

CONSEIL CANADIEN DE SURVEILLANCE ET D'ACCÈS AUX TRAITEMENTS



Conseil canadien de surveillance
et d'accès aux traitements

DANS CE NUMÉRO

JUIN 2004
VOLUME 6
NUMÉRO 2

L'avenir des traitements anti-VIH : les inhibiteurs de l'entrée et de l'attachement	1
Il faut des traitements pour l'hépatite C maintenant !	2
Complications et maladies chez les personnes séropositives : Compte rendu de la Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes.	4
Mise à jour sur la mari médicale.	6
Mise à jour sur les questions relatives aux femmes : Il faut faire plus de recherche sur les femmes et les traitements anti-VIH	7
Mise à jour sur les pharmacies par Internet	8
Le financement de la Stratégie est enfin augmenté.	8
Comptes-rendus des provinces.	9
La XV ^e Conférence internationale sur le sida – Bangkok, Thaïlande.	9
Le point sur les essais cliniques.	10
Calendrier des événements.	10
Rapport de la présidente.	11
Mise à jour intérimaire sur la représentante nationale des femmes.	11
Membres du conseil.	12

L'avenir des traitements anti-VIH :

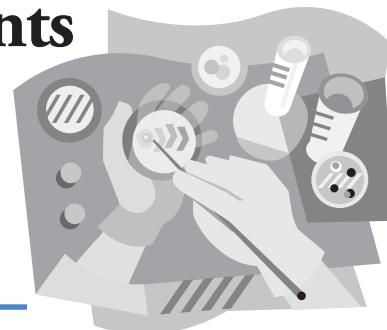
LES INHIBITEURS DE L'ENTRÉE ET DE L'ATTACHEMENT

MALGRÉ LES NOMBREUX PROGRÈS RÉALISÉS sur le plan des traitements antirétroviraux, les chercheurs ne cessent d'expérimenter de nouvelles façons de combattre l'infection au VIH. La résistance médicamenteuse, l'observance thérapeutique et l'incertitude face aux effets à long terme sont des défis que les personnes ayant le VIH-sida doivent relever lorsqu'elles se font traiter. Accéder aux nouveaux traitements est souvent un problème pour les personnes vivant avec le VIH-sida, et l'arrivée des nouveaux produits est retardée par l'inefficacité des processus d'examen des médicaments. De plus, les provinces excluent ou enlèvent certains produits de leur liste de médicaments remboursables en raison de leur prix exorbitant.

Lors de la récente Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, les données présentées sur une nouvelle famille de médicaments appelés inhibiteurs de l'entrée et de l'attachement ont suscité mon intérêt. L'action de ces médicaments consiste à empêcher le VIH d'entrer dans les cellules immunitaires appelées CD4.

Le VIH entre dans les cellules CD4 en trois étapes : l'attachement, la liaison avec le corécepteur et la fusion. Le VIH se sert de sa molécule gp120 pour s'attacher au récepteur CD4. Ensuite, il se lie à un autre corécepteur comme le CCR5 ou le CXCR4 afin d'entrer dans la cellule CD4. Le CCR5 et le CXCR4 sont des récepteurs de chémokines qui se trouvent sur la surface des cellules CD4. Nous savons que ces derniers jouent un rôle critique dans l'infection et la transmission du virus.

Les inhibiteurs de l'entrée sont conçus pour se lier aux



par Enrico Mandarino

Accéder aux
nouveaux
traitements est
souvent un problème
pour les personnes
vivant avec le VIH-
sida, et l'arrivée des
nouveaux produits
est retardée par
l'inefficacité des
processus d'examen
des médicaments.

suite à la page suivante

L'avenir des traitements anti-VIH

suite de la page 1

récepteurs présents sur la surface des CD4, de sorte que le VIH ne peut s'attacher et se fusionner à la cellule. Contrairement aux médicaments anti-VIH qui agissent à l'intérieur des CD4 en ciblant des enzymes virales nécessaires à la réplication du virus, les inhibiteurs de l'entrée agissent en bloquant le VIH avant qu'il puisse entrer dans la cellule CD4 et lancer son processus de réplication.

Les inhibiteurs de l'entrée qui sont le plus près de passer au stade des essais cliniques d'envergure sont le TNX-355, qui cible les récepteurs CD4, le GW 873140 et le SCH-D, lesquels ciblent les récepteurs CCR5. On dispose de données d'innocuité et d'efficacité favorables sur chacun de ces agents.

Les chercheurs s'inquiètent de la possibilité que l'utilisation prolongée des inhibiteurs du récepteur CCR5 (virus R5) donne lieu à l'émergence de virus plus puissants qui aient recours au récepteur CXCR4 (virus X4) pour entrer dans les cellules CD4. De nouveaux agents novateurs sont donc nécessaires.

Des données qui démontrent le bien-fondé de la conception

d'un inhibiteur de l'attachement novateur administré par voie orale, une nouvelle famille d'antirétroviraux potentielle, ont également été dévoilées à la conférence. Le BMS-488043 est une petite molécule qui se lie à la gp120, enveloppe protéique du VIH, pour empêcher le VIH de s'attacher au récepteur CD4.

À mesure que se poursuit l'évaluation des nouvelles approches thérapeutiques visant à prévenir l'entrée du VIH dans les cellules CD4, l'optimisme s'accroît quant à la possibilité que de nouveaux traitements efficaces et non toxiques puissent changer la façon dont le VIH est traité. Il est essentiel que ces études se poursuivent et que les prix soient raisonnables afin que toutes les personnes ayant le VIH-sida puissent y avoir accès rapidement. Le CCSAT continuera de surveiller la mise au point des médicaments, ainsi que la question des prix et de l'accès au Canada. ■

Adapté d'un article publié originalement dans Living +, numéro 30, mai/juin 2004, une publication de la BC Persons With AIDS Society, www.bcpwa.org

Il faut des traitements pour l'hépatite C *maintenant!*

par Paula Braitstein

À MESURE QUE LES PERSONNES AYANT le VIH-sida vivent plus longtemps avec leur infection, de nouveaux problèmes voient le jour, y compris les effets secondaires des antirétroviraux et les co-infections. La co-infection au virus de l'hépatite B ou C est un grand problème pour les personnes vivant avec le VIH en raison des modes de transmission communs de ces virus. De fait, environ 30 % des personnes séropositives sont co-infectées par l'hépatite C, et la quasi-totalité des personnes ayant contracté le VIH par injection de drogues est également infectée par l'hépatite C. Il en est de même pour presque toutes les personnes ayant reçu des produits sanguins contaminés. On estime qu'environ 1 % de la population canadienne vit avec le virus de l'hépatite C, soit entre 250 000 et 300 000 personnes. Il s'agit donc d'un grand problème.

Malheureusement, on peut en dire autant de l'accessibilité des traitements anti-hépatite dans presque tout le Canada.



Le traitement anti-hépatite n'est pas facile à suivre – la combinaison de l'interféron pegylé et de la ribavirine a des toxicités importantes qui provoquent les symptômes d'une mauvaise grippe jusqu'à la fin du traitement. Souvent, les glandes salivaires s'assèchent au point de provoquer des douleurs buccales et l'affaiblissement du sens du goût. Le pire doit être la dépression et les tendances suicidaires qui constituent des réactions biologiques aux médicaments.

La bonne nouvelle, cependant, est que le traitement anti-hépatite réussit à éliminer le virus chez beaucoup de gens, ce qui équivaut essentiellement à une cure. Et le traitement ne dure pas toute la vie. Voilà deux différences importantes comparativement aux traitements contre le VIH. La mauvaise nouvelle : le traitement anti-hépatite actuel n'agit pas aussi bien chez les personnes ayant

suite à la page suivante

Il faut des traitements pour l'hépatite C *maintenant!*

suite de la page 2

le VIH que chez les personnes séronégatives. Dans l'ensemble, environ 40 % des personnes ayant le VIH auront une réponse virologique soutenue, comparativement à 55 % chez les personnes séronégatives.

La question des génotypes de l'hépatite C revêt une grande importance pour la probabilité de succès du traitement. Si 80 % des personnes séronégatives porteuses des génotypes 2 ou 3 peuvent s'attendre à l'élimination du virus, seulement 60 % des personnes séropositives ayant les mêmes génotypes connaîtront un tel succès. Quant au génotype 1, le plus prédominant en Amérique du Nord, y compris chez les personnes ayant le VIH, il est éliminé chez 45 % des personnes séronégatives, comparativement à moins de 30 % des personnes co-infectées par le VIH et porteuses du génotype 1.

Presque toutes les provinces canadiennes imposent des restrictions considérables sur l'accès au traitement anti-hépatite. Ces restrictions portent autant sur l'admissibilité des patients que sur la durée de traitement permise.

De façon générale, les personnes ayant les génotypes 2 ou 3 reçoivent automatiquement un maximum de 24 semaines de traitement une fois leur admissibilité acquise. Les personnes ayant les génotypes 1 ou 4 peuvent obtenir un maximum de 48 semaines de traitement, mais la loi exige la preuve d'une chute de 2 logs de l'ARN VHC (charge virale en VHC) à la 12^e semaine dans presque tous les endroits. Si le patient n'atteint pas ce trésor, le traitement est arrêté. Cela revêt une pertinence particulière pour les personnes vivant avec le VIH-sida : de plus en plus de preuves laissent entendre que la clairance virale se produit plus lentement chez les personnes ayant le VIH au début du traitement. Ainsi, une chute de 2 logs est bien possible, mais elle pourrait prendre plus de 12 semaines.

Pour accéder au traitement, plusieurs provinces exigent deux résultats élevés au test de la fonction hépatique (principalement l'ALT) à deux occasions distinctes sur une période de six mois. On dirait que les bureaucrates qui prennent ces décisions font fi de deux faits essentiels : 25 % des personnes atteintes de cirrhose ont un taux d'ALT normal; le taux d'ALT est un très mauvais prédicteur de l'évolution histologique des maladies du foie.

Pour les Ontariens et Ontariennes ayant le génotype 1, il paraît qu'on doit prouver, par biopsie, la présence d'une fibrose modérée (cicatrisation du foie). Tant pis pour les gens de l'Ontario que le traitement contre l'hépatite C agisse le mieux avant que la fibrose commence.

La Colombie-Britannique mérite le prix du critère le plus

stupide : il faut ne pas avoir pris de traitement. Oublions le fait que les gens ont été obligés de prendre Rebetron parce que la province a tant tardé à octroyer une autorisation spéciale pour couvrir la combinaison interféron pegylé

et ribavirine. Oublions le fait que Rebetron et Pegetron ont le même coût. Oublions le fait que les patients qui rechutent sous d'autres traitements ont une possibilité de succès d'au moins 35 %. Oublions le fait que les gens qui n'ont pas répondu à l'interféron en monothérapie ont une possibilité de succès de 35 %. Si votre mauvais jugement vous a incité à soigner votre hépatite avant, vous en paierez le prix maintenant.

Ensuite vient la question de la charge virale en VHC – c'est quoi cette connerie-là ? ! Les gens ne meurent pas d'une charge virale décelable en VHC. Ils meurent d'une maladie hépatique de stade terminal comme la fibrose ou la cirrhose. En bout de ligne, la question consiste à savoir si le traitement va stabiliser ou améliorer l'histologie hépatique (p. ex., cicatrisation du foie). De plus en plus, il paraît que la réponse est oui, même en l'absence d'une réponse virologique complète. Le grand essai HALT-C, un examen du traitement d'entretien, ne fournira pas de réponse avant plusieurs années. Espérons que les personnes atteintes d'hépatite C seront là pour profiter des résultats. Comme l'hépatite C progresse 2 à 3 fois plus vite chez les personnes co-infectées, elles ont moins de temps pour attendre.

On dirait que le *modus operandi* du gouvernement réside dans l'approche « Just Say No », alors qu'il faut une approche affirmative. En plus des questions déjà mentionnées, nous devons parler et agir au sujet de celle-ci : comment peut-on améliorer l'accès aux traitements et l'efficacité de ces derniers ? Il s'agit de fournir des traitements contre les effets secondaires, y compris le facteur de croissance érythropoéïtine et les antidépresseurs. Il s'agit de fournir un suivi psychiatrique régulier, d'organiser des groupes d'entraide et d'instaurer des cliniques qui soignent le VIH, le VHC et tous les autres problèmes de santé de façon holistique et multidisciplinaire. Je me demande combien de personnes mourront parce qu'ils n'ont pas accès à ces choses ? Ou parce qu'elles ne répondent pas aux critères ? ■

Un grand merci à Ken Thomson, à Michelle Marchione, à Ken Monteith, à Patrick Hooley et à Richard Neron pour leurs contributions précieuses à cet article.

On estime qu'environ
1 % de la population
canadienne vit avec le
virus de l'hépatite C, soit
entre **250,000** et
300,000 personnes.

Complications et maladies chez les personnes séropositives

Compte rendu de la Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes

par Louise Binder

EN TANT QUE GROUPE DE MILITANTS, le CCSAT consacre beaucoup d'attention à la question des complications liées aux médicaments faisant partie de la multithérapie antirétrovirale. Le CCSAT s'est joint à d'autres groupes pour encourager l'industrie à mener des études pour élucider les mécanismes de la lipodystrophie et de la lipoatrophie. Le CCSAT a également revendiqué des études sur les solutions éventuelles à ces problèmes.

Le diabète

Depuis l'avènement de la multithérapie, les personnes séropositives présentent de plus en plus d'anomalies du sucre sanguin (glucose). Dans le cadre de deux études d'envergure (une menée chez des hommes et une autre chez des femmes) présentées à la conférence, on a analysé le risque de prédiabète (hyperglycémie - taux de sucre anormalement élevé dans le sang) et de diabète, ainsi que le lien avec les médicaments antirétroviraux.

Les hommes séropositifs recevant une multithérapie étaient près de deux fois plus susceptibles d'avoir le prédiabète et trois fois plus susceptibles d'avoir le diabète que les hommes séronégatifs. Les femmes séropositives en traitement étaient deux fois plus susceptibles d'avoir le diabète que les femmes séronégatives. Une combinaison d'antirétroviraux comportant l'analogue non nucléosidique efavirenz (Sustiva) a été associée à un risque accru de prédiabète. Parmi les facteurs qui accroissent le risque à cet égard, mentionnons une numération des CD4+ qui est déjà passée sous le seuil des 100 cellules.

Pour aider à réguler le sucre sanguin, évitez ces médicaments dans la mesure du possible, surveillez votre alimentation et faites de l'exercice. Le supplément nutritionnel picolinate de chrome pourrait être utile aussi.

L'hypertension, les lipides et la maladie cardiovasculaire

Une étude d'envergure a permis de constater que la multithérapie ne faisait pas augmenter le risque d'hypertension (tension artérielle élevée), compte tenu des facteurs de risque traditionnels comme le sexe masculin, le vieillissement et l'embonpoint. Toutefois, une étude d'envergure menée chez des femmes a trouvé que le risque d'hypertension augmentait d'environ 20 % sous

l'effet des médicaments antirétroviraux, alors qu'aucune augmentation du risque n'est associée à la seule séropositivité. Parmi les autres facteurs associés à l'hypertension chez ces femmes, mentionnons le vieillissement, la race noire, le manque d'éducation, l'embonpoint et le tabagisme.

Une augmentation des taux de lipides (graisses dans le sang comme le LDL [mauvais cholestérol] et les triglycérides) est généralement associée à un risque accru de maladie cardiovasculaire. Les médicaments antirétroviraux, notamment les inhibiteurs de la protéase (IP), sont associés à une augmentation des taux de cholestérol et de triglycérides.

Les irrégularités lipidiques sont souvent associées à la redistribution des graisses corporelles, soit une complication appelée lipodystrophie. Des graisses s'accumulent à la taille et à la nuque, tandis qu'elles disparaissent des jambes, des bras et du visage (la perte de graisses s'appelle la lipoatrophie). En plus d'augmenter éventuellement le risque de maladie cardiovasculaire, ce problème peut être douloureux et stigmatisant. Les IP et les analogues nucléosidiques sont les classes d'antirétroviraux les plus souvent associées à la lipodystrophie.

Les médicaments antirétroviraux, notamment les inhibiteurs de la protéase (IP), sont associés à une augmentation des taux de cholestérol et de triglycérides.

Des médicaments prometteurs et quelques déceptions

On a présenté de nouvelles stratégies pour contrer les problèmes lipidiques. Une approche consiste à régulariser les taux lipidiques à l'aide de médicaments. La rosiglitazone est un médicament utilisé par les diabétiques pour stimuler la croissance de graisses sous-cutanées et améliorer la fonction vasculaire. Malheureusement, elle n'est pas parvenue à améliorer les symptômes de lipoatrophie chez des sujets séropositifs après 48 semaines de traitement.

Un rapport sur l'acide polyactique New-Fill a malheureusement

suite à la page suivante

Complications et maladies chez les personnes séropositives

suite de la page 4

déçu ceux et celles qui espéraient obtenir un traitement contre la lipoatrophie du visage. De façon générale, les injections de New-Fill n'ont pas suffisamment corrigé le problème pour améliorer la qualité de vie.

Le CCSAT s'intéresse depuis quelque temps aux résultats des interventions cosmétiques utilisées pour le traitement de la lipoatrophie du visage, y compris New-Fill. Bien que l'ensemble des résultats ne soit pas encourageant, plusieurs personnes séropositives font état de résultats satisfaisants grâce aux injections de New-Fill. Ainsi, le CCSAT a entrepris des discussions avec des médecins et des membres de la communauté qui tentent de mettre ce médicament à la disposition des Canadiens et des Canadiennes.

Des études présentées à la conférence ont appuyé la stratégie qui consiste à changer de médicaments anti-VIH lorsque ceux-ci sont associés à des anomalies lipidiques. Dans le cadre d'une étude, on a comparé les analogues nucléosidiques stavudine (d4T) et didanosine (ddl) et l'IP indinavir contre l'analogue non nucléosidique névirapine et l'analogue nucléosidique lamivudine (3TC). Bien qu'on n'ait décelé aucune différence dans les profils lipidiques entre les groupes, le taux de cholestérol HDL (le bon) a augmenté chez les sujets recevant la névirapine. Les patients traités à l'indinavir ont présenté davantage de graisses viscérales et tous les patients ayant reçu de la stavudine et de la didanosine ont perdu de la graisse.

Dans une autre étude, les patients ont remplacé une combinaison suppressive à base d'IP par l'analogue nucléosidique abacavir ou la névirapine ou un autre analogue non nucléosidique appelé efavirenz. Les analogues non nucléosidiques ont agi d'à peu près la même façon, ne provoquant aucun changement dans le cholestérol total. Pourtant, le HDL a augmenté tandis que le LDL a diminué. La substitution de l'abacavir a donné lieu à une baisse du cholestérol total et du LDL. Malheureusement, l'abandon de l'IP n'a pas eu d'impact sur les modifications de la forme corporelle, quel que soit le médicament substitué.

Une autre substitution éventuelle réside dans le recours à l'atazanavir, un nouvel IP qui se prend une seule fois par jour. Chez les patients naïfs aux traitements, celui-ci a eu peu d'impact sur les lipides après 48 semaines, comparativement à l'efavirenz ou au lopinavir/ritonavir, lesquels ont fait augmenter considérablement les lipides. Dans le cadre d'une étude, l'atazanavir a permis de réduire les augmentations lipidiques associées à l'IP nelfinavir, mais les lipides n'ont pas atteint les niveaux d'avant le traitement. Chez les patients prétraités, l'association de l'atazanavir et de 100 mg de

ritonavir s'est comparée favorablement au lopinavir /ritonavir. Le temps en dira long sur la durabilité de ces résultats.

Le CCSAT a suivi le développement de l'atazanavir avec beaucoup d'intérêt en raison de sa posologie unique quotidienne (une prise par jour) et de son profil lipidique favorable comparativement aux autres médicaments de sa classe. Le CCSAT a suivi le progrès du médicament dans le processus d'examen des médicaments de Santé Canada et s'est réjoui de la priorité qu'on lui a donnée en vue de sa commercialisation au Canada. Le CCSAT suit également son progrès dans le cadre du programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM). Ce dernier a été établi récemment dans certaines provinces (le Québec a refusé) dans le but d'assurer un examen pharmacoéconomique plus efficace et plus uniforme et de formuler des recommandations à l'intention des provinces en ce qui a trait au remboursement des médicaments. Le CCSAT s'est fermement opposé à la décision du PCEM de ne pas accorder un examen prioritaire à ce médicament.

Les représentants du CCSAT et du Toronto Primary Care Physician's Group ont rencontré ceux du PCEM pour exprimer nos préoccupations, mais nous avons reçu pour seule réponse qu'il existait d'autres IP, donc l'atazanavir n'était pas une priorité. Nous avons fait valoir que la posologie unique quotidienne et le profil lipidique favorable de celui-ci pourrait convenir mieux à certains patients et permettrait d'économiser sur les médicaments hypolipémiants, mais on nous a fait la sourde oreille. Le PCEM a annoncé sa décision d'approuver de l'atazanavir. Le CCSAT surveillera les provinces participantes pour voir leur réaction à cette décision. Notre but ultime consiste à déterminer si les décisions du PCEM sont bien fondées ou s'il ne s'agit que de ralentir un processus de remboursement qui est déjà lent.

Le ténofovir sera le prochain médicament examiné par le PCEM et le CCSAT sera là pour surveiller son progrès. Nous vous préviendrons des résultats et continuerons de plaider en faveur de la meilleure décision possible du point de vue de l'accès aux traitements.

Pour faire entendre votre voix au sein du PCEM, contactez le CCSAT à ctac@ctac.ca ou au (416) 410-6538 pour obtenir les coordonnées du PCEM, des modèles de lettres ou tout autre renseignement dont vous pourriez avoir besoin. ■

Adapté d'un article publié originalement dans Living +, numéro 30, mailjuin 2004, une publication de la BC Persons With AIDS Society, www.bcpwa.org

Mise à jour sur la mari médicale

par Enrico Mandarino

Adapté d'un article publié originalement dans gayguidetoronto.com en mars 2004

AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, le CCSAT a pris la barre dans la lutte pour éliminer les barrières à l'accès à la marijuana médicale pour les Canadiens et Canadiennes vivant avec le VIH/sida. Le CCSAT a également surveillé les nouvelles en provenance de la communauté scientifique en ce qui a trait aux bienfaits de la marijuana à des fins médicales.

Peu d'essais cliniques ont fourni des preuves scientifiques des bienfaits de la marijuana. Le gouvernement canadien et l'Association médicale canadienne invoquent le manque de recherches cliniques pour justifier leur refus d'accepter la marijuana à titre de traitement. Cependant, des informations anecdotiques sur les bienfaits de la marijuana circulent depuis des millénaires. De plus, lors de la XI^e Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, qui s'est déroulée dernièrement à San Francisco, les résultats d'une étude pilote ouverte ont laissé entendre que fumer de la marijuana contribuait à soulager la douleur causée par la neuropathie liée au VIH.

Selon la Dre Cheryl Jay de l'Université de la Californie, des modèles précliniques indiquent que les composés du cannabis sont efficaces pour maîtriser les douleurs neuropathiques. De plus, la marijuana n'interagit pas de façon inquiétante avec les antirétroviraux. La Dre Jay a rendu compte d'une étude de neuf jours menée auprès de 16 patients internes infectés par le VIH. Leur âge moyen était de 43 ans et ils souffraient de neuropathie depuis 6 ans en moyenne. Les patients ont reçu de la marijuana renfermant 3,5 % de THC (ingrédient actif de la marijuana), trois fois par jour. Dans la plupart des études cliniques sur la douleur, une réduction de 30 % de celle-ci est considérée comme significative; voilà l'objectif qui a été fixé pour cette étude. Le score moyen attribué à la douleur est passé de 47 au début de l'étude à 20 à la fin de celle-ci. Le fait de fumer de la marijuana a provoqué une chute du score de douleur jusqu'à 20 sur 100, et 10 patients sur 16 ont connu une réduction d'au moins 30 % de l'intensité de leur douleur quotidienne moyenne.

Le 18 février 2004, j'ai assisté à une consultation générale



...des informations anecdotiques sur les bienfaits de la marijuana circulent depuis des millénaires...

à Ottawa au sujet des modifications proposées au Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales. J'y ai rencontré des représentants gouvernementaux, des médecins, des pharmaciens, des policiers, des chercheurs, des représentants de l'AMC et de groupes de patients et des particuliers qui avaient reçu une exemption en vertu des règlements actuels concernant l'utilisation de la marijuana médicale. Parmi les modifications importantes apportées au Règlement, phase 2, mentionnons :

- reclassification des symptômes énumérés sur le formulaire qui exigent l'appui d'un omnipraticien;
- révision de l'énoncé des patients et des praticiens de sorte que la responsabilité de la prise de décisions revient davantage au patient;
- les médecins n'auront plus à « recommander » la marijuana;
- simplification du processus de renouvellement;
- divulgation automatique à la police du permis de possession de marijuana médicale dès la signature de la demande.

Une liste complète des changements proposés sera publiée dans la *Gazette du Canada*, première partie, et les commentaires du public seront invités. Santé Canada espère mettre en vigueur les amendements réglementaires vers la fin de 2004.

À la fin de la consultation, on avait l'impression que Santé Canada tentait d'assurer le succès de ce programme pour le bénéfice des patients. Lorsque des collègues curieux ont demandé de voir mes propres cartes d'autorisation, je me suis aperçu que celles-ci étaient échues. Le sergent de police d'Ottawa et le directeur du Bureau sur l'accès médical au cannabis ont réagi immédiatement pour s'assurer que j'avais la documentation nécessaire pour retourner chez moi par avion en possession légale de ma marijuana médicale. ■

MISE À JOUR SUR LES QUESTIONS RELATIVES AUX FEMMES

Il faut faire plus de recherche sur les femmes et les traitements anti-VIH

LES FEMMES REPRÉSENTENT une proportion grandissante des nouvelles infections par le VIH, et l'incidence des nouvelles infections est maintenant égale chez les deux sexes à l'échelle mondiale. Au Canada, la proportion de nouveaux cas recensés chez les femmes est passée de 12 % entre 1985 et 1997 à 25 % en 2001. Quarante-cinq pour cent des cas de sida chez les femmes touchent celles ayant entre 15 et 29 ans. Malgré ces statistiques, on en sait peu sur le traitement antirétroviral optimal et les dosages des médicaments qu'il faudrait offrir aux femmes.

De façon générale, les femmes sont plus petites que les hommes, ont un taux d'adiposité plus élevé et subissent des fluctuations hormonales (tant naturelles qu'induites par les médicaments) qui pourraient influencer sur la pharmacocinétique des antirétroviraux et, finalement, sur l'efficacité et/ou la toxicité des agents. Lors des stades précoces de l'infection au VIH, la charge virale des femmes est typiquement inférieure de 0,5 log (2,5 fois moindre) à celle des hommes. Cependant, cette différence disparaît à mesure que la maladie progresse. La raison de cette différence n'est pas entièrement claire. Des panels d'experts n'ont pas proposé de changements aux lignes directrices thérapeutiques pour tenir compte de ces différences.

Aucun des essais cliniques contrôlés sur les traitements antirétroviraux n'est assez grand pour permettre des analyses en fonction du sexe, et les femmes sont généralement sous-représentées (10 à 20 %). Ainsi, les données sur la bonne utilisation des traitements antirétroviraux proviennent principalement d'une analyse secondaire des études d'envergure et de cohorte, lesquelles recèlent des facteurs parasites importants (facteurs qui peuvent influencer sur les résultats) qui rendent leur interprétation difficile.

Si on se fie à la charge virale, au nombre de CD4 et aux résultats cliniques, les données actuelles laissent entendre que l'efficacité des antirétroviraux est comparable chez les deux sexes. L'incidence d'infections opportunistes et les taux de mortalité ont diminué spectaculairement depuis l'avènement de la multithérapie antirétrovirale. Toutefois, les profils de toxicité des médicaments et la fréquence des effets indésirables peuvent varier. Chez les femmes, les éruptions cutanées et l'hypersensibilité (réactions allergiques), les anomalies de la fonction hépatique, l'inflammation du pancréas et l'acidose lactique peuvent être plus fréquentes, tandis que les anomalies des lipides sanguins et la diarrhée semblent être moins courantes. Les changements dans la distribution des graisses qui caractérisent la lipodystrophie pourraient également varier selon le sexe.



par Sharon Walmsley

Certaines études ont montré que les femmes étaient plus susceptibles d'interrompre un traitement antirétroviral que les hommes en raison de la toxicité, ce qui pourrait avoir un impact sur l'efficacité et la résistance médicamenteuse.

Pour les femmes, l'impact le plus important des traitements anti-VIH a été la réduction du taux de transmission mère-enfant. Ainsi, lorsque les femmes en âge de procréer envisagent de prendre un traitement antirétroviral, il est important que l'innocuité des agents soit prise en considération dans l'éventualité d'une grossesse. Si la femme prend un contraceptif oral, les interactions possibles avec les antirétroviraux doivent être prises en considération et des méthodes contraceptives comportant une barrière envisagées.

Souvent, la vie d'une femme atteinte du VIH regorge d'autres facteurs qui pourraient influencer sur sa capacité de profiter au maximum d'un traitement antirétroviral.

Ces facteurs comprennent mais ne sont pas limités à la consommation de drogues, l'hépatite C, la pauvreté, le manque de logements convenables et de nourriture, le fait de devoir soigner un partenaire ou un enfant infecté, la dépression, l'isolement et la culpabilité. Il est important que ces autres facteurs soient abordés dans le contexte de la prise en charge globale de la patiente. ■

Sharon Walmsley est directrice adjointe de la clinique d'immunodéficience du Toronto Hospital et professeure adjointe de médecine à l'Université de Toronto. Son article intitulé « Antiretroviral Treatment Responses and Considerations of Therapy in Nonpregnant Women », un rapport provenant de la Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, a récemment été publié dans *Medscape.com* à l'adresse suivante : www.medscape.com/viewarticle/470973 (Signalons qu'il faut être inscrit à *Medscape.com* pour lire cet article.).

Souvent, la vie d'une femme atteinte du VIH regorge d'autres facteurs qui pourraient influencer sur sa capacité de profiter au maximum d'un traitement antirétroviral.

Mise à jour sur les pharmacies par internet



par Tony Di Pede

LA VENTE TRANSFRONTALIÈRE de médicaments canadiens par le biais d'Internet a commencé à causer des pénuries de médicaments au Canada. Le CCSAT suit ce problème de près et plaide en faveur de l'élimination des pharmacies par Internet.

Le CCSAT a facilité la création d'une coalition de groupes représentant les Canadiens et Canadiennes vivant avec des invalidités qui s'inquiètent de l'impact des pharmacies par Internet. Au mois d'avril, la coalition s'est réunie à Washington, D.C., pour adopter une déclaration de principes commune (disponible à www.ctac.ca) et présenter ses préoccupations à un comité présidé par le chef du Service fédéral de la santé publique américaine aux National Institutes of Health.

Pendant sa présentation, le CCSAT a expliqué de quelle façon les pharmacies transfrontalières par Internet avaient créé des pénuries de médicaments au Canada. Nous avons insisté sur le fait que l'importation de médicaments canadiens par les Américains ne constitue pas une solution durable au prix exorbitant des médicaments aux États-Unis. Comme la population du Canada est plus petite que celle des États, ses réserves de médicaments sur ordonnance sont plus petites aussi. Pour illustrer l'ampleur de la différence, mentionnons que si l'ensemble des médicaments canadiens était exporté aux États-Unis, on ne fournirait des médicaments aux Américains que pendant 23 jours.

Le CCSAT a sensibilisé des ministres fédéraux et provinciaux aux risques que comportent les pharmacies par Internet pour la population canadienne. Par conséquent, l'honorable Don Boudria, député libéral et membre du Comité permanent de la santé, a présenté dans la Chambre des communes une proposition exhortant le gouvernement à interdire les pharmacies par Internet. Espérons que le premier ministre l'a entendu.

Pour en savoir plus sur les effets négatifs des pharmacies transfrontalières par Internet, lisez « Les pharmacies par Internet : véritable crise canadienne ou bouc émissaire des États-Unis? » dans le numéro de mars 2004 du bulletin du CCSAT www.ctac.ca/francais/pdf/newsletter_0304.pdf

Le financement de la Stratégie est enfin augmenté

LE 15 MAI, LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL a annoncé que le financement de la Stratégie canadienne sur le VIH-sida (SCVS) serait augmenté au cours des cinq prochaines années afin d'atteindre le double du montant annuel actuel de 42,2 \$ millions. 5 \$ millions seront consacrés aux organismes communautaires pendant la présente année financière. La SCVS recevra 8 \$ millions de plus chaque année pendant les trois prochaines années, puis 13,2 \$ millions en 2008. À l'heure actuelle, aucune somme n'a été destinée à un dossier stratégique spécifique.

Nous sommes heureux que le gouvernement ait enfin reconnu ce que les acteurs du domaine VIH-sida lui disent depuis longtemps. Nous tenons à remercier particulièrement l'honorable Carolyn Bennett, ministre d'État (Santé publique), qui a siégé au Comité permanent de la santé qui a récemment recommandé un financement annuel de 100 \$ millions pour lutter contre le VIH. Nous sommes également reconnaissants envers l'honorable Anne McLellan, ministre de la Sécurité publique et vice-première ministre du Canada, d'avoir recommandé publiquement une augmentation importante du financement de la SCVS lorsqu'elle était ministre de la Santé. Le ministre de la Santé actuel, l'honorable Pierre Pettigrew, avait également offert son appui. Enfin, l'honorable Paul Martin, premier ministre du Canada, avait prononcé des discours publics en faveur de cette cause l'an dernier.

Malheureusement, en étalant le financement sur cinq ans, le gouvernement a posé un geste inadéquat et n'a pas respecté les recommandations de son propre comité permanent.

La ministre Bennett a laissé la voie ouverte à des discussions approfondies sur l'accélération de ce financement. Le CCSAT attend avec impatience l'occasion d'y participer. ■

COMPTES-RENDUS DES PROVINCES

QUÉBEC

par Line Carreau, représentante du Québec et
Ken Monteith, représentant de la COCQ-Sida

La COCQ-Sida a eu une rencontre avec Monsieur Philippe Couillard (ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec), afin de discuter de plusieurs préoccupations, dont l'accessibilité du test TDM (dosage plasmatique). Ce test permettra de mesurer le pourcentage de médicament absorbé dans le sang des personnes vivant avec le VIH-sida. M. Couillard s'est engagé à faire un suivi pour accélérer son accessibilité.

Le comité de traitements s'inquiète de l'annulation de la publication du formulaire provincial de médicaments (liste de médicaments) en février 2004. Nous craignons que l'annulation possible de la mise à jour du formulaire, prévue au mois de juin, ne puisse entraîner des délais d'accès aux nouvelles molécules ténofovir et atazanavir. Le comité a demandé au CPAVIH, à la COCQ-Sida et aux organismes membres de la COCQ-Sida de faire pression sur le ministre de la Santé et des Services sociaux dans

le but de revenir à l'ancienne pratique, qui consistait à publier quatre fois par année les mises à jour du formulaire. Il est à noter que, malgré l'annulation de la publication au mois de février, la molécule enfuvertide (T-20, Fuzeon) a été ajoutée à la liste des médicaments d'exception hors publication.

Le comité Lipo-Action poursuit sa démarche de collecte d'affidavits de la part des personnes souffrant de lipodystrophie dans le but d'exiger le paiement des interventions chirurgicales pour remédier à la lipo-accumulation.

Le journal d'Information sur les Traitements de l'Immuno-déficience du Québec (ITI) poursuit son mandat d'informer les personnes vivant avec le VIH-sida en augmentant leurs connaissances, afin que les personnes vivant avec le VIH-sida puissent mieux connaître leurs droits face au traitement. La prochaine parution est prévue au mois de juin et abordera des sujets tels que : l'ostéoporose et ses enjeux, l'accessibilité des nouvelles molécules, le d4T et la grossesse, l'efficacité des rendez-vous médicaux, la co-infection hépatite C/VIH, ainsi qu'un sondage sur la lipodystrophie. ■

Vous habitez au Québec et voulez devenir membre du CCSAT? Visitez www.ctac.ca/francais/membership.html pour remplir un formulaire d'adhésion en ligne, ou appelez notre bureau au (416) 410-6538.

La XV^e Conférence internationale sur le sida – Bangkok, Thaïlande (11 au 16 juillet)



Les organisateurs de cette première conférence internationale sur le sida à se tenir en Asie espèrent que l'événement aboutira à une meilleure compréhension du sida dans cette région où vit le tiers de la population mondiale et, tristement, le quart des

personnes nouvellement infectées par le VIH à l'échelle planétaire.

Le CCSAT présentera 8 affiches à la conférence. Pour lire le texte intégral des mémoires, veuillez visiter le site Web du CCSAT au www.ctac.ca.

- **Le militantisme communautaire comme moyen d'influencer les politiques publiques et d'améliorer l'accès aux médicaments au Canada**
E. Mandarino, L. Binder, S. Margolese, R. Rosenes, T. Di Pede
- **L'action communautaire mène à un changement de politique sur l'accès aux vaccins des enfants vivant avec le VIH en Ontario, Canada**
L. Binder, E. Mandarino, S. Margolese, R. Rosenes
- **L'action communautaire comme moyen d'améliorer l'accès aux tests de résistance au Canada**
R. Rosenes, E. Mandarino, L. Binder
- **L'action communautaire comme moyen d'éliminer les barrières à l'accès à la marijuana médicale au Canada**
E. Mandarino, S. Margolese, P. Lundrigan, C. Checkland, L. Belle Isle
- **La marijuana médicale – quel trip ! L'expérience canadienne**
E. Mandarino, S. Margolese, P. Lundrigan, C. Checkland, L. Belle Isle
- **Alors, vous voulez avoir un bébé ? Questions et réponses sur le VIH et la grossesse**
S. Margolese
- **Le test de dépistage du VIH et la grossesse. L'action communautaire comme moyen de protéger le consentement éclairé au Canada**
S. Margolese
- **Bâtir les fondements d'un système de surveillance post-approbation efficace, axé sur les consommateurs, pour les médicaments commercialisés au Canada**
L. Binder, P. Lundrigan

Le point sur les essais cliniques



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

Le recrutement commence pour un essai sur un vaccin thérapeutique

On a commencé à recruter les premiers participants à un essai clinique canadien sur un vaccin thérapeutique anti-VIH conçu pour réduire notre dépendance envers les combinaisons d'antirétroviraux toxiques.

Intitulée « Vaccination avant interruption de traitement », cette étude de phase I et II (CTN 173) se déroulera sur 12 mois et recrutera 60 patients à l'Hôpital d'Ottawa, au Centre hospitalier de l'Université de Montréal et au Centre de santé de l'Université McGill.

L'étude a pour objectif de déterminer si l'administration d'un vaccin avant une interruption de traitement structurée (ITS) est susceptible d'améliorer la fonction immunitaire et de retarder le rebond viral dans le sang. Les volontaires doivent utiliser au moins trois antirétroviraux, dont un inhibiteur de la protéase, et avoir une charge virale indétectable depuis au moins deux ans.

Les participants seront affectés au hasard à un des trois volets de l'étude. Ceux du premier volet recevront Remune et ALVAC. Les sujets du deuxième volet recevront ALVAC et un placebo à la place de Remune. Les sujets du troisième recevront deux placebos correspondants.

Remune est fabriqué à partir de particules entières du VIH qui sont débarrassées de leur enveloppe et stérilisées. Son action consiste à imiter une infection afin de stimuler le système immunitaire. ALVAC est une préparation faite à partir d'un virus canary pox recombinant modifié. Il est utilisé pour transporter les produits géniques du VIH-1 à l'intérieur du corps et stimuler l'immunité protectrice.

Les sujets de chaque volet suspendront leur traitement antirétroviral à la 24^e semaine. La charge virale et les numérations des CD4 seront contrôlées fréquemment avant et après l'interruption du traitement.

L'étude est dirigée par le Dr Jonathan Angel de l'Université d'Ottawa et du Réseau canadien pour l'élaboration de vaccins et d'immunothérapies (CANVAC).

Pour plus de détails, appelez Sophie Geeraerts au Réseau canadien pour les essais VIH au 1-800-661-4664 ou visitez www.hivnet.ubc.ca/ctn.html. ■

CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS

été et automne 2004

● 11 au 16 juillet

XV^e Conférence international sur le sida

Bangkok, Thaïlande

Information: www.ias2004.org

● 18 au 23 juillet

12^e Congrès international d'immunologie et

4^e Conférence annuelle de FOCIS

Montréal, Québec

Information: 613-993-7271 ou

immuno2004@nrc-cnrc.gc.ca

● 30 août au 1^{er} septembre

Conférence « AIDS Vaccine 2004 »

Lausanne, Suisse

Information: +41 61 686 77 11 ou aids2004@akm.ch

● 10 au 12 septembre

Réseau juridique canadien VIH/sida – Assemblée

générale et journée de perfectionnement des

compétences

Montréal, Québec

Information: 514-397-6828 ou info@aidslaw.ca

● 26 septembre

Ça Marche (marchethon contre le sida organisé par la

Fondation Farha)

Montréal, Québec

Information: 514-270-4900 ou farha@farha.qc.ca

● 2 et 3 octobre

Coalition des organismes communautaires québécois

de lutte contre le sida (COCQ-Sida) Assemblée

générale annuelle

Montréal, Québec

Information: 514-270-4900 ou info@cocqsida.com

● 27 au 30 octobre

Réseau canadien autochtone du sida – Assemblée

générale annuelle

Halifax, Nouvelle-Écosse (l'endroit pourrait changer)

Information: 1-888-285-2226 ou info@caan.ca

● 7 au 8 novembre

CCSAT-Assemblée générale annuelle et journée de

perfectionnement des compétences

Toronto, Ontario

Information: www.ctac.ca ou 416-410-6538

Joignez-vous au CCSAT et améliorez vos compétences !

Tout le monde est invité à participer. Visitez

www.ccsat.ca pour en savoir plus et pour vous inscrire.

RAPPORT DE LA PRÉSIDENTE DU CCSAT – été 2004

par Louise Binder



UN AMI MILITANT M'A RÉCEMMENT DEMANDÉ

si je croyais que notre travail faisait une différence. Sans hésiter, j'ai répondu que oui, absolument. Puis, quelque peu étonnée par cette réponse non équivoque, je me suis mise à contempler les raisons de ma conviction. Est-ce l'apparition des fleurs du printemps ? L'espoir qu'apporte le retour de la vie ? Non, elle est fondée sur des changements tangibles dont j'ai été témoin dernièrement.

Un de ces changements implique la Direction générale des produits de santé et des aliments, dont le mandat comporte l'examen des nouveaux médicaments destinés au marché canadien. Depuis plusieurs années, le CCSAT revendique des processus d'examen efficaces et un rôle consultatif significatif pour les consommateurs éclairés. Il nous avait semblé que cette revendication ne serait jamais entendue. Pourtant, des consultations d'envergure ont eu lieu avec les consommateurs au cours de la dernière année au sujet de la structure de la Direction générale et de l'implication éventuelle des consommateurs. Ceux-ci ont été invités aux réunions, naguère closes, du comité consultatif sur la gestion de la Direction générale. De plus, des consultations générales auront lieu sous peu pour discuter de l'avenir de celle-ci.

Sur le front de l'industrie pharmaceutique, le CCSAT poursuit des négociations, souvent ardues, avec Gilead Sciences à propos de son analogue nucléotidique, le ténofovir. Dans un premier temps, la compagnie a refusé de lancer son produit au Canada en attendant que le prix proposé soit approuvé par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Enfin, la compagnie

a accepté de lancer le ténofovir sans attendre l'examen. Gilead avait également menacé de suspendre l'approvisionnement du médicament aux personnes inscrites au programme d'accès élargi 90 jours après le lancement du médicament et ce, sans égard aux intentions des provinces en ce qui a trait au remboursement. Après avoir rencontré un représentant du CCSAT et du Toronto Primary Care Physicians Group au mois de février, Gilead a changé de position et consenti à fournir le médicament jusqu'à ce qu'il soit inclus sur les listes de médicaments provinciales. La compagnie a demandé au Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) de recommander aux provinces d'inclure le ténofovir sur leur liste de médicaments remboursables. Espérons que cette recommandation ne tardera pas à venir.

Ce ne sont là que deux enjeux sur lesquels le CCSAT travaille, et plusieurs autres attendent une solution. La durée de l'examen des médicaments est souvent trop longue tant au niveau provincial que fédéral. Le PCEM ne fonctionne pas comme prévu. Les pharmacies transfrontalières par Internet créent des pénuries de médicaments et risquent de détruire notre système de réglementation des prix à long terme. Le Canada manque encore un système de surveillance post-approbation axé sur les consommateurs. Le gouvernement vient d'établir l'agence de santé publique qui va gérer le financement de la lutte contre le sida, mais nous en savons peu sur son fonctionnement. Cependant, je n'ai pas perdu espoir, et mes collègues au CCSAT ne me donnent pas l'impression d'être démoralisés. Au contraire, nous célébrons nos succès, qu'ils soient petits ou grands. Et nous reconnaissons que la vigilance est essentielle pour faire une différence; il s'agit d'être présent lorsque les décisions sont prises afin d'influer sur les décideurs et de tenir la communauté au courant des questions relatives à l'accès qui nous touchent tous. Peut-être mon optimisme découle-t-il des fleurs du printemps...si oui, j'espère sincèrement qu'elles vont durer. ■



Mise à jour intérimaire sur la représentante nationale des femmes

NOUS TENONS À REMERCIER Shari Margolese pour le dévouement dont elle

a fait preuve dans son rôle de représentante nationale des femmes au CCSAT. Shari fut la première femme à occuper ce poste et a fait un travail extraordinaire pour établir des relations avec les autres groupes s'intéressant aux femmes vivant avec

le VIH. Shari a récemment quitté le CCSAT, et nous lui souhaitons beaucoup de succès et attendons avec impatience l'occasion de travailler de nouveau avec elle.

Le CCSAT est en train de choisir une représentante nationale des femmes pour assurer l'intérim. Lisez notre prochain numéro pour rester au courant. ■

CONSEIL D'ADMINISTRATION

● PRÉSIDENTE **Louise Binder**

Toronto People With AIDS Foundation (TPWAF)

● VICE-PRÉSIDENT **Philip Lundrigan**

● TRÉSORIER **Tony Di Pede**

● SECRÉTAIRE **Ron Rosenes**

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

Paula Braitstein British Columbia Persons with AIDS Society (BCPWA)

James Edwards

Françoise Grothé

Enrico Mandarino

MEMBRES DU CONSEIL

Mark Randall Alberta • **Daryle Roberts**

Colombie-Britannique • **Daryn Bond**

Manitoba • **Richard Neron** Terre-Neuve &

Labrador • **Peter Richtig** Ontario •

George Clark-Dunning Île-du-Prince-

Édouard • **Line Carreau** Québec •

Marlene Allan Saskatchewan (interim) •

Ben Kozak Société canadienne du sida (SCS)

• **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) • **Pascal Jean**

Comité des personnes atteintes du VIH du

Québec (CPAVIH)

BAILLEURS DE FONDS 2004

Santé Canada

Abbott Laboratories • Boehringer Ingelheim

• Bristol-Myers Squibb • Gilead Sciences •

GlaxoSmithKline en partenariat avec Shire

BioChem • Hoffmann-La Roche • Merck

Frosst • Pfizer Canada, Division Agouron •

Schering Canada

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.

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 2L5

Téléphone et

Télécopieur : (416) 410-6538

Courriel : ctac@ctac.ca

Site Web : www.ccsat.ca

Mandat de l'organisation

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

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

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

RÉDACTION

Ce bulletin est une publication trimestrielle.

Comité de rédaction : Daryn Bond /

Line Carreau / George Clark-Dunning /

Françoise Grothé / Enrico Mandarino

(président) / Ken Monteith • **Coordina-**

tion éditoriale : Michelle Marchione et

Joanne Acri • **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 6 numéro 2 (juin 2004) 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.