses médicaments. Cela signifiait qu'il n'avait pas à faire des prestations d'assurance médicaments un critère de recherche d'emploi, ni à divulguer immédiatement sa séropositivité au VIH à son nouvel employeur.

Cependant, il a fallu qu'Alan s'adresse au département des ressources humaines de son employeur, et dévoile sa relation avec un homme qui vit avec le VIH. Ceci a donné lieu à une conversation embarrassante et non sollicitée au sujet du risque lié à sa relation sérodifférente.

À présent âgé de 65 ans, Alan a l'impression d'avoir suffisamment d'économies pour prendre sa retraite et, possiblement, pour voyager modestement. Depuis quelques années, les deux hommes se sont concentrés sur des économies pour la retraite, pour différentes raisons. Alan a très hâte à sa retraite anticipée, d'un emploi exigeant, alors que Warren s'inquiète de l'insuffisance de ses économies. Chacun a versé 15 % de son revenu dans son RÉER (4 680 \$ pour Warren, 9 000 \$ pour Alan dans sa dernière année d'emploi.)

Le salaire de 60 000 \$ que touchait Alan sera considérablement réduit, à sa retraite : son revenu annuel brut sera de 33 000 \$ (15 000 \$ de ses épargnes enregistrées, 12 000 \$ du RPC et 6 000 \$ de la Sécurité de la vieillesse de l'Ontario). Le couple aura un revenu brut combiné de 64 200 \$. L'assurance médicaments privée d'Alan se termine à la retraite et il devient à présent admissible à une couverture pour personne âgée qui n'inclut pas Warren.

Warren doit maintenant s'inscrire au régime public d'assurance médicaments en vigueur là où il réside. Les médicaments

paiements antérieurs reçus du régime précédent d'Alan.







- **La qualité des conseils en matière d'impôt :** Warren et Alan reçoivent des conseils sur les contributions au RÉER et sur le fractionnement du revenu, ce qui a une grande influence.
- **L'absence de couverture des médicaments en vente libre** comme l'ibuprofène.
- **Le retard de la reconnaissance de la baisse de revenu :** Lorsqu'Alan a pris sa retraite, le revenu du couple a diminué, mais les franchises sont calculées d'après les déclarations de revenus précédentes (1-2 ans). Dans la plupart des régions, ceci peut être réévalué (et conduire à des diminutions >10 %), mais la personne doit être déjà inscrite au régime avec son niveau de revenu antérieur. En Ontario, par exemple, le montant de la franchise du premier trimestre sera de 726,25 \$, et non de 507,75 \$. Warren pourrait cesser de contribuer à son RÉER pour couvrir ce coût, mais s'il ne verse pas un montant compensatoire par la suite il verra sa franchise augmenter l'année suivante.
- **Le déboursé initial :** Avec le montant du revenu familial de Warren, >5 % de son revenu doit avoir été dépensé avant que la couverture s'amorce, au Manitoba et à Terre-Neuve.
- **La « pénalité par foyer » :** Les franchises sont fonction du revenu par foyer. Warren ne peut pas faire sa demande individuellement. Cependant, en tant qu'aîné, Alan a généralement d'autres éléments de couverture, et n'en tire pas d'avantages. Les couples paient plus et n'ont souvent aucun bénéfice additionnel.
- **Le retrait de médicaments de la liste :** Lorsque des médicaments plus anciens sont retirés de la liste des médicaments assurés (comme, dans ce cas-ci, le darunavir en Nouvelle-Écosse), les



figurant sur la liste provinciale sont les seuls qu'il aura les moyens de se procurer, ce qui limitera possiblement ses options de traitement. Le tableau ci-dessous décrit les coûts annuels et les options de médicaments dans chaque province.

personnes qui ont des besoins thérapeutiques complexes ont du mal à composer des régimes adéquats.

Region	Cost	Offered
Alberta	\$363	
Colombie-Britannique	\$2526	
Manitoba	\$3351	
Nouveau-Brunswick	\$1018	
Terre-Neuve-et-Labrador	\$4239	
Territoires du Nord-Ouest	\$0	
Nouvelle-Écosse	\$873	

Region	Cost	Offered
Nunavut	\$0	
Ontario	\$2054	
Île-du-Prince-Édouard	\$362	
Québec	\$1677	
Saskatchewan	\$2514	
Yukon	\$250	



Médicaments listés



Médicaments non listés



Approbation requise, probable



Approbation requise, improbable

## L'histoire de Grâce



Grâce a 30 ans. En 2010, Grâce a fui la Côte-d'Ivoire avec sa fille nouvellement née, Christelle, lorsqu'une violente guerre civile y a éclaté. Son mari a été tué sous ses yeux. Elle s'est retrouvée seule, mère de 23 ans avec un bébé, dans un camp de réfugiés au Ghana. Elle y a été agressée. Après deux années difficiles et

traumatisantes dans ce camp, Grâce est venue au Canada comme réfugiée, au début de 2013. Au moment de son dépistage préalable à l'entrée au pays, elle était séronégative pour le VIH.

Le français est la langue maternelle de Grâce. Dans sa première année au Canada, elle a travaillé fort dans ses cours d'anglais langue seconde, et a commencé à bâtir une nouvelle vie pour elle et sa fille. Elles vivent dans un petit logement à distance de marche de l'école de Christelle. Vu son entregent et sa personnalité amicale, Grâce est devenue le centre de la communauté de l'édifice où elle vit, où vivent aussi plusieurs autres Africains francophones.

Christelle et ses copains et copines vont et viennent entre chez l'un et chez l'autre. Les jours où Grâce n'est pas au travail, tout le monde veut souper chez elle. Son fougou au poulet, avec des plantains et des ignames, lui a valu une réputation de cordon-bleu, tout comme son talent pour créer un festin à partir de légumes à l'allure douteuse rescapés du rayon des soldes.

Grâce s'est liée d'amitié avec la famille qui est propriétaire de la petite épicerie du quartier. Celle-ci possède deux magasins, où tous les membres de la famille, y compris les adolescents, se relaient au fil des horaires. En 2015, on a offert à Grâce un emploi dans le magasin le plus près de l'école de sa fille. Sa présence dynamique a fait du magasin un centre d'attraction dans la communauté. Puisque l'école de Christelle est située tout près, la mère d'une camarade de classe ramène Christelle au magasin, où celle-ci fait ses devoirs derrière le comptoir.

Une dame qui vit dans le même édifice que Grâce s'occupe également du gardiennage de Christelle, de

## Lacunes et obstacles

- **Le dévoilement** : Grâce craint le dévoilement de son statut VIH dans sa communauté où tout le monde se connaît. Elle a été diagnostiquée lors d'un événement où l'on aurait pu lui offrir des liens vers du soutien et des services, mais elle ne veut pas que son entourage soit au courant de son statut VIH.
- **La stigmatisation dans la communauté** : Une partie de la peur de Grâce d'être dévoilée comme séropositive vient de perceptions erronées qui ont cours dans sa communauté, au sujet des personnes qui vivent avec le VIH. Le racisme et le rejet sont des réalités de la vie au Canada, pour les gens de sa communauté; la respectabilité est très valorisée.
- **Le traumatisme non documenté** peut influencer les besoins en matière de traitement.
- **Les connaissances des fournisseurs de soins** : Le médecin qui soigne Grâce a son travail à cœur, mais elle a peu d'expérience en matière de VIH; ses capacités de mettre Grâce en contact avec des services de soutien et de faire valoir ses besoins en matière de traitement sont limitées. Des données indiquent qu'il s'agit d'un obstacle, pour les médecins qui n'ont pas un grand nombre de patients. [163]
- **Les craintes liées au statut d'immigration** : Comme Grâce est résidente permanente au Canada, il n'y a pas de fondement juridique à ce qu'elle soit menacée de déportation – mais il lui arrive néanmoins d'hésiter à recourir à des services en raison de son statut d'immigrante.
- **Le manque de littératie concernant la santé et les systèmes** : Grâce ne

temps à autre, mais de manière informelle; et Grâce ne peut pas inscrire ces dépenses dans sa déclaration de revenus. Grâce touche un salaire brut de 21 840 \$ par année (14 \$ l'heure, 30 heures par semaine). Elle reçoit également 5 400 \$ par année du régime de prestations universelles pour la garde d'enfants, qui porte son revenu net total à 27 240 \$ par année. Elle n'a pas d'assurance maladie ni d'assurance médicaments.

Dans l'année suivant son arrivée au Canada, Grâce a développé une relation avec un homme originaire du même pays qu'elle – ce qui lui offrait l'atout important d'un vécu partagé. Cette relation n'a pas duré; il est probable que c'est pendant cette période qu'elle a contracté le VIH.

Il y a quelques mois, alors qu'elle s'était jointe à des amies lors d'un événement « Connaissez votre statut » s'adressant aux femmes africaines, elle a été diagnostiquée séropositive pour le VIH – ce qui a été un choc. Sa charge virale dépasse les 100 000 copies.

Grâce n'est pas prête à ce que quiconque de son entourage connaisse son statut, mais elle a un médecin de premier recours en qui elle a confiance. Ce médecin a une expérience limitée en matière de VIH (seulement deux autres patients), mais a fait des recherches et a conclu, de concert avec Grâce, que le régime à dose quotidienne unique de Genvoya (elvitégravir 150 mg, cobicistat 150 mg, emtricitabine 200 mg, ténofovir alafénamide [TAF] 10 mg) lui conviendrait le mieux. Ce traitement serait facile à prendre, répondrait à sa charge virale élevée et, espéraient-elles, préserverait sa santé osseuse à long terme. Elles souhaitent éviter les régimes médicamenteux qui contiennent de l'éfavirenz, un médicament qui peut causer des rêves difficiles et avoir d'autres effets secondaires sur la santé mentale – car elles considèrent toutes deux que cela pourrait faire ressortir chez Grâce des traumatismes du passé.

Les antécédents traumatiques de Grâce n'ont pas été documentés du point de vue médical; son médecin pourrait ne pas connaître le meilleur moyen d'appuyer sa demande de couverture si cela devenait un problème.

Grâce doit maintenant s'inscrire au régime public d'assurance médicaments en vigueur là où elle réside. La démarche serait plus facile si elle recevait de l'aide et du soutien d'un intervenant qui s'y connaît, mais elle ne veut pas être aperçue au local d'un organisme de services pour le VIH, où on pourrait la reconnaître. Elle est déjà

sait pas où ni comment procéder pour obtenir les services de soutien dont elle a besoin; et elle se sent parfois diminuée parce qu'elle pose trop de questions.

- **Le processus de demande** comporte de nombreux risques pour Grâce et peut entraîner des choix difficiles entre l'emploi et le statut d'invalidité. Elle aurait avantage à recevoir de l'aide et du soutien pour naviguer dans le processus.
- **La « pénalité du parent »** : Les prestations universelles pour la garde d'enfants sont une aide financière que Grâce reçoit du gouvernement pour l'aider à subvenir aux besoins de son enfant et pour éviter que celle-ci vive dans la pauvreté. Cependant, dans toutes les provinces à l'exception de la Colombie-Britannique, ces prestations sont considérées comme un revenu pour le calcul de sa franchise, ce qui l'augmente de quelques centaines de dollars à certains endroits.
- **Soins non spécifiques au VIH** : Là où les régimes de prestations sont spécifiques au VIH, ils ne couvrent pas les médicaments de la fille de Grâce, ni les besoins de Grâce qui ne concernent pas le VIH, si elle avait besoin de soins en matière de santé mentale ou si elle développait des complications
- **Coûts** : En Saskatchewan, au Manitoba, au Québec ainsi qu'à Terre-Neuve-et-Labrador, les coûts des médicaments seront élevés. Au Manitoba, Grâce peut répartir les coûts sur 12 mois, mais dans certaines provinces elle pourrait se voir imposer une franchise initiale plus élevée que son revenu disponible pour le mois en question. En tels cas, il y aurait inévitablement pression pour que Grâce quitte son emploi et demande de l'aide sociale,









bouleversée par son récent diagnostic et elle a peur de ne pas vivre assez longtemps pour voir sa fille grandir; mais il existe d'autres menaces à son bien-être. Si les médicaments coûtent trop cher, il pourrait être logique qu'elle tente de toucher des prestations d'invalidité, ce qui la priverait de l'autosuffisance qu'elle a mis beaucoup d'efforts à établir. Puisque Grâce est un pilier de sa communauté qui est tissée serré, les voisins ne mettraient pas longtemps à remarquer qu'elle a cessé de travailler et cela lui attirerait des questions qu'elle préfère éviter.

Les médicaments inscrits sur la liste provinciale sont les seuls qu'elle aura les moyens d'obtenir, ce qui limitera possiblement ses options de traitement. Dans certaines provinces, où Genvoya n'est pas offert, elle pourrait être contrainte de se tourner vers le médicament Stribild, qui est plus ancien et qui contient du fumarate de ténofovir disoproxil [FTD], une substance qui est plus susceptible d'affecter les os. Dans certaines provinces, elle pourrait également être poussée à prendre un régime à base d'éfavirenz, en raison de son coût moins élevé. Le tableau ci-dessous décrit les coûts annuels et les options de médicaments dans chaque province.

ce qui perturberait sa vie et son autosuffisance.

- **Restrictions associées aux coûts des médicaments :** Dans deux provinces (Manitoba et Terre-Neuve-et-Labrador), Grâce pourrait être contrainte de faire l'essai de régimes médicamenteux contenant de l'éfavirenz, en dépit de ses antécédents de traumatisme.

Region	Cost	Offered
Alberta	\$0	
Colombie-Britannique	\$0	  premier/second
Manitoba	\$1286	  premier/second
Nouveau-Brunswick	\$290	  premier/second
Terre-Neuve-et-Labrador	\$1362	  premier/second
Territoires du Nord-Ouest	\$0	
Nouvelle-Écosse	\$45	  premier/second

Region	Cost	Offered
Nunavut	\$0	
Ontario	\$726	
Île-du-Prince-Édouard	\$0	  premier/second
Québec	\$1240	
Saskatchewan	\$1094	  premier/second
Yukon	\$250	

Médicament de premier choix = Genvoya;  
Médicament de second choix = Stribild



Médicaments listés



Médicaments non listés



Approbation requise, probable



Approbation requise, improbable

## L'histoire de Davit



Davit a 26 ans. Les épreuves qu'il a traversées sont nombreuses, considérant son jeune âge. La maltraitance physique était fréquente dans sa famille; il est devenu défenseur et source de réconfort pour sa mère et ses frères et sœurs plus jeunes que lui. Il a quitté le foyer familial vers la fin de l'adolescence, après un conflit violent avec son père qui réprouvait cette décision.

Il a voyagé un peu partout au Canada. Aujourd'hui, il vit loin du village où il a grandi et il souhaite que les choses restent ainsi. Au cours des neuf années depuis son départ de la maison familiale, il a travaillé de manière sporadique; comme il est « habile de ses mains », il fait des travaux pour des projets de rénovation domiciliaire; on apprécie grandement ses talents de peintre et pour le travail de finition, de même que sa minutie. Cependant, il n'a pas terminé son cours secondaire et, à quelques reprises il a été arrêté pour des délits mineurs – des obstacles qui l'empêchent d'avoir un emploi au-delà du travail temporaire.

Davit a utilisé des drogues de temps à autre, pendant une certaine période avant de quitter la maison familiale; il a commencé par des comprimés de Percocet trouvés dans l'armoire à pharmacie chez un de ses amis dont la mère avait eu une chirurgie. L'utilisation de drogues était un moyen de composer avec les traumatismes de son foyer et avec le chaos et les défis incessants. À plusieurs reprises, il a vécu dans la rue; il n'a jamais eu un logis à lui seul.

Davit a un sens marqué pour la justice sociale; il a une réputation, dans sa communauté de personnes qui consomment des drogues, comme étant un gars sur qui l'on peut compter pour abriter ou défendre quelqu'un qui est menacé. Il y a six ou sept ans, sa consommation de drogues a augmenté et il a commencé à s'en injecter. Puis, l'an dernier, il a eu la peur de sa vie : il a été victime d'une surdose et a failli en mourir.

La surdose a transformé sa vie. Après l'incident, il a été mis en contact avec une intervenante en réduction des méfaits; celle-ci l'a relié à des services sociaux et de santé. Pour la première fois, il s'est permis d'être la personne dont on prenait soin, au lieu d'être celui qui prenait soin des autres et leur venait en

## Lacunes et obstacles

- **La situation des services de réduction des méfaits** : Dans le présent exemple, une intervenante en réduction des méfaits ayant du temps et de l'expérience afin de fournir du soutien à Davit a changé sa vie. Dans plusieurs régions, les services de réduction des méfaits sont minimes à plusieurs égards; c'est notamment le cas en région rurale et éloignée. Les services ne sont pas suffisamment financés et les intervenants ont de lourdes charges de travail. Ceci augmente le roulement du personnel, donc les intervenants ont moins d'expérience et une moindre capacité de soutenir les clients.
- **Des traumatismes documentés** qui ont des conséquences pour les soins. Les antécédents de violence familiale de Davit peuvent avoir contribué à sa consommation de drogues, et pourraient réduire les chances de réussite du traitement.
- **Des attentes quant à la masculinité** : Dans son enfance, Davit a été jugé pour ce qui est de sa masculinité, et il se considère comme un défenseur d'autrui. À cause de ces attentes (de sa part et de la part d'autres personnes), il peut être difficile pour lui, et pour les hommes en général, de faire appel à de l'aide – en particulier s'ils se sentent jugés par des intervenants.
- **L'enjeu de l'accès au logement** : Dans cet exemple, le programme Logement d'abord a accordé à Davit un logement



défense. L'intervenante, Sabah, a mis Davit en contact avec un programme Logement d'abord; il a maintenant un appartement pour lui seul, qui est subventionné de telle façon que le loyer qu'il doit payer est limité à 30 % de son revenu. Sabah l'a également aidé à obtenir des prestations d'aide sociale afin qu'il ait un revenu. Il n'a pas arrêté de consommer des drogues.

Dans les premiers mois après la surdose de Davit, Sabah l'a dirigé vers une clinique communautaire, où il a été dépisté pour le VIH et les hépatites B et C. Les résultats ont été positifs pour le VIH et le VHC. Peu après, il a commencé un régime médicamenteux de Triumeq (600 mg d'abacavir, 300 mg de lamivudine et 50 mg dolutégravir) contre le VIH. Il s'agit d'un seul comprimé par jour, que l'on peut prendre sans nourriture – cette caractéristique avait de l'importance, vu la sporadicité de ses tendances en matière d'alimentation. Déjà au début du traitement, il prenait son comprimé quotidien avec une relative régularité; mais à présent qu'il a la stabilité d'un logement, il le prend de façon constante.

Son équipe de soins l'a également mis en contact avec un spécialiste qui évalue depuis sept mois la santé de son foie. Le dépistage d'ARN du VHC dans le sang de Davit a livré un résultat positif; il a une fibrose légère au foie. Son infection à VHC est du génotype 1. Compte tenu de sa vie plus stable et de son observance soutenue dans la prise de son médicament pour le VIH, son médecin recommande à Davit de commencer une thérapie pour le VHC; il lui propose le médicament Epclusa (400 mg de sofosbuvir, 100 mg velpatasvir). Dans les provinces et territoires où ce médicament ne figure pas sur la liste, Harvoni est également un traitement approprié contre le VHC de génotype 1.

Puisque Davit reçoit des prestations d'aide sociale, il a normalement accès à une couverture complète pour les médicaments inscrits sur la liste provinciale. Il a commencé à discuter avec Sabah de l'idée de demander une suspension de casier judiciaire – ce qui lui permettrait de chercher des emplois plus stables; mais il doit d'abord recouvrer la santé. Or, à l'heure actuelle, l'accès aux médicaments contre le VHC est restreint aux personnes aux prises avec une maladie sévère.














Dans le cas de Davit, sa co-infection VIH-VHC le rend admissible au traitement, à condition que le traitement contre le VHC lui soit recommandé par un spécialiste reconnu par le gouvernement de la province ou du territoire. Mais dans plusieurs régions, l'accès à de tels spécialistes est limité.

pour lequel le loyer est de 30 % de son revenu – et où l'on n'exige pas qu'il s'abstienne de consommer des drogues. Ceci est encore rare dans la plupart des régions du Canada, en dépit de données démontrant que le logement est crucial à la réussite du traitement des ITSS et de la toxicomanie.

- **La stigmatisation de l'usage de drogues**, que ce soit dans le milieu des soins de santé ou à l'extérieur, peut être un obstacle à la prestation de soins et aux relations de soutien dont Davit a besoin pour s'impliquer dans les soins.
- **Le processus de demande de services sociaux** : La demande d'aide sociale nécessite une paperasse rigoureuse et des documents que Davit n'a possiblement pas, comme des pièces d'identité, des copies des déclarations de revenus de l'année précédente, la preuve de résidence dans la province ainsi qu'une adresse; ce processus ne serait pas complété sans un soutien social d'expert.
- **Des soins médicaux intégrés** : Notre exemple met en relief un système de soins qui est adéquatement intégré. L'intervenante de Davit le met rapidement en contact avec une clinique communautaire, qui à son tour est capable de le diriger vers un spécialiste en quelques mois. La disponibilité des spécialistes est limitée, alors que la demande de traitements pour le VHC est en essor. Visiter un spécialiste peut nécessiter une longue attente – or les recommandations de spécialistes sont une exigence pour la couverture du coût du

Cet exemple illustre que, s'ils reçoivent des services de soutien adéquatement intégrés, les clients aux prises avec la marginalisation, comme Davit, peuvent être traités pour le VIH et pour le VHC avec peu d'obstacles, car tous les territoires et provinces offrent le traitement à peu de frais pour les prestataires de l'aide sociale.

Le manque de services bien intégrés et exempts de stigmatisation est le principal obstacle, pour des clients comme Davit.

Région	Coût	Offert	Région	Coût	Offert
Alberta	\$0		Nunavut	\$0	
Colombie-Britannique	\$0		Ontario	\$10	
Manitoba	\$0	 premier/ second	Île-du-Prince-Édouard	\$0	
Nouveau-Brunswick	\$28	 premier/ second	Québec	\$0	
Terre-Neuve-et-Labrador	\$0	 premier/ second	Saskatchewan	\$10	
Territoires du Nord-Ouest	\$0		Yukon	\$0	
Nouvelle-Écosse	\$0		Médicament de premier choix = Eplusa; Médicament de second choix = Harvoni		

traitement dans toutes les provinces.

- **Le transport** : Si Davit ne vit pas dans une grande ville, il devra probablement faire un voyage afin de recevoir des soins d'un spécialiste – ce qui constitue un obstacle logistique et financier.
- **Le risque d'incarcération** : La consommation de drogues de Davit est illégale. S'il est arrêté par la police, son progrès sera perturbé; notamment son logement, et dans bien des cas ses soins pour le VIH et le VHC s'il est incarcéré. Si son traitement reprend en prison, il est possible qu'il soit perturbé une fois de plus à la fin de sa peine de prison, en l'absence (comme c'est souvent le cas) d'une bonne planification de sa transition.
- **La peur d'être arrêté** : La crainte d'être incarcéré pourrait conduire Davit à éviter de s'adresser à certains organismes de services et à être moins franc avec des fournisseurs de soins.



Médicaments listés



Médicaments non listés



Approbation requise, probable



Approbation requise, improbable

## Appels à l'action

Dans le présent état des lieux, nous documentons comment les lacunes des soins et traitements affectent la santé, le bien-être et la stabilité financière des personnes vivant avec le VIH et avec le VHC. Le VIH est intimement lié à l'iniquité sociale et il faut continuer d'entendre les voix des personnes vivant avec le VIH, dénonçant la stigmatisation associée au VIH, l'homophobie, le sexisme, la transphobie, le racisme et le colonialisme. L'accès aux soins de santé est un droit – mais à l'heure actuelle on observe des iniquités marquées et croissantes dans les soins, les traitements et l'accès. Pour créer une cascade de soins qui soit réellement complète, il faut que les personnes aient un accès équitable aux soins, aux traitements et au soutien, sans égard au lieu où elles vivent ni à leur capacité de payer. L'accès aux soins et aux traitements, au Canada, ne doit pas être bloqué par des disputes entre gouvernements ou ralenti par la bureaucratie. Nous devons plutôt nous efforcer de joindre les individus et de les soutenir dans le maintien de leur santé et leur implication dans les soins.

Afin d'instaurer une cascade de soins qui soit plus efficace, notre système doit aller au-delà des stratégies étroites et inconstantes : il doit promouvoir le dépistage en accroissant son accessibilité et la gamme d'options de tests – offrir l'autodépistage et le dépistage aux points de service ainsi qu'un accès élargi à des services de dépistage anonyme et non nominatif. Ces stratégies de dépistage offriront aux personnes à risque pour le VIH une autonomie accrue et une meilleure confidentialité dans le processus, en plus de rendre le dépistage plus accessible dans les communautés plus petites où l'accessibilité du dépistage et la confidentialité sont des préoccupations énormes.

Il est temps que le gouvernement fédéral fasse preuve de leadership en répondant à ces obstacles au dépistage, aux soins et aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH, en particulier pour les personnes des Premières Nations, les Inuits et les Métis ainsi que les individus incarcérés dans les établissements correctionnels fédéraux – des groupes envers lesquels il a des responsabilités spécifiques. Il existe des occasions d'élargir la notion proprement dite de la cascade de soins et de concentrer les efforts canadiens sur une approche aux soins qui soit plus exhaustive. Les cibles 90-90-90 actuelles concernent des éléments de surveillance, mais notre gouvernement pourrait s'efforcer d'améliorer les vies des personnes vivant avec le VIH en adoptant deux « cibles 90 » additionnelles.

### Quatrième 90 : La qualité de vie (QdV)

La suppression virale chez 90 % des personnes recevant une thérapie antirétrovirale contre le VIH est actuellement le critère de réussite établi par les cibles 90-90-90 de l'ONUSIDA mais, ultimement, la suppression virale ne peut pas être le point de mire de ce que le système de soins de santé fournit aux personnes vivant avec le VIH. Ce que les personnes vivant avec le VIH ont besoin de recevoir du système de soins de santé, c'est *la santé* – des améliorations concrètes à leur bien-être physique et mental, de même qu'à leur capacité d'interagir avec autrui et de vivre de façon autonome.

La population de personnes vivant avec le VIH est vieillissante, et connaît un nombre croissant de comorbidités qui non seulement compliquent les soins pour le VIH, chez ces personnes, mais qui compliquent également leurs vies et menacent leur autonomie.

Un groupe de chercheurs européens reconnus a proposé que la qualité de vie constitue la quatrième cible 90. Pour des pays riches en ressources comme le Canada, ils proposent que les



gouvernements adoptent une cible selon laquelle 90 % des personnes ayant supprimé leur charge virale devraient avoir une bonne qualité de vie reliée à la santé. [235] Ils rattachent deux aspects à la notion de bonne qualité de vie reliée à la santé : le traitement efficace des comorbidités menaçant la vie et le sentiment de la personne vivant avec le VIH d'avoir une bonne qualité de vie.

Des recherches britanniques ont clairement démontré que les personnes vivant avec le VIH ont une qualité de vie inférieure à celle de la population générale, et ce même si leur charge virale est supprimée. [236] L'infection à VIH affecte tous les aspects de la qualité de vie; l'impact le plus marqué s'observe sur la santé mentale. [236] Ceci est très directement relié à la prévalence élevée de dépression, souvent inadéquatement traitée ou non traitée, parmi les personnes vivant avec le VIH. [162] Le bien-être mental a également un lien direct avec le progrès touchant les trois autres cibles 90 : une recherche canadienne récente a démontré que les personnes vivant avec le VIH qui vivent un stress élevé sont plus susceptibles de ne pas arriver à maintenir la suppression de leur charge virale. [237]

L'amélioration de la qualité de vie, tout autant que de la santé, est un des objectifs des programmes de soins soutenant les personnes à l'aide d'une approche centrée sur le patient, comme les programmes d'autoprise en charge de maladies chroniques, les services de pairs navigateurs et d'autres formes intégrées de soins cliniques. L'adoption d'une cible relative à la qualité de vie signifierait de porter attention à la manière de fournir les soins, et non seulement à la nature des soins fournis. Cela créerait un élan pour de réelles innovations dans les soins de santé.

Le récent rapport du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé décrit en quoi consistent des soins adéquatement intégrés, à l'aide d'exemples d'autres pays, et il établit comment le Canada pourrait procéder pour y arriver. [180] On y note que la mise à l'échelle d'innovations prometteuses en matière de soins de santé est un élément clé qui rencontre des difficultés; on propose d'instaurer un financement dédié pour l'innovation en soins de santé. Une somme considérable de recherche a testé des modèles de soins intégrés, et toutes les stratégies provinciales prônent de les étendre à plus grande échelle. Le système de soins pour le VIH est mûr pour devenir un domaine d'avant-garde pour la mise en œuvre de cette innovation, car il semble y avoir consensus de multiples échelons de gouvernement quant à la voie à suivre.

Les services de pairs navigateurs peuvent aider des individus à s'orienter dans le milieu du traitement pour le VIH et à être fidèles à leur régime thérapeutique, tout en étant en soi des liens et appuis de nature sociale. Leur impact est peut-être le plus marqué pour les personnes marginalisées. [238] Des services de pairs navigateurs ont été mis en œuvre avec succès au palier local par plusieurs organismes communautaires, au Canada, [239] et font également partie de modèles de soins pluridisciplinaires comme les équipes de soins pour le VHC en Ontario. [151]

CATIE prévoit publier des Lignes directrices de pratique pour les pairs navigateurs de la santé auprès de personnes vivant avec le VIH, à l'automne 2017, pour soutenir les organismes communautaires dans la mise en œuvre de tels programmes en misant sur l'expérience de personnes qui ont fait ce travail à divers endroits au Canada. Des modèles établis et réussis pour des services de navigation entre pairs sont également accessibles, comme le Modèle Shanti développé à San Francisco. [240] Ce programme accorde une importance marquée aux cofacteurs de la qualité de vie qui influencent la santé. [241]

## Cinquième 90 : 90 millions \$ en fonds fédéraux pour la réponse au VIH

Il y a quatorze ans, aux derniers stades de l'administration libérale précédente, le Comité permanent de la Santé a recommandé un financement annuel de 100 millions \$ pour la Stratégie sur le VIH/sida ainsi que l'établissement de buts et objectifs mesurables tous les cinq ans. [10] Ces recommandations de financement et de planification stratégique ciblée n'ont jamais été adéquatement mises en œuvre, malgré la population croissante de personnes vivant avec le VIH au Canada.

Plus d'une décennie plus tard, au lieu de ce soutien financier essentiel, un nouveau point de mire élargi sur les ITSS émerge, ce qui dilue les fonds consacrés au VIH. Le récent rapport d'étape 90-90-90 de l'ONUSIDA démontre que des programmes spécifiques au VIH permettent à certains pays d'atteindre ces cibles internationales. [127] Pour que le Canada atteigne les cibles auxquelles il s'est déjà engagé, et pour qu'il adopte d'autres mesures conduisant à des services novateurs et intégrés (le quatrième 90), une stratégie cohérente et des investissements accrus sont nécessaires au palier fédéral. **La cible du cinquième 90, soit 90 millions \$ en fonds pour le VIH, est attendue depuis longtemps – tout comme des engagements financiers clairs pour le VHC et les autres ITSS.**

Le temps est venu pour le Canada d'investir dans une cascade de soins véritablement complète, offrant un accès adéquat au dépistage, aux traitements et au soutien. Plusieurs progrès dans les droits des patients et les services ont résulté d'actions et d'expériences communautaires générées par des exigences de l'épidémie du VIH. Aujourd'hui, les organismes communautaires, en particulier dans les plus petites villes, peinent à soutenir des populations plus vastes sur des territoires géographiques étendus, en assumant des responsabilités élargies. Une attention stratégique ciblée visant à créer un environnement de services intégrés pour les personnes vivant avec le VIH, qui inclut et appuie ces services exceptionnels, est requise de toute urgence.

## Le financement public des médicaments d'ordonnance

Bien que le plaidoyer concernant le traitement du VIH ne soit peut-être pas considéré comme une priorité urgente, [242] le présent état des lieux montre comment les lacunes dans l'accès aux médicaments continuent d'affecter des individus. Lorsque les traitements sont inaccessibles ou inabordables, des vies sont perturbées et la santé de nos communautés est mise en jeu. CTAC possède une expertise établie dans ce domaine; un leadership national coordonné est requis de toute urgence.

## Le recours restreint aux médicaments pour traiter le VHC

À l'heure actuelle, tous les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance médicaments restreignent l'accès aux nouveaux médicaments antiviraux à action directe (AAD) contre le VHC en fonction de la gravité de la maladie. Pourtant, les lignes directrices de 2015 de l'Association canadienne pour l'étude du foie recommandent que tous les patients atteints d'une infection à VHC chronique soient considérés pour un traitement, [152] et l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) a exprimé la même opinion dans son examen des traitements contre l'infection à VHC chronique selon le rapport coût-efficacité. [243]

Au début de 2017, l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) a négocié un prix réduit avec six fabricants des AAD les plus nouveaux. [156] Cette réduction de coût a renforcé la volonté des fournisseurs publics d'approuver ces médicaments; au moins un AAD plus nouveau est maintenant inscrit au formulaire de chaque province canadienne. [122] La plupart des provinces ont à présent des critères d'admissibilité moins stricts (voir l'encadré de droite), mais qui limitent néanmoins l'accès aux traitements aux personnes les plus gravement malades. La Colombie-Britannique [157] et l'Ontario [158] ont signifié leur intention d'élargir à nouveau leurs critères relatifs aux traitements en 2018; il s'agit d'une importante occasion de plaider coordonné et cohérent pour élargir l'accès aux nombreux Canadien-nes qui en ont besoin.

Fait intrigant, le régime du Service correctionnel du Canada (SCC) pourrait être le premier régime public d'assurance maladie à lever l'ensemble des restrictions fondées sur la gravité de la maladie, à la lumière d'une récente directive aux spécialistes des maladies infectieuses selon laquelle le traitement peut être envisagé pour tous les détenus de ressort fédéral ayant l'infection à VHC chronique. [120] Les populations incarcérées sont très affectées par le VHC. [117] Une approche complète du SCC qui engloberait l'accès aux traitements pour tous, une attention rehaussée aux protocoles de traitement et aux transitions de soins ainsi qu'un programme de réduction des méfaits dans les établissements correctionnels pourraient changer la donne en ralentissant l'épidémie de VHC dans les prisons comme à l'extérieur. Les récentes mesures positives du SCC et l'ouverture du gouvernement actuel à la réduction des méfaits sont des occasions de changement positif. Toutefois, l'impulsion de contrôle des coûts est forte, au sein du SCC; [173] les signes d'ouverture doivent être surveillés et le plaider doit se poursuivre pour que des mesures soient adoptées.

**Restrictions typiques de la couverture des antiviraux à action directe (AAD) pour traiter l'hépatite C, selon le stade de maladie (de la liste de médicaments du Programme des SSNA) [165]**

Fibrose au stade F2 ou plus avancée; **OU** fibrose moins avancée que F2 **ET** au moins un de ces facteurs :

- Co-infection à VIH ou à l'hépatite B;
- Maladie concomitante du foie avec preuve diagnostique de stéatose hépatique (excès de graisse dans le foie);
- Post-greffe d'organe (foie ou autre organe);
- Manifestations extra-hépatiques;
- Maladie chronique du rein au stade 3, 4 ou 5;
- Patient diabétique traité;
- Femme en âge de procréer et prévoyant une grossesse d'ici 12 mois.

### **L'accès à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) contre le VIH**

La possibilité qu'offre la prophylaxie pré-exposition (PrEP) transforme le paysage de la prévention du VIH. La PrEP n'est pas la solution à tous les problèmes, mais de rigoureux essais cliniques contrôlés et l'utilisation dans le monde réel ont démontré que la PrEP peut réduire la transmission du VIH, en particulier par voie sexuelle entre hommes gais. [41]

Une collaboration de bailleurs de fonds canadiens dans le domaine de la recherche a été établie afin de contribuer à une mise en œuvre de la PrEP au Canada qui soit équitable, fondée sur les données et adaptée aux besoins des populations spécifiques [244]. De plus, le plaider se poursuit aux paliers national [245, 246] et local [48] et CTAC y a contribué.

Néanmoins, seule la province de l'Ontario mentionne la nécessité d'« améliorer l'accès à la prophylaxie préexposition (PrEP) des personnes à risque élevé de contracter le VIH », dans sa

Stratégie en matière de VIH [20]. D'ailleurs, le Québec [247] et l'Ontario [248] sont les deux seules provinces à financer ce traitement prophylactique par le biais de leurs listes de médicaments; et de nouvelles formes génériques sont également financées dans les deux provinces.

L'émergence de nouvelles formes génériques moins coûteuses, pour la PrEP, pourrait modifier considérablement la situation en rendant la PrEP plus abordable pour les régimes provinciaux et les individus. [249] Étant donné que la PrEP sera utilisée par des personnes séronégatives, l'achat d'une assurance privée pourrait également être une stratégie rentable pour plusieurs individus, s'ils sont informés de la nécessité d'y procéder avant d'amorcer la PrEP. [249] En fin de compte, les stratégies les plus efficaces consisteront probablement à fournir directement la PrEP à peu de frais ou gratuitement aux personnes les plus à risque. Cependant, un manque de connaissances à propos de cette intervention s'observe parmi les fournisseurs de soins de santé ainsi que dans les populations à risque. [250] L'accessibilité, l'éducation et le plaidoyer coordonné sont nécessaires afin d'optimiser l'utilisation de cet outil de prévention.

***La présente est une version modifiée de [Créer une cascade complète : accroître l'accès aux soins, aux traitements et au soutien en matière de VIH et de VHC](#).***

**Le document complet comprenant toutes les recherches et références est téléchargeable via [www.ctac.ca](http://www.ctac.ca); il peut également être commandé par courriel à [info@ctac.ca](mailto:info@ctac.ca).**