

# CONSEIL CANADIEN DE SURVEILLANCE ET D'ACCÈS AUX TRAITEMENTS



Conseil canadien de surveillance  
et d'accès aux traitements

## DANS CE NUMÉRO

AOÛT 2005  
VOLUME 7  
NUMÉRO 3

Plan d'action sur les soins, le  
traitement, le soutien, la prévention  
et la diagnostic. .... 1

Pourquoi tant de retards ? Le PCEM  
prolonge l'attente des médicaments  
dans les provinces. .... 3

Pour une véritable prise en charge de  
la lipodystrophie. .... 4

L'abc de l'accès : La Direction des  
produits thérapeutiques et le processus  
d'approbation des médicaments. .... 6

Des traitements spécifiques aux  
femmes : il faut faire plus de  
recherches. .... 8

Une mise à jour :  
Les outils pour l'action. .... 9

Des stratégies pour réussir :  
Les orientations stratégiques du  
CCSAT pour les cinq prochaines  
années. .... 10

Résultats du sondage sur le bulletin. ... 10

Calendrier des événements. .... 11

Rapport de la présidente. .... 11

Membres du conseil. .... 12



## Plan d'action sur les soins, le traitement, le soutien, la prévention et la diagnostic

par Kim Thomas, Société canadienne du sida

**COMME PLUSIEURS D'ENTRE VOUS LE SAVENT DÉJÀ**, *Plan d'action sur le VIH-sida au Canada : Vers 2006 (Blueprint)* est une coalition dynamique qui réunit maintenant plus de 60 organismes et plusieurs particuliers. Lors d'une réunion nationale tenue au mois d'avril dernier à Ottawa, 30 membres de Blueprint ont ratifié le programme de la coalition et commencé à identifier les enjeux qui nécessiteront des actions au cours de la prochaine année. Pendant la réunion, quatre comités additionnels se sont formés afin d'aborder une gamme d'enjeux différents. Il nous fait plaisir d'annoncer que nous avons créé, entre autres, un comité consacré aux soins, au traitement, au soutien, à la prévention et au diagnostic (STSPD). Ce dernier sera présidé par Barby Skaling de l'organisme Healing our Spirits.

Ce comité a pour mandat d'établir des priorités et de déterminer le genre de réponses qu'il voudrait susciter de la part des gouvernements, des corporations et du public en ce qui concerne les priorités établies. Lors d'une réunion récente, nous avons dressé une liste de priorités qui se rapportent à un grand nombre d'enjeux liés aux STSPD. Ces deniers se répartissent en trois catégories : les soins, le traitement et le soutien; les enjeux spécifiques aux Autochtones et les autres enjeux d'ordre culturel; les infections et les médicaments. Nos priorités sont les suivantes :

### Soins, traitement et soutien

- S'assurer que des traitements et de l'information spécifiques aux femmes sont largement accessibles; élaborer des stratégies pour les femmes qui ont peur de divulguer leur statut à leur conjoint;
- Fournir un soutien aux parents d'enfants séropositifs (p. ex., les aider à divulguer l'état de leur enfant quand il le faut) et assurer des traitements adéquats aux enfants;
- S'assurer qu'il existe un système de surveillance post-approbation pour les traitements utilisés par les femmes;
- Réunir des données, en fonction du sexe et du groupe d'âge, sur les façons dont le

*suite à la page suivante*



## Plan d'action sur les soins, le traitement, le soutien, la prévention et la diagnostic

suite de la page 1

En préparation de la **Conférence internationale du sida**, Blueprint a commencé à revendiquer l'intégration complète des enjeux spécifiques aux femmes dans le programme de la conférence, ainsi qu'une représentation égale parmi les conférenciers.

stigmatisme et la discrimination créent des barrières aux soins et au soutien;

- Fournir de l'information spécifique aux sexes aux professionnels de la santé;
- Améliorer l'accès aux médecins de soins primaires;
- Établir des normes de soins et de traitement nationales;
- Fournir des traitements contre la lipodystrophie;
- Coordonner les services d'info-traitements partout au Canada;
- Fournir une voix forte aux jeunes, aux personnes transgenres et aux femmes bispirituelles;
- Examiner les facteurs liés à l'alphabétisation;
- S'assurer que les femmes en prison disposent de services de soins, de traitement et de prévention suffisants.

### Enjeux spécifiques aux Autochtones

- Fournir des soins, des traitements et du soutien qui sont adaptés aux différences culturelles;
- Lancer un projet de renforcement des capacités intensif à l'intention des travailleurs de la santé des régions nordiques;
- Élaborer des stratégies pour combattre le racisme institutionnalisé, la pénurie de professionnels médicaux, les problèmes liés à la confidentialité et la pénurie de services de réadaptation destinés aux toxicomanes autochtones.

### Enjeux d'ordre culturel

- Assurer l'accès aux soins des enfants dont la mère est originaire d'un pays où le VIH-sida est endémique;
- Aider les fournisseurs de services de première ligne à formuler des réponses adaptées aux différences culturelles afin qu'ils puissent aider les femmes à divulguer leur statut à leur conjoint et à leurs enfants;
- Fournir de l'information adaptée aux différences culturelles dans d'autres langues;

- Élaborer une stratégie pour partager de l'information avec d'autres agences.

### Infections et médicaments

- Revendiquer davantage de recherches sur l'hépatite C;
- Étudier les effets secondaires des antirétroviraux chez les femmes et examiner leur impact sur l'aptitude de celles-ci à travailler et à élever leurs enfants;
- Faire de la recherche sur les effets des traitements sur les cycles hormonaux des femmes;
- Revendiquer davantage de recherches sur les microbicides et faire plus de sensibilisation à ce sujet;
- Revendiquer des essais cliniques spécifiques aux femmes qui tiennent compte des questions relatives à la reproduction;
- Promouvoir la collecte de données spécifiques aux femmes lors des essais cliniques;
- Promouvoir la participation des femmes aux essais cliniques;
- Revendiquer des essais sur les thérapies complémentaires et alternatives.

Voilà toute une liste ! Ce n'est pourtant qu'un premier jet, et il reste beaucoup de travail à faire pour finaliser ces recommandations. Nous croyons cependant être sur la bonne voie. Les prochaines étapes consisteront à consulter nos communautés, à publier une liste de revendications formelle et à obtenir des appuis avant la Journée mondiale du sida 2005. Cela nous permettra de préparer un rapport en vue de la Conférence internationale du sida qui aura lieu en août 2006, à Toronto.

En préparation de la Conférence internationale du sida, Blueprint a commencé à revendiquer l'intégration complète des enjeux spécifiques aux femmes dans le programme de la conférence, ainsi qu'une représentation égale parmi les conférenciers et dans l'attribution des bourses. Des membres de « Blueprint » ont déjà rencontré des représentants du comité organisateur de la conférence et reçu des commentaires favorables à notre demande, ce qui laisse croire que la notion de l'égalité des sexes est présente dans l'esprit des planificateurs de la conférence. Nous continuerons de surveiller cette question et d'insister sur nos revendications afin de nous assurer que les enjeux spécifiques aux femmes sont bien représentés à Toronto en 2006.

Pour obtenir plus d'information, contactez Barby Skaling chez Healing Our Spirits à l'adresse [skaling@healingourspirit.org](mailto:skaling@healingourspirit.org). ■

# Pourquoi tant de retards ?

## Le PCEM prolonge l'attente des médicaments dans les provinces

*par Jane Hamilton, Best Medicines Coalition*

**LE PROGRAMME COMMUN D'ÉVALUATION DES MÉDICAMENTS** (PCEM) est un processus unique qui consiste à examiner les nouveaux médicaments et à formuler des recommandations aux régimes d'assurance-médicaments fédéraux, provinciaux et territoriaux quant à l'inclusion de ceux-là sur leur liste de produits remboursables (liste de médicaments ou formulaire). Toutes les juridictions y participent sauf le Québec. Avant l'instauration du PCEM, chaque province effectuait ses propres examens.

Contrairement aux processus de prise de décisions en vigueur dans plusieurs autres pays, au Canada le PCEM ne permet pas aux patients et aux consommateurs de participer à l'examen des médicaments. Dès la fin décembre 2004, le Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM) avait déconseillé le remboursement de 60 % des médicaments qu'il avait examinés et proposé une couverture restreinte pour 13 % des produits évalués. Les Canadiens et Canadiennes qui dépendent des programmes d'assurance-médicaments publics sont inquiets parce qu'il semble que le PCEM soit en train de devenir une barrière à l'accès aux nouveaux médicaments.

Le PCEM comporte également de nombreux risques pour les patients, notamment : des retards qui limitent l'accès à des médicaments essentiels; un manque de transparence; l'exclusion des patients et d'autres acteurs pertinents des processus de demande d'examen et de prise de décisions; l'impossibilité d'en appeler des décisions.

Le Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements (CCSAT) a exprimé des préoccupations à l'égard de la décision de ne pas recommander le remboursement de Viread (ténofovir), un analogue nucléotidique utilisé dans le cadre de plusieurs multithérapies, tant par des patients naïfs aux traitements que par des patients ayant déjà reçu des médicaments anti-VIH. Par conséquent, le ténofovir ne figure pas sur la liste de médicaments remboursables de l'Ontario, province où résident 40 % des Canadiens vivant avec le VIH-sida.

Chose intéressante, Santé Canada a approuvé le ténofovir en vertu d'un Avis de conformité conditionnel (ACC) parce que, selon les données à sa disposition, ce produit aurait fait preuve d'effets

prometteurs et posséderait un profil d'innocuité acceptable (selon une évaluation des risques et des bienfaits). Lors d'un essai clinique international mené auprès de 600 participants, on a trouvé que le ténofovir parvenait à supprimer le VIH de façon comparable au d4T (un autre agent antirétroviral) après trois ans de traitement. De plus, les lignes directrices de la Société internationale du sida recommandent l'association du 3TC ou du FTC avec soit l'AZT soit le ténofovir pour constituer la « colonne vertébrale » d'une multithérapie antirétrovirale. Ces lignes directrices sont fondées sur des données et des expériences cliniques partout dans le monde, mais le CCCEM semble avoir maintenu une parfaite ignorance de ces dernières lorsqu'elle a pris sa décision.

Malgré l'accumulation de données scientifiques favorables à l'égard du ténofovir, le PCEM n'a relevé aucune preuve d'un avantage thérapeutique quelconque de ce dernier pour les patients déjà traités relativement aux comparateurs appropriés. Le PCEM a également trouvé que le ténofovir était plus coûteux que les autres INTI. Le CCSAT est inquiet parce que la décision du PCEM ne semble pas concorder avec les preuves scientifiques; en fait, on dirait qu'elle est fondée uniquement sur une comparaison des prix.

« La décision de ne pas recommander le remboursement du ténofovir ne prévoit non plus aucune exemption pour les patients qui y ont déjà accès par le biais du programme d'accès élargi, a dénoncé Louise Binder, présidente du CCSAT. Cela veut dire que des patients qui dépendent du ténofovir pourraient perdre leur médicament et se voir obligés de prendre une combinaison qui est remboursée par leur province. Cela annule la décision du médecin, met à risque la santé des patients et soulève des questions de responsabilité. »

Le CCSAT réclame actuellement une réévaluation complète du processus employé par le PCEM et exige que le ténofovir soit remboursé par les régimes d'assurance-médicaments provinciaux. Notre position est la suivante : le PCEM comporte des défauts mortels et ne permet aucune participation des parties concernées au processus de prise de décisions et crée des retards inutiles. ■

# Pour une véritable prise en charge de la lipodystrophie

La lipodystrophie est un syndrome complexe qui touche les personnes infectées par le VIH en multithérapie. Il englobe plusieurs symptômes qui sont caractérisés par des changements métaboliques et une distribution anormale de la masse grasse du corps. Trois manifestations distinctes ont été décrites : la lipoatrophie (perte de graisse dans le visage, les jambes, les bras et les fesses), la lipoaccumulation (dépôts de graisse dans l'abdomen près des organes internes, ainsi que sur les seins, le cou et sous la peau) ou bien le syndrome mixte, lequel comporte à la fois des symptômes de lipoatrophie et de lipoaccumulation.

*par Martin Mailloux, Comité LIPO-ACTION!*

**DEPUIS 1996, LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH)** ont expérimenté l'efficacité des traitements antirétroviraux (ARV) pour combattre le VIH. Cela a permis de prolonger considérablement l'espérance de vie et d'améliorer la condition de santé des PVVIH. Par contre, ces quelques années de traitement ont tout de même eu des conséquences moins reluisantes, notamment les traces stigmatisantes de la lipodystrophie.

Le Comité LIPO-ACTION! a vu le jour le 16 octobre 2003. Il a pour mandat de trouver des solutions aux problèmes liés à la lipodystrophie et de revendiquer l'accès aux traitements contre celle-ci.

Pour en savoir plus sur les causes et les effets de la lipodystrophie, visitez les sites Web aux adresses suivantes : [www.natap.org](http://www.natap.org) et [www.facialwasting.org](http://www.facialwasting.org).

L'impact morphologique de la lipodystrophie ne peut pas se réduire à une simple question d'esthétique. Il s'agit d'un syndrome complexe ayant de graves conséquences pour la santé, l'intégrité physique et la qualité de vie des PVVIH. Elle provoque des déformations corporelles visibles et mesurables qui sont stigmatisantes, parfois même handicapantes. Outre l'augmentation des risques cardiovasculaires et de diabète, la lipodystrophie a un grave impact sur le traitement et la santé mentale. En raison des signes apparents de la lipodystrophie, de nombreuses PVVIH veulent à tort arrêter leur médication. D'autres tardent à initier leur régime thérapeutique et risquent ainsi de se retrouver avec un nombre critique de CD4. Plusieurs personnes qui en sont affectées vivent dans un état de grande détresse psychologique et d'isolement. Selon une source : « Ces changements morphologiques peuvent mener à l'anxiété, à la dépression, à la perte d'estime de soi, et nuire à la vie sociale et à l'emploi »<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> (Le Syndrome de la lipodystrophie, guide pour les professionnels de la santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 2005, p.8.)

Les membres du Comité LIPO-ACTION! militent pour que cette problématique soit reconnue et prise en compte.

## **Exigeons des actions !**

Il faut agir dès maintenant ! Le 10 juin de cette année, le Comité LIPO-ACTION! a présenté les trois requêtes suivantes à M. Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, et à 34 membres influents de l'Assemblée nationale :

### **1. Mise en place d'un programme systématique de prévention et de diagnostic de la lipoatrophie et de la lipoaccumulation**

#### **A. Prévention**

Pour la lipoatrophie, si l'étiologie du syndrome n'est pas encore reconnue, la cause associée est connue. Le moyen le plus simple et direct d'éviter ce problème chez la majorité des patients est de changer d'antirétroviraux lors de l'apparition du syndrome. Pour la lipoaccumulation, cependant, ni l'étiologie ni la cause associée n'est encore aussi bien déterminée. Par conséquent, une approche plutôt individuelle, cas par cas, est requise.

Les membres du Comité LIPO-ACTION! demandent au ministère de mettre en place un programme d'éducation pour les cliniciens qui traitent le VIH et de fournir de l'information pertinente sur les changements morphologiques causés par la lipodystrophie aux PVVIH afin d'agir pour prévenir le syndrome avant que les patients ne se retrouvent avec des conditions très sévères.

#### **B. Diagnostic**

De nombreuses personnes vivant avec la lipodystrophie ont rapporté que leurs médecins-cliniciens ont refusé de prendre au sérieux leurs conditions stigmatisantes et parfois douloureuses physiquement et

*suite à la page suivante*

## Pour une véritable prise en charge de la lipodystrophie

*suite de la page 4*

moralement. Nos médecins nous ont dit qu'il n'y avait aucun moyen de diagnostiquer ces changements morphologiques, alors que ces techniques sont disponibles chez n'importe quel diététiste et dans la plupart des hôpitaux du Québec.

Nous demandons que les standards de soins cliniques pour toutes les PVVIH du Québec incluent l'accès aux moyens de diagnostiquer la lipodystrophie en évaluant les changements corporels causés par la lipoatrophie et la lipoaccumulation :

- Les mesures anthropométriques comme les mesures des plis cutanés, l'analyse de la bioimpédance électronique, etc.;
- Les moyens radiologiques comme le scan DEXA (dual-energy X-ray absorptiometry), l'échographie, la tomographie, et la résonance magnétique.

### 2. L'accès aux interventions réparatrices pour la lipoatrophie faciale causée par les traitements antirétroviraux.

Pour les PVVIH affectées par la lipoatrophie, nous demandons :

- a. L'inclusion des techniques réparatrices pour la lipoatrophie dans la nomenclature générale des actes professionnels couverts par le Régime d'assurance-maladie du Québec, assorti d'un remboursement adéquat pour un tel acte;
- b. L'inclusion de deux produits de remplissage injectables : le Sculptra (New-Fill) et le Bio-Alcamid sur la liste des médicaments/produits couverts par la RAMQ, dès qu'ils seront homologués au Canada;
- c. L'émission de directives concernant des standards de soins pour le VIH qui incluent des indications pour la surveillance du développement de la lipoatrophie et qui informent les médecins-cliniciens de la provenance de cette condition afin d'envisager un changement de médication en vue d'en freiner la progression;

- d. Le transfert du TDF (Viréad, tenofovir) de la liste de médicaments d'exception à la liste régulière de médicaments antirétroviraux, afin d'assurer le choix d'un régime antirétroviral préventif de la lipoatrophie faciale.

### 3. Accès aux interventions réparatrices pour certaines manifestations morphologiques de la lipoaccumulation (et en particulier la « bosse de bison ») causée par les traitements antirétroviraux

Pour les PVVIH affectées par la lipoaccumulation, nous demandons :

- a. L'inclusion des techniques réparatrices pour la « bosse de bison » dans la nomenclature générale des actes professionnels couverts par le Régime d'assurance-maladie du Québec, assorti d'un remboursement adéquat pour un tel acte;
- b. L'émission de directives concernant des standards de soins pour le VIH qui incluent des indications pour la surveillance du développement de la lipoaccumulation et l'usage des pistes de solutions connues. Par exemple : en présence de lipoaccumulation dans la cavité abdominale chez une personne suivant un régime incluant l'indinavir (Crixivan), changer l'inhibiteur de la protéase pour un autre médicament moins toxique;
- c. Le soutien financier de l'état québécois pour encourager un accès élargi à la recherche de pointe sur le peptide TH9057 de Theratechnologies et son utilisation lors d'essais cliniques, accessibles au plus grand nombre possible de patients atteints.

Le Comité LIPO-ACTION! encourage les autres groupes communautaires à présenter des revendications semblables à leur gouvernement provincial. Pour obtenir plus d'information sur les requêtes du comité, lisez le document intitulé « Prévenir et traiter la lipodystrophie au Québec en 2005 », à l'adresse [www.cpahvih.qc.ca](http://www.cpahvih.qc.ca) (disponible en français et en anglais). Vous pouvez également visionner la vidéo « Brisons le silence avec LIPO-ACTION! » (en anglais sous peu) à [www.exorbitas.com/lipo-action.htm](http://www.exorbitas.com/lipo-action.htm). Voulez-vous participer à nos activités ? Contactez-nous à [lipoaction@yahoo.ca](mailto:lipoaction@yahoo.ca). ■

*Un membre du CCSAT offre sa perspective personnelle sur la lipodystrophie et la lipoatrophie*



Je figure au nombre des quelques chanceux qui ont répondu aux critères d'une étude visant à déterminer l'efficacité et la durabilité de Radiesse, un composé de calcium que l'on injecte sous la peau pour contrer l'émaciation faciale causée par la lipoatrophie. Pendant que je subissais cette intervention modérément douloureuse de 30 minutes, j'ai regardé le Dr Carruthers et déclaré : « Jamais de la

vie je n'aurais cru subir une chirurgie esthétique ». Il m'a regardé droit dans les yeux et répondu : « Ceci n'est pas une chirurgie esthétique. Il s'agit d'une intervention pour corriger les effets défigurants de la thérapie antirétrovirale » Auparavant, lorsque je me regardais dans le miroir, je poussais un soupir de résignation stoïque... c'était mon « badge d'honneur » puis tout ça. Maintenant, je me regarde avec un gros sourire et dis : « Bonjour beauté, il était temps que tu reviennes ! ».

*Anonyme, Vancouver*

Ceci est le deuxième article d'une série intitulée « L'abc de l'accès » qui explique les différentes étapes impliquées dans l'approbation des médicaments destinés au marché canadien. Le premier article de la série, intitulé « L'abc de l'accès : L'accès aux traitements et les essais cliniques » a paru à la page 6 du dernier numéro de ce bulletin (vol. 7, no. 2). On peut lire ce dernier en ligne à l'adresse [www.ctac.ca/francais/newsletter.html](http://www.ctac.ca/francais/newsletter.html).

# L'abc de l'accès : La Direction des produits thérapeutiques et le processus d'approbation des médicaments

par David Garmaise



## RELEVANT DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DES PRODUITS

de santé et des aliments de Santé Canada, la Direction des produits thérapeutiques (DPT) a pour responsabilité de :

- approuver tous les nouveaux médicaments et dispositifs médicaux;
- autoriser l'accès exceptionnel à des traitements expérimentaux qui ne sont pas encore approuvés au Canada.

Pourquoi la DPT devrait-elle intéresser les personnes vivant avec le VIH-sida ? Les décisions prises par la DPT influent sur l'accès de tous et chacun aux nouveaux traitements. Les personnes qui militent en faveur de l'accès aux traitements jouent un rôle important dans la mesure où elles s'efforcent de s'assurer que les nouveaux médicaments sont approuvés rapidement et que les gens ont accès à des traitements expérimentaux dans des situations spéciales.

## Approbation des nouveaux médicaments et dispositifs médicaux

Alors, de quelle autorité la DPT dispose-t-elle ? En vertu de la *Loi sur les aliments et drogues* et des règlements connexes, la DPT est autorisée à réglementer les produits pharmaceutiques et les dispositifs médicaux destinés à un usage humain. Tous les nouveaux médicaments et dispositifs médicaux doivent être approuvés par la

DPT avant qu'ils puissent être commercialisés au Canada. Pour obtenir une telle approbation, le fabricant doit présenter des preuves scientifiques probantes quant à la sûreté, à l'efficacité et à la qualité de son produit.

Parmi les médicaments anti-VIH approuvés par la DPT au cours des dernières années, mentionnons l'efavirenz (Sustiva), l'abacavir (Ziagen) et le ténofovir (Viread).

Pour leur part, les fabricants (compagnies pharmaceutiques) doivent soumettre une Présentation de drogue nouvelle (PDN) pour chaque nouveau produit. Chaque PDN doit comporter les cinq composantes suivantes (appelées « modules ») :

- **Module 1** - information au sujet de la demande et de l'étiquetage proposé (p.ex., monographie de produit) et quelques renseignements de base;
- **Module 2** - résumé de l'information se trouvant dans les modules 3, 4 et 5; une table des matières décrivant le contenu des modules;
- **Module 3** - information sur la qualité du médicament proposé;
- **Module 4** - information sur les études non cliniques menées sur le médicament proposé;
- **Module 5** - information sur les études cliniques menées sur le médicament proposé.

Même si la DPT est une entité gouvernementale, les fabricants doivent payer des frais pour faire examiner leur demande. Dans le cas des nouveaux antiviraux pour le traitement du VIH, les frais vont de 100 000 \$ à 250 000 \$, selon la complexité de l'examen. La DPT affirme cependant que ces frais ne suffisent pas à payer tous les coûts de l'examen.

## Combien de temps dure le processus ?

Le délai peut être *considérable*. La DPT a fixé des objectifs de 45 jours pour déterminer l'admissibilité de la PDN et de 300 jours pour faire l'examen. Si les demandes comportent des omissions ou des erreurs, ces délais peuvent être prolongés de façon considérable.

*suite à la page suivante*

### Impact sur l'accès

Les nouveaux médicaments anti-VIH ne seront pas accessibles au Canada s'ils ne sont pas approuvés par la DPT.

La durée du processus d'approbation a un impact sur le moment où les médicaments arrivent sur le marché.



## L'abc de l'accès

suite de la page 6

La DPT peut invoquer sa *politique sur le traitement prioritaire* des PDN si la maladie ou l'affection en question est grave, potentiellement mortelle ou gravement débilitante et s'il existe suffisamment de preuves comme quoi la drogue permet (a) de soigner efficacement une maladie ou une affection pour laquelle il n'existe actuellement sur le marché aucun autre médicament ou (b) d'accroître significativement l'efficacité du traitement comparativement aux autres médicaments approuvés. La période fixée pour les examens prioritaires est de 25 jours pour l'acceptation de la demande et de 180 jours pour l'examen. À peine quelques médicaments anti-VIH ont fait l'objet d'un examen prioritaire.

Il arrive souvent qu'un nouveau médicament soit approuvé aux États-Unis plusieurs mois avant qu'il ne soit approuvé au Canada. Cela tient à deux facteurs :

- (1) d'habitude, la demande d'approbation est présentée plus tôt aux États-Unis qu'au Canada;
- (2) le processus d'approbation est beaucoup plus long au Canada qu'aux États-Unis. De fait, il est très rare que la DPT respecte les délais fixés quand il s'agit d'examiner les médicaments anti-VIH.

### Programme d'accès spécial

Le Programme d'accès spécial (PAS) a pour mandat de permettre l'accès à des médicaments qui ne sont pas encore approuvés au Canada. Le PAS prend en considération les demandes provenant de médecins qui soignent des patients atteints d'une maladie grave ou mortelle contre laquelle les traitements conventionnels sont inefficaces, inappropriés ou inexistantes.

L'approbation des demandes présentées au PAS se fait au cas par cas. Dans chaque cas, le médecin doit remplir un formulaire et le présenter au PAS. Lorsque le PAS approuve une demande, il autorise le fabricant du produit en question à vendre ce dernier au requérant (c.-à.-d. le médecin) pour qu'il puisse le donner à son patient.

De façon générale, les décisions se prennent relativement rapidement, parfois dans les 24 heures. Souvent, le fabricant offre gratuitement le produit au patient, mais ce n'est pas toujours le cas.

#### Impact sur l'accès

Lorsque le consommateur a épuisé ses autres options, il peut parfois recourir au PAS pour avoir accès à un médicament expérimental mais prometteur qui n'est pas encore approuvé au Canada.

### Programmes apparentés

La Direction générale des produits de santé et des aliments a également pour responsabilité de :

- surveiller la sûreté, l'efficacité et la qualité des produits thérapeutiques après qu'ils ont été approuvés pour le marché canadien (il s'agit de la surveillance post-approbation);
- approuver les nouveaux produits biologiques et thérapies génétiques;
- réglementer les produits de santé naturels.

### De plus amples renseignements

Le site Web de la DPT contient plusieurs documents se rapportant au processus d'examen des médicaments; plusieurs de ces derniers sont conçus pour aider les fabricants à préparer une Présentation de drogue nouvelle. Visitez [www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/index\\_drugs\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/index_drugs_f.html).

Pour lire une description générale du PAS, consultez le feuillet d'information de la DPT à l'adresse [www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/acces/drugs-drogues/sapfs\\_pasfd\\_2002\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/acces/drugs-drogues/sapfs_pasfd_2002_f.html). ■

Canadian AIDS Society

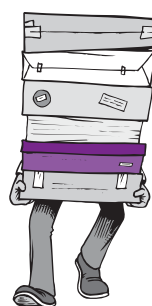


Société canadienne du sida

### Prix du leadership de la Société canadienne du sida

Toutes nos félicitations vont à notre présidente, Louise Binder, récipiendaire du Prix du leadership de la Société canadienne du sida pour 2005 !

Bob Mills, ancien membre du conseil d'administration et du Conseil du CCSAT, a également été reconnu à titre posthume pour son dévouement envers les communautés touchées par le sida.



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

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

## MISE À JOUR SUR LES QUESTIONS RELATIVES AUX FEMMES

### Des traitements spécifiques aux femmes : il faut faire plus de recherches

**LE TRAITEMENT DES FEMMES SÉROPOSITIVES** est un domaine où il y a encore une pénurie de recherches adéquates, et nous disposons de peu de données. Même à l'occasion de la dernière Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, on n'a fait état que d'une poignée d'études abordant des questions liées au traitement des femmes vivant avec le VIH-sida.

#### Transmission mère-enfant

Plusieurs présentations ont abordé la question de l'utilisation d'une seule dose de névirapine (un traitement utilisé dans plusieurs pays en voie de développement) pour prévenir la transmission mère-enfant. Le recours à une seule dose de névirapine, un médicament appartenant à la classe des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI), s'est avéré capable de réduire la transmission mère-enfant de plus de 50 %. Il s'agit d'un résultat merveilleux pour les femmes souhaitant avoir des enfants; malheureusement, une seule mutation du virus (K103N) peut conférer une résistance à cette classe de médicaments, et il suffit d'une seule dose pour que la résistance apparaisse. Les études présentées lors de la Conférence sur les rétrovirus ont également démontré que cette mutation demeurait décelable dans le sang des femmes jusqu'à un an après l'accouchement.

Cependant, les résultats préliminaires d'une autre étude laissent penser que l'administration d'une seule dose de névirapine pendant une première grossesse ne réduit pas significativement l'efficacité du médicament lors d'une deuxième grossesse en ce qui concerne la prévention de la transmission du VIH.

La question qui se pose est de savoir quel impact la résistance peut avoir sur les options thérapeutiques des femmes et de leurs enfants au fil du temps ? Les études ont permis de constater que la résistance médicamenteuse perdure même lorsqu'il n'est plus possible de la déceler dans le sang. Ainsi, si une personne recommence un traitement qu'elle a déjà utilisé, la résistance pourra réapparaître, et le traitement sera inefficace.

Il va sans dire que le meilleur traitement que l'on puisse



*par Louise Binder*

offrir à une femme enceinte est celui qui répond le mieux tant à ses besoins qu'à ceux de son fœtus. Ainsi, une multithérapie qui ne comporte pas d'INNTI serait préférable. SUSTIVA s'est déjà montré nuisible pour le fœtus lors d'essais cliniques menés sur des singes. De plus, la névirapine est toxique pour le foie, gravement dans certains cas. De fait, toutes les femmes comptant plus de 250 cellules CD4+ devraient éviter ce médicament.

Les médecins prescrivent souvent des combinaisons comportant l'inhibiteur de la protéase nelfinavir et deux analogues nucléosidiques.

#### Survol des autres études

Dans le cadre d'un essai de petite envergure où les participants recevaient une combinaison soit à base d'inhibiteurs de la protéase soit à base d'analogues non nucléosidiques, la prise de 2 grammes d'huile de poisson (nom commercial : Maxepa) trois fois par jour a permis de réduire les taux de lipides sanguins (triglycérides et cholestérol) jusqu'aux niveaux normaux chez 22,4 % des sujets, comparativement à seulement 6,5 % des sujets qui n'en ont pas pris. Ces lipides sanguins sont associés aux modifications de la forme corporelle, soit la lipodystrophie, lesquelles peuvent nuire davantage aux femmes qu'aux hommes.

Dans le cadre d'un autre essai ayant examiné des stratégies visant la réduction de la lipoatrophie (émaciation des membres), les chercheurs ont trouvé qu'un traitement associant des analogues nucléosidiques et un analogue non nucléosidique contribuait davantage à l'émaciation des membres qu'une combinaison comportant l'inhibiteur de la protéase Kaletra et

*suite à la page suivante*

## Des traitements spécifiques aux femmes

*suite de la page 8*

un inhibiteur non nucléosidique. Aucune différence entre les femmes et les hommes n'a été rapportée. Parmi les problèmes associés à cette dernière combinaison, mentionnons une augmentation des taux de lipides sanguins sous l'effet de Kaletra et la possibilité d'un plus grand nombre d'effets secondaires touchant le système nerveux central (y compris la dépression) à cause de l'efavirenz. Les études indiquent que les femmes séropositives sont plus sujettes à la dépression que les hommes.

Dans le cadre d'une grande étude dont 24 % des participants étaient des femmes, on a observé que chaque année d'utilisation d'une multithérapie antirétrovirale faisait augmenter le risque d'infarctus du myocarde (crise cardiaque) par un facteur de 1,17. Bien que l'infarctus soit plus fréquent chez les hommes, l'augmentation relative du risque est semblable chez les deux sexes.

Ces études présentées lors de la Conférence sur les rétrovirus fournissent quelques informations sur le traitement des femmes vivant avec le VIH-sida, mais elles ne vont pas assez loin pour répondre aux questions relatives aux traitements spécifiques aux femmes. Il faut mener davantage d'essais et recruter un plus grand pourcentage de participantes pour déterminer quelles options thérapeutiques conviennent le mieux aux femmes séropositives. Il faut aussi effectuer une stratification afin de connaître la situation de diverses populations de femmes. ■

### À titre

### personnel...



Quelles barrières vous empêchent d'obtenir les médicaments anti-VIH dont vous avez besoin ? Avez-vous une histoire à raconter où vous avez revendiqué l'accès à un traitement pour vous-même ou quelqu'un d'autre ? Nous voulons la connaître ! Le prochain numéro du bulletin contiendra des articles sur les femmes et le VPH et les programmes de distribution des médicaments de l'Alberta et de la Colombie-Britannique. Si vous avez une histoire à partager au sujet de ces thèmes, racontez-la-nous ! Votre confidentialité sera respectée. Communiquez avec le bureau du CCSAT (consultez la page 12) pour en savoir plus. *Il se peut que nous ne publions pas toutes les histoires proposées.*



par Sugandhi Wickremaratchi

**APRÈS UN DÉBUT TARDIF PLUS TÔT CETTE ANNÉE**, la série d'ateliers *Les outils pour l'action* commence à battre son plein ! Composé de neuf modules d'apprentissage, ce projet de renforcement des capacités met l'accent sur l'acquisition et le perfectionnement des compétences nécessaires pour militer en faveur de l'accès aux traitements et de l'amélioration globale du « système ».

Plusieurs modules ont déjà été offerts lors de divers évènements, notamment :

- La conférence « Dialogue » organisée par Voices of Positive Women à Toronto, le 28 mai;
- La journée de perfectionnement des compétences du Conseil du CCSAT, tenue le 6 juin, à Calgary;
- La conférence de perfectionnement des compétences de CATIE, tenue le 20 juin, à Ottawa.

Les trois modules suivants seront présentés lors du Symposium national de perfectionnement des compétences dans le domaine du VIH-sida, qui se déroulera à Montréal du 27 au 30 octobre :

- *Outils et stratégies : Niveau 2* (en français);
- *L'accès aux traitements chez les femmes* (en français);
- *L'accès aux traitements chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis* (en anglais).

Les modules seront également offerts sous forme de télé-ateliers tout le long de l'année. Il s'agit de présenter un atelier à un petit groupe de participants par le biais d'une téléconférence. Jusqu'à présent, nous avons organisé deux télé-ateliers très réussis qui ont réuni des participants de plusieurs milieux des quatre coins du pays. Nous fixons présentement les dates des prochains télé-ateliers et les annoncerons sous peu. Les télé-ateliers sont gratuits et tous les membres du CCSAT et des organismes partenaires du projet sont admissibles (une liste complète des partenaires se trouve dans notre site Web).

Pour obtenir plus d'information ou vous inscrire à la série d'ateliers, contactez Sugandhi Wickremaratchi au (416) 410-1369 ou à Sugandhi@ctac.ca. Des renseignements au sujet des modules se trouvent dans le site Web du CCSAT. ■

## Des stratégies pour réussir

### Les orientations stratégiques du CCSAT pour les cinq prochaines années

par Tony Di Pede

L'univers du VIH-sida ne cesse d'évoluer, et le CCSAT doit lutter constamment contre les barrières à l'accès à plusieurs niveaux. Le conseil d'administration a donc décidé qu'il était temps de revoir la structure de gouvernance et les orientations stratégiques de l'organisme afin de s'assurer que le CCSAT fonctionne efficacement et qu'il remplit son mandat.

Entre autres, nous avons déterminé que le Conseil devrait jouir d'une plus grande influence sur la prise de décisions au sein du CA afin de s'assurer que les actions de l'organisme reflètent les revendications des personnes vivant avec le VIH-sida. Idéalement, le Conseil proposerait au CA des actions à entreprendre et ce, tant à l'échelle provinciale que nationale. Parmi les mesures nécessaires au rehaussement du rôle du Conseil, mentionnons :

- assurer la représentation des utilisateurs de substances, des détenus (et les anciens détenus) et des personnes originaires des pays où le VIH est endémique;
- assurer la concordance avec l'initiative fédérale;

- assurer la participation de chaque membre du Conseil à un comité du CCSAT ou aux activités liées à un enjeu particulier. Nous avons établi cinq objectifs stratégiques afin de renforcer l'organisme. Les voici :

- maintenir et améliorer l'accès aux traitements de toutes les personnes vivant avec le VIH-sida. L'accent sera mis sur les enjeux spécifiques aux femmes et aux Autochtones;
- influencer sur les politiques gouvernementales relatives à l'ensemble des enjeux liés aux soins de santé pour qu'elles facilitent et améliorent l'accès aux soins de toutes les personnes vivant avec le VIH-sida. Cet objectif sera principalement axé sur la réforme de la législation et le Pharmacare national;
- sensibiliser le public et accroître la capacité des consommateurs et des communautés d'appuyer des politiques gouvernementales bien fondées en matière d'accès aux traitements. Le perfectionnement des compétences et le mentorat seront les principales composantes de cette initiative;
- développer et entretenir des réseaux provinciaux/territoriaux dynamiques et efficaces;
- développer et entretenir un organisme fort qui est capable d'atteindre tous ses objectifs.

Un rapport exhaustif sur nos orientations stratégiques paraîtra dans notre site Web à l'adresse [www.ctac.ca](http://www.ctac.ca), ou vous pouvez contacter le bureau du CCSAT pour en recevoir un exemplaire (nos coordonnées se trouvent à la page 12). ■

## Résultats du sondage sur le bulletin

par Theresa Wojtasiewicz

Dans l'ensemble, les résultats du sondage sur notre bulletin indiquent que celui-ci réussit à vous fournir l'information sur l'accès aux traitements dont vous avez besoin et ce, dans un format qui est facile à lire et accessible. Quelques commentaires laissent tout de même croire qu'il y a des choses que nous pourrions améliorer ou ajouter au bulletin afin d'en accroître la portée. Le comité du bulletin prend ces suggestions en considération avec beaucoup de sérieux.

Entre autres, vous avez proposé l'inclusion de davantage d'articles sur les sujets suivants :

- l'accès aux traitements chez les Autochtones;
- le perfectionnement des compétences;
- les enjeux relatifs à l'accès dans les régions rurales;
- les enjeux relatifs à l'accès spécifiques aux différentes régions;

- l'accès aux traitements chez les personnes à faible revenu ou les bénéficiaires de prestations d'aide sociale;
- l'accès aux traitements chez les prisonniers;
- les médecines complémentaires et alternatives;
- l'accès aux traitements chez les jeunes.

Pour compléter les articles de nature plus technique, on a suggéré qu'il puisse être utile d'inclure une « perspective personnelle » sous forme d'encadré pour illustrer une question spécifique liée à l'accès; par exemple, on pourrait inclure le témoignage d'une personne qui a pris des mesures concrètes pour résoudre un problème elle-même. (Le nom des individus serait protégé si l'anonymat était demandé.)

Le comité du bulletin envisage également d'inclure davantage d'articles en provenance d'autres groupes et individus qui s'intéressent aux enjeux relatifs à l'accès aux traitements.

Le CCSAT s'engage à continuer de vous fournir des informations pertinentes et à jour sur les questions relatives à l'accès aux traitements, et nous remercions tous les répondants d'avoir pris le temps de répondre à nos questions et de leur franchise. ■

# CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS

été 2005

● **6 au 9 septembre 2005**

**AIDS Vaccine 2005 International Conference**

Montréal, Québec

Information: (418) 658-6755 ou

aidsvaccine2005@agoracom.qc.ca

● **21 au 24 septembre**

**Conférence Interscience sur les agents antimicrobiens et al chimiothérapie (ICAAC)**

Nouvelle-Orléans, Louisiane

Information: (202) 942-9248 ou icaac@asmusa.org

● **4 au 7 octobre 2005**

**Assemblée générale annuelle du Réseau canadien autochtone du sida**

Regina, Saskatchewan

Information : 1-888-285-2226 ou infocaa.ca

● **16 et 17 octobre 2005**

**Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements Assemblée générale et journée de perfectionnement des compétences**

Moncton, Nouveau-Brunswick

Joignez-vous au CCSAT pour son AGA et des activités de perfectionnement des compétences à Moncton ! Tous les membres sont les bienvenus. Contactez le bureau du CCSAT (coordonées en page 12) ou visitez [www.ctac.ca](http://www.ctac.ca) pour obtenir des détails ou vous inscrire.

● **26 au 28 octobre 2005**

**4<sup>th</sup> International Conference on Urban Health**

Toronto, Ontario

Information : (416) 864-5486 ou

crich@smh.toronto.on.ca

● **27 au 30 octobre 2005**

**5<sup>e</sup> Symposium national sur le perfectionnement des compétences dans le domaine du VIH/sida**

Montréal, Québec

Inscrivez-vous en ligne à [www.hivaidsskills.ca](http://www.hivaidsskills.ca)

Pour obtenir plus d'information, composez

le 1-877-998-9991 ou visitez [www.hivaidsskills.ca](http://www.hivaidsskills.ca)

● **25 et 26 novembre 2005**

**Ontario HIV Treatment Network Research Conference**

Toronto, Ontario

Information : 1-877-743-6486 ou [info@ohntn.on.ca](mailto:info@ohntn.on.ca)

● **27 au 30 novembre**

**North American AIDS Treatment Action Forum (NATAF)**

Oaxaca, Mexique

Information : (202) 483-6622 ou [conferences@nmac.org](mailto:conferences@nmac.org)

## RAPPORT DE LA PRÉSIDENTE DU CCSAT – été 2005

par Louise Binder

### Les trois choses qui me font le plus enrager



#### RÉCEMMENT, J'AI FAIT UN DISCOURS

sur la question suivante : comment raviver la passion des militants du sida ? Il va sans dire que personne, y compris moi, ne peut donner de la passion aux gens. Il faut qu'ils la sentent. Il n'empêche que je peux continuer de souligner les injustices qui ne cessent d'attiser ma passion pour ce travail. J'espère que vous y trouverez des résonances et qu'elles vous rappelleront des gens pour qui il vaut la peine de lutter.

À l'heure actuelle, les trois choses qui me mettent le plus en colère sont les suivantes : l'augmentation des barrières à l'accès aux traitements causée par la prolifération de la bureaucratie gouvernementale; l'augmentation du nombre d'infections dans ce pays malgré tout ce qu'on en sait sur la prévention; les violations quotidiennes des droits humains que nous devons subir en raison du stigmate et de la discrimination impitoyables liés au VIH-sida. Par souci de concision, je n'aborderai ici que la question de l'accès aux traitements.

En matière de traitements, il semble que le Saint Graal des gouvernements soit la restriction des dépenses, peu importe les conséquences pour la qualité de vie et la survie des gens. Comment expliquer autrement la création récente d'un programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) qui ne recommande jamais l'approbation d'un médicament dont le prix excède celui des autres de la même famille, même si beaucoup de personnes en ont clairement besoin ? De plus, ce système qui refuse l'accès aux décideurs est à l'abri de toute contestation fondée sur le droit à l'information des citoyens. Commode.

Lorsqu'on fait appel aux responsables du programme (les ministères provinciaux de la Santé) pour se faire expliquer ces décisions saugrenues, ils feignent l'impuissance, même si ce sont eux – ou nous, je veux dire, qui payons la facture en tant que contribuables. Très commode. Ensuite, ils affirment qu'ils se réservent le droit de ne pas respecter les recommandations du PCEM si elles leur déplaisent. Le beurre et l'argent du beurre, quoi.

Si cela ne suffit pas à vous faire voir rouge, je vous invite à penser au nombre de nouvelles infections et aux violations des droits humains que nous subissons. Je suis sûre que vous retrouverez la passion à l'intérieur de vous. ■

## 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**

**Jean-Pierre Bélisle** Québec

**James Edwards**

**Horace Josephs**

**Troy Perrot** Île-du-Prince-Édouard

**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) • **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) • **Carole Lunny**

Représentante nationale des femmes

## BAILLEURS DE FONDS 2005

Agence de santé publique du Canada

Abbott Laboratories • Boehringer Ingelheim •

Bristol-Myers Squibb • Gilead Sciences •

GlaxoSmithKline en partenariat avec Shire

BioChem • Hoffmann-La Roche • Instituts de

recherche en santé du Canada • Pfizer Canada,

Division Agouron • Schering Canada • Ward

Health Strategies

## LES DÉCLARATIONS DE PRINCIPES DU CCSAT

### Déclarations de principes

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

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

## ADHÉSION

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

[www.ctac.ca/francais/membership.html](http://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](mailto:ctac@ctac.ca)

Site Web : [www.ccsat.ca](http://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](http://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 / Horace Josephs / Ken Monteith

**Comité éditoriale :**

Michelle Marchione / 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 3 (août 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.