



Canadian Treatment Action Council

BOARD OF DIRECTORS

(MARCH 31ST 2006)

CHAIR **Louise Binder**

VICE-CHAIR **Ron Rosenes**

SECRETARY **Jean-Pierre Belisle**

TREASURER **Tony Di Pede**

James Edwards

Troy Perrot

Brian Finch

COUNCIL

(MARCH 31ST 2006)

Mark Randall Alberta

Daryle Roberts British Columbia

Daryn Bond Manitoba

James Edwards New Brunswick

Richard Neron

Newfoundland & Labrador

Earl Giles and Michael Sangster

Nova Scotia

Victor Inigo Ontario

Troy Perrot Prince Edward Island

José Sousa Québec

Ron Rosenes AIDS Action Now!

Derek Bell British Columbia Persons
with AIDS Society (BCPWA)

Malsah Canadian AIDS Society (CAS)

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)

Louise Binder Toronto People with AIDS
Foundation (PWA)

Carole Lunny

National Women's Representative

Canadian Treatment Action Council Annual Report

APRIL 1ST MARCH 31ST
2005-2006



Chair's Report

Louise Binder

This past year was another productive one for CTAC on a number of fronts. We have created greater access to treatment and, at the same time, we have faced a number of challenges.

Access to Treatment, Drug Pricing and Cost Containment

Both federal and provincial governments remain preoccupied with cost containment and have shown little regard for the effects of their cost containment strategies on the cost to human life and the quality of life. As well, prices remain a growing and significant barrier to access across Canada.

Common Drug Review

A prime example of government's preoccupation with cost containment is the Common Drug Review (CDR), a single process for reviewing new drugs and providing formulary listing recommendations for most jurisdictions in Canada (Quebec is not participating). The CDR was supposed to speed up the review process, but, in fact, it slows it down. Furthermore, the CDR rarely, if ever, approves a drug that costs more than other drugs in the same class, even where there is a clear need for the new drug among people currently taking antiretroviral regimens. And the CDR does its work almost in secret, with little accountability and even less input from consumers.

In 2005-2006, CTAC expressed concerns regarding the decision by the CDR not to recommend Viread (tenofovir), a nucleotide drug used as part of a combination therapy in both treatment-naïve and treatment-experienced people, for listing on provincial drug reimbursement plans. CTAC issued an Action Alert and a sample advocacy letter on this issue.

CTAC is actively seeking a full reassessment of the CDR process. Our position is that the CDR process is fatally flawed, does not allow participation of relevant stakeholders and creates less timely decision making. In partnership with other disease and disability groups, CTAC has been demanding that the Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health—which houses the CDR—and the provinces which pay for it improve the CDR's practices and policies in order to enable it to meet its stated objectives. In 2005-2006, CTAC developed the first draft of a position paper on the CDR.

Currently, the national Pharmaceutical Strategy Progress Report commissioned by the federal, provincial and territorial Ministers of Health (except Quebec) is proposing to expand the CDR's powers to include recommendations regarding reimbursement not only for new drugs, but also for new indications for existing drugs, oncology drugs and drugs prescribed in hospitals. As we did in 2005-2006, we will continue to fight wrong-headed government policies and practices that may save money in the short term, but that fail to meet the needs of consumers and will cost health care budgets—and the entire economy—hugely in the longer term. And we will continue to fight for a more open and inclusive CDR process.

Reference-Based Pricing

In 2005–2006, the Ontario Ministry of Health confirmed that the province is considering a new system to reduce spending in the Ontario Drug Benefit (ODB) Program: reference-based pricing (RBP). RBP, which is already in place in British Columbia, relies on a process where drugs that are deemed therapeutically equivalent are grouped together and then the cost of the lowest-priced product in the group is used as the reimbursement level for all drugs in the group. Patients using the more expensive alternatives are generally required to pay the difference between the reference-based price and the price of their alternative drug. RBP could limit access to new drugs for people already on antiretroviral therapy who need to change their drug regimen.

CTAC met with the Ontario Ministry of Health to express its concerns about RBP. As well, in conjunction with the Best Medicines Coalition, the Canadian Association of the Fifty Plus (CARP) and the Ontario AIDS Network, CTAC organized a community forum in Toronto on this topic. There are plans to organize similar fora in other provinces.

As a result (in part, at least, due to consumer advocacy, including CTAC's submissions), the Ontario government's new legislation to cover access to treatments did not contain reference-based pricing and was, in fact, quite favourable for consumers.

Provincial Drug Coverage Plans

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 CTAC to intervene. Ontario is the latest province to undertake an overhaul of its drug plan. CTAC was involved in making submissions as the process unfolded. We were relatively pleased with the results: Ontario is clamping down on generic drug pricing somewhat and is sidestepping the CDR in order to conduct faster reviews of catastrophic drugs.

Cross-Border Internet Pharmacies

For some time now, CTAC has been calling on the government of Canada to ban cross-border internet pharmacies (CBIP). A plethora of consumer groups, professional associations, health care providers, patients and others have recognized the potential for drug shortages and increased drug prices, and have lent their voices to the call for a ban.

In October 2005, CTAC participated in a consultation on CBIP. Health Canada as of March 31st was developing a discussion paper on the issue.

At the political level, the Conservative government has expressed little interest in doing any more about the work in

this area started by the previous Liberal government. However, fortunately, the pharmacies realized that they were under close scrutiny and have moved most of their operations out of Canada.

Federal Drug Review Process

The process of reviewing new drug submissions continues to improve, however slowly. CTAC continues to sit on the Health Products and Foods Branch's Advisory Committee on Management, the group that advises senior management. CTAC will devote more attention in the future to the Biologics Directorate, which has been very slow in reviewing Hepatitis C products. This slow process threatens to delay approval of a number of the new antiviral products in development, such as attachment inhibitors, CD4 blockers and fusion inhibitors.

In addition, in 2005–2006, CTAC was invited to sit on the Management Advisory Committee of the Natural Health Products Directorate. This Directorate faces a considerable challenge as it works through thousands of natural products already on the market to determine how to regulate their use and advertising.

Access to Facial Lipotrophy (FLA)

In conjunction with activists in several provinces, CTAC participated in advocacy efforts to obtain reimbursement for products and services to treat facial lipotrophy (FLA).

Post-Approval Surveillance System (PASS)

In 2005–2006, CTAC completed the third phase of its National Post-Approval Surveillance System (PASS) Study: dissemination, community dialogue and final synthesis. The first two phases involved (1) identifying and documenting the issue; and, (2) developing the research tools and collecting and analyzing the data. The earlier phases demonstrated that patient-centred, community-based systems for reporting adverse drug events (ADEs) could be feasible. To further explore that idea, in the third phase CTAC organized a series of community consultations across the country. Eight consultations were held in Vancouver, Montreal and Toronto; at the 5th Canadian HIV/AIDS Skills-Building Symposium; at the Ontario HIV Treatment Network's 2005 research conference; and, at the 4th Urban Health Conference.

Feedback was generally very positive, with almost unanimous support for CTAC's work in this area. Participants said that a variety of methods could be used to report ADEs, including online systems. They also said that ASOs already providing treatment information could play a "sentinel" role in ADE reporting—i.e., they could serve as reporting centres. Plans are underway for the next phase of this work: continuing dissemination and collaboration outside the HIV/AIDS community, and turning the idea of

community-based sentinel reporting into a reality.

In 2005–2006, CTAC also attended a consultation on reporting adverse drug reactions and commented on a discussion paper on this topic, both organized by Health Canada.

Clinical Trial Design

CTAC continues to be vigilant in the area of ethical clinical trial design. A poster was prepared for presentation at the XVIth International AIDS Conference in Toronto (AIDS 2006), and a capacity-building module was developed and delivered.

Women's Issues

In 2005–2006, CTAC participated actively, along with a number of partners—including the Canadian AIDS Society, Positive Women's Network, the Canadian Federation for Sexual Health and Voices of Positive Women—in Blueprint for Action on Women and HIV/AIDS, the National Women's Coalition. Blueprint is one of the most exciting pieces of coalition work CTAC has been involved in. It has:

- drawn together a national and international coalition of women;
- developed a Blueprint set of demands, which was successfully launched on World AIDS Day; and,
- developed a report card on Canada's success in meeting these demands.

Blueprint has also worked to ensure that women's issues were integrated into the agenda of AIDS 2006.

Skills Building

A very important new initiative for CTAC in 2005–2006 was Tools for Action, a capacity building program designed to enhance HIV treatment advocacy, knowledge and advocacy-practice among Canadians working in HIV/AIDS service, care and advocacy, and among the broader community of people living with HIV. Nine different modules were developed. The workshops were offered free-of-charge to participants in three different formats: in-person, by teleconference and online. Between May 2005 and March 2006, a total of 472 participants took part in the workshops (some of whom attended more than one workshop).

CTAC participated actively in the 5th Canadian HIV/AIDS Skills Building Symposium in October 2005, facilitating or co-facilitating a satellite session on Blueprint for Action, workshops on CTAC's Women and Access to Treatment Intermediate Module and Canada's Action Plan for HIV/AIDS.

Conferences

As it does every year, in 2005–2006 CTAC participated in a number of treatment-related national and international conferences. Of particular interest was the North American Treatment Action Forum (NATAF), a skills-building conference attended by 700 people, where I had the privilege of presenting the first plenary session.

CTAC also participated in a series of teleconferences of people representing organizations in North America. The purposes of the teleconferences was to provide input into the agenda of AIDS 2006. CTAC was also represented on the AIDS 2006 Toronto Local Host and on the central Conference Organizing Committee.

Organizational Issues

In 2005–2006, CTAC undertook a strategic planning process to review its governance structure and strategic directions to ensure that the organization is operating effectively and meeting its mandate. The process determined that the Council should have greater influence on the Board's decision-making to ensure that CTAC's advocacy efforts reflect the needs of people living with HIV/AIDS. Measures to enhance Council's role were identified. In addition, five strategic objectives were developed to strengthen the organization.

One of the results of the strategic planning process was a decision to add two more positions on the Council to represent people from countries where HIV is endemic, prisoners or substance users.

In 2005–2006, an additional staff person was hired and a physical workspace was found for the Toronto staff.

I am pleased to report that as of March 2006, CTAC had 445 full and associate members.

For more information, contact us at:

Canadian Treatment Action Council (CTAC)

P.O. Box 203, Suite 1109B

555 Richmond Street West

Toronto, Ontario M5V 3B1

Phone and Fax: (416) 410-6538

Email: ctac@ctac.ca

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

www.ctac.ca

Financial Statements

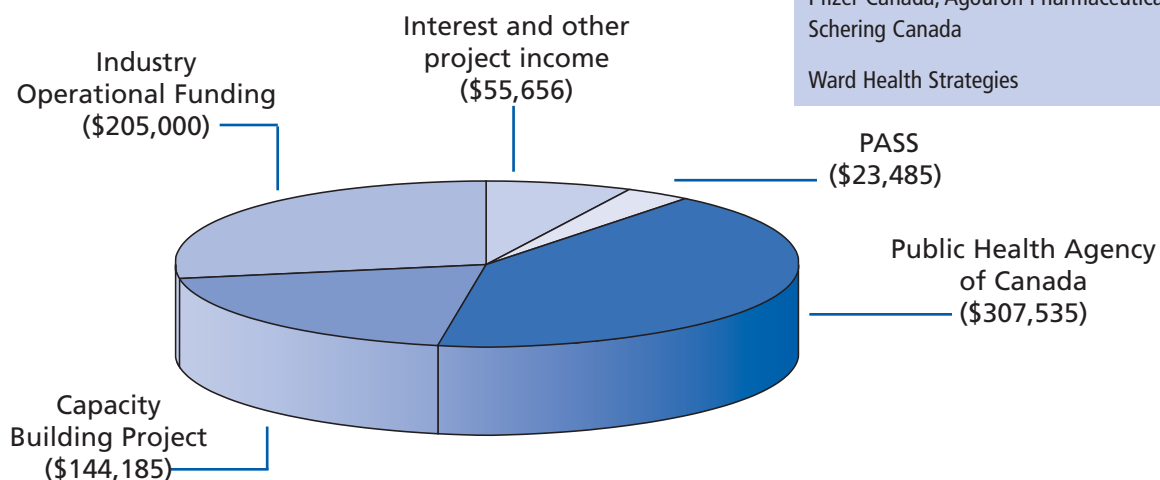
The following is a summary of selected financial information from CTAC's audited financial statements for the year ending March 31, 2006. Full statements are available upon request, through the CTAC office.

	<u>2006</u>	<u>2005</u>
Revenue	\$ 735,861	561,997
Expenses	708,416	506,398
Excess (deficiency) of revenue over expenses	27,445	55,599
Fund balances, beginning of year	217,800	162,201
Fund balances, end of year	\$ 245,245	\$ 217,800

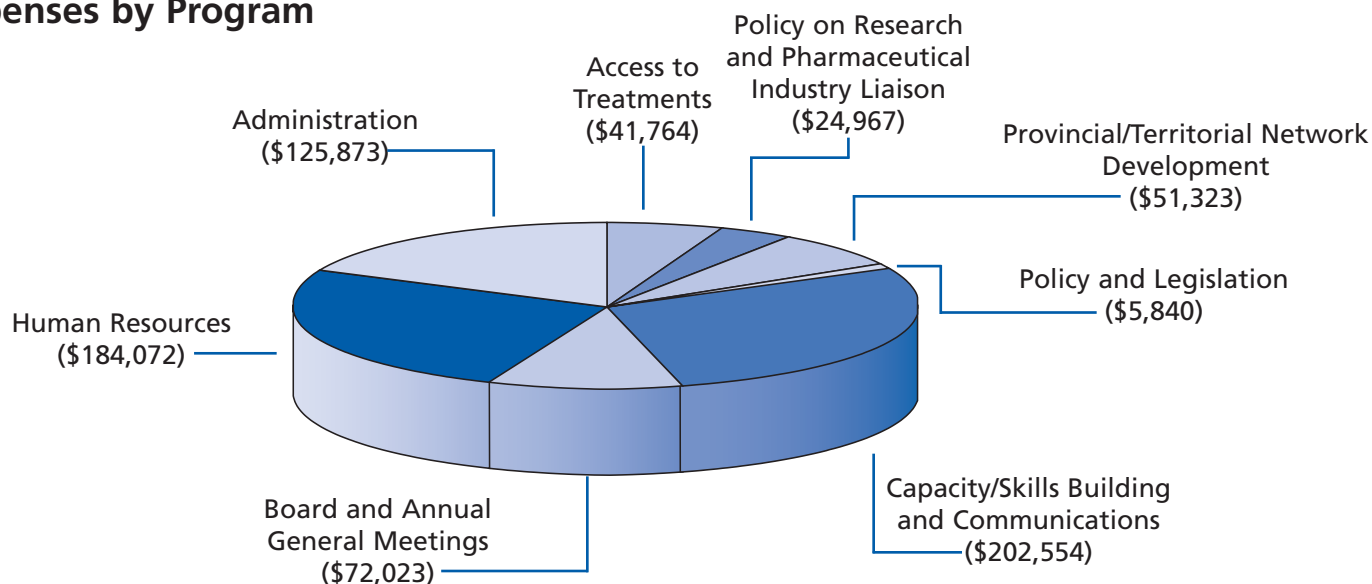
Primary Sources of Revenue

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 D'ADMINISTRATION (31 mars 2006)

PRÉSIDENTE **Louise Binder**

VICE-PRÉSIDENT **Ron Rosenes**

SECRÉTAIRE **Jean-Pierre Bélisle**

TRÉSORIER **Tony Di Pede**

James Edwards

Troy Perrot

Brian Finch

MEMBRES DU CONSEIL (31 mars 2006)

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

Victor Inigo Ontario

Troy Perrot Île-du-Prince-Édouard

José Sousa Québec

Ron Rosenes

LE GROUPE D'ACTION SIDA (AAN!)

Derek Bell British Columbia Persons
with AIDS Society (BCPWA)

Malsah Société canadienne
de l'hémophilie

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)

Louise Binder Toronto People with AIDS
Foundation (PWA)

Carole Lunny

Représentante nationale des femmes

Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements

Rapport annuel

1^{ER} AVRIL 31 MARS
2005-2006



Message de la présidente

Louise Binder

Le CCSAT a eu, sur de nombreux plans, une année très productive. En plus d'avoir amélioré l'accès aux traitements, nous avons relevé plusieurs défis de taille.

Accès aux traitements, fixation du prix des médicaments et réduction des coûts

La réduction des coûts continue de préoccuper les gouvernements fédéral et provinciaux, et ces derniers se soucient peu des effets de leurs stratégies de réduction des coûts sur la vie humaine et sa qualité. De plus, au Canada, le prix des médicaments demeure une barrière imposante et grandissante à leur accès.

Programme commun d'évaluation des médicaments

Un excellent exemple de la préoccupation des gouvernements quant à la réduction des coûts est le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM). Ce programme est un processus unique qui consiste à examiner les nouveaux médicaments et à formuler des recommandations sur l'inclusion de ces derniers sur les listes de médicaments remboursables de la plupart des provinces et territoires canadiens (le Québec n'y participe pas). Le PCEM a été conçu dans le but d'accélérer le processus d'examen, mais en réalité il fait le contraire. De plus, il est rare que le PCEM recommande le remboursement d'un médicament qui coûte plus cher que ceux de la même classe et ce, même si ce nouveau médicament est nécessaire pour les personnes qui suivent une thérapie antirétrovirale. Il faut aussi souligner que le travail du PCEM se fait dans un secret quasi-total, la reddition de comptes et la participation des consommateurs y figurant à peine.

En 2005-2006, le CCSAT a exprimé son inquiétude concernant la décision prise par le PCEM de ne pas recommander, sur les listes de médicaments provinciales, l'inclusion de Viread (ténofovir), un analogue nucléotidique utilisé dans le cadre de thérapies antirétrovirales tant par des patients naïfs aux traitements que par des patients déjà traités. Le CCSAT a distribué un appel à l'action et une lettre modèle dénonçant cette décision.

Le CCSAT réclame une réévaluation intégrale du processus du PCEM. Notre position est la suivante : le processus du PCEM est gravement défectueux, il ne permet pas la participation des principaux intéressés et crée des retards dans la prise de décisions. En partenariat avec les représentants de divers autres groupes de malades et de personnes handicapées, le CCSAT a exigé de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé—agence dont relève le PCEM—et des provinces qui le financent qu'elles améliorent les pratiques et les politiques du PCEM afin que ce dernier puisse atteindre les objectifs désignés. En 2005-2006, le CCSAT a rédigé une première ébauche d'une déclaration de principes sur le PCEM.

À l'heure actuelle, le rapport d'étape sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques commandé par les ministres provinciaux, territoriaux et fédéral de la Santé (sauf celui du Québec) propose d'élargir les pouvoirs du PCEM. Ce dernier serait ainsi chargé de recommander non seulement le remboursement des nouveaux médicaments mais aussi celui des nouvelles indications des médicaments existants, des médicaments oncologiques et des médicaments prescrits dans les contextes hospitaliers. Tout comme en 2005-2006, nous continuerons de nous

battre contre les politiques et les pratiques gouvernementales mal fondées qui sont susceptibles de permettre des économies à court terme mais qui coûteront très cher aux budgets de la santé à long terme—et à l'ensemble de l'économie—sans pour autant répondre aux besoins des consommateurs. Et nous continuerons de lutter pour l'établissement d'un processus plus ouvert et plus inclusif au sein du PCEM.

Prix de référence

En 2005-2006, le ministère de la Santé de l'Ontario a confirmé que la province envisageait de créer un nouveau système pour réduire les dépenses du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) : il s'agit de la politique du prix de référence (PPR). Déjà en vigueur en Colombie-Britannique, la PPR repose sur un processus qui regroupe dans une seule catégorie les médicaments jugés équivalents sur le plan thérapeutique; ensuite, le prix du produit le moins cher de cette catégorie est utilisé pour établir le niveau de remboursement qui sera appliqué à tous les médicaments de ce groupe. Les patients ayant recours à des produits plus chers doivent généralement payer la différence entre le prix de référence et le prix réel du médicament choisi. La PPR pourrait ainsi limiter l'accès aux nouveaux médicaments des personnes déjà en multithérapie qui ont besoin de changer de médicaments.

Le CCSAT a rencontré les représentants du ministère de la Santé de l'Ontario pour leur faire part de leurs préoccupations concernant la PPR. De plus, en collaboration avec la Best Medicines Coalition, la Canadian Association of the Fifty Plus (CARP) et l'Ontario AIDS Network, le CCSAT a organisé un forum communautaire à Toronto pour discuter de ce sujet. Des forums semblables sont prévus dans d'autres provinces.

Grâce en partie aux efforts déployés par les groupes de protection des consommateurs, y compris les mémoires présentés par le CCSAT, la nouvelle législation ontarienne sur la couverture des médicaments ne comporte aucune politique du prix de référence; en fait, elle est plutôt favorable aux consommateurs.

Régimes d'assurance-médicaments provinciaux

Nous continuons d'assister à un resserrement des régimes d'assurance-médicaments provinciaux d'un bout à l'autre du pays. Le CCSAT a abordé les questions relatives à l'accès dans les provinces chaque fois que les acteurs clés de ces dernières ont jugé notre intervention appropriée. L'Ontario est la dernière province à avoir entrepris une révision de son régime d'assurance-médicaments. Le CCSAT a participé à ce processus en présentant des mémoires au fur et à mesure de son évolution. Nous sommes relativement satisfaits des résultats : l'Ontario est en train de s'activer quelque peu contre la fixation de prix excessifs pour les médicaments génériques et de contourner le PCEM afin de réaliser des examens plus rapides des médicaments onéreux.

Pharmacies transfrontalières par Internet

Depuis un bon bout de temps, le CCSAT enjoint au gouvernement du Canada d'interdire les pharmacies transfrontalières par Internet (PTFI). De

nombreux groupes de consommateurs, d'associations professionnelles, de fournisseurs de soins, de patients et d'autres encore ont reconnu le risque de pénuries de médicaments et d'inflation des prix que posent les PTFI et ont joint leur voix à celle des militants qui réclament leur interdiction.

En octobre 2005, le CCSAT a participé à une consultation sur les PTFI. En date du 31 mars, 2006 Santé Canada travaillait à un document de travail sur cette question.

Sur le plan politique, le gouvernement conservateur ne s'intéresse guère à poursuivre le travail effectué par l'ancien gouvernement libéral dans ce dossier. Il reste cependant que les pharmacies en question se sont aperçues que leurs activités étaient surveillées de près et ont déménagé la majorité de leurs opérations à l'extérieur du Canada.

Processus fédéral d'examen des médicaments

Le processus d'examen des demandes d'approbation des nouveaux médicaments continue de s'améliorer, quoique lentement. Le CCSAT siège toujours au Comité consultatif sur la gestion de la Direction générale des produits de santé et des aliments, le groupe chargé de conseiller les cadres supérieurs en cette matière. À l'avenir, le CCSAT portera plus d'attention à la Direction des produits biologiques dont les examens des produits contre l'hépatite C progressent très lentement. La lenteur de ce processus risque de retarder l'approbation de plusieurs antiviraux en développement, tels que les inhibiteurs de fusion et les antagonistes des CD4.

En outre, le CCSAT a été invité à siéger au Comité consultatif de gestion de la Direction des produits de santé naturels (DPSN). La DPSN fait face à un défi de taille qui consiste à évaluer les milliers de produits naturels qui se trouvent déjà sur le marché afin de déterminer comment réglementer leur utilisation et leur publicité.

Accès aux traitements de la lipoatrophie faciale

En collaboration avec les militants de plusieurs provinces, le CCSAT a participé à des actions visant l'obtention du remboursement des produits et des services utilisés pour traiter la lipoatrophie faciale.

Système de surveillance post-approbation (SSPA)

En 2005–2006, le CCSAT a terminé la troisième phase de son étude sur le Système de surveillance post-approbation (SSPA) : la dissémination des résultats, les consultations communautaires et la synthèse finale. Les deux premières phases avaient consisté (1) à cerner et à documenter l'enjeu et (2) à développer les outils de recherche, à recueillir les données et à les analyser. Les premières phases de l'étude ont démontré la faisabilité d'un système communautaire de déclaration des effets indésirables des médicaments (EIM) axés sur les patients. Pour explorer davantage cette idée, le CCSAT a organisé une série de consultations communautaires lors de la troisième phase. Huit consultations ont eu lieu à Vancouver, à Montréal et à Toronto et à l'occasion du 5^e Symposium national de perfectionnement des compétences dans le domaine du VIH/sida, de la conférence de recherche 2005 de l'Ontario HIV Treatment Network et de la 4^e Urban Health Conference.

De façon générale, la rétroaction des participants a été positive, et le travail du CCSAT dans ce dossier jouit d'un soutien quasi-unanime. Les participants ont affirmé qu'une variété de méthodes pourraient être utilisées pour déclarer les effets indésirables, y compris des outils en ligne. Ils ont également fait valoir que les organismes de lutte contre le sida qui fournissent déjà de l'information sur les traitements pourraient jouer un rôle de « sentinelle » dans la déclaration des effets indésirables—c'est-à-dire qu'ils pourraient servir de centres de signalement des EIM. La planification de la prochaine phase de ce projet est déjà en cours : il s'agira de poursuivre la dissémination des résultats, d'étendre la collaboration en dehors de la communauté VIH-sida et de transformer la notion de « sentinelles » communautaires en réalité.

En 2005–2006, le CCSAT a également participé à une consultation sur la déclaration des effets indésirables des médicaments et commenté un document de travail sur ce sujet, tous les deux organisés par Santé Canada.

Conception des essais cliniques

Le CCSAT continue d'être vigilant en ce qui a trait au respect de l'éthique dans la conception des essais cliniques. Un poster a été préparé et présenté au XVI^e Congrès international sur le SIDA de Toronto, et un module de renforcement des capacités a été créé et mis sur pied.

Questions touchant les femmes

En 2005–2006, le CCSAT a participé activement au Plan intégral d'action sur le VIH et les femmes et les filles, une coalition nationale de femmes. Nos partenaires dans ce projet comprennent la Société canadienne du sida, le Positive Women's Network, la Fédération canadienne pour la santé sexuelle et Voices of Positive Women. Le Plan intégral d'action constitue un des projets de coalition les plus passionnants auxquels le CCSAT a participé. Cette coalition nationale et internationale de femmes a rédigé une série de revendications qu'elle a rendue publique lors de la Journée mondiale du sida; elle a aussi rédigé un « bulletin de notes » concernant la réponse du Canada à ces revendications. Les membres de la coalition ont également travaillé à l'inclusion des enjeux touchant les femmes dans le programme du XVI^e Congrès International sur le SIDA.

Perfectionnement des compétences

Le CCSAT a lancé une nouvelle initiative importante en 2005–2006 appelée « Des outils pour l'action ». Ce programme de renforcement des capacités a été conçu pour faciliter la défense et la promotion du droit aux traitements et améliorer les connaissances et les pratiques des fournisseurs de services et de soins et des militants canadiens, ainsi que celles de l'ensemble de la communauté VIH-sida. Neuf modules ont été créés et offerts gratuitement aux participants dans trois formats différents : en personne, par téléconférence et en ligne. Entre mai 2005 et mars 2006, un total de 472 participants ont pris part aux ateliers (dont plusieurs ont participé à plus d'un atelier).

Le CCSAT a participé activement au 5^e Symposium national de

perfectionnement des compétences dans le domaine du VIH/sida qui s'est tenu en octobre 2005. Le CCSAT a animé une session satellite sur le Plan intégral d'action, ainsi que des ateliers sur les femmes et l'accès aux traitements et le plan d'action canadien sur le VIH-sida.

Conférences

Comme chaque année, le CCSAT a participé à plusieurs conférences nationales et internationales se rapportant aux traitements en 2005–2006. Le North American Treatment Action Forum (NATAF) a été particulièrement intéressant; il s'agissait d'une conférence de perfectionnement des compétences qui a attiré 700 participants. J'ai eu le privilège d'ouvrir la première session plénière lors de ce forum.

Le CCSAT a aussi participé à une série de téléconférences réunissant les représentants de divers organismes en Amérique du Nord. Ces dernières avaient pour objectif de fournir des suggestions concernant le programme du XVI^e Congrès international sur le SIDA. Le CCSAT était également représenté au comité d'accueil du congrès (Toronto Local Host) et au comité organisateur central.

Affaires internes

En 2005–2006, le CCSAT a entamé un processus de planification stratégique afin de revoir sa structure de gouvernance et ses orientations stratégiques et de s'assurer que l'organisme fonctionne efficacement et qu'il remplit son mandat. Ce processus nous a permis de déterminer que le Conseil devrait avoir plus d'influence sur la prise de décisions au sein du conseil d'administration pour s'assurer que les activités de défense des droits du CCSAT répondent aux besoins des personnes vivant avec le VIH-sida. Des mesures visant l'élargissement du rôle du Conseil ont été identifiées. De plus, cinq objectifs stratégiques ont été fixés dans le but de renforcer l'organisme.

Ce processus de planification stratégique a également débouché sur la décision d'ajouter deux nouveaux sièges au Conseil pour assurer la représentation des personnes originaires des pays où le VIH est endémique, des détenus ou des utilisateurs de substances intoxicantes.

En 2005–2006, nous avons engagé une employée additionnelle et trouvé un lieu de travail pour notre personnel à Toronto.

Il me fait plaisir d'annoncer que le CCSAT comptait 445 membres à part entière et associés dès mars 2006.

Communiquez avec notre bureau :

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

C.P. 203, Bureau 1109B

555, rue Richmond Ouest

Toronto (Ontario) M5V 3B1

Téléphone et Télécopieur : (416) 410-6538

Courriel : ctac@ctac.ca

États financiers simplifiés

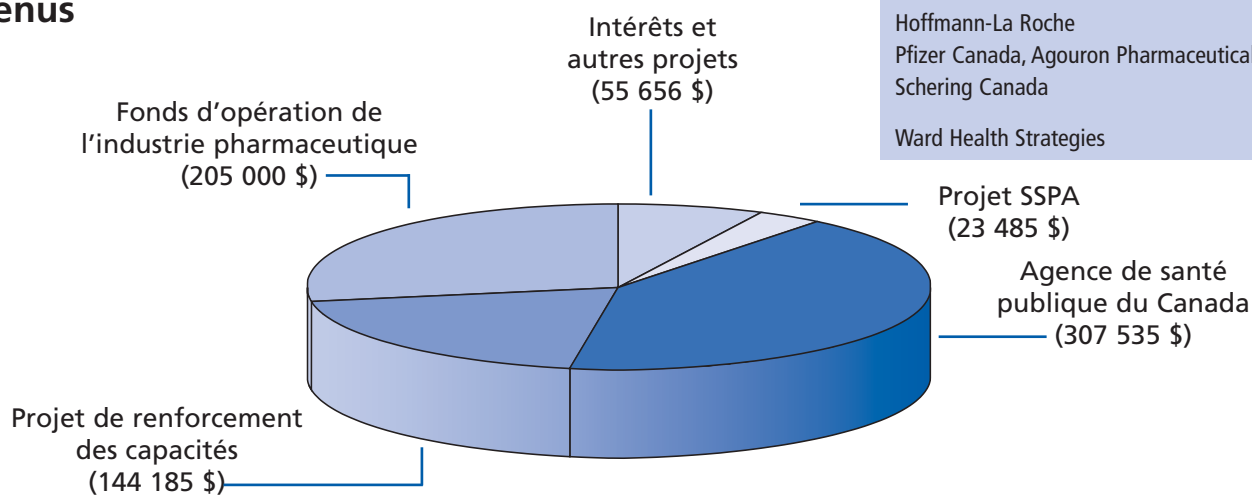
Ce qui suit est un aperçu d'informations financières extraites de l'état financier vérifié du CCSAT pour la période prenant fin le 31 mars 2006. L'état de compte complet peut être disponible sur demande auprès du bureau du CCSAT.

	<u>2006</u>		<u>2005</u>	
Revenus	735 861	\$	561 997	\$
Dépenses	708 416		506 398	
Excès ou déficit de revenu après les dépenses	27 445		55 599	
Solde – début de l'exercice	217 800		162 201	
Solde – fin de l'exercice	245 245	\$	217 800	\$

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

