

CONSEIL CANADIEN DE SURVEILLANCE ET D'ACCÈS AUX TRAITEMENTS



Conseil canadien de surveillance
et d'accès aux traitements

DANS CE NUMÉRO

AUTOMNE 2006
VOLUME 8
NUMÉRO 4

XVI^e Congrès international sur
le SIDA – Action Taies d'oreiller 1

Les paradigmes de prévention :
l'alphabet s'allonge. 2

Mise à jour sur les questions
relatives aux femmes :
les femmes et les filles se font
enfin entendre. 4

Le remboursement des
médicaments : le Québec 6

Deux études sur la lipoatrophie
présentées à la conférence annuelle
de l'Association canadienne de
recherche sur le VIH. 8

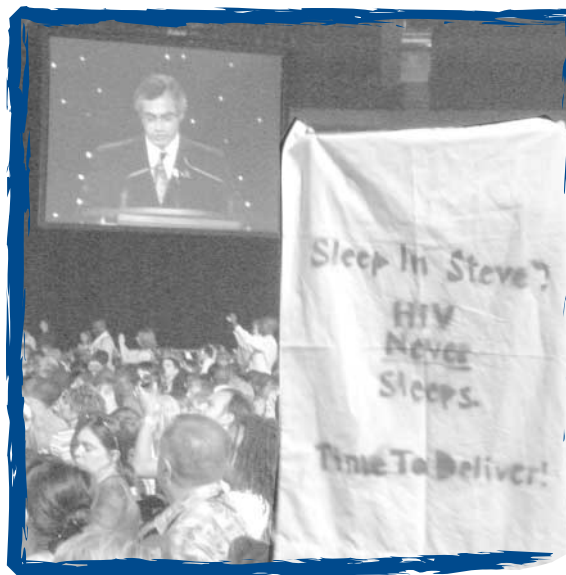
Réflexions sur le XVI^e Congrès
International sur le SIDA 10

Calendrier des événements 11

Rapport de la présidente 11

Membres du conseil 12

XVI^e Congrès international sur le SIDA



Action Taies d'oreiller

par Brian Finch,
Conseil d'administration
du CCSAT

LE PREMIER MINISTRE STEPHEN HARPER n'a pas trouvé nécessaire d'assister à la cérémonie d'ouverture du XVI^e Congrès international sur le SIDA à Toronto. Le CCSAT a donc décidé qu'il était important d'envoyer un message au Canada et au monde entier pour dénoncer son absence inacceptable.

Une semaine avant la conférence, Louise Binder et Brian Finch se sont mis à collecter un millier de taies d'oreiller blanches. Avec l'aide de la coopérative de Brian Finch, membre du conseil d'administration du CCSAT, d'amis et de voisins nous avons réussi à imprimer des messages sur 1000 taies et à les distribuer à temps pour la « Marche pour l'accès aux traitements » qui avait lieu le lendemain. Des bénévoles ont écrit « *Sleep in Steve? HIV Never Sleeps, Time To Deliver,* » et « *Renew Canada's Only Safe Injection Site* »¹ (« Grasse matinée Steve ? Le VIH ne dort jamais. Il est temps d'agir » et « Renouvelez l'unique site d'injection sécuritaire au Canada »). Les autres taies d'oreiller ont été distribuées à la foule au Centre Rogers. Nous les avons brandies très haut pour que tout le monde puisse les voir durant le discours d'ouverture de Tony Clement, ministre de la Santé du Canada.

Ce qui m'a émerveillé dans cette expérience est le fait que des voisins avec qui je n'avais jamais parlé auparavant nous ont prêté main forte pour contribuer au succès de cette action populaire.

Félicitations à tous pour un travail bien fait et pour avoir envoyé un message important à notre premier ministre : Le VIH doit rester sur votre agenda !

¹ (une correction—il y a plus d'un site d'injection sécuritaire au Canada)

Les paradigmes de prévention : l'alphabet s'allonge

L'accès aux dernières technologies de prévention

par Ron Rosenes,
vice-président du CCSAT

Malgré mon emploi du temps chargé en tant que membre du comité organisateur du XVI^e Congrès international sur le SIDA, je me suis débrouillé pour assister à la session plénière sur la prévention. Je ne sais si c'était attribuable au 25^e anniversaire de la découverte du VIH ou à l'article de journal mentionnant mon unique suppression delta 32 qui, semblerait-il, me protège contre les ravages du VIH depuis 25 ans, mais je me suis fait poser plein de questions sur mon statut de « mutant génétique » et de « témoin » de l'histoire de la pandémie.

Ayant vécu 25 ans avec ce virus et bénéficiant toujours d'une quadrithérapie efficace que je prends maintenant une seule fois par jour, j'ai été frappé de constater que la vaste majorité des gens sur la planète se trouvent exactement dans la même situation que moi il y a un quart de siècle—c'est-à-dire sans accès aux outils de prévention, sans mentionner l'accès aux soins, aux traitements et au soutien. Dans le contexte mondial, la plupart des personnes à risque se posent la même question : à quoi bon me faire tester si je n'ai aucun espoir de me faire traiter ? Nous l'avions entendu récemment, lors d'autres conférences, mais ce message n'avait jamais été clamé aussi haut et aussi fort qu'à Toronto, les chercheurs et les militants ayant réitéré en chœur

que la prévention et le traitement étaient inextricablement liés. L'un ne sert à rien sans l'autre.

Le mandat du CCSAT consiste à améliorer l'accès aux technologies du traitement. Mais il est temps d'étendre la portée de nos efforts pour inclure la promotion de l'accès aux méthodes préventives de pointe, tant en ce qui a trait à la prévention primaire que secondaire.

La seule technologie est inutile si l'on ne comprend pas le contexte social, culturel, économique et politique dans lequel s'épanouit le VIH. Lors de son discours intitulé « Canevas conceptuels et paradigmes de prévention du VIH-sida », Christina Pimenta, directrice générale de l'Association brésilienne interdisciplinaire contre le sida, a souligné plusieurs points importants.

D'abord, il semble que nous assistions à une espèce de régression parce que les programmes de prévention du VIH n'arrivent pas à rejoindre les populations les plus vulnérables. Un rapport mondial indique que seulement 9 % des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes bénéficient d'un service de prévention de quelque genre que ce soit. Et moins de 20 % des utilisateurs de drogues injectables bénéficient de services visant la prévention du VIH. Seulement 9 % des femmes enceintes ont accès à des services visant la prévention de la transmission mère-enfant, et moins de 50 % des jeunes de la planète possèdent des connaissances significatives en matière de VIH-sida. Pour mieux réussir, il nous faudra une réponse collective et multisectorielle qui protège les personnes vivant avec le VIH-sida contre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, l'ethnie, le sexe, l'âge ou l'utilisation de drogues, ainsi que des approches qui luttent contre la violence faite aux femmes, aux enfants, aux homosexuels, aux personnes transgenres et aux travailleurs et travailleuses du sexe.

Ensuite, les interventions biomédicales sont inconcevables dans un vide social et politique. Les recherches visant la mise au point de vaccins préventifs et d'autres technologies nouvelles doivent se faire avec la contribution de la société civile et celle des populations les plus touchées et ce, dans un cadre axé sur le respect des droits humains. De dire la D^{re} Pimenta : « Nous devons affronter l'inégalité et l'oppression sociale et viser le plein épanouissement de l'être humain. »

Ce discours a ouvert la voie à Gita Ramjee, directrice du Programme phare contre le VIH-sida du Conseil de recherche médicale d'Afrique du Sud, qui a énuméré les progrès réalisés sur le plan des technologies de prévention. À la liste de l'approche ABC (Abstinence, Be faithful [soyez fidèle], Condom) en matière de prévention, elle ajoute quelques lettres :

suite à la page suivante

A

B

C

:

Les paradigmes de prévention : l'alphabet s'allonge

suite de la page 2

C POUR LA CIRCONCISION

Les données biologiques indiquent que les hommes circoncis courent un moindre risque de transmettre et de contracter le VIH. Une méta-analyse a révélé que la prévalence du VIH est plus faible dans les pays où la circoncision est pratiquée systématiquement, mais nous attendons encore les résultats d'essais cliniques pour confirmer ce résultat. Si les résultats de ces essais viennent prouver cette hypothèse, il restera des défis à relever en matière d'éthique et de sécurité avant que l'on puisse transformer ces recherches sur la circoncision en action de santé publique.

D POUR LE DIAPHRAGME

La barrière cervicale, ou diaphragme, est une autre méthode contraceptive contrôlée par la femme dont l'innocuité, l'efficacité et l'acceptabilité auprès des utilisatrices ont été prouvées. En théorie—et il faut souligner que ce n'est que théorique en ce moment—il serait possible de réduire le risque d'infection par le VIH en couvrant le col utérin parce que la partie supérieure des voies urinaires pourrait être vulnérable au virus. La Fondation Bill et Melinda Gates et USAIDS financent actuellement un essai clinique de phase III qui compte trois sites africains à Durban, à Johannesburg et à Harare.

E POUR L'EXPOSITION (PROPHYLAXIE PRÉ- ET POST-EXPOSITION)

La preuve de ce concept réside dans les recherches sur la transmission du virus responsable du paludisme et celles sur la prévention de la transmission mère-enfant. En tant que personne déjà infectée qui prend ces médicaments, je me demande dans quelle mesure les personnes séronégatives seraient capables de rester fidèles à une thérapie exigeante et difficile. Nous devons également tenir compte des implications pour les options thérapeutiques futures contre les infections par des virus résistants. Et quel est le risque d'abus de la prophylaxie post-exposition chez les personnes qui refusent d'utiliser le condom ?

F POUR FÉMININ (MICROBICIDES CONTRÔLÉS PAR LES FEMMES)

Louise Binder parle des microbicides dans son article, mais j'ajouterai simplement que l'on attend avec beaucoup d'impatience un microbicide rectal, tant pour les femmes que pour les hommes.

G POUR GÉNITAL (CONTRÔLE DES INFECTIONS DES VOIES GÉNITALES)

Nous savons que le dépistage et le traitement des ITS réduisent le risque d'infection par le VIH, tant chez les hommes que chez les femmes.

H POUR LE HSV-2 (TRAITEMENT IMMUNOSUPPRESSEUR CONTRE LE HSV-2)

Plusieurs études ont révélé que la présence du virus de l'herpès simplex (HSV-2) augmente le risque d'infection par le VIH. Même si des questions restent en suspens en ce qui concerne l'observance thérapeutique, le traitement continu versus le traitement épisodique et la possibilité de résistance, il ne fait pas de doute qu'un traitement préventif contre le HSV-2 aurait un impact positif sur la prévention du VIH.

I POUR L'IMMUNITÉ

On estime qu'un vaccin efficace et abordable se fera attendre une dizaine d'années encore.

En tant que militants, nous devons continuer de déployer tous nos efforts pour relever les défis énormes que la stigmatisation et la discrimination dressent sur notre passage. Il n'en demeure pas moins que l'avenir prometteur des technologies de prévention suscite beaucoup d'enthousiasme. ■

•
•
•
C
D
E
F
G
H
I

➤ Visitez la page 10 ➤
pour voir des photos du CCSAT au
XVI^e Congrès international sur le SIDA

MISE À JOUR SUR LES QUESTIONS RELATIVES AUX FEMMES

Les femmes et les filles se font enfin entendre

ou *Les rapports de forces auraient-ils changé un peu ?*

Le XVI^e Congrès international sur le SIDA, qui s'est tenu au mois d'août à Toronto, a été qualifié de « Conférence des femmes » par plusieurs. D'aucuns l'ont affirmé avec fierté, d'autres avec dédain et d'autres encore avec envie. Il va sans dire que j'ai été fière et heureuse de l'entendre nommée ainsi.

Beaucoup de personnes (y compris plusieurs hommes phénoménaux, connus ou pas) ont déployé une énergie incroyable, tant physique qu'émotionnelle, pour s'assurer enfin que les femmes et les filles n'étaient pas reléguées à l'arrière plan lors de cet événement (je pense aux deux sessions que l'on nous consacrait par le passé pour nous apaiser). Nos enjeux se trouvaient au cœur de la conférence, ce qui est normal étant donné que nous représentons 50 % des infections à l'échelle mondiale ; dans certains endroits, ce pourcentage étant bien plus élevé.

Alors, quels enjeux a-t-on discutés à la conférence en ce qui concerne les femmes et les filles ? La prévention a bien sûr fait l'objet de nombreuses discussions : le besoin d'éducation et de méthodes préventives ciblées et adaptées aux particularités culturelles des femmes ; l'accessibilité et l'utilisation du condom, tant masculin que féminin ; la circoncision masculine ; les progrès passionnants de la recherche sur les microbicides.

Nous devons nous assurer que toutes les populations de femmes et de filles soient présentes à la table de discussion et qu'elles disposent d'un droit de veto dans les contextes où les politiques et les programmes sont élaborés. Un accent particulier doit être mis sur les groupes sur-représentés qui font face à une oppression particulièrement dure : les lesbiennes, les détenues, les utilisatrices de drogues, les femmes autochtones, y compris les Métisses, les Premières nations et les Inuites, les personnes transgenres, les transsexuelles, les femmes originaires de pays où le VIH est endémique, y compris les Caraïbes et l'Afrique, les femmes du sud-est asiatique, les femmes vivant dans la pauvreté



par Louise Binder,
présidente du CCSAT

et/ou victimes de violence, les femmes de la rue, les travailleuses du sexe, les réfugiées, les jeunes et les filles.

Heureusement, les délégués qui dénonçaient l'absurdité totale de l'approche de prévention ABC prônée par les États-Unis (abstinence, be faithful [soyez fidèle], condom [si c'est absolument nécessaire]) ont joui d'un soutien retentissant. Cette approche ne pourra jamais répondre aux besoins des femmes qui, très souvent, ne sont pas en mesure de négocier le sécurisexe. Même si, en général, on convenait que le programme de dons international des États-Unis est très généreux, il est handicapé et inefficace sur plusieurs plans à cause des conditions posées à l'octroi des dons, notamment celle de « l'abstinence jusqu'au mariage » qui est au mieux, une philosophie et pratique néo-coloniale.

Pour ceux et celles qui ne connaissent pas les microbicides, il s'agit d'une nouvelle technologie de prévention qui permettra aux femmes, et éventuellement aux hommes aussi, de se prendre en charge sur le plan de la prévention. Les microbicides se vendront sous forme de gels ou de crèmes que les femmes appliqueront avant les relations sexuelles afin de se protéger contre le VIH. Certains microbicides visent à bloquer le VIH tout en permettant la conception, ce qui est important pour beaucoup de femmes que le condom ne peut satisfaire. Si le financement actuel de la recherche était doublé, nous pourrions disposer d'un microbicide qui serait efficace à 60 % d'ici cinq ans. Cela nous permettrait de sauver 2,5 millions de vies sur une période de trois ans. Bien qu'ils ne puissent remplacer le condom, les microbicides seront un outil très important dans l'arsenal anti-VIH.

Malheureusement, on n'a pas assez parlé de la façon dont les grands décideurs prévoient intégrer le VIH dans l'ensemble des programmes liés à la santé des femmes, y compris ceux se

suite à la page suivante

Les femmes et les filles se font enfin entendre

suite de la page 4

rapportant à la santé et aux droits génésiques (reproduction). Les « silos » existent toujours, surtout parce que les bailleurs de fonds exigent que les différents éléments restent séparés. Pourtant, cette approche est non seulement inefficace mais potentiellement mortelle. Souvent, lorsque les femmes ont recours au système de santé, c'est pour une question de santé génésique, donc il faut profiter de cette occasion pour transmettre plus largement des messages sur la santé et les soins prodigués aux femmes, y compris celles vivant avec le VIH.

On a aussi beaucoup discuté des causes sous-jacentes de la prévalence élevée de l'infection au VIH. Souvent qualifiées de déterminants de la santé, ces causes sont les facteurs sociaux qui déterminent si une personne ou un groupe de personnes demeurera en bonne santé. Ils comprennent l'éducation, la formation, l'emploi, le sexe, le soutien social, le logement et l'accès aux soins. Bien qu'elle ne figure pas officiellement sur la liste, plusieurs y ajouteraient la race car il s'agit d'un motif d'oppression sociale dont l'interaction avec les autres éléments de cette liste contribue à exacerber la détérioration de la santé des individus.

Pourquoi ces facteurs ont-ils un impact négatif plus grand sur les femmes que sur les hommes ? Parce qu'ils limitent l'indépendance socioéconomique de celles-là et favorisent des rapports de force inégaux, cause fondamentale de cette épidémie. Les femmes ne contrôlent pas l'argent. Elles doivent se fier aux hommes pour leur fournir nourriture, abri, soins et autres éléments essentiels de la vie. Les femmes disposent donc d'un faible pouvoir de négociation quand il s'agit du sexe, du travail et des pratiques culturelles et religieuses.

Je me suis réjoui de constater le nombre d'orateurs influents qui ont parlé des déterminants de la santé et des enjeux du développement. Pourtant, ils m'ont déçu par leur incapacité de faire le lien entre l'élaboration de politiques sanitaires et la planification des programmes et les déterminants de la santé. À mon avis c'est une grave erreur. À défaut de faire ce lien, nous n'aurons jamais d'impact à long terme sur l'évolution de cette épidémie.

Si une femme ou une fille fait une demande—l'usage du condom, pas d'excision génitale, pas de mariage durant son enfance, pas de prostitution forcée, la poursuite de son éducation—elle risque souvent de devenir victime de cette autre épidémie qui est bien enracinée dans le monde : la violence faite aux femmes. J'ai trouvé décevant que cette question n'ait pas fait l'objet de discussions plus ouvertes ou de propositions de stratégies et de financement.

Les représentants de la communauté VIH-sida ont beaucoup parlé de la violence faite aux femmes, et il existe des programmes incroyables, mais le besoin de faire le pont entre pratiques et politiques dans ce dossier est urgent. Nous devons partout : instaurer et appliquer des lois interdisant les mariages d'enfants ; décriminaliser le commerce sexuel ; mettre fin à des pratiques culturelles comme l'excision génitale féminine ; interdire le viol conjugal par la loi ; protéger les droits des détenues et veiller à ce qu'elles reçoivent des soins de qualité au même titre que la population générale—la liste de revendications est longue mais en y travaillant nous pourrions peu à peu l'écarter jusqu'à ce que, enfin, elle disparaisse.

En ce qui concerne les traitements, je crois du fond du cœur que si nous n'avons pas de programme de traitement efficace, nous ne pouvons avoir de programme de prévention efficace. Les grands décideurs ont abordé cette question à la conférence, mais il n'empêche que la majorité des fonds semble être consacrée à la prévention. Les paroles et la musique ne veulent tout simplement pas s'unir. Les femmes doivent recevoir des traitements efficaces, qu'elles soient enceintes ou pas. En ce qui a trait à la grossesse, la norme doit consister à traiter la femme et non seulement l'enfant à naître. De plus, le traitement de la femme doit se poursuivre tant et aussi longtemps qu'il agit efficacement et qu'elle le veut. Une telle stratégie réduirait grandement le nombre d'orphelins partout, y compris au Canada.

Où sont donc les recherches qui contribueront à trancher les nombreuses questions cliniques qui restent en suspens en ce qui concerne les femmes et les traitements ? Qu'en est-il des problèmes métaboliques, des posologies, des interactions médicamenteuses, de l'innocuité, de la tolérance, de l'efficacité et de la durabilité ? J'ai été encouragée d'apprendre que la compagnie Tibotec, une division de Johnson et Johnson, prévoit lancer un essai novateur au Canada et aux États-Unis sur son nouvel inhibiteur de la protéase. Cet essai examinera les questions relatives aux différences sexuelles et raciales et recrutera des femmes ayant déjà reçu des traitements. En fait, 70 % des participants seront obligatoirement des femmes. Quelqu'un va enfin poser des questions sur l'impact des médicaments sur les femmes dans le cadre d'une étude comportant suffisamment de participantes pour trouver des réponses de manière scientifique, plutôt que de résumer simplement des anecdotes ou d'extrapoler les résultats obtenus auprès des hommes. Nous devons revendiquer davantage d'essais de ce genre, non seulement pour les nouveaux médicaments mais aussi pour les produits que nous prenons de bonne foi depuis des années.

suite à la page 9

Le remboursement des médicaments : le Québec

par Ken Monteith

INTRODUCTION

Pour comprendre la question de l'accessibilité des médicaments au Québec, il faut d'abord comprendre le fonctionnement du régime d'assurance médicaments public de la province. Depuis 1997, tous les résidents du Québec doivent être couverts par une assurance médicaments. Ceux et celles qui n'ont pas accès à un régime privé (régime d'assurance collective) par le biais de leur employeur, leur association professionnelle, leur conjoint(e) ou leurs parents, doivent s'inscrire au régime public administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Pour des raisons qui se rapportent aux compétences particulières des gouvernements, les employés du fédéral et les personnes couvertes par la direction de la Santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada ne sont pas couverts par les règlements de l'assurance médicaments québécoise.

LE RÉGIME PUBLIC

Les personnes couvertes par le régime public doivent payer une prime annuelle, qu'elles achètent des médicaments ou non. Si elles doivent acheter des médicaments, elles ne paient qu'une portion des coûts de ces derniers ; il s'agit de leur contribution. Celle-ci consiste en une franchise et une coassurance. La franchise est la première portion des frais de médicaments mensuels de l'assuré, alors que la coassurance est un pourcentage des frais de médicaments qui excèdent la franchise. Lorsqu'une personne atteint sa contribution mensuelle

maximale, aucuns frais supplémentaires ne sont exigibles. Le tableau suivant résume les détails du régime en ce qui a trait aux adultes âgés de 18 à 64 ans. Il faut noter que les règlements s'appliquant aux aînés (65 et plus) peuvent différer de ceux indiqués dans le tableau ci-dessous.

Contrairement aux autres provinces, le Québec ne participe pas au Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM). La province a son propre processus d'examen des médicaments qui se déroule sous l'égide du Conseil du médicament ; ce dernier fonctionne indépendamment du ministre de la Santé et des Services sociaux. Ce conseil examine les demandes d'inclusion sur la liste de médicaments en fonction d'un horaire préétabli et publie des mises à jour trois fois par an.

La couverture est garantie sans restrictions pour tous les médicaments d'ordonnance figurant dans la section générale de la liste de médicaments du Québec. Cette section inclut une large gamme de médicaments couvrant la plupart des problèmes médicaux. À trois exceptions près, tous les antirétroviraux approuvés pour le traitement du VIH au Canada sont couverts en vertu de la section générale. Plusieurs médicaments d'exception apparaissent dans une section spéciale de la liste de médicaments. L'enfuvirtide (Fuzeon, T-20) en est un exemple. Ce dernier est qualifié de médicament d'exception parce que certaines conditions se rapportant à l'état de santé et aux antécédents de traitement du patient doivent être respectées pour que le remboursement soit approuvé. Aptivus et Prezista sont deux médicaments anti-VIH qui ont récemment reçu le feu vert de Santé Canada. Le Conseil du médicament examine actuellement des demandes visant l'inclusion de ces derniers sur la prochaine liste de médicaments.

Lorsqu'un médicament en particulier n'est pas couvert ou qu'il n'est couvert que partiellement par l'assurance médicaments, le patient risque d'encourir des frais additionnels. Par exemple, lorsqu'il existe une version générique d'un médicament donné, le niveau de remboursement du médicament d'origine ne peut dépasser le prix de la version générique. Ainsi, les versions gastro-résistantes (et plus chères) de certains médicaments sont remboursées selon les mêmes

suite à la page suivante

Tableau : Le régime public

Catégories d'assurés	Prime annuelle	Franchise mensuelle	Co-assurance	Contribution mensuelle maximale
Prestataires de l'assistance-emploi avec contraintes sévères à l'emploi	0 \$	0 \$	0 %	0 \$
Prestataires de l'assistance-emploi sans contraintes sévères à l'emploi	0 \$	8,33 \$	25 %	16,66 \$
Autres adultes âgés de 18 à 64 ans	De 0 \$ à 538 \$ (selon le revenu familial net)	12,10 \$	29 %	73,42 \$

Le remboursement des médicaments : le Québec

suite de la page 6

critères que les formulations régulières, à moins d'une autorisation spéciale de la RAMQ.

LES RÉGIMES PRIVÉS

Conformément à la loi et aux règlements se rapportant aux régimes d'assurance médicaments, tous les régimes privés doivent couvrir au minimum tous les médicaments figurant sur la liste de médicaments de la RAMQ, et leur taux de coassurance ne peut dépasser 29 %. Lorsque les assurés ont déboursé leur contribution annuelle maximale fixée par la RAMQ, leur régime privé est obligé de couvrir l'intégralité des frais de médicaments engagés durant le reste de l'année. La contribution annuelle maximale, qui est révisée chaque année, est fixée à 881 \$ depuis le 1er juillet 2006. Cette dernière correspond à la contribution mensuelle maximale, à savoir 73,42 \$, multipliée par 12.

Lorsque la loi a été introduite en 1997, les groupes communautaires se sont battus pour s'assurer que la contribution des patients soit calculée sur une base mensuelle. Cette lutte a réussi en ce qui a trait au régime public. Cependant, les mêmes dispositions ne s'appliquent pas aux personnes couvertes par une assurance médicaments collective. Par conséquent, ces dernières risquent de se voir obligées de verser leur contribution maximale annuelle (franchise et coassurance) durant les trois ou quatre premiers mois de l'année avant d'être admissibles à une couverture intégrale durant le reste de l'année.

QUESTIONS EN SUSPENS

● *La couverture des médicaments d'exception par les régimes d'assurance collective.* Pour les personnes couvertes par un régime d'assurance public, il suffit de suivre un processus bien défini pour demander le remboursement d'un médicament d'exception : le médecin qui prescrit le médicament doit remplir un formulaire décrivant l'état médical qui, selon lui, justifie son choix de médicament ; ensuite, la RAMQ décide si le patient est admissible au remboursement. Ce processus se déroule habituellement avant le premier achat du médicament en question. Un tel processus n'a pas été défini pour les assureurs privés. Par conséquent, certains patients sont obligés d'engager des frais additionnels. Cette lacune doit être corrigée.

● *Les questions relatives au remboursement des personnes couvertes par un régime privé.* Contrairement à ce qui se passe en vertu du régime public, peu de régimes privés permettent aux assurés de ne déboursé que leur contribution à la pharmacie. La plupart des

assureurs privés exigent que les patients paient leur facture dans son intégralité au moment de l'achat et les remboursent par la suite.

● *Le respect de la confidentialité dans les régimes d'assurance collective gérés par les employeurs.* Les personnes qui présentent à leur employeur une demande de remboursement de frais de médicaments s'exposent à la possibilité que leur statut soit divulgué sur leur lieu de travail, à moins que des normes de confidentialité fiables ne soient respectées. Les employés peuvent éviter ce genre de problème en traitant directement avec leur compagnie d'assurance. Cependant, le bilan des demandes d'indemnisation que présente régulièrement l'assureur à l'employeur peut aussi être problématique à cet égard ; même si le bilan ne contient pas de nom, il peut servir à identifier les employés qui réclament le remboursement de frais de médicaments élevés. Cela est notamment le cas dans les petites compagnies.

● *La discrimination en matière d'emploi à l'endroit des personnes recevant des traitements contre le VIH-sida.* Les coûts découlant d'un traitement antirétroviral risquent d'être perçus comme un fardeau excessif pour le régime d'assurance collective d'un employeur. Dans une petite compagnie, l'assurance médicaments risque de devenir trop chère pour l'employeur, ce qui peut mettre la couverture de tous en danger. Une telle situation risque de devenir un motif de discrimination durant le processus d'embauche.

● *Les augmentations de coûts applicables aux personnes couvertes par le régime public.* Chaque année, le gouvernement provincial augmente à la fois la prime annuelle et le montant de la coassurance du régime d'assurance médicaments. Les coûts élevés du régime public pourraient être attribuables au fait que les personnes les moins en santé de la société ont tendance à être couvertes par le régime public, alors que les assureurs privés couvrent majoritairement des personnes bien portantes. Une solution à ce problème consisterait à rendre le régime public universel afin que tous les employés en bonne santé puissent contribuer à subventionner la couverture des médicaments pour tous.

CONCLUSION

Bien qu'il reste des problèmes à résoudre en ce qui concerne l'accès aux médicaments au Québec, le système actuel assure aux résidents de la province une large couverture de presque tous les médicaments dont ils pourraient avoir besoin et ce, à des coûts qui sont ajustés en fonction de leur revenu. ■

Ken Monteith est directeur général de sida bénévoles Montréal (ACCM) et représentant de la COCQ-Sida au Conseil du CCSAT. Son diagnostic de sida a été posé en 1997.

Références

Pour en savoir plus, veuillez consulter le site Web de la RAMQ à l'adresse :
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemedicaments/index.shtml>

Deux études sur la lipoatrophie présentées à la conférence annuelle de l'Association canadienne de recherche sur le VIH

Par Ron Rosenes, Vice-président du CCSAT

Cette année, la conférence annuelle de l'Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV) s'est tenue à Québec. Deux études ont été présentées qui devraient intéresser les personnes souffrant de lipoatrophie faciale, soit la fonte de graisse au niveau du visage. La lipoatrophie faciale se caractérise par une perte de graisse dans les joues et les tempes ; c'est le signe le plus visible du syndrome de lipodystrophie. Ce terme désigne les modifications de la forme corporelle qui se produisent chez certaines personnes qui prennent certains antirétroviraux pendant plusieurs années. Les autres signes comprennent l'augmentation du volume de la graisse viscérale de l'abdomen et des seins, la gynécomastie, l'amincissement des bras et des jambes et la « bosse de bison » (dépôts de graisse sur la nuque). En Ontario et dans certaines autres provinces, les patients présentant une bosse de bison peuvent faire enlever leur graisse excédentaire en ayant recours à une intervention qui est couverte par l'assurance-maladie publique. Ce n'est pas encore le cas des interventions conçues pour corriger la lipoatrophie faciale.

Certains médicaments, notamment les analogues de la thymidine (d4T, AZT) sont soupçonnés de contribuer à ce problème. Plusieurs médecins ont commencé à prescrire des combinaisons qui sont moins susceptibles d'aboutir à la lipodystrophie, mais rien ne permet d'affirmer qu'il est possible d'éviter les anomalies métaboliques (présence de lipides dans le sang) et l'insulinorésistance (signe avertisseur du diabète) qui caractérisent la lipodystrophie. On ne peut donc affirmer qu'il est possible de prévenir les modifications indésirables de la forme corporelle en évitant certains médicaments. Il n'empêche qu'une étude menée par Gilead Sciences a permis de constater des améliorations en ce qui concerne la perte de graisse et les anomalies lipidiques chez des patients qui avaient changé le d4T pour le ténofovir (Viread, TDF), en combinaison avec la lamivudine (3TC) et l'efavirenz (Sustiva). Il s'agit d'une étude de suivi de 48 semaines qui a succédé à l'étude 903E et dont les résultats ont été présentés à la conférence.

MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre de cette étude à deux volets, les patients ont reçu du d4T ou du TDF dans le cadre d'une multithérapie durant la première phase de l'étude. Ils ont ensuite participé à une phase d'extension de 192 semaines (903E) durant laquelle ils ont tous reçu du TDF en association avec d'autres médicaments. Les patients provenaient de sites en Argentine, au Brésil et en République dominicaine. Chaque volet de l'étude comptait un nombre quasi-égal de participants (85 et 86), et l'analyse a porté sur des données recueillies auprès de patients participant à la phase 903E qui ont substitué le TDF au d4T.

CONCLUSIONS

La suppression virologique (moins de 400 copies) s'est maintenue pendant 48 semaines après le remplacement du d4T par le TDF. On a constaté une amélioration significative du volume de graisse dans les membres 48 semaines après le changement. Ce dernier a également donné lieu à une baisse significative des triglycérides sanguins et du cholestérol LDL durant cette période. Aucun changement n'a été constaté dans la densité minérale des os (DMO) de la colonne, mais quelques petites réductions de la DMO des hanches se sont produites. Ces résultats laissent soupçonner une fonte de graisse moins importante, mais cela ne se traduit pas nécessairement en une correction de la lipoatrophie faciale. Quoi qu'il en soit, c'est une bonne idée de faire mesurer ses lipides régulièrement et de choisir avec son médecin les médicaments les moins susceptibles de faire augmenter ses taux de lipides sanguins. Les études comme la 903E alimentent nos connaissances sur les médicaments que nous prenons. Nous avons besoin d'avoir accès aux nouveaux traitements qui sont moins susceptibles de faire augmenter nos taux de lipides et ce, même si nous n'en connaissons pas encore les effets secondaires à long terme.

Grâce à l'approbation d'un nouveau produit (Bio-Alcamid) au Canada et à l'approbation attendue d'un autre (Sculptrra ou Newfill), il existe maintenant des options pour traiter ce problème défigurant.

MÉTHODOLOGIE

Sous la direction de la Dre Mona Loufty, une équipe de chercheurs de la Maple Leaf Clinic a rendu compte d'une étude ouverte randomisée sur l'administration immédiate d'injections de Bio-Alcamid contre l'administration différée de ces injections pour le traitement reconstructif de la lipoatrophie faciale chez des patients séropositifs. Bio-Alcamid est un polymère qui est suspendu dans de l'eau stérile. Une fois injecté, le produit se fait envelopper par le collagène naturel du corps, là où il reste en

suite à la page suivante

Deux études de la lipoatrophie

suite de la page 8

permanence (même si c'est possible de l'enlever). Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'innocuité, l'efficacité et l'impact sur la qualité de vie d'un traitement de 12 semaines par Bio-Alcamid administré à deux groupes randomisés, dont l'un recevait le traitement immédiatement et l'autre, 12 semaines après. Trente personnes vivant avec le VIH-sida atteintes de lipoatrophie faciale ont été affectés aux deux groupes pour recevoir le traitement tout de suite (semaine 0) ou plus tard (semaine 12). D'autres injections ont été effectuées à la semaine 6. Des questionnaires reconnus sur la qualité de vie ont été remplis à divers intervalles (semaines 1, 6, 12, 18 et 24 pour l'intervention immédiate et la semaine 13 pour l'intervention différée). Les chercheurs ont eu recours à l'échelle Carruther pour classer le degré de lipoatrophie de 0 à 4, ce dernier étant le plus grave.

RÉSULTATS

Tous les patients ont été suivis pendant 12 semaines. Selon les évaluations faites par les chercheurs avant d'amorcer le traitement, les deux groupes de patients présentaient alors une lipoatrophie

faciale de grade 2 (médiane). Cela veut dire que le nombre de patients présentant une lipoatrophie de moins de grade 2 était égal au nombre de patients présentant une lipoatrophie de plus de grade 2 avant le début du traitement. La quantité médiane de produit utilisée chez les deux groupes était de 15 ml par injection. Comme prévu, les effets indésirables étaient transitoires et comprenaient enflures, rougeurs, ecchymoses et douleurs. Ces effets secondaires étaient légers et se sont résorbés après une ou deux semaines. À la 12^e semaine, les médecins ont attribué une cote de 0 au groupe ayant commencé le traitement immédiatement, c'est-à-dire aucun signe visible de lipoatrophie. À la 24^e semaine, ce même résultat a été constaté pour les deux groupes. Les auto-évaluations effectuées par les patients ont révélé une qualité de vie bien supérieure chez le groupe ayant commencé le traitement immédiatement comparativement au groupe qui n'avait pas encore reçu le traitement.

Veillez lire les autres articles de ce numéro pour mieux comprendre les actions que le CCSAT et d'autres groupes comme Lipo-Action! ont entreprises pour mieux éduquer les personnes vivant avec le VIH-sida sur leurs options de traitement et les aider à faire rembourser les interventions reconstructives par le régime d'assurance-maladie public. ■

Les femmes et les filles se font enfin entendre

suite de la page 5

Dans l'ensemble, j'ai l'impression que les enjeux touchant les femmes ont enfin reçu l'attention qu'ils méritaient lors de cette conférence et ce, après plusieurs longues années de négligence. Maintenant, il faut maintenir l'élan et continuer de refuser à tout jamais la condescendance et la négligence. La coalition responsable du Plan intégral d'action sur le VIH et les femmes et les filles a publié son premier bulletin de notes sur les mesures prises par le Canada pour répondre aux revendications établies par la coalition. Dans l'ensemble, le Canada a reçu une note de D. Nous devons travailler pour améliorer ce score.

Plusieurs autres groupes travaillent fort sur les nombreux enjeux liés au VIH-sida et aux femmes, y compris : ATHENA (Association pour l'avancement de l'égalité des sexes et des droits humains dans la réponse mondiale au VIH-sida) ; CHANGE (Centre pour l'équité en matière de santé et de sexe) ; CHAMP : (Projet de mobilisation communautaire contre le VIH-sida) ; WEACTION (pour l'égalité de l'accès aux traitements pour les femmes) ; ICW (Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH-sida) ; WABA (Alliance mondiale pour l'allaitement maternel) et l'ONUSIDA (Coalition mondiale sur les femmes et le sida). Il va

sans dire que nous comptons travailler avec tous ces groupes.

Nous allons également lancer un projet de recherche au Canada dans le but d'influer sur les déterminants de la santé chez les femmes. Two Spirited People of the First Nations, Voices of Positive Women, Wangari Esther Tharao, le Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements et l'Ontario HIV Treatment Network développent actuellement une étude microfinancière pour déterminer si un tel projet est susceptible de profiter aux femmes ontariennes. Le succès qu'ont connu ces projets dans le Sud a beaucoup de choses à nous apprendre.

Comme plusieurs d'entre vous le savent déjà, je ne suis pas optimiste de nature. Il n'empêche que je crois depuis toujours que lorsque l'inaction ou la répétition des mêmes gestes ne nous permettent pas d'atteindre nos objectifs, il faut que nous fassions quelque chose d'autre. Et les femmes sont passées à l'action.

Cela ne veut pas dire que nous cherchons à reléguer les hommes gais au second plan dans cette épidémie, même si certains m'ont laissé entendre le contraire, ce que je regrette. Ce n'est pas du tout le cas. Dites-moi comment nous pouvons continuer de soutenir vos stratégies et même d'améliorer ce soutien, comme nous l'avons fait par le passé. Nous serons là pour vous, et j'espère que vous serez là pour nous. Si l'un d'entre nous n'est pas en sécurité, aucun ne l'est. ■

Réflexions sur le XVI^e Congrès International sur le SIDA

Natasha Garda, CCSAT



Le Village international du congrès de cette année (www.aids2006.org), installé dans le Metro Convention Centre de Toronto, fut une véritable expérience communautaire. Chaque matin nous réservait d'autres sourires : ceux des exposants et ceux de délégués d'Afrique du Sud, du Nigéria, du Mexique, de l'Ouganda, du Canada, d'Inde... bref, du monde entier! Au fil des jours, nous avons compris que le VIH-sida avait fait naître une solidarité internationale animée par le désir d'éliminer les inégalités, l'ignorance, les injustices et l'étroitesse d'esprit.

Le thème du congrès, Passons aux actes, mettait l'accent sur les promesses et les progrès relatifs à l'amélioration des traitements, des soins et de la prévention.

Le CCSAT a apporté une contribution enrichissante au congrès :

- Nous avons préparé deux expositions d'affiches scientifiques : « Le principe du consentement libre et éclairé : les écarts entre la théorie et la pratique » et « L'accès à l'information nécessaire à une prise de décision éclairée ».*
- Nous avons tenu une conférence de presse ayant pour thème l'accès aux traitements au Canada. Nos porte-parole étaient Esther Tharao (Conseil des Africains et des Caraïbéens sur le VIH-sida en Ontario), l'une des grandes militantes canadiennes du mouvement de lutte contre le sida, Randy Jackson (Réseau canadien autochtone sur le sida), Louise Binder (CCSAT) et Jean-Pierre Bélisle (CCSAT). Ces militants ont remis en cause le mythe de l'accès simple et universel aux médicaments nécessaires au Canada. Ils ont réclamé, dans la même foulée, la création d'un régime national d'assurance des médicaments onéreux, d'une liste nationale de médicaments remboursables fondée sur les meilleurs produits disponibles et d'un régime complet d'assurance pour les médicaments orphelins. Ils ont également préconisé l'abandon du Programme commun d'évaluation des médicaments, qui ne fait que prolonger inutilement le processus d'examen des médicaments.

Ces importantes activités ont permis au CCSAT de créer des liens avec les autres participants au Village international afin de favoriser l'apprentissage, l'échange et l'épanouissement. Nous sommes



heureux d'avoir rencontré tous ceux d'entre vous qui sont venus nous voir et nous espérons pouvoir relever le prochain défi en votre compagnie. ■

*Vous pouvez vous procurer une copie des affiches scientifiques auprès du CCSAT.

CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS AUTOMNE/HIVER 2006

● 4 au 5 novembre

Assemblée générale du Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements

Montréal, QC

Renseignements : (416) 410-6538,

ctac@ctac.ca

www.ccsat.ca

Joignez-vous au CCSAT pour son AGA et divers ateliers à Montréal ! Tous les membres sont invités à participer. Visitez www.ccsat.ca pour en savoir plus et pour vous inscrire.

● 5 au 7 novembre

Conférence canadienne sur la santé du public et le droit

Toronto, ON

Renseignements : (416) 595-1666,

info@aidlaw.ca

www.aidlaw.ca

● 14 novembre

« La relation patient-médecin »

Montréal, QC

Renseignements : (514) 521-8720 ou

1 800 927-2844, info@cpavich.org

www.cpavich.qc.ca

● 27 au 28 novembre

Conférence sur la recherche de l'OHTN

Toronto, ON

Renseignements : (416) 642-6486 x222,

researchconference@ohtn.on.ca

www.ohtn.on.ca/OHTNConference

● 1^{er} décembre

Journée mondiale du sida

www.worldaidsday.com

● 1^{er} au 5 décembre

La semaine de sensibilisation des autochtones sur le sida

Canada

Renseignements : 1 888 285-2226 ou

(613) 567-1817, info@caan.ca

www.caan.ca

RAPPORT DE LA PRÉSIDENTE

AUTOMNE 2006

par Louise Binder



CHERS LECTEURS ET LECTRICES,

Alors, le XVI^e Congrès international sur le SIDA et l'été 2006 sont déjà choses du passé ? Où va donc le temps ?

À en croire la plupart des gens, la conférence a été un succès. Le premier ministre a brillé par son absence, mais les deux Bill (Clinton et Gates) y étaient présents, ce qui a donné raison aux prédictions de mon dernier rapport. D'autres célébrités ont fait le voyage aussi, notamment Richard Gere. Quant à Mary Robinson et la princesse de Norvège, elles semblent avoir mieux saisi l'ampleur de la situation que bon nombre d'autres participants célèbres.

La conférence a-t-elle été un succès ? Sur quelques fronts, oui. Mais sur plusieurs autres elle a échoué lamentablement. Les femmes se sont fait entendre haut et fort, et leurs enjeux ont fait l'objet d'une couverture médiatique importante. Nos problèmes ont enfin été soulevés de manière sérieuse lors des présentations et dans les corridors du Palais des congrès, là où le vrai travail s'accomplit.

J'ai été déçue par l'attention portée aux enjeux touchant les hommes gais. Traités habituellement en profondeur lors de ces événements, ces derniers semblent avoir été négligés cette fois. Cela a suscité la grogne de plusieurs hommes gais, y compris mes collègues. Je crois que leurs plaintes sont légitimes, mais j'ai confiance que nous travaillerons ensemble pour remettre leurs enjeux sur la table à côté de ceux des autres populations sur-représentées dans cette épidémie. Nous avons toujours été solidaires des membres gais, lesbiennes, transsexuels et transgenres de la communauté VIH-sida. Nous allons le rester.

À mon avis, un des échecs de la conférence résidait dans la suggestion que nous serions en train de régresser vers l'époque regrettable où les populations les plus durement touchées par l'épidémie agissaient comme des concurrents. Les différents groupes ne devraient pas être obligés de se disputer les ressources afin de pouvoir faire tout ce qui doit être fait. Et aucun groupe ne doit jamais laisser entendre qu'une partie de la communauté VIH-sida cherche à obtenir attention et soutien au détriment d'une autre. Suggérer que nous sommes divisés fait le bonheur des bailleurs de fonds, des gouvernements et des groupes homophobes et antisida qui se croient ainsi justifiés dans leur inaction. Il faut que nous évitions ce piège. Nous devons travailler comme l'équipe diversifiée et solidaire que nous sommes capables d'être. La solidarité doit être notre mantra. N'oublions pas que si l'un d'entre nous n'est pas en sécurité, aucun ne l'est. ■

CONSEIL D'ADMINISTRATION

- PRÉSIDENTE **Louise Binder**
 - VICE-PRÉSIDENT **Ron Rosenes**
 - SECRÉTAIRE **Jean-Pierre Bélisle**
 - TRÉSORIER **Patrick Cupido**
- Tony Di Pede**
James Edwards
Brian Finch
Rok Paul
Troy Perrot

MEMBRES DU CONSEIL

Mark Randall Alberta • **Daryle Roberts** Colombie-Britannique • **James Edwards** Nouveau Brunswick • **John Baker** Terre-Neuve & Labrador • **Mike Sangster** Nouvelle-Écosse • **Troy Perrot** Île-du-Prince-Édouard • **José Sousa** Québec • **Mark Reis** 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)

BAILLEURS DE FONDOS 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 • Pfizer Canada • Schering Canada • Tibotec, une division de Janssen-Ortho Inc.
 Ward Health Strategies

LES DÉCLARATIONS DE PRINCIPES DU CCSAT

Déclarations de principes

- 2001 – « Vers une meilleure santé : La nécessité d'un meilleur système de surveillance post-approbation des médicaments anti-VIH-sida au Canada ». Auteur : David Garmaise.
- 2001 – « Vers un meilleur accès aux traitements : Déclaration de principes sur la fixation 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.
- 1999 – « Rapidité et transparence : Examen du processus d'évaluation des médicaments contre le VIH ». Auteur : David Garmaise.

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

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

Site Web : 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 ou contactez le bureau pour obtenir une copie papier (voyez ci-dessous).

RÉDACTION

Ce bulletin est une publication trimestrielle.

Comité de rédaction : Jean-Pierre Bélisle / Derek Bell / Ken Monteith

Comité éditorial : Béatrice Cardin / Laurette Lévy / Leah Stephenson / Eileen Wenckers / Theresa Wojtasiewicz

Coordination éditoriale :
 Béatrice Cardin

Traduit de l'anglais et du français
 par Alain Boutilier et Anne-Marie Mayotte

Imprimé par The Printing House

Site Web www.ctac.ca/fr/newsletter

Permission de reproduire : Ce bulletin peut être reproduit à des fins personnelles. Toutefois, ce contenu ne doit pas être modifié et toute réimpression doit s'accompagner du texte suivant : « Renseignements tirés du Volume 8 numéro 4 (automne 2006) 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.