

# CONSEIL CANADIEN DE SURVEILLANCE ET D'ACCÈS AUX TRAITEMENTS



Conseil canadien de surveillance  
et d'accès aux traitements

## DANS CE NUMÉRO

OCTOBRE 2003

VOLUME 5

NUMÉRO 3

L'évaluation commune des médicaments : plus vite ou plus lente ? .....	1
La Société internationale du sida se réunit. ....	2
Hommage à un activiste extraordinaire. ....	4
« Vos papiers ! » : Une autre barrière à l'accès aux traitements. ....	5
Le CCSAT s'engage dans la lutte pour l'accès à la marijuana médicale. ....	6
Alors, vous voulez avoir un bébé ? Les défis de la fertilité chez les PVVIH. ....	7
Comptes-rendus des provinces .....	8
Le CCSAT au 4 <sup>e</sup> Symposium national de perfectionnement des compétences. ....	10
Chère ministre, est-ce qu'on est rendu ? .....	11
Le point sur les essais cliniques ....	12
Étude nationale SSPA. ....	12
Rapport de la présidente .....	13
Calendrier des événements .....	13
Membres du conseil .....	14

## L'évaluation commune des médicaments :

### plus vite ou plus lente?

par Louise Binder

À L'AUTOMNE 2002, la ministre fédérale de la Santé et ses homologues provinciaux, sauf celui du Québec, ont signé un accord visant l'élaboration et la mise sur pied d'un processus commun d'évaluation des médicaments dont l'objectif consiste à formuler des recommandations concernant le remboursement des médicaments.

Pour gérer ce processus, on a choisi l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS), une agence relevant du fédéral.

Depuis la signature de l'accord, l'OCCETS a mis sur pied le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) dont il a développé la structure, les politiques et les processus. Le programme devrait entrer en vigueur dès la fin septembre 2003.

La théorie derrière la désignation d'une seule autorité consultative pour formuler des recommandations concernant le remboursement des médicaments est bien fondée car elle vise à rendre le processus plus vite, plus efficace et plus équitable dans toutes les régions du pays. Le problème réside dans le fait que le programme élaboré par l'OCCETS ne semble atteindre aucun de ces objectifs. De fait, il pourrait retarder considérablement le processus d'examen et risque d'être outrepassé sur le plan provincial, ce qui en minerait l'équité. De plus, aucune participation des consommateurs n'étant prévue, le vécu et les besoins des patients ne seront pas pris en compte.

Que je m'explique. Selon la description fournie aux consommateurs, le processus se déroulera comme suit : en premier lieu, le PCEM effectuera sa propre évaluation qui, au mieux, pourrait durer jusqu'à six mois; ensuite, il fera part de sa décision à chaque province concernée sous la forme d'une recommandation; enfin, les provinces décideront d'accepter ou de rejeter la recommandation. (Il est à noter qu'aucune province n'a encore accepté de démonter son dispositif d'évaluation actuel.) Ainsi, il s'agit d'ajouter un nouvel élément au processus d'examen qui risque d'allonger celui-ci de six mois sans aboutir à quoi que ce soit. Si le PCEM recommande l'ajout d'un médicament à la liste des produits remboursables, la province a le choix d'accepter ou de refuser. Que vaut donc ce nouveau programme ?

De plus, le PCEM entend se fier uniquement aux données fournies par la compagnie pharmaceutique requérante pour décider si le médicament en question constitue un ajout

*suite à la page suivante*

## L'évaluation commune des médicaments : plus vite ou plus lente?

*suite de la page 1*

pertinent à l'arsenal thérapeutique et si les dépenses éventuelles engagées par la province sont justifiées. Notre expérience nous révèle que les demandes soumises par les pharmaceutiques ne sont pas toujours complètes en ce qui concerne la valeur des médicaments du point de vue des consommateurs.

Prenons l'exemple du ddl EC. L'Ontario avait refusé d'ajouter celui-ci à sa liste de médicaments parce qu'il coûtait environ 3 \$ de plus par comprimé comparativement à l'ancienne formulation. Les consommateurs et les médecins ont dû expliquer que leurs expériences avaient prouvé que celle-ci comportait des coûts additionnels reliés, entre autres, à l'achat de médicaments pour combattre les effets secondaires. De plus, l'incapacité des patients d'adhérer au traitement a entraîné des coûts pour le système de santé parce qu'il a fallu que nombre d'entre eux remplacent le ddl EC par des médicaments plus chers mais plus faciles à tolérer. Ce n'est qu'à la suite de ces interventions que le gouvernement a accepté d'ajouter le médicament à sa liste de produits remboursables. Faute de comité consultatif des



consommateurs ou d'autre processus participatif, le PCEM ne tiendra pas compte des expériences des patients en ce qui concerne le coût des médicaments et la pertinence des nouveaux produits qui, à première vue, ressemblent à des produits déjà offerts.

Même si le concept du PCEM est bien fondé en ce qui a trait à la prise de décisions efficaces, éclairées et équitables sur le remboursement des médicaments, il est impossible qu'il atteigne ces objectifs sous la forme actuellement proposée. Ce sont les

patients qui risquent d'en sortir perdants parce que l'attente des médicaments essentiels sera plus longue encore. Il ne faut pas que cela se produise.

Vous pouvez faire une différence. Écrivez au PCEM pour lui dire que la proposition actuelle n'est pas satisfaisante - lisez la lettre collective dans le site Web du CCSAT et faites part de votre appui auprès du PCEM. Ou joignez-vous au Comité sur l'examen des médicaments du CCSAT pour travailler sur ce dossier. Cette question revêt une importance cruciale pour nous tous. ■

## La Société internationale du sida se réunit

*par Louise Binder*

### Paris, 2003

**La 2<sup>e</sup> Conférence** de la Société internationale du sida s'est tenue en juillet 2003 à Paris. Les présentations ont porté, entre autres, sur la mise au point de nouveaux médicaments tant pour le traitement des patients naïfs que pour les patients prétraités, ainsi que les infections opportunistes et la coinfection VIH/hépatite C. Le présent article rend compte de quelques points saillants de la conférence.

### De nouveaux médicaments pour les patients prétraités

En ce qui concerne la mise au point de nouveaux médicaments, on a fait état d'une étude de 48 semaines sur l'enfuvirtide (T-20), un membre de la famille des inhibiteurs de fusion, pour laquelle on a recruté des patients lourdement prétraités. Le médicament continue de donner de bons résultats, tant en termes de suppression virale que de réponse immunologique. Les personnes dont le virus demeurait sensible à deux médicaments ou plus de leur combinaison ont connu les meilleurs résultats, mais même certains patients dont le virus n'était sensible qu'à un seul médicament ont bien répondu au traitement, tant sur le plan virologique qu'immunologique.

Le médicament est administré par injection sous-cutanée. L'effet secondaire le plus souvent signalé (50 % des patients) a été de la sensibilité au site de l'injection. Vingt pour cent des patients ont fait état de douleurs modérées. Chez un à 2 % des patients, la douleur était sévère et a nécessité le recours à un analgésique.

Parmi les autres effets indésirables signalés, il faut

*suite à la page suivante*

## La Société internationale du sida se réunit

*suite de la page 2*

mentionner une incidence plus élevée de pneumonie bactérienne chez les personnes sous T-20, soit 6,6 %, comparativement à 0,6 % chez les patients recevant un traitement conventionnel optimisé. Chez les personnes ayant moins de 200 cellules CD4+, l'incidence fut de 9 à 10 %.

Le fabricant du T-20 a indiqué qu'il accroîtrait le nombre de places disponibles dans son programme d'accès élargi en 2004. Le nombre de places passera de 15 000 à 18 000. On ne sait pas encore si des places additionnelles seront disponibles au Canada, mais le CCSAT entend se renseigner auprès de la compagnie.

Le T-1249, un médicament de deuxième génération dans cette même famille, fera l'objet d'essais de phase II dans un proche avenir. Il paraît que ce dernier est sensible à des souches virales qui résistent au T-20, ce qui est très encourageant. Le temps en dira long sur son profil d'innocuité et d'efficacité à long terme.

Un autre nouveau médicament intéressant, tant du point de vue des patients naïfs que des patients prétraités, est l'atazanavir, un inhibiteur de la protéase. Il semble que celui-ci ne fasse pas augmenter les taux de lipides dans le sang, notamment le cholestérol et les triglycérides, lesquels sont associés à la lipodystrophie et aux problèmes cardiaques.

Dans le cadre d'un essai de 24 semaines menés auprès de patients prétraités, on a comparé une combinaison associant de l'atazanavir intensifié (par 100 mg de ritonavir) à une combinaison fondée sur Kaletra. La combinaison atazanavir/ritonavir s'est avérée aussi puissante que celle basée sur Kaletra, mais le taux de triglycérides est demeuré stable sous l'effet de celle-là, alors qu'il a augmenté de 31 % chez les patients recevant celle-ci. Le taux de cholestérol total a baissé chez les patients sous atazanavir, mais a augmenté de 3 % chez le groupe recevant Kaletra. Seulement 7 % des membres du groupe atazanavir/ritonavir recevaient des médicaments hypolipidémiants, comparativement à 15 % des participants sous Kaletra.

### Coinfection VIH/hépatite C

En ce qui concerne la coinfection, une étude pilote de petite envergure a révélé que les personnes coinfectées semblaient répondre plus lentement au traitement anti-hépatite C que les personnes infectées par celle-ci seulement. Ainsi, le critère selon lequel le traitement de l'hépatite C devrait provoquer une baisse de la charge virale de un log après 12 semaines pourrait ne pas convenir

à déterminer la réponse finale au traitement. Il faudrait plutôt tenir compte de la courbe du déclin de la charge virale chez les personnes coinfectées pour déterminer si le traitement doit se poursuivre.

Une autre étude a montré que le taux de réponse soutenue au traitement par interféron pégylé et ribavirine était plus faible chez les personnes coinfectées que chez les personnes infectées par le seul virus de l'hépatite C. On a constaté une réponse favorable de la part des génotypes 2 et 3. Enfin, la réponse précoce au traitement permet généralement de prévoir la réponse finale au traitement dans les deux cas.

### En bref

De façon générale, les études incitent à la prudence en ce qui concerne le choix d'une combinaison comportant trois analogues nucléosidiques à titre de traitement d'attaque, particulièrement la combinaison abacavir/3TC/ténofovir, laquelle donne lieu à une faible suppression virale.

L'analogue non nucléosidique efavirenz (Sustiva) induit des effets secondaires touchant le système nerveux central qui semblent disparaître au fil du temps chez de nombreuses personnes. Toutefois, les personnes ayant des antécédents de troubles psychiatriques seraient particulièrement sujettes à ce genre d'effets secondaires, notamment les états de dépression graves, les comportements agressifs, les idées suicidaires, la paranoïa et la manie.

Il semble que l'inhibiteur de la protéase Kaletra (lopinavir/ritonavir) ne présente toujours pas de mutations résistantes après 96 semaines, ce qui lui permet de conserver sa puissance tout en demeurant sans danger. ■

## Félicitations !



Le CCSAT est très heureux d'annoncer que le Dr Mark Wainberg est récipiendaire du Prix Galien 2003, catégorie recherche. Le travail infatigable que le Dr Wainberg fait dans le domaine de la recherche

VIH profite à de nombreux Canadiens et Canadiennes vivant avec le VIH, et le CCSAT se réjouit de voir ses accomplissements reconnus par ce prix prestigieux. Félicitations!



## Hommage à un activiste extraordinaire

*par Ron Rosenes et Louise Binder*

**L'une des déceptions** peu nombreuses de la vie de Glen Hillson fut de ne pas pouvoir accepter en personne le prix de leadership que lui avait décerné la Société canadienne du sida (SCS). Nous savions tous qu'il aurait profité de l'occasion pour étaler l'esprit sardonique qui distinguait sa chronique « *The Last Blast* » dans *Living +*, la revue de la British Columbia Persons With AIDS Society (BCPWA).

Pour la communauté engagée dans la lutte contre le sida, la mort de Glen Hillson signale la perte d'un grand leader. Il est très difficile de résumer une vie en quelques mots, mais on peut dire que Glen Hillson s'est battu tous les jours pour assurer les droits, le respect et la dignité des personnes les plus marginalisées de notre société. À l'aise dans une salle bondée de chercheurs, de politiciens, de bureaucrates et de représentants de l'industrie pharmaceutique, Glen n'a jamais hésité à revendiquer haut et fort le respect des droits des personnes atteintes du VIH et d'autres incapacités. À titre de président de la BCPWA, il a gagné sa lutte pour faire augmenter les prestations gouvernementales accordées aux personnes handicapées pour répondre à leurs besoins spéciaux en nourriture santé et en vitamines. En tant que coprésident du CCSAT, il a dirigé les efforts menant à l'injection par le fédéral de 190 \$ millions supplémentaires destinés à améliorer le processus d'examen des médicaments et à assurer l'accès rapide de tous les Canadiens et Canadiennes à des médicaments essentiels. Glen avait le don de voir les questions sous tous les angles, mais cela ne l'a jamais empêché de passer des milliers d'heures ingrates en arrière-scène à peaufiner des

stratégies, à scruter, à organiser ou à remonter le moral de ses collègues découragés. Si Glen était sévère à l'égard de ses opposants politiques, il se transformait en véritable lionne quand il s'agissait de protéger ses lionceaux, c'est-à-dire ses amis, sa famille et les laissés-pour-compte. Ceux et celles qui ont eu le bonheur de partager la cuisine mémorable de Glen et de son amant de plus de dix ans, Gerald Obre, se considèrent comme bien chanceux.

Glen Hillson aura un avenir. Il a revendiqué le droit de tous à la justice sociale et à un accès équitable à des soins de qualité. Même si Glen a livré sa dernière bataille pour sauver sa propre vie, il s'est aussi battu pour que d'autres personnes comme lui puissent avoir droit à une greffe du foie. Nous sommes plusieurs à croire que celle-ci lui a été refusée à cause de son statut de personne coinfectée par le VIH et l'hépatite C. Il ne s'est jamais plaint de sa propre situation, mais il n'a jamais cessé de fulminer contre un système qui persiste à faire de la discrimination contre les personnes ayant le VIH et ce, malgré des preuves médicales encourageantes concernant le succès de la transplantation chez les gens coinfectés.

Durant ses derniers moments, Glen était entouré d'amis et de sa famille - il n'en faisait aucune distinction. Ses proches lui ont donné de l'amour sans limites et des soins 24 heures sur 24 en reconnaissance d'une vie caractérisée par la persévérance et la loyauté.

Glen Hillson demeure notre leader et c'est un honneur de poursuivre la lutte en son nom. ■

## Il n'y a pas de population

plus précaire au Canada que ceux et celles qui vivent dans l'ombre de l'illégalité au niveau de leur statut d'immigration. Ce sont des personnes qui ont traversé la frontière sans détection ou bien celles qui ont décidé de rester dans le pays après l'expiration de leurs permis de travail ou d'étudiant. La nature même de cette population veut dire qu'il n'y a pas de statistiques quant à l'ampleur de la problématique.

Que ces personnes peuvent survivre est une attestation à leur débrouillardise - elles doivent trouver du travail au noir et des services qu'elles sont en mesure de payer ou qui peuvent être fournis par des intervenants

généreux. Si elles ont des enfants, ceux-ci n'ont d'accès à l'éducation que dans les cas où des enseignants sont prêts à les recevoir sans en faire mention aux autorités scolaires. Ce n'est que dans les moments les plus difficiles de leur vie, les moments de précarité absolue, que ces personnes doivent faire face aux autorités de l'état en risquant de tout perdre par un ordre d'expulsion.

Tel est le cas pour une personne sans papiers diagnostiquée au VIH qui cherche le traitement de sa maladie. Le coût des traitements anti-rétroviraux dépasse facilement les moyens d'une personne sans emploi et sans recours à l'assistance sociale. Les réseaux informels de soutien aux personnes vivant avec le VIH-Sida n'est capable de venir en aide qu'à un petit nombre de personnes et ce, sans pouvoir garantir l'accessibilité des médicaments de manière régulière. Le seul choix peut être d'attendre la venue d'une maladie opportuniste qui nécessite l'hospitalisation, ce qui entraîne des coûts élevés pour le système de la santé et souvent l'implication des autorités de l'immigration. L'expulsion devient presque inévitable et l'état de santé de la personne peut être irréparablement dégradé.

Il semble que le seul moyen pour ces personnes de rester au Canada est de déposer une demande de statut de réfugié basée sur la discrimination possible contre une personne vivant avec le VIH-Sida dans le pays d'origine, à moins d'avoir une autre raison pour réclamer le statut de réfugié.<sup>1</sup> La preuve de cette discrimination n'est pas facile à se procurer pour une personne ayant été dépisté au Canada (sans expérience des attitudes face

## « Vos papiers ! » Une autre barrière à l'accès aux traitements

par Ken Monteith



aux personnes vivant avec le VIH-Sida dans le pays d'origine) et le recours aux témoignages experts n'est disponible que pour certains pays où il y a une expérience canadienne d'assistance internationale en matière du VIH-Sida.<sup>2</sup>

Une solution plus humanitaire et moins coûteuse se trouve dans les lois de la France. Toute personne qui réside en France, quelque soit l'état de régularité de son statut, a droit à des soins médicaux.<sup>3</sup> Elle peut se procurer un certificat à cet effet qui donne accès au suivi médical restreint aux centres hospitaliers pour une personne ayant vécu en France pour moins de trois ans, ou plus élargi pour les autres. De plus, il y a de la protection contre l'expulsion des

étrangers malades, s'ils ne présentent pas de danger de l'ordre public, s'ils résident habituellement en France et s'ils ont besoin de soins médicaux qui ne leur seraient pas disponibles dans leur pays d'origine.<sup>4</sup> Les personnes vivant avec le VIH-Sida accèdent facilement à ce statut. Une tentative d'abolition de ces mesures par le gouvernement français actuel a été détournée cette année par une mobilisation large et vigoureuse des associations des droits de la personne et des travailleurs immigrés. ■

*Le seul choix peut être d'attendre la venue d'une maladie opportuniste qui nécessite l'hospitalisation, ce qui entraîne des coûts élevés pour le système de la santé et souvent l'implication des autorités de l'immigration.*

1. « Immigration et personnes séropositives ou sidéens, » Boullé, Denis-Daniel et Saint-Pierre, Noël, Saint-Pierre, Grenier, avocats. (article non-publié). Le fait que la vie d'une personne soit menacée par l'absence de soins médicaux adéquats dans son pays d'origine n'est pas reconnu comme motif pour réclamer l'asile au Canada.
2. Ibid.
3. *Code de la sécurité sociale*, Art. L 380-1
4. « Étrangers en France : comment se soigner ? » *Remaides*, N°. 40, juin 2001, pp. 22-24.



## Le CCSAT s'engage dans la lutte pour l'accès à la marijuana médicale

par Enrico Mandarino

**À l'heure actuelle**, près de 600 Canadiens sont autorisés à utiliser de la marijuana à des fins médicales pour atténuer les symptômes de maladies comme le VIH-sida, le cancer, la sclérose en plaques et l'épilepsie. À la fin 2000, Santé Canada a annoncé la mise sur pied d'un programme d'accès humanitaire qui mettrait de la marijuana à la disposition de ces personnes, mais le gouvernement fédéral ne cesse d'ériger des barrières qui empêchent celles-ci d'obtenir leur médecine sans enfreindre la loi.

La politique actuelle de Santé Canada, soit le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales, autorise les Canadiens à posséder et à cultiver de la marijuana à des fins thérapeutiques, mais elle comporte un grave défaut : elle demande aux Canadiens atteints de maladies potentiellement mortelles d'essayer de cultiver leur propre médecine. Or il est clair qu'un mauvais état de santé, un manque d'expérience de l'horticulture (la marijuana n'est pas facile à cultiver) et de faibles ressources financières rendent une telle entreprise impossible. De plus, aucune des dépenses liées à ce processus n'est recouvrable auprès de Revenu Canada ou des régimes d'assurance-maladie publics ou privés.

À titre de partisan de l'accès aux traitements traditionnels et complémentaires, le CCSAT a écrit au ministère de la Santé en décembre 2002 pour demander un siège au comité consultatif spécial du programme sur la marijuana aux fins médicales. Notre requête a malheureusement été refusée, mais nous continuons de suivre ce dossier et de travailler de concert avec la Société canadienne du sida, entre autres, pour revendiquer une législation exhaustive sur la marijuana médicale en vertu de laquelle les patients pourront accéder facilement et légalement à leur médecine.

En janvier 2003, on a réussi à contester le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales en affirmant qu'il allait à l'encontre des « principes de la justice fondamentale » d'autoriser un programme d'accès humanitaire à la marijuana en l'absence de mesures d'approvisionnement. La Cour suprême de l'Ontario a fixé le 9 juillet 2003 comme date butoir pour la modification du règlement, faute de quoi celui-ci serait déclaré inconstitutionnel et sans effet juridique. À l'approche de l'échéance, le gouvernement s'est dépêché d'élaborer une nouvelle politique « intérimaire » concernant la distribution de la marijuana aux malades du Canada.

Pour ceux et celles qui utilisent de la marijuana médicale, le fait que le gouvernement ait attendu la dernière minute pour prendre une mesure intérimaire qui est à peine préférable au recours au marché noir constitue une grande déception. Source de barrières additionnelles, le gouvernement affirme maintenant que les médecins doivent d'abord accepter de s'improviser pharmaciens et de distribuer la marijuana dans leurs cabinets. De plus, les personnes qui souhaitent se procurer de la marijuana médicale auprès du gouvernement devront payer des avocats pour signer des affidavits attestant leur besoin. Le gouvernement compte également annuler cette politique intérimaire s'il obtient gain de cause devant la cour d'appel.

Le 26 août 2003, Jari Dvorak, militant passionné et plaignant dans le recours contre le règlement fédéral actuellement devant la Cour suprême, a figuré parmi les premières personnes à recevoir de la marijuana médicale licite de la part du gouvernement. Même si cela constitue une grande victoire pour les consommateurs de marijuana médicale, des actions sont toujours nécessaires pour enlever les barrières à l'accès.

Le comité consultatif spécial du programme sur la marijuana aux fins médicales n'a pas été consulté au sujet de cette politique intérimaire. Le Dr Greg Robinson, qui a siégé à ce comité, a démissionné lorsque la politique intérimaire a été instaurée. L'initiative d'envergure lancée par les militants a bénéficié du secours des manchettes partout au Canada, lesquelles ont dénoncé le manque de compassion du gouvernement en ce qui concerne l'accès à la marijuana médicale.

Le CCSAT continue de revendiquer une législation exhaustive pour remplacer cette série de règlements intérimaires de fortune. Nos efforts mettent l'accent sur l'établissement d'une source sûre, légale et gratuite de la marijuana, ainsi que sur l'élimination des barrières à l'accès et à une meilleure distribution de celle-ci. ■

**Un groupe de militants se penche sur les questions relatives à la marijuana médicale. Si vous désirez en faire partie ou recevoir des mises à jour, veuillez envoyer votre adresse courriel à Claire Checkland à [clairec@cdnaids.ca](mailto:clairec@cdnaids.ca) ou à Enrico Mandarino à [enrico@ctac.ca](mailto:enrico@ctac.ca).**

# Alors, vous voulez avoir un bébé ?

## Les défis de la fertilité chez les PVVIH

**Vous voulez avoir un bébé ?** Quand on considère que la majorité des Canadiens et des Canadiennes vivant avec le VIH sont en âge de procréer (15 à 44 ans), cela n'a rien d'étonnant. Grâce aux progrès réalisés dans le traitement du VIH, plusieurs personnes séropositives ont le regard porté vers l'avenir et sont prêtes à avoir les bébés qu'elles ont toujours voulus.

La bonne nouvelle est que le taux de transmission mère-enfant peut passer de 25 % à moins de 2 % grâce au traitement. De plus, les études ont montré que la progression du VIH n'accélérait pas durant la grossesse.

La mauvaise nouvelle ? Des recherches récentes ont révélé que les femmes séropositives pourraient avoir plus de difficulté à concevoir que les femmes séronégatives. Le VIH, son traitement et la présence d'autres infections sexuellement transmissibles sont tous susceptibles de contribuer à l'infertilité.

La conception (tomber enceinte) est également une préoccupation importante pour les couples sérodiscordants (un seul des partenaires est séropositif). On recommande le sécurisexe à ces couples, ce qui, bien entendu, a pour effet de prévenir la grossesse. Dans plusieurs cas, il faut avoir accès à des technologies de reproduction assistée comme la fertilisation *in vitro*, les dons d'ovules et le lavage du sperme afin de concevoir.

Lorsque la femme est séropositive, on peut recueillir du sperme auprès de l'homme aux fins d'une insémination artificielle. Cela peut généralement se faire à domicile, mais le recours à un médecin peut s'avérer nécessaire. Lorsque l'homme est séropositif, le processus se complique. Le sperme de tout homme séropositif contient du VIH. Afin de réduire le risque de transmission, le sperme doit être isolé du liquide séminal et « lavé ». Le lavage du sperme doit s'effectuer dans un laboratoire.

Malheureusement, le lavage ne permet pas d'éliminer toutes les particules virales présentes dans le sperme. Des recherches indiquent toutefois que la transmission est peu probable. Selon le Dr Mark Sauer de l'Université Columbia, sur 1 000 inséminations réalisées chez 350 couples avec du sperme lavé, aucun cas de transmission n'a été recensé, ni chez les femmes ni chez les bébés.

L'accès des couples séropositifs aux technologies de reproduction est très limité. Jusqu'à récemment, seule la fertilisation *in vitro* utilisant du sperme lavé était autorisée par le programme spécial de reproduction assistée des American Centers for Disease Control and Prevention. Le coût de cette



par Shari Margolese

intervention s'élève à 7 000 \$ US par cycle d'ovulation. En 2002, les recommandations ont été mises à jour afin d'inclure l'insémination *intra-utérine* (à l'intérieur de l'utérus).

Plusieurs établissements médicaux refusent d'implanter un embryon dans l'utérus d'une femme séropositive de peur d'infecter le bébé à naître. Dans le cas d'une femme séronégative, on craint d'infecter la femme elle-même. L'information sur l'accessibilité aux technologies de la reproduction pour les Canadiens vivant avec le VIH est très limitée, mais des rapports indiquent que le Canada interdit l'accès de ces derniers à la plupart des technologies de reproduction assistée pour des raisons d'ordre éthique. Nous connaissons au moins une clinique canadienne qui offre des services visant l'accroissement de la fertilité, soit les Southern Ontario Fertility Technologies (SOFT) à London, en Ontario. ([www.soft-infertility.com](http://www.soft-infertility.com)).

Quelques autres pays sont susceptibles d'offrir l'accès à ces technologies aux couples canadiens sur une base limitée, dont l'Italie, l'Espagne et les États-Unis. ■

### Ressources sélectionnées :

- Mark V. Sauer, M.D., *Addressing the Fertility Needs of HIV Serodiscordant Couples*, January 13-14, 2003, [www.blsmeetings.net/1729/Speaker%20Presentations/Mark%20Sauer.pdf](http://www.blsmeetings.net/1729/Speaker%20Presentations/Mark%20Sauer.pdf)
- *Reducing the Risks of Conception: Getting Pregnant When One or Both Partners is HIV+* (disponible à [www.positivewords.com](http://www.positivewords.com) ; recherchez le mot « conception »)
- *HIV and Pregnancy* [www.bcpwa.org/issue6/HIVPreg.htm](http://www.bcpwa.org/issue6/HIVPreg.htm)
- CBC News Indepth: *Genetics and Reproduction*, [www.cbc.ca/news/indepth/background/rgtech.html](http://www.cbc.ca/news/indepth/background/rgtech.html)

# COMPTES-RENDUS DES PROVINCES

Dans le cadre de son programme de développement des réseaux provinciaux et territoriaux, le CCSAT s'efforce d'établir des liens avec des réseaux sida existants et de créer de nouveaux réseaux là où il n'y en a pas. Ces réseaux se conforment à un processus électoral démocratique pour élire des représentants au conseil du CCSAT. Des politiques ont été établies pour déterminer les rôles et les responsabilités de ceux-ci, ainsi qu'un processus de reddition de comptes. De plus, ces réseaux contribuent au programme national et facilitent les communications entre les membres et l'administration de l'organisme.

Le CCSAT a pris l'engagement de travailler avec ses affiliés provinciaux, territoriaux et autochtones en vue d'élaborer des politiques visant, entre autres, à développer des normes pancanadiennes en matière de soins.

## ONTARIO

*par Enrico Mandarino*

Le CCSAT et le Réseau ontarien du sida (OAN) vont de nouveau collaborer à l'organisation d'une journée de perfectionnement des compétences qui mettra l'accent sur les questions relatives à l'accès aux traitements, autant existantes qu'émergentes, dans la province.

Un nouveau représentant de l'Ontario au CCSAT sera élu le 6 décembre 2003. Pour obtenir plus d'information sur les rôles et les responsabilités de celui-ci ou un formulaire de mise en candidature, veuillez contacter le bureau du CCSAT.

Je représente l'Ontario au conseil depuis quatre ans et suis très fier du travail que nous avons effectué dans cette province, mais il reste du pain sur la planche. Le CCSAT compte 116 membres en Ontario, et j'encourage d'autres personnes à se joindre à ce groupe dynamique voué à la lutte pour l'accès aux traitements en Ontario.

## TERRE-NEUVE & LABRADOR

*par John Baker*

Notre réseau provincial continue d'aborder les questions relatives à l'accès aux traitements à Terre-Neuve et au Labrador. Videx EC est maintenant offert aux patients disposant d'une autorisation spéciale.

À la mi-septembre, le Newfoundland and Labrador Persons with AIDS Network a tenu son assemblée générale annuelle et sa conférence éducative à Port Rexton, Terre-Neuve. Les questions à l'ordre du jour ont compris des ateliers sur le VIH et les droits humains, la coinfection VIH/hépatite C, l'information sur les traitements et la prise en charge clinique. Nous avons élu, le 14 septembre, un nouveau Conseil d'administration, ainsi que notre représentant provincial au CCSAT.

Le réseau continue de participer à l'élaboration d'une stratégie provinciale sur le VIH-sida par le biais de consultations

impliquant une gamme d'acteurs. La province a déjà pondu plusieurs documents de collaboration, mais n'a jamais eu de stratégie provinciale coordonnée sur le VIH-sida. Le document final devrait être complété vers la fin de l'hiver ou le début du printemps 2004.

## NOUVELLE-ÉCOSSE

*par John Arenburg*

Il me fait plaisir d'annoncer que le réseau de la Nouvelle-Écosse est maintenant sur pied. Deux réunions ont eu lieu au cours des deux dernières années, ainsi qu'une session de perfectionnement des compétences, tenue à Halifax en mars 2003 dans le cadre de la réunion du CCSAT.

Le réseau de la Nouvelle-Écosse tiendra sous peu une réunion pour discuter de la création d'un bulletin provincial. Nous espérons également établir un partenariat avec le Réseau des militants communautaires (Community Advocates Network) afin d'obtenir une couverture universelle des médicaments en Nouvelle-Écosse pour les personnes aux moyens insuffisants.

## ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

*par George Clark-Dunning*

Le travail du réseau de l'Î.-P.-É. se poursuit à un rythme stable. Lors d'une récente réunion de personnes vivant avec le VIH-sida dans la province, on a décidé que ce groupe devrait aborder plusieurs questions et inviter l'organisme AIDS PEI à passer à l'action. La première question est celle de la stratégie sur le sida désuète de la province, vieille de presque 10 ans. Plusieurs dispositions de la stratégie ne sont plus pertinentes où des mesures réussies ont déjà été prises.

Le réseau s'intéressera également à d'autres enjeux, dont l'accès au logement, les médicaments (trithérapies et autres) et la

*suite à la page suivant*

## COMPTES-RENDUS DES PROVINCES

*suite de la page 8*

réintégration du marché du travail. Le réseau espère faciliter la collaboration du nouveau gouvernement provincial, d'AIDS PEI et de la communauté séropositive afin d'aborder les questions relatives à l'accès aux traitements et d'autres enjeux auxquels font face les personnes vivant avec le VIH-sida. Le temps en dira long, et il y a beaucoup de travail à faire.

### QUÉBEC

*par Line Carreau et Ken Monteith*

Le Bulletin ITI, un journal d'info-traitements produit en français par la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida) et distribué aux personnes vivant avec le VIH-sida au Québec et à travers l'Amérique du Nord, sortira prochainement deux numéros spéciaux. Il s'agit des adaptations québécoises de publications produites par l'organisme AIDES en France portant sur les traitements et la gestion des effets secondaires.

La COCQ-Sida poursuit ses travaux de soutien à l'observance avec un comité d'observance et de santé sexuelle des personnes vivant avec le VIH-sida. Ce comité a comme mandat de guider les organismes membres de la COCQ-Sida en matière d'observance des régimes de médicaments et de sexualité chez les personnes qui fréquentent les organismes.

Une première série d'ateliers d'introduction aux traitements pour les personnes nouvellement diagnostiquées ou qui sont au point de débiter un traitement se tiendra à Montréal cet automne. L'atelier d'une journée sera offert quatre fois d'ici le mois de décembre, alternant le français et l'anglais. Le programme s'inspire d'ateliers similaires offerts à Toronto et est mené par deux médecins montréalais. Le projet est financé par GlaxoSmithKline avec la collaboration du Comité des personnes atteintes du VIH (CPAVIH) ainsi que Sida bénévoles Montréal (ACCM). Les médecins ont exprimé un intérêt pour présenter l'atelier dans les régions du Québec et pour développer un atelier destiné aux personnes qui sont au point de changer leur traitement. ■

# Le CCSAT au 4<sup>e</sup> Symposium national de perfectionnement des compétences

**20 au 23 novembre 2003 - Calgary, Alberta**

**En plus d'organiser** une session satellite lors du prochain symposium de perfectionnement des compétences qui aura lieu à Calgary, le CCSAT offrira plusieurs ateliers seul et en association avec d'autres particuliers et organismes. Des renseignements détaillés sont fournis ci-dessous. Au plaisir de vous y voir en grand nombre !

### Session satellite

---

#### **Pour grimper à l'arbre décisionnel des traitements**

---

#### **Comment sauver sa vie et changer le système**

Le Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements est très heureux d'organiser ce symposium satellite hautement interactif. Celui-ci aura pour thème principal « Ce qu'il faut savoir sur la prise de décisions relatives aux traitements VIH-sida ». Ce

symposium intéressera beaucoup les personnes vivant avec le VIH-sida et tous ceux et celles qui leur fournissent du soutien, de l'information sur les traitements ou d'autres services, que ce soit de façon formelle ou informelle.

Dans le cadre de ce symposium, on accompagnera les participants lorsqu'ils grimperont à l'« arbre décisionnel des traitements » et les aidera à devenir des participants avertis à leurs soins de santé.

### Ateliers

---

#### **Les effets secondaires à court terme des antirétroviraux**

*Ron Rosenes (CCSAT), Kath Webster (BCPWA)*

---

Les effets secondaires des antirétroviraux constituent une barrière

*suite à la page 10*

## Le CCSAT au 4<sup>e</sup> Symposium national de perfectionnement des compétences

*suite de la page 9*

à la fidélité au traitement, notamment au début de celui-ci. Cet atelier examinera la gamme d'effets secondaires qui risquent de survenir à court terme, qu'il s'agisse du simplement agaçant ou du carrément dangereux. On mettra également l'accent sur les stratégies et les interventions visant à les minimiser. L'objectif est une meilleure maîtrise des effets secondaires et une meilleure observance thérapeutique. On abordera, entre autres : la neuropathie périphérique, les douleurs musculaires, la perte de l'appétit, la nausée, la diarrhée, la fatigue, la dysfonction sexuelle, les problèmes neurologiques et l'insomnie, les maux de tête et les problèmes de peau.

---

### Les femmes et le VIH : traitements, recherche et action

*Louise Binder (CCSAT), Shari Margolese, (CCSAT)*

---

Plus de vingt ans se sont écoulés depuis le premier diagnostic du VIH. Même si les premiers cas comptaient une poignée de femmes, le sida était principalement considéré comme une maladie d'hommes gais. Plus le temps passait, plus on voyait de femmes atteintes du VIH. Jusqu'à récemment, très peu de recherches étaient menées chez les femmes séropositives. Beaucoup de questions demeurent sans réponses, mais nous disposons de quelques données sur les différences observées chez les femmes et chez les hommes en ce qui a trait à l'évolution du VIH. Cet atelier examinera les différences entre les soins et les traitements offerts aux deux sexes, y compris en matière gynécologique. On discutera également de l'importance de mener des recherches spécifiques aux femmes séropositives. Les participants auront l'occasion d'identifier des lacunes dans les traitements, l'information sur les traitements et la recherche au Canada.

---

### La grossesse et le VIH

*Ainsley Chapman (SCS), Kim Johnson (VOPW), Shari Margolese (CCSAT)*

---

Cet atelier est conçu pour offrir aux participants une perspective privilégiée sur les problématiques particulières



auxquelles doivent faire face les femmes séropositives enceintes en matière de traitement. On présentera des renseignements à jour sur les traitements offerts durant la grossesse et la défense des droits des femmes enceintes. Cet atelier vise à aider les femmes qui songent à devenir enceintes à faire des choix éclairés pour elles-mêmes et leurs enfants. Il améliorera la capacité des organismes de lutte contre le sida de fournir de l'information sur le VIH et la grossesse à leurs clientes et de revendiquer des services essentiels en leur nom sur les plans local, provincial et national. Enfin, cet atelier favorisera le réseautage entre les membres de la communauté qui s'intéressent à la question du VIH et la grossesse.

---

### La mari médicale : quel trip !

*Claire Checkland (SCS), Enrico Mandarino (CCSAT), Derek Thaczuk (TPWAF)*

---

Pour plusieurs personnes vivant avec le VIH-sida, la marijuana fait partie intégrante de leur traitement et sert à alléger les symptômes et les effets secondaires des médicaments. Cet atelier examinera l'histoire de la marijuana jusqu'au moment présent. On discutera de ses origines, de sa composition, des usages, des types de plants, des effets secondaires et des essais cliniques. On examinera les règlements concernant l'accès ainsi que les barrières confrontées par les personnes vivant avec le VIH-sida. Grâce à un examen minutieux du Règlement sur l'accès à la marijuana aux fins médicales, les participants seront en mesure de faire des choix éclairés concernant la marijuana et de mieux surmonter les barrières à l'accès. Les décisions récentes des tribunaux et les modifications apportées à la législation concernant la possession seront examinées. ■

# Chère ministre, est-ce qu'on est rendu ?

par Patrick McIntyre

**Le Forum** des personnes vivant avec le VIH-sida de la Société canadienne du sida s'est tenu le 19 juin 2003. Cette année, le souper organisé dans le cadre de celui-ci a été un peu plus « épique » que d'habitude. La ministre fédérale de la Santé, l'honorable Anne McLellan, était présente et a enfin confirmé publiquement qu'elle avait entendu les revendications de la communauté en ce qui a trait à l'augmentation du financement de la Stratégie canadienne sur le VIH-sida (SCVS). Créée en 1993, la SCVS disposait à ses débuts d'une allocation de 42,2 \$ millions, un montant qui n'a pas augmenté depuis. La SCS réclame une augmentation du financement de la stratégie depuis plusieurs années, autant seule qu'en partenariat avec plusieurs autres organismes, dont le CCSAT.

« Vous voulez que le gouvernement du Canada intensifie ses efforts, fasse preuve d'un plus grand leadership et prenne des mesures concrètes sur des enjeux clés tels l'appui d'infrastructures communautaires nationales, le développement et le partage des connaissances et le partage de l'information à toute la population canadienne », a fait valoir la ministre (son discours complet se trouve dans le site Web de la SCS à l'adresse [www.cdnaids.ca](http://www.cdnaids.ca)). Plusieurs ont fait remarquer que les acteurs de la lutte contre le sida au Canada attendaient de tels propos depuis longtemps.

En tant que personne vivant avec le sida et militant, j'ai participé au fil des ans à de nombreuses activités visant l'accroissement du financement et de la participation des ministres gouvernementaux à la stratégie sur le sida. Depuis ma nomination, en novembre 2002, au poste de conseiller en matière de programmes nationaux à la SCS, ma participation s'est intensifiée et est devenue « professionnelle ». J'ai maintenant l'occasion de voir de mes propres yeux les efforts déployés par la SCS et ses partenaires, dont le CCSAT, pour ouvrir les yeux des bureaucrates et des politiciens pour qui le VIH et le sida ne constituaient auparavant qu'un « enjeu uniquement sanitaire ». À titre d'exemple, en juin dernier, le Comité parlementaire permanent sur la santé a émis un rapport

proposant que le financement de la SCVS soit augmenté à 100 \$ millions. Le rapport du comité était fondé sur les témoignages de plusieurs acteurs clés, dont des organismes communautaires de lutte contre le sida, des chercheurs et des personnes vivant avec le VIH-sida. La SCS a figuré parmi les organismes ayant participé aux consultations. Au cours de la dernière année, le personnel et le Conseil d'administration de la SCS ont tenu plusieurs réunions avec des députés fédéraux et des programmes gouvernementaux tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de Santé Canada. Pour ma part, le discours de la ministre a confirmé que notre travail, et celui d'autres Canadiens et Canadiennes, n'a pas passé inaperçu. La communauté a réussi à jeter des fondements solides qui nous permettront d'avancer vers l'atteinte de notre objectif ultime.

Comme le savent tous les militants de longue date, ce travail n'est jamais vraiment terminé. Si gratifiante que fût cette soirée de juin à Montréal où nous avons reçu la confirmation que nos préoccupations étaient prises au sérieux, il n'empêche que nous devons continuer de réclamer l'accroissement et l'élargissement de la stratégie antisida au Canada. Nous devons continuer de saisir nos élus et nos fonctionnaires de cette question, et notre travail doit se poursuivre jusqu'à ce que notre objectif soit atteint. Au moment où vous lirez cet article, Santé Canada aura terminé un examen quinquennal de la SCVS et amorcé l'élaboration d'un plan stratégique pour les cinq prochaines années. La date butoir fixée par la ministre McLellan pour la remise au cabinet de son mémoire au sujet de la SCVS, soit le 31 octobre, s'approche à grands pas. Nous sommes plus près que jamais du but, mais comme l'affirme l'expression : il ne faut pas vendre la peau de l'ours avant de l'avoir tué. ■

*Patrick McIntyre est récemment retourné à Montréal pour commencer des études supérieures à l'école de travail social de l'Université McGill. Ses amis et collègues de la SCS et du mouvement de lutte contre le sida lui manquent, mais il estime qu'on ne quitte vraiment jamais celui-ci...n'est-ce pas ?*

## Le point sur les essais cliniques



par Jim Boothroyd,  
directeur des communications au  
Réseau canadien pour les essais VIH

Le recrutement s'achève pour une étude internationale sur une méthode novatrice visant à réduire les effets secondaires des médicaments anti-VIH chez les personnes séropositives qui n'ont pas encore subi de traitement antirétroviral.

L'étude pilote sur un traitement sans INTI (CTN 177) va comparer une combinaison de médicaments sans inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (INTI), à savoir Kaletra/névirapine, à deux autres combinaisons comportant un médicament de cette famille, soit Combivir/névirapine et Combivir/Kaletra. L'objectif consiste à déterminer quelle combinaison est la moins toxique et provoque le moins d'effets secondaires.

Les effets secondaires courants des INTI, dont fait partie Combivir (AZT et 3TC), comprennent douleurs musculaires, sensations d'engourdissement, de picotement et de brûlure, pancréatite et pertes de graisses corporelles. Parmi les effets secondaires moins courants, mentionnons un taux très élevé d'acide lactique et des lésions hépatiques.

Les INTI constituent la colonne vertébrale des combinaisons anti-VIH conventionnelles; à l'heure actuelle, cependant, plusieurs médecins prescrivent des combinaisons qui remplacent ceux-ci par des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI). Un faible nombre d'études laissent croire que cette approche est efficace et sans danger.

Lancée au mois de mars, cette étude de 48 semaines vise à recruter 60 sujets dans des centres situés au Canada, en France, en Espagne et en Argentine. À la mi-août, les

National  
PASS Study  
Déclarer les effets des médicaments anti-VIH

### Mise à jour sur le SSPA

Au nom de l'équipe de recherche de l'étude SSPA, nous voudrions remercier sincèrement toutes les personnes qui ont participé à ce projet de recherche important. Je tiens particulièrement à remercier toutes les personnes vivant avec le VIH-sida qui nous ont aidés à évaluer les diverses méthodes utilisées pour signaler des effets secondaires, à savoir le téléphone, le télécopieur, le courrier, en personne ou dans le cadre de groupes de discussion. Les responsables de l'étude SSPA voudraient également reconnaître la contribution du personnel du Comité des personnes atteintes du VIH du Québec, Voices of Positive Women et la British Columbia Persons with AIDS Society. Un gros merci va aussi aux animateurs des groupes de discussion et aux personnes ayant travaillé pour la ligne téléphonique sans frais. L'apport du Réseau ontarien des traitements VIH-sida et de nos partenaires de l'industrie pharmaceutique doit également être reconnu.

La phase de collecte de données s'est terminée à la fin juillet et l'équipe de recherche se penche actuellement sur l'analyse des données. Le Comité consultatif du SSPA se réunira début novembre pour discuter des résultats de l'étude et préparer le rapport final du projet dont la publication est prévue début 2004. ■

investigateurs avaient recruté 40 participants, dont 14 dans des centres en Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique.

Les indices précoces laissent croire que la combinaison expérimentale est sans danger et tolérable, d'affirmer la Dre Marianne Harris, membre d'une équipe de recherche dirigée par le Dr Julio Montaner de l'Hôpital St. Paul's de Vancouver. Les résultats devraient être communiqués dès l'automne 2004.

Pour plus de détails, visitez la base de données du Réseau canadien pour les essais VIH à l'adresse [www.hivnet.ubc.ca/ctn.html](http://www.hivnet.ubc.ca/ctn.html) ou appelez Sophie Geeraerts sans frais au 1-800-661-4664. ■

Visitez

[www.ccsat.ca](http://www.ccsat.ca)

## RAPPORT DE LA PRÉSIDENTE DU CCSAT - automne 2003 *par Louise Binder*

**À mesure qu'approche** notre assemblée générale annuelle, il est temps de réfléchir aux messages que vous voudrions livrer à nos membres généraux, aux membres du conseil et du Conseil d'administration, aux comités, aux bénévoles et au personnel.

Le message principal que je veux transmettre est que notre travail n'est jamais terminé – il est de première importance que nous continuions d'être vigilants et de revendiquer une participation pertinente, par le biais des organismes communautaires, des citoyens et des citoyennes aux décisions qui influent sur notre vie quotidienne.

Plusieurs processus politiques ont été entrepris dernièrement, dont certains sont encourageants et d'autres, très décourageants.

La nouvelle la plus encourageante réside dans la récente création par Santé Canada d'un groupe de réflexion réunissant plusieurs acteurs clés. Le rôle de celui-ci consiste à élaborer une méthode pour remanier le processus par lequel la Direction des produits thérapeutiques examine les médicaments destinés au marché canadien. L'impulsion de cette action réside dans les 190 \$ millions que le fédéral a prévus dans son budget hivernal pour accélérer l'examen des médicaments. Les parties intéressées ont clamé haut et fort leur message : le processus et la structure du système actuel sont irréparables et doivent être remplacés intégralement sans tarder. Malgré les promesses d'une action rapide faites par la ministre et le sous-ministre de la Santé, nous attendons toujours. Plus ça change...

Relevant de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé, le nouveau Programme commun d'évaluation des médicaments doit aussi retenir notre attention. Ce groupe, dont la mise sur pied aura lieu sous peu, ne compte aucune représentation significative des consommateurs et ce, malgré les nombreuses demandes avancées. Les défauts de ce processus sont explorés en plus de détails dans l'article intitulé « L'évaluation commune des médicaments : plus vite ou plus lente ? », en page 1.

Les listes de médicaments remboursables des provinces demeurent problématiques et inéquitables en ce qui a trait à l'accessibilité aux traitements.

Le prix des médicaments est un sujet qui intéresse beaucoup de Canadiens et de Canadiennes de nos jours. Les gouvernements provinciaux se plaignent du fardeau accablant que ces coûts représentent pour leurs budgets. Par contre, le gouvernement des États-Unis et l'industrie pharmaceutique maintiennent que nos prix sont tellement faibles que les Américains s'empressent, soit physiquement soit virtuellement, d'acheter leurs médicaments ici. Chacune de ces questions est de très mauvais augure pour le futur de l'accès aux médicaments.

Il est temps d'interpeller de nouveau les politiciens pour qu'ils prennent position sur ces questions qui revêtent une importance profonde pour les personnes vivant avec le VIH-sida et beaucoup d'autres Canadiens et Canadiennes. Nous devons continuer d'élever nos voix. ■

## CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS automne 2003

### ● 16 au 18 octobre

#### **5<sup>e</sup> AGA et rassemblement du Réseau canadien autochtone du sida**

Canmore, Alberta

Information: info@caan.ca ou 1-888-285-2226

### ● 25 au 29 octobre

#### **9<sup>e</sup> Conférence européenne sur le sida (EACS) 1<sup>er</sup> Atelier sur la résistance et la pharmacologie**

Varsovie, Pologne

Information: eacs2003@kit-group.org ou  
+49 30 24603 270

### ● 26 et 27 octobre

#### **CCSAT – Assemblée générale annuelle et journée de perfectionnement des compétences**

Toronto, Ontario

Information: ctac@ctac.ca ou 416-410-6538

Joignez-vous au CCSAT et améliorez vos compétences ! Tout le monde est invité à participer. Visitez [www.ccsat.ca](http://www.ccsat.ca) pour en savoir plus.

### ● 26 au 30 octobre

#### **Conférence internationale des personnes vivant avec le VIH-sida**

Kampala, Ouganda

Information: kampalaconference@gnpplus.net  
ou +31 (0) 20 423 4114

### ● 3 et 4 novembre

#### **Conférence sur la recherche du Réseau ontarien des traitements VIH**

Toronto, Ontario

Information: 1-877-743-6486 ou  
info@ohtn.on.ca

### ● 20 au 23 novembre

#### **4<sup>e</sup> Symposium national de perfectionnement des compétences dans le domaine du VIH-sida**

Calgary, Alberta

Information: shaleena@cdnaids.ca  
ou 1-877-998-9991

### ● 10 au 12 décembre

#### **1<sup>er</sup> Atelier international sur la persistance du VIH durant le traitement**

Saint-Martin, Antilles françaises

Information: hiv2003@club-internet.fr  
ou +33 4 94 22 77 40

## MEMBRES DU CONSEIL

### CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

● **VICE-PRÉSIDENT Philip Lundrigan**  
Terre-Neuve & Labrador

● **TRÉSORIER Tony Di Pede**

● **SECRÉTAIRE Shari Margolese**  
Représentante nationale des femmes

**Emerald Gibson**

**Françoise Grothé**

**Enrico Mandarino** Ontario

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

**Mark Randall** Alberta • **Daryle Roberts**

Colombie-Britannique • **Daryn Bond**

Manitoba • **John Baker** Terre-Neuve &

Labrador • **John Arenburg** Nouvelle-

Écosse • **George Clark-Dunning**

Île-du-Prince-Édouard • **Line Carreau**

Québec • **Paula Braitstein** British Columbia

Persons with AIDS Society (BCPWA) • **Ben**

**Kozak** Société canadienne du sida (SCS) •

**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) • **Pascal Jean**

Comité des personnes atteintes du VIH du

Québec (CPAVIH)

### BAILLEURS DE FONDS 2003/2004

Santé Canada

Ontario HIV Treatment Network (OHTN)

Abbott Laboratories • Agouron Pharmaceuti-

cals • Boehringer Ingelheim • Bristol-Myers

Squibb • Gilead Sciences • GlaxoSmithKline

en partenariat avec Shire BioChem •

Hoffmann-La Roche • Merck Frosst •

Schering Canada

## 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.

### Vidéocassettes

- 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 indiquée. Ces documents sont 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](http://www.ccsat.ca).

### Mandat de l'organisation

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

### 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

### 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](mailto:ccsat@ccsat.ca)

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

### RÉDACTION

**Ce bulletin est une publication trimestrielle.**

**Comité de rédaction :** Daryn Bond / George Clark-Dunning / Françoise Grothé / Enrico Mandarino (président) / Tom McAulay / Ken Monteith • **Équipe de rédaction :** Louise Binder / Line Carreau / Shaun Proulx / Ron Rosenes • **Coordination éditoriale :** Michelle Marchione • **Traduit de l'anglais et du français** par Alain Boutillier

**Imprimé par** The Printing House

**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 5 numéro 3 (octobre 2003) 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.