

# CONSEIL CANADIEN DE SURVEILLANCE ET D'ACCÈS AUX TRAITEMENTS



Conseil canadien de surveillance  
et d'accès aux traitements

## DANS CE NUMÉRO

ÉTÉ 2007  
VOLUME 9  
NUMÉRO 3

Le PCEM croit que nous n'en valons pas la peine .....	1
Ça ressemble à quoi un système de surveillance post-approbation dynamique ? .....	3
Les médicaments génériques au Canada : un déclaration de principes .....	4
Le Réseau canadien pour les essais VIH s'attaque à la co-infection VIH/VHC .....	6
Initiatives fédérales, provinciales et territoriales .....	8
Rapport de la présidente .....	10
Calendrier des événements .....	11
Membres du conseil .....	12

## Le PCEM croit que



# nous n'en valons pas la peine

déclarent les patients  
au Comité permanent de la santé

*par Paulette Eddy, directrice générale, Best Medicines Coalition*

**M**ême s'il existe de multiples barrières à l'accès aux traitements, tant sur le plan national que provincial, le Programme commun d'évaluation des médicaments s'est distingué comme étant une source de préoccupations importantes pour les militants qui représentent divers groupes de patients. Ces préoccupations formaient la base du témoignage livré par la Best Medicines Coalition (BMC), dont le CCSAT est membre, devant le Comité permanent de la santé du gouvernement fédéral lors d'une évaluation récente du rendement du Programme commun de valuation des médicaments (PCEM).

Louise Binder, présidente du CCSAT et du BMC, s'est jointe à sa collègue du comité des opérations, Linda Wilhelm, une femme gravement atteinte de polyarthrite rhumatoïde, pour témoigner devant le comité permanent le 9 mai 2007.

En tant qu'organisme national chargé de faire des recommandations aux régimes d'assurance médicaments publics quant à l'éventuel remboursement des traitements, le PCEM est perçu comme un grand obstacle à un accès équitable. Ce message a été clamé



## Le PCEM croit que nous n'en valons pas la peine

*suite de la page 1*

haut et fort par plusieurs acteurs durant les nombreuses semaines qu'ont duré les audiences du comité, y compris par des organismes de défense des patients comme la BMC.

« Je soutiens que le PCEM a fondamentalement échoué à atteindre ses objectifs affirmés et à remplir son mandat par le biais d'un processus qui respecte ne serait-ce que les règles les plus rudimentaires de la justice naturelle », a insisté Louise pendant son témoignage.

« En général, le programme ne facilite pas une prise de décisions efficace et rentable dans les provinces participantes. Il effectue des analyses pharmacoéconomiques de faible qualité. Il répète inutilement le travail de plusieurs processus d'examen provinciaux et entraîne des coûts supplémentaires. Ses processus ne sont pas transparents ou inclusifs et la participation des patients n'est pas facilitée; le programme échoue donc à réunir nombre de données pertinentes qui devraient influencer sur ses décisions. Et il n'existe aucun processus d'appel », a ajouté Louise.

La présidente du CCSAT a ensuite raconté en détail le cheminement d'un médicament particulier, Viread (ténofovir), depuis les essais cliniques jusqu'aux listes de médicaments remboursables, afin de démontrer les défauts flagrants du PCEM.

Pour sa part, Mme Wilhelm, qui souffre depuis plus de 20 ans d'une polyarthrite rhumatoïde débiliteuse qui la confine souvent au fauteuil roulant et l'empêche de s'occuper d'elle-même et de sa famille, a décrit un long parcours jalonné de traitements inefficaces, de chirurgies et d'hospitalisations.

« En 1999, un produit biologique novateur est enfin arrivé. Je suis sortie de l'hôpital de ma propre volonté après trois mois et je n'ai jamais regardé en arrière » a-t-elle dit. Un rapport récent de l'ACMTS (agence dont relève le PCEM) a toutefois conclu que ce médicament n'était pas rentable. « Selon eux, je n'en vauds pas le coût. Je conteste cette conclusion et sais qu'il y a des milliers de Canadiens vivant avec l'arthrite qui seraient d'accord avec moi. »

Dans son mémoire, la BMC décrit des normes minimales spécifiques qu'un PCEM grandement réformé ou, advenant le démantèlement de ce dernier, des comités d'examen des médicaments provinciaux, seraient tenus de respecter :

- Il faut adopter des modèles d'analyse de données exhaustifs et progressifs, y compris un examen pharmacoéconomique, qui soient de nature inclusive et de grande portée afin de s'écarter d'une approche de réduction des coûts étroite. Ces modèles doivent être conçus de sorte à incorporer une définition plus

large des coûts, y compris ceux associés aux hospitalisations, aux chirurgies et aux soins universels. De plus, des activités de surveillance post-approbation doivent y être incorporées et améliorées;

- Les modèles d'examen pharmaceutique doivent être suffisamment souples pour faciliter, là où c'est approprié, l'accès aux médicaments novateurs, y compris ceux conçus pour combattre des affections rares ou répondre à des besoins insatisfaits antérieurement et ceux représentant un important progrès thérapeutique;
- Les processus d'examen doivent être encore accélérés et améliorés grâce à une consultation plus exhaustive des experts nationaux et internationaux de chaque domaine thérapeutique;
- Les patients, qui subissent l'impact le plus important des décisions, doivent être impliqués et consultés de manière significative. De plus, des acteurs clés représentant des points de vue plus larges doivent participer au processus à titre de consultants;
- La transparence et l'équité doivent être intégrées pour permettre aux patients et aux autres acteurs clés de mieux comprendre les processus et les raisonnements menant aux actions. Un processus d'appel doit être établi pour permettre la remise en cause de toute décision.

« Notre avons conclu que l'évaluation commune des médicaments est une bonne idée qui a très mal tourné. Nous soutenons également que le PCEM, dans sa configuration actuelle, ne saurait être réparé », a affirmé Louise en guise de synthèse des recommandations de la BMC. Le mémoire de la BMC et les communiqués de presse afférents se retrouvent à l'adresse [www.bestmedicines.ca](http://www.bestmedicines.ca).

Le Comité permanent de la santé a complété son rapport et ses recommandations au sujet du PCEM, mais ces derniers ne seront rendus publics qu'en septembre ou en octobre lors de la reprise des sessions du Parlement après la pause estivale. ■

Fondée en 2002, la BMC est une alliance nationale de particuliers et d'organismes représentant les personnes atteintes d'une maladie chronique; elle s'intéresse aux questions liées à la réforme de l'examen des médicaments, à l'accès aux traitements, à la sécurité des patients et à l'élaboration des politiques de santé.

# Ça ressemble à quoi un système de surveillance post-approbation dynamique ?



par Ron Rosenes, coprésident du CCSAT

**LA POSITION DU CCSAT** à l'égard des améliorations qu'il faut apporter au système de surveillance post-approbation des médicaments et des produits de santé naturels (PSN) devrait vous être désormais familière. Depuis la publication des résultats du projet de recherche communautaire qu'il a réalisé en 2004 pour déterminer les meilleures façons de recueillir des données post-commercialisation auprès des consommateurs, le CCSAT a continué de réclamer un système plus dynamique ainsi qu'un rôle central pour les consommateurs dans la surveillance des médicaments et des PSN vendus au Canada. Santé Canada a récemment proposé un Cadre d'homologation progressive des médicaments pour assurer l'évaluation continue des traitements homologués à chaque étape menant du laboratoire à la pharmacie (et aux patients), donc le moment est idéal pour accroître l'apport des consommateurs afin de dynamiser le système, de développer la base de preuves servant à la prise de décisions concernant le remboursement des médicaments et d'améliorer l'état de santé des patients.

Commençons par le commencement. Le système de collecte de données actuel fonctionne de manière passive dans la mesure où il dépend des fournisseurs de soins et des compagnies pharmaceutiques pour lui déclarer seulement les effets indésirables graves, les situations nécessitant une hospitalisation ou la mort d'un patient. Les consommateurs ont le droit de faire des déclarations directement, mais le système est peu connu et peu utilisé. Comme l'expérience de beaucoup de personnes vivant avec le VIH/sida nous l'a montré, le système a mis beaucoup de temps à reconnaître que les ravages causés par la lipodystrophie et la lipoatrophie étaient des effets secondaires graves et débilissants des antirétroviraux et ce, même si nous en étions très conscients dans notre communauté.

La vision que propose le CCSAT est celle d'un système qui irait au-delà de la simple collecte de rapports d'effets indésirables graves. Notre système évaluerait l'impact à long terme de la prise d'une combinaison de médicaments. Ce serait un système plus dynamique au sein duquel les consommateurs serviraient de « sentinelles ». Il fonctionnerait comme un système d'alerte rapide capable de détecter des syndromes comme la lipodystrophie. Il faciliterait la collecte et l'analyse de données plus complexes et plus riches. Il pourrait même réduire le besoin de prendre d'autres médicaments pour contrer les effets secondaires de ses traitements. Notre système abandonnerait son mandat étroit d'aujourd'hui, qui met l'accent sur les effets indésirables seulement, afin de viser l'amélioration de la qualité de vie et de la santé de tous.

Ce n'est pas le sujet du présent article, mais il serait également important que les données soient collectées dans le cadre d'essais cliniques de phase IV, c'est-à-dire des études réalisées après la commercialisation des médicaments.

Lors de l'étude SSPA, le CCSAT s'est concentré sur les méthodes utilisées pour la collecte de données et non sur les données elles-mêmes. Les participants ont préféré partager de l'information soit dans le cadre d'un groupe de discussion soit en tête-à-tête avec un intervieweur sympathique et bien informé. L'étude SSPA a permis de brosser « un portrait humain détaillé que le système de déclaration actuel ne pourrait pas capter ». Les données ont révélé les façons dont les PVVIH géraient les conséquences médicales et sociales de leurs médications et des effets secondaires.

Il reste toutefois plusieurs défis à relever pour assurer la collecte de données pertinentes car les patients ont souvent de la difficulté à se rappeler les effets indésirables qui se sont produits il y a longtemps et à identifier un seul agent causal. Il peut en effet être difficile de distinguer un effet indésirable d'un autre, d'un effet secondaire à long terme ou bien d'un symptôme de la maladie elle-même.

Il ne fait toutefois pas de doute qu'un système axé sur les consommateurs faciliterait une collecte de données plus riches ainsi qu'une meilleure prise de décisions relativement au remboursement des médicaments, au non-remboursement ou au remboursement avec restrictions. Dans le cadre du système actuel, le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) formule des recommandations à l'intention des provinces et des territoires (sauf le Québec) en ce qui concerne l'inclusion des médicaments sur leur

*suite à la page 9*



# LES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES AU CANADA : UNE DÉCLARATION DE PRINCIPES

Le CCSAT a récemment publié une déclaration de principes sur les médicaments génériques au Canada. Pour lire le document dans son intégralité, veuillez visiter [www.ctac.ca/en/resources/position\\_papers](http://www.ctac.ca/en/resources/position_papers) ou contacter notre bureau principal pour en demander un exemplaire.

Rédigé par Ward Health Strategies pour le CCSAT

## RÉSUMÉ

Plusieurs études récentes ont permis de constater que les prix des médicaments génériques sont plus élevés au Canada que dans les pays comparés. Cela revêt une importance particulière pour les personnes vivant avec le VIH-sida parce que plusieurs des médicaments utilisés pour le traitement de leur maladie deviendront des génériques d'ici quelques années. L'établissement du prix le plus bas possible pour ces médicaments permettra d'en assurer l'accès à toutes les personnes qui en ont besoin.

Le présent rapport offre un survol des informations concernant le marché pharmaceutique, tant canadien que mondial, suivi d'un résumé des mécanismes réglementaires en vigueur au Canada en ce qui a trait à l'examen des produits pharmaceutiques. Nous discutons du remboursement des produits pharmaceutiques en général et des génériques en particulier, tant

au Canada qu'au sein de diverses juridictions internationales, en plus de présenter quelques modèles que le Canada pourrait imiter. Le rapport propose ensuite des suggestions de mécanismes susceptibles de réduire le prix des génériques en soulignant les avantages et les inconvénients éventuels de chaque option. Les recommandations du CCSAT sont présentées en conclusion.

## SURVOL

Les ventes de génériques représentaient 17,7 % de toutes les ventes de produits pharmaceutiques d'ordonnance effectuées au Canada en 2003, pour un total d'environ 3\$ milliards, pharmacies et hôpitaux réunis. En ce qui concerne les ventes au détail, la part des génériques s'élevait à 44 %, ce qui se traduit par l'exécution d'environ 173 millions d'ordonnances de génériques.<sup>1</sup> Même si chaque province et territoire du Canada encourage l'utilisation des génériques par le biais de divers mécanismes réglementaires, la part des génériques varie d'une province à l'autre. Elle est la plus élevée en Colombie-Britannique (50,6 %) et la plus faible au Québec (39,1 %).

Les médicaments génériques sont moins chers que les produits d'origine en raison de plusieurs facteurs : les frais de développement des fabricants de génériques constituent une fraction de ceux engagés par le développeur d'un nouveau médicament; le délai nécessaire pour créer une « copie » est significativement plus court; les obstacles réglementaires que doivent surmonter les fabricants de génériques sont moins nombreux; les fabricants de génériques disposent de plus de flexibilité quand il s'agit de fixer le prix de leurs médicaments.

## L'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE AU CANADA

La majorité des Canadiens et Canadiennes paient leurs médicaments d'ordonnance par le biais d'une assurance privée ou une assurance subventionnée par leur employeur. Le secteur public finance 46 % des achats de médicaments d'ordonnance. La communauté VIH-sida se distingue quelque peu en ce que la majorité des personnes vivant avec cette maladie ont accès à des subventions publiques.

Chaque province canadienne a des règlements différents en ce qui concerne le remboursement des génériques. La situation de l'Ontario et du Québec mérite d'être soulignée parce que certaines études laissent penser que les politiques de ces deux provinces ont un impact direct sur le prix des génériques partout au Canada.

En 1993, le gouvernement de l'Ontario a mis en œuvre une politique visant à imposer le contrôle du prix des génériques



comme une condition à leur inclusion sur sa liste de médicaments remboursables. Surnommé le « règlement 75/90 », ce dernier stipulait que le prix maximal du premier générique interchangeable ne pouvait excéder 75 % du prix du médicament d'origine; pour sa part, le prix maximal du deuxième générique figurant sur la liste ne pouvait excéder 90 % du prix du premier générique. Cette politique est toujours en vigueur malgré les nombreuses contestations juridiques lancées par les fabricants de génériques.<sup>2</sup> Le projet de loi 102 a amendé le « règlement 75/90 », de sorte que le prix du premier générique interchangeable ne peut désormais excéder 50 % du prix du médicament d'origine. Ce règlement est entré en vigueur en Ontario le 1er mars 2007.

Contrairement à l'Ontario, le Québec n'a pas de « loi 75 % », mais le gouvernement s'efforce tout de même d'obtenir les prix les plus avantageux possibles au Canada. Plusieurs autres provinces ont emboîté le pas, donc les prix des génériques sont plus ou moins semblables d'un bout à l'autre du Canada.<sup>3</sup>

### RÉGLEMENTATION INTERNATIONALE

La plupart des pays développés font face à l'escalade de l'importance des médicaments pour leur système de santé et plusieurs ont recours à des stratégies de réduction des coûts pour contrôler leurs dépenses en produits pharmaceutiques. « Les défis de la gestion des coûts des produits pharmaceutiques, les approches tentées et les réponses sont étonnamment similaires partout dans le monde. »<sup>4</sup> Les systèmes de remboursement de l'Australie, de la Finlande, de l'Allemagne, de la Nouvelle Zélande, de la Suisse, du Royaume Uni et des États-Unis sont décrits dans le texte principal de cette déclaration de principes.

### COMPARAISON DU PRIX DES GÉNÉRIQUES AU CANADA

Plusieurs études publiées ont évalué le prix des génériques au Canada comparativement à d'autres juridictions. La majorité de ces études ont permis de constater que les génériques coûtent significativement plus cher au Canada que dans les pays comparés. L'analyse de ces études permet de cerner trois raisons principales pour expliquer les prix relativement élevés des génériques au Canada : le manque de compétition (le contexte

générique est dominé par deux acteurs importants au Canada), les politiques gouvernementales (politiques relatives au remboursement des médicaments de l'Ontario et du Québec) et, dans une moindre mesure, les fluctuations des taux de change.

### MÉCANISMES SUSCEPTIBLES D'AMENER UNE RÉDUCTION DU PRIX DES GÉNÉRIQUES

Notre rapport examine plusieurs possibilités de politiques susceptibles de réduire le prix des génériques au Canada, y compris les suivantes :

- Élargissement du mandat du CEPMB ;
- Promotion de la compétition au sein du secteur des génériques ;
- Élimination de l'« ingérence » gouvernementale ;
- Modèle « monosponiste » (un seul acheteur) avec compétition internationale ;
- Contrôle des profits des compagnies génériques ;
- Prix de référence internationaux en matière de génériques ;
- Réduction du règlement 50 % jusqu'à un niveau « raisonnable » ;
- Importation transfrontalière des génériques depuis les États-Unis ;
- Achat en gros des génériques.

### CONCLUSION

Il est évident que certains des modèles proposés ci-dessus pourraient s'avérer plus appropriés et faisables que d'autres, tels que l'élargissement du mandat du CEPMB, la réduction du « règlement 50 % », l'achat en gros et l'importation transfrontalière.

Le CCSAT recommande que des fonds soient octroyés pour convoquer un groupe de discussion réunissant des experts et d'autres acteurs appropriés pour aborder ces questions en profondeur. Parmi les experts qu'il faudrait recruter, mentionnons des représentants fédéraux/provinciaux/territoriaux, des experts en pharmacoéconomie, des représentants de l'industrie des sciences de la santé (fabricants de génériques et de produits d'origine), des médecins, des patients et des pharmaciens. Ces personnes seraient chargées d'examiner les enjeux et de formuler d'autres recommandations à l'intention du gouvernement. ■

<sup>1</sup> Association canadienne du médicament générique, accédé le 5 mars 2007 [www.canadiangenerics.ca/fr/resource/market\\_trends.shtml](http://www.canadiangenerics.ca/fr/resource/market_trends.shtml)

<sup>2</sup> Canada: Challenge to Pricing Policies for Generic Pharmaceuticals, *Apotex Inc v Minister of Health*, Court of Appeal for Ontario, 28 October 2004.

<sup>3</sup> Palmer D'Angelo Consulting, Inc. (2002). *Generic Drug Prices: A Canada US Comparison*. [www.pdci.on.ca/pdf/Generic%20Pricing%20Study%20Final%20Report.pdf](http://www.pdci.on.ca/pdf/Generic%20Pricing%20Study%20Final%20Report.pdf)

<sup>4</sup> Currie, Gillian, Nielson, N. Models of Funding Prescription Drug Programs, Working Paper 2002-16. [scholar.google.com/scholar?hl=en&lr=&q=cache:Cxd-vFN0xs4J:www.ucalgary.ca/mg/research/media/2002\\_16.pdf+alternative%2B reimbursement%2Bdrug%2Bmodel](http://scholar.google.com/scholar?hl=en&lr=&q=cache:Cxd-vFN0xs4J:www.ucalgary.ca/mg/research/media/2002_16.pdf+alternative%2B reimbursement%2Bdrug%2Bmodel)



## Le Réseau canadien pour les essais VIH s'attaque à la co-infection VIH/VHC

par Jennifer Chung, coordonnatrice de l'information et des communications, Réseau canadien pour les essais VIH

À mesure que les problèmes de foie deviennent une des principales complications de l'infection au VIH, les chercheurs du Réseau canadien pour les essais VIH (CTN) lancent des études novatrices qui aideront à améliorer la vie des personnes co-infectées par le VIH et l'hépatite C (VHC). Qu'il s'agisse de l'accès à la transplantation, de la mise au point de nouveaux traitements contre les effets secondaires des médicaments anti-VHC ou de l'exploration des facteurs sous-jacents aux maladies hépatiques, les chercheurs du CTN de partout au pays travaillent fort pour améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement de ce problème.

### VERS UN ACCÈS ÉQUITABLE À LA TRANSPLANTATION

Les Canadiens et Canadiennes vivant avec le VIH font face à nombre d'obstacles lorsqu'il s'agit d'accéder à une transplantation du foie. Pour changer cette situation, le Dr Curtis Cooper, un chercheur de l'Université d'Ottawa affilié au CTN, a réalisé une enquête auprès des sites d'essais cliniques du CTN partout au Canada entre août et novembre 2005. Cette enquête visait à établir une perspective nationale sur les besoins des patients et les obstacles qui se dressaient entre eux et cette intervention essentielle.

Selon les résultats de l'enquête, entre 20 % et 30 % des 12 400 personnes vivant avec le VIH/sida suivies dans ces sites étaient co-infectées par l'hépatite C ou l'hépatite B. Parmi les obstacles à la transplantation, mentionnons le nombre d'organes disponibles, le risque de ré-infection par le VHC, la résistance des équipes

chirurgicales à effectuer l'opération de peur de se faire infecter par le VIH, des préoccupations relatives aux taux de réussite et des problèmes liés au financement.

« Nous devons trouver un moyen d'augmenter le nombre d'organes disponibles et de mieux gérer l'hépatite C après la transplantation, dit le Dr Cooper. Nous devons également faire comprendre à nos collègues chirurgiens que désormais la plupart des patients séropositifs qui cherchent à obtenir une greffe suivent une thérapie antirétrovirale et ont une charge virale indétectable, donc le risque de transmission du VIH durant la chirurgie est très faible. »

À l'heure actuelle, le Dr Cooper siège à un comité ministériel provincial qui est chargé d'examiner les façons dont on pourrait faciliter l'accès des personnes vivant avec le VIH/sida à la transplantation d'organes. Il travaille également de concert avec les centres de transplantation de l'Ontario dans le but d'identifier des patients qui seraient de bons candidats à l'opération et de leur assurer une évaluation juste.

« Nous savons que la transplantation est efficace chez la plupart des personnes vivant avec le VIH, et il est important que nos patients aient le même accès à cette opération que tout le monde, explique le Dr Cooper. Le faible nombre d'organes est l'obstacle le plus important, donc il faut mettre l'accent sur l'augmentation de l'approvisionnement en général pour que tout le monde, y compris les personnes ayant le VIH, puissent en bénéficier. »

### LES EFFETS SECONDAIRES DE LA CO-INFECTION DANS LE COLLIMATEUR

Pour les personnes subissant des traitements contre le VIH et le VHC, l'anxiété et la dépression peuvent être des effets secondaires dévastateurs, mais cette situation pourrait changer dans un proche avenir. Grâce aux recherches novatrices réalisées par la Dre Marina Klein de l'Institut thoracique de Montréal et affiliée du CTN, le traitement de la co-infection est en train de se transformer.



L'étude sur le peg-interféron et le citalopram pour la co-infection (PICCO, CTN 194) visera à déterminer si la prévention de la dépression peut améliorer l'observance thérapeutique des patients recevant un traitement contre le VHC. À l'heure actuelle, le traitement le plus utilisé contre la co-infection VIH/VHC repose sur une combinaison d'interféron pegylé et de ribavirine. Toutefois, on a déjà révélé que cette combinaison de traitements nuisait à la santé mentale des patients, compromettant ainsi l'efficacité de leur traitement anti-VHC. L'essai PICCO ajoutera l'anti-dépresseur citalopram au traitement standard.

Le recrutement pour cet essai clinique ciblera d'abord les personnes co-infectées par le VIH et le VHC qui s'apprentent à amorcer un traitement anti-VHC pour la première fois. Les chercheurs évalueront les effets du citalopram avant d'amorcer le traitement anti-VHC et de nouveau pendant ce dernier. Environ 80 participants dans des sites partout au pays seront répartis au hasard pour recevoir soit le citalopram soit un placebo. Les chercheurs compareront l'observance au traitement anti-VHC et les symptômes dépressifs des deux groupes.

Selon la Dre Klein, le recours à la télémédecine pour évaluer l'état de santé mentale des participants rend cette étude particulièrement novatrice ; les participants rempliront des questionnaires et participeront à des vidéoconférences en compagnie d'une infirmière psychiatrique.

L'essai PICCO recrutera des participants pour des sites à Ottawa, Hamilton, Toronto, Vancouver, Winnipeg, Sherbrooke et Montréal. Les chercheurs ont hâte de voir cet essai commencer partout au pays, particulièrement dans les provinces comme la Colombie-Britannique, qui affiche le taux de co-infection le plus élevé du Canada. « La population que nous évaluons et soignons pourrait vraiment bénéficier de ce genre d'étude », déclare la Dre Marianne Harris, directrice régionale du Pacifique du CTN et chercheuse clinicienne au Centre d'excellence sur le VIH-sida de la Colombie-Britannique à Vancouver. « De nouvelles approches thérapeutiques contre l'hépatite C qui tiennent compte de la santé mentale pourraient grandement améliorer l'état de santé général de nos patients co-infectés. »

### À LA RECHERCHE DE SOLUTIONS À LONG TERME

L'insuffisance hépatique progresse plus rapidement chez les personnes ayant le VIH malgré le recours à une multithérapie antirétrovirale. Pour découvrir les sources de ce problème complexe, la Dre Marina Klein dirigera une étude de plus longue durée pour examiner l'effet de la multithérapie sur la

progression de l'insuffisance hépatique dans le contexte de la co-infection VIH/VHC (CTN 222).

Cette nouvelle étude observationnelle suivra 950 participants sur une période de cinq ans. Le recrutement est déjà en cours pour des sites en Alberta, en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec. Selon la Dre Klein, une telle durée et une cohorte de participants aussi importante permettront aux chercheurs de formuler de meilleures recommandations sur le traitement du VHC et de développer des services de santé qui répondront aux besoins particuliers des personnes co-infectées.

« Les traitements dont nous disposons actuellement pour l'hépatite C sont plutôt limités à cause de leur toxicité et de leur degré d'efficacité, explique la Dre Klein. Le grand nombre de participants inscrits à cette étude pourrait nous aider à déterminer quels patients il faudrait cibler pour un traitement précoce contre l'hépatite C afin de prévenir l'insuffisance hépatique. »

Même si l'insuffisance hépatique est partiellement attribuable à la dysfonction immunitaire causée par le VIH, il n'est pas clair pourquoi, contrairement aux autres infections opportunistes, elle ne s'améliore pas sous l'effet d'une multithérapie. La Dre Klein affirme que cette étude fournira des données essentielles aux chercheurs en ce qui a trait à la fréquence de l'insuffisance hépatique et ce, en fonction du type et de la durée du traitement antirétroviral. Son équipe étudiera également le rôle d'autres facteurs qui pourraient contribuer à l'insuffisance hépatique, tels que la consommation d'alcool et de drogues et les toxicités chroniques associées à la multithérapie antirétrovirale.

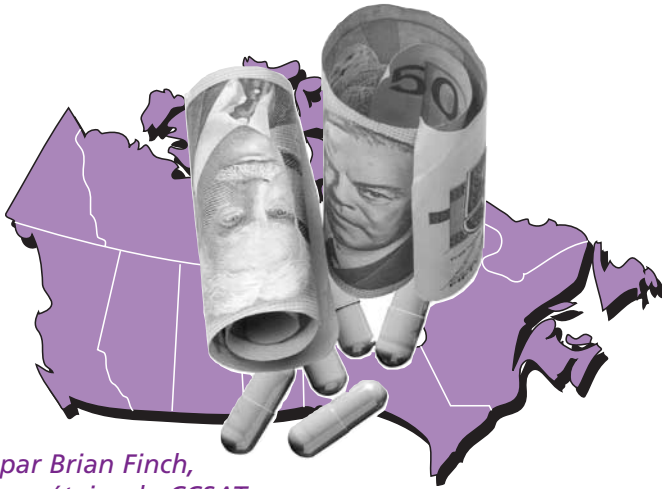
Les responsables de cette étude chercheront à recruter des personnes qui ont recours aux cliniques spécialisées et aux programmes d'assistance communautaire, ainsi qu'à d'autres services. De plus, ils viseront à y inscrire des personnes à risque, notamment les utilisateurs et ex-utilisateurs de drogues, les femmes, les Autochtones et les hémophiles, afin de refléter le caractère démographique de l'épidémie au Canada.

La réponse des participants à cette étude a été très positive car ils ont l'impression de contribuer à un projet qui fera avancer les connaissances sur la co-infection VIH/VHC.

« Les personnes co-infectées s'inquiètent beaucoup de l'insuffisance hépatique. Elles ont vu des amis emportés par cette maladie, donc elles cherchent des réponses quant aux moyens de la traiter, déclare la Dre Klein. Ce genre de travail peut nous aider à avancer sur le plan de l'accès et de l'efficacité du traitement. »■

Pour obtenir plus d'information sur ces essais et les autres études du CTN, veuillez visiter notre site Web bilingue à [www.hivnet.ubc.ca](http://www.hivnet.ubc.ca), ou composez le 1-800-661-4664.

# Initiatives fédérales, provinciales et territoriales



par Brian Finch,  
secrétaire du CCSAT

## L'ÉVALUATION COMMUNE DES MÉDICAMENTS

**A**vant mars 2002, le régime d'assurance médicaments de chaque province et territoire et celui du gouvernement fédéral disposait de son propre processus de prise de décisions en vertu duquel il approuvait ou non le remboursement des médicaments.

Afin d'harmoniser ces processus, le Programme commun d'évaluation des médicaments a été créé en 2002 sous l'égide de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), autrefois appelée Office canadien de coordination et d'évaluation des technologies de la santé (OCCETS). Théoriquement, le PCEM est un organisme central chargé d'examiner les preuves

cliniques et les données se rapportant à la rentabilité des médicaments nouveaux et existants. Son mandat consiste à formuler des recommandations concernant l'inclusion de ces derniers sur les listes de médicaments remboursables des différents régimes d'assurance médicaments publics participants.

## À SAVOIR . . .

L'Ontario a décidé de contourner le PCEM et d'examiner les médicaments novateurs tout seul. Les provinces de l'Atlantique disposent de leur propre programme commun d'évaluation des médicaments, et le Québec a refusé d'y participer.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont engagés à partager les coûts de ce processus. Toutes les provinces sauf le Québec participent au PCEM. Ce dernier a commencé à évaluer des dossiers en septembre 2003.

À l'heure actuelle, les compagnies pharmaceutiques, les régimes d'assurance médicaments ou le Comité consultatif pharmaceutique (organisme qui conseille l'ACMTS, le PCEM et le Programme d'évaluation des technologies de la santé en matière de produits pharmaceutiques) remettent une soumission de drogue nouvelle au PCEM dès que la commercialisation de cette dernière a été approuvée par Santé Canada.

Une fois reçu, le dossier est transmis au Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM) qui prend en considération les commentaires du PCEM et, éventuellement, d'autres experts externes. Une recommandation est ensuite adressée au PCEM qui se charge de la communiquer aux régimes d'assurance médicaments publics. Ces derniers tiennent compte des recommandations lorsqu'ils décident de l'inclusion ou non d'un médicament sur la liste de médicaments de leur région de compétence respective. Le PCEM met généralement entre 19 et 25 semaines à formuler ses recommandations.

## PRÉOCCUPATIONS

Le PCEM représente un niveau de bureaucratie additionnel et ne fait que répéter et ralentir les processus par lesquels les provinces et les territoires prennent leurs décisions relatives au remboursement des médicaments. Le PCEM rejette plus souvent qu'il n'accepte les médicaments novateurs en se fondant sur des analyses pharmacoéconomiques très étroites. Contrairement à ce que prétend le PCEM, la participation du public est minime et le processus demeure opaque malgré l'ajout de deux sièges de « représentants des patients » parce que ces derniers ne sont pas tenus de répondre formellement de leurs activités devant l'ensemble des groupes de patients.

## STRATÉGIE NATIONALE RELATIVE AUX PRODUITS PHARMACEUTIQUES

En septembre 2004, alors que les premiers ministres se réunissaient pour discuter de la réforme du système de santé, une autre initiative fédérales, provinciales et territoriales a vu naître le Groupe de travail ministériel (coprésidé par Santé Canada et le ministre des Services de santé de la Colombie-Britannique). Ce dernier a été chargé d'élaborer et de mettre en œuvre une



Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques (SNPP) dont le premier rapport d'étape a paru en 2006.

Les auteurs de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques ont établi neuf priorités d'action :

- Formuler des options de couverture des médicaments onéreux au Canada ;
- Créer la Liste nationale commune des médicaments admissibles fondée sur l'innocuité et la rentabilité ;
- Accélérer l'accès à des médicaments de pointe pour répondre à des besoins demeurés insatisfaits en améliorant le processus d'approbation des médicaments ;
- Renforcer l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments déjà sur le marché ;
- Appliquer des stratégies d'achat visant à obtenir les meilleurs prix pour les médicaments et les vaccins destinés aux Canadiens et aux Canadiennes ;
- Intensifier l'intervention pour influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé de sorte que les médicaments soient utilisés uniquement lorsque le besoin est réel et que le médicament convient bien au problème ;
- Élargir la prescription électronique en accélérant l'élaboration et le lancement des télédossiers de santé ;
- Accélérer l'accès à des médicaments non brevetés et viser la parité internationale des prix des médicaments non brevetés ;
- Améliorer l'analyse des générateurs de coûts et de la rentabilité, y compris les pratiques exemplaires incluses dans les politiques des régimes d'assurance médicaments.

Les gouvernements fédérales, provinciales et territoriales ont ensuite établi cinq champs d'intervention prioritaires dans le but de faire avancer les neuf actions énumérées ci-dessus :

1. Innocuité et efficacité des médicaments dans le « monde réel » ;
2. Médicaments onéreux pour maladies rares (médicaments orphelins) ;
3. Prix et achat des médicaments ;
4. Couverture des médicaments onéreux ;
5. Liste commune de médicaments admissibles.

## PRÉOCCUPATIONS

La SNPP telle qu'elle existe aujourd'hui est fondée sur le PCEM et les recommandations formulées par ce dernier quant à la création d'une liste de médicaments nationale. Cette initiative est très problématique. Aucun accord sur le seuil de remboursement n'a été atteint. Autrement dit, quelle franchise faudrait-il exiger en fonction de la capacité de payer du patient ? Jusqu'à présent, les

seuils proposés sont trop élevés et le processus de consultation inexistant. De plus, de graves inquiétudes ont été soulevées en ce qui a trait à la reddition de comptes. Des réunions ont été organisées l'année dernière avec les groupes de patients, mais on ne pourrait qualifier ces dernières de « consultations » car les présentateurs se sont essentiellement contentés de dicter aux groupes comment les choses allaient se passer. Plusieurs craignent sérieusement que cette initiative ne nuise aux personnes dont les besoins sont les plus importants, contrairement au système de financement des médicaments actuel du Canada. ■

## À SAVOIR . . .

Lorsque le premier rapport d'étape de la SNPP a été publié à l'été 2006, les premiers ministres des provinces atlantiques, où la couverture des médicaments est la plus restreinte au Canada, ont été les seuls à exprimer publiquement leur appui à la stratégie.

## Ça ressemble à quoi un système de surveillance post-approbation dynamic ?

*suite de la page 3*

liste de médicaments remboursables, mais il n'existe actuellement aucune possibilité de remise en question des décisions lorsque le médicament se trouve sur le marché depuis une certaine période de temps. Un SSPA dynamique permettrait de recueillir beaucoup de données qui influeraient sur la décision initiale du PCEM.

Si l'intention du Cadre d'homologation progressive des médicaments consiste à favoriser la transparence, la flexibilité et la sécurité au sein du système, il s'ensuit que l'incorporation des données collectées auprès des consommateurs « sentinelles » devraient faire partie de la planification. Lors d'une récente consultation avec Santé Canada au sujet du cadre d'homologation, les représentants du CCSAT ont souligné le besoin de collaboration entre le DPT (Direction des produits thérapeutiques — agence qui approuve les médicaments au Canada) et la DPSC (Direction des produits de santé commercialisés — responsable de la surveillance post-approbation) afin d'assurer l'amélioration du système actuel.

Examinons quelques exemples. L'un des plus connus est l'histoire concernant l'innocuité de Vioxx®. Ce dernier a été approuvé par la DPT et son remboursement a été recommandé par le PCEM avant que les études aient révélé que le médicament pouvait déclencher une crise cardiaque ou un AVC chez certaines populations à risque. Si la collecte de données se poursuivait, le

*suite à la page 11*

## RAPPORT DE LA PRÉSIDENTE

ÉTÉ 2007

par Louise Binder



### CHERS LECTEURS, CHÈRES LECTRICES,

Depuis le temps que je défends les droits de notre communauté, l'intégrité et le professionnalisme m'ont toujours motivée dans l'accomplissement de mon travail. L'enjeu est toujours demeuré le plus important — l'enjeu qui consiste à mettre des médicaments sûrs et efficaces dans les mains des patients. Un point c'est tout. Seuls les faits et les chiffres qui soutiennent nos arguments comptent. Si cela ne nous permet pas de gagner la bataille, la bataille ne mérite pas d'être gagnée.

Voilà l'approche que j'ai adoptée pour revendiquer la réforme du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM), le processus d'examen fédéral/provincial/territorial qui fait des recommandations aux provinces concernant le remboursement public des médicaments. C'est aussi l'approche que j'ai adoptée récemment lorsque j'ai présenté devant le Comité permanent de la santé un mémoire sur l'inefficacité et le manque de transparence du PCEM. Et, qu'ai-je reçu pour ma peine ? Des contre-arguments logiques remettant en cause l'exactitude des mes faits et de mes chiffres ? Non. J'ai été écartée du revers de la main par un membre du comité qui m'a accusée d'être « hors de propos » parce que, selon lui, mes arguments auraient pour effet de faciliter les tentatives des compagnies pharmaceutiques de faire couvrir leurs produits par les régimes d'assurance médicaments publics.

Bon, la question n'est pas compliquée. Nous savons que le PCEM constitue actuellement un obstacle à l'obtention des médicaments. Si cet obstacle était éliminé, les compagnies pharmaceutiques seraient évidemment en mesure de vendre leurs produits. Mais ce n'est pas nous qui avons créé ainsi le système. Nous essayons

simplement de vivre avec (on l'espère). Le véritable enjeu consiste à savoir si les arguments que nous avançons pour souligner les problèmes systémiques sont bien fondés et si ces derniers empêchent les malades de se procurer les médicaments dont ils ont besoin.

Mon travail consiste également à argumenter contre le prix élevé des médicaments, la publicité directe aux consommateurs et les pharmacies transfrontalières par Internet. Je revendique l'établissement de programmes d'accès compassionnel et élargi pour les médicaments en essais cliniques et réclame la poursuite de ces programmes tant et aussi longtemps qu'ils sont nécessaires. Je plaide en faveur de la surveillance post-approbation des médicaments, d'essais cliniques sécuritaires et d'examen minutieux des médicaments destinés au marché. Je crois que chacun de ces points peut constituer une barrière à l'accès aux médicaments. Chacun a un effet positif et négatif sur les différents acteurs faisant partie du processus d'approvisionnement des médicaments. Soit.

Il va sans dire que mon « je » ne s'applique pas à moi personnellement. Il s'agit de n'importe quel représentant du CCSAT qui agit au nom de notre communauté et des personnes ayant besoin de médicaments.

Alors, voici ce que j'ai à dire aux politiciens qui essaient de me clouer le bec par des insultes. Vous ne me faites pas peur et vous ne m'embarrassez pas. C'est vous qui devriez avoir honte. Ce n'est pas à vous que je dois répondre de mes actes et je me moque de ce que vous pensez de moi. Tout ce qui compte pour moi est ma communauté — les personnes vivant avec le VIH et le sida — et leurs besoins. Je continuerai à livrer une bataille juste contre vous en me fondant sur les mérites de mes arguments... n'importe où et n'importe quand. Et que le meilleur argument gagne.

Bien à vous,

Louise Binder, militante de la communauté VIH

## Ça ressemble à quoi un système de surveillance post-approbation dynamic ?

suite de la page 9

médicament pourrait être jugé suffisamment sûr pour être utilisé par certaines populations moyennant un suivi médical étroit ou bien il serait retiré définitivement du marché. À l'heure actuelle, les responsables du système sont dans l'impossibilité de prendre une décision éclairée. Le CCSAT appuie le Cadre d'homologation progressive des médicaments parce qu'il a pour objectif d'améliorer le contexte post-commercialisation.

Regardons un autre exemple. Il s'agit de la décision du PCEM de ne pas recommander le remboursement de Hepsera® (adéfovir dipivoxil), un traitement contre l'hépatite B. Le PCEM a fondé sa décision sur le fait que Hepsera coûte plus cher que les médicaments semblables de sa classe qui se trouvent sur le marché depuis longtemps. Cette décision pourrait sembler raisonnable, mais que doivent faire les patients qui présentent une résistance aux vieux médicaments ? Dans un autre scénario, des données négatives pourraient mener au retrait d'un médicament ou à l'établissement de nouvelles conditions à sa prescription. Ou encore, des données à long terme pourraient révéler des problèmes d'innocuité (ou d'efficacité) qui ne se manifestent pas durant les premières années d'utilisation du médicament. Par contre, il se pourrait que des avantages qu'on ignorait auparavant deviennent apparents au fil du temps : un moindre besoin de médicaments concomitants pour combattre les effets secondaires ou une amélioration globale de la qualité de vie, par exemple.

Le CCSAT continuera de participer aux consultations avec Santé Canada dans le but d'améliorer et d'assurer le dynamisme du système, particulièrement dans le contexte post-commercialisation. Nous continuerons d'insister sur le rôle que doivent jouer les consommateurs au sein du système tout en revendiquant l'octroi de ressources suffisantes à Santé Canada pour qu'il puisse faire son travail de façon efficace. ■

**L'Assemblée générale annuelle du CCSAT et la journée de perfectionnement des compétences** auront lieu le **samedi 13 et dimanche 14 octobre 2007** à Toronto (Ontario). Vous êtes tous invités à participer. Pour en savoir plus, consultez le site **[www.ccsat.ca](http://www.ccsat.ca)**

## CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS ÉTÉ/AUTOMNE 2007

### ► AOÛT

**Assemblée générale annuelle de BCPWA . . . . . 18**  
Vancouver, Colombie-Britannique  
Renseignements : tél. : (604) 893-2200  
sans frais : 1 800 994-2437  
courriel : [info@bcpwa.org](mailto:info@bcpwa.org)  
[www.bcpwa.org/evagm.php](http://www.bcpwa.org/evagm.php)

### ► SEPTEMBRE

**Conférence interscience sur les agents . . . . . 17-20**  
**antimicrobiens et la chimiothérapie**  
Chicago, Illinois  
[www.icaac.org](http://www.icaac.org)

**Réseau Canadien Autochtone du SIDA . . . . . 17-20**  
**9<sup>e</sup> Assemblée générale annuelle et Forum de**  
**mise en valeur des compétences**  
**1<sup>er</sup> Forum annuel sur les politiques autochtones**  
sur le VIH/sida  
Montréal, Québec  
[www.caan.ca/french/agm.htm](http://www.caan.ca/french/agm.htm)

**La coalition VIH-sida d'Ottawa et . . . . . 18**  
**le Comité d'éducation sur le VIH présente :**  
**Faite entendre votre voix**  
Ottawa, Ontario  
Renseignements : Michelle Ball au  
tél. : (613) 238-5014 x235 ou  
courriel : [connect@aco-cso.ca](mailto:connect@aco-cso.ca)

### ► OCTOBRE

**Assemblée générale annuelle . . . . . 13-14**  
**du Conseil canadien de surveillance**  
**et d'accès aux traitements**  
Toronto, Ontario  
Renseignements : Tél. : (416) 410-6538  
courriel : [ctac@ctac.ca](mailto:ctac@ctac.ca)  
[www.ctac.ca/fr/action/agm](http://www.ctac.ca/fr/action/agm)

**Assemblée générale annuelle et . . . . . 13-14**  
**la conférence éducative du Réseau**  
**canadien d'info-traitement Sida (CATIE)**  
Toronto, Ontario  
Renseignements : Lara Barker au  
sans frais : 1-800-263-1638 ou  
courriel : [lbarker@catie.ca](mailto:lbarker@catie.ca)

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

- PRÉSIDENTE **Louise Binder**
  - VICE-PRÉSIDENT **Ron Rosenes**
  - TRÉSORIER **Patrick Cupido**
  - SECRÉTAIRE **Brian Finch**
- Ken Clement**  
**Jennifer Furtney**  
**Marco Gomes**  
**Richard Neron**  
**Colleen Price**

## MEMBRES DU CONSEIL

**Mark Randall** Alberta • **Sam Friedman** Colombie-Britannique • **Lynn Thompson** Manitoba • **Myles Legacy** Nouveau-Brunswick • **John Baker** Terre-Neuve & Labrador • **Mike Sangster** Nouvelle-Écosse • **Harlon Davey** Ontario • **Troy Perrot** Île-du-Prince-Édouard • **José Sousa** Québec • **Mark Ries** Saskatchewan • **Ron Rosenes** Le groupe d'action-sida ! (AAN!) • **Ken Buchanan** British Columbia Persons With AIDS Society (BCPWA) • **Patrick Cupido** Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE) • **James Kreppner** Société canadienne de l'hémophilie (CHS) • **Richard Elliott** Réseau juridique canadien VIH/SIDA • **Ken Monteith** Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida) • **Bruno Lemay** Comité des personnes atteintes du VIH du Québec (CPAVIH) • **Louise Binder** Toronto People with AIDS Foundation (TPWAF) • **Marco Gomes** Représentant national des jeunes • **Sandy Lambert** Représentant des Autochtones • **Jeanne Nzeyimana** Représentante des communautés noires, africaines et caribéennes • **Karen Dennis** Représentante des personnes qui utilisent/ont utilisés des drogues

## BAILLEURS DE FONDS 2006/07

Agence de santé publique du Canada (ASPC)

Abbott Laboratories Limited • Bristol-Myers Squibb Pharmaceutical Group • Boehringer Ingelheim Canada Inc. • Gilead Sciences • GlaxoSmithKline en partenariat avec Shire BioChem • Hoffmann-La Roche • Merck Frosst Canada Ltd. • Pfizer Canada • Sanofi-Anvantis • Schering Canada • Tibotec, une division de Janssen-Ortho Inc.

Ward Health Strategies

## LES DÉCLARATIONS DE PRINCIPES DU CCSAT

### Déclarations de principes

- 2007 – « Les médicaments génériques au Canada : un document de politique ». Auteurs : CCSAT & Ward Health Strategies.
- 2006 – « Rapidité et transparence : Examen du processus d'évaluation des médicaments contre le VIH ». Révisé en avril 2006. Auteur : David Garmaise.
- 2004 – « Plan de route pour affronter l'épidémie de la co-infection VIH- hépatite C au Canada ». Auteur : Paula Braitstein
- 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 appropriée du prix des médicaments d'origine contre le VIH-sida au Canada ». Auteur : Glen Brown.
- 2000 – « Déclaration de principes sur la publicité destinée directement aux consommateurs en matière de médicaments de prescription ». Auteur : Philip Lundrigan.

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

## ADHÉSION

Les formulaires d'adhésion sont disponibles auprès du bureau du CCSAT et sur son site internet : [www.ctac.ca/fr/membership](http://www.ctac.ca/fr/membership).

### L'adhésion à part entière est réservée aux :

- Personnes vivant avec le VIH-sida
- Groupes, organisations ou projets ayant un mandat VIH-sida d'importance

### L'adhésion associée est ouverte à :

- Toute personne physique ou tout groupe, organisation ou projet qui appuie le mandat et les objectifs du CCSAT

## COMMUNIQUEZ AVEC NOUS

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

C.P. 203

555 Richmond ouest, Bureau 1109B  
 Toronto, ON M5V 3B1

Téléphone et

Télécopieur : (416) 410-6538

Courriel : [ccsat@ccsat.ca](mailto:ccsat@ccsat.ca)

Site Web : [www.ccsat.ca](http://www.ccsat.ca)

## Mandat de CCSAT

*Assurer l'accès des personnes vivant avec le VIH-sida aux thérapies et aux traitements en travaillant avec les secteurs public et privé et les organismes à but non lucratif.*

### Le CCSAT...

- Influence la recherche et les politiques gouvernementales et sensibilise le public ;
- Fournit aux personnes vivant avec le VIH-sida des occasions de mentorat et de perfectionnement des compétences dans les domaines ci-dessus ;
- Encourage et facilite l'échange d'informations pertinentes entre les personnes concernées ;
- Bâtit et collabore avec des coalitions pour aborder l'ensemble des enjeux liés aux soins et à la santé qui ont un impact sur l'accès aux thérapies et aux traitements.

[www.ctac.ca/fr/resources/position\\_papers](http://www.ctac.ca/fr/resources/position_papers) ou contactez le bureau pour obtenir une copie papier (voyez ci-dessous).

## RÉDACTION

### Ce bulletin est une publication trimestrielle.

**Comité de rédaction :** Ken Monteith / Ron Rosenes / Marco Gomes

**Comité éditorial :** Béatrice Cardin / Lurette Lévy / Leah Stephenson / Eileen Wenekers / Theresa Wojtasiewicz / Sonika Lal

**Coordination éditoriale :** Béatrice Cardin

**Traduit de l'anglais et du français** par Alain Boutillier

**Imprimé par** The Printing House

**Site Web** [www.ctac.ca/fr/newsletter](http://www.ctac.ca/fr/newsletter)

**Permission de reproduire :** Ce bulletin peut être reproduit à des fins personnelles. Toutefois, ce contenu ne doit pas être modifié et toute réimpression doit s'accompagner du texte suivant : « Renseignements tirés du Volume 9 numéro 3 (été 2007) 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 ni de ses bailleurs de fonds. Le CCSAT ne prétend recommander ni appuyer aucun des traitements ou thérapies décrits dans ses publications.