

Act Up-Paris vous invite à sa réunion Publique d'Information (RéPI) :

Psy & VIH

le mercredi
16 février 2005
de 19h à 22h00

Après plus de deux décennies de sida, la mise en place de trithérapies depuis 1996, des effets secondaires de plus en plus présents, des traitements qui permettent des "vacances thérapeutiques", un vieillissement des malades.

Nous en mourons moins, nous sommes mieux soignés. Sommes-nous capables de supporter ces médecins qui nous rassurent, parfois nous malmènent, mais continuent à nous suivre de près tout en nous assurant que tout va bien? Nous sommes souvent perdus face à cette nouvelle vie, qui fait de nous des êtres fatigués, diminués, différents jusque dans l'intimité, inadaptés à cette société de compétition et de travail intensif. Nous sommes 50% à ne pas travailler et à être considérés comme vivant dans la précarité.

au centre Wallonie-Bruxelles,
46 rue Quincampoix, Paris 4^{ème}
Métro : Chatelet-les-Halles ou
Rambuteau

Pour tout renseignement :
traitements@actupparis.org

par tenaires

Actions Traitements remercie, pour leur soutien à son action, les

LABORATOIRES

Abbott France

Boehringer Ingelheim

Bristol-Myers Squibb

Chiron France

Gilead

Glaxo Smith Kline

Produits Roche

INSTITUTIONS

Direction générale de la Santé

Mairie de Paris (DASES)

DDASS 75

ASSOCIATIONS

Sidaction

souhaite d'autant plus le "risque zéro" et c'est parfaitement légitime.

Il faut donc en revenir à l'évaluation du rapport "bénéfice/risque" au plan individuel.

On doit recommander la vaccination contre le l'hépatite B chez le nourrisson et les enfants, où elle est reconnue comme efficace et sans danger.

Pour les adultes, il faut vacciner (si ce n'est déjà fait) toutes les personnes considérées comme ayant un risque de se trouver en contact avec le virus :

Dans tous ces cas, de même que pour le personnel soignant par exemple, le bénéfice potentiel excède largement le risque (s'il existe) de la vaccination.

hétérosexuels ou homosexuels à partenaires multiples (ou dont le/la partenaire a un comportement à risque), personnes susceptibles d'avoir des partenaires issus de pays à haut risque de contamination, usagers de drogues, personnes contaminées par le VIH ou le VHC, voyageurs dans des pays à risque, adeptes du tatouage ou

du piercing, personnes en contact avec un porteur chronique du VHB... Dans tous ces cas, de même que pour le personnel soignant par exemple, le bénéfice potentiel excède largement le risque (s'il existe) de la vaccination.

Truvada® aura-t-il la peau de Combivir®?

Dans le monde de l'industrie pharmaceutique, la bataille pour la suprématie bat son plein. Et ce n'est pas nouveau...

Faute de réelle nouveauté à court terme, les laboratoires recyclent leurs molécules, modifient la galénique, regroupent leurs produits pour diminuer le nombre de prises, et font même parfois des alliances stratégiques. Mais cela profite-t-il vraiment au patient? Pas si sûr...

par Eugène Rayess

redaction@actions-traitements.org



M i s e sur le marché f i n 2 0 0 3 , l'emtricitabine (Emtriva®), inhibiteur nucléosidique de la

transcriptase inverse, fait jeu égal avec la lamivudine (Epivir®) dont il est proche par sa structure pharmacologique. Il n'a, par ailleurs, pas fait la preuve d'une réelle supériorité clinique par rapport au 3TC (Epivir®), un des antirétroviraux les plus anciens et les mieux connus de sa classe.

Depuis le passage en ville d'Emtriva®, son coût est pratiquement le même que celui de l'Epivir® 300 (180,30 euros pour le premier et 181,58 euros pour le second).

Une étude présentée en octobre dernier (GS934) compare chez des patients naïfs de traitement

l'association ténofovir (Viread®) + emtricitabine (Emtriva®) + efavirenz (Sustiva®) en une prise par jour avec l'association AZT/3TC (Combivir®) en deux fois par jour + efavirenz (Sustiva®) en une fois par jour. Cette étude est prévue pour durer 96 semaines et a pour objectif de vérifier la "non-infériorité" de la première association par rapport à la seconde. Il s'agit d'une méthodologie statistique de plus en plus utilisée : en effet, les traitements actuels étant de plus en plus puissants, il devient par conséquent de plus en plus difficile de démontrer une supériorité de l'un par rapport à l'autre...

Les résultats à 24 semaines sont en faveur de la première association, avec une meilleure réponse du bras contenant l'association Emtriva®/Viread®, dans l'analyse en "ITT" (intention de traiter), qui comptabilise les arrêts de traitements comme échecs. Il y en a eu davantage, dus aux effets secondaires, dans l'association contenant le Combivir®, (le plus souvent anémies liées à la zidovudine), et aucun effet indésirable sur le rein n'a été noté.

Balance déséquilibrée

Les problèmes d'anémie observés dans l'association AZT/3TC était prévisibles. Ils restent en pratique courante relativement rares.

Par contre, tous les patients présentant un risque rénal ont été exclus de l'étude (le Viread® peut entraîner dans quelques rares cas une insuffisance rénale chez certains patients) ; la balance est donc un peu déséquilibrée dès le départ.

Dans l'analyse "sous traitement", effectuée sur les patients prenant effectivement le traitement qui leur a été attribué au départ, l'efficacité virologique à 24 semaines est identique pour les deux associations : 99 et 98% de charge virale inférieure à 400 copies/ml respectivement dans chaque groupe.

Cette étude toujours en cours



Ce que les personnes sous traitement demandent avant tout à l'industrie pharmaceutique, plus qu'une galénique simplifiée, ce sont des traitements novateurs, avec des effets secondaires limités.

conforte le laboratoire dans sa volonté de faire tomber le Combivir® (cette association de molécules ayant largement prouvé son efficacité chez les patients naïfs de tout traitement) de son piédestal.

La nouvelle star ?

En effet, Emtriva®, copie presque conforme de l'Epivir®, associée à Viread®, le nucléotidique "superstar" de ces trois dernières années, a tout pour plaire. Il va d'ailleurs sortir en France durant le second semestre une combinaison des deux molécules sous le nom de Truavada®. De plus, pour le rendre encore plus attractif, le laboratoire vient de conclure une alliance inédite dans le milieu pharmaceutique des antirétroviraux : une "joint-venture" avec Bristol-Myers Squibb pour fabriquer un médicament comprenant l'association Emtriva®/Viread®/Sustiva®, qui devrait être le premier traitement de l'infection à VIH en un comprimé par jour !

Que faut-il penser de toutes ces démarches marketing ? Il est vrai que la simplification des traitements antirétroviraux profite aux patients, par une amélioration de la qualité de vie. Un inconvénient potentiel est de "guider" la main des prescripteurs vers des associations standardisées, alors que d'autres, non commercialisées dans le même comprimé, auraient aussi besoin d'être évaluées. Mais ce que les personnes sous traitement demandent avant tout à l'industrie pharmaceutique, plus qu'une galénique simplifiée, ce sont des traitements novateurs, avec des effets secondaires limités. Peut-être avec l'apparition de nouvelles classes thérapeutiques ? Mais cela implique une recherche sur des terrains encore à défricher, et les laboratoires veulent aussi et surtout rentabiliser les molécules existantes qui sont une manne financière non négligeable...

nota bene

Assurance Maladie : Le "dousté" persiste...

Nous avions évoqué dans les numéros 129 et 132 l'arrivée du protocole de soins pour les patients atteints d'une affection longue durée (ALD)

La caisse d'assurance maladie vient de nous préciser qu'avant cette réforme du 13 Avril 2004, les patients pour être reconnus atteints d'une affection longue durée (prise en charge 100%) faisaient déjà l'objet d'un protocole dénommé PIREs (protocole inter-régimes d'examen spécial) établi par le médecin habituel et envoyé au médecin conseil de la sécurité sociale.

Le nouveau protocole (les formulaires ne sont pas encore prêts) sera envoyé au médecin traitant et rempli selon une procédure définie par la haute autorité de santé (pas d'autres précisions).

En attendant l'établissement de ce nouveau protocole, l'ancien protocole permettra de continuer à bénéficier de la prise en charge à 100% pour l'affection concernée.

La CNAM confirme donc qu'il n'y aura pas de rupture de prise en charge des soins.

Espérons que ce protocole ne sera pas l'arlésienne...

Christian Christner