

CONSEIL CANADIEN DE SURVEILLANCE ET D'ACCÈS AUX TRAITEMENTS



Conseil canadien de surveillance
et d'accès aux traitements

DANS CE NUMÉRO

JUIN 2003
VOLUME 5
NUMÉRO 2

Quoi de neuf? Mise à jour sur les questions relatives aux traitements . . .	1
Le CCSAT se réunit à Halifax	3
Le CCSAT organise des forums sur la co-infection VIH/hépatite C d'un bout à l'autre du Canada.	4
Annonces et prix	5
Rapport de la CROI sur les questions relatives aux traitements spécifiques aux femmes : Il reste du travail à faire	6
Le CCSAT à Halifax : Vive la résistance !	7
Comptes-rendus des provinces	8
Le point sur les essais cliniques	10
Étude nationale SSPA	10
Mise à jour sur l'appel à l'action	10
Rapport de la présidente	11
Calendrier des événements	11
Membres du conseil	12
L'Assemblée générale annuelle	12

Quoi de neuf? Mise à jour sur les questions relatives aux traitements

par Louise Binder

La récente Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes (CROI - États-Unis) a apporté des nouvelles encourageantes pour une fois, tant pour les patients naïfs aux traitements que pour les patients prétraités.

De nouveaux médicaments, de nouvelles cibles

La mise au point des inhibiteurs de l'entrée en est au stade le plus avancé. Ces derniers empêchent le VIH de pénétrer dans les cellules humaines. Il en existe trois types : les inhibiteurs du récepteur CD4+, les inhibiteurs des corécepteurs et les inhibiteurs de fusion.



Le TNX-355 est un inhibiteur du récepteur CD4+ qui

fait l'objet d'essais cliniques de phases I-II. Il aurait permis de réduire la charge virale d'un log sans provoquer d'effets secondaires apparents.

Les inhibiteurs des corécepteurs, lesquels bloquent l'action des récepteurs CCR5 et CXCR4, sont à l'étude dans le cadre d'essais précliniques. L'AK-602, le TAK-220 et l'UK-427,827 sont des inhibiteurs du récepteur CCR5 prometteurs qui en sont aux essais de phase I.

Les inhibiteurs de fusion, dont le T-20 (Fuzeon) et le T-1249, en sont à des stades avancés d'essais cliniques menés chez des patients prétraités. Fuzeon a provoqué une baisse additionnelle d'un log de la charge virale comparativement à des traitements sans Fuzeon.

Malheureusement, ces deux médicaments nécessitent des injections sous-cutanées quotidiennes, ce qui provoque des infections aux sites d'injection ainsi que l'apparition de nodules sous la peau qui risquent de ne pas disparaître. La préparation du médicament est difficile car il doit être ajouté à l'eau et remué soigneusement pendant plus d'une demi-heure avant de s'en servir.

Le prix du médicament dépasse l'imagination. Aux États-Unis, pays où la vente du médicament a été approuvée, il peut coûter plus de 20 000 \$ US (plus de 30 000 \$ CDN).

Dans le cadre d'une étude de courte durée, le T-1249 a conservé sa puissance contre le VIH chez des gens chez qui le T-20 n'agissait plus.

Une autre catégorie de médicaments en discussion à la CROI a été les inhibiteurs de maturation, dont le PA-457, lequel est fabriqué à partir d'un sous-produit de la pulpe. Son mode d'action n'est pas connu, mais il semble empêcher la maturation complète du virus dans les éprouvettes. Des essais chez l'humain devraient débuter vers le milieu de 2003.

La catégorie de médicaments appelés inhibiteurs de l'intégrase est toujours en voie de développement. Ces derniers s'en prennent au VIH après son entrée dans la cellule, mais à un stade différent de son

suite à la page suivante

Des problèmes d'accès systémiques

1. Nouveaux médicaments/nouvelles cibles

Le CCSAT surveillera le développement de ces médicaments et exercera des pressions pour obtenir, en temps opportun, un accès compassionnel ou élargi à ces derniers pour les personnes n'ayant pas d'autres options thérapeutiques.

2. Nouveaux médicaments/vieilles cibles

Le CCSAT a travaillé avec Bristol-Myers Squibb pour assurer la mise sur pied d'un programme d'accès élargi équitable à l'atazanavir au Canada.

Le CCSAT a collaboré avec Gilead pour assurer la mise sur pied d'un programme d'accès élargi équitable au ténofovir au Canada. Lorsque Gilead a fermé le programme au début décembre, le CCSAT a joué un rôle central dans les actions visant sa réouverture, du moins pour les personnes dont les besoins sont les plus criants.

Le CCSAT continue de travailler avec Boehringer-Ingelheim pour assurer la mise sur pied, dans le plus bref délai possible, d'un programme d'accès élargi au tipranavir.

Le CCSAT surveille de près les agences fédérale et provinciale responsables de l'examen des médicaments pour assurer, en temps opportun, une évaluation intégrale de chacun de ces médicaments en vue de sa mise sur le marché et de sa prise en charge du point de vue financier. Le CCSAT interviendra lorsque ce sera nécessaire.

Le CCSAT terminera son étude de recherche sur le Système de surveillance post-approbation (SSPA) et exercera des pressions sur les gouvernements pour qu'ils établissent un SSPA axé sur les consommateurs pour documenter les effets secondaires à long terme des médicaments approuvés.

Le CCSAT surveille de près les prix des médicaments ainsi que l'examen de ces prix par le gouvernement afin d'assurer le respect des normes en matière de l'établissement des prix. Le CCSAT interviendra lorsque ce sera nécessaire.

Quoi de neuf? Mise à jour sur les questions relatives aux traitements

suite de la page 1

développement que les analogues nucléosidiques ou les inhibiteurs de la protéase. Dans le cadre d'une étude préclinique sur le V-165, celui-ci aurait réussi à inhiber l'action de l'intégrase, soit l'enzyme dont le VIH a besoin pour insérer son ADN viral dans le noyau de la cellule hôte.

De nouveaux médicaments, de vieilles cibles

En attendant ces nouveaux médicaments, on reconnaît de plus en plus la nécessité de traitements de médicaments plus sûrs. Quelques rapports ont fait état de médicaments qui pourraient répondre à ces besoins.

L'atazanavir est un inhibiteur de la protéase (IP) qui ne semble pas accroître les taux de lipides (graisses sanguines comme le cholestérol et les triglycérides) associés aux maladies du cœur et au diabète. Des données recueillies après 108 semaines d'une étude comparant l'atazanavir au nelfinavir, en association avec le d4T et le 3TC, chez des patients naïfs aux traitements, ont été présentées. Les réponses virologique et immunologique se sont maintenues de manière égale dans les deux groupes.

Chose importante, les taux de cholestérol LDL (le mauvais) et de triglycérides ont à peine changé dans le groupe sous atazanavir, alors qu'ils ont augmenté considérablement chez les patients sous nelfinavir. Le fait de changer le nelfinavir pour l'atazanavir a permis de réduire quelque peu ces marqueurs. En ce qui concerne la résistance, la mutation typique de l'atazanavir, soit la 150L, semble accroître la sensibilité des virus résistants aux autres IP; cependant, lorsque plus de cinq mutations étaient présentes, la résistance accrue aux autres IP est devenue significative.

Un autre inhibiteur de la protéase, soit le tipranavir, est à l'étude chez les patients ayant pris plusieurs médicaments anti-VIH. Dans le cadre d'une étude ayant comparé trois doses de tipranavir, toutes les trois ont permis de réduire la charge virale de 1,5 à 2 logs après deux semaines de traitement chez des patients présentant jusqu'à trois mutations pouvant conférer une résistance aux IP.

Une dose de 500 mg de tipranavir, associée à 200 mg de ritonavir pour le « booster », a été choisie pour les essais de phase III.

Mise à jour sur d'autres médicaments

Les résultats tant attendus d'un essai comparatif sur deux analogues non nucléosidiques, soit la névirapine et l'efavirenz, ont été présentés. Il s'agissait d'une étude d'envergure comportant quatre volets : 400 mg de névirapine une fois par jour **contre** 200 mg de névirapine deux fois par jour **contre** 600 mg d'efavirenz une fois par jour **contre** 400 mg de névirapine + 800 mg d'efavirenz. Chaque traitement comportait également du d4T et du 3TC. La question de savoir si la névirapine et l'efavirenz ont une efficacité comparable ne fait pas l'unanimité, mais tous semblent convenir que les deux médicaments ont des profils

suite à la page suivante

Quoi de neuf? Mise à jour sur les questions relatives aux traitements

suite de la page 2

d'effets secondaires très différents.

D'autres recherches sur l'analogue nucléotidique ténofovir ont été présentées. Après 96 semaines de traitement, les résultats sont encore bons sur les plans immunologique et virologique chez les patients naïfs aux traitements. En pratique clinique, les effets indésirables les plus graves signalés ont été des lésions et des insuffisances rénales. On a également affirmé que la dose de ddl EC devrait être réduite de 400 mg à 250 mg lorsque celui-ci se prend en association avec le ténofovir parce que ce dernier fait augmenter de 40 % le taux de ddl EC dans le sang. Le médicament devrait se prendre avec une collation légère.

Une étude a révélé que le risque d'infarctus du myocarde (crise cardiaque) s'accroît en fonction de la durée de la multithérapie et ce, indépendamment d'autres facteurs, y compris le tabagisme, le manque d'exercice, un taux élevé de cholestérol, l'hypertension et l'hyperglycémie.

Interruption structurée du traitement

Lorsque le VIH est supprimé

Face à la toxicité des médicaments et aux problèmes liés à l'observance thérapeutique, les interruptions structurées du traitement sont devenues un important sujet de recherche. Ces dernières comportent des risques : chute des cellules CD4, montée de la charge virale, résistance médicamenteuse, réapparition des effets secondaires et incapacité d'assurer la maîtrise du virus lors de la reprise du traitement.

Dans le cadre des études antérieures, toutes les tentatives d'interruption se sont avérées inefficaces et dangereuses sauf celle fondée sur 7 jours de traitement, suivis de 7 jours sans traitement. Ce programme a été comparé à un traitement continu ainsi qu'à un programme d'interruptions « guidées » du traitement chez les patients ayant plus de 350 cellules CD4+ (un essai) et plus de 500 cellules CD4+ (un autre essai). Les patients ont repris le traitement lorsque leurs CD4+ sont passées sous la barre des 350 cellules ou dès qu'on a constaté une baisse de 30 %.

Le programme 7 jours/7 jours s'avère inefficace. Par contre, dans le volet où il était question d'interruptions guidées du traitement, la suppression virale s'est maintenue pendant 48 semaines, mais le nombre de CD4+ a été plus faible.

Lorsque le traitement est en train d'échouer

Les responsables de deux essais sont arrivés à des conclusions différentes à cet égard. Dans le premier, une pause thérapeutique de 4 mois avant le changement de traitement n'a fait aucune différence quant à l'efficacité du traitement suivant. Dans l'autre, les patients qui avaient interrompu leur traitement pendant huit semaines ont connu de meilleurs résultats que les patients qui ont commencé immédiatement un nouveau traitement. ■

Le CCSAT se réunit à Halifax

par John Arenburg

La ville de Halifax fut la scène de la récente réunion du Conseil d'administration et journée de perfectionnement des compétences du CCSAT. Pour commencer l'événement, John Arenburg, représentant de la Nouvelle-Écosse, a organisé une réception aux locaux de la AIDS Coalition of Nova Scotia pour une quarantaine de PVVH et de travailleurs communautaires.

La journée de perfectionnement des compétences a été un succès et incluait des ateliers sur la divulgation de la séropositivité et la défense des droits, ainsi qu'un forum de discussion interactif. Dans le cadre de ce dernier, le Dr Rod Wilson, Marg Dwyer, Arnold Wentzell et John Arenburg ont discuté de ce qu'ils croient être les principaux enjeux liés à l'accès aux traitements et au VIH-sida en Nouvelle-Écosse. Plusieurs des questions suscitées portaient sur les préoccupations des collectivités rurales. Les personnes séropositives doivent parfois parcourir jusqu'à trois cent kilomètres pour se rendre à la clinique VIH de Halifax. Le panel a recommandé, entre autres, l'établissement de cliniques satellites à travers la province. Il a également fait savoir que le seul endroit en Nouvelle-Écosse où l'on peut se procurer des médicaments anti-VIH est le QEII Health Centre à Halifax, ce qui suscite des préoccupations concernant la confidentialité lorsqu'il s'agit de distribuer les médicaments aux régions rurales. Le panel s'est également dit inquiet face au manque de connaissances des médecins ruraux en matière de VIH-sida.

Un groupe de discussion a convenu que la non-inclusion dans le programme Pharmacare de médicaments non reliés au VIH constituait une barrière importante à l'accès aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH-sida en Nouvelle-Écosse. Le groupe a fait preuve de beaucoup d'enthousiasme dans son engagement à corriger ce problème. Pour obtenir plus d'informations ou pour vous impliquer, communiquez avec John Arenburg à john@ctac.ca. ■



▲ Louise Binder, présidente

Ron Rosenes, conseil d'administration et John Arenburg, représentant de la Nouvelle-Écosse



Le CCSAT organise des forums sur la co-infection VIH/hépatite C d'un bout à l'autre du Canada

Au Canada, on estime que jusqu'à 30 % des personnes vivant avec le VIH sont également infectées par le virus de l'hépatite C (VHC).

Le CCSAT a formé des partenariats avec plusieurs parties intéressées pour organiser des forums sur la co-infection VIH/VHC en Colombie-Britannique, en Ontario, au Québec et en Nouvelle-Écosse. L'objectif de ces forums consiste à élaborer des stratégies intégrées pour relever les défis croissants posés par l'épidémie de la co-infection VIH/VHC au Canada.

Colombie-Britannique *par Zoran Stjepanovic*

Des médecins et des représentants communautaires ont fourni des données sur la transmission de la co-infection, le traitement, la prévention et le soutien. Ils ont également recommandé des pratiques d'excellence pour assurer un bon rapport coût-efficacité en ce qui concerne les soins et les activités visant la prévention du VHC.

Les stratégies clés suivantes furent identifiées :

- Il faut exercer des pressions sur le gouvernement pour qu'il prenne en charge les coûts des médicaments anti-VHC, notamment l'interféron pegylé;
- Le Centre d'excellence sur le VIH-sida de la Colombie-Britannique dispose déjà d'un modèle de pratiques d'excellence pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Il a été convenu à l'unanimité que le Centre d'excellence devrait être chargé de gérer les soins et le traitement des personnes co-infectées par le VIH et le VHC et qu'il devrait recevoir des fonds à cette fin;
- Il est essentiel que l'accès aux greffes du foie soit amélioré pour les patients co-infectés;
- Un comité directeur provincial sur le VIH/VHC doit être formé pour mettre en oeuvre plusieurs des stratégies décrites dans le rapport;
- Les éléments clés identifiés dans le rapport comprennent l'éducation du public, la prévention ciblée, le traitement de la dépendance, la réduction des méfaits ainsi que la nécessité de collaboration et de coordination en matière de prévention, de traitement et de soins;
- Des pressions doivent être exercées sur tous les paliers du gouvernement pour faire accroître le financement et améliorer

l'accès aux traitements, la prévention, l'action communautaire et la gestion communautaire des services.

Ontario *par Enrico Mandarino*

Plus de 30 participants ont assisté au forum, dont plusieurs vivant avec le VIH et le VHC. Des médecins ont rendu compte des plus récentes informations en matière de co-infection VIH/VHC, y compris la pathogénie du VHC, les essais cliniques sur la co-infection, les greffes du foie et les options thérapeutiques existantes et nouvelles.

Les stratégies clés suivantes furent identifiées :

- **Gouvernement** : des pressions doivent être exercées sur tous les niveaux de gouvernement pour obtenir un financement accru en vue de mettre au point un remède curatif contre le VHC et un traitement pour les patients qui ne peuvent guérir;
- **Éducation et prévention** : des ressources doivent être mises à la disposition des médias, des écoles publiques et des organismes de lutte contre le sida pour faire de l'éducation sur l'hépatite C, notamment en ce qui concerne l'épidémiologie, la prévention et les populations à risque. Des programmes de prévention ciblés doivent être mis sur pied pour les populations à risque, y compris les détenus, les Autochtones et les utilisateurs de drogues injectables;
- **Traitement et recherche** : il existe peu d'options ou de traitements thérapeutiques et de médicaments contre la co-infection VIH/VHC. Les coûts de tous les médicaments anti-VHC doivent être pris en charge. Des recherches plus poussées sur la co-infection et les greffes du foie sont nécessaires. Des normes nationales doivent être élaborées pour aborder la question de la co-infection et de la transplantation du foie. Les populations les plus à risque doivent disposer d'un accès et de soins spéciaux;
- **Partenaires cliniques** : des équipes multidisciplinaires regroupant médecins, infirmières, diététistes et spécialistes des médecines douces doivent être formées pour assurer

suite à la page suivante

Les forums VIH/VHC

suite de la page 4

des soins aux patients co-infectés et établir une clinique type à Toronto.

Un autre forum sur la co-infection VIH/VHC aura lieu à Sudbury, en Ontario.

l'Atlantique

par George Clark-Dunning

Le forum de la région de l'Atlantique a eu lieu à Halifax le 9 avril et a attiré environ 38 participants. Dans cette région du pays, il est très difficile de déterminer le nombre de personnes vivant avec l'hépatite C parce que les médecins ne posent pas les bonnes questions aux patients.

Les professionnels de la santé ont réaffirmé que le dépistage précoce de l'hépatite C et/ou du VIH était essentielle à l'efficacité du traitement.

Les stratégies clés suivantes furent identifiées :

- Des partenariats doivent être développés pour passer à l'action;
- Il faut déterminer quels patients sont co-infectés par le VIH et le VHC;
- Il faut sensibiliser les médecins aux symptômes et aux risques et les convaincre de poser les bonnes questions;
- Il faut éduquer le public, tant sur la gravité du problème que sur la transmission de la maladie.

Québec

Le forum VIH/VHC du Québec aura lieu au mois de septembre dans l'auditorium de l'hôpital Hôtel-Dieu. Le volet « traitements » sera organisé grâce à la participation du CPAVIH et du Programme national de mentorat sur le VIH-sida du Québec, lequel offre des programmes de formation sur le VIH aux professionnels de la santé. Un forum de discussion pour les PVVIH et les acteurs du milieu de l'hépatite C aura également lieu pour discuter de stratégies contre la co-infection VIH/VHC. Pour en savoir plus sur ce forum, communiquez avec Françoise Grothé à Francoise@ctac.ca.

National

Le CCSAT planifie actuellement un forum national sur la co-infection VIH/VHC qui aura lieu en 2003. ■

Vous pourrez trouver le rapport détaillé de ces colloques sur le site du CCSAT à

www.ccsat.ca

Annonces et prix

Un militant autochtone du VIH-sida est décédé

C'est avec regret que le CCSAT doit informer ses membres du décès, le 7 mai, d'Alex Archie, à son domicile en Colombie-Britannique. Alex fut membre du RCAS et un militant respecté dans le domaine du sida au Canada. En plus de cofonder et de coprésider le Red Road HIV/AIDS Network, Alex a siégé au Conseil d'administration du Réseau canadien autochtone du sida et de la Société canadienne du sida et a travaillé chez Healing Our Spirit. Son courage, son amour et son respect pour ses frères et soeurs autochtones, ainsi que son engagement envers les Autochtones vivant avec le VIH-sida, ne seront jamais oubliés.

Les réalisations des membres du CA et du Conseil sont reconnues !

Les réalisations du CCSAT et ses contributions aux communautés affectées par le VIH-sida ne seraient jamais possibles sans le dur travail effectué par les membres du CA et du Conseil, dont plusieurs se sont récemment vu attribuer des prix en reconnaissance de ce travail. Le CCSAT a le plaisir d'annoncer que **Glen Hillson**, coprésident, est le plus récent récipiendaire du **Prix du leadership de la Société canadienne du sida**. À l'occasion de la récente conférence annuelle de l'Association canadienne de recherche sur le VIH, **Paula Braitstein**, représentante de la BCPWA au CCSAT, a reçu le **Prix du jeune chercheur**. Toutes nos félicitations Glen et Paula !

Pour commémorer le 50e anniversaire du règne de la Reine Elizabeth II du Canada, la Médaille du Jubilé d'or sera attribuée à des Canadiens et à des Canadiennes qui ont fait une contribution importante à leurs concitoyens, à leur collectivité ou au Canada. Le CCSAT souhaite féliciter tous les récipiendaires qui font partie de la communauté de lutte contre le VIH-sida et de ses communautés

- | | |
|---|---|
| ■ Louise Binder , présidente | ■ James Kreppner ,
représentant de la Société
canadienne de l'hémophilie |
| ■ Tony Di Pede , trésorier | ■ Tom McAulay , ancien
coprésident et représentant
de la BCPWA |
| ■ Glen Hillson , coprésident | ■ Bob Mills , ancien membre
du CA et représentant de
l'Alberta ■ |
| ■ Shari Margolese , membre
du CA et représentante
nationale des femmes | ■ Phil Lundrigan , secrétaire
du CA et représentant de
Terre-Neuve et Labrador |
| ■ Ron Rosenes , membre du
CA et représentant d'AAN! | |

Rapport de la CROI sur les questions relatives aux traitements spécifiques aux femmes

Il reste du travail à faire

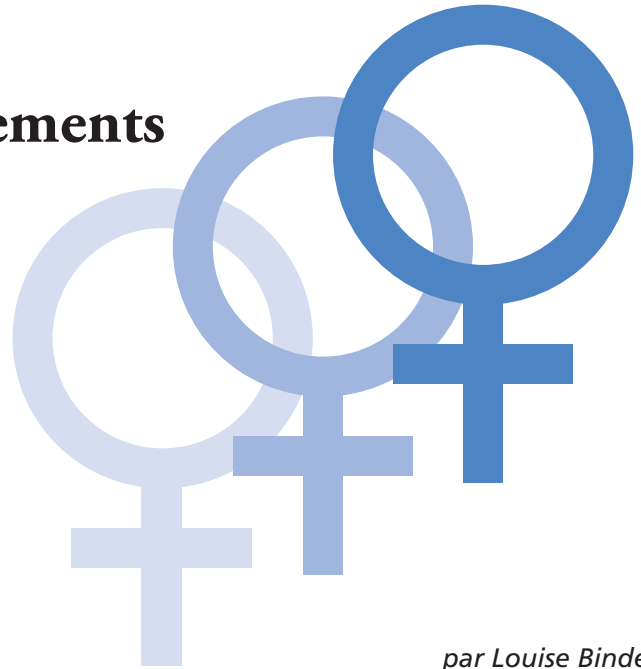
La récente Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes (CROI) qui avait lieu à Boston a fourni de nouvelles informations relatives au traitement des femmes. Même si les chercheurs s'intéressent à aborder les questions touchant les femmes, peu d'essais cliniques en ont recruté assez pour tirer des conclusions significatives.

Après avoir examiné les critères d'exclusion de plusieurs essais en fonction du nombre de participantes, un chercheur a conclu que des critères d'exclusion tels que la prise d'antidépresseurs ou l'utilisation de drogues intraveineuses pourraient empêcher plusieurs femmes de participer à des essais cliniques.

Une étude a révélé que la prise de suppléments de vitamine A ne permettait pas d'infléchir la progression de la maladie. Une étude de grande d'envergure a permis de constater que l'usage de contraceptifs oraux et d'acétate de médroxyprogestérone injectable était associé à une élévation de la charge virale initiale, ce qui pourrait accélérer la progression de la maladie.

De façon générale, les femmes ont des charges virales plus faibles que les hommes, mais il semble que cela n'ait aucun effet sur la progression de la maladie. Les essais sur les antirétroviraux n'ont pas révélé d'importantes différences entre les résultats cliniques obtenus chez les deux sexes, mais le faible nombre de participantes aux essais rend toute généralisation problématique.

Il se peut que les femmes répondent mieux à certains antirétroviraux que les hommes, notamment l'indinavir et le nelfinavir, en raison de leur poids corporel moindre. D'autres études doivent être menées pour confirmer cette possibilité et déterminer si les femmes ont besoin de la même quantité de médicament que les hommes. Si la réponse à cette question s'avère négative, il est possible qu'on puisse atténuer les risques et l'intensité des effets secondaires et améliorer l'observance thérapeutique. Ce point est important parce que les études laissent penser que les femmes éprouvent davantage d'effets secondaires et toxiques. Ces derniers comprennent : des problèmes rénaux causés par Crixivan; des manifestations plus sévères de la lipodystrophie, notamment l'accumulation de graisses habituellement associée aux inhibiteurs de la protéase et aux analogues nucléosidiques; davantage d'acide lactique dans le sang, accompagné souvent de l'engraissement du foie, un effet généralement attribué aux analogues nucléosidiques.



par Louise Binder

Les femmes présentent aussi davantage d'éruptions cutanées, surtout sous l'effet des analogues non nucléosidiques et de l'analogue nucléosidique abacavir. On observe un taux de pancréatite (enflure du pancréas) plus élevé chez les femmes sous médicaments anti-VIH.

Les preuves se font attendre, mais il est probable que les femmes sont plus sujettes à une réduction de la densité osseuse (ostéopénie et ostéoporose) à cause des médicaments. Les femmes éprouvent des pertes osseuses durant la ménopause, et nous savons que les médicaments anti-VIH affaiblissent les os. Une alimentation et un programme d'exercices appropriés pourraient aider à minimiser les pertes osseuses.

Le jugement final sur l'hormonothérapie substitutive chez la population générale n'a pas été rendu. Pour les femmes séropositives, cependant, les risques sont plus grands parce que les oestrogènes oraux sont dégradés dans le foie (et la vésicule biliaire), organe par lequel passent aussi les médicaments anti-VIH. Si vous courez un risque de diabète (une possibilité associée à l'usage de médicaments anti-VIH), de fibromes utérins ou de caillots sanguins, vous devriez éviter l'hormonothérapie. L'usage à long terme d'oestrogènes a également été associé au cancer du sein.

L'une des interactions médicamenteuses les plus remarquables qui est spécifique aux femmes implique les inhibiteurs de la protéase et les analogues nucléosidiques d'un côté et les contraceptifs oraux de l'autre. Le nelfinavir, le ritonavir et la névirapine ne devraient pas être associés aux contraceptifs oraux. SUSTIVA (efavirenz) fait augmenter le taux de contraceptif oral dans le sang. Crixivan (indinavir) ne produit aucun effet du genre.

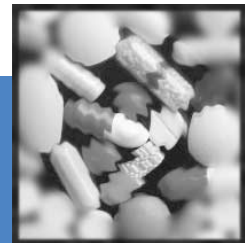
Il faut faire beaucoup plus de travail dans le cadre d'essais cliniques spécifiques aux femmes en plus de recruter davantage de femmes pour les essais déjà en cours. ■

Le CCSAT à Halifax du 10 au 13 avril

par Philip Lundrigan



Vive la résistance !



La 12^e conférence annuelle de l'Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV)

s'est tenue à Halifax du 10 au 13 avril 2003. Les bienfaits éventuels de la résistance médicamenteuse furent discutés dans le cadre d'un symposium satellite sur les traitements (*Perspectives on Planning for Treatment Success*). La Dre Elizabeth Race de Dallas, au Texas, a donné une présentation intitulée *Viral Fitness: Practical Applications in the Clinical Setting* (La santé virale : des applications pratiques dans le contexte clinique). Elle a décrit trois catégories de patients en situation d'échec thérapeutique :

- 1) ceux qui amorcent un traitement mais qui ne bénéficient pas d'une suppression virale complète;
- 2) ceux dont le traitement permet d'atteindre une charge virale indécélable mais qui connaissent un rebond viral par la suite et
- 3) ceux dont le traitement n'est jamais parvenu à rendre la charge virale indécélable.

Chez certains patients dont le traitement a échoué, il semble que la poursuite du traitement inadéquat contribue à réduire l'incidence des infections opportunistes (IO). Même une réponse virologique transitoire serait associée à une augmentation du nombre de cellules CD4+.

La Dre Race a décrit trois façons de mesurer l'activité virale :

- 1) **santé virale** - l'aptitude du virus à se reproduire dans un contexte défini, tel que sous l'effet d'un traitement;
- 2) **capacité de répllication** - l'aptitude du virus à infecter des cellules cibles dans des conditions idéales, telles que dans l'éprouvette et
- 3) **virulence** - l'aptitude du virus à provoquer la maladie, également appelée pouvoir pathogène.

La Dre Race a affirmé qu'un lien considérable existait entre l'augmentation de la résistance médicamenteuse et l'affaiblissement de la capacité de répllication du virus. Il semble que certaines mutations qui confèrent la résistance rendent le virus moins apte à se répliquer. La mutation 184V, responsable de la résistance au 3TC, réduirait la capacité de répllication du virus de 57 %. Les mutations associées à l'usage d'inhibiteurs

nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) et d'inhibiteurs de la protéase (IP) réduisent la capacité de répllication, alors que les mutations qu'entraîne l'utilisation des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) n'ont pas cet effet. Les mutations associées à la résistance au nelfinavir, dont la D30N, semblent être très inaptées à se reproduire.

Une augmentation du nombre de mutations résistantes provoque une réduction de la capacité de répllication, laquelle donne lieu à une charge virale plus faible. En résumé, la Dre Race a affirmé que « la capacité du VIH de devenir très résistant et très fort pourrait être entravée, et il se peut qu'il soit raisonnable de poursuivre une multithérapie lorsque les cellules CD4+ sont stables et ce, même en présence d'une virémie persistante ». Elle a évoqué l'apparent paradoxe qui réside dans la possibilité qu'un patient puisse bénéficier d'une stabilité immunologique tout en éprouvant un échec virologique. Il est encore possible d'améliorer le rétablissement des CD4+ et de reporter tout changement de médication, ce qui permet de conserver des options thérapeutiques futures et ce, même en présence d'un virus résistant aux IP.

Quel niveau de charge virale est acceptable ?

Selon la Dre Race, une charge virale inférieure à 1 000 copies/ml est très bonne et comporte un risque minime de progression de la maladie. De façon générale, une charge virale se situant entre 1 000 et 5 000 copies cause peu de problèmes tant que les cellules CD4+ sont stables. Une charge virale entre 5 000 et 10 000 copies doit être surveillée de près. Dans une telle situation, d'autres facteurs, dont les CD4+, les infections opportunistes existantes ou passées, d'autres maladies ou problèmes médicaux et les options de traitement disponibles, doivent être pris en considération. Lorsque la charge virale dépasse le seuil des 10 000 copies/ml, le risque d'une baisse plus importante des CD4+ s'accroît et la possibilité de récupérer des CD4+ perdues diminue. La Dre Race a indiqué que les implications cliniques du maintien d'une charge virale décelable étaient inconnues et que des recherches plus poussées étaient nécessaires. ■

COMPTES-RENDUS DES PROVINCES

Les listes de médicaments continuent de susciter des préoccupations dans les provinces

ONTARIO

par Enrico Mandarino

Depuis la diffusion, en novembre dernier, de l'appel à l'action intitulée « Le remboursement des médicaments en péril en Ontario » (voir www.ccsat.ca), nos actions ont inclus une réunion avec des fonctionnaires du gouvernement et une campagne épistolaire destinée au ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Nos lettres ont demandé à celui-ci d'expliquer son refus de fournir des médicaments et des vaccins essentiels aux Ontariens et aux Ontariennes.

Le gouvernement n'a pas répondu aux préoccupations du CCSAT; en janvier 2003, des militants de la santé, des médecins et des organismes communautaires ont tenu une conférence de presse pour dénoncer le refus du gouvernement ontarien de fournir des médicaments susceptibles de sauver la vie des personnes les plus vulnérables et les plus malades de la province. Le groupe a également rendu publique une liste de médicaments contre des maladies chroniques et potentiellement mortelles auxquels l'accès est limité par le gouvernement de l'Ontario.

En réponse à la conférence de presse, le gouvernement ontarien a enfin accepté d'assumer les coûts des vaccins pédiatriques pour les enfants séropositifs de la province et de travailler de concert avec les groupes ci-dessus mentionnés pour améliorer l'accès aux médicaments.

Malgré le succès de ces actions, ce groupe mené par le CCSAT continuera de surveiller étroitement l'évolution des autres dossiers en ce qui concerne l'accès aux traitements en Ontario et la liste de médicaments remboursables.

Le réseau ontarien du CCSAT et le Réseau ontarien du sida poursuivent la planification d'un atelier d'information et journée de perfectionnement de compétences qui devrait avoir lieu à la fin septembre 2003. L'ordre du jour comportera l'identification des problèmes liés à l'accès aux traitements en Ontario et l'élection du représentant de l'Ontario au CCSAT.

MANITOBA

par Daryn Bond

Le gouvernement du Manitoba nous a réservé un paquet de surprises dernièrement. Après une lutte de 18 mois, Kaletra a enfin été inclus à la liste de médicaments de la province le

1^{er} décembre 2002. S'attendant à des retards semblables, les militants ont réagi avec ébahissement à l'inclusion soudaine, le 1^{er} mai, du ddl EC, du trizivir et de Pegetron (PEG-interféron et ribavirine pour traiter l'hépatite C). En ce qui concerne l'inclusion du ténofovir et du T-20, seul le temps dira si ce degré d'efficacité pourra se maintenir. Quoi qu'il en soit, la possibilité d'accéder à ces médicaments importants a soulagé l'inquiétude de beaucoup de Manitobains et de Manitobaines vivant avec le VIH-sida.

La Manitoba AIDS Cooperative a récemment tenu une consultation sur le développement d'une stratégie autochtone sur le VIH-sida pour le Manitoba. Il faudra qu'une telle stratégie soit dirigée, coordonnée et bien appuyée par des Autochtones afin de pouvoir formuler une réponse complète au VIH-sida qui incorpore les traitements et les méthodes de guérison traditionnels.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

par George Clark-Dunning

Au moment de rédiger ce rapport, le Comité d'examen des médicaments de l'ÎPÉ est en réunion avec ses homologues des autres provinces de l'Atlantique. Il est probable que leurs discussions aborderont, entre autres, les nouveaux médicaments contre le VIH et l'hépatite arrivant sur le marché.

À l'heure actuelle, les médicaments comme le T-20 et Pegetron ne sont pas disponibles. Jusqu'à présent, Fuzeon, dont les coûts seront pris en charge par le Drug Cost Assistance Program (programme d'aide à l'achat des médicaments) n'a été prescrit à aucun patient inscrit à ce dernier. Rebetron est disponible et est utilisé par plusieurs, mais ce médicament n'est pas efficace chez tout le monde. Quant au très cher Pegetron de la compagnie Schering, il n'a pas été inclus sur la liste de médicaments remboursables. Toutefois, on a bon espoir que la province ajoutera Pegetron à sa liste de médicaments puisque Schering a réduit le prix de ce dernier pour qu'il corresponde à celui de Rebetron.

Selon Statistique Canada, entre 300 et 400 personnes seraient infectées par le VIH dans la province, mais le nombre pourrait être plus élevé parce que le dépistage anonyme n'existe

suite à la page suivant

COMPTES-RENDUS DES PROVINCES

suite de la page 8

pas et plusieurs personnes quittent l'île pour se faire tester et soigner. Pour les insulaires, une des plus grandes barrières aux traitements est l'éloignement des cliniques de maladies infectieuses, lesquelles se trouvent à Moncton et à Halifax, c'est-à-dire à des centaines de kilomètres de distance. Le transport est donc un problème et les prestations d'aide provinciales permettent à peine d'en assumer les frais.

Une autre barrière à l'accès aux traitements est l'absence de financement accordé à AIDS PEI, le seul organisme de lutte contre le sida de la province. Mentionnons que le gouvernement subventionne actuellement un poste à temps partiel chez AIDS PEI pour lutter contre l'hépatite C.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

par Glen Hillson

Depuis une décennie, les résidents de la Colombie-Britannique jouissent d'un accès relativement facile aux nouveaux médicaments et à des soins compétents. Dans le cas de ceux-ci, la situation est meilleure à Vancouver que dans d'autres parties de la province. Plusieurs régions ne disposent pas d'un spécialiste des maladies infectieuses, sans même parler de médecins expérimentés dans le traitement du VIH.

De nos jours, l'accessibilité facile aux médicaments semble être en péril. Les prix croissants des nouveaux antirétroviraux ont alourdi le fardeau financier pour la liste de médicaments de la province. En même temps, certaines rumeurs laissent croire que le gouvernement provincial, qui est déterminé à réduire les coûts liés aux médicaments pour la bourse publique, s'apprête à geler le financement du programme de médicaments anti-VIH-sida. Par conséquent, l'accès à certains des nouveaux médicaments, dont le ténofovir, le T-20 et l'atazanavir, pourrait être plus limité.

À l'heure actuelle, Rebetrone n'est disponible pour les personnes co-infectées par le VIH et le VHC qu'en vertu d'une autorisation spéciale; quant à l'interféron pegylé, un médicament mis au point plus récemment, aucune couverture n'est offerte. Plusieurs fournisseurs de soins reportent le début du traitement en attendant d'avoir accès à Pegetrone, à savoir la nouvelle combinaison d'interféron pegylé et de ribavirine mise au point par la compagnie Shering. Celle-ci a récemment réduit le prix de Pegetrone pour qu'il soit comparable à celui de Rebetrone (l'ancien produit). Ce geste devrait enlever les barrières à l'ajout de Pegetrone à la liste de médicaments, mais le gouvernement tarde à modifier sa politique à cet égard.

Les militants concernés par l'accès aux traitements devront continuer d'exercer des pressions sur les gouvernements et les fabricants des médicaments pour assurer l'accès aux meilleurs traitements disponibles.

La prise en charge cohérente des patients co-infectés par le VIH et le VHC est une autre question qui suscite actuellement beaucoup d'attention dans la communauté.

QUÉBEC

par Line Carreau et Ken Monteith

Les laboratoires Abbott invitaient le comité traitement provincial à une conférence avec le Dr. Jurgen Rockstroh d'Allemagne, le 30 janvier dernier. Le sujet de la conférence a été « Challenges in HIV-Infection-Advancing Patient Care ». Ce fut une agréable occasion de connaître une autre façon de soigner les personnes atteintes dans un autre pays. Plusieurs personnes du comité ont questionné le Dr Rockstroh sur les traitements.

Le comité traitement provincial travaille à organiser des formations interactives en invitant des conférenciers dans le but de leur permettre une mise à jour sur des sujets d'actualité tels que :

- Le suivi médical d'une personne atteinte en 2003;
- La stratégie de marketing des compagnies pharmaceutiques;
- Étude « STOP » sur l'arrêt de traitement;
- Tuberculose.

Le comité vise à collaborer avec d'autres ressources afin d'exiger la mise sur pied d'une procédure permettant aux personnes atteintes « illégales » ou « sans statut » d'avoir accès à des traitements au Québec. On note qu'une loi avec des buts semblables est en vigueur en France et le comité a identifié comme collaborateurs potentiels le Réseau Juridique et les groupes communautaires venant en aide aux immigrants ou aux communautés culturelles.

Le CPAVIH offrira une formation Sida 101 aux personnes séropositives une fois par mois. Également, financé par GLAXO sous forme de projet le Dr Robert O'Brien et Dr Marc-André Charron donneront des formations médicaments 101 pour les PVVIH nouvellement infectées ou qui envisagent commencer le traitement (suivant l'exemple du programme actuel à Toronto).

Le comité travaille sur un projet d'un mode de transfert d'information en région. L'Internet a été envisagé dans le but d'échanger sur des sujets spécifiques entre un médecin et les personnes atteintes. Nous envisageons de faire sous forme de babillard électronique hébergé sur le site Web du CPAVIH et ce, avec le soutien du comité et des groupes membres de la COCQ-Sida.



Le point sur les essais cliniques



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

Une mise en garde met fin à une étude sur la co-infection

Une mise en garde concernant la sûreté a poussé le Réseau canadien pour les essais VIH à mettre fin à une étude pilote sur des options thérapeutiques pour les personnes co-infectées par le VIH et l'hépatite C.

La décision a été prise à la suite d'une réunion, tenue le 9 avril à Halifax, entre le Comité de révision en matière d'efficacité et de sûreté du Réseau et la Dre Marina Klein, chercheuse principale de l'essai CTN-141. Lors de la réunion, les membres ont discuté d'une recommandation récente de la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis selon laquelle deux des médicaments à l'étude, soit le ddI et la ribavirine, ne devraient pas être utilisés ensemble chez cette population en raison du risque de toxicité.

La décision de la FDA est fondée sur des préoccupations quant à la possibilité que cette combinaison puisse accroître le risque de toxicité mitochondriale pour les patients. Les symptômes courants de cette complication comprennent la pancréatite, l'acidose lactique, une fonction hépatique anormale et la stéatose hépatique.

La Dre Klein a donné une présentation exhaustive sur l'état actuel des connaissances en ce qui a trait à cette combinaison de médicaments et la toxicité mitochondriale. Le comité a estimé que l'inquiétude suscitée par cette combinaison était suffisante pour justifier l'interruption de cet essai sous sa forme actuelle. Toutefois, le comité a réitéré son appui général pour la conception de l'étude et l'importance de la question posée par la chercheuse. Il a donc encouragé la Dre Klein à rechercher d'autres options thérapeutiques à éprouver dans le cadre de ce protocole de recherche.

Depuis sa création en 1990, le Réseau a mis sur pied plus de 80 essais cliniques. Seuls deux essais ont été interrompus en raison de préoccupations concernant l'innocuité des produits.

Pour lire des descriptions en langage clair et simple des essais cliniques sur le VIH actuellement en voie de recrutement au Canada, veuillez visiter le site Web du Réseau à l'adresse www.hivnet.ubc.ca/ctn.html. ■

National
PASS Study
Déclarer les effets des médicaments anti-VIH

Prenez-vous des médicaments anti-VIH? Avez-vous 15 minutes à nous donner?

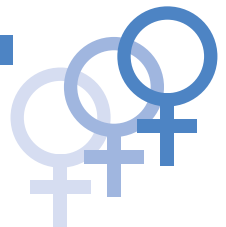
L'étude se terminera juin/juillet 2003

Toute PVVIH d'âge adulte qui suit actuellement une thérapie antirétrovirale peut choisir parmi les deux méthodes suivantes pour participer à l'étude :

1. **Par téléphone** - Les personnes vivantes avec le VIH peuvent téléphoner sans frais au **1-866-253-7277** pour remplir le questionnaire à l'aide d'une intervieweuse bilingue, **jusqu'à la fin juin 2003**.
2. **Courrier ou télécopieur** - Les personnes vivantes avec le VIH peuvent se procurer le questionnaire auprès de différents organismes*, le remplir et nous le retourner par télécopieur (sans frais) ou par enveloppe préaffranchie au bureau de l'étude SSPA, **jusqu'en juillet 2003**.

*Pour plus de renseignements, veuillez composer le **1-866-253-7277** ou visiter le site www.ccsat.ca. ■

Mise à jour sur l'appel à l'action



L'AMC revoit sa décision sur le dépistage des femmes enceintes

par Shari Margolese

Lorsque l'Association médicale canadienne (AMC) a donné son aval au dépistage systématique de toutes les femmes enceintes en août 2002, le CCSAT et d'autres organismes de lutte contre le sida qui s'opposaient fermement à cette décision ont lancé une campagne épistolaire pour encourager l'AMC à adopter une approche volontaire en cette matière. En réponse à la lettre du CCSAT, le président de l'AMC a demandé à son Comité de déontologie et à son Conseil des soins et de la promotion de la santé d'examiner la question et, le cas échéant, de recommander la modification de la politique à l'occasion de l'assemblée générale 2003. Il s'agit d'un grand pas en avant en ce qui a trait à la modification de la politique relative à cette question. Le CCSAT rendra compte de tout nouveau développement dans ce dossier. ■

RAPPORT DE LA PRÉSIDENTE DU CCSAT - printemps 2003 par Louise Binder

Le printemps est enfin arrivé. Le monde semble frais et renouvelé, du moins d'un point de vue personnel, mais, en tant qu'espèce, nous semblons voués à la destruction et pas à la création. Nous trouvons toujours assez d'argent pour tuer les uns les autres mais jamais assez pour favoriser notre guérison collective.

Cette réalité se joue dans l'arène internationale. Une coalition de pays vient de larguer des bombes sur un peuple appauvri dans le nom de la sainte liberté. Mais libre de faire quoi ? Mourir de maladies causées par la malnutrition, le manque d'eau salubre et l'absence de traitements les plus élémentaires. Le mouvement international de lutte contre le sida a été témoin de ce phénomène à maintes reprises. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est profondément sous-financé. Même l'engagement pris par les États-Unis d'investir 15 \$ milliards pour lutter contre le sida en Afrique est maintenant en péril, d'aucuns allant jusqu'à affirmer qu'on ne devrait pas acheter de condoms parce qu'ils ne sont pas efficaces à 100 %.

En ce qui concerne l'accès aux traitements, le parcours s'annonce cahoteux au Canada aussi grâce aux agissements de l'industrie pharmaceutique et des agences de réglementation gouvernementales. Les deux médicaments qui arriveront sur le marché dans l'avenir le plus proche auront des prix comme nous n'en aurons jamais vus. Le prix du ténofovir, un analogue nucléotidique, pourrait être deux fois celui des analogues nucléosidiques. Pire encore, le premier inhibiteur de fusion coûtera vraisemblablement quelque 30 000 \$ par an au Canada. On peut déjà entendre les grognements des gouvernements provinciaux face à un tel fardeau. Et ce, au moment même où les provinces expérimentent un processus d'examen commun, en vertu duquel la décision de couvrir un médicament sera prise collectivement en fonction des recommandations de l'agence d'examen commune.

Profitez donc du répit printanier, mais ne vous leurrez pas en pensant qu'il pourra durer si nous ne sommes pas déterminés à unir nos voix pour parler plus fort que ceux qui préfèrent la destruction à la construction. ■

CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS

printemps 2003

● 17 au 22 juin

Tribunes des personnes vivant avec VIH-sida et Assemblées générales annuelles 2003 du :

Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE)

Information: info@catie.ca ou 1-800-263-1638

Société canadienne du sida

Information: CASinfo@cdnaids.ca ou 613-230-3580

Montréal, Québec

● 13 au 16 juillet

2^e Conférence de la Société Internationale du sida (International AIDS Society)

Paris, France

Information: <http://222.ias2003.org/start.aspx> ou

+33 (0)1 40 64 20 00

● 27 au 30 juillet

La Conférence sur le renversement du courant des MTS et du VIH

Ottawa, Ontario

Information: information@confersense.ca ou

613-232-4414

● 12 au 14 septembre

Assemblée générale annuelle du Réseau juridique canadien VIH-sida

Montréal, Québec

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

● 26 au 28 septembre

Assemblée générale annuelle de la Coalition interagence sida et développement (CISD)

Ottawa, Ontario

Information: info@icad-cisd.com ou 613-233-7440

● 27 et 28 septembre

Assemblée générale annuelle de la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida)

Montréal, Québec

Information: info@cocqsida.com ou 514-844-2477

● 26 au 30 octobre

Conférence internationale des personnes vivant avec le VIH-sida

Kampala, Uganda

Information: kampalaconference@gnppplus.net ou

+31 (0) 20 423 4114

● 26 et 27 octobre

CCSAT-Assemblée générale annuelle et journée de perfectionnement des compétences

Toronto, Ontario

Information: ctac@ctac.ca or 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.

MEMBRES DU CONSEIL

CONSEIL D'ADMINISTRATION

- PRÉSIDENTE **Louise Binder**
Toronto People With AIDS Foundation (TPWAF)
 - VICE-PRÉSIDENT **Glen Hillson**
 - TRÉSORIER **Tony Di Pede**
 - SECRÉTAIRE **Philip Lundrigan**
Terre-Neuve & Labrador
- Emerald Gibson**
Françoise Grothé
Enrico Mandarino Ontario
Shari Margolese Représentante nationale des femmes
Ron Rosenes LE GROUPE D'ACTION-SIDA! (AAN!)

- George Clark-Dunning**
Île-du-Prince-Édouard • **John Arenburg**
Nouvelle-Écosse • **Line Carreau** Québec •
Daryn Bond Manitoba • **Mark Randall**
Alberta • **Daryle Roberts** Colombie-Britannique • **Paula Braitstein** British Columbia Persons with AIDS Society (BCPWA) • **Darren Greer** Canadian Aboriginal AIDS Network (CAAN) • **Patrick Cupido** Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE) • **Ken Monteith** Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida) • **Marc Lapierre** Comité des personnes atteintes du VIH du Québec (CPAVIH) • **James Kreppner** Société canadienne de l'hémophilie (CHS) • **Patrick McIntyre** Société canadienne du sida (SCS) • **Richard Elliott** Réseau juridique canadien VIH-sida

BAILLEURS DE FONDS 2003/2004

- Santé Canada
Ontario HIV Treatment Network (OHTN)
- Abbott Laboratories • Agouron Pharmaceuticals • Boehringer Ingelheim • Bristol-Myers Squibb • Gilead Sciences • GlaxoSmithKline en partenariat avec Shire BioChem • Hoffmann-La Roche • Merck Frosst • Schering Canada

l'Assemblée générale annuelle du CCSAT 2003

L'Assemblée générale annuelle du CCSAT aura lieu à Toronto, du 26 au 27 octobre 2003. Les membres à part entière recevront une trousse d'information au mois de juillet.

Visitez

www.ccsat.ca

pour en savoir plus.

ADHÉSION

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

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 : (416) 410-6538
Télécopieur : (416) 761-1012
Courriel : ccsat@ccsat.ca
Site Web : www.ccsat.ca

RÉDACTION

Ce bulletin est une publication trimestrielle.

Comité de rédaction : Daryn Bond / George Clark-Dunning / Enrico Mandarino (président) / Tom McAulay / Françoise Grothé / Ken Monteith • **Équipe de rédaction :** Shari Margolese / Glen Hillson • **Coordination éditoriale :** Michelle Marchione • **Traduit de l'anglais et du français** par Alain Boutilier, Florinda Lages

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 5 numéro 2 (juin 2003) 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.