

# CONSEIL CANADIEN DE SURVEILLANCE ET D'ACCÈS AUX TRAITEMENTS



Conseil canadien de surveillance  
et d'accès aux traitements

## DANS CE NUMÉRO

ÉTÉ 2006  
VOLUME 8  
NUMÉRO 3

La stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. . . . .	1
Le Comité Lipo-Action. . . . .	3
Nouvelles options et nouveaux coûts pour les patients déjà traités. . . . .	5
Le remboursement des médicaments : Saskatchewan . . . . .	6
Mise à jour sur les questions relatives aux femmes : . . . . .	8
La co-infection VIH/VHC. . . . .	10
Marche nationale pour la vie. . . . .	11
Le CCSAT au XVI <sup>e</sup> Congrès international sur le sida. . . . .	12
Calendrier des événements . . . . .	13
Rapport de la présidente . . . . .	13
Membres du conseil . . . . .	14



## La stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques

### Une préoccupation naissante et urgente

Préparé par la Best Medicines Coalition

Le texte suivant est un résumé officiel du document de référence sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques (SNPP) de la Best Medicines Coalition. Pour lire le rapport intégral (en anglais seulement), qui comprend des renseignements généraux et concrets, consultez le site Web : <http://www.bestmedicines.ca> ou téléphonez au : 1-888-807-7904.

La Best Medicines Coalition, dont les membres représentent des Canadiennes et des Canadiens vivant avec une maladie chronique ou touchés par une telle condition, est une alliance composée de citoyens et de représentants d'une vaste gamme d'organisations qui partagent un intérêt pour l'efficacité dans les soins de santé. Le groupe considère qu'un accès sécuritaire, opportun et équitable à la médecine fondée sur les meilleures preuves est un élément clé de l'efficacité dans le traitement et la prévention pour toutes les Canadiennes et tous les Canadiens. Le Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements est un des membres actifs de la Coalition.

#### La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques (SNPP) Best Medicines Coalition – Sommaire

**D**ans le cadre du plan décennal visant à améliorer les soins de santé, les premiers ministres du Canada ont convenu d'élaborer une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques (SNPP).<sup>1</sup> Ils se sont mis d'accord sur le fait qu'aucun citoyen ne devrait éprouver de sérieuses difficultés financières pour obtenir les médicaments requis, et que l'accès à des médicaments abordables est essentiel afin qu'il y ait équité en matière de santé pour tous les citoyens. Toutefois, nous nous rendons compte, avec la mise en place de la Stratégie, qu'ils ont négligé de recueillir des renseignements directement de sources viables et bien informées. La Coalition considère sans possible équivoque que les patients canadiens, en tant que consommateurs de soins de santé, doivent faire partie du processus décisionnel qui touche directement chaque aspect de leur vie, en particulier leur état de santé.

*suite à la page suivante*

<sup>1</sup> Il s'agit des premiers ministres des provinces, des territoires et le premier ministre du Canada.



## La stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : Une préoccupation naissante et urgente

*suite de la page 1*

Comment les décideurs peuvent-ils tirer des conclusions efficaces sans l'importante contribution de toutes les personnes touchées? Bref, ils ne le peuvent pas. Lorsqu'il s'agit de l'administration de médicaments, la perspective la plus importante est celle des personnes ciblées par ces médicaments. Le système de soins de santé doit être conçu en fonction des personnes qui ne jouissent pas d'une santé optimale. On doit donc accorder à ces personnes, et à ceux qui s'en occupent, une place centrale dans le processus, et cela, dès le début. *Il est scandaleux que les gouvernements fédéral et provinciaux ferment la porte aux patients et qu'ils ne veulent même pas dévoiler au public canadien ce qui se passe derrière ces portes closes.*

Nous savons que la Stratégie proposée porte sur cinq domaines clés qui ont été hiérarchisés en fonction de neuf points d'intervention; nous savons aussi qu'un rapport d'étape du Groupe de travail ministériel sera fourni aux premiers ministres du Canada le 30 juin 2006. Malgré ce délai qui approche à grands pas, le Groupe de travail n'a toujours pas invité les patients ni les consommateurs de soins de santé à participer à des consultations d'importance. La Coalition a formulé des recommandations en fonction des cinq domaines clés et continue de demander au gouvernement l'occasion de participer aux discussions sur la Stratégie afin que ces recommandations soient pleinement explorées.

### Recommandations de la Coalition selon les cinq domaines clés :

#### 1. L'innocuité et l'efficacité des médicaments dans le « monde réel »

- Une stratégie de surveillance postcommercialisation doit être élaborée afin de fixer des normes pour une évaluation approfondie et continue de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments; cette stratégie doit s'appuyer sur des résultats provenant de sources sûres.
- Les patients doivent être présents et actifs dans l'élaboration et à toutes les étapes de cette stratégie.
- Le processus de collaboration doit également inclure bien d'autres parties prenantes et englober des ressources d'informations internationales, sans perdre de vue la perspective propre au Canada.
- On ne doit pas recourir à la surveillance pour retarder l'accès aux médicaments.

#### 2. Les médicaments onéreux utilisés dans le traitement des maladies rares

- Pour protéger le droit des personnes atteintes de maladies rares d'avoir accès aux meilleurs médicaments et traitements, on devrait élaborer en priorité une politique sur les maladies rares. Une étude récente démontre que chaque dollar investi dans de nouveaux traitements et médicaments soulage le système de soins de santé de dépenses sept fois plus grandes dans des domaines médicaux ou émergents comme les hôpitaux, les médecins/spécialistes et les soins à domicile.
- Une stratégie doit être conçue de façon à ce qu'un règlement légitime et cohérent soit adopté pour déterminer le coût des médicaments orphelins.
- Le Canada doit se joindre à la lutte mondiale visant à protéger les personnes atteintes de maladies rares et appuyer à l'échelle mondiale la recherche et le développement pour de nouveaux traitements efficaces.

#### 3. Le prix et l'achat des médicaments

- Un plan national relatif aux prix et à l'achat des médicaments doit permettre de déployer tous les efforts possibles afin de contrôler le coût des médicaments pour les patients et les consommateurs, sans priver ceux-ci des médicaments dont ils ont besoin, simplement parce qu'ils ne sont pas achetés en grande quantité.
- Aucun plan ne doit compromettre l'accès aux médicaments en limitant l'approvisionnement à un petit nombre de fabricants ou en limitant l'accès, pour les médecins et les patients, à des médicaments plus onéreux.
- La Stratégie doit permettre d'identifier les facteurs contribuant à l'escalade des dépenses en matière de médicaments et de contrôler ces dépenses en considérant le bilan coûts-avantages pour les patients, les médecins, les pharmaciens, les gouvernements et les fabricants de médicaments.
- On ne peut pas limiter l'accès aux médicaments qui améliorent à long terme la santé et la qualité de vie des patients; on ne peut pas transférer les coûts aux patients; on ne peut pas limiter la capacité des médecins de prescrire les médicaments qu'ils considèrent comme étant les plus appropriés pour leurs patients.

*suite à la page suivante*



## La stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : Une préoccupation naissante et urgente

*suite de la page 2*

### 4. La couverture des médicaments onéreux

- La Stratégie doit être solidement ancrée sur le principe qu'aucun citoyen ne devrait éprouver des difficultés financières afin de recevoir les meilleurs soins médicaux disponibles; la Stratégie ne doit pas perdre de vue les besoins particuliers des patients aux prises avec une maladie chronique qui nécessite des traitements et/ou des médicaments onéreux.
- On doit réfléchir à la question de l'équité pour toutes les Canadiennes et tous les Canadiens, en accordant une attention particulière aux ménages pour qui consacrer seulement même 3 % de leur revenu aux médicaments constitue un fardeau bien trop lourd.

### 5. La liste commune des médicaments admissibles

- Les gouvernements doivent éliminer le double emploi qui représente le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM), ainsi que d'autres niveaux de redondance administrative. Si cela n'est pas fait ou est impossible, le PCEM devrait être entièrement éliminé.
- Les régimes d'assurance-médicaments provinciaux doivent revoir la façon dont ils ajoutent des médicaments à la liste

commune; ils ne devraient pas se fier aux recommandations du PCEM, mais plutôt s'appuyer sur des preuves scientifiques portant sur les avantages pour la population et pour la prestation de soins de santé.

- Il doit y avoir au Canada un accès universel et équitable aux médicaments, au-delà de la Stratégie et des régimes provinciaux. Le besoin d'un plan national est évident, notamment pour améliorer la réduction des coûts liés à l'administration de la Stratégie, ainsi que pour atteindre l'uniformité en matière d'assurance-médicaments à l'échelle du pays.

**Il est primordial de se rappeler les bienfaits généraux qu'apportent les médicaments aux soins de santé. La Coalition recommande que l'accès aux médicaments soit fondé sur les choix qu'effectuent les médecins pour leurs patients, tout en reconnaissant l'impact de l'investissement croissant de l'industrie pharmaceutique du Canada pour financer toute hausse potentielle dans les dépenses gouvernementales à ce chapitre. Le message dominant de ce document est clair : « Invitez les patients à participer à la Stratégie et faites en sorte que le processus soit transparent. » ■**



## Le Comité Lipo-Action : des militants bien particuliers !

*par Brad Monteith, Interim Director of Lipo-Action!*

**S**i vous voulez que quelque chose soit fait, faites-le vous-même ! L'expression est bien connue mais que veut-elle dire en pratique ? Quand les membres du *Comité Lipo-Action!* de Montréal veulent que quelque chose se fasse, ils mettent la main à la pâte et recrutent d'autres gens pour faire avancer leur cause.

Créé par plusieurs personnes vivant avec le VIH-sida afin d'aborder le problème de la lipodystrophie, une complication causée par certains médicaments caractérisés par une perte sélective de gras. Le groupe s'est inspiré entre autres des militants du groupe TRT-5 de France, des chercheurs communautaires qui

réunissaient des témoignages de personnes vivant avec le VIH-sida sur l'impact de la lipodystrophie dans leur vie et des traditions du théâtre de rue.

Dans un premier temps, le *Comité Lipo-Action!* s'est appliqué à définir ses objectifs et à les exprimer clairement aux politiciens et aux professionnels de la santé qui étaient les plus susceptibles de pouvoir venir en aide aux personnes souffrant de lipodystrophie, ainsi qu'aux personnes vivant avec le VIH elles-mêmes. Le comité s'est fixé les objectifs suivants :

- prévenir la lipodystrophie en prescrivant des médicaments
- suite à la page suivante*



## Le Comité Lipo-Action : des militants bien particuliers !

*suite de la page 3*

moins toxiques qui ne sont pas associés au syndrome;

- fournir de l'information claire aux patients afin qu'ils puissent prendre des décisions éclairées concernant leurs options de traitement;
- assurer la couverture des traitements réparateurs contre la lipoaccumulation et la lipoatrophie.

Ensuite, le comité s'est activé à consolider l'appui des autres acteurs du mouvement de lutte contre le sida. Des prestations divertissantes ont été organisées le long du parcours de la Marche pour la vie, et des manifestations ont eu lieu à l'extérieur et à l'intérieur de plusieurs réunions de chercheurs et de spécialistes du VIH qui avaient lieu à Montréal.

Le comité est de nouveau passé à l'action lorsque le ministre de la Santé du Québec a prétendu manquer d'informations précises sur la lipodystrophie en réponse à une question posée à l'Assemblée nationale. Il a rédigé un mémoire à l'intention du ministre pour lui décrire les aspects scientifiques du problème, ainsi que les impacts sociaux importants pour les personnes vivant avec le VIH-sida. *Lipo-Action!* a ensuite sollicité des appuis au mémoire par le biais d'une campagne de lettres de soutien qui se poursuit aujourd'hui. Il espère présenter des milliers de lettres d'appui au ministre de la Santé et à d'autres politiciens et fonctionnaires supérieurs dès cet automne.

Depuis le début, le *Comité Lipo-Action!* se réunit régulièrement afin d'évaluer l'impact de ses actions et d'adapter ses actions à venir aux nouvelles réalités qui se présentent. Il peut s'agir de faire pression sur les compagnies pharmaceutiques pour qu'elles fassent approuver leurs produits plus rapidement au Canada, de s'assurer que les PVVIH sont au courant des essais cliniques des traitements réparateurs qui sont en voie de recrutement ou de s'assurer que les traitements approuvés par Santé Canada sont couverts par le régime d'assurance-médicaments provincial.

Pour lire le mémoire du *Comité Lipo-Action!*

et la lettre d'appui en français, visitez :

[www.frequencevih.ca/rubrique.php3?id\\_rubrique=22](http://www.frequencevih.ca/rubrique.php3?id_rubrique=22)

Pour lire le mémoire du *Comité Lipo-Action!*

et la lettre d'appui en anglais, visitez :

[www.accmontreal.org/en/lipo.html](http://www.accmontreal.org/en/lipo.html)

Les tactiques du comité et les cibles de ses actions sont ajustées constamment en cours de route, mais les objectifs demeurent les mêmes : il s'agit d'améliorer la vie des personnes vivant avec le VIH-sida et qu'elles récupèrent un peu de contrôle sur les choses qui ont un impact tellement profond sur leur vie. ■

**Vous pouvez communiquer avec le  
*Comité Lipo-Action!* à l'adresse :  
[lipoaction@yahoo.ca](mailto:lipoaction@yahoo.ca)**

## Le parcours d'un militant – *Une perspective personnelle*



**J**e m'appelle Brad. Je suis un homme gai co-infecté de 42 ans qui vit à Montréal depuis 1986. Lorsque j'ai reçu mon diagnostic de VIH au tendre âge de 21 ans, j'ai braillé comme un enfant abandonné dans un monde cruel. Puis je me suis mis en colère et j'ai juré que je ne mourrais pas de cette maudite « peste gaie ». J'allais me battre ! J'ai condamné le virus à l'exil dans mon gros orteil (où il n'y a pas d'organe vital). Il était impossible de me débarrasser du virus, mais j'étais déterminé à lui céder la place la plus petite possible (ce fut ma première expérience de visualisation).

Le suicide de mon amant en 2001 a été le facteur déterminant qui m'a poussé à devenir militant. Son geste était dû en grande partie à la faiblesse de son estime de soi face aux ravages de la lipoatrophie faciale et à l'intolérance de ses collègues. La lipodystrophie donne lieu à la discrimination, même au sein de notre propre communauté ! Il fallait donc que je devienne militant pour assurer ma survie.

J'étais apathique, dépressif et vivais très isolé quand j'ai décidé de me joindre de nouveau au monde et de sortir de mon isolement. J'ai fait du bénévolat pour la première fois de ma vie à l'âge de 39 ans. Je travaillais depuis deux ans dans un organisme de lutte contre le sida quand j'ai entendu parler du *Comité Lipo-Action!* Quand j'ai assisté à ma première réunion du comité, j'ai su tout de suite que j'avais trouvé ma place. Désormais, je serais capable de prendre ma santé en main en exigeant que le gouvernement s'attaque à la lipodystrophie ! ■

# Nouvelles options et nouveaux coûts pour les patients déjà traités

par Brian Finch, membre du conseil d'administration du CCSAT

Lors de la toute dernière journée du congrès de l'Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV) qui a eu lieu à Québec en mai, D<sup>e</sup> Anita Rachlis a fait le survol des options de traitements pour les personnes comme moi qui ont déjà été traitées. Dans sa présentation intitulée « Redefining the Goals of Therapy for Treatment-Experienced Patients » (Redéfinir les objectifs de traitements pour les patients déjà traités), D<sup>e</sup> Rachlis a abordé le thème de la charge virale dans le cadre des traitements en général. Il n'y a pas si longtemps, la tendance était de « frapper fort et tôt ». Par la suite, on a cru difficile ou même impossible d'atteindre la suppression virale, et le nouvel objectif a donc consisté à stabiliser la détérioration du système immunitaire et la progression de la maladie. Maintenant, en 2006, il semble y avoir un retour du balancier vers le rétablissement de la suppression virale maximale, tout en reconnaissant que certains n'arriveront pas de cette façon à obtenir une charge virale indétectable.

J'ai été particulièrement intéressé par la diapositive intitulée « How to wait? » (Comment attendre?) en raison de ma propre situation : une récente transition d'un « traitement de discordance » (une légère hausse des CD4 et une charge virale stable mais détectable) vers une nouvelle combinaison. Comment est-il possible de frapper fort à nouveau pour nous, les patients déjà traités, avec nos options limitées? Le consensus qui se dégage de la présentation de D<sup>e</sup> Rachlis est d'utiliser au moins deux nouveaux agents comme Fuzeon (approximativement 30 000 \$ par année) en combinaison avec un inhibiteur de protéase (8000 \$ à 15 000 \$ par année) et en y ajoutant des analogues de nucléosides et des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI), lorsque cela est possible. Avec de nouveaux médicaments comme TMC 114 et TMC 125 de Tibotec, ainsi que les futures options d'intégrase, d'inhibiteurs de maturation et d'inhibiteurs d'entrée des CCR5, il semble y avoir

davantage d'options pour ceux d'entre nous dont les choix sont limités.

Personne n'ignore que toutes les innovations pharmacologiques sont vaines sans accès aux médicaments. Tous les groupes de patients et de consommateurs s'inquiètent des nouvelles réformes de la *Loi sur le régime de médicaments gratuits de l'Ontario* et de la Loi 102; plus particulièrement, on s'inquiète de la notion d'interchangeabilité rattachée à la loi, par le recours aux termes « pareils et similaires » dans l'optique du remplacement de médicaments. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée apportera des amendements à la loi afin de clarifier la signification réelle de ces termes et de freiner la modification progressive (c'est-à-dire la tendance à apporter de légères modifications à un médicament afin de prolonger la protection des brevets).

Selon la nouvelle loi, les médicaments innovateurs feront l'objet d'un processus d'examen dès que l'avis de conformité sera délivré. Mais, comment définit-on un médicament innovateur? La loi demeure floue à cet égard.

Je suis convaincu qu'avec la participation du CCSAT aux consultations auprès des intervenants, cette loi apportera d'importants changements au système, ce qui se traduira par un meilleur accès aux traitements. Toutefois, une bonne partie de l'*intention* de la loi n'est pas clairement énoncée. L'avenir nous dira si cela aura vraiment lieu.

Ces bonnes nouvelles servent seulement à souligner le besoin de rester vigilant au chapitre de l'accès aux traitements. Ce n'est pas le temps de se reposer sur ses lauriers, en tenant pour acquis les progrès réalisés au cours des dernières années. Le VIH n'est pas le seul problème de santé pour lequel le coût des nouveaux médicaments soit un défi et nous allons nous retrouver en concurrence avec ceux-ci à l'intérieur des plan de remboursement provincial. ■

## Le remboursement des médicaments :

# La Saskatchewan

*Par Lydia Thompson, responsable des programmes des clients, AIDS Programs South Saskatchewan Inc. et Mark Reis, client et membre du conseil d'administration, AIDS Programs South Saskatchewan Inc.*

La liste de médicaments (formulaire) de la Saskatchewan est une liste de produits thérapeutiques efficaces de grande qualité dont les coûts sont assumés par le régime d'assurance-médicaments provincial. La liste est compilée par le ministre de la Santé qui se fait conseiller par le Comité du formulaire de la Saskatchewan (Saskatchewan Formulary Committee [SFC]). Elle est maintenue et distribuée par le régime d'assurance-médicaments et la division des prestations étendues (Extended Benefits Branch).

Le SFC est conseillé et assisté par le Comité d'évaluation de la qualité des médicaments (Drug Quality Assessment Committee [DQAC]). Les membres du SFC et du DQAC sont désignés par le ministre de la Santé.

La liste de médicaments de la Saskatchewan est publiée annuellement au mois de juillet. Des mises à jour sont effectuées tous les trois mois, pour cette année il s'agira de l'automne 2006, l'hiver 2007 et du printemps 2007.

Le travail du SFC consiste à évaluer les nouveaux médicaments au fur et à mesure qu'ils voient le jour et à réévaluer périodiquement tous les produits figurant sur la liste. L'objectif consiste à dresser une liste de divers médicaments que les médecins peuvent prescrire pour assurer un bon traitement à la plupart des patients.

### Processus d'examen des médicaments

La Saskatchewan participe au Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM). Agissant au nom des régimes d'assurance-médicaments provinciaux, territoriaux et fédéral, le PCEM examine systématiquement les données cliniques disponibles et les données pharmacoéconomiques présentées par

les fabricants. De plus, le PCEM transmet les recommandations du Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCED) aux régimes d'assurance-médicaments. Pour en savoir plus sur le PCEM et le CEDAC, visitez <http://www.ccohta.ca>.

Remarque : Le processus d'examen des médicaments décrit dans cet article est en période de transition et des modifications y seront apportées pour refléter le mandat du PCEM.

Lorsqu'un médicament arrive sur le marché canadien, son fabricant présente une demande au régime d'assurance-médicaments dans l'espoir de faire couvrir son produit. Ces demandes doivent être appuyées par des rapports scientifiques et des documents décrivant le processus de fabrication afin de démontrer que le produit répond aux normes de qualité, d'efficacité et d'innocuité. Le DQAC effectue un examen initial de la demande.

La recommandation du CEDAC est présentée aux comités d'examen de la Saskatchewan, à savoir le Drug Quality Assessment Committee (DQAC) et le Saskatchewan Formulary Committee (SFC).

Le DQAC se compose d'experts cliniques. Le mandat de ce comité consiste uniquement à déterminer l'utilité éventuelle du produit dans le contexte clinique; il ne tient pas compte du coût.

Le SFC se compose de professionnels de la santé qui examinent les données cliniques fournies par le PCEM et le DQAC, ainsi que les informations relatives au coût du médicament. Entre autres, ce processus consiste à déterminer le nombre éventuel de personnes qui pourraient bénéficier du médicament et à prévoir l'impact que son utilisation pourrait avoir sur les autres parties du système de santé. Le SFC présente au ministre de la Santé une recommandation qui tient compte du rapport coût-efficacité du médicament.

Le régime d'assurance-médicaments (Drug Plan) et la division des prestations étendues (Extended Benefits Branch) fournissent des ressources et du personnel de soutien aux comités pour les aider à examiner les produits en vue de leur inclusion éventuelle sur la liste de médicaments remboursables de la province. Ce soutien comprend la prévision des coûts et la préparation de rapports d'analyse des coûts et de l'utilisation.

- **Statut de médicament d'exception** : Certains médicaments sont couverts par le Programme de statut de médicament d'exception, moyennant un examen et une recommandation de la part du SFC.
- **Produits en vente libre** : De façon générale, ces produits ne sont pas couverts par l'assurance-médicaments.

*suite à la page suivante*

## Le remboursement des médicaments : La Saskatchewan

*suite de la page 6*

- **Prix de produits interchangeables** : Les produits interchangeables sont des marques différentes d'un même médicament qui ont la même puissance et la même présentation et qui sont équivalents sur le plan de l'efficacité et de la qualité.

La liste de médicaments comporte deux groupes de médicaments interchangeables :

1. **Alternative de faible coût** – On peut se servir de n'importe quel médicament interchangeable de ce groupe pour exécuter une ordonnance. Le coût du médicament, à l'intérieur du prix réglementaire de la prescription, est le coût réel d'acquisition de ce médicament sans dépasser le prix le plus bas figurant sur la liste des médicaments interchangeables de ce groupe.
2. **Contrat d'appel d'offres** – Le régime d'assurance-médicaments fait un appel d'offres pour des médicaments couramment utilisés de certains groupes interchangeables afin d'obtenir le prix le plus bas possible. Si son offre est acceptée, le fabricant doit assurer la livraison du médicament aux pharmacies de la Saskatchewan par le biais de distributeurs approuvés et au prix convenu. En retour, le produit du fabricant sera utilisé presque exclusivement. Ce processus d'appel d'offres permet aux résidents de la Saskatchewan et au régime d'assurance-médicaments d'économiser des sommes considérables chaque année.

La politique du **Coût maximal admissible** est en vigueur depuis le 1er juillet 2004. À l'heure actuelle, cette politique s'applique à une seule classe de médicaments, soit les inhibiteurs de la pompe à protons, mais d'autres classes seront ajoutées à l'avenir. Les économies réalisées grâce à cette politique seront utilisées pour rembourser des traitements futurs et assurer la viabilité du programme d'assurance-médicaments.

La Saskatchewan possède une des populations autochtones les plus importantes au Canada et qui ne cesse de croître. Les Premières Nations et les Métis constituaient 13,5 pour cent de la population provinciale en 2001 et ce chiffre est à la hausse. Selon certaines estimations, il pourrait atteindre les 28 pour cent dès 2015.

### Santé Canada :

#### la région du Manitoba et de la Saskatchewan

Au Manitoba et en Saskatchewan, les bureaux de la Direction de

la santé des Premières Nations et des Inuits financent des programmes communautaires de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Ces bureaux assurent également le remboursement de certains produits et services qui ne sont pas couverts par le régime provincial, y compris les médicaments de prescription, les lunettes et les services ambulanciers.

### Direction de la santé des Premières Nations et des Inuits

Le gouvernement fédéral et la province de la Saskatchewan reconnaissent que la collaboration avec les Premières Nations, les Métis et les fournisseurs de services contribue à améliorer la santé des autochtones.

Diverses agences et directions jouent un rôle dans la prestation de services de santé dans la province :

- Direction générale des produits de santé et des aliments ;
- Direction de la santé des Premières Nations et des Inuits ;
- Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs ;
- Agence de santé publique du Canada : programmes préscolaires pour les enfants autochtones; prévention du diabète; prévention du VIH-sida, promotion de la santé dans les régions rurales, promotion de la nutrition prénatale et sensibilisation aux dangers de l'alcool durant la grossesse ;
- Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire ;
- Régime d'assurance-médicaments et Division des prestations étendues de la Saskatchewan.

En Saskatchewan, les antirétroviraux suivants sont couverts par le régime d'assurance-médicaments (ils sont gratuits pour les patients) :

- AGENTS ANTI-INFECTIEUX (9 juin 2006)
- INHIBITEURS DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE (ITI)
- DELAVIRDINE
- EFAVIRENZ
- NÉVIRAPINE
- ABACAVIR SO4/LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE
- DIDANOSINE (ddl)
- LAMIVUDINE (3TC) LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE
- STAVUDINE (d4T)
- ZALCITABINE (ddC)

*suite à la page 11*

## MISE À JOUR SUR LES QUESTIONS RELATIVES AUX FEMMES

# Combattre les inégalités sexuelles qui alimentent l'épidémie du VIH-sida chez les femmes et les filles au Canada

Le visage du VIH-sida a changé. Dans la plupart des régions du monde, l'époque où l'on pouvait considérer le VIH-sida comme une maladie des hommes gais est révolue. Depuis le début de l'épidémie, la proportion de nouvelles infections par le VIH touchant des femmes et des filles ne cesse de croître au Canada, principalement en raison des relations sexuelles avec un partenaire séropositif. La vulnérabilité des femmes au VIH-sida est en partie physiologique. Cependant, que ce soit au Canada ou ailleurs, l'impact de la maladie sur les femmes et les filles ne peut être compris si on ne tient pas compte de leur marginalisation et de leur subordination, de la pauvreté et de la violence physique et sexuelle dont elles sont victimes. Le Canada commence à reconnaître qu'il faut aborder la question de la subordination des femmes si on veut combattre efficacement l'épidémie. Mais ce sont les actions qui manquent.

Un nombre effrayant de femmes et de filles canadiennes sont exposées à la violence et aux abus. Les Canadiennes sont plus susceptibles que les Canadiens de vivre dans la pauvreté et d'être dépendantes sur le plan économique. Les femmes sont victimes de stigmatisation et de discrimination sexuelle chez elles, au travail et dans la rue. Elles ont tendance à assumer un fardeau disproportionné en ce qui concerne l'éducation des enfants et la prise en charge des autres membres de la famille. Du point de vue des droits humains, plusieurs de ces iniquités constituent des tragédies en elles-mêmes. Elles se trouvent également à l'origine de la vulnérabilité des femmes face au VIH-sida. La prévalence du VIH et les conséquences liées au sida sont le reflet de la pauvreté et de la marginalisation sociale des femmes au Canada.

Presque toutes les femmes doivent composer avec la subordination sociale et économique dans certaines sphères de leur vie, mais plusieurs Canadiennes font face à des défis additionnels qui les rendent encore plus vulnérables au VIH. La prévalence du VIH est plus élevée chez les femmes autochtones qui, à cause de la marginalisation historique et persistante de leurs



*par Alana Klein,  
analyste principale  
de politiques, Réseau juridique  
canadien VIH/sida, et membre  
du Plan d'action intégral sur  
le VIH et les femmes et les filles*

communautés, font face à une pauvreté cruelle, à la violence et à l'exclusion. Certaines femmes travaillant dans l'industrie du sexe sont sujettes à la violence et à la coercition. S'ajoutent à cela les interdits légaux entourant la prostitution qui poussent ces femmes à travailler dans des endroits peu sécuritaires. Au Canada, les femmes en prison ont difficilement accès à l'information et aux services liés à la prévention, au traitement et aux soins. Les femmes originaires des pays où le VIH est endémique sont souvent victimes de racisme, de xénophobie et de pratiques traditionnelles nuisibles comme la mutilation génitale. Plusieurs craignent aussi la déportation ou manquent d'information sur leur statut au Canada. Ces facteurs peuvent les empêcher d'avoir recours aux services liés au VIH-sida, y compris le test de dépistage. La stigmatisation qu'elles risquent de subir dans leur propre communauté peut créer des barrières aussi.

Les stratégies de prévention du Canada risquent d'être inefficaces si l'on ne tient pas compte du statut inférieur des femmes dans ce pays. Les programmes canadiens mettent souvent l'accent sur l'élimination de certains comportements comme les relations sexuelles avec de multiples partenaires et la non-utilisation du condom. Pourtant, la pauvreté, le risque de violence et la dépendance économique font que, souvent, les femmes ne sont pas en mesure de choisir quand elles veulent avoir des relations sexuelles et avec qui. Est-il logique de dépenser de l'argent pour encourager les femmes à utiliser le condom si elles risquent la violence, l'abus et l'abandon économique en soulevant la question avec son partenaire ? Il faut une approche plus large qui vise principalement à aider les femmes maltraitées à s'en sortir.

*suite à la page suivante*

## Combattre les inégalités sexuelles qui alimentent l'épidémie du VIH-sida chez les femmes et les filles au Canada

*suite de la page 6*

Les stratégies de prévention sont même susceptibles de renforcer la subordination des femmes. Dans plusieurs provinces, les femmes enceintes passent automatiquement un test de dépistage du VIH à moins qu'elles ne prennent l'initiative de le refuser. Certains indices nous laissent penser que les femmes ne reçoivent pas l'information et le counselling qui devraient accompagner le test de dépistage. Certaines femmes ne se sentent pas en mesure de refuser le test ou bien elles ne comprennent pas très bien les conséquences éventuelles d'un résultat positif. Un counselling pré- et post-test est particulièrement important pour les femmes parce que le risque de stigmatisation peut être plus grand pour elles que pour les hommes après le diagnostic. Elles risquent de faire l'objet d'accusations d'immoralité et de mauvais comportement. Les femmes qui risquent la violence, l'abus ou l'abandon économique auront à prendre des décisions particulièrement difficiles si leur test est positif. Toutes les femmes devraient être encouragées à passer un test de dépistage du VIH, mais le droit au consentement éclairé de chacune, y compris celui des femmes enceintes, ne devrait pas être sacrifié.

Souvent, les femmes ont plus de difficultés à commencer et à poursuivre un traitement contre le VIH. Les recherches indiquent

que les femmes sont habituellement diagnostiquées plus tard que les hommes, donc la maladie risque d'être plus avancée chez elles, et les chances de succès du traitement sont compromises. Cela pourrait être attribuable au fait que le test de dépistage est proposé moins souvent aux femmes qu'aux hommes en raison de certaines idées fausses et persistantes qui laissent croire que les femmes ne sont pas à risque. Lorsque le diagnostic est posé, plusieurs femmes ont de la difficulté à trouver l'équilibre entre leur propre besoin de traitement et leur rôle de soignante au sein de la famille.

Les programmes de traitement sont insuffisamment adaptés aux besoins des femmes. Le problème réside en partie dans le fait que les besoins des femmes sont négligés lors des recherches. La multithérapie antirétrovirale est efficace chez les deux sexes, mais les médicaments ont des effets légèrement différents chez les femmes. Par exemple, la redistribution de la graisse corporelle qui se produit sous l'effet des antirétroviraux peut se manifester de manière différente chez les femmes, et l'impact psychosocial de cela est peu compris à l'heure actuelle. Il existe encore peu de données scientifiques sur les différences entre les sexes en ce qui concerne la réponse au traitement, partiellement à cause de la sous-représentation des femmes dans les études de grande envergure. Les femmes ont établi des réseaux informels et partagent des anecdotes pour compenser le manque de données de recherches cliniques et de conseils thérapeutiques qui leur sont adaptés.

Au Canada, les gouvernements ont reconnu certains de ces problèmes, mais il faut une reconnaissance plus large et des actions concrètes. Les programmes visant l'élimination de la pauvreté des femmes et de la violence dont elles sont victimes devraient être élargis et jumelés aux efforts faisant partie de la lutte contre le VIH-sida. Des recherches doivent être réalisées pour comparer l'impact des programmes de traitement et de prévention sur les femmes comparativement aux hommes. Les programmes de prévention et de traitement devraient être adaptés à la réalité des femmes; il s'agirait, entre autres, de créer et d'élargir les programmes d'entraide entre pairs qui leur parlent de façon crédible. Les programmes de traitement devraient tenir compte des contraintes avec lesquelles les femmes doivent composer en ce qui a trait à la garde d'enfants, au transport et à d'autres exigences pratiques. La peur et la stigmatisation doivent être prises en considération aussi. Enfin, on doit rendre les institutions des droits humains plus accessibles et plus efficaces pour que les femmes puissent se prévaloir de protections juridiques contre la discrimination.

Ces mesures ne pourraient éliminer toutes les inégalités sexuelles qui alimentent l'épidémie chez les femmes canadiennes, mais elles seraient déjà un pas dans la bonne direction vers une réponse au VIH-sida cohérente et efficace qui respecte les droits des femmes et des filles. ■

## Assemblée générale annuelle du CCSAT 2006

L'Assemblée générale annuelle du CCSAT aura lieu à **Montréal, Québec, du 3 au 7 novembre**. Tous les membres peuvent y participer.

Visitez

[www.ctac.ca/fr](http://www.ctac.ca/fr)

pour en savoir plus.

## La co-infection VIH/VHC



par Tony Di Pede, membre du conseil d'administration du CCSAT

**L**a co-infection VIH/VHC est associée à une des causes politiques les moins viables au Canada : celle des toxicomanes, des détenus et des gens de la rue. La stigmatisation dont ces groupes sont victimes rend l'accès aux traitements difficile. Les résultats de quelques recherches intéressantes sur la co-infection VIH/VHC ont été présentés à Québec au mois de mai à l'occasion de la conférence annuelle de l'Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV).

Le terme fibrose signifie cicatrisation. Lorsque le virus de l'hépatite C (VHC) est présent, des tissus cicatriciels peuvent s'accumuler dans le foie, d'où le terme fibrose du foie ou fibrose hépatique. Les principales fonctions du foie consistent à évacuer les toxines du corps, à métaboliser les médicaments et à produire des facteurs de coagulation pour contrôler les saignements. Le foie a besoin de tissus sains pour faire son travail. Lorsque les tissus cicatriciels remplacent les tissus sains, la fonction hépatique diminue. Dans certains cas, il vaut mieux traiter le VIH en premier, alors que dans d'autres cas, il vaut mieux traiter le VHC en premier.

L'impact éventuel de la multithérapie antirétrovirale sur la progression de la fibrose hépatique chez les personnes co-infectées par le VIH et le VHC est un sujet très controversé. La multithérapie provoque souvent une augmentation du nombre de cellules CD4. Un taux élevé de cellules CD4 peut retarder la progression de l'infection au VHC, y compris la fibrose hépatique. Pourtant, les antirétroviraux eux-mêmes sont susceptibles de causer une fibrose du foie. M. Klein et ses collègues de l'Université McGill à Montréal se sont penchés sur cette question afin de déterminer le rôle que jouerait la multithérapie dans la progression de la fibrose hépatique chez les patients co-infectés.

**La co-infection VIH/VHC est associée à une des causes politiques les moins viables au Canada . . . La stigmatisation dont ces groupes sont victimes rend l'accès aux traitements difficile.**

L'équipe a conclu que la multithérapie, particulièrement les inhibiteurs de la protéase, semble contribuer à la fibrose hépatique chez les personnes co-infectées. De plus, certains patients en multithérapie qui étaient infectés par le VIH seulement ont présenté un faible niveau de toxicité hépatique.

J. Grebely de l'Université de la Colombie-Britannique à Vancouver a étudié l'innocuité et l'efficacité d'un traitement directement observé (TDO) contre le VHC chez des utilisateurs de drogues injectables (UDI). Les patients ont reçu de l'interféron et/ou de la ribavirine. Toutes les injections effectuées ont été directement observées. Cette étude a permis de conclure qu'un traitement directement observé contre le VHC peut donner lieu à une réponse virologique soutenue qui est comparable à celle documentée dans la littérature et ce, même si le patient continue de consommer de la drogue. Ce résultat est très important parce qu'il montre que les UDI peuvent obtenir les mêmes bénéfices d'un traitement directement observé que les patients qui ne prennent pas de drogues.

H. Tossonian a présenté une étude sur l'hépatotoxicité chez les UDI et les non-UDI recevant une multithérapie à base de névirapine. Le terme hépatotoxicité veut dire que le foie est endommagé. L'hépatotoxicité pousse de nombreux patients à abandonner leur thérapie antirétrovirale, notamment les UDI co-infectés par le VHC et le VIH. Selon les conclusions de cette étude, 15 % des UDI et 15 % des non-UDI évalués souffraient d'une hépatotoxicité cliniquement significative. De plus, les auteurs ont fait valoir que l'infection par le VHC, le fait de ne jamais avoir utilisé d'antirétroviraux et certaines anomalies de laboratoire étaient associés à un risque accru d'hépatotoxicité. Espérons que ces résultats aideront les patients et les médecins à déterminer les meilleurs candidats à une multithérapie à base de névirapine.

Vu l'interaction complexe entre le VIH et le foie, la transplantation du foie et les stratégies thérapeutiques visant les utilisateurs de drogues sont des questions pressantes de nos jours, notamment en ce qui concerne les individus dont l'infection par le VIH et le VHC s'est produite avant 1990 (il s'agit du soi-disant *double decade demographic*). Des présentations faites à la conférence de l'ACRV laissent croire que les stratégies visant les personnes co-infectées qui sont difficiles à traiter peuvent réussir. ■

## Marche nationale pour la vie



La **MARCHE POUR LA VIE** a été une des premières « marches » de collecte de fonds au Canada. La Marche a le double objectif d'accroître la sensibilisation tout en recueillant des fonds. On doit encore démontrer à la société que l'ignorance, l'homophobie, le racisme, le sexisme, l'itinérance et la pauvreté contribuent tous à la propagation du VIH et à une grande souffrance des personnes dans leurs communautés.

Le sida entraîne encore inévitablement la mort, et tout le monde est potentiellement à risque. On doit parler des croyances entourant la transmission du VIH, des personnes qui sont à risque et de la réalité en matière de traitements. La prévention sous toutes ses formes demeure un message vital incorporé à la MARCHE POUR LA VIE.

En rapportant ces questions dans leurs communautés, les organismes de lutte provoquent la discussion sur le VIH/sida, recueillent du soutien pour des programmes et des services et contribuent à créer une société où les personnes atteintes du VIH-sida peuvent être autonomes et avoir une vie valorisante.

La MARCHE POUR LA VIE est le seul événement où un nombre considérable d'organismes communautaires VIH-sida à travers le Canada participent de façon concertée à cette campagne nationale de collecte de fonds et de sensibilisation.

Cette année, plusieurs marches se dérouleront à nouveau dans des communautés autochtones. Les marches jouent un rôle important de sensibilisation dans ces collectivités au VIH-sida et contribuent grandement à la prévention.

Aux quatre coins du pays les communautés, grandes ou petites, organiseront une MARCHE POUR LA VIE, entre le 17 et 25 septembre 2006.

Consultez le site Web national de la MARCHE POUR LA VIE, [www.walkforlife.ca](http://www.walkforlife.ca) pour obtenir des renseignements locaux. ■

## Le remboursement des médicaments : La Saskatchewan

*suite de la page 7*

- ZIDOVUDINE (AZT, ZDV)
- INHIBITEURS DE LA PROTÉASE - IP
- AMPRÉNAVIR
- ATAZANAVIR SO4
- INDINAVIR SO4 – Crixivan (EDS)
- LOPINAVIR/RITONAVIR – Kaletra
- NELFINAVIR Mesylate – Viracept
- RITONAVIR – Norvir Sec
- SAQUINAVIR – Invirase et Fortavase

### Autres – Inhibiteurs de fusion

- **ENFUVRTIDE 108MG/FIOLE – POUDRE SOLUBLE – FUZEON**  
\$ 40.2600  
« Pour le traitement de l'infection au VIH au cas par cas, suite à l'examen de chaque cas par le comité. (Soulignons que l'enfuvirtide n'est pas un traitement de première ligne. L'utilisation la plus appropriée réside dans les traitements de sauvetage). *Ce médicament, ainsi que tous les antiviraux utilisés pour le traitement du VIH, devraient être utilisés sous la direction d'un spécialiste des maladies infectieuses.* »

Selon la pharmacienne Linda Sulz, qui travaille avec l'équipe de la clinique des maladies infectieuses de Regina, les personnes vivant avec le VIH-sida de la Saskatchewan n'ont pas accès présentement au FTC (Emtriva), au ténofovir (Viread) ou à Truvada (combinaison de FTC et de ténofovir). ■

## Références :

Sites Web :

[www.health.gov.sk.ca](http://www.health.gov.sk.ca)

- Régime d'assurance-médicaments de la Saskatchewan ;
- Modèle autochtone (l'approche de la Saskatchewan – projet de discussion) ;
- Santé Saskatchewan ;
- Autorités locales (Linda Sulz, pharmacienne, Regina Qu'Appelle Health).

# Le CCSAT au XVI<sup>e</sup> Congrès internationale sur le sida

Toronto, Canada – août 13 au 18

Du 13 au 18 août 2006, Toronto accueillera le XVI<sup>e</sup> Congrès international sur le sida ([www.aids2006.org](http://www.aids2006.org)) au Palais des congrès du Toronto métropolitain.

Le thème du congrès – **Passons aux actes** – rappelle les promesses faites au cours des dernières années au sujet de l'expansion de l'accès aux traitements, aux soins et à la prévention. Les sessions et les activités du congrès seront conçues de sorte à impliquer tous les délégués dans un dialogue sur les stratégies visant à atteindre ces objectifs communs.

Le CCSAT aura un stand d'ONG dans le Village global. Nous y serons de 8h30 à 20h du lundi au jeudi et de 8h30 à 12h30 le vendredi. Si vous prévoyez être à Toronto pour la conférence, venez nous voir au stand 1040.

Voici un aperçu des activités auxquelles le CCSAT compte participer :

## Le lundi 14 août

### Rassemblement et marche

**des femmes et des filles :** 7h à 8h

Metro Hall Square

(rue King Ouest, entre les rues John et Simcoe)

*Si vous désirez y participer en tant que bénévole, contactez Venus Yam, coordonnatrice des bénévoles, à [venus.yam@gmail.com](mailto:venus.yam@gmail.com)*

**Session plénière :** 8h45 à 10h15

**Thème :** Faire le bilan : les défis actuels de la réponse mondiale

**Lieu :** Salle de séance 1, niveau 800 (édifice sud)

**Orateurs :** Julie Overbaugh (United States), Chris Beyrer (United States), Anand Grover (India), Louise Binder (Canada)

*Un service d'interprétation simultanée sera offert dans la Salle de session 8, niveau 100 (édifice nord)*

**Exposition de posters :** 10h15 à 18h30

**Présentation de poster :** 12h30 à 14h

**Thème :** Le principe du consentement libre et éclairé : les écarts entre la théorie et la pratique  
J.-P. Bélisle, L. Binder

**Lieu :** Espace d'exposition des posters, niveau 800, édifice sud  
#MOPE0943

## Le mercredi 16 août

**Conférence de presse du CCSAT :** 11h à 11h45

**Thème :** L'accès aux traitements au Canada

**Orateurs :** Louise Binder, présidente du CCSAT, Jean-Pierre Bélisle, secrétaire du conseil d'administration du CCSAT

**Lieu :** Salle 2, Centre des médias

**Présentation de poster et discussion :** 13h

**Thème :** L'accès à l'information nécessaire à une prise de décision éclairée

**Lieu :** Espace des défis principaux 3, niveau 800  
P. Cupido, J.-P. Bélisle, L. Binder, L. Edmiston  
WEKC304

## Le jeudi 17 août

**Exposition de posters :** 10h15 à 18h30

**Thème :** Le Plan intégral d'action sur le VIH-sida et les femmes et les filles : une coalition canadienne et internationale revendique une meilleure réponse à la problématique du VIH-sida chez les femmes  
J. Smith, M. Summers, L. Binder, P. Frank

**Lieu :** Niveau 800, volet E  
THPE0879

*À titre*

*personnel . . .*



Quelles barrières vous empêchent d'obtenir les médicaments anti-VIH dont vous avez besoin ? Avez-vous une histoire à raconter où vous avez revendiqué l'accès à un traitement pour vous-même ou quelqu'un d'autre ? Nous voulons la connaître ! Votre confidentialité sera respectée. Communiquez avec le bureau du CCSAT (consultez la page 14) pour en savoir plus. Il se peut que nous ne publions pas toutes les histoires proposées.

## CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS ÉTÉ/AUTOMNE 2006

- **10 au 12 août**  
**Assemblée générale du Réseau canadien autochtone du sida**  
Toronto, Ontario  
Renseignements : (613) 567-4652, info@caan.ca ou www.caan.ca
- **13 au 18 août**  
**XVI Congrès international sur le sida**  
Toronto, Ontario  
www.aids2006.org
- **26 août**  
**Assemblée générale annuelle de la société BCPWA**  
Vancouver, BC  
Renseignements : (604) 646-5317, derekb@bcpwa.org ou www.bcpwa.org
- **27 au 30 septembre**  
**Interscience conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (CAAC) 2006**  
San Francisco, CA USA  
Renseignements : (202) 942-9248, icaac@asmusa.org ou www.icaac.org
- **28 au 30 septembre**  
**Assemblée générale annuelle de la Coalition interagence sida et développement et du Réseau juridique canadien VIH-sida**  
Gatineau, QC  
Renseignements : (613) 233-8361, info@icad-cisd.com ou www.icad-cisd.com
- **3 octobre**  
**Assemblée générale annuelle du Réseau canadiens d'info-traitements sida (CATIE)**  
Vancouver, Edmonton, Toronto, Montréal, Halifax  
Renseignements : 1-800-263-1638 info@catie.ca ou www.catie.ca
- **20 au 22 octobre**  
**Rassemblement positif 2006 de la Colombie-Britannique**  
Vancouver, BC  
Renseignements : 1-800-994-2437 ou stephenm@bcpwa.org
- **3 au 7 novembre**  
**Assemblée générale du Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements**  
Montréal, Québec  
Renseignements : (416) 410-6538 ou www.ctac.ca/fr  
Joignez-vous au CCSAT pour son AGA et des activités de perfectionnement des compétences à Montréal ! Tous les membres sont invités à participer. Visitez www.ctac.ca/fr pour en savoir plus et pour vous inscrire.
- **27 au 28 novembre**  
**Conférence sur la recherche de l'OHTN**  
Toronto, ON  
Renseignements : (416) 642-6486, x222, researchconference@ohtn.on.ca, ou www.ohtn.on.ca/OHTNConference

## RAPPORT DE LA PRÉSIDENTE

ÉTÉ 2006

par Louise Binder



**NOUS VOILÀ AU CŒUR DE L'ÉTÉ 2006.** À bien des égards, j'ai l'impression de revivre les mêmes moments qu'il y a dix ans, alors qu'une autre Conférence internationale sur le sida battait son plein au Canada. Encore une fois, notre premier ministre ne trouve pas la problématique ou l'événement assez important pour y assister et représenter notre pays. Comme en 1996, j'ai honte de cette absence de soutien politique fédéral face à la plus grave crise sanitaire que le monde ait jamais connue.

Ma perspective a changé quelque peu depuis une décennie. Le fait que je suis là pour écrire ces mots est une chose que je n'aurais jamais prévue il y a dix ans. Nous entendions à peine parler des inhibiteurs de la protéase et des trithérapies constituées par diverses classes de médicaments. Nous voulions y croire, mais plusieurs d'entre nous craignaient de voir nos espoirs s'effondrer de nouveau.

Aujourd'hui, nous savons que ces traitements peuvent nous maintenir en vie et nous assurer une qualité de vie relativement bonne pendant longtemps. Je suis contente que les efforts de mes collègues au CCSAT aient réussi à aider les gens à avoir accès à ces traitements. Je rends hommage également à mes collègues du groupe d'action-sida (AIDS ACTION NOW!) de Toronto qui faisaient ce travail avant la création du CCSAT. Et je remercie tous ceux et celles qui ont mis l'épaule à la roue quand nous avions besoin de votre soutien.

J'espère qu'un jour toutes les personnes au monde qui ont besoin de ces médicaments pourront les obtenir, ainsi que la nourriture, l'eau salubre et toutes les choses essentielles dont elles ont besoin pour rester en vie.

Malheureusement, 2006 et 1996 ont d'autres choses en commun. Nous n'avons toujours pas de remède curatif contre le VIH-sida. Nous en avons toujours besoin.

Et je continue de voir des amis et des collègues emportés par le VIH. ■

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

## MEMBRES DU CONSEIL

- Mark Randall** Alberta • **Daryle Roberts** Colombie-Britannique • **James Edwards** Nouveau Brunswick • **Bruce Sheppard** Terre-Neuve & Labrador • **Mike 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) • **Patrick Cupido** Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE) • **James Kreppner** Société canadienne de l'hémophilie (CHS) • **Richard Elliott** Réseau juridique canadien VIH/SIDA • **Ken Monteith** Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida) • **Bruno Lemay** Comité des personnes atteintes du VIH du Québec (CPAVIH) • **Louise Binder** Toronto People with AIDS Foundation (TPWAF)

## BAILLEURS DE FONDS 2006/07

- Agence de santé publique du Canada (ASPC)
- Abbott Laboratories Limited • Bristol-Myers Squibb Pharmaceutical Group • Boehringer Ingelheim Canada Inc. • Gilead Sciences • GlaxoSmithKline en partenariat avec Shire BioChem • Hoffmann-La Roche • Pfizer Canada • Schering Canada • Tibotec, une division de Janssen-Ortho Inc.
- Ward Health Strategies

## LES DÉCLARATIONS DE PRINCIPES DU CCSAT

### Déclarations de principes

- 2001 - « Vers une meilleure santé : La nécessité d'un meilleur système de surveillance post-approbation des médicaments anti-VIH-sida au Canada ». Auteur : David Garmaise.
- 2001 - « Vers un meilleur accès aux traitements : Déclaration de principes sur la fixation appropriée du prix des médicaments d'origine contre le VIH-sida au Canada ». Auteur : Glen Brown.
- 2000 - « Déclaration de principes sur la publicité destinée directement aux consommateurs en matière de médicaments de prescription ». Auteur : Philip Lundrigan.
- 1999 - « Rapidité et transparence : Examen du processus d'évaluation des médicaments contre le VIH ». Auteur : David Garmaise.

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

## ADHÉSION

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

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

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

### L'adhésion associée est ouverte à :

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

## COMMUNIQUEZ AVEC NOUS

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

C.P. 203

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

Téléphone et

Télécopieur : (416) 410-6538

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

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

## Mandat de CCSAT

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

### Le CCSAT...

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

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

## RÉDACTION

### Ce bulletin est une publication trimestrielle.

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

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

**Coordination éditoriale :** Béatrice Cardin

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

**Imprimé par** The Printing House

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

**Permission de reproduire :** Ce bulletin peut être reproduit à des fins personnelles. Toutefois, ce contenu ne doit pas être modifié et toute réimpression doit s'accompagner du texte suivant : « Renseignements tirés du Volume 8 numéro 3 (été 2006) du bulletin d'information du Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements ».

**Déni de responsabilité :** Les idées exprimées dans ce bulletin représentent le point de vue des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la politique officielle du CCSAT ni de ses bailleurs de fonds. Le CCSAT ne prétend recommander ni appuyer aucun des traitements ou thérapies décrits dans ses publications.