



Conseil canadien de surveillance
et d'accès aux traitements

DANS CE NUMÉRO

MARS 2002
VOLUME 4
NUMÉRO 1

Co-infection VIH et l'hépatite C.....	1
Enjeux de la co-infection à VIH et hépatite C.....	3
Le VIH, l'hépatite et les greffes d'organes.....	4
La détection de l'hépatite C.....	5
Co-infection et médecines complémentaires.....	7
Portrait d'un militant : Art Zoccole....	8
Peu nombreux mais forts : les activistes et les éducateurs canadiens se réunissent au NATAF 2001.....	9
Compte-rendu des provinces.....	10
Mise à jour sur les questions relatives aux femmes.....	12
Calendrier des événements.....	13
Rapport de la présidente.....	13
Membres du conseil.....	14

CO-INFECTION

VIH et hépatite C

par Pierre Côté, MD

Épidémiologie

On estime présentement à 170 millions les personnes infectées par l'hépatite C dans le monde entier. 0,02% en Europe et environ 6,5% en Afrique. En Amérique du Nord, l'estimation de la prévalence est de 1,8%.

En chiffre absolu, au Canada, on estime à 240 000, le nombre de personnes infectées par le virus de l'hépatite C.

Si on parle de co-infection hépatite C et VIH, le nombre de personnes co-infectées au Canada est estimé à environ 13 000.

À Montréal, la majorité des personnes co-infectées sont des usagers de drogues injectables (UDI). Les UDI montréalais, majoritairement des usagers de cocaïne, rendent malheureusement leurs comportements souvent plus à risque. Les UDI infectés par le VIH sont co-infectés par l'hépatite C dans plus de 98%.

Description du virus de l'hépatite C

Avant d'identifier le virus de l'hépatite C en 1989, on parlait de l'hépatite non-A non-B. Depuis ce temps, plusieurs génotypes ont été identifiés. Le plus fréquent rencontré ici au Canada est le génotype 1, rencontré dans environ 63% des cas. Malheureusement, les hépatites de ce génotype répondent en général moins bien au traitement standard. Les autres génotypes le plus souvent rencontrés, sont les génotypes 2 et 3, dans 14% des cas, chacun.

suite page suivante

suite de la page 1

Histoire naturelle de l'infection par le virus de l'hépatite C

Lorsqu'une personne est infectée, les chances d'éradiquer le virus sont de 15%. Ce qui signifie que 85% développeront une hépatite chronique (virémie persistante). Parmi ces 85%, 30 à 40% demeureront avec des enzymes hépatiques normales avec une évolution très lente. Par contre, 60 à 70% auront des enzymes élevées avec une maladie hépatique chronique évolutive. Parmi ces derniers, 20% évolueront vers la cirrhose en 20 ans. Et parmi les cirrhotiques, 1 à 4% par année auront un cancer primaire du foie.

Cofacteurs de progression

L'impact du VIH sur l'hépatite C est bien connu. On reconnaît une progression accélérée de la fibrose hépatique, donc, l'augmentation du risque de cirrhose et de cancer du foie. Même si une personne débutant le thérapie anti-VIH observe une amélioration de son système immunitaire, on pourra assister à une accentuation des dommages hépatiques en présence d'une hépatite C (« flare up »). Plusieurs médicaments utilisés pour traiter le VIH ou des affections associées peuvent être toxiques pour le foie.

La présence d'une maladie hépatique préexistante comme une hépatite B, l'immunosuppression ($CD4 < 200$), l'obésité, le fait d'être un homme, le fait d'être infecté à un âge plus avancé ainsi (> 40 ans), que la consommation active d'alcool ($> 3,5$ consommations par jours) peut accélérer la progression de l'hépatite C.

Traitement de l'hépatite C

Le traitement reconnu pour l'hépatite C est l'interféron en combinaison avec la ribavirine pour une durée variable selon le génotype, de 6 à 12 mois.

La réponse au traitement est variable. Les hépatites C à

génotype 1 ne répondent pas bien au traitement classique. Il y a peu d'informations sur l'efficacité de l'interféron et de la ribavirine chez les patients co-infectés par le VIH et l'hépatite C. Il semble très clair cependant que le traitement est beaucoup moins efficace.

Le Peg-interféron semble plus prometteur et plus pratique car les injections sont à faire une seule fois par semaine comparativement à 3 jours pour l'interféron.

Ces traitements occasionnent malheureusement de nombreux effets secondaires. L'interféron peut provoquer des symptômes grippaux, des changements d'humeur, de l'irritabilité, de la dépression, une certaine perte de cheveux, de la diarrhée, une accentuation du psoriasis ou d'une maladie auto-immune pré-existante, d'un diabète ou peut avoir un impact sur la fonction de la moelle osseuse (anémie, etc). Les effets secondaires possibles de la ribavirine sont l'hémolyse, la toux sèche, une éruption cutanée, des démangeaisons, de l'insomnie.

Les contre-indications à ce traitement sont la grossesse (potentiel tératogénique) active ou planifiée, la dépression, la maladie psychotique ou lorsqu'il y a une historique suicidaire, insuffisance hépatique, désordre hémolytique, maladie ischémique vasculaire, arythmie cardiaque et insuffisance rénale.

L'AZT, le D4T et le DDC peuvent avoir un effet antagoniste avec la ribavirine alors que le DDI aurait un effet potentialisateur. La signification clinique de ces interactions n'est pas bien connue.

Toxicomanie active

Le problème de la toxicomanie soulève plusieurs questions quant au traitement chez les consommateurs actifs. Une consommation active d'alcool peut accélérer la progression de l'hépatite vers la cirrhose et est contre-indiquée. Devons-nous traiter quelqu'un qui continue à boire? Tout le phénomène de la capacité d'adhérence, de risque de réinfection doivent être pris en. La réduction des méfaits doit prendre une place très importante chez cette clientèle

Conclusion

L'hépatite C est une infection très présente chez les personnes infectées par le VIH. Malheureusement, elle touche souvent une population marginalisée et difficile à traiter. De plus le traitement reconnu présentement a une efficacité limitée avec des effets secondaires très importants. Pour certaines personnes co-infectées, le risque de mourir de l'hépatite C peut être plus grand que le risque de mourir du VIH. ■



Glen Hillson, le Dr Pierre Côté, Christian LaForce, James Kreppner et Daryn Bond présentent des exposés sur la co-infection à VIH-VHC, à la séance de perfectionnement du CCSAT, à Montréal.

Enjeux

par Daryn Bond

de la co-infection à VIH et hépatite C

L'hépatite C peut sembler un problème étranger, aux yeux de l'activiste de la lutte contre le VIH. De fait, plusieurs organismes existent uniquement pour voir aux besoins des personnes qui vivent avec l'hépatite C. Pourtant, pour le nombre croissant de personnes qui ont à la fois le VIH et le VHC, la co-infection présente de nombreux défis dont aucun organisme ne s'occupe adéquatement.

Des quelque 13 000 personnes qui, d'après les estimés au Canada¹, vivraient avec cette co-infection, la majorité fait partie de populations marginalisées - utilisateurs de drogue par injection (71%), hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et qui s'injectent des drogues (15%), autochtones (14%) et détenus (5%) y sont les plus vulnérables. La voix de ces individus n'est pas souvent présente et elle est rarement valorisée.

Souvent, les utilisateurs de drogue actifs sont carrément exclus des traitements pour l'hépatite C. Certains médecins considèrent que les utilisateurs de drogue sont moins fidèles aux régimes de médicaments. Cependant, des études démontrent que, s'ils reçoivent l'information et une formation adéquates, ils ne sont pas moins fidèles que d'autres aux médicaments anti-VIH. Rien n'indique qu'il en soit autrement pour les médicaments contre le VHC². Les préjugés ne sont pas des raisons acceptables d'exclure des individus d'un traitement. Une autre raison pour laquelle des utilisateurs de drogue sont exclus de ce traitement est la possibilité de ré-infection. Or, le VIH et l'hépatite sont des infections que l'on peut prévenir et, avec des moyens adéquats comme l'échange

de seringues et une formation en réduction des méfaits, ces personnes se protégeront contre une ré-infection.³

Il manque d'information sur le traitement de la co-infection. Par exemple, des médecins ne sont pas certains s'il est préférable de traiter d'abord le VIH ou le VHC. Certains médicaments contre le VIH sont nocifs pour le foie, mais il est difficile, dans la multithérapie, de savoir avec certitude quel médicament en est le principal responsable. Les effets des drogues illégales sur le foie, et leurs interactions avec les médicaments pour le VIH et pour le VHC, sont très peu connus. Des recherches sont nécessaires mais peu de projets sont conçus pour résoudre ces problèmes. Souvent, les études sur le VHC excluent les personnes vivant avec le VIH; les rares études conçues pour examiner les personnes qui ont la co-infection imposent d'autres critères qui en limitent l'accès. La plupart des études exigent que le participant suive un traitement stable, contre le VIH, ou n'ait jamais reçu de traitement contre cette infection (en quel cas le chercheur amorce l'administration d'antirétroviraux). Ceci va à l'encontre de la sagesse en matière de traitement, qui incite à présent à retarder le recours aux médicaments anti-VIH. Des médecins sont toutefois réticents à traiter les patients atteints de co-infection, en particulier s'ils ne prennent pas d'anti-VIH.

Des actions sont nécessaires pour améliorer les options de traitement, pour faire progresser les efforts de recherche et pour assurer que les personnes qui vivent avec la co-infection aient un accès équitable aux traitements. Il est très important que la communauté des personnes qui s'injectent des drogues ainsi que d'autres personnes vulnérables à la co-infection participent à ce travail et voient à ce que l'on satisfasse leurs besoins. Les activistes du domaine des traitements ont un rôle de premier plan à jouer dans la résolution des complexités de la co-infection à VIH et VHC. Heureusement, la lutte contre le VIH a donné aux activistes des outils et une expertise qui permettent de s'attaquer à ces problèmes. ■

1 Division de l'hépatite C, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, *Estimation du nombre de personnes co-infectées par le virus de l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine au Canada*, 31 mars 2001 - accessible à http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hepatite_c/caredisc.html.

2 G. L. Davis et J. R. Rodrigue, « Treatment of Chronic Hepatitis C in Active Drug Users », *New England Journal of Medicine*, 19 juillet 2001.

3 Ibid.

Le VIH, l'hépatite et les greffes d'organes

par James Kreppner

La question des traitements étant abordée ailleurs dans ce numéro, je me limiterai ici à indiquer que d'autres médicaments sont à l'étude - notamment, la thymosine alfa (Zadaxin) de Sciclone Pharmaceutical est en essai clinique de phase II : on croit qu'elle accentue l'action du traitement à l'interféron. À mentionner aussi : des médicaments antiviraux comme

« Il y a des signes que les agents immunosuppresseurs ont en fait un effet bénéfique chez les patients infectés par le VIH »

l'Amantadine (un antiviral contre la grippe) et l'Heptazyme (un ribozyme qui découpe le matériel génétique viral), deux produits dirigés contre le virus de l'hépatite C. Si ces médicaments s'avèrent efficaces, il est possible que la thérapie anti-VHC du futur implique une combinaison de plusieurs médicaments, comme pour le VIH.

Une autre sphère à explorer touche au concept de « traitement d'entretien » - la notion que, même si elle ne parvient pas à éliminer le virus, une thérapie anti-VHC peut avoir un effet positif pour le foie (si le patient tolère le traitement). Aux États-Unis, les National Institutes of Health (NIH) entreprennent une vaste étude pour examiner si un traitement continu est utile; si les résultats reflètent ceux d'essais à plus petite échelle, cela pourrait établir la reconnaissance d'une telle option thérapeutique.

Si le traitement échoue et le foie aussi, la dernière possibilité est une transplantation de foie. Il s'agit d'une intervention qui est refusée aux personnes qui ont la co-infection VIH-VHC. Considérant la courte espérance de vie initiale et la rareté des foies à transplanter, on considérerait qu'une transplantation à ces personnes

équivalait à un gaspillage de ressource. Les données issues des premiers cas de transplantation semblaient confirmer cette crainte, car le taux de survie était faible. De plus, on craignait que l'immunosuppression post-transplantation soit problématique pour les personnes souffrant déjà de maladies immunosuppressives comme l'infection à VIH.

Cependant, ces préoccupations ne sont pas valides. Comme nous le savons tous, les personnes vivant avec le VIH ne sont plus condamnées à une espérance de vie nécessairement brève; des données indiquent par ailleurs que les personnes séropositives qui reçoivent une transplantation peuvent se rétablir aussi bien que celles qui n'ont pas le VIH. En ce qui concerne le traitement immunosuppresseur, le Dr John J. Fung, du programme de l'Université de Pittsburgh, a observé « des signes que les agents immunosuppresseurs ont en fait un effet bénéfique chez les patients infectés par le VIH ».

Quelques centres, aux É.-U., font des transplantations à des personnes ayant la co-infection VIH-VHC. Le plus connu est peut-être celui de l'Université de Pittsburgh. Depuis 1997, on y a pratiqué des greffes de foie à dix personnes co-infectées - dont huit vivent encore et se portent bien. D'autres centres, comme celui de l'Université de la Californie à San Francisco (UCSF) et le Kings College (Londres) rapportent des résultats plus mitigés; l'UCSF a noté une reprise rapide de la maladie à VHC après la transplantation. Les cinq patients ayant reçu une greffe du foie dans ces deux centres sont décédés de trois à 25 mois plus tard. En revanche, trois autres patients ayant l'infection à VIH qui ont reçu une greffe du foie en raison d'une co-infection par le VHB se portaient bien, après

suite page suivante

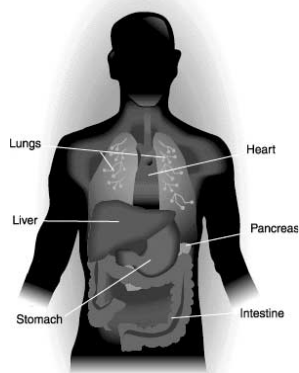
LE VIH, L'HÉPATITE ET LES GREFFES D'ORGANES – suite de la page 4

l'intervention. Les données sont extrêmement limitées, mais elles soulèvent la question de savoir si les greffes de foie sont plus efficaces dans le cas d'une co-infection VIH-VHB que pour la co-infection VIH-VHC.

Les données sur la transplantation à des patients ayant le VIH et le VHC sont contradictoires; les NIH financent une étude nationale qui implique dix centres (dont celui de l'Université de Pittsburgh) pour étudier les résultats de transplantations du foie et de reins à des patients séropositifs au VIH. Récemment, lors de la Conférence canadienne sur l'hépatite C, on a annoncé qu'une étude semblable s'amorcerait au Canada, mais aucun progrès clair en ce sens n'a été observé et les Canadiens qui vivent avec le VIH se frappent encore sur des portes fermées, lorsqu'ils ont besoin de telles greffes.

En ce qui a trait au manque de donneurs d'organes, un progrès encourageant implique des « donneurs vivants ». Le foie a une étonnante capacité de régénération : à Tokyo, récemment, on a transplanté à un hémophile de 41 ans, atteint de co-infection, une portion du foie de son frère de 48 ans - la chirurgie a duré 20 heures. Les deux hommes se portent bien depuis l'intervention, qui a eu lieu en avril 2001.

Le rôle du CCSAT devrait consister à intervenir pour l'avènement de meilleurs traitements du VHC avec moins d'effets secondaires; et à surveiller et à faire connaître les progrès à ce chapitre. De plus, si le traitement médicamenteux échoue, les personnes qui vivent avec une co-infection devraient avoir la possibilité d'une greffe de foie, une avenue qui leur est difficile dans notre pays, en ce moment. ■



La détection de l'hépatite C

par Glen Hillson

Les problèmes de foie

sont fréquents chez les personnes vivant avec le VIH/sida. Les signes que le foie ne fonctionne pas bien prennent plusieurs formes, notamment des taux élevés d'enzymes (détectés par des tests sanguins de routine), des symptômes cliniques comme la perte d'appétit, la nausée, les ballonnements et la jaunisse - ou des résultats de procédés diagnostics plus sophistiqués comme les ultrasons ou la biopsie du foie. Les maladies du foie sont toujours potentiellement sérieuses et peuvent mettre la vie en danger.

L'un des principaux défis est de déterminer la (ou les) raison(s) des problèmes du foie. En soi, le VIH a des conséquences sur plusieurs systèmes du corps, et en

particulier sur des organes comme le foie. Les multithérapies anti-VIH peuvent aussi affecter la fonction du foie. Divers médicaments peuvent être néfastes au foie par des mécanismes biologiques qui ne sont pas bien définis sur le plan médical. Les médicaments nucléosides peuvent nuire à la mitochondrie des cellules et entraîner un problème appelé acidose lactique, qui conduit à une insuffisance du foie. Les non-nucléosides et les inhibiteurs de la protéase peuvent quant à eux augmenter le stress du foie, soit par des effets indésirables et rapides, soit en s'ajoutant à l'accumulation d'autres stress. Des infections virales comme les hépatites A, B et C sont des causes bien connues de maladie et de dommages au foie.

suite page suivante

LA DÉTECTION DE L'HÉPATITE C

suite de la page 5

Puisque le VHC se transmet par le sang, la pratique médicale a généralement considéré que les seules populations vulnérables à cette infection étaient les patients ayant reçu des transfusions de sang et les personnes qui font usage de drogue par injection. Ainsi, le test sanguin de dépistage du VHC n'est souvent administré qu'aux personnes de ces deux catégories.

Plusieurs facteurs peuvent affecter la fiabilité du diagnostic de l'hépatite C chez les personnes vivant avec le VIH/sida et chez certains hommes gais :

1. Les personnes qui ont une capacité immunitaire réduite peuvent avoir l'infection à VHC sans toutefois avoir développé d'anticorps à ce virus, ce qui conduit à un résultat de test faussement négatif.
2. De récentes études portent à croire que les personnes vivant avec le VIH pourraient être biologiquement plus vulnérables à la transmission sexuelle du VHC.
3. Bien que les experts considèrent que le risque de transmission sexuelle est faible, ils reconnaissent aussi qu'il est plus élevé pour les personnes qui ont des partenaires sexuels multiples.
4. Des recherches effectuées au Canada portent à croire que les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et qui ont des contacts bouche-anus (*rimming*) ou qui pratiquent la pénétration anale de la main (*fisting*) seraient plus vulnérables à contracter le VHC.

L'an dernier, le BC Centre for Excellence in HIV/AIDS a conseillé aux médecins qui traitent des personnes vivant avec le VIH/sida de ne pas se fier uniquement au test de détection des anticorps anti-VHC, en présence d'une maladie non expliquée du foie. Il leur a été suggéré d'avoir recours au test qualitatif de réaction en chaîne à la polymérase (PCR), pour vérifier la présence du VHC plutôt que celle des anticorps.

Plusieurs autres facteurs théoriques de risque de transmission du VHC doivent être étudiés. Une détection tardive du VHC est l'un des nombreux problèmes des personnes qui vivent avec la co-infection VIH-VHC. Les stratégies de soins optimaux pour le contrôle clinique simultané du VIH et de l'hépatite C sont encore très expérimentales, comme plusieurs des combinaisons médicamenteuses utilisées pour traiter chaque infection séparément. ■

CONSEIL CANADIEN DE SURVEILLANCE ET D'ACCÈS AUX TRAITEMENTS (CCSAT) MANDAT

Le mandat du Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements consiste à travailler avec les secteurs public et privé pour :

1. Favoriser l'accès des personnes vivant avec le VIH-sida aux thérapies et aux traitements en influençant la recherche et les politiques gouvernementales et sensibilisant le public
2. Fournir aux personnes vivant avec le VIH-sida des services de mentorat et de perfectionnement des compétences en ce qui concerne les activités mentionnées ci-dessus
3. Encourager et faciliter l'échange d'informations pertinentes sur les traitements du VIH-sida entre les personnes concernées.

CO-INFECTION et médecines complémentaires

par Ron Rosenes

La co-infection VIH-VHC peut doubler le stress que subit le foie. Comme si le foie n'avait pas assez de l'assaut d'aliments gras, d'alcool et de médicaments anti-VIH, l'hépatite C peut causer une fibrose (apparition de cicatrices), la cirrhose (cicatrisation avancée) et possiblement le cancer du foie. Pour ralentir ou réduire les dommages à cet organe vital, certains utilisent des approches naturelles depuis plusieurs années - herbes, vitamines, systèmes comme la médecine chinoise traditionnelle (MCT). Cependant, ce qui risque de nous causer le plus de tort vient de ce que nous ne connaissons pas.

Dans ses soins à des personnes vivant avec cette co-infection, le praticien de MCT David Bray utilise l'acupuncture et des herbes pour favoriser la fonction du foie telle que conçue en MCT : assurer une bonne circulation du Qi et du sang, dans le corps. Le traitement est personnalisé. La recherche et la pratique (qui date de milliers d'années) suggèrent que l'on peut tirer profit du maintien d'un équilibre de l'énergie du corps ainsi que de l'action de certaines herbes.

La glycyrrhizine, contenue dans la racine de la plante appelée « réglisse » (*Glycyrrhiza glabra*), a été l'objet d'essais cliniques qui ont démontré qu'elle réduit le taux d'alanine aminotransférase (ALT). Mais ne vous ruez pas pour acheter de la glycyrrhizine : les essais ont été faits à partir d'une formulation intraveineuse; d'autres recherches sont nécessaires avant que l'on puisse faire des choix éclairés à ce sujet. La racine de réglisse peut causer des problèmes de taux sanguin de sucre et une hausse radicale de la tension artérielle. L'utilisation de réglisse sans glycyrrhizine (DGL ou « deglycyrrhizinated » licorice root) peut être préférable.

L'herbe la mieux connue est le chardon-Marie (ou « chardon marbré », *Milk Thistle*, nom latin : *Silybum marianum*). Son ingrédient actif, la silymarine, semble avoir des propriétés souhaitables : anti-inflammatoire,



antifibrotique et anticarcinogène. On a observé qu'elle inhibe la réplication virale du VHC. Plusieurs praticiens la recommanderaient, mais il faut d'autres recherches pour examiner ses interactions avec les médicaments anti-VIH. D'après Brian Foster, un chercheur de Santé Canada, des données indiquent que l'utilisation occasionnelle du chardon-Marie peut inhiber certaines voies d'élimination des médicaments anti-VIH. Des études sont en cours pour établir si un usage répété entraîne des taux sanguins élevés de ces médicaments et des toxicités plus fortes.

Les interactions entre herbes et médicaments sont difficiles à évaluer, car l'ingrédient actif et la dose sont souvent inconnus. Par ailleurs, il se peut que ces interactions prennent plus longtemps à se manifester. Il faut que des études déterminent les doses appropriées et examinent le potentiel d'interaction avec des médicaments. Il est important de trouver des praticiens qui s'y connaissent et de les informer de toutes les substances que vous utilisez.

Les efforts d'action dans la sphère des traitements doivent rappeler à l'industrie les responsabilités qui lui incombent, y compris la nécessité de financer des essais cliniques pertinents; les gouvernements doivent aussi être incités à assumer leur leadership pour stimuler la recherche. ■

PORTRAIT D'UN MILITANT : Art Zoccole

par Darren Greer



Art Zoccole affirme que c'est un sentiment d'isolement partagé qui le motive à travailler auprès des Autochtones sur les questions liées au VIH et au sida. Un Ojibwé à « deux esprits » (façon amérindienne de désigner les gais et les lesbiennes), Art a grandi sur un petit chemin de campagne dans le Nord de l'Ontario. Pour lui, la solitude et l'isolement qu'il a connus dans son enfance s'apparentent aux sentiments de désespoir et de désespoir que peuvent éprouver les personnes autochtones lorsqu'elles apprennent qu'elles sont séropositives.

Art commence à réfléchir sérieusement à la problématique du sida chez les Autochtones et aux questions touchant les personnes à deux esprits en 1989 lorsqu'il se fait aborder par Thomson Highway, l'écrivain d'origine crie, sur la rue Church de Toronto. Celui-ci l'encourage à former un groupe d'entraide pour les gais et les lesbiennes autochtones du centre ville. Art finit par suivre les conseils de l'écrivain et, en 1991, devient cofondateur du 2-Spirited People of the First Nations, le premier organisme autochtone de lutte contre le sida de l'Ontario. Onze ans plus tard, en 2000, Art est désigné directeur général du Réseau canadien autochtone du sida et est désormais reconnu comme un des chefs de file du mouvement autochtone de lutte contre le sida au Canada. Art maintient cependant que la possibilité de s'entretenir et de s'identifier avec les Autochtones vivant avec le VIH demeure l'aspect le plus gratifiant de son travail.

Il n'empêche que, de nos jours, Art fait beaucoup plus que parler et écouter. Le Réseau canadien autochtone du sida se mêle de plusieurs dossiers, dont les questions touchant les Autochtones à l'échelle internationale, l'élaboration de politiques avec Santé Canada et l'optimisation des stratégies de lutte contre le VIH et le sida en collaboration avec des organismes politiques et de santé. Selon Zoccole, un des plus grands défis qui restent à relever consiste à combattre le stigma que l'on attache à la

maladie dans plusieurs communautés autochtones, là où le VIH est encore considéré comme une maladie des homosexuels blancs. « Nous devons changer ces attitudes, dit-il, et une grande partie de notre travail est conçue à cette fin. »

Par ailleurs, Art affirme que les communautés non autochtones doivent reconnaître l'autonomie des Premières Nations dans le domaine du VIH/sida et d'autres sphères de la santé. Art passe beaucoup de son temps à des forums publics, où il tente d'en convaincre les gouvernements et les organismes non autochtones tout en revendiquant les ressources et les possibilités de formation nécessaires pour que les Autochtones puissent entreprendre des projets liés au VIH/sida dans leurs propres communautés.

Lorsqu'on l'interroge au sujet des traitements anti-VIH et des Autochtones, c'est avec peine qu'Art se rappelle les premiers jours de l'épidémie. Il se voit de nouveau déposer anonymement un ami malade à l'urgence d'un hôpital torontois et décamper avant que les infirmières puissent refuser d'admettre un sidéen. Du côté moins sombre, il se rappelle l'arrivée du saquinavir, l'inhibiteur de la protéase qu'un grand nombre de clients au 2-Spirited People of the First Nations appelaient, sur un ton à moitié ironique seulement : « Gwenavere », parce qu'ils n'arrivaient pas à en prononcer le nom. Citant cet exemple, Art signale que la première priorité des défenseurs des droits des Autochtones en matière de traitements doit consister à diffuser de l'information pertinente qui reflète les différences culturelles et linguistiques de ces peuples.

Malgré sa lourde charge de travail et celle de ses collègues, la motivation d'Art Zoccole demeure inchangée parce qu'il a été touché personnellement par cette maladie. « Dans cette vie, affirme-t-il, la plus importante façon de créer des liens avec une autre personne consiste à la comprendre, à l'aimer et à l'accepter telle quelle. » C'est la seule chose, croit-il, qui puisse mettre fin à notre isolement, quelle qu'en soit la cause. ■

PEU NOMBREUX MAIS FORTS : Les activistes et les éducateurs canadiens se réunissent au NATAF 2001

par Paula Braitstein



Louise Binder, présidente du CCSAT, et Charles Roy, directeur général de l'AIDS Committee of Toronto, dans un panel consacré au leadership.

Du 2 au 5 décembre 2001, plus de 500 activistes et éducateurs dans le domaine du VIH/sida de partout en Amérique du Nord, y compris le Mexique et les Caraïbes, et même de l'Europe de l'Est, se sont rassemblés à l'occasion du NATAF. Rebaptisé le North American Treatment Action Forum en 2001, le NATAF s'appelait autrefois le National AIDS Treatment Advocates Forum. Fondé en 1992, ce dernier était une conférence états-unienne qui réunissait des activistes luttant pour l'accès aux traitements VIH/sida. Le NATAF a toujours bénéficié du soutien et de la participation d'activistes et d'éducateurs canadiens.

Vancouver a été choisi pour accueillir ce premier NATAF à se tenir à l'extérieur des États-Unis, autant pour la douceur de son climat que pour le taux de change favorable (de leur point de vue, bien sûr). Mais faites attention, car il semble que les yeux soient braqués sur Montréal pour 2003. De tous les organismes initialement abordés, le CCSAT, la Société canadienne du sida et la British Columbia Persons With AIDS Society ont répondu à l'appel. Ayant déjà assisté à plusieurs NATAF, j'étais très enthousiaste – et incroyablement intimidée – à l'idée de travailler avec des activistes américains sur une conférence d'une telle envergure.

Nous avons déterminé, dès le départ, que des Canadiens participeraient à chaque atelier, à la planification du programme et aux sessions plénières. Lorsque le National Minority AIDS Council (NMAC), l'organisme qui réunit la coalition de groupes responsable de l'organisation du forum, nous a abordés pour la première fois, ses membres se sont montrés très respectueux de la scène « locale » (le Canada en général, et Vancouver en particulier). Il était évident qu'ils recherchaient des partenariats pertinents. Au début du processus, lorsque j'étais encore intimidée face à ces gens, Glen Hillson m'a dit : « Ce n'est pas ce qu'ils pensent de toi maintenant qui compte, mais ce qu'ils penseront lorsque ce sera terminé ». Pour ma part, je suis convaincue que, sans exception, les délégués américains et internationaux ont quitté Vancouver en pensant qu'ils avaient sous-estimé les Canadiens.

Peu nombreux mais forts, nous avons manifesté un leadership et une expertise incroyables dans plusieurs domaines - qui pourrait oublier les talents d'humoriste de Glen Hillson ou la férocité de Louise Binder, qui dit les vérités qui doivent tellement s'entendre? À titre de chefs de file de l'activisme canadien en matière de traitements, Glen et Louise ont donné plusieurs présentations chacun, mais ils n'étaient pas les seuls à montrer de quel bois les Canadiens se chauffent. Nous avons montré notre force dans les domaines de la santé mentale, de la nutrition, des thérapies complémentaires, du travail auprès des détenus, des modèles d'auto-responsabilisation et d'entraide, de la vulgarisation de l'information sur les traitements à l'intention des faibles-lecteurs, ainsi que des questions liées aux femmes, à l'immigration, à la grossesse et aux antirétroviraux, entre autres.

Au cours du processus d'organisation de cette conférence, je me suis rendu compte que le nombre de personnes faisant ce genre de travail était petit, même aux États-Unis. Il l'est encore plus au Canada. Bien qu'il y ait plusieurs gens qui font de l'éducation sur les traitements, le nombre de personnes faisant de l'activisme collectif demeure relativement petit. Je ne crois pas que nos approches diffèrent beaucoup (même si nous sommes en général plus polis!). Les principaux enjeux auxquels nous faisons face ressemblent à ceux qui préoccupent les activistes aux États-Unis : la montée en flèche des coûts des médicaments, l'inadéquation des systèmes de santé et l'extrême vulnérabilité des pauvres et des marginaux. En tant qu'activistes et éducateurs canadiens au NATAF, je crois que nous avons manifesté l'ampleur de notre expérience et de nos facultés. Cependant, si nous voulons continuer de relever les défis que je viens de nommer à l'avenir, nous devons faire preuve de plus de profondeur sur les plans de l'engagement, de la passion et de la créativité. Enfin, nous avons beau posséder beaucoup de points communs avec nos voisins du Sud, il va falloir que nous nous préparions, lorsque l'heure de la collaboration va sonner, à nous engager dans une aventure interculturelle! ■

COMPTE-RENDU DES PROVINCES

L'ALBERTA

par Bob Mills

Notre campagne de la Journée mondiale du sida de 2001 a été un franc succès. Le vendredi 30 novembre, j'ai participé à l'émission matinale du Edmonton A Channel. Après l'entrevue en direct, je représentais le CCSAT aux côtés de Kevin Midbo (Alberta Community Council on HIV), de Maggie McGinn (Living Positive Society), de la D^e Barb Romanowski (médecin spécialiste du VIH) et d'autres activistes de partout en Alberta, à une conférence de presse pour faire valoir la nécessité d'augmenter le budget de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Le 1^{er} décembre, une foire d'information a eu lieu dans le quartier Old Strathcona; le CCSAT y a distribué ses bulletins d'information, ses énoncés de position et de l'information sur son mandat et ses coordonnées, etc. Une vigile à la chandelle a complété cet événement. L'ACCH a tenu sa première rencontre de l'année 2002, du 5 au 8 février; une mise à jour du plan du CCSAT pour 2002 y fut présentée et les membres de l'ACCH qui s'y intéressent ont été invités à participer aux nombreux comités du CCSAT.

L'ÎLE DU PRINCE-ÉDOUARD

par George Clark-Dunning

Au cours de l'année écoulée, le Canada atlantique a surveillé les discussions des ministres de la Santé de chaque province à propos des formulaires de médicaments. Au départ, l'idée était de regrouper les achats de médicaments des provinces pour en réduire les coûts. Par ailleurs, on entendait accélérer le processus d'approbation des nouveaux médicaments; et au lieu de quatre comités qui se rencontrent une fois par trimestre pour examiner les nouveaux médicaments et dossiers de demande d'homologation, on comptait faire en sorte qu'un seul comité soit chargé de toutes ces décisions pour l'ensemble de la région de l'Atlantique.

Les événements ont cependant pris une autre tournure : des médicaments seront radiés de certains formulaires d'assurance médicaments. Pendant la dernière année civile, les ordonnances de médicaments qui améliorent la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/sida (de l'hormone de

croissance humaine jusqu'aux crèmes antifongiques) n'ont pas été assurables. Bien que l'Île du Prince-Édouard assure tous les médicaments de combinaison en chimiothérapie, d'autres produits sont radiés des listes assurables.

Si la tendance se maintient, il est réellement à craindre que d'autres provinces emboîtent le pas à celles de l'Atlantique. Le CCSAT continuera de surveiller la situation et agira au besoin.

L'ONTARIO

par Enrico Mandarino

Cinquante-huit personnes ont participé à la journée de perfectionnement organisée en novembre, à Toronto. Le CCSAT et l'Ontario AIDS Network continuent de collaborer dans le dossier de l'accès aux traitements, par des occasions de perfectionnement, des discussions et leur implication en matière de traitement, dans la province.

Au programme de la journée, on trouvait une séance sur les problèmes courants d'accès aux traitements pour le VIH, en Ontario. Le groupe a réaffirmé son engagement à travailler en comités pour informer les politiques publiques dans ce domaine. Les comités portent sur les thématiques suivantes : Stratégie ontarienne de lutte contre le sida; formulaires de médicaments; soins dentaires; manque de soins; et un nouveau comité est maintenant consacré à la question du test de résistance en Ontario. Visitez le site Web du CCSAT ou contactez son bureau pour en savoir plus ou pour vous impliquer.

Le comité sur la Stratégie ontarienne de lutte contre le sida

La Stratégie ontarienne de lutte contre le sida s'est terminée en 2000. L'an dernier, notre comité sur cet enjeu a rempli un questionnaire au sujet de la Stratégie, qui visait à aider à mettre au point une nouvelle stratégie provinciale de lutte contre le sida. Depuis, le Bureau de lutte contre le sida (du ministère ontarien de la Santé et des Soins prolongés) et le Comité consultatif ontarien sur le VIH/sida (OACHA) ont élaboré un document intitulé *Status Report : HIV/AIDS in Ontario* [Rapport sur la situation du

suite page suivante

COMPTE-RENDU DES PROVINCES – suite de la page 12

VIH/sida en Ontario]. J'ai fait partie d'un groupe de travail qui a évalué le document de discussion et qui a formulé des avis sur les orientations stratégiques qui contribueraient à mettre au point la prochaine stratégie provinciale sur le VIH/sida. Les groupes de travail ont concentré leurs efforts sur les principaux défis posés par le VIH en Ontario, les recommandations ou solutions novatrices qui peuvent être développées en réponse aux défis identifiés, et les obstacles aux solutions. Un rapport final sera disponible sur le site Web du CCSAT.

TERRE-NEUVE ET LE LABRADOR

par Philip Lundrigan

Le Newfoundland and Labrador PWA Network (NLPWAN) - CTAC Nfld. & Lab. a tenu sa troisième réunion annuelle en octobre 2001, à St. John's et toutes les régions y étaient représentées.

L'ordre du jour de cet événement d'une fin de semaine comprenait une journée de perfectionnement de compétences dans un vaste registre de questions liées aux traitements, comme les effets secondaires des médicaments, les interactions médicamenteuses et les complications à long terme de la thérapie antirétrovirale. Une discussion sur l'alcool et les drogues illégales/récréatives, en relation avec les traitements pour le VIH, s'est avérée particulièrement opportune pour certains membres et a été généralement bien accueillie par le réseau. Les questions de fidélité aux traitements, de résistance aux médicaments, de nouvelles options ainsi que d'interruptions structurées des traitements (IST) ont reçu elles aussi une attention considérable.

Deux séances d'une demi-journée ont été consacrées à des problématiques liées à l'accès aux traitements. Le directeur général du Comité du sida de Terre-Neuve et du Labrador (CSTNL), Bill Downer, a présenté la demande de financement d'opération de son organisme. Il fut surtout question des domaines où le CSTNL offre des services directs aux personnes vivant avec le VIH/sida.

Bill a par ailleurs présenté une mise à jour sur les efforts du CSTNL pour ressusciter ou renouveler la Stratégie provinciale sur le sida, mise sur pied en 1993 mais demeurée lettre morte, depuis. Les personnes vivant avec le VIH/sida auront l'occasion de s'impliquer dans toutes les négociations. ■



Bob Mills est honoré

Bob Mills a été sélectionné par HIV Edmonton comme candidat à la Médaille du Mérite à l'occasion de l'Année internationale des volontaires. Il figure parmi les dix lauréats de cet honneur prestigieux. La médaille lui a été présentée par la députée fédérale Anne McLellan lors d'une cérémonie publique tenue en décembre 2001, à Edmonton. Toutes nos félicitations, Bob!

Le CCSAT sur Internet

Le CCSAT est heureux d'annoncer le lancement de son site Web à l'adresse www.ccsat.ca. Celui-ci abrite, entre autres, les numéros actuels et antérieurs de notre bulletin, des déclarations de principes, des communiqués de presse, des renseignements sur nos activités en cours et les manières dont vous pouvez y participer et des liens vers d'autres sites. Le site Web du CCSAT est une excellente ressource pour toute personne qui voudrait en savoir plus sur l'organisme. Il vous permet de communiquer avec le représentant de votre province et de devenir membre en ligne! Vous pouvez également choisir de recevoir notre bulletin par voie électronique plutôt que par courrier. Rendez-nous visite à www.ccsat.ca.

MISE À JOUR SUR LES QUESTIONS relatives aux femmes

par Shari Margolese



La tenue, en décembre 2001, du North American Treatment Action Forum a fourni au CCSAT de nombreuses occasions de partager, avec un large éventail de parties intéressées, ses connaissances sur les questions liées au traitement des femmes séropositives. Dans le cadre d'une session intitulée *Vers un plan d'action plus large : La lutte pour l'accès des femmes à des soins de santé et à des traitements de qualité contre le VIH*, une des nombreuses présentations données par Louise Binder, la présidente du CCSAT a fait état de l'expérience qu'on a vécue au Canada lors de l'organisation de la première Conférence nationale sur les femmes et le VIH (mai 2000), ainsi que des recommandations ayant découlé de cette dernière et des efforts visant leur mise en application. Mme Binder a également annoncé que le CCSAT et ses partenaires nationaux avaient amorcé des discussions préliminaires en vue de la planification de la deuxième Conférence nationale sur les femmes et le VIH, prévue en 2003.

La première Conférence nationale sur les femmes et le VIH a attiré plus de 500 femmes séropositives, fournisseurs de soins de santé, représentants d'organismes de lutte contre le sida et d'ONG, médecins et chercheurs. On a formulé des recommandations visant les actions à prendre relativement à chacun des quatre volets de la conférence : prévention, soutien et traitement, questions d'ordre juridique et éthique et politique gouvernementale. Les recommandations furent ensuite consolidées. Des organismes spécifiques seront chargés de diriger les projets qui relèvent de leur juridiction. Le CCSAT a déjà commencé, au cours de la dernière année, à disséminer de l'information sur les questions liées à l'accès aux traitements dans le cadre de plusieurs présentations et ateliers conçus et donnés par les membres du Comité sur les questions relatives aux femmes.

Les recommandations ayant trait à l'accès aux traitements se répartissent en cinq catégories principales : l'accès aux traitements, aux soins et aux tests; la recherche; le système de surveillance post-approbation; les médecines complémentaires et alternatives; l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques et de programmes.

Les recommandations en matière d'accès aux soins, aux traitements et aux tests réclament la révision des lignes directrices thérapeutiques pour qu'elles reflètent les différences entre les sexes, établissent des posologies optimales pour les femmes sous traitement antirétroviral et permettent l'accès à davantage de tests et à des professionnels de la santé bien renseignés.

En ce qui concerne la recherche, les recommandations préconisent la mise au point et l'évaluation de microbicides et de vaccins, ainsi que l'élaboration d'essais cliniques accessibles aux femmes et comportant un nombre représentatif de sujets féminins. Ce volet comprend également les recherches spécifiques aux femmes et celles comportant une analyse comparative entre les sexes.

Les recommandations relatives au système de surveillance post-approbation mettent l'accent sur l'inclusion des questions relatives aux femmes, l'établissement de mécanismes de notification dynamiques pour toutes les parties concernées et de mécanismes d'analyse et de diffusion des données recueillies.

La question du coût des médecines complémentaires et alternatives (MCA) est fondamentale à toute discussion qui aborde ce sujet. Parmi les recommandations formulées, on retrouve la revendication d'un meilleur financement gouvernemental et communautaire des MCA et d'un allègement fiscal à l'intention des personnes ayant recours à ces traitements. Les participantes à la conférence sur les femmes ont également déploré la pénurie d'essais cliniques sur les vitamines, les plantes médicinales et les suppléments, notamment en ce qui concerne les interactions entre ces derniers et les traitements conventionnels. Elles ont également évoqué la nécessité de possibilités d'éducation, de partenariat et de réseautage entre toutes les parties intéressées.

En ce qui concerne l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques et de programmes, les recommandations soulignent la nécessité de programmes d'observance thérapeutique personnalisés et de la reconnaissance des femmes en tant que population à risque d'infection par le VIH. Elles soulignent également la pénurie de ressources destinées aux femmes en matière de grossesse, de culture et d'autres questions.

La liste complète des recommandations et les plans en cours pour leur mise en oeuvre est maintenant disponible auprès du bureau du CCSAT. ■

CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS

printemps 2002

● **du 11 au 13 avril 2002**

III^e Atelier international sur la pharmacologie clinique des thérapies anti-VIH

Washington, D.C.

Information et inscription :

<http://www.virology-education.com/index2.html>

ou (+31) 30 230 7146

● **24 avril 2002**

Événement de perfectionnement des compétences du CCSAT

Winnipeg, Manitoba

Visitez www.ccsat.ca ou communiquez avec le

bureau du CCSAT pour en savoir plus.

● **du 25 au 28 avril 2002**

Association canadienne de recherche sur le VIH

Winnipeg, Manitoba

Information : info@cahr-acrv.ca ou au (613) 258-5062

● **du 30 avril au 3 mai 2002**

Première conférence annuelle sur les Autochtones et l'hépatite C

Edmonton, Alberta

Information : anne-halfe@nechi.com ou (780) 906-9869

● **du 2 au 5 mai 2002**

V^e Conférence annuelle sur la pharmacothérapie et les maladies infectieuses

Orlando, Floride

Information : mad@fusionmdnetwork.com

ou 1 888 996-6660

● **du 12 au 15 mai 2002**

Conférence sur les microbicides, 2002

Anvers, Belgique

Information : yjacob@itg.be au 32 3 247 65 39

● **du 7 au 12 juillet 2002**

XIV^e Conférence internationale sur le sida

Barcelone, Espagne

Information : aids2002@aids2002.com ou

(+34) 93 254 0555

RAPPORT DE LA PRÉSIDENTE

DU CCSAT - printemps 2002 *par Louise Binder*

Nous voici dans une nouvelle année. Plusieurs

soupirent de soulagement, car 2001 a été jonchée d'événements démoralisants - voire effrayants - sur la scène mondiale. Il y a eu chez nous, aussi, des signes décourageants pour ceux et celles d'entre nous qui se préoccupent des soins de santé dans ce pays.

Par exemple, peu d'attention au dossier santé, dans le récent budget fédéral. En conséquence, des problèmes systémiques que le CCSAT et d'autres intervenants dans la lutte contre le sida ont maintes fois déplorés restent non résolus. Le budget de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida est trop mince pour soutenir les progrès accomplis jusqu'ici dans ses volets stratégiques et pour s'attaquer en même temps aux nouvelles problématiques qui se manifestent à travers le pays. En marge de la Stratégie, toujours pas de système efficace pour l'examen des nouveaux médicaments, au Canada, ni rien qui puisse être qualifié de mécanisme actif et axé sur le consommateur, pour la surveillance post-approbation des médicaments vendus dans notre pays. Le leadership et la créativité au palier fédéral sont tristement insuffisants dans ces dossiers.

Le prix de nouveaux médicaments continue d'augmenter et pèse lourd sur le système de santé.

En réaction à la hausse du coût des soins de santé et aux pressions des provinces pour que l'on s'attaque à ce problème, le gouvernement fédéral a formé la Commission Romanow pour qu'elle formule des recommandations sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Par ailleurs, les ministres de la Santé des provinces, des territoires et du système fédéral se sont réunis pour développer un plan d'amélioration de la gestion des médicaments. En a résulté une entente en vue notamment de créer un mécanisme commun pour l'examen de la couverture de nouveaux médicaments au Canada. Bien que les décisions sur les prestations et le contenu des listes de médicaments restent à chaque province/territoire et au fédéral, on a convenu de collaborer dans l'avenir, au besoin, et l'on s'est promis d'accentuer l'évaluation de l'efficacité et du rendement, en ce qui a trait à l'assurance médicaments.

Ces initiatives peuvent sembler plutôt bénignes, voire de bonne pratique. Mais leur impact concret sur l'accès des Canadien-ne-s à des traitements et à des soins de santé universels soulève des questions bien réelles. Il semble peu probable que l'une ou l'autre de ces initiatives améliore l'accès de ceux et celles qui en ont le plus besoin et qui ont le moins de moyens pour se procurer ces traitements. Le statu quo est même improbable.

Le CCSAT s'impliquera dans tous les aspects de ce débat qui sont susceptibles d'affecter l'accès aux traitements pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida. De plus, nous continuerons notre travail dans les dossiers déjà entrepris, notamment le processus de réforme du mécanisme d'homologation des médicaments et la mise au point d'un système pour la surveillance post-homologation au Canada.

Le CCSAT poursuivra le développement de ses réseaux provinciaux et territoriaux; il favorisera un perfectionnement des compétences sur ces questions et ces efforts critiques, car notre énergie et nos forces collectives sont primordiales - les conséquences nous affecteront tous. Nous espérons que vous vous joindrez à nous dans ce travail. Bien des défis sont devant nous et, je nous le souhaite, des progrès. ■

MEMBRES DU CONSEIL

CONSEIL D'ADMINISTRATION

● **PRÉSIDENTE Louise Binder**
Toronto People With AIDS Foundation (TPWAF)

● **VICE-PRÉSIDENT Glen Hillson**
Columbia-Britannique

● **TRÉSORIER Tony Di Pede**

● **SECRÉTAIRE Darren Greer**
Réseau canadien autochone du sida (RCAS)

Daryn Bond Manitoba

Shari Margolese Représentante nationale des femmes

Bob Mills Alberta

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

Philip Lundrigan Terre-Neuve & Labrador •

George Clark-Dunning

Île-du-Prince-Édouard • **John Arenburg**

Nouvelle-Écosse • **Emerald Gibson**

Nouveau-Brunswick • **Line Carreau** Québec

• **Enrico Mandarino** Ontario • **Lelah**

Ngeruka Territoires • **Tom McAulay**

British Columbia Persons with AIDS Society

(BCPWA) • **Donald Raymond** Coalition

des organismes communautaires québécois de

lutte contre le sida (COCQ-Sida) • **Françoise**

Grothé Comité des personnes atteintes du

VIH du Québec (CPAVIH) • **James Kreppner**

Société canadienne de l'hémophilie (CHS) •

Gerard Yetman Société canadienne du sida

(SCS) • **Arlo Yuzicapi-Fayant** Réseau

canadien d'info-traitements sida (CATIE) •

Richard Elliot Réseau juridique canadien

VIH/sida

BAILLEURS DE FONDS 2001/2002

Santé Canada

Abbott Laboratories • Boehringer

Ingelheim • Bristol-Myers Squibb •

Gilead Sciences • GlaxoSmithKline en

partenariat avec Shire BioChem •

Hoffmann-La Roche • Merck Frosst •

Ontario HIV Treatment Network (OHTN)

LES DÉCLARATIONS DE PRINCIPES ET LES VIDÉOCASSETTES 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 approprié 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 : Phillip Lundrigan.
- 1999 - « Rapidité et transparence : Examen du processus d'évaluation des médicaments contre le VIH ». Auteur : David Garmaise.

Vidécassettes

- 2001 - « La recherche et l'examen des nouveaux médicaments : où est le feu? » - 9,00 \$
- 2001 - « Les thérapies complémentaires et alternatives [TCA] : vers une meilleure intégration » et « Influencer le gouvernement et l'industrie pharmaceutique : les stratégies et les tactiques efficaces » - 11,00 \$ (deux présentations)

Le CCSAT autorise la reproduction partielle ou intégrale de ses déclarations de principes à condition que la source soit disponibles gratuitement sous forme imprimée ou électronique. Les vidéocassettes peuvent être empruntées ou achetées (jusqu'à épuisement des stocks), mais il est interdit d'en faire des copies, que ce soit en partie ou intégralement. Toutes ces ressources sont disponibles en français et en anglais. Pour en commander, veuillez contacter le bureau du CCSAT ou visitez www.ccsat.ca.

ADHÉSION

Les formulaires d'adhésion sont disponibles auprès du bureau du CCSAT et sur son site Internet.

Une adhésion à part entière sera limitée :

- Aux personnes vivant avec le VIH/sida
- Aux groupes et organisations et/ou aux projets avec un mandat VIH/sida d'importance

Une adhésion associée sera limitée :

- À toute personne physique
- Aux groupes ou organisations et/ou projets dont le mandat correspond en substance aux objectifs de la corporation

RÉDACTION

Ce bulletin est une publication trimestrielle.

Comité de rédaction: Daryn Bond / George Clark-Dunning / Darren Greer / Enrico Mandarino / Shari Margolese / Tom McAulay / Bob Mills • **Équipe de rédaction :** Louise Binder / Françoise Grothé • **Coordination éditoriale :** Michelle Marchione • **Traduit de l'anglais et du français** par Alain Boutilier, Jean Dussault et Florinda Lages

Imprimé par Glenview Graphics

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 4 numéro 1 (mars 2002) 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 et de ses bailleurs de fonds. Le CCSAT ne prétend recommander ni appuyer aucun des thérapies ou traitements décrits dans ses publications.

COMMUNIQUEZ AVEC NOUS

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

Case postale 116, Succursale F
Toronto, Ontario M4Y 2L5

Téléphone : (416) 410-6538

Télécopieur : (416) 761-1012

Courriel : ccsat@ccsat.ca

Site Web : www.ccsat.ca