



Canadian Treatment Action Council

Canadian Treatment Action Council Annual Report 2004-2005

BOARD OF DIRECTORS

CHAIR **Louise Binder**

VICE-CHAIR **Philip Lundrigan**

TREASURER **Tony Di Pede**

BOARD SECRETARY **Ron Rosenes**

James Edwards

Françoise Grothé

Horace Josephs

Enrico Mandarino

Geraldine Trimble

COUNCIL

Mark Randall, Alberta

Daryle Roberts, British Columbia

Daryn Bond, Manitoba

James Edwards, New Brunswick

Richard Neron, Newfoundland & Labrador

Brian Finch, Ontario

Earl Giles and Michael Sangster,
Nova Scotia

Troy Perrot, Prince Edward Island

Jean-Pierre Bélisle, Québec

Ron Rosenes, AIDS Action Now!

Derek Bell, British Columbia Persons with
AIDS Society (BCPWA)

Gil Lerat,
Canadian Aboriginal AIDS Network

Patrick Cupido, Canadian AIDS Treatment
Information Exchange (CATIE)

James Kreppner,
Canadian Hemophilia Society

Richard Elliott,
Canadian HIV/AIDS Legal Network

Ken Monteith, Coalition des organismes
communautaires québécois de lutte contre le
sida (COCQ-sida)

Clément Bolduc, Comité des personnes
atteintes du VIH du Québec (CPAVIH)

Louise Binder, Toronto People with AIDS
Foundation (TPWAF)



Chair's Report

Louise Binder

It has been my honour to Chair the Board of CTAC over the last challenging, but rewarding, year. The past year has created even more treatment access challenges for our community at both the federal and the provincial government levels as well as with industry.

Federal Drug Review Process

At the federal level, I am happy to report that the federal drug review process is becoming more efficient. For the last year, the Therapeutic Products Directorate (TPD) has been working better using a team approach on the reviews. This was one of the recommendations we made to the Directorate many years ago.

In addition, CTAC has been invited to sit on the Advisory Committee on Management, an advisory group to the Assistant Deputy Minister and senior management of the Health Products and Food Branch. This gives us access to the heads of TPD, the Biologics Directorate and Medical Devices Branch. The review processes of the Biologics Directorate will require more attention in the future. It has been terribly slow to date with Hepatitis C products. We know that a number of the new antiviral products in development, including attachment inhibitors, CD4 blockers and fusion inhibitors, will likely be subject to a very slow review process. The Medical Devices Branch is also of greater interest since one of the facial wasting products is at Medical Devices waiting for review. Also on the Health Canada front, Ron Rosenes is following the work of the Natural Health Product Directorate where he sits on the Management Advisory Committee.

Federal HIV/AIDS Funding

CTAC, along with a number of other HIV/AIDS stakeholders' including the CTN, CAS, CAAN and the Legal Network, have successfully advocated for an increase in funding for the Canadian Strategy on HIV/AIDS, with a doubling of the funding to \$84.4 over 5 years. The Federal Initiative, replacing the Canadian Strategy on HIV/AIDS, is in place. The first \$5,000,000 went to community organizations working with at-risk and vulnerable populations this year. The rest is now being rolled out. We continue to meet with the Minister of State for Public Health and staff about this. We have also spoken to this Minister about the new Public Health Agency of Canada (PHAC) where the HIV Federal Initiative is housed, to ensure that there is HIV program integrity. The government has already taken a chunk of the funds for the administration of PHAC. Now, Minister Bennett has begun integrating disease and disability strategies starting with the integration of chronic diseases. She also

has spoken about integrating infectious diseases such as HIV and Hepatitis C. While no one argues against avoiding duplication of administration costs, we don't want our money used to run someone else's programmes. Each disease group should receive the dollars it needs.

Cross Border Internet Pharmacies

Also at the federal level, CTAC continues to monitor the drug pricing review agency, the Patented Medicine Prices Review Board (PMPRB). Pricing continues to be a growing and significant barrier to drug access across Canada. Still, our brand name drugs cost much less than in the free market U.S. system. This has led to the creation of cross border internet pharmacies (CBIP) selling Canadian patent drugs. CTAC has joined other disability and disease groups, seniors, the pharmacists association and the Liberal MP Don Boudria to demand that the federal government act to ban CBIP.

The federal Minister of Health responded favourably to our concerns about drug shortages and the threat to our drug pricing regulatory system from CBIP. He promised action to stop physicians from co-signing U.S. doctors' prescriptions for patients they have never seen. This would effectively shut down the trade in CB drugs. This threat caused many CBIPs, though not all, to leave Canada. Unfortunately, the Minister has not yet made good on this promise. Instead he is holding multi-stakeholder consultations about how to stop co-signing and how to deal with U.S. export of drugs and bulk purchasing of drugs from Canada. Since sending a letter of complaint, CTAC and the Best Medicines Coalition will now be represented at these consultations.

Drug Pricing

Last year, in response to excessive drug pricing, CTAC and BCPWA joined in solidarity with the U.S. HIV/AIDS community to boycott Abbott Laboratories, mostly symbolically, after they raised the price of ritonavir in the U.S. by 400% overnight. Fortunately a solution was reached and the boycott was lifted.

Common Drug Review

Much work continues at the joint federal/provincial level over the past year. We continue to monitor and advocate for changes to the F/P/T funded Common Drug Review process.

This process was established by the then federal Minister of Health and nine provincial counterparts, with the exception of Quebec, to review drugs for potential inclusion on provincial drug reimbursement plans. It was supposed to speed up the process and make coverage more equitable across the country, but our analysis shows that it does nothing of the kind. In fact, it adds 26 weeks to the review process.

In partnership with other disease and disability groups, CTAC has demanded improvement of CDR's practices and policies to meet its stated objectives from the Canadian Coordinating Office of Technology Assessment (CCOHTA) that houses CDR, and the provinces that pay for it. But to no avail. It still refuses to include consumer input into any of its committees, board, or advisory groups. Last year it refused to recommend atazanavir to the provinces. This year it has done the same to the only drug available to help a rare disorder called Fabry disease and to a badly needed diabetes drug. CDR must somehow be stopped. CCOHTA has started another programme this year called COMPUS, Canadian Optimal Medication Prescribing and Utilization System. This is another thinly disguised cost containment measure. COMPUS is reviewing all guidelines from medical groups across the country about how and when to prescribe certain medications and is planning to set out its own proposed guidelines, which may well differ from those of the medical profession. This is useless duplication that can only be intended to tighten up rules for prescribing and to punish doctors that don't follow them. CTAC attended multi-stakeholder 'consultations' this year about COMPUS that were nothing more than a sham.

Other Drug Pricing Issues

The federal government has also consulted us, along with other stakeholders, on 'cost recovery', i.e. how it charges drug companies for reviewing their drug submissions, and on how to improve real world drug safety and effectiveness, or post approval surveillance, something we have told them for many years they need to do.

CTAC is also following the National Pharmaceutical Strategy that may include some form of national pharmacare system and an orphan drug policy. Stay tuned.

We continue to see a tightening up of provincial drug

coverage plans everywhere. CTAC has taken up provincial access issues wherever provincial stakeholders have identified it as appropriate for us to intervene. It looks like the next battle is looming to get coverage for atazanavir in Manitoba, the only province that does not cover that drug.

Women's Issues

Women's issues remain a priority for CTAC. Carole Lunny is our new Council women's representative. She and I have been working very hard with other wonderful partners including CAS, Positive Women's Network, Planned Parenthood Canada and Voices of Positive Women, on the Blueprint Coalition for Action on Women and HIV/AIDS. It is by far one of the most exciting pieces of coalition work with which we have been involved and it will have a lasting impact long after the 2006 IAS Conference has come and gone from Toronto next summer. It is drawing together an international coalition of women that will work together until the Blueprint set of demands we are preparing to launch on December 1st are met.

NATAF & IAS Conference

CTAC has also joined CAS, U.S. and Mexican activists to develop a Platform of Common Issues for presentation at NATAF in November. CTAC has been part of the NATAF Planning Committee where we will be presenting workshops and I will be the Canadian plenary speaker. CTAC members have been actively involved in the organization of the 2006 IAS Conference in Toronto.

Post Approval Surveillance System (PASS)

CTAC completed its first research project started by the late Glen Hillson and the PASS (Post Approval Surveillance System) Advisory Committee. It is a very exciting project to determine appropriate methods for collecting ART side effect and toxicity data from people living with HIV/AIDS. It is funded by a number of our pharmaceutical partners: GlaxoSmithKline, Hoffman-LaRoche and Bristol Myers Squibb, as well as by a grant from the Ontario HIV Treatment Network (OHTN). We have now received funding from CIHR and Ward Health Strategies to develop and implement a dissemination plan to the HIV/AIDS community and other

disease and disability groups. An advisory committee has been working with our consultant to develop the materials for the dissemination plan. PASS will be presented at the 2005 CAS Skills Building workshops and the Urban Health Conference.

Skills Building Tools

Last year CTAC received a large capacity building grant to develop skills building tools for community advocacy in the area of access to treatment. Several modules have been developed and have been shared with community members across Canada and internationally. We will be presenting workshop modules at CAS Skills. Many have helped with the website, provided guidance and assistance with module development, facilitated tele- and in person workshops and have assisted with promotion, publicity and evaluation.

Administration

Over the past year, CTAC developed a new five year strategic and human resource plan that will help the organization to remain focused, agile and effective.

Conclusion

I am very proud to chair this truly fabulous organization of terrific volunteers and staff. Who knew when we started that we would endure and thrive as we have? With your continued support, I believe we are well equipped to meet the challenges of the coming year.

For an electronic version of this report or for more information on CTAC's current work, please visit our website at:

www.ctac.ca

For more information, contact us at:

Canadian Treatment Action Council (CTAC)

P.O. Box 116, Station "F"

Toronto, Ontario M4Y 2L4

Phone and Fax: (416) 410-6538

Email: ctac@ctac.ca

Financial Statements

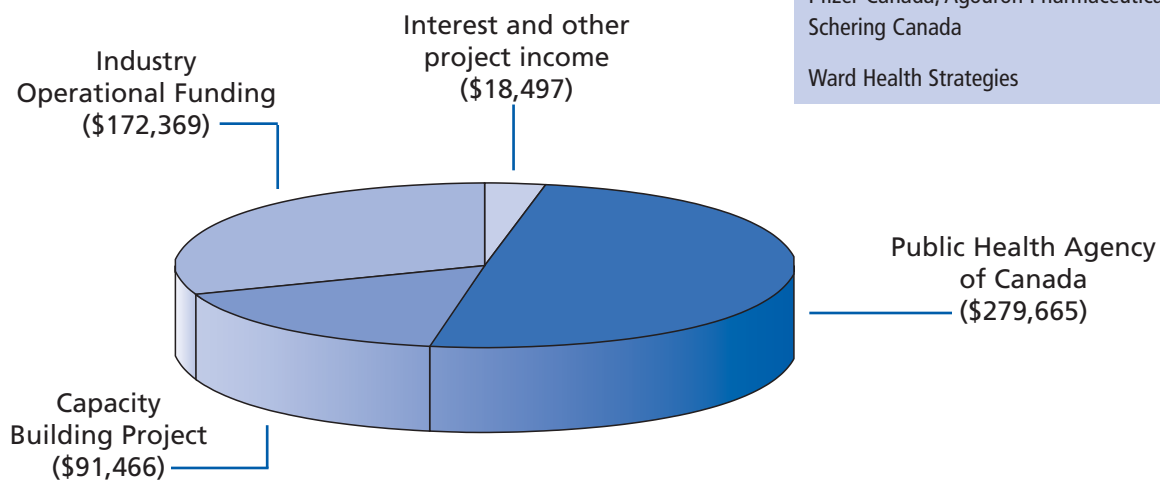
The following is a summary of selected financial information from CTAC's audited financial statements for the year ending March 31, 2005. Full statements are available upon request, through the CTAC office.

	<u>2005</u>	<u>2004</u>
Revenue	\$ 561,997	480,971
Expenses	506,398	428,408
Excess (deficiency) of revenue over expenses	55,599	52,563
Fund balances, beginning of year	162,201	109,638
Fund balances, end of year	\$ 217,800	\$ 162,201

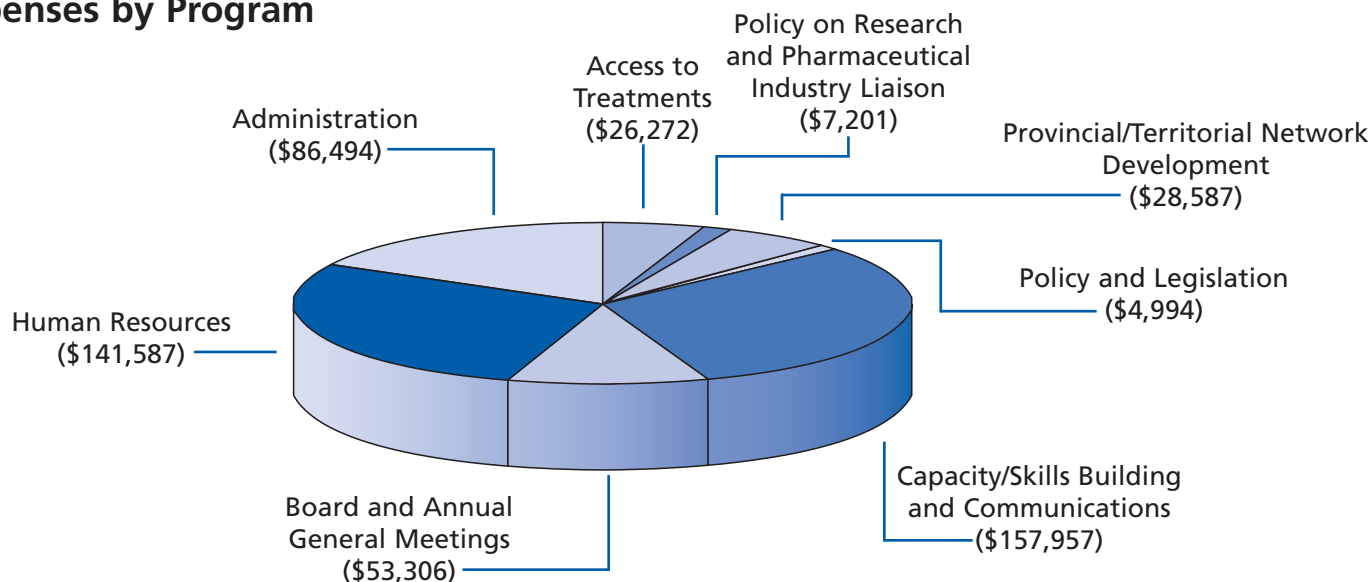
Primary Sources of Revenue

Public Health Agency of Canada (PHAC)
 PHAC - National Non-Governmental Organization (NGO) Operational Fund
 PHAC - National HIV/AIDS Capacity Building Fund
 Canadian Institutes of Health Research
 Abbott Laboratories
 Boehringer Ingelheim Canada Inc.
 Bristol-Myers Squibb Pharmaceutical Group
 Gilead Sciences
 GlaxoSmithKline in partnership with Shire BioChem
 Hoffmann-La Roche
 Pfizer Canada, Agouron Pharmaceuticals Inc.
 Schering Canada
 Ward Health Strategies

Revenue



Expenses by Program





Conseil canadien de surveillance
et d'accès aux traitements

Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements

Rapport annuel 2004-2005

CONSEIL D'ADMINISTRATION

PRÉSIDENTE **Louise Binder**

VICE-PRÉSIDENT **Philip Lundrigan**

TRÉSORIER **Tony Di Pede**

SECRÉTAIRE **Ron Rosenes**

James Edwards

Françoise Grothé

Horace Josephs

Enrico Mandarinò

Geraldine Trimble

MEMBRES DU CONSEIL

Mark Randall, Alberta

Daryle Roberts, Colombie-Britannique

Daryn Bond, Manitoba

James Edwards, Nouveau Brunswick

Richard Neron, Terre-Neuve & Labrador

Earl Giles et Michael Sangster,
Nouvelle-Écosse

Brian Finch, Ontario

Troy Perrot, Île-du-Prince-Édouard

Jean-Pierre Bélisle, Québec

Ron Rosenes,
LE GROUPE D'ACTION SIDA (AAN!)

Derek Bell, British Columbia Persons with
AIDS Society (BCPWA)

Gil Lerat,
Réseau canadien autochtone du sida (RCAS)

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)

Clément Bolduc, Comité des personnes
atteintes du VIH du Québec (CPAVIH)

Louise Binder, Toronto People with AIDS
Foundation (TPWAF)



Message de la présidente

Louise Binder

Cela a été un honneur de présider le conseil d'administration du CCSAT au cours de cette dernière année exigeante mais gratifiante. L'année écoulée a présenté de nouveaux défis pour notre communauté en ce qui concerne l'accès aux traitements, tant au niveau fédéral que provincial, sans mentionner les enjeux liés à l'industrie pharmaceutique.

Processus d'examen des médicaments fédéral

En ce qui concerne le fédéral, je suis heureuse d'affirmer que le processus d'examen des médicaments est en train de devenir plus efficace. Au cours de la dernière année, la Direction des produits thérapeutiques (DPT) a mieux réalisé ses examens grâce à l'adoption d'une approche d'équipe. Cela fait des années que nous lui faisons cette suggestion.

Par ailleurs, le CCSAT a été invité à siéger au Comité consultatif sur la gestion, un groupe qui formule des recommandations à l'intention des sous-ministres adjoints et des administrateurs de la Direction des produits de santé et des aliments (DPSA). Cela nous donne une porte d'accès aux chefs de la DPT, la Direction des produits biologiques et de la Division des matériels médicaux. Nous devons porter une plus grande attention aux processus d'examen en vigueur à la Direction des produits biologiques à l'avenir. Jusqu'à présent, celle-ci s'est avérée affreusement lente en ce qui concerne l'examen des produits pour le traitement de l'hépatite C. Nous savons que plusieurs nouveaux produits antiviraux, notamment des inhibiteurs de fusion et des agents de blocage des CD4, seront assujettis à un processus d'examen excessivement long. La Division des matériels médicaux nous intéresse beaucoup aussi parce qu'un produit utilisé pour corriger les ravages de l'émaciation faciale, y attend actuellement son examen. Également chez Santé Canada, Ron Rosenes surveille le travail de la Direction générale des produits de santé naturels en tant que membre du Comité consultatif sur la gestion.

Financement du VIH/sida au niveau fédéral

Le CCSAT s'est joint à d'autres organismes s'intéressant au VIH/sida, y compris le Réseau canadien pour les essais VIH, la SCS, le RCAS et le Réseau juridique, pour revendiquer avec succès le doublement du financement de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida pour qu'il soit porté à 84,4 \$ sur les cinq prochaines années. L'Initiative fédérale, successeur de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, est maintenant en place. Une première tranche de 5 000 000 \$ a été attribuée aux organismes communautaires qui viennent en aide aux populations à risque et vulnérables. Le reste de l'argent devrait suivre bientôt. Nous poursuivons nos discussions à ce sujet avec la ministre d'État à la Santé publique et son équipe. Nous avons également entamé des discussions avec cette ministre au sujet de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), qui assure l'administration de l'Initiative fédérale, pour préserver l'intégrité des programmes axés sur le VIH. Le gouvernement s'est déjà approprié des fonds pour assurer l'administration de l'ASPC, et la ministre Bennett commence maintenant à intégrer des stratégies de gestion des invalidités et des maladies, en commençant par les maladies chroniques. Elle a également proposé l'intégration des maladies infectieuses comme le VIH et l'hépatite C. Loin de nous de contester la nécessité

d'éviter la multiplication inutile des coûts administratifs, mais nous ne voulons pas que notre argent soit utilisé pour financer les programmes d'autrui. Chaque groupe qui s'intéresse aux droits des malades devrait recevoir l'argent dont il a besoin.

Pharmacies transfrontalières par Internet

Toujours au niveau fédéral, le CCSAT continue de surveiller les activités de l'agence de réglementation du prix des médicaments, soit le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB). Les prix ne cessent d'être une barrière grandissante à l'accès aux médicaments partout au Canada. Il reste cependant que nos médicaments d'origine coûtent beaucoup moins cher que dans le système de marché libre des États-Unis. Cette distinction a fait naître des pharmacies transfrontalières par Internet (PTFI) qui vendent des médicaments brevetés canadiens. Le CCSAT a joint sa voix à celles de plusieurs groupes de défense des droits des malades et des aînés, de l'association des pharmaciens et du député libéral Don Boudria pour exiger l'interdiction des PTFI par le fédéral.

Le ministre de la Santé fédéral a répondu favorablement à nos préoccupations concernant d'éventuelles pénuries de médicaments et les menaces que les PTFI représentent pour notre système de réglementation des prix. Il a promis d'agir pour empêcher les médecins canadiens de co-signer les ordonnances provenant des États-Unis pour des patients qu'ils n'ont jamais examinés. Une telle mesure aurait pour effet de mettre fin à la vente transfrontalière des médicaments. Face à cette menace, plusieurs PTFI, mais pas toutes, ont quitté le Canada. Malheureusement, le ministre n'a pas encore tenu promesse. En lieu et place, il tient des consultations auprès de plusieurs parties concernées afin de trouver un moyen d'arrêter la co-signature et de freiner l'exportation vers le Canada de médicaments américains destinés à être revendus à des patients américains. Grâce à notre lettre de protestation, le CCSAT et la Best Medicines Coalition ont été invités à participer aux prochaines consultations.

Prix des médicaments

L'année dernière, le CCSAT et la BCPWA se sont joints à la communauté de lutte contre le VIH/sida des États-Unis pour boycotter les produits des Laboratoires Abbott afin de protester contre le prix excessif de ses médicaments, notamment celui du ritonavir, que la compagnie avait augmenté de 400 % du jour au lendemain. Heureusement, une solution a été trouvée et le boycott a pris fin.

Programme commun d'évaluation des médicaments

Nous avons réalisé beaucoup de travail dans ce dossier au cours de la dernière année, tant au niveau fédéral que provincial. Nous continuons de surveiller le Programme commun d'évaluation des

médicaments et de revendiquer des réformes (il s'agit du processus d'examen fédéral/provincial/territorial). Ce processus a été créé par le ministre de la Santé fédéral et ses neuf homologues canadiens, avec l'exception du Québec, pour examiner les médicaments en vue de leur inclusion éventuelle dans les programmes provinciaux de couverture des médicaments. Ce programme était censé accélérer le processus d'examen et rendre la couverture plus équitable dans les diverses régions du pays, mais notre analyse a révélé qu'il s'agit d'un échec retentissant. De fait, il prolonge de processus d'examen de 26 semaines.

Le CCSAT s'est joint à d'autres groupes représentant les malades et les personnes handicapées pour exiger l'amélioration des pratiques et des politiques du PCEM afin qu'il puisse atteindre les objectifs fixés par l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS), organisme dont il relève, et les provinces qui le financent. Mais ce fut en vain. Le PCEM refuse toujours de permettre la participation des consommateurs à quelque comité, conseil ou groupe consultatif que ce soit. L'an dernier, il a refusé de recommander l'inclusion de l'atazanavir sur les formulaires des provinces. Il a persisté cette année en rejetant le seul médicament disponible pour le traitement d'un trouble rare appelé maladie de Fabry, ainsi qu'un médicament crucial contre le diabète. Il faut trouver un moyen d'arrêter le PCEM. L'OCCETS a lancé cette année un nouveau programme appelé SCUOM (Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments). Il s'agit d'une autre mesure de réduction des coûts faiblement déguisée. Le SCUOM est en train d'examiner les lignes directrices de toutes les associations médicales du pays en ce qui concerne la prescription des médicaments; il projette d'établir ses propres lignes directrices qui pourraient différer considérablement de celles de la profession médicale. Il s'agit d'une duplication inutile dont l'objectif ne pourrait consister qu'à resserrer les règlements régissant la prescription des médicaments et à punir les médecins qui refusent de les respecter. Le CCSAT a participé cette année à des consultations complètement bidon au sujet du SCUOM.

D'autres questions relatives au prix des médicaments

Le gouvernement fédéral nous a également consultés, ainsi que d'autres parties concernées, au sujet du « recouvrement des coûts », c'est-à-dire la façon dont il facture le traitement des présentations de drogues aux compagnies pharmaceutiques. Il a également sollicité notre avis sur les façons d'améliorer la sûreté et l'efficacité des médicaments dans le « monde réel » (c.-à.-d. en dehors des essais cliniques). Il s'agit de la surveillance post-approbation des médicaments, une mesure que nous les exhortons à prendre depuis plusieurs années.

Le CCSAT suit également le développement de la Stratégie

nationale relative aux produits pharmaceutiques, qui pourrait comporter un programme d'assurance-médicaments national, ainsi qu'une politique sur les médicaments orphelins. Nous vous tiendrons au courant.

Nous continuons d'assister à un resserrement des programmes de couverture des médicaments. Le CCSAT a abordé cet enjeu sur le plan provincial chaque fois que les acteurs provinciaux nous ont invités à intervenir. Il paraît que notre prochaine bataille consistera à assurer l'inclusion de l'atazanavir sur le formulaire du Manitoba, seule province qui ne couvre pas ce médicament à l'heure actuelle.

Enjeux touchant les femmes

Les enjeux touchant les femmes demeurent une priorité pour le CCSAT. Carole Lunny est la nouvelle représentante nationale des femmes à notre Conseil. Nous avons fait équipe toutes les deux et travaillons très fort au sein de la Blueprint Coalition for Action on Women and HIV/AIDS avec d'autres partenaires merveilleux comme la SCS, le Positive Women's Network, la Fédération pour la planification des naissances du Canada et Voices of Positive Women. C'est de loin un des projets de coalition les plus passionnants auxquels nous avons participé et son impact se fera sentir longtemps après la conclusion de la Conférence internationale sur le sida de Toronto en 2006. Il s'agit d'une coalition internationale de femmes qui se sont engagées à poursuivre leur travail jusqu'à ce que les revendications qu'elles prévoient annoncer le 1er décembre soient satisfaites.

Conférence internationale sur le sida et NATAF

Le CCSAT s'est également joint à la SCS et à des militants américains et mexicains pour élaborer un programme commun qui sera présenté lors du NATAF (North American AIDS Treatment Action Forum) au mois de novembre. Le CCSAT siège au comité de planification du NATAF et y présentera des ateliers. Quant à moi, je prendrai la parole au nom des militants canadiens lors de la session plénière. Les membres du CCSAT participent activement à l'organisation de la Conférence internationale sur le sida qui aura lieu l'été prochain à Toronto.

Surveillance post-approbation des médicaments (SSPA)

Le CCSAT a terminé son premier projet de recherche lancé par le regretté Glen Hillson et le Comité consultatif sur le SSPA (Système de surveillance post-approbation). Ce projet nous a permis d'identifier des méthodes appropriées pour recueillir des données sur les effets secondaires et la toxicité des antirétroviraux auprès des personnes vivant avec le VIH/sida. Le projet a été financé par plusieurs de nos partenaires de l'industrie pharmaceutique dont GlaxoSmithKline, Hoffman-LaRoche et Bristol Myers Squibb, ainsi que par une subvention provenant de l'Ontario HIV Treatment

Network (OHTN). Nous avons récemment reçu des fonds des IRSC et de la firme Ward Health Strategies pour élaborer et mettre en oeuvre un plan de distribution pour communiquer les résultats du projet à la communauté VIH/sida et à d'autres groupes représentant les personnes malades et handicapées. Notre consultant travaille de concert avec un comité consultatif pour élaborer le matériel du plan de distribution. Le SSPA sera présenté lors du Symposium de perfectionnement des compétences 2005 de la SCS et à l'occasion de la Conférence sur la santé en milieu urbain.

Outils de perfectionnement des compétences

L'an dernier, le CCSAT a reçu une importante subvention de renforcement des capacités afin d'élaborer un projet de perfectionnement des compétences communautaires dans le domaine de la défense et de la promotion du droit aux traitements. Plusieurs modules ont été développés et mis à la disposition des membres de la communauté partout au Canada et dans d'autres pays. Nous en présenterons quelques-uns lors du Symposium de la SCS. Plusieurs personnes ont contribué à la création du site Web, au développement des modules, à l'animation des ateliers, à la promotion et à l'évaluation du projet.

Administration

Au cours de la dernière année, le CCSAT a élaboré un nouveau plan stratégique et de ressources humaines qui aidera l'organisme à demeurer vigilant, agile et efficace.

Conclusion

Je suis très fier de cet organisme merveilleux qui s'épanouit grâce à ses bénévoles et à son personnel. Qui aurait deviné à nos débuts que nous resterions aussi forts pendant aussi longtemps ? Grâce à votre soutien continu, je crois que nous sommes bien équipés pour relever les défis de la prochaine année.

Pour obtenir une version électronique du présent rapport ou plus de renseignements sur les activités actuelles du CCSAT, veuillez visiter notre site Web à l'adresse

www.ctac.ca

Communiquez avec notre bureau :
Conseil canadien de surveillance et d'accès
aux traitements (CCSAT)
Case postale 116, Succursale F
Toronto (Ontario) M4Y 2L4
Téléphone et Télécopieur : (416) 410-6538
Courriel : ctac@ctac.ca

États financiers simplifiés

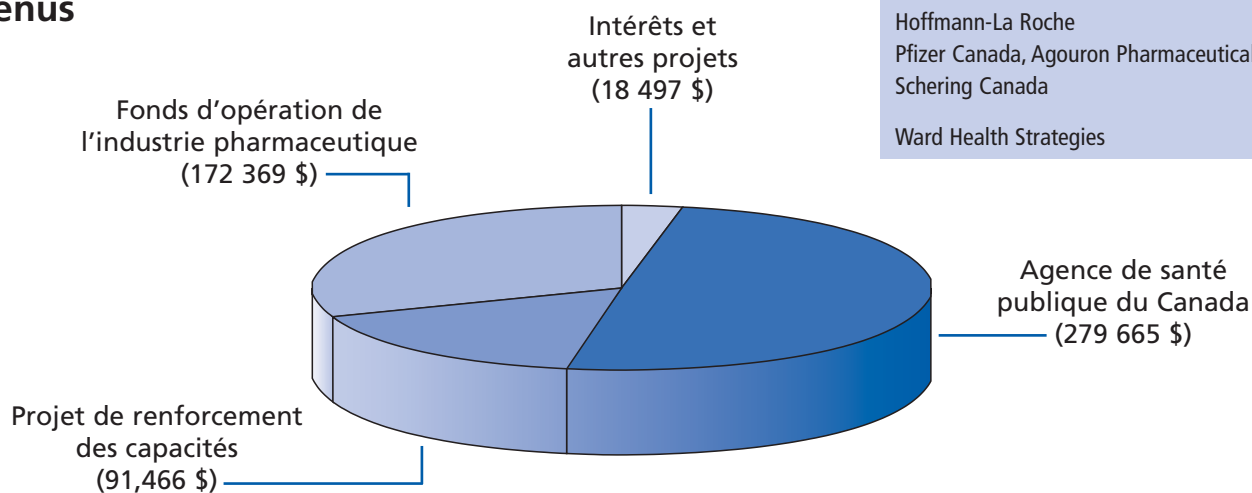
Ce qui suit est un aperçu d'informations financières extraites de l'état financier vérifié du CCSAT pour la période prenant fin le 31 mars 2005. L'état de compte complet peut être disponible sur demande auprès du bureau du CCSAT.

	<u>2005</u>		<u>2004</u>	
Revenus	561 997	\$	480 971	\$
Dépenses	506 398		428 408	
Excès ou déficit de revenu après les dépenses	55 599		52 563	
Soldes du fonds, début de l'exercice	162 201		109 638	
Fonds soldé, fin de l'exercice	217 800	\$	162 201	\$

Les sources principales de revenu

Agence de santé publique du Canada (ASPC)
 ASPC - Fonds opérationnel des organisations non gouvernementales (ONG) nationales
 ASPC - Fonds national pour le perfectionnement des compétences dans le domaine du VIH/sida
 Instituts de recherche en santé du Canada
 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, Agouron Pharmaceuticals Inc.
 Schering Canada
 Ward Health Strategies

Revenus



Dépenses par programme

