

CONSEIL CANADIEN DE SURVEILLANCE ET D'ACCÈS AUX TRAITEMENTS



Conseil canadien de surveillance
et d'accès aux traitements

DANS CE NUMÉRO

AUTOMNE 2005
VOLUME 7
NUMÉRO 4

Une proposition peu naturelle :
Un projet de loi privé vise à
reclassifier les produits de santé
naturels en tant que « aliments » **1**

L'accès au traitement est bon pour la
prévention aussi. **3**

La discrimination dans un cabinet de
médecin. **4**

Les nouveaux antirétroviraux. **6**

Mise à jour sur la série *Les outils
pour l'action*. **7**

Mise à jour sur les questions relatives
aux femmes : Le vaccin anti-VPH ne
vise pas les personnes vivant avec
le VIH. **8**

Une perspective personnelle sur
le VPH buccal par un membre de
la BC Persons With AIDS Society. **9**

Calendrier des événements. **11**

Rapport de la présidente. **11**

Membres du conseil. **12**

Une proposition peu naturelle



Un projet de loi privé
vise à reclassifier les produits
de santé naturels en tant que « aliments »

par Ron Rosenes

Réimpression d'un article publié dans *Living Positive*, mai/juin 2005

Si un projet de loi privé qui fait actuellement son chemin dans la Chambre des communes réussissait, tout le travail réalisé jusqu'à présent par la Direction générale des produits de santé naturels (DGPSN) pourrait tomber à l'eau. Le projet de loi C-420 propose d'amender la définition du terme « aliment » pour qu'elle inclue les produits de santé naturels (PSN). Si cet amendement est fait, la réglementation des PSN sera confiée à la Direction des aliments de Santé Canada. On pourrait minimiser l'importance de cette situation en affirmant que les projets de loi privés sont rarement adoptés, mais celui-ci risque de faire exception si nous n'agissons pas. Jusqu'à présent, le projet de loi attire très peu l'attention des Canadiens et Canadiennes, mais cela pourrait être sur le point de changer.

Pourquoi cette question devrait-elle nous intéresser ? Avant de répondre, je dois déclarer un parti pris : je siège au Comité consultatif de gestion de la DGPSN, dont le rôle consiste à conseiller la Direction sur divers aspects de la mise sur pied du programme de réglementation. J'y participe à titre de protecteur des consommateurs et mes collègues représentent les fabricants de PSN, tels que vitamines, minéraux, plantes médicinales, remèdes homéopathiques et de médecine traditionnelle chinoise. Les représentants de l'industrie prônent la mise en vigueur graduelle des nouveaux règlements sur les cinq prochaines années, mais veulent aussi s'assurer que le processus est juste et efficace.

Cette question devrait nous préoccuper parce que la compétitivité et le maintien de prix abordables sont essentiels pour assurer l'accès aux produits. Personnellement, je suis en faveur de la réglementation des PSN puisque nous sommes très nombreux à nous en servir pour gérer quotidiennement l'infection au VIH. Je veux savoir que le produit mentionné sur l'étiquette se

suite à la page suivante



Une proposition peu naturelle suite de la page 1

////////////////////
L'étiquetage des produits alimentaires n'exigerait pas que la teneur précise en ingrédients médicinaux soit indiquée, mais seulement que ceux-ci soient énumérés dans l'ordre décroissant de leur proportion.
////////////////////

trouve également à l'intérieur de la bouteille. Et je veux être certain que les produits canadiens sont fabriqués conformément à des processus fiables dans des installations qui sont régulièrement inspectées. J'exige aussi des assurances quant à l'existence d'un système de surveillance post-commercialisation axé sur les consommateurs pour documenter les effets indésirables.

Législation antidrogue

Le Dr James Lunney, député conservateur pour la circonscription de Nanaimo-Alberni, a présenté le premier projet de loi C-420 à la Chambre des communes en mars 2003. Chiropraticien, le Dr Lunney affirme ceci dans son site Web : « La plupart des Canadiens sont stupéfaits d'apprendre que les vitamines, les minéraux et d'autres produits alimentaires sont considérés comme des drogues en vertu de la loi canadienne, et que n'importe quel produit peut être reclassifié en tant que drogue si l'on affirme simplement qu'il a des bienfaits pour la santé ». Le Dr Lunney voudrait nous convaincre que la classification des PSN en tant que « drogues » a pour effet de limiter nos choix en tant que consommateurs. Bien que le projet de loi C-420 original soit resté lettre morte durant la dernière session parlementaire, il a été réintroduit cette année par le Dr Colin Carrie, également chiropraticien et député conservateur d'Oshawa.

Les partisans du projet de loi s'opposent à la fois à la réglementation et aux drogues. Ils souhaitent relancer le débat qui a poussé le Comité permanent sur la santé à décider que les PSN avaient besoin de leur propre programme de réglementation approprié. Ce ne fut qu'à cause de la complexité du processus nécessaire à l'adoption d'une nouvelle législation importante sur la santé—soit la création d'une « troisième » catégorie distincte—

que l'on a décidé de réglementer les PSN en tant que sous-catégorie de drogues en vertu de la Loi sur les aliments et drogues. On a établi un cadre administratif spécifique pour appliquer les nouveaux règlements sur les PSN au sein de Santé Canada.

Selon le site Web de la Direction des produits de santé naturels, la mission de celle-ci « consiste à s'assurer que la population canadienne ait un accès rapide à des produits de santé naturels sécuritaires, efficaces et de grande qualité, tout en respectant la liberté de choix ainsi que la diversité philosophique et culturelle ». Il s'agit de réglementer prioritairement les PSN en fonction de la probabilité qu'ils causent des torts tout en respectant les traditions et la relation fournisseur-client. Il s'agit également de ne pas réglementer les plantes ou les composés confectionnés aux fins d'une utilisation personnelle, tels que les produits de la médecine traditionnelle chinoise ou autochtone.

Que se passerait-il si le parlement donnait son aval, comme le propose le projet de loi C-420, à l'amendement de la définition du terme « drogue » de sorte qu'elle exclue les « aliments » ? Que se passerait-il si la définition du terme « aliment » englobait « tout article *cultivé*, fabriqué, vendu ou présenté comme pouvant servir de nourriture ou de boisson à l'être humain, la gomme à mâcher ainsi que tout ingrédient pouvant être mélangé avec un aliment à quelque fin que ce soit, *y compris les suppléments alimentaires, les herbes et les autres produits de santé naturels.* [italique ajouté par l'auteur] » ? Deux résultats pourraient se produire : soit les PSN seraient réglementés en vertu des règlements actuels sur les aliments, soit la Direction des aliments administrerait les règlements actuels sur les PSN.

Où est le problème ?

Si les PSN étaient réglementés en tant qu'aliments, de grands problèmes d'uniformité se produiraient en ce qui concerne les allégations santé, l'étiquetage, les modes d'administration (application topique ou ingestion) et la déclaration des effets indésirables. Plusieurs produits couramment utilisés qui se trouvent sur le marché depuis longtemps et au sujet desquels on fait des allégations santé fondées sur des preuves, tels que Metamucil, Tums et les pastilles Hall's, devraient être enlevés des tablettes afin de respecter les règlements relatifs aux aliments.

Le projet de loi C-420 ne tient pas compte de ces problèmes

suite à la page 10

Pour obtenir plus d'information et faire entendre sa voix

- Le site Web de la DGPSN se trouve à l'adresse www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/nhpd-dpsn/index_e.html
- Les opposants à la réglementation s'expriment à l'adresse www.friendsoffreedom.org/article.php?sid=2284 (anglais seulement)
- On peut joindre le Dr James Lunney à l'adresse www.jameslunneym.ca (anglais seulement)
- On peut joindre le Dr Colin Carrie à l'adresse www.colincarriemp.ca/home.htm (anglais seulement)

L'accès au traitement est bon pour la prévention aussi

Alors, pourquoi la réduction des coûts demeure-t-elle le cheval de bataille des gouvernements ?

par Louise Binder

A l'occasion de la 3^e Conférence internationale sur la pathogénèse et le traitement du VIH de la Société internationale du sida, qui s'est tenue en juillet 2005 à Rio de Janeiro, j'ai assisté à une excellente session plénière sur l'impact de la multithérapie antirétrovirale sur la prévention du VIH. L'orateur nous a rappelé la chute spectaculaire du taux de mortalité qui est survenue aux États-Unis après l'avènement de la multithérapie, en 1996. En 1995, les autorités de ce pays avaient recensé une quarantaine de morts pour chaque tranche de 100 000 personnes, comparativement à 12 morts en 2000 chez les personnes âgées de 25 à 44 ans. Cette seule statistique devrait être un argument suffisamment convaincant en faveur de l'accès universel à la multithérapie.

L'orateur a fourni d'autres preuves à l'appui de l'importance de l'accès à la multithérapie, notamment son impact positif sur la prévention des nouvelles infections par le VIH. Il a décrit trois façons dont ces traitements réalisent cet exploit. Il s'agit de :

- (1) leurs effets biologiques,
- (2) leurs effets sur les comportements et
- (3) leurs effets sur le fonctionnement du système de santé.

En ce qui concerne les effets biologiques, l'orateur s'est référé à des essais cliniques ayant montré que la multithérapie réduit la charge virale dans le sang, le sperme et l'appareil génital féminin. Les essais cliniques font un lien entre la réduction de la charge virale et la réduction de la transmissibilité du virus. Les médicaments anti-VIH contribuent également à prévenir la transmission mère-enfant. Plusieurs essais ont montré que l'administration d'une monothérapie à l'AZT ou à la névirapine à la mère et/ou à l'enfant est efficace à cet égard, ainsi que l'administration d'une trithérapie à la mère. De plus, la multithérapie est utilisée à titre préventif dans la prophylaxie post-exposition. Plusieurs études ont permis de constater que la multithérapie peut empêcher

jusqu'à 81 % des nouvelles infections par le VIH. Même s'il n'y a pas encore de données cliniques démontrant son efficacité en prophylaxie pré-exposition, nous attendons avec impatience les résultats d'études sur le ténofovir une fois par jour pour la prévention du VIH.

Sur le plan des comportements, l'orateur a affirmé que la multithérapie prévient la transmission du VIH en augmentant la participation au counseling volontaire et l'adoption du sécurisexe. Il a fait allusion à des études africaines, haïtiennes et brésiliennes qui confirment cette position. Par contre, il a mentionné l'augmentation du nombre de nouvelles infections chez les hommes gais au Canada depuis 1996 et le rapport éventuel entre l'existence d'un traitement efficace et l'adoption de comportements à risque. On emploie le terme « désinhibition comportementale » pour décrire ce phénomène. En 1996, le taux d'infection par le VIH chez les hommes gais se situait à son point le plus bas, soit un peu moins de 30 %, comparativement au sommet de 80 % atteint entre 1981 et 1983. En 1999, l'incidence se situait à 38 %, puis à 40 % en 2002. Ces statistiques plaident en faveur de la continuation des campagnes de sensibilisation et d'éducation dans les pays développés.

Pour ce qui est des effets sur le fonctionnement du système de santé, l'orateur a parlé d'une évolution des perceptions et d'une amélioration du moral des travailleurs des services de santé là où multithérapie était disponible, ainsi qu'une amélioration de la prise en charge des infections transmises sexuellement. Selon une étude réalisée depuis l'arrivée de la multithérapie, le counseling aurait permis une réduction de 38 % des activités sexuelles non protégées dans un service de santé particulier. Dans le cadre d'une étude sud-africaine, la multithérapie a non seulement amélioré le moral des fournisseurs de soins, mais aussi celui des patients. En Haïti, l'amélioration de la prévention du VIH-sida et des soins a donné lieu à une amélioration considérable des soins primaires en général.

Compte tenu des preuves substantielles de cette triple contribution de la multithérapie à la prévention de la transmission sexuelle du VIH, a dit l'orateur en conclusion, nous avons besoin d'essais cliniques randomisés pour évaluer l'impact de la multithérapie sur la prévention afin que nous puissions disposer de preuves scientifiques de ce lien. Voilà un défi intéressant à lancer aux chercheurs. Ses autres conclusions sont plus importantes encore :

- (1) même en l'absence de données scientifiques, les preuves à l'appui de l'intégration du traitement et de la prévention sont convaincantes et
- (2) pour juguler l'épidémie à l'échelle mondiale, des activités de prévention réussies doivent aller de pair avec le traitement du VIH-sida.

suite à la page 10

La discrimination dans un cabinet de médecin

par L.L. [L'article suivant a déjà paru dans *For Just Us*, le bulletin du caucus des PVVIH de la Manitoba AIDS Cooperative, printemps 2005]



Au début 2005, j'ai pris rendez-vous chez une spécialiste des oreilles parce que je souffrais d'une otite. Après avoir confirmé mon rendez-vous deux fois par téléphone, je suis arrivée au bureau à l'heure convenue pour découvrir que mon rendez-vous avait été annulé. On m'a affirmé que l'intervention dont j'avais besoin ne pouvait être effectuée dans le cabinet de la spécialiste, d'où l'annulation. Comme j'ai insisté pour savoir pourquoi, la réceptionniste a fini par me dire qu'il s'agissait de préoccupations relatives à la « stérilisation ».

J'étais estomaquée et au bord de la crise de nerfs. Bouleversée et pleurant, je lui ai répondu : « Mais tous les médecins sont censés prendre les précautions universelles auprès de tous leurs patients, n'est-ce pas ? ». Elle n'a rien dit. Toutes les personnes dans la salle d'attente me fixaient des yeux. N'ayant aucun autre choix, je suis partie.

À mon avis, j'ai été traitée de cette manière parce que j'avais dévoilé mon statut VIH. Je l'ai fait par choix en pensant que cela aiderait la spécialiste à traiter mon otite. En réalité, je n'avais aucune obligation de lui dire quoi que ce soit.

Après avoir quitté le cabinet de la spécialiste, je suis allée voir la conseillère et l'avocate de ma clinique de santé locale et leur ai tout expliqué. Elles m'ont conseillé d'écrire une lettre au Collège des médecins et chirurgiens. J'attends toujours une réponse.

Je sais que j'ai le droit de défendre mes droits, de poser les questions que j'ai posées et de recevoir des soins adéquats peu importe mon état de santé. Je sais aussi que j'ai le droit de vivre à l'abri de ce genre de discrimination. Si un médecin respecte les précautions universelles, il n'y a aucun danger de transmission du VIH, que ce soit pour elle, son personnel ou ses autres patients. Je trouve stupéfiant qu'un médecin puisse ignorer les vrais risques associés à la prise en charge d'une personne séropositive.

En portant plainte au Collège des médecins et chirurgiens, j'espère que cette médecin se renseignera davantage sur le VIH. Je suis contente d'aider les autres, mais j'espère aussi que les gens apprendront à parler en leur nom propre en sachant que les personnes ayant le VIH ont droit au même traitement que tout le monde.

Cette spécialiste devrait savoir que le VIH a de nombreux visages. Il se peut qu'elle ait déjà soigné plusieurs personnes qui ignoraient leur séropositivité ou qui ne la lui ont pas dévoilée. J'aimerais que cette médecin soit obligée de s'asseoir dans une pièce fermée avec plusieurs personnes séropositives de diverses races, hommes et femmes. Elle verrait alors que ce virus peut toucher n'importe qui et qu'il est impossible de l'attraper en s'assoyant à côté d'une personne séropositive.

Si vous vivez une expérience comme la mienne, sachez que vous avez des droits. Allez voir une conseillère pour demander de l'aide, portez plainte, parlez avec vos proches ou un groupe de soutien ou appelez une ligne d'information locale.

Surtout, n'ayez pas peur de vous faire entendre. ■

[Témoignage personnel d'un membre du groupe d'entraide pour femmes séropositives des Kali Shiva AIDS Services, Winnipeg, Manitoba.]

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 un article sur les enjeux liés à l'incarcération et l'accès aux traitements anti-VIH et les régimes d'assurance-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. // *se peut que nous ne publions pas toutes les histoires proposées.*

Victime de discrimination de la part d'un médecin ?

Si vous croyez qu'un médecin vous a refusé des soins ou vous a mal traité à cause de votre statut VIH, n'ayez pas peur de le dénoncer. Communiquez avec le Collège des médecins et chirurgiens ou le conseil médical de votre province et faites-leur part de vos préoccupations.



Colombie-Britannique

The Registrar College of Physicians & Surgeons of BC
400-858 Beatty Street, Vancouver, BC V6B 1C1
www.cpsbc.ca/cps/patient_resources/complaints

Yukon

Yukon Medical Council
P.O. Box 2703 C-5, Whitehorse, YK Y1A 2C6

Alberta

College of Physicians and Surgeons of Alberta
900 Manulife Place, 10180-101 Street
Edmonton, AB T5J 4P8
www.cpsa.ab.ca/complaints/complaintprocess.asp

Territoires du Nord-Ouest

Northwest Territories Medical Association
PO Box 1732, Yellowknife, NT X1A 2P3

Saskatchewan

Director of Communications and Education
College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan
211-Fourth Avenue, South Saskatoon, SK S7K 1N1
www.quadrant.net/cps/complaints/index.html

Manitoba

The Complaints Department
The College of Physicians and Surgeons of Manitoba
1000-1661 Portage Avenue, Winnipeg, MB R3J 3T7
www.cpsm.mb.ca/core_functions/complaints/process

Nunavut

Government of Nunavut
Department of Health & Social Services
Operations & Professional Practice
Nunavut Government Building Second Floor, Box 390
Kugluktuk, NU X0B 0E0

Ontario

The Registrar
c/o Investigations and Resolutions Department
The College of Physicians and Surgeons of Ontario
80 College Street Toronto, ON M5G 2E2
www.cpso.on.ca/Info_Public/compform.htm

Québec

Direction des enquêtes
Collège des médecins du Québec
2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal QC H3H 2T8
www.cmq.org/CmsPages/PageCmsSimpleSplit.aspx?PageID=0bc5375e-1d0d-4165-b90c-8a0841f4e3a0

Nouveau-Brunswick

Registraire
Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick
1, chemin Hampton, Bureau 300, Rothesay, NB E2E 5K8
www.cpsnb.org/english/complaint.html

Nouvelle Écosse

Investigations Department
College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia
Suite 200, 1559 Brunswick Street, Halifax, NS B3J 2G1
www.cpsns.ns.ca/publications/investigations-faq.html

Île-du-Prince-Édouard

College of Physicians and Surgeons of PEI
199 Grafton Street, Charlottetown, PE C1A 1L2

Terre-Neuve et Labrador

Newfoundland Medical Board
Suite 603, 139 Water Street, St. John's, NL A1C 1B2
www.nmb.ca/Complaints.asp



Les nouveaux antirétroviraux

par Tony Di Pede
par Tony Di Pede

Des données scientifiques sur cinq nouvelles thérapies ont été présentées lors de la 3^e conférence sur la pathogénèse et le traitement du VIH de la Société internationale du sida (IAS). Trois d'entre elles appartiennent à la classe des « inhibiteurs de fusion », la quatrième est une « immunothérapie » et la dernière, une « immunothérapie génique ». La mise au point de nouveaux agents antirétroviraux continue de revêtir une importance vitale.

Immunothérapie génique :

Pour ce genre de traitement, on effectue une prise de sang auprès du patient, et les cellules T auxiliaires sont isolées. Une fois isolées, ces dernières sont génétiquement modifiées puis réintroduites dans le patient par perfusion (injection intraveineuse lente et prolongée). Dans ce cas, la modification génétique des cellules T auxiliaires consiste en l'ajout d'un gène antiviral (M870) qui exprime un peptide qui peut empêcher le virus d'entrer dans la cellule. Si le virus ne peut entrer dans la cellule, la réplication du VIH et l'infection subséquente d'autres cellules ne peuvent avoir lieu.

Les résultats de cette étude pilote de phase I sont prometteurs, les chercheurs ayant observé les tendances suivantes chez les 10 patients :

- bonne tolérance durant une période de suivi moyenne de six mois;
- augmentation significative du nombre de cellules CD4 après la réintroduction des cellules génétiquement modifiées;
- les patients qui avaient un compte des CD4 plus élevé avant le traitement avaient tendance à connaître une augmentation plus importante du nombre de CD4;
- aucun effet sur la charge virale;
- augmentation significative du nombre de cellules T auxiliaires.

Avertissement : Ces résultats proviennent d'une des premières études de ce genre. Il faudra beaucoup plus de recherches pour déterminer si ce genre de traitement est utile.

Immunothérapie :

Deux études ont permis de constater que l'hormone de croissance semblait provoquer une augmentation du compte des CD4 chez des patients en multithérapie antirétrovirale. Puisque les infections opportunistes surviennent lorsque le nombre de cellules CD4 diminue, ce qui a tendance à se produire au fur et à mesure que la durée de l'infection augmente, il s'agit de stimuler le système immunitaire en faisant augmenter le nombre de cellules CD4 pour qu'elles puissent empêcher les infections.

L'étude ACTG 5174 a porté sur 60 participants et avait pour objectif d'évaluer l'impact de l'hormone de croissance recombinante (rGH) sur la grosseur du thymus et la reconstitution des cellules T naïves. Les résultats préliminaires sont prometteurs, mais des questions importantes restent en suspens. Le traitement par rGH est associé à une augmentation significative du compte des CD4 naïves et du pourcentage des CD4 naïves, comparativement à la seule multithérapie. La rGH est également associée à une augmentation du volume du thymus. Les effets indésirables étaient peu fréquents, mais un suivi plus rigoureux sera nécessaire pour identifier des effets secondaires éventuels. Laura Napolitano et ses collègues ont fait état de résultats semblables lors d'une étude menée chez 20 personnes vivant avec le VIH. Pourtant les questions suivantes restent sans réponses : Quels sont les résultats cliniques ? Les augmentations vont-elles se maintenir après l'interruption du traitement ? Quelles sont les toxicités à long terme ?

Inhibiteurs de fusion :

Ceci est une nouvelle classe de médicaments. Les médicaments qui appartiennent à cette classe emploient divers mécanismes pour empêcher le VIH de se fusionner avec la cellule. Cette action empêche le VIH d'entrer dans la cellule et de l'infecter. Si le virus est incapable d'infecter la cellule, il ne peut pas se répliquer. Les antagonistes du CCR5 sont un exemple d'un inhibiteur de fusion. Les données sur trois antagonistes (inhibiteurs) du CCR5 ont été présentées : il s'agit de Maraviroc, de Vicriviroc et de Pro 140.

Même si les recherches sur les antagonistes du CCR5 que l'on a présentées à la conférence en juillet 2005 sont très prometteuses, des données récentes ont suscité des préoccupations sérieuses en ce qui concerne la toxicité et l'efficacité. En octobre 2005, les études de phase

suite à la page 9

Depuis l'été, nous avons organisé plusieurs télé-ateliers (ateliers offerts par téléphone), et il est fascinant de constater la diversité des expériences que les participants apportent à ces ateliers en ce qui concerne la défense et la promotion du droit aux traitements. Les projets ambitieux dans lesquels les communautés s'embarquent ne cessent de m'impressionner, et je suis heureuse d'avoir l'occasion d'entendre les témoignages des participants. L'aspect important qui est favorisé lors de ces télé-ateliers est le sentiment d'appartenance à une communauté. Les gens de partout au pays trouvent des enseignements dans les expériences des autres, et on peut quasiment entendre les réseaux se bâtir au téléphone ! De nombreuses personnes vivant en région ont vite reconnu les avantages des télé-ateliers, et elles constituent maintenant la majorité des participants.

Les participants me disent régulièrement qu'ils avaient douté initialement de l'efficacité d'un atelier réalisé au téléphone—il est en effet bizarre de prendre part à une activité d'apprentissage quand on ne peut voir les autres participants. Après les ateliers, cependant, on me fait souvent l'éloge du téléphone en tant qu'outil d'apprentissage novateur, et plusieurs personnes se disent contentes de ce qu'elles ont appris. Certaines d'entre elles vont jusqu'à me demander comment elles peuvent utiliser ce format pour offrir des possibilités de perfectionnement à leur employés et à leur communauté. De plus, plusieurs participants ont demandé un espace où ils pourraient continuer de partager leurs idées avec les autres. Nous avons donc adapté le site Web du projet pour leur permettre d'afficher leurs ressources en matière de défense des droits.

Prix d'excellence Glen Hillson

Félicitations à **Philip Lundrigan**, membre fondateur et ancien administrateur du CCSAT, d'avoir été choisi comme récipiendaire du prix d'excellence Glen Hillson lors de notre assemblée générale en octobre !

Le CCSAT a créé ce prix pour honorer la mémoire de Glen Hillson, un défenseur infatigable des droits des personnes ayant le VIH, ancien coprésident du CCSAT et ancien président de la British Columbia Persons With AIDS Society (BCPWA). Glen est décédé en 2003.



Mise à jour sur la série *Les outils pour l'action*

par *Sugandhi Wickremarachi*

coordonnatrice de projet, projet de renforcement des capacités

Nous avons lancé notre site Web cet été, et la réponse a été excellente jusqu'à présent. Nous avons fait beaucoup de recherche et entrepris un grand nombre de consultations communautaires afin de créer un site Web accessible, anonyme et facile à utiliser. Venez faire un tour à l'adresse www.ctac.ca/tfa. Dans ce site, vous pouvez visionner les ateliers et y participer, partager des idées et télécharger des ressources qui vous aideront dans votre travail de militant. Vous pouvez créer un profil de participant où les ateliers que vous aurez complétés seront marqués pour que vous puissiez recevoir votre certificat de la série *Les outils pour l'action*. Ce site est une communauté virtuelle pour les militants, ainsi qu'un outil qui vous aidera à réduire l'isolement et à créer des partenariats.

Nous avons offert plusieurs ateliers lors de divers événements communautaires tenus au début de l'automne. Le 6 octobre, nous étions à Regina pour la journée de perfectionnement des compétences du Réseau canadien autochtone du sida. Nous avons organisé cinq ateliers dans le cadre de l'assemblée générale et journée de perfectionnement des compétences du CCSAT qui a eu lieu le 17 octobre à Moncton. Du 28 au 30 octobre, nous étions à Montréal pour offrir cinq ateliers dans le cadre du Symposium national de perfectionnement des compétences dans le domaine du VIH-sida. Tout comme lors des télé-ateliers, il était intéressant de constater la diversité des militants ayant participé à ces activités, et ce fut une occasion en or de connaître leurs différentes perspectives. Ces événements ont contribué à rehausser le profil de cette série d'ateliers et à déclencher une nouvelle vague d'inscriptions !

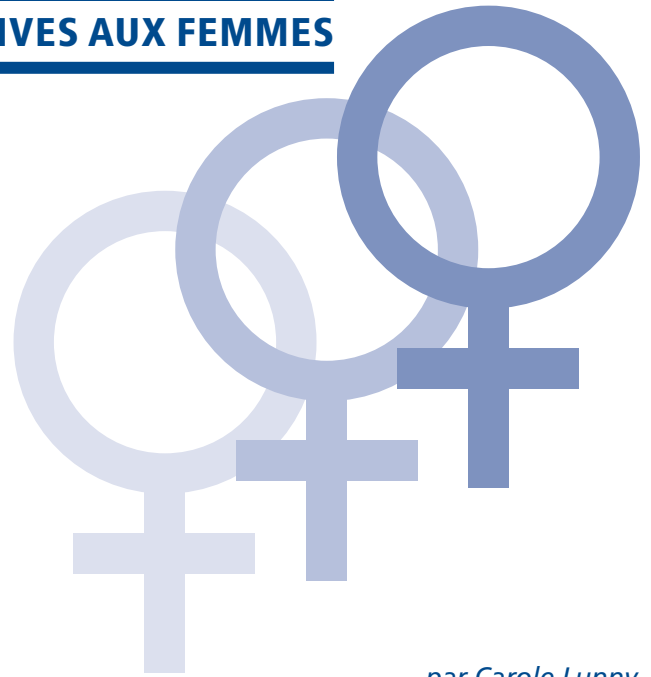
Pour obtenir plus d'information sur les ateliers, appelez-moi au (416) 410-1369 ou écrivez-moi à sugandhi@ctac.ca, ou bien visitez notre site Web à www.ctac.ca/tfa. ■

MISE À JOUR SUR LES QUESTIONS RELATIVES AUX FEMMES

Le vaccin anti-VPH ne vise pas les personnes vivant avec le VIH

A l'occasion de la 22^e Conférence internationale et atelier clinique sur le virus du papillome humain, tenue le 4 mai 2005 à Vancouver, un forum public a été organisé pour discuter des nouveaux vaccins de deux compagnies pharmaceutiques qui devraient être approuvés au cours de la prochaine année. Voilà la bonne nouvelle. La mauvaise nouvelle réside dans l'absence d'essais cliniques ciblant les personnes vivant avec le VIH et le fait que l'approbation éventuelle des versions thérapeutiques de ces vaccins ne sera accordée que dans un avenir lointain. Les deux compagnies pharmaceutiques dont les vaccins se font concurrence sont Merck Frosst et GlaxoSmithKline. Merck met au point un vaccin qui protège contre les souches de VPH responsables des verrues génitales et les cancers du col utérin et de l'anus. Le vaccin de GlaxoSmithKline vise uniquement les souches responsables des cancers du col et de l'anus. Ces vaccins devraient être accessibles au cours des deux prochaines années. Merck Frosst espère obtenir le feu vert de l'agence de réglementation avant la fin de 2005.

Des essais cliniques portant sur des jeunes femmes séronégatives se déroulent d'un bout à l'autre du Canada, notamment dans l'Est. Jusqu'à présent, aucun effet secondaire grave n'a été signalé, et le taux de protection contre les anomalies du col utérin s'élève de 90 % à 100% après un an et demi. Trois essais d'envergure sont en cours, dont deux études multicentres comptant plus de 10 000 participants (Merck Frosst et GSK) et un essai se déroulant au Costa Rica sous l'égide de l'Université du Maryland. Merck est en train de recruter de jeunes hommes gais pour un essai clinique à Vancouver. À l'heure actuelle, il n'existe pas de données sur l'efficacité du vaccin anti-VPH chez les hommes. Les vaccins thérapeutiques font encore l'objet d'essais de phase III, ce qui veut dire qu'ils ne seront pas disponibles dans un proche avenir. Les vaccins anti-VPH ne pourront remplacer le test Pap et ne provoqueront pas la disparition des lésions existantes. Toutefois, ils réduiront le nombre de tests Pap anormaux, de visites de suivi et de chirurgies. Ils réduiront également l'incidence du cancer du col utérin,



par Carole Lunny,
représentante nationale des femmes du CCSAT

et éventuellement celle du cancer anal, dans les dix prochaines années. Les vaccins seront les plus utiles dans les pays où le test Pap n'est pas effectué systématiquement. En effet, les vaccins seront destinés aux jeunes femmes des pays en voie de développement où le dépistage par le test Pap n'est pas disponible. Les fabricants recommandent que le vaccin soit administré aux jeunes filles âgées de 10 à 13 ans, aux femmes plus âgées et aux adolescents (dans le cadre d'essais cliniques continus).

Le forum a soulevé quelques questions qui restent en suspens : Les responsables de la santé publique et le public recevront-ils facilement les vaccins anti-VIH ? Pendant combien de temps la protection va-t-elle durer ? Des rappels seront-ils nécessaires ? Quel est le coût des vaccins ? (Lorsque le vaccin anti-hépatite B a vu le jour, il coûtait 200 \$, mais le prix a beaucoup diminué et se situe maintenant à seulement 0,25 \$ dans les pays en voie de développement.) Les vaccins seront-ils accessibles aux femmes pauvres les plus à risque ? Les recherches montrent que les cancers du col utérin et de l'anus touchent plus fréquemment les personnes ayant le VIH, donc il y a un besoin criant de mener des essais cliniques auprès de cette population. La BC Persons With AIDS Society fait des recherches préliminaires en vue de faire organiser un essai clinique pour les personnes vivant avec le VIH-sida de sa province, mais ses efforts n'en sont qu'aux premiers balbutiements, et aucune compagnie pharmaceutique ne s'est intéressée jusqu'à présent aux besoins de la communauté VIH. Le CCSAT vous encourage à envoyer une lettre à Merck Frosst ou à GlaxoSmithKline leur disant que vous aimeriez qu'un essai clinique soit organisé dans votre communauté. ■

Une perspective personnelle

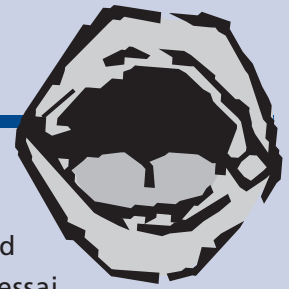
sur le VPH buccal par un membre de la BC Persons With AIDS Society

En juin 2003, j'ai consulté mon dentiste pour un examen régulier et un nettoyage. Je lui ai montré une zone blanche qui était apparue sur mes gencives inférieures de devant. Il a enlevé cette membrane en la raclant tout en me disant que ce n'était rien. Six mois plus tard, je suis retourné le voir pour un autre examen et nettoyage. Je lui ai montré que le problème était revenu au même endroit et s'était propagé. Il a décidé de procéder à une biopsie des tissus en question.

En janvier 2005, j'ai reçu un diagnostic de VPH (virus du papillome humain) buccal et on m'a dirigé vers un chirurgien buccal d'un hôpital local. Après avoir examiné les résultats de mes tests, le chirurgien m'a laissé croire qu'un nouvel essai clinique pourrait peut-être m'offrir une option de traitement. Il a expliqué d'autres options possibles aussi, notamment une chirurgie buccale pour exciser les tissus malades

ou un traitement topique à l'azote liquide. J'ai appris quelques semaines plus tard que j'étais inadmissible à l'essai clinique. Il a donc fallu que je choisisse l'azote liquide.

Comme mon chirurgien ne participait pas au régime d'assurance-maladie de la Colombie-Britannique, j'étais obligé de payer non seulement les frais de traitement, mais aussi les frais administratifs et de déplacement. Chaque consultation me coûtait 120 \$. J'en suis arrivé au point où je ne pouvais plus consulter ce spécialiste, donc j'ai demandé à mon médecin si je pouvais poursuivre le traitement dans son cabinet. Il y a consenti. Pendant les cinq ou six semaines suivantes, j'avais un goût de chair qui pourrissait dans ma bouche. Je devais utiliser constamment des pastilles ou un rince-bouche pour sortir en public. À la fin, le traitement a réussi. ■



Tony Di Pede, Phil Lundrigan et Ron Rosenes lors de la présentation du prix d'excellence Glen Hillson à l'assemblée générale du CCSAT (Moncton, octobre 2005)

L'Ordre de l'Ontario

Félicitations à notre présidente, **Louise Binder**, présidente du CCSAT, pour sa nomination à l'Ordre de l'Ontario au mois de septembre !

L'Ordre de l'Ontario a été créé en 1986 par le gouvernement de l'Ontario pour reconnaître l'excellence et les accomplissements extraordinaires des particuliers dans n'importe quel domaine.

Les nouveaux antirétroviraux

suite de la page 6

III sur Aplaviroc (GW873140), un antagoniste du CCR5, ont été arrêtées à cause de préoccupations de toxicité, notamment pour le foie. Également au mois d'octobre, on a suspendu une autre étude de phase II sur Vicriviroc chez des patients n'ayant jamais pris d'antirétroviraux. Par contre les essais cliniques du Vicriviroc chez des patients ayant déjà pris des antirétroviraux n'ont pas été interrompus et nous devons donc suivre de près cette étude. Des essais de phase III sur Maraviroc se poursuivent. Nous attendons les résultats des essais sur les antagonistes du CCR5 pour déterminer quel rôle (le cas échéant) ceux-ci pourront jouer dans le traitement du VIH.

Il faut souligner que ces médicaments ne sont pas les seuls agents anti-VIH en voie de développement. Il s'agit simplement des agents qui ont fait l'objet d'une présentation orale lors de la conférence de l'IAS en juillet 2005. Environ 24 nouveaux médicaments sont présentement à l'étude dans le cadre d'essais cliniques de phase IIb/III. Quatre d'entre eux sont des INTI, deux autres sont des INNTI et cinq ou six autres sont des inhibiteurs de l'entrée, y compris des antagonistes du CCR5. Comme toujours nous devons concentrer nos efforts et rester vigilants afin d'obtenir de nouveaux traitements efficaces et sans danger. ■

Une proposition peu naturelle

suite de la page 2

d'uniformité. Il se pourrait qu'on soit obligé d'exprimer les doses de vitamines et de minéraux en termes de « portions ». L'étiquetage des produits alimentaires n'exigerait pas que la teneur précise en ingrédients médicinaux soit indiquée, mais seulement que ceux-ci soient énumérés dans l'ordre décroissant de leur proportion. Le résultat ? Il y aurait de la confusion, tant chez les marchands que chez les consommateurs, quant à la teneur des divers ingrédients et composés actifs dans un produit donné. Le simple transfert de la DGPSN à la Direction des aliments n'est pas l'intention des partisans du projet de loi car cela ne ferait que créer plus de confusion législative.

Abrogation de sous-sections de la Loi sur les aliments et drogues

Le projet de loi C-420 propose également l'abrogation de deux sous-sections de l'Annexe A de la Loi sur les aliments et drogues. Voilà une bonne idée. Adoptés originalement en 1934, ces règlements étaient conçus pour décourager la publicité sur les médecines pour des maladies

L'accès au traitement

suite de la page 3

Pour nous-autres qui travaillons dans le domaine du VIH-sida, ces conclusions n'ont rien de nouveau. Nous exhortons constamment les décideurs de tous les paliers de gouvernement à intégrer la prévention, le diagnostic, les soins, le traitement, le soutien et la recherche puisque tous ces éléments sont inextricablement liés. Des efforts sérieux et cohésifs sont nécessaires dans chacun de ces domaines pour tirer le maximum d'avantages stratégiques dans l'ensemble.

Nous avons également affirmé à maintes reprises que la réduction des coûts donne lieu à de fausses économies. Les commentaires de l'orateur en sont une preuve de plus. Non seulement la réduction des coûts est une mauvaise stratégie du point de vue de la protection de la santé des personnes vivant avec le VIH en raison des coûts générés dans d'autres sphères du système de santé, mais cela empêche les efforts de prévention, ce qui augmente davantage les coûts.

Il faut guérir l'aveuglement de ceux qui ne voient qu'une rentabilité fallacieuse, qu'il s'agisse du gouvernement fédéral ou des gouvernements provinciaux et locaux. L'accès aux traitements se traduit non seulement en une réduction des coûts, mais aussi en une augmentation des revenus pour chaque province et le fédéral. Si nous et les chercheurs arrivons à comprendre cela, les gourous de nos gouvernements peuvent sûrement y parvenir. Sinon, qu'ils nous appellent. Nous pouvons leur proposer plein de mesures de réduction des coûts qui ne mettent la vie de personne en péril. ■

contre lesquelles il n'existait aucun traitement à l'époque. Les maladies énumérées dans l'Annexe A comprennent le cancer, l'arthrite, le diabète, la dépression et l'hypertension. De nos jours, il existe des preuves convaincantes quant à l'efficacité de la glucosamine pour le traitement de l'arthrite et à celle du millepertuis pour le traitement de la dépression modérée. Mais les seules preuves ne suffisent pas aux personnes ayant le VIH; nous avons besoin de connaître les risques d'interactions avec nos médicaments.

À l'heure actuelle, les règlements de la DGPSN permettent aux fabricants de faire une gamme d'allégations au sujet de la structure des produits, de leur fonction, de la réduction des risques et de leur efficacité à titre de traitement ou de remède curatif, à condition qu'il y ait suffisamment de preuves—y compris un usage traditionnel millénaire—pour appuyer les allégations. Ces sous-sections de l'Annexe A empêchent les Canadiens d'en apprendre plus sur les remèdes naturels.

Il faut que le projet de loi C-420 soit défait tel qu'il existe aujourd'hui. Il reste, cependant, que l'on devrait abroger les sous-sections désuètes de l'Annexe A. Nous devons revendiquer que le projet de loi soit modifié de sorte à supprimer toute modification des définitions, et nous devons procéder à l'abrogation de l'Annexe A pour enfin favoriser une information complète sur les étiquettes des produits que nous utilisons, y compris les allégations relatives à la santé. Les personnes ayant le VIH doivent dépenser de plus en plus d'argent pour maintenir leur santé. Le recours aux PSN et à d'autres remèdes d'appoint est à la hausse. Les règlements contribuent sans doute aux coûts pour les consommateurs, mais ceux-ci peuvent être contrôlés dans un contexte de compétition juste et équitable. ■

Le 22 novembre 2005, le Comité permanent sur la santé a recommandé à la Chambre des communes de ne pas donner suite au projet de loi C-420 tout en soulignant que Santé Canada procéderait à des changements réglementaires afin de moderniser l'Annexe A de la Loi sur les aliments et drogues. Le comité s'est laissé convaincre que les règlements actuels sur les produits de santé naturels permettaient d'assurer leur innocuité et leur qualité. De plus, ces règlements, grâce à des informations dignes de confiance sur les produits, permettraient de faire une gamme d'allégations santé pour aider les Canadiens à prendre des décisions éclairées en matière de santé.



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 ou par téléphone ou télécopieur au (416) 410-6538.

CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS

automne 2005/hiver 2006

● 1^{er} décembre

Journée mondiale du sida 2005

Communiquez avec votre organisme local de lutte contre le sida pour connaître les activités dans votre région

Déjeuner de la Journée mondiale du sida (lancement du Plan d'action intégral sur le VIH et les femmes)

Toronto, Ontario

Information: (289) 259-9623 ou

bpwcanada@essentient.ca

Montréal, Québec

Information: casm@netrover.com

Ottawa, Ontario

Information : kimt@cdnaids.ca

Conférence de presse de la Journée mondiale du sida (lancement du Plan d'action intégral sur le VIH et les femmes)

Vancouver, Colombie-Britannique

Information : (604) 692-3010 ou marcies@pwn.bc.ca

● 1^{er} au 5 décembre

Semaine de sensibilisation au sida chez les Autochtones

Communiquez avec le Réseau canadien autochtone du sida pour obtenir des renseignements sur les activités ayant lieu au Canada. Composez le 1-888-285-2226 ou écrivez à info@caan.ca

● 16 au 19 décembre

Conférence intersciences sur les agents antimicrobiens et la chimiothérapie (ICAAC)

Washington, D.C.

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

● 16 janvier 2006

Date limite pour la remise des candidatures au Programme international de formation aux droits humains 2006

(Ce programme se déroulera du 11 au 30 juin 2006.)

Montréal, Québec

Information : (514) 954-0382, ihrtip-pifdh@equitas.org ou www.equites.org

● 5 au 9 février 2006

Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes

Denver, Colorado

Information : (703) 535-6862 ou

info@retroconference.org

● 14 et 15 février 2006

7^e Conférence annuelle sur la réduction des méfaits de l'Alberta

Lethbridge, Alberta

Information : (403) 327-8900 ou

info@albertaharmreduction.ca

RAPPORT DE LA PRÉSIDENTE DU CCSAT – automne 2005

par Louise Binder



COMME VOUS POURREZ LE CONSTATER,

ce numéro est consacré principalement à l'information sur les traitements que plusieurs de nos membres ont glanée lors de la récente Conférence internationale sur la pathogénèse et le traitement du VIH de Rio de Janeiro (été 2005). En participant à ces conférences, notre principal objectif consiste à nous tenir au courant des dernières données sur les traitements en voie de développement pour le VIH-sida et les infections opportunistes et à recueillir de l'information sur les effets des médicaments dans le vrai monde, c'est-à-dire après la commercialisation.

Depuis quelque temps, cependant, on se demande à quoi ça sert d'apprendre ces choses quand les nouveaux médicaments sont gardés hors de la portée des personnes qui en ont besoin à cause d'une série de règlements de plus en plus alambiqués en ce qui concerne l'accès aux médicaments.

Rappelons les déclarations faites lors de la dernière réunion des ministres de la Santé. Ces derniers ont proposé, entre autres, d'étendre l'autorité du Programme commun d'évaluation des médicaments, une agence qui a échoué lamentablement à formuler des recommandations respectueuses des consommateurs en ce qui a trait au remboursement public des médicaments par les neuf provinces participantes. Désormais, le PCEM pourra également prendre des décisions mal fondées en ce qui concerne les médicaments génériques et les produits prescrits en milieu hospitalier.

Ce même groupe, qui agit davantage comme une société secrète que comme une agence financée par les contribuables, a récemment effectué une auto-évaluation majoritairement interne selon laquelle tout allait très bien. Quelle surprise! Les quelques commentaires discordants faits par les consommateurs, dont la participation était limitée, ont été écartés du revers de la main. On a même affirmé que ces derniers connaissaient mal le domaine pharmaceutique. Quelle farce! Personne ne connaît mieux les médicaments que les personnes qui en prennent et les médecins qui en prescrivent.

Même si nous devons faire face à ces obstacles grandissants créés sous prétexte de responsabilité fiscale et de réduction des coûts, nous allons continuer de participer aux conférences et à répandre les informations concernant les nouveaux médicaments. Nous continuerons de nous battre contre les politiques et les pratiques gouvernementales mal foutues qui permettent des économies à court terme mais qui coûtent cher à l'ensemble de l'économie à long terme et pas seulement aux budgets de la santé. Sans parler des pertes de vie et de la diminution de la qualité de vie des citoyens et citoyennes. ■

CONSEIL D'ADMINISTRATION

- PRÉSIDENTE **Louise Binder**
- VICE-PRÉSIDENT **Ron Rosenes**
- TRÉSORIER **Tony Di Pede**
- SECRÉTAIRE **Jean-Pierre Bélisle**
James Edwards
Brian Finch
Horace Josephs
Troy Perrot
Geraldine Trimble

MEMBRES DU CONSEIL

Derek Bell British Columbia Persons With AIDS Society (BCPWA) • **Jean-Pierre Bélisle** Québec • **Clément Bolduc** Comité des personnes atteintes du VIH du Québec (CPAVIH) • **Louise Binder** Toronto People With AIDS Foundation (TPWAF) • **Daryn Bond** Manitoba • **Patrick Cupido** Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE) • **James Edwards** Nouveau-Brunswick • **Richard Elliott** Réseau juridique canadien VIH/sida • **Brian Finch** Ontario et Représentant des utilisateurs et ex-utilisateurs de substances intoxicantes • **Earl Giles and Mike Sangster** Nouvelle-Écosse • **Horace Josephs** Représentant des communautés noires, africaines et caribéennes • **James Kreppner** Société canadienne de l'hémophilie (CHS) • **Carole Lunny** Représentante nationale des femmes • **Malsah** Société canadienne du sida (SCS) • **Ken Monteith** Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida) • **Richard Neron** Terre-Neuve & Labrador • **Roky Paul** Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) • **Troy Perrot** Île-du-Prince-Édouard • **Mark Randall** Alberta • **Daryle Roberts** Colombie-Britannique • **Ron Rosenes** Le groupe d'action-sida! (AAN!)

BAILLEURS DE FONDS 2005

Agence de santé publique du Canada (ASPC)
Instituts de recherche en santé du Canada
Abbott Laboratories Limited • Bristol-Myers Squibb Pharmaceutical Group • Boehringer Ingelheim Canada Inc. • Gilead Sciences • GlaxoSmithKline en partenariat avec Shire BioChem • Hoffmann-La Roche • Pfizer Canada, Agouron Pharmaceuticals Inc. • 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 : Philip 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 gratuitement en

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.

version électronique à www.ctac.ca/fr/resources/position_papers ou contactez le bureau pour obtenir une copie papier (voyez ci-dessous).

ADHÉSION

Les formulaires d'adhésion sont disponibles auprès du bureau du CCSAT et sur son site Internet : www.ctac.ca/fr/membership.

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

RÉDACTION

Ce bulletin est une publication trimestrielle.

Comité de rédaction : Derek Bell / Daryn Bond / Horace Josephs / Ken Monteith
Comité éditorial : Laurette Lévy / Leah Stephenson / Theresa Wojtasiewicz
Coordination éditoriale : Leah Stephenson
Traduit de l'anglais et du français par Alain Boutilier
Imprimé par The Printing House
Site Web www.ctac.ca/fr/newsletter

Permission de reproduire : Ce bulletin peut être reproduit à des fins personnelles. Toutefois, ce contenu ne doit pas être modifié et toute réimpression doit s'accompagner du texte suivant : « Renseignements tirés du Volume 7 numéro 4 (automne 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 traitements ou thérapies décrits dans ses publications.

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