



Proposée par : Direction des services professionnels et des affaires médicales	Règlement <input type="checkbox"/> n°: _____ Politique <input checked="" type="checkbox"/> n°: DSPAM-17 Procédure <input checked="" type="checkbox"/> n°: DSPAM-17-A	Émise le : 22 juin 2015
Application : Hébergement Pharmacie	<p align="center">Politique et procédure au programme d'accès spécial aux médicaments (PAS)</p>	Révisée le : 26 juin 2015
Approuvée par :  Directrice des services professionnels et des affaires médicales		Prochaine révision : Juin 2019
Approuvée le : 26 juin 2015		

TABLE DES MATIÈRES

Partie I

1. Objectifs.....	4
2. Cadre d'application	4
3. Définition.....	4
4. Rôles et responsabilités.....	4
4.1 Autorisation	4
4.2 Demande de produits	4
4.3 Renseignements requis.....	5
4.4 Formulaires	5
4.5 Renseignements généraux Programme d'accès spécial (PAS) de Santé Canada - Directives pour faire une demande d'accès spécial FORMULAIRE A.....	6
4.6 Programme d'accès spécial (PAS) de Santé Canada - Directives pour faire une demande d'accès spécial en vue d'une utilisation ultérieure FORMULAIRE B	10

4.7 Programme d'accès spécial (PAS) de Santé Canada - Directives pour remplir le
formulaire de suivi FORMULAIRE C.....14

Partie II

Annexe I.....	15
Formulaire A - Demande axée sur le patient	15
Annexe II.....	17
Formulaire B – Demande d’utilisation ultérieure	17
Annexe III.....	20
Formulaire C - Formulaire de suivi du patient.....	20

1. Objectifs

Obtenir un médicament à usage humain non disponible sur le marché canadien, par exemple lorsque les traitements conventionnels ont échoués ou ne sont pas appropriés. La vente d'un de ces produits par son fabricant peut être autorisée pour un patient donné, par la DGPS.

2. Cadre d'application

Le PAS étudie les demandes d'accès des praticiens à des médicaments non commercialisés pour le traitement, le diagnostic ou la prévention des maladies graves ou mortelles lorsque les traitements habituels ont été étudiés puis éliminés, se sont révélés inefficaces, ne conviennent pas ou ne sont pas disponibles.

L'organisme de réglementation derrière le programme est discrétionnaire, et la décision d'autoriser ou de refuser une demande est prise au cas par cas en tenant compte de la nature de l'urgence médicale, de la disponibilité des solutions possibles commercialisées et de l'information fournie dans le cadre de la demande en fonction de l'utilisation, de l'innocuité et de l'efficacité du médicament.

3. Définition

PAS : Programme d'accès spécial de Santé Canada pour l'obtention d'un médicament non commercialisé.

DGPS : Direction générale de la protection de la santé.

4. Rôles et responsabilités

4.1 Autorisation

Le PAS n'autorise pas l'utilisation ou l'administration d'un médicament; cette autorisation relève de la pratique médicale, laquelle est de compétence provinciale.

4.2 Demande de produits

Le médecin ou le pharmacien peut faire la demande d'un de ces produits auprès du PAS par téléphone au 613-941-2108 pour les demandes urgentes ou par télécopieur au 613-941-3194.

4.3 Renseignements requis

- Nom du médecin requérant;
- Nom du médicament;
- Nom du fabricant;
- Forme posologique;
- Quantité requise;
- Indication médicale;
- Initiales, âge et sexe du malade à traiter.

4.4 Formulaires

Les formulaires suivants doivent être complétés selon les besoins et les faire parvenir au PAS :

- Formulaire A – Demande axée sur le patient¹;
- Formulaire B – Demande d'utilisation ultérieure²;
- Formulaire C – Formulaire de suivi du patient³.

Les procédures pour acheminer les demandes sont clairement identifiées dans le bas des formulaires.

¹ Voir annexe I

² Voir annexe II

³ Voir Annexe III

4.5 Renseignements généraux Programme d'accès spécial (PAS) de Santé Canada - Directives pour faire une demande d'accès spécial FORMULAIRE A



PROTÉGÉ UNE FOIS COMPLÉTÉ

Programme d'accès spécial (PAS) de Santé Canada Directives pour faire une demande d'accès spécial FORMULAIRE A

Renseignements généraux au sujet du Programme d'accès spécial

Le PAS étudie les demandes d'accès des praticiens à des médicaments non commercialisés pour le traitement, le diagnostic ou la prévention des maladies graves ou mortelles lorsque les traitements habituels ont été étudiés puis éliminés, se sont révélés inefficaces, ne conviennent pas ou ne sont pas disponibles. L'organisme de réglementation derrière le programme est discrétionnaire, et la décision d'autoriser ou de refuser une demande est prise au cas par cas en tenant compte de la nature de l'urgence médicale, de la disponibilité des solutions possibles commercialisées et de l'information fournie dans la cadre de la demande en fonction de l'utilisation, de l'innocuité et de l'efficacité du médicament. Toutefois, cet organisme n'autorise pas la couverture du coût des médicaments ni ne tient compte de celui des autres produits commercialisés. Si l'accès est accordé, le médecin accepte de présenter un rapport sur l'utilisation du médicament, y compris les effets indésirables associés, et de rendre compte, sur demande, de toutes les quantités de médicaments distribuées auprès du PAS et du fabricant.

Le PAS autorise un fabricant à vendre un médicament qui ne peut autrement être vendu ou distribué au Canada. Les médicaments auxquels le PAS pourrait donner accès sont les produits pharmaceutiques, biologiques et radiopharmaceutiques.

Le PAS n'autorise pas l'utilisation ou l'administration d'un médicament; cette autorisation relève de la pratique médicale, laquelle est de compétence provinciale. L'autorisation du PAS ne constitue pas une opinion ou une déclaration selon laquelle un médicament est sûr, efficace et de bonne qualité. Le PAS ne fait pas l'évaluation complète de la validité de l'information sur les médicaments ou des attestations du fabricant sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité. Or, il est important que les médecins tiennent compte de ces facteurs lorsqu'ils recommandent l'utilisation d'un médicament et lorsqu'ils doivent prendre une décision en fonction des risques et des bienfaits dans l'intérêt du patient. Le PAS encourage fortement les médecins qui traitent leurs patients avec des médicaments distribués par l'intermédiaire du PAS à obtenir un consentement éclairé avant d'administrer le traitement.

Les praticiens sont encouragés à communiquer avec le fabricant pour confirmer la disponibilité du médicament ainsi que pour obtenir l'information la plus récente sur le produit, comme les renseignements d'ordonnance et d'autres données à l'appui de l'utilisation du médicament. Dans tous les cas, c'est le fabricant qui a le dernier mot quant à la décision de distribuer ou non le médicament. Le fabricant a aussi le droit d'imposer certaines restrictions ou conditions à la distribution du médicament afin que celui-ci soit utilisé conformément à l'information la plus récente. Par exemple, il peut limiter la quantité du produit distribuée, restreindre les indications pour lesquelles il est distribué, demander de plus amples renseignements sur le patient, etc. Toute demande de renseignements sur l'expédition, les coûts et le paiement doit être adressée directement au fabricant.

Veuillez vous référer à la ligne directrice relative au PAS pour obtenir de plus amples renseignements.

Directives pour remplir le formulaire *Demande d'accès spécial*

Le formulaire consiste en deux pages et comporte cinq sections. Les praticiens doivent remplir les cinq sections du formulaire chaque fois qu'une demande est présentée, y compris les demandes de renouvellement. Les cinq sections se décrivent comme suit :

SECTION A : INFORMATION SUR LE PRATICIEN ET ADRESSE D'EXPÉDITION

Nom du praticien : Prénom et nom de famille du praticien qui présente la demande.

Nota : Le mot « praticien » désigne toute personne autorisée par la loi d'une province du Canada à traiter des malades au moyen de n'importe quel médicament qui est mentionné ou décrit à l'annexe F du *Règlement* comme substance médicamenteuse à usage humain dont la vente sans ordonnance est interdite au Canada.

Nom de l'hôpital ou clinique : Inscrire le nom de la clinique du praticien ou de la pharmacie de l'hôpital où le médicament doit être envoyé -si applicable.

Adresse : Inscrire le nom et l'adresse au complet du cabinet ou de la clinique du praticien ou de la pharmacie de l'hôpital où le médicament doit être envoyé, y compris la ville, la province et le code postal.

Personne-ressource : Prénom, nom de famille et titre de la personne-ressource (p. ex. pharmacien, infirmière, résident, etc.), s'il ne s'agit pas du praticien demandeur.

Téléphone et télécopieur de la personne-ressource : Numéro de téléphone et de télécopieur, y compris le code régional et le numéro du poste où il est possible de joindre le praticien ou la personne-ressource si de plus amples renseignements ou un suivi sont requis.

Médicament envoyé a/s de : Cocher la case appropriée où le médicament doit être envoyé : une pharmacie d'hôpital, le cabinet du praticien, un service de médecine nucléaire ou une banque de sang.

Nota : Un médicament ne peut être vendu dans une pharmacie de détail ou une pharmacie pour les services ambulatoires.

Adresse électronique de la personne-ressource : Une adresse électronique de la personne-ressource où il est possible de la joindre si de plus amples renseignements ou un suivi sont requis. Il s'agit d'un champ optionnel.

Adresse électronique du praticien : Une adresse électronique pour le praticien qui demande le traitement où il est possible de le joindre si de plus amples renseignements ou un suivi sont requis. Il s'agit d'un champ optionnel.

SECTION B : INFORMATION SUR LE MÉDICAMENT ET LE FABRICANT

Appellation commerciale ou autre nom : Le nom du médicament, y compris lorsque c'est possible le nom commercial, le nom générique ou le code par lequel l'entreprise désigne le produit.

Nom du fabricant : Le nom du fabricant du médicament et l'endroit, s'il y a lieu (c.-à-d. bureau canadien)

Nota : En ce qui concerne les nouveaux médicaments, si le praticien demandeur a parlé à un représentant d'une entreprise à propos de sa demande, veuillez fournir une note mentionnant ce fait, y compris le nom et le numéro de téléphone d'une personne-ressource.

N° de commande : Un champ optionnel qui peut être utilisé par les hôpitaux ou d'autres établissements pour préciser le numéro de commande.

Voie d'administration/forme posologique : Cocher la case appropriée ou préciser, selon le cas.

SECTION C : INFORMATION SUR LE PATIENT

Initiales : Initiales du prénom, du deuxième prénom (s'il y a lieu) et du nom du patient

Nota : Pour assurer la confidentialité du patient, ne pas indiquer le nom complet du patient.

DDN : Date de naissance selon l'ordre suivant : jour, mois, année (c.-à-d. JJ/MM/AAAA).

Sexe : Cocher la case appropriée pour le patient concerné - Homme ou Femme.

Indication : Indication médicale exacte pour laquelle le médicament est demandé.

Nouveau patient : Cocher la case appropriée afin d'indiquer si le patient utilise le médicament pour la première fois par l'entremise du PAS.

Posologie et durée : Inscrire la posologie prescrite, y compris la durée prévue du traitement.

Concentration : Concentration demandée ou combinaison de concentrations.

Quantité : Nombre précis de comprimés, de flacons, etc., demandé pour chaque patient.

Aucun approvisionnement requis – autorisation seulement : Le transfert d'un approvisionnement en médicament d'un patient à un autre (p. ex. un patient a cessé le traitement). Le praticien qui présente la demande devra cocher la case appropriée, indiquant qu'il s'agit d'une demande ne visant pas un approvisionnement, mais plutôt une autorisation seulement. La quantité de produit transférée devra être précisée dans la section à cet effet. Le traitement ne pourra commencer qu'une fois que le PAS et le fabricant auront étudié et autorisé la demande.

Total : Préciser la quantité exacte de produits requis pour tous les patients **Nota :** Préciser la quantité exacte de produit requise (p. ex. nombre de comprimés, de flacons, d'unités, etc.). Votre demande sera retournée si la quantité de médicament requise n'est pas clairement indiquée. Le PAS ne calculera pas la quantité.

Quand le médicament doit-il être administré? : Préciser le moment prévu pour l'administration du médicament au patient.

SECTION D : JUSTIFICATION CLINIQUE

Question 1a) Nouveaux Patients :

Fournir des renseignements sur les antécédents médicaux du patient, y compris la gravité de son état, le pronostic et les traitements envisagés, qui se sont révélés inefficaces, non convenables ou disponibles en vue d'une réponse adéquate. Joindre une justification expliquant en quoi le médicament demandé représente le meilleur choix pour le patient (c.-à-d. son mécanisme d'action, sa forme posologique, sa catégorie)****

Question 1b) Patients déjà inscrits :

Fournir des renseignements sur l'état du patient depuis le début du traitement, y compris une justification de l'accès continu au médicament. **Nota :** Cette section devrait être mise à jour à chaque demande de renouvellement afin de garantir la juste description de l'état de santé actuel du patient.

****Dans les cas où une demande de médicament est destinée à plus de quatre patients, il importe de remplir des copies additionnelles du formulaire. Toutes les justifications devraient être axées sur le patient. Si le formulaire comprend des pages additionnelles, veuillez les numéroter de façon appropriée.

Question 2) Références :

Fournir des données et des références précises concernant l'innocuité et l'efficacité du produit à l'appui de la décision du praticien de prescrire le médicament en question en vue de l'indication précisée. Cette mesure peut prendre la forme de publications médicales, de protocoles cliniques, de brochures du chercheur, etc. Si des copies des références sont jointes au formulaire de demande, veuillez cocher la case appropriée. Sinon, fournir un renvoi complet, y compris les titres de revues ou d'articles, le nom des auteurs, le volume, le numéro, la date et la page où se trouve l'information.

SECTION E : ATTESTATION DU PRATICIEN

La section E consiste en trois attestations qui permettent de s'assurer que le praticien est informé des responsabilités qui sont liées à la prescription d'un médicament par l'entremise du PAS.

Signature du praticien : Signature du praticien présentant la demande.

N° de permis : Exiger le n° de permis du praticien (c.-à-d. le permis de pratiquer la médecine ou la dentisterie octroyé par une autorité provinciale délivrant les permis).

Date : Date de signature et de la présentation de la demande auprès du PAS.

Renseignements au sujet du traitement des demandes et des heures d'ouverture

Les formulaires *Demande d'accès spécial* dûment remplis doivent être envoyés par télécopieur au PAS sans page couverture. Les appels téléphoniques doivent être réservés aux demandes urgentes qui nécessitent une attention immédiate.

Le fait de remplir un formulaire ne garantit pas que la demande sera autorisée; il est possible que des renseignements additionnels soient exigés au cours du processus d'examen. Tous les efforts sont déployés pour traiter les demandes dans les 24 heures qui suivent leur réception. Toutefois, étant donné le mandat du PAS et le volume de demandes reçues, le PAS adopte un système de tri pour s'assurer que les demandes d'accès à des médicaments en cas de maladies mortelles ont priorité sur les autres dossiers moins urgents.

S'il s'agit d'un nouveau médicament pour le Programme, le délai de traitement total peut être plus long, même si tous les efforts sont déployés pour communiquer avec le praticien dans les 24 heures afin de discuter du processus relatif au traitement des nouveaux produits.

À la suite de l'examen, une autorisation peut être accordée. Le fabricant est avisé par télécopieur. Une lettre d'autorisation est envoyée au fabricant et une copie au praticien. Les praticiens seront avisés dans le cas où l'autorisation serait refusée.

Le PAS offre des services 24 heures sur 24, tous les jours de l'année. Les heures normales de bureau sont de 8 h 30 à 16 h 30, heure normale de l'Est (HNE). En dehors de ces heures et durant les jours fériés, les services peuvent être fournis par un agent en disponibilité. Ce dernier peut être joint en composant le numéro du PAS (613-941-2108) et en faisant ensuite le 0. Il répondra directement ou rappellera dans un délai de 20 minutes ou moins. Si une autorisation est accordée, le praticien devra, le lendemain, soumettre au PAS un formulaire dûment rempli par télécopieur.

4.6 Programme d'accès spécial (PAS) de Santé Canada - Directives pour faire une demande d'accès spécial en vue d'une utilisation ultérieure FORMULAIRE B



PROTÉGÉ UNE FOIS COMPLÈTE

Programme d'accès spécial (PAS) de Santé Canada Directives pour faire une demande d'accès spécial en vue d'une utilisation ultérieure FORMULAIRE B

Les demandes d'utilisation ultérieures sont présentées en prévision de situations d'urgence nécessitant l'administration de médicaments non commercialisés au patient. Le médecin doit justifier le fait qu'il ait besoin du médicament à portée de main plutôt que de le demander en fonction de chaque patient.

Renseignements généraux au sujet du Programme d'accès spécial

Le PAS étudie les demandes d'accès des praticiens à des médicaments non commercialisés pour le traitement, le diagnostic ou la prévention des maladies graves ou mortelles lorsque les traitements habituels ont été étudiés puis éliminés, se sont révélés inefficaces, ne conviennent pas ou ne sont pas disponibles. L'organisme de réglementation derrière le programme est discrétionnaire, et la décision d'autoriser ou de refuser une demande est prise au cas par cas en tenant compte de la nature de l'urgence médicale, de la disponibilité des solutions possibles commercialisées et de l'information fournie dans le cadre de la demande en fonction de l'utilisation, de l'innocuité et de l'efficacité du médicament. Toutefois, cet organisme n'autorise pas la couverture du coût des médicaments ni ne tient compte de celui des autres produits commercialisés. Si l'accès est accordé, le médecin accepte de présenter un rapport sur l'utilisation du médicament, y compris les effets indésirables associés, et de rendre compte, sur demande, de toutes les quantités de médicaments distribuées auprès du PAS et du fabricant.

Le PAS autorise un fabricant à vendre un médicament qui ne peut autrement être vendu ou distribué au Canada. Les médicaments auxquels le PAS pourrait donner accès sont les produits pharmaceutiques, biologiques et radiopharmaceutiques.

Le PAS n'autorise pas l'utilisation ou l'administration d'un médicament; cette autorisation relève de la pratique médicale, laquelle est de compétence provinciale. L'autorisation du PAS ne constitue pas une opinion ou une déclaration selon laquelle un médicament est sûr, efficace et de bonne qualité. Le PAS ne fait pas l'évaluation complète de la validité de l'information sur les médicaments ou des attestations du fabricant sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité. Or, il est important que les médecins tiennent compte de ces facteurs lorsqu'ils recommandent l'utilisation d'un médicament et lorsqu'ils doivent prendre une décision en fonction des risques et des bienfaits dans l'intérêt du patient. Le PAS encourage fortement les médecins qui traitent leurs patients avec des médicaments distribués par l'intermédiaire du PAS à obtenir un consentement éclairé avant d'administrer le traitement.

Les praticiens sont encouragés à communiquer avec le fabricant pour confirmer la disponibilité du médicament ainsi que pour obtenir l'information la plus récente sur le produit, comme les renseignements d'ordonnance et d'autres données à l'appui de l'utilisation du médicament. Dans tous les cas, c'est le fabricant qui a le dernier mot quant à la décision de distribuer ou non le médicament. Le fabricant a aussi le droit d'imposer certaines restrictions ou conditions à la distribution du médicament afin que celui-ci soit utilisé conformément à l'information la plus récente. Par exemple, il peut limiter la quantité du produit distribuée, restreindre les indications pour lesquelles il est distribué, demander de plus amples renseignements sur le patient, etc. Toute demande de renseignements sur l'expédition, les coûts et le paiement doit être adressée directement au fabricant.

Veuillez vous référer à la ligne directrice relative au PAS pour obtenir de plus amples renseignements.

Directives pour remplir le formulaire Demande d'accès spécial

Le formulaire consiste en deux pages et comporte cinq sections. Les praticiens doivent remplir les cinq sections du formulaire chaque fois qu'une demande est présentée, y compris les demandes de renouvellement. Les cinq sections se décrivent comme suit :

SECTION A : INFORMATION SUR LE PRATICIEN ET ADRESSE D'EXPÉDITION

Nom du praticien : Prénom et nom de famille du praticien qui présente la demande.

Nota : Le mot « praticien » désigne toute personne autorisée par la loi d'une province du Canada à traiter des malades au moyen de n'importe quel médicament qui est mentionné ou décrit à l'annexe F du *Règlement* comme substance médicamenteuse à usage humain dont la vente sans ordonnance est interdite au Canada.

Nom de l'hôpital ou clinique : Incrire le nom de la clinique du praticien ou de la pharmacie de l'hôpital où le médicament doit être envoyé -si applicable.

Adresse : Incrire le nom et l'adresse au complet du cabinet ou de la clinique du praticien ou de la pharmacie de l'hôpital où le médicament doit être envoyé, y compris la ville, la province et le code postal.

Personne-ressource : Prénom, nom de famille et titre de la personne-ressource (p. ex. pharmacien, infirmière, résident, etc.), s'il ne s'agit pas du praticien demandeur.

Téléphone et télécopieur de la personne-ressource : Numéro de téléphone et de télécopieur, y compris le code régional et le numéro du poste où il est possible de joindre le praticien ou la personne-ressource si de plus amples renseignements ou un suivi sont requis.

Médicament envoyé a/s de : Cocher la case appropriée où le médicament doit être envoyé : une pharmacie d'hôpital, le cabinet du praticien, un service de médecine nucléaire ou une banque de sang.

Nota : Un médicament ne peut être vendu dans une pharmacie de détail ou une pharmacie pour les services ambulatoires.

Adresse électronique de la personne-ressource : Une adresse électronique de la personne-ressource où il est possible de la joindre si de plus amples renseignements ou un suivi sont requis. Il s'agit d'un champ optionnel.

Adresse électronique du praticien : Une adresse électronique pour le praticien qui demande le traitement où il est possible de le joindre si de plus amples renseignements ou un suivi sont requis. Il s'agit d'un champ optionnel.

SECTION B : INFORMATION SUR LE MÉDICAMENT ET LE FABRICANT

Appellation commerciale ou autre nom : Le nom du médicament, y compris lorsque c'est possible le nom commercial, le nom générique ou le code par lequel l'entreprise désigne le produit.

Nom du fabricant : Le nom du fabricant du médicament et l'endroit, s'il y a lieu (c.-à-d. bureau canadien)

Nota : En ce qui concerne les nouveaux médicaments, si le praticien demandeur a parlé à un représentant d'une entreprise à propos de sa demande, veuillez fournir une note mentionnant ce fait, y compris le nom et le numéro de téléphone d'une personne-ressource.

N° de commande : Un champ optionnel qui peut être utilisé par les hôpitaux ou d'autres établissements pour préciser le numéro de commande.

Voie d'administration/forme posologique : Cocher la case appropriée ou préciser, selon le cas.

SECTION C : INFORMATION RELATIVE AU SUIVI DU PATIENT ET DU PRODUIT

Indication : Indication médicale exacte pour laquelle il est prévu que le médicament sera utilisé.

Concentration : Concentration demandée ou combinaison de concentrations.

Quantité : Nombre précis de comprimés, de flacons, etc., qui doivent être à portée de la main.

1^{ère} demande d'utilisation ultérieure :

Si OUI, veuillez passer à la section du formulaire de demande portant sur la justification clinique – Section D.

Si **NON**,

1) le médecin qui procède à la demande a déjà obtenu une autorisation quant à une demande d'utilisation ultérieure pour ce produit. Pour que le PAS étudie une autre demande, le médecin devra fournir une liste des patients qui ont bénéficié des approvisionnements autorisés précédents. Cette information doit être présentée dans le tableau de la section C. Des copies supplémentaires de la page 2 du formulaire peuvent être jointes si le nombre de champs du tableau est insuffisant.

Ou

2) si le médicament est expiré avant d'avoir été utilisé, veuillez cocher la case correspondante.

Initiales : Initiales du prénom, du deuxième prénom (s'il y a lieu) et du nom du patient

Nota : Pour assurer la confidentialité du patient, ne pas indiquer le nom complet du patient.

DDN : Date de naissance selon l'ordre suivant : jour, mois, année (c.-à-d. JJ/MM/AAAA).

Sexe : Cocher la case appropriée pour le patient concerné - Homme ou Femme.

Indication : Indication médicale exacte pour laquelle le médicament est demandé.

Nouveau patient : Cocher la case appropriée afin d'indiquer si le patient utilise le médicament pour la première fois par l'entremise du PAS.

Quantité distribuée : Veuillez préciser la quantité de médicament distribuée à chaque patient (c.-à-d. nombre de comprimés, flacons, bouteilles).

Date d'administration : Veuillez préciser la date à laquelle le médicament a été administré au patient désigné, selon le format jour, mois et année (c.-à-d. JJ/MM/AAAA).

SECTION D : JUSTIFICATION CLINIQUE

Question 1a) :

Veuillez expliquer dans quelles circonstances le médicament sera utilisé ou est demandé, et présenter des renseignements sur les traitements classiques envisagés, qui se sont révélés inefficaces ou qui ne sont pas disponibles en vue d'une réponse adéquate. Veuillez expliquer en détail la raison pour laquelle une demande d'approvisionnement du médicament est faite en vue d'une utilisation ultérieure.

Question 1b) :

Veuillez expliquer en quoi le médicament représente le meilleur choix pour votre patient (p. ex. son mécanisme d'action, sa catégorie, sa forme posologique).

Question 2) Références :

Fournir des données et des références précises concernant l'innocuité et l'efficacité du produit à l'appui de la décision du praticien de prescrire le médicament en question en vue de l'indication précisée. Cette mesure peut prendre la forme de publications médicales, de protocoles cliniques, de brochures du chercheur, etc. Si des copies des références sont jointes au formulaire de demande, veuillez cocher la case appropriée. Sinon, fournir un renvoi complet, y compris les titres de revues ou d'articles, le nom des auteurs, le volume, le numéro, la date et la page où se trouve l'information.

SECTION E : ATTESTATION DU PRATICIEN

La section E consiste en trois attestations qui permettent de s'assurer que le praticien est informé des responsabilités qui sont liées à la prescription d'un médicament non commercialisé par l'entremise du PAS.

Signature du praticien : Signature du praticien présentant la demande.

N° de permis : Exiger le n° de permis du praticien (c.-à-d. le permis de pratiquer la médecine ou la dentisterie octroyé par une autorité provinciale délivrant les permis).

Date : Date de signature et de la présentation de la demande auprès du PAS.

Traitement des demandes et heures d'ouverture

Les formulaires *Demande d'accès spécial* dûment remplis doivent être envoyés par télécopieur au PAS sans page couverture. Les appels téléphoniques doivent être réservés aux demandes urgentes qui nécessitent une attention immédiate.

Le fait de remplir un formulaire ne garantit pas que la demande sera autorisée; il est possible que des renseignements additionnels soient exigés au cours du processus d'examen. Tous les efforts sont déployés pour traiter les demandes dans les 24 heures qui suivent leur réception. Toutefois, étant donné le mandat du PAS et le volume de demandes reçues, le PAS adopte un système de tri pour s'assurer que les demandes d'accès à des médicaments en cas de maladies mortelles ont priorité sur les autres dossiers moins urgents. S'il s'agit d'un nouveau médicament pour le Programme, le délai de traitement total peut être plus long, même si tous les efforts sont déployés pour communiquer avec le praticien dans les 24 heures afin de discuter du processus relatif au traitement des nouveaux produits.

À la suite de l'examen, une autorisation peut être accordée. Le fabricant est avisé par télécopieur. Une lettre d'autorisation est envoyée au fabricant et une copie au praticien. Les praticiens seront avisés dans le cas où l'autorisation serait refusée.

Le PAS offre des services 24 heures sur 24, tous les jours de l'année. Les heures normales de bureau sont de 8 h 30 à 16 h 30, heure normale de l'Est. En dehors de ces heures et durant les jours fériés, les services peuvent être fournis par un agent en disponibilité. Ce dernier peut être joint en composant le numéro du PAS (613-941-2108) et en faisant ensuite le 0. Il répondra directement ou rappellera dans un délai de 20 minutes ou moins. Si une autorisation est accordée, le praticien devra, le lendemain, soumettre au PAS un formulaire dûment rempli par télécopieur.

4.7 Programme d'accès spécial (PAS) de Santé Canada - Directives pour remplir le formulaire de suivi FORMULAIRE C



PROTÈGE UNE FOIS COMPLETE

Programme d'accès spécial (PAS) de Santé Canada Directives pour remplir le formulaire de suivi FORMULAIRE C

SECTION A : RENSEIGNEMENTS SUR LE PRATICIEN

Nom du praticien : Le prénom et le nom du praticien qui fait la demande. **Remarque :** Le terme « praticien » désigne toute personne autorisée par la loi d'une province du Canada à traiter des patients au moyen de n'importe quel médicament mentionné ou décrit à l'annexe F du *Règlement* comme substance médicamenteuse à usage humain dont la vente sans ordonnance est interdite au Canada.

Hôpital/Clinique : Le nom de l'hôpital ou de la clinique où travaille le praticien et où est/a été traité le patient.

Numéro de téléphone et numéro de fax : Le numéro de téléphone et le numéro de fax, y compris l'indicatif régional et le poste (le cas échéant), permettant de joindre le praticien ou une personne-ressource si un suivi ou d'autres renseignements sont nécessaires.

Date de la demande initiale : La date à laquelle le médicament a été demandé pour le patient la première fois.

SECTION B : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Initiales : Les initiales du prénom, du deuxième prénom (le cas échéant) et du nom du patient. **Remarque :** Pour assurer la confidentialité du patient, ne pas indiquer le nom complet de ce dernier.

DN : La date de naissance (JJ/MM/AAAA) du patient.

Sexe : Cocher la case appropriée (Homme ou Femme).

Indication : L'indication médicale exacte pour laquelle le médicament est demandé.

SECTION C : RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT

Appellation commerciale/Nom générique : Le nom du médicament, y compris l'appellation commerciale et le nom générique, dans la mesure du possible.

Voie d'administration : Indiquer la voie d'administration.

Forme posologique : Indiquer la forme posologique.

Dose actuelle : La dose actuellement administrée ou la dernière dose administrée.

La dose a-t-elle été modifiée? Indiquer si la dose a été modifiée par rapport à la dose indiquée dans la demande initiale.

Date de début du traitement : Indiquer la date à laquelle le traitement a débuté.

Le traitement est-il toujours en cours? Cocher la case appropriée. Si la réponse est NON, indiquer la date d'arrêt du traitement.

Raison de l'arrêt du traitement : Indiquer pourquoi le traitement a été interrompu.

SECTION D : RÉPONSE AU TRAITEMENT

Quel était le but du traitement? Indiquer les résultats visés par l'administration du médicament.

Réponse au traitement : Cocher la case appropriée.

Décrire la réponse au traitement : Indiquer de quelle façon le patient a répondu au traitement avec le médicament, y compris les effets positifs et négatifs.

Médicaments concomitants : Fournir la liste de tous les autres médicaments que prend/prenait le patient pendant le traitement avec le médicament.

SECTION E : INNOCUITÉ - EFFETS INDÉSIRABLES

Le traitement a-t-il entraîné des effets indésirables graves et imprévus* chez le patient? Cocher la case appropriée. Si la réponse est OUI, prière de remplir un formulaire de déclaration des effets indésirables présumés du Conseil des organisations internationales des sciences médicales (CIOMS), disponible à l'adresse suivante (en anglais seulement) :

www.cioms.ch/cioms.pdf

Remarque : La plupart des médicaments offerts dans le cadre du PAS n'ont pas fait l'objet d'un examen complet par Santé Canada et sont toujours en développement clinique. Le contenu, l'exactitude et l'exhaustivité des données sur le produit fournies par le fabricant n'ont pas été vérifiées. Par conséquent, les praticiens doivent surveiller de près la réponse du patient au traitement, et notamment en surveiller les effets indésirables potentiels ou la faible efficacité du produit.

* Un effet indésirable grave et imprévu se définit comme une réaction indésirable grave à un médicament dont la nature, la gravité ou la fréquence n'est pas indiquée dans les mentions de risque figurant sur l'étiquette du médicament.

Annexe I

Formulaire A - Demande axée sur le patient



PROTÉGÉ UNE FOIS COMPLÉTÉ

PROGRAMME D'ACCÈS SPÉCIAL

FORMULAIRE A - DEMANDE AXÉE SUR LE PATIENT

SECTION A : INFORMATION SUR LE PRATICIEN		
Nom du praticien :		
Nom de l'hôpital ou clinique : (si applicable)		
Adresse : (adresse d'expédition seulement)		
Ville :	Province :	Code postal :
Personne-ressource : (si autre que le praticien)		Médicament envoyé a/s de :
Téléphone :		Pharmacie d'hôpital <input type="checkbox"/>
Télécopieur :		Bureau du praticien <input type="checkbox"/>
		Médecine nucléaire <input type="checkbox"/>
		Banque de sang <input type="checkbox"/>
Adresse électronique : (optionnel)		Adresse électronique du praticien : (optionnel)

SECTION B : INFORMATION SUR LE MÉDICAMENT ET LE FABRICANT	
Appellation commerciale :	Autre nom :
Nom du fabricant :	N° de commande :
Voie d'administration : ORALE <input type="checkbox"/> I.V. <input type="checkbox"/> I.M. <input type="checkbox"/> TOPIQUE <input type="checkbox"/> S.C. <input type="checkbox"/> AUTRE :	
Forme posologique : COMPRIMÉ <input type="checkbox"/> CAPSULE <input type="checkbox"/> LIQUIDE <input type="checkbox"/> POUDRE <input type="checkbox"/> CRÈME <input type="checkbox"/> ONGUENT <input type="checkbox"/> TIMBRE <input type="checkbox"/> AUTRE :	

SECTION C : INFORMATION SUR LE PATIENT							
Si vous disposez d'approvisionnement en médicament et souhaiteriez le transférer à un autre patient, veuillez demander une autorisation seulement. Veuillez cocher la case suivante <input type="checkbox"/> et compléter le tableau ci-après. Précisez la quantité de médicament transférée dans la section à cet effet.							
Initiales du patient (p. ex. A.B.C.)	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Sexe	Indications thérapeutiques du médicament	Première demande?	Posologie et durée du traitement (p. ex. mg bid x nombre de jours)	Concentration (p. ex. en mg)	Quantité (p. ex. nombre de comprimés)
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			
Veuillez préciser la QUANTITÉ EXACTE de produit requise (p. ex. nombre de comprimés, de flacons, d'unités, etc.). Le PAS ne calculera pas la quantité.							Total :
Veuillez préciser le moment où le médicament sera administré (c.-à-d. une date) :							

Revisé janvier 2008

5

SECTION D : JUSTIFICATION CLINIQUE	
1a) Pour les nouveaux patients, veuillez fournir des renseignements précis sur les antécédents médicaux du patient, y compris les traitements classiques envisagés, écartés ou qui se sont révélés inefficaces ou qui sont non convenables ou disponibles en vue d'une réponse adéquate. En quoi ce médicament est-il le meilleur choix pour votre patient (p. ex. son mécanisme d'action, sa catégorie, sa forme posologique). Veuillez expliquer votre réponse.	
b) Pour les patients déjà inscrits, veuillez décrire leur réaction au médicament relativement aux objectifs du traitement initial et fournir une justification concernant la demande d'accès continu.	
2. Veuillez fournir les données, références ou ressources PRÉCISES disponibles au sujet de l'utilisation, de l'innocuité et de l'efficacité qui étayent votre décision de prescrire ce médicament. Pour les renvois, joindre les titres de revues ou d'articles, le nom des auteurs, le volume, le numéro, la date et la page où se trouve l'information. Veuillez cocher la case suivante si des documents de référence se trouvent en annexe. <input type="checkbox"/>	

SECTION E : ATTESTATION DU PRATICIEN	
À titre de praticien, j'ai accès à ce médicament non commercialisé à des fins d'utilisation pour le traitement d'urgence d'un patient à ma charge en vertu du <i>Règlement sur les aliments et drogues</i> (C.08.010).	
À titre de praticien, je suis conscient qu'en obtenant l'accès à ce médicament par l'intermédiaire du PAS, la vente du médicament devient, par conséquent, exempté de tous les aspects du <i>Règlement sur les aliments et drogues</i> , y compris ceux qui concernent l'innocuité, l'efficacité et la qualité.	
À titre de praticien, j'accepte de fournir un rapport sur les résultats de l'utilisation du médicament, y compris l'information sur les effets indésirables, ainsi que de rendre compte, sur demande, de la quantité de médicament reçue.	
Signature du praticien :	N° de permis :
	Date :

<p>Programme d'accès spécial Direction des produits thérapeutiques a/s Santé Canada Indice de l'adresse 3105 A Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0K9</p>	<p>TÉLÉCOPIER les demandes au 613-941-3194 Dans le cas de demandes urgentes nécessitant une attention immédiates, veuillez communiquer avec le PAS au : 613-941-2108.</p>	<p>SIGNATURE ET SCEAU DU PAS REQUIS POUR ASSURER LA VALIDITÉ DE L'AUTORISATION</p>
<p>Site Web : http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/acces/drugs-drogués/index_f.html courriel : sapdrugs@hc-sc.gc.ca</p>		

Annexe II Formulaire B – Demande d'utilisation ultérieure



PROTÉGÉ UNE FOIS COMPLÉTÉ

PROGRAMME D'ACCÈS SPÉCIAL FORMULAIRE B – DEMANDE D'UTILISATION ULTÉRIEURE

SECTION A : INFORMATION SUR LE PRATICIEN		
Nom du praticien :		
Nom de l'hôpital ou clinique : (si applicable)		
Adresse : (adresse d'expédition seulement)		
Ville :	Province :	Code postal :
Personne-ressource : (si autre que le praticien)		Médicament envoyé a/s de :
Téléphone :		Pharmacie d'hôpital <input type="checkbox"/>
Télécopieur :		Bureau du praticien <input type="checkbox"/>
		Médecine nucléaire <input type="checkbox"/>
		Banque de sang <input type="checkbox"/>
Adresse électronique : (optionnel)		Adresse électronique du praticien : (optionnel)

SECTION B : INFORMATION SUR LE MÉDICAMENT ET LE FABRICANT	
Appellation commerciale :	Autre nom :
Nom du fabricant :	N° de commande :
Voie d'administration : ORALE <input type="checkbox"/> I.V. <input type="checkbox"/> I.M. <input type="checkbox"/> TOPIQUE <input type="checkbox"/> S.C. <input type="checkbox"/> AUTRE :	
Forme posologique : COMPRIMÉ <input type="checkbox"/> CAPSULE <input type="checkbox"/> LIQUIDE <input type="checkbox"/> POUDRE <input type="checkbox"/> CRÈME <input type="checkbox"/> ONGUENT <input type="checkbox"/> TIMBRE <input type="checkbox"/> AUTRE :	

SECTION C : INFORMATION RELATIVE AU SUIVI DU PATIENT ET DU PRODUIT		
INDICATION _____	CONCENTRATION _____	QUANTITÉ _____ (C-À-D. NOMBRE PRÉCIS DE FLACONS/COMPRIMÉS)
1 ^{ère} DEMANDE D'UTILISATION ULTÉRIEURE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
SI NON,		
1. VEUILLEZ FOURNIR LA LISTE DES PATIENTS QUI ONT BÉNÉFICIE DES APPROVISIONNEMENTS PRÉCÉDENTS DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS.		
2. S'IL S'AGIT DU REMPLACEMENT D'APPROVISIONNEMENTS EXPIRÉS, VEUILLEZ COCHER LA CASE SUIVANTE <input type="checkbox"/>		

INITIALES DU PATIENT (P. EX. A.B.C.)	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	SEXE	INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU MÉDICAMENT	PREMIÈRE DEMANDE?	QUANTITÉ DISTRIBUÉE (P. EX. NBR DE COMPRIMÉS)	DATE D'ADMINISTRATION (JJ/MM/AA)
	•••••	H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		•••••
	•••••	H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		•••••
	•••••	H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		•••••

Révisé janvier 2008

5

INITIALES DU PATIENT (P. EX. A.B.C.)	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	SEXE	INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU MÉDICAMENT	PREMIÈRE DEMANDE?	QUANTITÉ DISTRIBUÉE (P. EX. NBR DE COMPRIMÉS)	DATE D'ADMINISTRATION (JJ/MM/AA)
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		

SECTION D : JUSTIFICATION CLINIQUE
1a) Veuillez expliquer dans quelles circonstances le médicament sera utilisé, et présenter des renseignements sur les traitements classiques envisagés, qui se sont révélés inefficaces ou qui ne sont pas disponibles en vue d'une réponse adéquate. Veuillez expliquer les raisons pour lesquelles le produit est nécessaire en vue d'une utilisation ultérieure.
b) En quoi ce médicament est-il le meilleur choix pour votre patient (p. ex. son mécanisme d'action, sa catégorie, sa forme posologique)? Veuillez expliquer.
2. Veuillez fournir les données, références ou ressources PRÉCISES disponibles au sujet de l'utilisation, de l'innocuité et de l'efficacité qui étayent votre décision de prescrire ce médicament. Pour les renvois, joindre les titres de revues ou d'articles, le nom des auteurs, le volume, le numéro, la date et la page où se trouve l'information. Veuillez cocher la case suivante si des documents de référence se trouvent en annexe. <input type="checkbox"/>

SECTION E : ATTESTATION DU PRATICIEN	
À titre de praticien, j'ai accès à ce médicament non commercialisé à des fins d'utilisation pour le traitement d'urgence d'un patient à ma charge en vertu du <i>Règlement sur les aliments et drogues</i> (C.08.010).	
À titre de praticien, je suis conscient qu'en obtenant l'accès à ce médicament par l'intermédiaire du PAS, la vente du médicament devient, par conséquent, exempte de tous les aspects du <i>Règlement sur les aliments et drogues</i> , y compris ceux qui concernent l'innocuité, l'efficacité et la qualité.	
À titre de praticien, j'accepte de fournir un rapport sur les résultats de l'utilisation du médicament, y compris l'information sur les effets indésirables, ainsi que de rendre compte, sur demande, de la quantité de médicament reçue.	
Signature du praticien :	N° de permis :
	Date :

Programme d'accès spécial Direction des produits thérapeutiques a/s Santé Canada Indice de l'adresse 3105 A Pré Tunney Ottawa (Ontario) K1A 0K9	TÉLÉCOPIER les demandes au 613-941-3194 Dans le cas de demandes urgentes nécessitant une attention immédiates, veuillez communiquer avec le PAS au : 613-941-2108.	SIGNATURE ET SCAU DU PAS REQUIS POUR ASSURER LA VALIDITÉ DE L'AUTORISATION
Site Web : http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/acces/drugs-drogués/index_f.html courriel : sapdrugs@hc-sc.gc.ca		

Annexe III Formulaire C - Formulaire de suivi du patient



PROTEGE UNE FOIS COMPLETE

PROGRAMME D'ACCÈS SPÉCIAL FORMULAIRE C - FORMULAIRE DE SUIVI DU PATIENT

SECTION A : RENSEIGNEMENTS SUR LE PRATICIEN	
Nom du praticien :	Tél. :
Hôpital/Clinique :	Fax :
Date de la demande initiale :	

SECTION B : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT		
Initiales du patient :	DN :	Sexe : H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Indication :		

SECTION C : RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT	
Appellation commerciale :	Nom générique :
Voie d'administration :	Forme posologique :
Dose actuelle :	
La dose a-elle été modifiée? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Raison(s) :	
Date de début du traitement :	Le traitement est-il toujours en cours? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date d'arrêt du traitement :
Raison de l'arrêt du traitement :	

SECTION D : RÉPONSE AU TRAITEMENT	
Quel était le but du traitement?	
Réponse au traitement : Aucune <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/>	
Décrire la réponse au traitement	
Médicaments concomitants	

SECTION E : INNOCUITÉ – EFFETS INDÉSIRABLES
Le traitement a-t-il entraîné des effets indésirables graves et imprévus* chez le patient? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si vous avez répondu OUI à la question ci-dessus, veuillez remplir un formulaire de déclaration des effets indésirables présumés du Conseil des organisations internationales des sciences médicales (CIOMS). Le formulaire est disponible à l'adresse suivante (en anglais seulement) : www.cioms.ch/cioms.pdf .
Remarque : La plupart des médicaments offerts dans le cadre du PAS n'ont pas fait l'objet d'un examen complet par Santé Canada et sont toujours en développement clinique. Le contenu, l'exactitude et l'exhaustivité des données sur le produit fournies par le fabricant n'ont pas été vérifiées. Par conséquent, les praticiens doivent surveiller de près la réponse du patient au traitement, et notamment surveiller les effets indésirables potentiels ou la faible efficacité du produit.
* Un effet indésirable grave et imprévu se définit comme une réaction indésirable grave à un médicament dont la nature, la gravité ou la fréquence n'est pas indiquée dans les mentions de risque figurant sur l'étiquette du médicament.

Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hpfb-depsa/mpd-dpt/index_sap_drugs_f.html
Adresse courriel : SAPdrugs@hc-sc.gc.ca

2

Révisé janvier 2008

TÉLÉPHONE : 613-941-2108 FAX : 613-941-3194