

CONSEIL CANADIEN DE SURVEILLANCE ET D'ACCÈS AUX TRAITEMENTS



Conseil canadien de surveillance
et d'accès aux traitements

DANS CE NUMÉRO

AVRIL 2005
VOLUME 7
NUMÉRO 2

Le gouvernement ontarien propose une politique de maîtrise des dépenses en médicaments.	1
L'accès aux traitements dans les pays en voie de développement.	3
Les pharmacies transfrontalières par Internet — L'industrie au croisement les chemins.	4
L'abc de l'accès : L'accès aux traitements et les essais cliniques.	6
Les systèmes de santé et de guérison traditionnels.	8
Le point sur les essais cliniques.	10
Calendrier des événements.	10
Rapport de la présidente.	11
Membres du conseil.	12

Le gouvernement ontarien propose une politique de maîtrise des dépenses en médicaments

par Jane Hamilton, Best Medicines Coalition

LE MINISTRE DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO a récemment confirmé que la province envisageait d'adopter un nouveau système pour réduire les dépenses du régime d'assurance-médicaments. Il s'agit de la « politique de prix de référence », mais des groupes comme la Best Medicines Coalition, l'Association for the Fifty-Plus du Canada et le CCSAT ont surnommé celle-ci la « politique du médicament le moins cher ». Celle-ci est une autre mesure de « réduction des coûts » mise en vigueur par le gouvernement. Ce système existe actuellement en Colombie-Britannique et pourrait s'étendre à d'autres provinces.

Ce programme obligera les médecins à prescrire les médicaments conformément à une liste qui en restreint le choix et l'accès. Il ne s'agit pas de substituer un produit générique qui renferme la même molécule à un médicament d'origine dont le brevet est échu. En vertu du programme en question, en lieu et place du médicament prescrit par leur médecin, les Ontariens et Ontariennes recevront un autre médicament breveté qui agit de façon quelque peu semblable à celui-là.

Bien que la politique de prix de référence soit proposée à titre de stratégie de maîtrise des dépenses, « la politique du médicament le moins cher » a pour effet réel d'augmenter les coûts pour le système de santé. Le fait d'obliger un patient dont l'état de santé est stable à changer de médicament n'aide ni celui-ci ni le système de santé. Lorsque le médicament le moins cher s'avère inefficace, les coûts augmentent dans les autres volets du système de santé (davantage de consultations, de visites à l'hôpital et de tests diagnostiques, entre autres). Tous ces facteurs contribuent à une augmentation globale des coûts pour le système de santé.

En juillet 2003, le programme PharmaCare de la Colombie-Britannique a adopté une politique de prix de référence pour une classe de médicaments utilisée pour traiter les brûlures d'estomac causées par le reflux gastrique. Les responsables du programme ont qualifié cette manœuvre de « substitution thérapeutique ». Quel que soit le médicament

suite à la page suivante

Le gouvernement ontarien propose un politique de maîtrise des dépenses en médicaments

suite de la page 1

prescrit, les patients doivent prendre le produit « préféré » du gouvernement provincial pour avoir droit à un remboursement. La différence de prix va de 60 à 90 sous par dose quotidienne.

« Les témoignages sur le mal causé aux patients de la Colombie-Britannique sont accablants. Pendant les six mois suivant la mise en vigueur de la politique, 39 000 ordonnances ont été exécutées pour le médicament le moins cher, et 9 600 patients ont subi un échec thérapeutique », a affirmé Gail Attara, directrice générale de la Société canadienne de recherche sur l'intestin. « Il est impératif que les médecins aient un choix quand il s'agit de déterminer le meilleur traitement pour leurs patients ».

Se fondant sur l'expérience du PharmaCare britannico-colombien, le gouvernement ontarien envisage d'instaurer un programme semblable pour la même classe de médicaments, soit les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP).

« Nous reconnaissons l'importance de la rentabilité, mais à notre avis les politiques de prix de référence relèvent de la myopie », a affirmé Louise Binder, présidente du CCSAT. « Il se peut bien que le gouvernement ontarien économise quelques sous aujourd'hui grâce à sa politique de maîtrise des dépenses, mais il paiera beaucoup plus cher plus tard lorsque le fardeau des coûts atterrira dans les autres secteurs du système de santé. »

À l'heure actuelle, il semble que le gouvernement de l'Ontario soit prêt à adopter des politiques restrictives en matière de prix sans écouter les personnes qui risquent d'en subir les effets néfastes et sans vouloir trouver des solutions susceptibles d'améliorer la santé des patients. Dans une lettre commune signée

« La politique du médicament le moins cher » a pour effet réel d'augmenter les coûts pour le système de santé.



par la Best Medicines Coalition et le CCSAT, ces groupes ont exhorté le gouvernement ontarien à :

1. Rejeter n'importe quel plan qui propose l'adoption de stratégies de maîtrise des dépenses pour le régime d'assurance-médicaments qui incluent la substitution thérapeutique, l'établissement de prix de référence, de coûts maximaux admissibles et/ou de politiques sur les médicaments de substitution les moins coûteux. En lieu et place, nous proposons que la province adapte le système australien, lequel intègre l'éducation sur la fixation du prix et l'utilisation des médicaments.
2. Inviter les groupes intéressés à jouer un rôle significatif dans la création d'un système optimal pour l'Ontario qui pourrait servir de modèle aux autres provinces.
3. Mettre en oeuvre une stratégie ontarienne sur les médicaments génériques qui ressemble au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.
4. Fonder un comité consultatif de patients pour conseiller le régime d'assurance-médicaments au sujet des politiques et procédures ayant un impact sur les patients.
5. Amender les règlements qui exigent que les rabais sur les achats en vrac soient soustraits des recettes générales plutôt que du budget des médicaments. Ces rabais devraient être négociés avec l'industrie pharmaceutique. ■



Conseil canadien de surveillance
et d'accès aux traitements

Le CCSAT vient de lancer un Projet de renforcement des capacités

Par l'entremise d'une série de modules d'apprentissage, le CCSAT espère améliorer les habiletés et les compétences de

ses membres afin qu'ils puissent mieux comprendre les enjeux liés à l'accès aux traitements et agir en conséquence. Ces modules seront offerts en français et en anglais sous forme de télé-ateliers, et les participants auront la possibilité de travailler en vue d'obtenir un certificat attestant leur connaissance des questions relatives à l'accès aux traitements. Tous les modules seront mis à la disposition des membres dans le site Web du CCSAT au fur et à mesure qu'ils seront terminés. Pour obtenir plus d'information ou vous inscrire, veuillez communiquer avec Sugandhi Wickremarachchi au (416) 410-1369 ou à sugandhi@ctac.ca. Des renseignements sur ces modules apparaîtront dans le site Web du CCSAT dans un proche avenir.

L'accès aux traitements dans les pays en voie de développement

Mise à jour sur l'objectif « 3 by 5 » à la Conférence sur les rétrovirus

par Enrico Mandarino

ENVIRON 4 000 CHEFS DE FILE DU DOMAINE DE LA RECHERCHE se sont réunis lors de la 12^e Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes pour partager leurs dernières connaissances scientifiques en matière de VIH-sida. On semble avoir mis l'accent sur l'aspect clinique cette année, plusieurs sessions ayant porté sur les complications associées aux traitements antirétroviraux et les façons de les prévenir, de les soigner et de les prévoir.

D'autres sessions ont abordé la question de l'accès aux traitements à l'échelle mondiale, notamment un symposium sur l'amélioration des soins dans les pays en voie de développement. Le discours d'ouverture a été donné par le Dr Jim Kim de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il a parlé avec passion de la nécessité de fournir immédiatement des traitements antirétroviraux à ces pays afin de prévenir d'autres décès et souffrances.

L'activité mondiale en matière de VIH était très limitée au moment où l'on a mis fin au programme mondial sur le VIH en 1994. Pour être capable de jouer son rôle désigné au sein de la famille de l'ONUSIDA, l'OMS avait besoin d'un objectif clair et mesurable pour transformer fondamentalement la lutte contre le VIH-sida, d'où la campagne « 3 by 5 ». L'objectif de cette dernière consiste à fournir un traitement antirétroviral à au moins 3 millions de personnes dans les pays aux ressources limitées avant la fin de 2005.

Selon l'OMS, il y a également un besoin urgent de changement dans le militantisme VIH-sida mondial. La présence du VIH-sida sur l'ordre du jour des réunions internationales de haut niveau n'a rien donné et ce, malgré le message qui se transmet depuis 10 ans comme quoi l'épidémie s'aggrave. Le Dr Kim a affirmé qu'en 2005, « nous en sommes à l'ère des résultats et il ne suffit plus de compter les corps, il faut agir ».

La prévention et la mise sur pied de systèmes de santé pour surveiller les progrès, les défis et les

possibilités d'offrir des traitements antirétroviraux aux pays en développement se trouvent désormais au coeur du combat que livre l'OMS contre le VIH-sida. Plusieurs chefs d'État se sont engagés à faire avancer ce programme. On dispose maintenant de 20 \$ milliards pour faire ce travail, et l'OMS estime qu'il est encore faisable d'offrir des traitements aux pays pauvres en ressources. Elle affirme également que les traitements sont en train de devenir plus abordables.

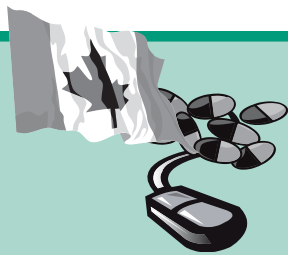
Pendant la deuxième moitié de 2004, le nombre de personnes ayant amorcé un traitement a plus que doublé en Afrique. Au Mozambique et en Ouganda, il a triplé. Le Botswana et le Brésil ont atteint leur objectif « 3 by 5 ». Ce succès est principalement attribuable à la mise sur pied de centres dotés de l'infrastructure nécessaire pour fournir gratuitement des services de prévention, de traitement antirétroviral, de soutien et de counseling.

L'objectif intérimaire qui consistait à offrir un traitement à 700 000 personnes avant la fin de 2004 a été atteint. Pour atteindre l'objectif de l'OMS, ce nombre devra doubler pendant les six premiers mois de 2005, puis doubler de nouveau pendant le reste de l'année. L'objectif élevé de « 3 by 5 » n'est pas hors de portée.

Quatre éléments cruciaux du succès de l'extension des traitements antirétroviraux :

- Volonté politique;
- Accessibilité et qualité des médicaments abordables;
- Améliorer la prévention en fournissant plus de traitements;
- Approche de santé publique pour fournir plus de traitements antirétroviraux. ■

Référence : Discours du Dr. Jim Kim, Cérémonie d'ouverture de la Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, février 2005.



Les pharmacies transfrontalières par Internet — L'industrie au croisement des chemins



par Philip Lundrigan

Événements récents au Canada

Depuis déjà un bout de temps, le CCSAT réclame l'interdiction des pharmacies transfrontalières par Internet (PTFI) au Canada. Ayant reconnu les risques de pénurie de médicaments et d'augmentation des prix, un grand nombre de groupe de consommateurs, d'associations professionnelles et de fournisseurs de soins ont joint leurs voix à la nôtre pour exiger cette interdiction. Il semblerait que les décideurs nous aient entendus.

Le gouvernement fédéral envisage de transformer cette industrie milliardaire. L'enjeu n'est pas nouveau, mais il a fallu que le Président George Bush visite le Canada pour que les médias s'y intéressent sérieusement. Dans un article publié le 5 janvier dans l'Associated Press, on pouvait lire ceci : « Les représentants des gouvernements américain et canadien affirment que M. Bush a discuté de la question avec Paul Martin lors de sa visite l'automne dernier. Cela a déclenché des accusations selon lesquelles M. Bush aurait fait pression sur M. Martin pour qu'il change la politique canadienne, une accusation que nie la Maison Blanche. » Peut-être est-il une coïncidence que la visite du président américain avait lieu au même moment où le ministre Dosanjh commençait à soulever publiquement des préoccupations quant à l'exportation des médicaments canadiens aux États-Unis.

Dans son discours prononcé à la faculté de médecine de l'Université Harvard au mois de novembre 2004, le ministre Dosanjh a affirmé ce qui suit : « Du point de vue du gouvernement canadien, c'est une question très simple qui englobe deux priorités clés : il s'agit de s'assurer que les médicaments d'ordonnance vendus au Canada soit sans danger et que les réserves sont suffisantes pour répondre aux besoins des Canadiens et des Canadiennes. »

Et de poursuivre le ministre Dosanjh : « J'ai de la difficulté à concevoir qu'un petit pays comme le Canada puisse répondre aux besoins en médicaments d'environ 280 millions d'Américains sans mettre nos propres réserves en péril. Pour moi, c'est une question de sens commun : il est impossible que le Canada devienne la pharmacie des États-Unis. Ni les consommateurs américains ni les fournisseurs canadiens ne devraient entretenir des illusions à cet égard. »

Depuis le mois de janvier, divers médias ont indiqué que le ministre

« Cette pratique a cependant ses opposants aux États-Unis aussi, mais leurs motifs varient autant que ceux des opposants canadiens. »

Dosanjh envisageait de rendre la vie dure aux PTFI. Cependant, le ministre fait face à de l'opposition de la part des personnes qui appuient cette activité, y compris un collègue du Cabinet fédéral. Le 4 février 2005, la CBC a rapporté ceci : « Le président du Trésor, Reg Alcock, a rencontré jeudi à Ottawa le ministre de la Santé, Ujjal Dosanjh, pour discuter de la façon dont Ottawa pourrait atténuer les préoccupations à l'égard des pharmacies par Internet sans tuer l'industrie. » Député manitobain, M. Alcock a trouvé un allié en la personne de Gary Doer, premier ministre du Manitoba, pour défendre les 4 000 emplois créés par cette industrie, dont 2 500 dans leur province.

Parmi les options envisagées par le ministre Dosanjh, mentionnons :

1. interdiction de la co-signature des ordonnances américaines par les médecins canadiens à moins que les patients soient évalués par ces derniers comme l'exige la loi canadienne
2. interdiction des ordonnances appartenant aux patients qui ne se trouvent pas au Canada et
3. interdiction de la vente transfrontalière des médicaments pour lesquels la demande est forte au Canada et/ou les médicaments dont les réserves sont déjà menacées au Canada ou risquent de le devenir.

La notion d'une interdiction totale de l'industrie pharmaceutique transfrontalière a été proposée par plusieurs personnes opposées à celle-ci, mais, jusqu'à récemment, ce sentiment n'avait pas trouvé écho chez le ministre. Le 18 février 2005, Randall Palmer de l'agence de presse Reuters a attribué les paroles suivantes au ministre Dosanjh : « Le gouvernement canadien envisage d'interdire intégralement l'exportation des médicaments brevetés dont le prix est contrôlé dans l'intérêt de préserver les prix de médicaments plus faibles du pays ». Il paraît que le ministre envisage de modifier la législation canadienne sur le prix des médicaments pour faire en sorte que les médicaments

suite à la page suivante

Les pharmacies transfrontalières par Internet – L'industrie au croisement des chemins

suite de la page 4

« Pour moi, c'est une question de sens commun : il est impossible que le Canada devienne la pharmacie des États-Unis. »

Ministre Dosanjh

brevetés dont le prix est examiné et autorisé par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) ne puissent être vendus et consommés qu'au Canada.

Il semble que la Canadian International Pharmacy Association (CIPA) (groupe d'encadrement qui représente la majorité des PTFI) se soit aperçue que le vent changeait de direction plus tôt cette année. La CIPA a reconnu les dangers potentiels que son industrie pourrait créer pour les Canadiens et Canadiennes et elle est parfaitement consciente de l'opposition croissante aux PTFI. David Mackay, directeur général de la CIPA, a laissé entendre à plusieurs reprises que l'interdiction des achats en vrac par les Américains serait la solution qui permettrait de protéger les réserves de médicaments canadiennes.

Même si l'interdiction des livraisons en vrac aux États-Unis ne peut résoudre toute seule les problèmes liés aux PTFI, elle constituerait un outil additionnel pour assurer des réserves de médicaments sûrs au Canada. Il paraît que le ministre Dosanjh a ajouté cette suggestion à sa liste de solutions possibles.

Les pharmacies transfrontalières par Internet produisent deux effets qui ne semblent pas attirer l'attention des médias :

1. accroissement des pressions exercées par l'industrie pour faire augmenter les prix au Canada et
2. accroissement des pressions exercées pour faire démonter ou modifier le système de contrôle des prix canadien.

Le CCSAT a revendiqué des mesures visant à préserver et à renforcer celui-ci, notamment l'accroissement et l'amélioration du rôle du CEPMB.

Au sud de la frontière

La question des PTFI a attiré beaucoup d'attention au sud de la frontière aussi, mais pour des raisons bien différentes. Les personnes qui appuient le commerce pharmaceutique par Internet sont principalement des consommateurs américains sans assurance. Les gouvernements de plusieurs états et municipalités américains ont encouragé leur population à importer des médicaments moins chers du Canada et d'autres pays.

Cette pratique a cependant ses opposants aux États-Unis aussi, mais leurs motifs varient autant que ceux des opposants canadiens. La Food and Drug Administration (FDA — agence qui approuve et réglemente les médicaments aux États-Unis) maintient que l'importation des

médicaments du Canada et d'autres pays crée des défis monumentaux en ce qui a trait à la capacité de la FDA à assurer l'innocuité et l'efficacité des médicaments. Quant à l'industrie pharmaceutique, majoritairement américaine en passant, elle est au bord de la panique face à l'érosion de ses profits causée par les consommateurs qui achètent leurs médicaments au Canada. Elle s'oppose donc vivement aux PTFI. De fait, certaines compagnies ont refusé d'approvisionner les pharmacies canadiennes en médicaments de peur qu'ils soient simplement renvoyés aux États-Unis.

Le problème des PTFI existe parce que les médicaments d'ordonnance coûtent moins cher au Canada qu'aux États-Unis. Cette question est dans le collimateur du gouvernement américain depuis longtemps, et celui-ci a commencé à examiner le phénomène de plus près. En décembre 2004, le groupe de travail sur l'importation des médicaments du U.S. Department of Health & Human Services a publié un rapport sur l'importation des médicaments. Les points saillants de ce rapport comprennent les suivants :

1. Le système de réglementation des médicaments actuel des États-Unis a été très efficace en ce qui concerne la protection de la sécurité publique, mais il fait face maintenant à de nouvelles menaces. Toute modification du système devrait s'effectuer dans la plus grande prudence afin d'assurer le maintien de normes de sécurité et d'efficacité élevées pour les réserves de médicaments américaines.
2. La façon dont les gens importent les médicaments à l'heure actuelle comporte des risques considérables.
3. Il serait extrêmement difficile et coûteux d'autoriser l'importation « personnelle » des médicaments tout en assurant l'innocuité et l'efficacité des produits importés.
4. Les économies réalisées à l'échelle nationale grâce à l'importation commerciale légale ne représenteraient probablement qu'un faible pourcentage des dépenses en médicaments totales, et l'élaboration et la mise sur pied d'un tel programme entraîneraient des coûts considérables en plus de nécessiter le recours à de nombreuses autorités additionnelles.
5. De façon générale, la notion populaire voulant que les médicaments importés coûtent moins cher que les médicaments américains n'est pas vraie.
6. La légalisation de l'importation nuirait probablement au développement des médicaments destinés aux consommateurs américains.
7. Il existe un flou quant aux effets de la légalisation de l'importation sur les droits de propriété intellectuelle, mais il est probable que ces effets seraient considérables.
8. La légalisation de l'importation soulève des questions concernant la responsabilité des consommateurs, des fabricants, des distributeurs, des pharmacies et d'autres.

De toute évidence, les auteurs de ce rapport ont conclu que les PTFI présentaient des problèmes réels et potentiels pour les

suite à la page 11



L'abc de l'accès : L'accès aux traitements et les essais cliniques

par Maia Joseph, Coordinatrice du projet des communications et rédactrice, Réseau canadien pour les essais VIH

DANS LE DOMAINE DU VIH-SIDA, les recherches cliniques ont toujours été associées à l'accès à de nouveaux traitements. Toutefois, la promesse de l'accès n'est ni simple ni garantie. Trouver un essai convenable dans un endroit commode fait partie du défi; se faire admettre à l'essai et au groupe choisi pour recevoir le traitement expérimental constituent d'autres obstacles. Les gens qui militent en faveur de l'accès aux traitements ont un rôle important à jouer pour s'assurer que les meilleurs essais cliniques sont menés et qu'ils sont accessibles à un large éventail de personnes vivant avec le VIH-sida.

Essais cliniques : les éléments de base

Commençons par une définition : les essais cliniques sont des expériences soigneusement conçues qui permettent aux chercheurs d'évaluer de nouveaux médicaments et traitements chez les humains. L'évaluation des traitements débute dans le laboratoire sous forme d'expériences en éprouvettes et sur des animaux, mais seuls les essais menés chez les humains peuvent aider les investigateurs à déterminer si un traitement est sans danger et efficace. Au début, les investigateurs évaluent le traitement chez un très faible nombre de personnes. Si cet essai donne de bons résultats, on mène des expériences auprès d'un plus grand nombre de participants. Pour qu'un médicament soit commercialisé, il faut qu'il soit évalué dans le cadre de plusieurs essais cliniques.

À l'heure actuelle, les inhibiteurs de l'entrée qui ciblent le récepteur CCR5 des cellules immunitaires sont un sujet d'étude clinique particulièrement fréquent dans le domaine des traitements anti-VIH. Les compagnies Pfizer, Schering-Plough et GlaxoSmithKline mènent des essais sur des antagonistes du CCR5 au Canada.

Les investigateurs se penchent également sur plusieurs autres questions cliniques importantes. Au Réseau canadien pour les essais VIH (CTN), les chercheurs étudient actuellement des vaccins

thérapeutiques (utilisés pour stimuler la réponse immunitaire au VIH), les interruptions structurées du traitement (également appelées congés thérapeutiques), les stratégies thérapeutiques contre les souches de VIH résistantes, les options de traitement contre la co-infection VIH-VHC, ainsi qu'une intervention psychologique visant à améliorer la fidélité au traitement antirétroviral.

Trouver le bon essai

Malgré la faiblesse de sa population, le Canada accueille un nombre relativement élevé d'essais cliniques. Il n'empêche que certaines personnes vivant avec le VIH-sida sont frustrées parce que les essais auxquels elles veulent participer se déroulent ailleurs, notamment aux États-Unis, ou n'ont pas lieu du tout. De plus, puisque le processus par lequel les essais sont mis sur pied au Canada est souvent long, l'accès aux essais internationaux qui comptent recruter des participants ici est parfois limité parce que les quotas sont atteints dans les autres pays avant que le recrutement commence au Canada.

Il faut également travailler pour faire en sorte que les recherches cliniques canadiennes répondent aux besoins divers de la population séropositive. Jusqu'à présent, relativement peu d'essais cliniques ont abordé la question des différences entre les sexes en ce qui a trait à la pharmacocinétique des antirétroviraux ou celle de l'accessibilité aux traitements dans les prisons ou sur les réserves indiennes, entre autres.

Rester au courant

Il est crucial de mener des essais pertinents et accessibles, mais il est également important de s'assurer que les membres de la communauté en sont au courant. Les spécialistes des maladies infectieuses et les omnipraticiens travaillent fort pour rester au courant des options de traitement offertes dans le cadre d'essais cliniques afin de pouvoir communiquer des nouvelles pertinentes

suite à la page suivante

L'abc de l'accès : L'accès aux traitements et les essais cliniques

suite de la page 6

à leurs patients. Le Réseau canadien pour les essais VIH maintient une liste bilingue des essais en voie de recrutement au Canada, laquelle est affichée sur son site Web et distribuée sous forme d'affiche tous les trois mois.

Il reste que les médecins ont de la difficulté à rester au courant du grand nombre d'essais en cours aujourd'hui, donc les personnes vivant avec le VIH doivent agir aussi. En faisant appel au CTN, au Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE), ainsi qu'aux organismes sida locaux, vous pouvez rester au courant de ce qui se passe dans le monde des essais cliniques. Si des essais en particulier vous intéressent, demandez à votre médecin de se renseigner.

Se faire admettre à l'essai et au groupe recevant le traitement

L'objectif d'un essai clinique consiste à aider les investigateurs à résoudre leurs questions au sujet d'un traitement particulier. Les essais cliniques sont conçus en fonction de cet objectif, et non en fonction de l'accès.

L'admissibilité aux essais cliniques est déterminée par les critères d'inclusion et d'exclusion. Les candidats doivent assister à une interview de sélection pour que les médecins puissent décider s'ils répondent aux critères de l'essai, lesquels se rapportent souvent à la charge virale, au compte des CD4+, aux antécédents de traitement et à l'état de santé des personnes.

La majorité des essais cliniques sont des études comparatives, c'est-à-dire que l'on compare les effets d'un traitement expérimental avec ceux d'un placebo ou d'un traitement approuvé. Bien qu'il soit contraire à l'éthique de refuser aux participants l'accès à un traitement dont les bienfaits sont prouvés, il est possible que les participants soient affectés au volet de l'étude où seulement le traitement conventionnel est administré, ou bien celui-ci plus un placebo. D'habitude, les participants sont affectés au hasard aux différents groupes, souvent dans le cadre d'un processus dit « à double insu » (ni le participant ni l'investigateur ne sait qui reçoit le traitement expérimental jusqu'à la conclusion de l'étude).

Accès élargi : la période pré-commercialisation

Les personnes vivant avec le VIH-sida qui ont désespérément besoin d'essayer un traitement expérimental pourraient avoir plus de chances en tentant de s'inscrire à un programme d'accès élargi.

suite à la page 8

Survол des quatre phases des essais cliniques

Phase I :

Un faible nombre de personnes (20 à 80), séropositives ou séronégatives, reçoivent le traitement. Les chercheurs déterminent les posologies sûres, évaluent la façon dont l'organisme métabolise le traitement, évaluent l'innocuité et identifient les effets secondaires. Ces essais durent habituellement deux ou trois mois. Ils comportent plus de risques que les phases ultérieures parce qu'on en sait moins sur le traitement.

Phase II :

Un plus grand nombre de personnes (100 à 300) ayant le VIH reçoivent le traitement. Les chercheurs déterminent la meilleure posologie, évaluent l'efficacité et identifient les effets secondaires à moyen terme. Ces essais se déroulent habituellement sur une période de quelques mois à un an.

Phase III :

Un grand nombre de personnes (1 000 à 3 000) ayant le VIH reçoivent le traitement. Les chercheurs déterminent si le traitement maintient son efficacité et identifient les effets secondaires à long terme. Ils comparent également le traitement avec des traitements couramment utilisés. Si le traitement s'avère efficace, il se peut qu'il soit approuvé pour l'usage général.

Phase IV :

Souvent, les chercheurs étudient un traitement après son approbation dans le cadre d'essais « post-commercialisation » ou « post-marketing ». Ils tentent de déceler des effets secondaires ou des complications additionnels ou bien ils évaluent le traitement dans le cadre de diverses stratégies préventives ou thérapeutiques.

** Aujourd'hui, plusieurs essais cliniques combinent différentes phases. Par exemple, un essai de phase I/II pourrait évaluer l'innocuité et déterminer la meilleure posologie, alors qu'un essai de phase II/III pourrait évaluer l'efficacité et les effets secondaires à moyen et à long terme.*

L'abc de l'accès : L'accès aux traitements et les essais cliniques

suite de la page 7

Typiquement, tous les participants aux programmes d'accès élargi reçoivent le traitement expérimental. Cependant, dans la plupart des cas, cette option ne leur est offerte que peu de temps avant que la commercialisation du traitement soit approuvée.

Les programmes d'accès compassionnel (ou humanitaire) sont peut-être les mieux connus des programmes d'accès élargi. L'accès compassionnel est offert pour des médicaments qui en sont à un stade de développement avancé; le fabricant impose moins de restrictions sur l'accès que dans le cadre d'un essai clinique conventionnel. Les participants doivent toujours répondre à des critères d'admissibilité, tels qu'un compte des CD4+ inférieur à un niveau spécifié, et le nombre de participants risque d'être très restreint. Depuis le milieu des années 90, des milliers de Canadiens et Canadiennes vivant avec le VIH ont eu accès à de nouveaux antirétroviraux dans le cadre de programmes d'accès compassionnel.

Au Canada, il est possible d'avoir accès à certains traitements anti-VIH non encore commercialisés par le biais du Programme d'accès spécial de Santé Canada. En réponse à une demande faite par un médecin, Santé Canada peut autoriser un fabricant à fournir des traitements expérimentaux figurant sur les listes du programme.

Contrairement aux produits évalués en essais cliniques, certains fabricants exigent des frais pour les produits fournis par le biais de l'accès spécial.

Accès et altruisme

En matière de recherche clinique et d'accès aux traitements, le dernier mot est que l'essai pourrait permettre aux participants de se procurer un nouveau traitement efficace, mais il n'y a aucune garantie. La principale motivation pour participer à un essai devrait être le désir d'aider les personnes qui vivront avec le VIH à l'avenir en contribuant au progrès du savoir scientifique. Il n'empêche que, au bout de compte, l'altruisme est lié à l'accès car le fait de participer aujourd'hui à des recherches sur le VIH-sida augmente la possibilité que de meilleurs traitements soient mis à la disposition de toutes les personnes vivant avec le VIH-sida dans un proche avenir.

Pour en savoir plus sur les essais cliniques, contactez le Réseau canadien pour les essais VIH par téléphone au 1-800-661-4664 ou par courriel à l'adresse ctn@hivnet.ubc.ca. Pour consulter sa liste des essais en voie de recrutement au Canada, visitez <http://www.hivnet.ubc.ca/ctnf.html> et cliquez sur « Essais cliniques ». Le Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE) fournit également de l'information sur les traitements et les essais cliniques. Vous pouvez contacter CATIE par téléphone au 1-800-263-1638, par courriel à questions@catie.ca ou dans Internet à www.catie.ca. ■

Les systèmes de santé et de guérison traditionnels

par Randy Jackson, Réseau canadien autochtone du sida

À l'été 2004, le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) a réalisé un sondage national auprès de 195 personnes autochtones vivant avec le VIH-sida. L'objectif principal de l'étude consistait à documenter dans quelle mesure les besoins en services des personnes autochtones vivant avec le VIH-sida étaient satisfaits et à identifier les lacunes dans la prestation de ces services. L'utilisation des services et leur efficacité ont été analysées en fonction de l'identité autochtone, de la région géographique, du stade de la maladie, du sexe, de l'âge et du mode de transmission. Les personnes autochtones vivant avec le VIH-sida sondées ont formulé des recommandations quant aux façons d'améliorer l'accès et la prestation des services. Même si l'étude a porté sur plusieurs volets de service différents, le présent article met l'accent sur l'importance des systèmes de santé et de guérison traditionnels et l'accès à ces derniers.

La majorité des participants à l'étude (60,5 %) utilisent ou ont besoin des systèmes de santé et de guérison traditionnels autochtones. L'utilisation et les besoins diffèrent considérablement selon l'identité : 66,5 % des répondants des Premières Nations y ont recours, comparativement à 35 % chez les Inuits, les Innus et les Métis. Entre 35 % et 45 % des personnes autochtones vivant avec le VIH-sida ont recours aux cercles de guérison et de partage, aux Anciens, à la médecine traditionnelle, aux camps et aux lieux de ressourcement et à des rites (tente de sudation, etc.). Cependant, les personnes autochtones vivant avec le VIH-sida dont l'état de santé est moins bon (52,8 %) ont tendance à utiliser de tels services moins fréquemment que les personnes qui se portent mieux, ce qui pourrait indiquer un défaut dans la conception de ces services.

suite à la page suivante

Les systèmes de santé et du guérison traditionnels

suite de la page 8

Du point de vue du RCAS, l'ampleur des besoins et de l'utilisation des services n'est pas complètement étonnante. Notre expérience au sein des communautés autochtones s'ajoute aux nombreuses preuves de la littérature universitaire en ce qui concerne le recours aux activités culturelles en matière de santé. Plus les occasions d'apprentissage et de connexion avec sa culture traditionnelle sont nombreuses, plus la détermination et la capacité de la personne à composer avec les événements négatifs se renforcent (Assemblée des Premières Nations 2001; Walters and Simoni, 2002). Le taux d'utilisation et de besoins des participants à cette étude reflète le degré dans lequel les valeurs, les croyances et les pratiques culturelles façonnent les réponses de l'individu au VIH. Ces considérations revêtent une grande importance quand il s'agit de faciliter l'accès dans le contexte de la santé, du bien-être et de la qualité de vie.

Les bienfaits de l'accès aux services de santé et de guérison traditionnels ne doivent jamais être sous-estimés. C'est dans cette optique que la notion de la satisfaction de l'utilisateur devient une considération importante. À l'instar des autres populations touchées par le VIH-sida, si les Autochtones vivant avec le VIH-sida sont insatisfaites des soins qu'elles reçoivent de la part de l'établissement médical, elles ont tendance à ne pas se conformer aux recommandations relatives aux traitements (Ickovics et Meade, 2001 et Roberts, 2003). Pour que les gens soient satisfaits, il faut une communication claire et un respect pour la diversité des contextes culturels et sociaux (Brown et al., 2001). Pour les Autochtones vivant avec le VIH-sida, la situation idéale serait celle où les guérisseurs traditionnels recevraient le même respect que les professionnels médicaux conventionnels. (Assemblée des Premières Nations, 2001). Dans le cadre de notre étude, les participants ont fait plusieurs commentaires non sollicités pour réclamer « une participation plus active... des guérisseurs spirituels » et « un accès accru aux pratiques traditionnelles comme les sueries, les cercles et les guérisseurs ».

Malgré l'importance perçue et l'utilisation répandue des services de santé et de bien-être traditionnels, il existe plusieurs barrières à l'accès que l'on doit prendre en considération afin de concevoir et de mettre sur pied de tels programmes pour les personnes autochtones vivant avec le VIH-sida. D'abord, il ressort de cette étude que la notion de la compétence culturelle constitue un élément fondamental de la conception et de la prestation des programmes. Dans plusieurs cas, les personnes autochtones vivant avec le VIH-

sida n'étaient pas capables d'évaluer positivement leur expérience des contextes de santé conventionnels. Souvent, les participants ont réclamé une augmentation du financement et des ressources humaines pour établir de nouveaux services de santé et de guérison autochtones ou faire la promotion des services existants. Voici un aperçu de leurs recommandations :

- les Anciens qui s'y connaissent en VIH-sida devraient être à la disposition des clients dans les cliniques et les organismes de santé communautaires locaux ;
- on devrait fournir plus d'information sur l'utilisation et l'interaction des médecines traditionnelles et les traitements antirétroviraux ;
- on devrait faciliter l'accès aux rites en rapprochant les sites du lieu de résidence des gens intéressés.

Toutes ces mesures contribueraient à promouvoir et à soutenir l'identité culturelle dans le contexte du VIH-sida. Cependant, d'autres barrières logistiques doivent être prises en considération aussi. Le fait que les personnes autochtones vivant avec le VIH-sida en moins bonne santé ont recours aux services moins souvent demande également notre attention. Il se peut que ce groupe soit tout simplement incapable de contourner les obstacles ou n'ait pas d'options viables en matière de transport en commun, etc.

Il est important d'éliminer ces barrières aux soins traditionnels pour que les Autochtones vivant avec le VIH-sida puissent trouver des soutiens efficaces contre le VIH. La position du RCAS est la suivante : les militants doivent lancer une campagne énergique pour revendiquer l'allocation de fonds pour aborder ces questions dans le cadre de la nouvelle Initiative fédérale sur le VIH-sida du Canada. Pour obtenir un exemplaire des résultats de cette étude, communiquez avec le RCAS au 1-888-285-2226 ou à info@caan.ca. ■

Sources

Assemblée des Premières Nations (2001). *Plan d'action sur le VIH/sida*. Ottawa, Ontario.

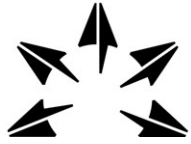
Brown, V.B. et al. (2001). "Satisfaction with Innovative Community and University Health Clinic Programs for Groups of Traditionally Underserved Individuals with HIV/AIDS: Empirical Model" in *Home Health Care Services Quarterly*, 19(1-2): 77-102.

Ickovics, J.R. and C.S. Meade (2002). "Adherence to HAART among Patients with HIV: Breakthroughs and Barriers" in *AIDS Care*, 14(3): 309-318.

Roberts, K.J. (2002). "Physician-Patient Relationships, Patient Satisfaction, and Antiretroviral Medication Adherence Among HIV-Infected Adults Attending a Public Health Clinic" in *AIDS Patient Care and STDs*, 16(1): 43-50.

Walter, Karina and Jane Simoni (2002). "Reconceptualizing Native Women's Health: An Indigenist Stress Coping Model" in *American Journal of Public Health*, 24 (1): 520-524.

Le point sur les essais cliniques



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

Les résultats sont arrivés au sujet des congéés thérapeutiques

LA DRE SHARON WALMSLEY DE TORONTO a présenté les résultats de son essai clinique (CTN 164) sur l'interruption structurée du traitement lors de la Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, tenue fin février à Boston, dans le cadre d'une présentation-affiche intitulée « Essai prospectif randomisé sur l'interruption structurée de traitement (IST) suivie de l'amorce d'un nouveau schéma antirétroviral versus le passage immédiat à un nouveau schéma antirétroviral chez des patients infectés par le VIH manifestant un échec virologique sous HAART ».

Au moment de la clôture de cet essai — à l'automne dernier — on avait recruté 147 participants dans des sites partout au Canada, ce qui faisait de celui-ci une des plus importantes études prospectives sur l'ITS menées jusqu'à présent.

L'essai se distinguait des études publiées précédemment en ce qu'il portait sur des personnes qui en étaient à un stade moins avancé de l'infection au VIH — celles qui avaient vécu l'échec virologique d'un traitement antirétroviral de première ou de deuxième intention mais pour lesquelles il était possible de construire un traitement de sauvetage adéquat.

De plus, l'étude permettait le recours à une prophylaxie contre les infections opportunistes dans les cas où c'était indiqué dans les lignes directrices.

Les résultats laissent penser que le fait d'effectuer une IST de 12 semaines avant d'amorcer un traitement antirétroviral de sauvetage n'améliore pas les résultats. On n'a constaté aucune différence dans le pourcentage de patients ayant réussi à maintenir une charge virale inférieure à 50 copies pendant 3 mois. De plus, on a constaté une augmentation des cellules CD4 plus faible du point de vue statistique, ainsi qu'une réduction comparable de la charge virale après 60 semaines.

(Pour lire le résumé au complet [en anglais], visitez www.RetroConference.org/2005/Home.htm).

CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS

printemps 2005

● 14 avril

Positive Women's Network : Springboard 2005
Vancouver, Colombie-Britannique
Information : pwn@pwn.bc.ca ou 604-692-3000

● 12 au 15 mai

Conférence de l'Association canadienne de recherche sur le VIH
Vancouver, Colombie-Britannique
Information : info@cahr-acrv.ca ou 604-642-6429, poste 307

● 6 juin

Journée de perfectionnement des compétences du CCSAT
Calgary, Alberta
Joignez-vous au CCSAT pour une journée de perfectionnement des compétences à Calgary! C'est ouvert à tous. Visitez www.ccsat.ca pour obtenir plus de détails ou vous inscrire aux activités.

● 15 au 19 juin

Assemblée générale annuelle et forum de PVIH de la Société canadienne du sida (SCS)
Ottawa, Ontario
Information : CASinfo@cdnaids.ca ou 1-800-884-1058

● 20 au 21 juin

Conférence et Assemblée générale annuelle de Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE)
Ottawa, Ontario
Information : info@catie.ca ou 1-800-263-1638

● 15 au 18 octobre

Assemblée générale annuelle du CCSAT
Moncton, Nouveau Brunswick
Information : ctac@ctac.ca ou 416-410-6538

● 26 au 30 octobre

5^e Symposium national sur le perfectionnement des compétences dans le domaine du VIH/sida
Montréal, Québec
Date limite pour la remise des demandes de bourse : le 30 juin 2005. L'inscription au symposium a commencé ! Inscrivez-vous en ligne à www.hivaids-skills.ca. Pour en savoir plus, visitez www.hivaids-skills.ca ou composez le 1-877-998-9991

Les résultats de la Dre Walmsley et ceux des autres études portant sur l'IST sont très pertinents. Dans les lignes directrices publiées l'automne dernier par le United States Department of Health and Human Services, on affirmait qu'il fallait recueillir des données supplémentaires dans le cadre d'essais cliniques contrôlés afin d'évaluer si les interruptions structurées du traitement sont efficaces et sans danger. ■

RAPPORT DE LA PRÉSIDENTE DU CCSAT – printemps 2005

par Louise Binder

RÉCEMMENT, J'AI SONGÉ À ÉCRIRE

une oeuvre de fiction dans le style du Code de Da Vinci afin de nourrir ma paranoïa quant à l'existence de conspirations et d'accords secrets qui visent à détruire les derniers vestiges de notre système de santé. Les indices sont nombreux et la plupart d'entre eux sont évidents, notamment le complot des gouvernements provinciaux pour restreindre l'accès aux régimes d'assurance-médicaments et la querelle continue avec Ottawa pour obtenir plus d'argent.

Par contraste, le gouvernement fédéral semble avoir été illuminé dernièrement par rapport aux enjeux de la santé. En plus d'envisager l'interdiction des pharmacies transfrontalières par Internet, il a augmenté le financement de la lutte contre le sida et présenté un budget qui comporte plusieurs éléments positifs du point de vue des soins de santé.

Au début mars, j'ai assisté à ce qui promettait d'abord d'être une téléconférence intéressante sur le nouveau budget présidée par les ministres de l'État et de la Santé. Lorsqu'on lui a demandé pourquoi la stratégie anti-hépatite C n'avait reçu qu'un an de financement, David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique, a répondu qu'il s'agissait d'un financement intérimaire et qu'il fallait élaborer des stratégies



intégrées sur les maladies infectieuses et chroniques pour financer la lutte contre l'hépatite C à l'avenir.

Sur le coup, son commentaire n'a pas été contesté, mais il m'a mise sur mes gardes (et vous aussi, j'espère). En voici mon interprétation : le gouvernement fédéral envisage d'éliminer le financement ciblé de la lutte contre le VIH-sida en faveur de la création d'un fonds collectif conçu pour combattre un groupe de maladies qui restent à préciser. Cela contredirait les commentaires faits par le ministre de la Santé lors des audiences récentes au sujet du budget. Pendant ces dernières, il a affirmé que des allocations spécifiques étaient consacrées au VIH-sida. Je m'inquiète beaucoup de voir une stratégie sur les maladies infectieuses avaler les fonds dont nous avons tellement besoin pour lutter contre le VIH-sida et pour lesquels nous avons travaillé si fort. Nous espérons que l'avis du ministre prendra le dessus.

Des fonds adéquats doivent être alloués pour lutter contre toutes les maladies, y compris l'hépatite C. Toute tentative de cacher un sous-financement chronique en créant un seul budget pour plusieurs maladies est inacceptable. Il faut que nous fassions comprendre aux ministres fédéraux de l'État et de la Santé, à l'administrateur en chef de la santé publique et à nos députés que la lutte contre l'épidémie du VIH-sida dans ce pays exige des ressources considérables et que nous ne resterons pas cois devant des agissements qui les mettent en péril. Écrivez-leur, appelez-les ou allez les voir maintenant. ■

Les pharmacies transfrontalières par Internet — L'industrie au croisement des chemins

continued from page 5

consommateurs et autorités américains, alors que les bienfaits de cette pratique sont considérés comme minimes, voire inexistantes.

La raison fondamentale pour laquelle les Américains achètent leurs médicaments à d'autres pays brille par son absence dans ce débat. Il s'agit de l'absence de réglementation du prix des médicaments aux États-Unis. De nombreuses sources ont rapporté que l'industrie pharmaceutique se montrait généreuse dans son appui au Président Bush, et celui-ci ne manque pas de gentillesse à l'égard de l'industrie. Il est très peu probable qu'une discussion sur le prix des médicaments aux États-Unis soit amorcée au plus haut niveau.

La proposition d'interdire les PTFI est appuyée des deux côtés de la frontière, et le gouvernement de chaque pays a signifié sa préférence quant à la suspension de cette pratique, quoique pour des raisons très différentes. Il semble que nous approchions tranquillement de notre destination souhaitée. Les actions récentes du gouvernement fédéral canadien pour résoudre cette question potentiellement critique

marquent un changement de cap comparativement au discours vide que l'on prononçait auparavant au sujet des PTFI.

Tant que le système de marché libre des États-Unis dictera le prix des médicaments (tout ce que le marché peut supporter), les pressions sur nos réserves de médicaments et notre système de réglementation des prix continueront d'exister. Le ministre Dosanjh a pris des engagements solides pour résoudre le problème des PTFI. S'il demeure courageux et interdit l'expédition transfrontalière des médicaments canadiens, il est possible que cela incite les Américains à examiner les implications, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de leur pays, de l'absence de réglementation du prix des médicaments.

Vous trouverez d'autres articles sur cette question dans les numéros précédents suivants du bulletin du CCSAT : janvier 2005, mars 2004 et juin 2004. Les numéros actuels et anciens du bulletin se trouvent à l'adresse <http://www.ctac.ca/francais/newsletter.html>. ■

CONSEIL D'ADMINISTRATION

● PRÉSIDENTE **Louise Binder**

Toronto People With AIDS Foundation (TPWAF)

● VICE-PRÉSIDENT **Ron Rosenes**

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

● TRÉSORIER **Tony Di Pede**

James Edwards

Horace Josephs

Geraldine Trimble

MEMBRES DU CONSEIL

Mark Randall Alberta • **Daryle**

Roberts Colombie-Britannique • **Daryn**

Bond Manitoba • **Richard Neron** Terre-

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

Sangster Nouvelle-Écosse • **Brian Finch**

Ontario • **Troy Perrot** Île-du-Prince-

Édouard • **Jean-Pierre Bélisle** Québec •

Derek Bell British Columbia Persons with

AIDS Society (BCPWA) • **Gil Lerat** Réseau

Canadien Autochtone du SIDA (RCAS) •

Patrick Cupido Réseau canadien d'info-

traitements sida (CATIE) • **James**

Kreppner Société canadienne de

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

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

Monteith Coalition des organismes

communautaires québécois de lutte contre le

sida (COCQ-Sida) • **Clément Bolduc**

Comité des personnes atteintes du VIH du

Québec (CPAVIH)

BAILLEURS DE FONDS 2004

Santé Canada

Abbott Laboratories • Boehringer

Ingelheim • Bristol-Myers Squibb • Gilead

Sciences • GlaxoSmithKline en partenariat

avec Shire BioChem • Hoffmann-La Roche

• Pfizer Canada Inc., Division Agouron •

Schering Canada • Ward Health Strategies

LES DÉCLARATIONS DE PRINCIPES DU CCSAT

Déclarations de principes

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

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

DEVENEZ MEMBRE

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

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

Une adhésion à part entière sera limitée :

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

Une adhésion associée sera limitée :

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

COMMUNIQUEZ AVEC NOUS

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

Case postale 116, Succursale F

Toronto, Ontario M4Y 2L4

Téléphone et

Télécopieur : (416) 410-6538

Courriel : ctac@ctac.ca

Site Web : www.ccsat.ca

Mandat de l'organisation

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

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

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

RÉDACTION

Ce bulletin est une publication trimestrielle.

Comité de rédaction :

Derek Bell / Daryn Bond / Enrico Mandarino (président) / Ken Monteith

Comité éditoriale :

Michelle Marchione / Ken Monteith / Theresa Wojtasiewicz

Coordination éditoriale :

Michelle Marchione

Traduit de l'anglais et du français

par Alain Boutilier

Imprimé par The Printing House

Permission de reproduire : Ce bulletin peut être reproduit à des fins personnelles. Toutefois, ce contenu ne doit pas être modifié et toute réimpression doit s'accompagner du texte suivant : « Renseignements tirés du Volume 7 numéro 2 (avril 2005) du bulletin d'information du Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements ».

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