

La distance et les traitements : Jusqu'où aller ?

DANS CE NUMÉRO

Rapport de la présidente.....	2
Le remboursement des médicaments : Les Territoires	6
Ma première participation aux Congrès de l'ACRV : Revue d'exposés	8
Perspective personnelle.....	10
Calendrier des événements.....	13

Personnes vivant avec le VIH des régions rurales de Terre-Neuve-et-Labrador
Il est plus difficile d'avoir accès...page 3

Les arpents verts... pas un bon endroit quand on a besoin de traitements...page 4

Accès aux soins
en Abitibi-Témiscamingue...page 11
au Centre sida secours Sidalys...page 12



Conseil canadien de surveillance
et d'accès aux traitements

**Ce bulletin est une
publication trimestrielle.**

Comité de rédaction :

Ken Monteith
Ron Rosenes
Sam Friedman
Terry Pigeon
Colleen Price

Comité éditorial :

Béatrice Cardin
Laurette Lévy
Leah Stephenson
Theresa Wojtasiewicz
Eileen Wenekers

Coordination éditoriale :

Béatrice Cardin

**Traduit de l'anglais
et du français**

Les services de traduction et
de communications AXENT Inc.

Imprimé par

The Printing House

Site internet

www.ctac.ca/fr/newsletter

Permission de reproduire :

Ce bulletin peut être reproduit à des fins personnelles. Toutefois, ce contenu ne doit pas être modifié et toute réimpression doit s'accompagner du texte suivant : « Renseignements tirés du Volume 11, numéro 3 (été 2009) du bulletin d'information du Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements ».

Déni de responsabilité :

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



**RAPPORT DE
LA PRÉSIDENTE
ÉTÉ 2009**

Dans ce numéro, le CCSAT s'intéresse à la distance et aux différentes formes qu'elle peut prendre – géographique, expérience de vie, traitements. Ses dimensions sont nombreuses – physique, mentale, émotionnelle, géographique, spirituelle, raciale, culturelle... Et chacune d'elles engendre un lot de problèmes spécifiques pour les personnes vivant avec le VIH, au chapitre de l'accès aux traitements. Le fait, par exemple, de ne pas tolérer certains médicaments ou de ne plus avoir de médicaments auxquels votre virus n'est pas résistant, vous éloigne de la santé et la distance à parcourir pour retrouver un état satisfaisant semble alors colossale. Le même principe s'applique si vous vivez dans une province ou une collectivité rurale où les médicaments ne sont pas accessibles, soit pour des raisons monétaires soit du fait de la stigmatisation. Les problèmes de santé mentale, les troubles émotionnels et les autres ennuis de ce genre peuvent vous maintenir à l'écart du système auquel il vous faudrait accéder pour obtenir les médicaments dont vous avez besoin. Pour une foule de raisons, les peuples autochtones sont aux prises avec d'énormes problèmes d'accès aux traitements, tout comme les personnes qui ont immigré au Canada. Toutefois, ces derniers temps, mes réflexions ont surtout porté sur une autre forme de distance; la distance entre les riches et les pauvres, entre la classe moyenne et les travailleurs à faible revenu. L'argent – n'est-ce pas l'origine de la distance qui nous sépare? C'est ce que je crois.

Il existe un vieil adage selon lequel les pays déclenchent des guerres – intestines ou externes – afin que leurs citoyens ne s'aperçoivent pas à quel point les choses vont mal au pays et puissent attribuer leurs malheurs à une cause externe. Loin de moi l'idée d'insinuer que quelqu'un a volontairement provoqué l'épidémie de VIH. Ce serait du délire. Il faut cependant reconnaître que certains dirigeants ont pu faire diversion, une bonne occasion pour eux, en luttant pour l'accès aux médicaments et la prévention mais sans chercher à mettre un terme à la stigmatisation ou à carrément négliger d'autres problèmes qui pourraient être résolus, comme la tuberculose, la malaria, l'accès à de l'eau propre, à de la nourriture et à des soins de santé soit pour l'ensemble de la population soit, comme c'est le cas au Canada, pour ceux dont les acteurs les plus influents veulent se distancer et distancer le reste d'entre nous. Le processus du bouc émissaire, vous connaissez ?

Pas de doute, la distance est définitivement à l'origine de l'épidémie.

Annie Beaudin

Personnes vivant avec le VIH des régions rurales de Terre-Neuve-et-Labrador



texte de John Baker, représentant provincial de Terre-Neuve-et-Labrador auprès du CCSAT

Nous savons tous à quel point la vie peut être difficile pour les personnes vivant avec le VIH. Il ne faut pas oublier de prendre ses médicaments et de voir son médecin, tout en ayant une bonne alimentation, suffisamment de sommeil et en composant, bien sûr, avec les effets secondaires des traitements. Dans les grands centres urbains, on peut bénéficier des services des organisations de lutte contre le sida et des cliniques VIH, sans compter le soutien apporté par les autres personnes vivant avec le VIH. À St-John, capitale de T.-N.-L., on peut trouver du soutien en cas de toxicomanie (programme d'échange de seringues et programme d'entretien à la méthadone) et de problèmes en santé mentale (accès à de l'aide psychiatrique), ainsi qu'hébergement et refuge pour les personnes vivant avec le VIH (au Centre Tommy-Sexton). Il en va tout autrement dans les régions rurales.

La clinique provinciale spécialisée dans le traitement du sida, située à St-John, fait face à des remaniements importants. Cette clinique, qui relève des services relatifs aux maladies infectieuses de la Eastern Health, est responsable des soins dispensés à toutes les personnes vivant avec le VIH de T.-N.-L. Auparavant, notre province était couramment desservie par deux médecins spécialistes des maladies infectieuses chez l'adulte, mais aucun médecin n'y est venu depuis mars 2009. À partir du mois de décembre 2008, les patients ont quitté la clinique sans connaître la date de leur prochain rendez-vous. À l'heure actuelle, nous voyons le spécialiste du VIH environ quatre fois par année.

La tension a commencé à monter au sein de la communauté des personnes vivant avec le VIH, et l'AIDS Committee of Newfoundland and Labrador (ACNL) a entrepris des actions militantes. L'ACNL a rencontré le ministre de la Santé, qui lui a assuré qu'un plan d'urgence était en place. Pourtant, il a fallu que l'ACNL fasse notamment appel aux médias pour que des mesures soient prises. C'est à ce moment que l'infirmière praticienne de la clinique du VIH a donné sa démission, après avoir travaillé plus de 20 ans auprès des personnes séropositives. Elle était plus qu'une infirmière, elle était notre soutien, notre amie, notre personne-ressource, chaque fois que nous avions une question à propos du VIH, et ce, peu importe où nous vivions à Terre-Neuve-et-Labrador. Une nouvelle infirmière praticienne vient d'être embauchée; elle commencera à travailler à la clinique du VIH en juillet, après avoir suivi une « formation » d'une semaine en Nouvelle-Écosse. Imaginez, seulement une semaine pour apprendre comment traiter le VIH, le sida!!!

Il faut dire que les choses ont quand même commencé à bouger. Jusqu'à ce qu'un médecin permanent soit engagé, deux médecins itinérants reviennent chaque mois pour offrir des services cliniques. Des consultations ont déjà eu lieu à St-John et à Conception Bay North. C'est la Eastern Health qui contacte les patients directement pour leur fixer leur prochain rendez-vous. De plus, du personnel de soutien et un travailleur social, dont nous avons bien besoin, ont été engagés.

Dans les régions rurales de Terre-Neuve-et-Labrador, il est un peu plus compliqué de prendre soin des personnes vivant

avec le VIH. Beaucoup d'entre elles ne révèlent pas leur état à leur famille, et refusent même d'en parler avec leur médecin de famille (à supposer qu'elles en aient un). Dans bien des cas, les personnes atteintes du VIH craignent de devenir victimes de mépris et de discrimination au sein de leur petite communauté, si leur état était connu. Souvent, les personnes vivant avec le VIH connaissent personnellement leur médecin de famille ou leur équipe de soutien (infirmières et personnel administratif); elles craignent alors que la confidentialité de leur état ne soit pas respectée. Par conséquent, l'équipe de soutien VIH de St-John, surtout le personnel infirmier, est devenue le principal soutien pour toutes les personnes vivant avec le VIH de Terre-Neuve-et-Labrador. Les personnes atteintes vivant dans

le centre et sur la côte sud de la province, de même qu'au Labrador, doivent en effet se rendre à St-John pour être traitées. Des pourparlers ont été entrepris en vue de mettre sur pied une clinique itinérante dans l'ouest de la province, mais aucune date définitive n'a encore été fixée.

Susie, qui habite l'ouest de Terre-Neuve, s'est exprimée ainsi : « Mon sang n'a pas été analysé et je n'ai pas vu de médecin depuis environ un an. Les médecins de ma région ne connaissent pratiquement rien au sujet du VIH et du sida, ce qui fait que si mon état devient catastrophique, je ne saurai pas où me tourner pour trouver de l'aide... c'est sans espoir! » ■



Par Gregory Scratch, avec la contribution de Michael Hamilton et Jack Haight

Les arpents verts

Il semblerait que la collectivité de Chatham-Kent, dans le Sud de l'Ontario, soit en voie de devenir un endroit de prédilection pour les personnes vivant avec le VIH à la retraite.

Qui l'eut cru???

Je me suis installé ici, de façon permanente, en 2003. Puis, en 2004, ce fut au tour de Michael Hamilton et de son conjoint, suivis de Jack Haight et D. J. en 2006. Et, nous ne sommes pas les seuls; nous connaissons plusieurs autres homosexuels séropositifs, mais aussi des célibataires et des couples hétérosexuels qui ont choisi de vivre ici, principalement parce que le logement y est abordable et la vie à la campagne est calme et paisible. Le grand air et les grands espaces donnent envie de bouger et l'efficacité du traitement contre le VIH fait en sorte qu'il n'est plus aussi nécessaire, pour la plupart d'entre nous, de vivre à proximité immédiate de notre médecin.

Mais, si belle soit-elle, la vie rurale comporte aussi son lot de défis. La distance considérable qui sépare Chatham-Kent des services médicaux dont nous avons besoin à titre de personnes vivant avec le VIH, qu'il s'agisse de rendez-vous avec des spécialistes ou d'autres services, peut se révéler probléma-

tique, car il faut compter au moins une heure pour se rendre à Windsor ou London, et près de trois heures pour faire le trajet jusqu'à Toronto. Le AIDS Committee of Windsor possède un bureau satellite à Chatham, mais, faute de fonds, les heures de service étaient, jusqu'à récemment, très limitées; le comité n'ayant pas les moyens de payer plus qu'un employé à temps plein et un autre à temps partiel. Toutefois, en partie grâce aux statistiques sanitaires alarmantes de la région, le Comité a pu obtenir le financement nécessaire pour ouvrir deux postes de travailleurs de première ligne l'un auprès des utilisateurs de drogues injectables, l'autre auprès des travailleurs du sexe, et ainsi offrir des heures de service régulières. L'acquisition de compétences en leadership auprès de l'Ontario AIDS Network (OAN) et la formation en facilitation qu'il a suivie au AIDS Bereavement Project of Ontario ont aidé Jack dans le travail qu'il accomplit relativement à la Stratégie anti-drogue et au Projet de lutte contre les opiacés de Chatham-Kent (Chatham-Kent Drug Strategy and Opiate Project). Ce projet vise l'établissement dans la région, au cours de la prochaine année, d'une clinique de traitement à la méthadone – sur le modèle d'un centre de soins communautaire – afin d'offrir aux personnes aux prises avec des problèmes de consommation le soutien dont elles ont besoin et favoriser leur guérison. Jack est responsable du volet Réduction des préjugés, qui occupe une place prépondérante dans cette initiative.

La collectivité de Chatham-Kent se distingue également par le fait que bon nombre de personnes séropositives qui y vivent sont des « survivants de longue date ». Nombre d'entre nous ont suivi la formation en leadership offerte par l'OAN et ont développé une foule d'autres compétences au fil de leurs années de bénévolat et de travail, mais aussi du fait de leur histoire de vie particulière. Ensemble, nous représentons un certain défi pour notre organisation communautaire et pour nos fournisseurs de soins, non seulement parce que nous formons une population de personnes vivant avec le VIH vieillissante établie en milieu rural et ayant des besoins nouveaux inhérents à l'âge, mais aussi parce que nous possédons l'expérience et les contacts requis à l'échelle de la province pour faire changer les choses. Nous savons quelles améliorations apporter en matière de services et de quelle manière procéder et, pour cette raison, notre voix a du poids. Il semblerait qu'avec l'âge vienne la sagesse. Espérons-le, espérons que les efforts que nous déployons pour que les choses changent en matière de traitements et de services, et que ces derniers soient accessibles partout, soient portés par la voix de la sagesse. Nous continuons de militer en faveur de l'embauche de

Jack, un homme homosexuel de descendance métisse, père de deux garçons, a choisi de s'installer dans la région pendant sa désintoxication parce qu'il souhaitait que celle-ci se déroule dans un milieu complètement nouveau pour lui. Il ne savait pas, à ce moment, que la collectivité de Chatham-Kent fait face à des problèmes d'abus d'alcool et d'autres drogues dont les effets sur sa population sont de plus en plus dévastateurs et que, paradoxalement, les services de soutien pour les personnes aux prises avec des problèmes de drogue ou ayant besoin d'un traitement à la méthadone font gravement défaut. Il a donc dû continuer de se rendre à Windsor chaque semaine, jusqu'à ce qu'il ait réussi à se sevrer de la méthadone; un exploit en soi !!

Michael, quant à lui, œuvre à titre de bénévole dans l'ensemble de la province depuis plus d'une décennie. Il a siégé à de nombreux conseils, suivi plusieurs formations et animé maints ateliers. Il joue un rôle actif dans le volet Prévention de la Stratégie anti-drogue de Chatham-Kent et exerce des fonctions de pair-assistant à la recherche dans le cadre de l'étude « Positive Spaces: Healthy Places » (un milieu positif : un milieu en santé), actuellement en cours de réalisation.

personnes vivant avec le VIH dans les organisations communautaires afin de favoriser le soutien et l'entraide entre pairs, offrir des services de counseling et de thérapie, d'éducation sur le travail du sexe, d'intervention auprès des hommes homosexuels, et combattre l'homophobie, la stigmatisation et la criminalisation. Tout ce travail cible des problématiques bien réelles et très préoccupantes, dont les répercussions se font sentir dans les grands centres urbains, bien sûr, mais encore davantage dans les communautés rurales.

Si tant d'entre nous ont choisi de vivre à Chatham-Kent, c'est en raison de la grande tranquillité qui y règne. En revanche, cette même tranquillité, caractéristique des milieux ruraux, peut parfois se révéler un facteur d'isolement, d'où l'importance de maintenir un contact les uns avec les autres au sein de la communauté du VIH. À titre d'homme homosexuel séropositif célibataire, j'ai moi-même fait l'expérience – très déprimante –

suite à la page 7

LES TERRITOIRES

par Eileen Wennekers, chercheuse

NUNAVUT

Au Nunavut, la prestation des soins de santé est assurée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Divers programmes de couverture des médicaments d'ordonnance sont offerts aux résidents du Nunavut. Ce sont les suivants :

- Le Programme des services de santé non assurés (SSNA), qui s'adresse aux Inuits, aux Innus et aux Indiens inscrits et qui couvre les coûts liés aux services de santé non assurés (la Liste des médicaments couverts administrée par les SSNA a fait l'objet d'un article dans le numéro Printemps 2008 du Bulletin électronique du CCSAT)
- Les prestations d'assurance-maladie pour les indigents, pour les personnes qui reçoivent des prestations de soutien du revenu.
- Les prestations d'assurance-maladie complémentaires, pour les personnes âgées et les résidents non autochtones ayant reçu un diagnostic de maladie ou de condition spécifique.

L'« infection au VIH » et « toutes les maladies liées au VIH » sont reconnues comme des maladies ou conditions spécifiques aux fins des prestations d'assurance-maladie complémentaires. Pour que les coûts de vos médicaments d'ordonnance soient couverts, votre médecin doit présenter pour vous une demande de couverture. Dans certains cas, c'est-à-dire lorsqu'il y a nécessité sur le plan médical, les frais de transport et d'hébergement sont également couverts.

La liste des médicaments du Nunavut est la même que celle des SSNA. Dans les cas exceptionnels, les médicaments ne figurant pas sur cette liste peuvent être couverts par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les professionnels de la santé qui prescrivent des médicaments ne figurant pas sur cette liste, doivent remplir et transmettre le formulaire Demande de couverture pour un médicament d'exception. Dès réception de la demande, le ministre désignera un pharmacien

indépendant d'une autre province ou d'un autre territoire qui lui transmettra ses recommandations quant à la couverture du médicament en question. La décision finale incombe au ministre, qui a toute latitude d'autoriser ou non la couverture du médicament.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Dans les Territoires du Nord-Ouest, les résidents admissibles ont accès à des prestations pharmaceutiques par l'intermédiaire du régime d'assurance-maladie des TNO. Comme au Nunavut, le programme de prestations d'assurance-maladie complémentaires offre une couverture aux personnes non autochtones et aux Métis inscrits au régime d'assurance-maladie des TNO, qui sont des résidents permanents des TNO et ont reçu un diagnostic de maladie spécifique. Le VIH figure sur la liste des « maladies spécifiques » du ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO, mais pas les maladies liées au VIH, ce qui signifie que les médicaments nécessaires au traitement des infections opportunistes et des effets secondaires du traitement antirétroviral hautement actif (HAART) peuvent ne pas être couverts par le régime.

Le gouvernement des TNO confie à l'Alberta Blue Cross le soin d'administrer son programme de prestations pharmaceutiques. Ce programme couvre jusqu'à 100 p. 100 des coûts des médicaments d'ordonnance admissibles inscrits sur la Liste des médicaments des SSNA. Si un médicament ne figurant pas sur cette liste vous est prescrit, votre médecin ou votre pharmacien doit présenter pour vous une demande de couverture à l'Alberta Blue Cross. Malheureusement, le délai de traitement est souvent très long, ce qui peut donner lieu à des situations dangereuses pour les personnes qui doivent changer de médicament sans tarder, pour des raisons de pharmacorésistance ou d'intolérance.

À l'heure actuelle, la meilleure solution pour contrer ce problème consiste à faire le nécessaire afin que les nouveaux antirétroviraux et les autres médicaments soient ajoutés à la

LE REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS

Liste des SSNA le plus rapidement possible. Le gouvernement des TNO travaille présentement à l'élaboration d'un programme de prestations d'assurance-maladie supplémentaires et d'un programme de couverture des médicaments onéreux, qui devraient normalement être mis en œuvre le 1^{er} avril 2010.

Pour en savoir plus, veuillez communiquer avec l'Administration des services de santé des TNO au 1-800-661-0830.

YUKON

Au Yukon, le Programme de prestations aux personnes atteintes d'une incapacité ou d'une affection chronique verse des prestations aux résidents du Yukon atteints d'une « maladie chronique particulière ou d'un grave handicap fonctionnel ». Pour que les coûts de vos médicaments d'ordonnance et des fournitures et pièces d'équipement médicochirurgical nécessaires soient couverts, votre professionnel de la santé doit présenter une demande pour vous.

La liste des médicaments du Yukon est établie par la Direction des services de santé, sur l'avis du Yukon Formulary Working Group (Groupe de travail sur la liste des médicaments du Yukon), dont les recommandations quant à l'exclusion ou l'ajout d'un médicament à la Liste sont fondées sur les évaluations du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) et du Saskatchewan Formulary Committee (Comité de la liste des médicaments de la Saskatchewan). Les membres du Yukon Formulary Working Group se réunissent chaque mois pour examiner les demandes d'inscription de médicaments, les critères et les demandes d'obtention du statut de médicament d'exception.

Les prestations pharmaceutiques couvrent, parmi les différents types de médicaments interchangeable, ceux dont les coûts sont les moins élevés, peu importe la marque. Lorsque le médicament le moins coûteux ne peut pas être fourni au patient, le médecin doit présenter une demande écrite d'obtention du statut de médicament d'exception accompagnée de toutes les pièces justificatives requises. Les coûts du médicament visé par la demande sont couverts pendant le traitement de la demande, soit pendant une période de 30 jours. Si la demande est approuvée, la couverture se poursuit (à moins que le médecin ne demande un change-

ment de statut), mais si elle est rejetée, le médicament n'est plus couvert. Évidemment, pour les patients qui doivent continuer de prendre des antirétroviraux spécifiques sans interruption pour assurer l'efficacité de leur traitement, le rejet d'une telle demande constitue un réel problème.

Ce programme est assorti d'une franchise annuelle de 250 \$, qui peut aller jusqu'à 500 \$ par famille. Il est possible de bénéficier d'une exonération de franchise en fonction du revenu ou de la taille de la famille. Sachez, cependant, qu'aucune prestation ne pourra vous être versée au titre de ce programme tant que votre demande d'exonération n'aura pas été approuvée. Tout résident qui séjourne plus de six mois à l'extérieur du Yukon devient automatiquement non admissible à la couverture, et ce, rétroactivement à la date de son départ. À son retour au Yukon, le résident doit présenter une nouvelle demande de couverture. Cette réglementation peut donner lieu à des situations difficiles pour les résidents qui ont dû quitter le Yukon dans le but d'obtenir ailleurs des soins de santé spécialisés.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le Chronic Disease Program (programme des maladies chroniques) au 867-667-5092. ■

Les Arpents Vers

suite de la page 5

de cet isolement, tant sur le plan social que sexuel. Aujourd'hui, je sais que mon réengagement dans le mouvement activiste de lutte contre le sida et ma participation à différentes formations offertes par l'OAN sont absolument essentiels à ma santé mentale, émotionnelle et spirituelle.

La morale de cette histoire? Jack résume très bien la situation : « Le fait de vivre sans gêne son homosexualité et d'en parler ouvertement, d'être séropositif et d'être en voie de rétablissement donne aux autres la permission d'en faire autant. Pouvoir m'inspirer des difficultés et de la souffrance que je vis pour venir en aide aux autres, à la communauté du VIH, est extrêmement gratifiant pour moi et m'aide à aimer véritablement la personne que je suis et ce qu'elle a traversé. ■



MA PREMIÈRE PARTICIPATION AU CONGRÈS DE L'ACRV

REVUE D'EXPOSÉS

par Richard Baker, membre du Conseil d'administration, CCSAT

TOUT D'ABORD, j'aimerais préciser qu'il s'agissait pour moi d'une première participation à un congrès de cette envergure. J'ai trouvé les sujets traités dans le cadre des séances auxquelles j'ai assisté fort intéressants et j'ai été impressionné par la qualité des exposés. Grâce à cette expérience, je vois maintenant la recherche d'un nouvel œil.

Vous trouverez, ci-dessous, une sélection d'exposés, assortis de leurs objectifs et de leurs conclusions, puis de mon opinion à titre de personne vivant avec le VIH. La liste complète des exposés présentés au Congrès est disponible à l'adresse suivante (en anglais seulement) :

www.cahr-acrv.ca/english/resources/abstracts_2009/index.php

LES MEMBRES DES PREMIÈRES NATIONS CANADIENNES ONT UN ACCÈS LIMITÉ AU TRAITEMENT CONTRE L'HÉPATITE C (VHC) (First Nations Canadians Have Reduced Access to Hepatitis C (HCV) Treatment)

Objectif : Déterminer si les différents groupes ethniques bénéficient d'un accès équitable au traitement du VHC.

Conclusion : Les membres des Premières nations étaient plus nombreux à ne pas avoir reçu de traitement contre le VHC. Les raisons à l'origine de ce faible taux de suivi du traitement contre le VHC demeurent obscures, car Caucasiens et Autochtones sont, pour l'essentiel, exposés à des déterminants comparables. J'ai trouvé cet exposé fort intéressant du point de vue des per-

sonnes co-infectées, particulièrement en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé. Ces derniers continuent d'entraver l'accès au traitement chez les membres des Premières nations et de plus amples recherches devront être menées afin que nous puissions comprendre pourquoi. Il ressort de cette étude pancanadienne que les membres des premières nations ne bénéficient pas de l'accès au traitement dont ils auraient besoin. Parmi les groupes ethniques qui ont participé à cette étude, seuls les membres des Premières nations présentaient un plus faible taux de traitement contre le VHC. Des 474 personnes qui ont fait l'objet d'un suivi dans le cadre de cette étude seulement 25 faisait partie d'une Première nation. Il serait intéressant de mener d'autres études réunissant une majorité de membres des Premières Nations, car nous pourrions ainsi obtenir des résultats plus précis et mieux cerner les raisons à l'origine du faible taux de suivi du traitement au sein de cette population, qui présente pourtant un taux particulièrement élevé d'infection au VHC.

LA CHOSE À FAIRE? UNE ANALYSE CRITIQUE DE L'ÉTHIQUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DU DISCOURS SUR LES DROITS ET DE L'ÉLARGISSEMENT DE L'ACCÈS AU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL (The Right Thing to Do? A Critical Analysis of Public Health Ethics, Rights Discourse, and the Expansion of Antiretroviral Therapy (ART))

Objectif : La question de l'élargissement de l'accès au traitement contre le VIH dans le centre de la ville de Vancouver a été examinée à la lumière du nombre peu élevé de

Photos de : Ela Pia Czesny, gracieuseté de l'ACRV. **De gauche à droite :** 1. Le Premier ministre Campbell à la cérémonie d'ouverture de la conférence. 2. Le Chef Robert Williams offrant le bâton d'orateur au Dr Mark Tyndall. 3. D^e Elenore Maticka-Tyndale, récipiendaire du Prix conférence Mark A. Wainberg.



CONFÉRENCE 2009 ACRV CONFÉRENCE 2009 ACRV CONFÉRENCE 2009 ACRV CONFÉRENCE 2009 ACRV CONFÉRENCE 2009 ACRV

personnes qui ont accès au traitement antirétroviral et de l'augmentation concomitante du taux de mortalité, de l'évolution des directives de traitement et des avantages, du point de vue de la santé publique, d'une diminution des cas d'infection au VIH. Ces schèmes justificateurs semblent démontrer la convergence des intérêts éthiques, cliniques et économiques. Et, comme l'éthique de la santé publique est délimitée par des cadres éthiques fondés sur les droits, l'élargissement de l'accès au traitement contre le VIH apparaît comme une intervention cohérente et rationnelle et illustre d'excellente manière l'utilité d'un cadre de droits pour la santé publique.

Conclusion : Les subtilités de la négociation, de l'opposition et de l'acceptation, qui influent sur la gouvernance de la santé, aussi bien à l'échelle publique qu'individuelle, donnent à penser que les droits ne tiennent pas suffisamment compte des différentes façons dont les micro-réseaux de pouvoir façonnent les organismes de santé (et par extension les décisions en matière de traitement). Les questions fondamentales de la pauvreté et du colonialisme compliquent encore davantage la situation en matière de droits, étant donné le fondement historique des droits sur la propriété et la citoyenneté.

Il s'agissait, pour la ville de Vancouver, d'un sujet brûlant dont l'examen a révélé que de nombreux sans-abris et marginaux des rues n'ont pas accès au traitement contre le VIH. Cela signifie que les pouvoirs publics doivent investir davantage dans ce secteur et dans les programmes et services qui s'y rattachent afin de garantir l'accès à un logement sécuritaire et abordable, à un réseau de soutien, à de l'eau salubre et à des banques alimentaires et offrir des services d'information et d'éducation. Lors de l'ouverture du congrès de l'ACRV, l'administration de la

ville de Vancouver a annoncé qu'elle reconnaissait qu'il s'agit-là d'un enjeu crucial nécessitant une intervention immédiate et qu'en conséquence, elle avait convenu de débloquer plusieurs millions afin de venir en aide à cette population et, l'espère-t-on, sauver la vie de centaines de personnes de la communauté urbaine de Vancouver au cours des cinq prochaines années. La question du droit à la vie est au cœur de l'enjeu auquel fait face la ville de Vancouver. Toute personne dont l'état nécessite un traitement devrait pouvoir avoir accès à ce traitement.

EXAMEN DU PHÉNOMÈNE D'INITIATION DES JEUNES AU MILIEU LOCAL DE LA DROGUE À VANCOUVER, AU CANADA

(Exploring Young People's Initiation Into a Local Drug Scene in Vancouver, Canada)

Objectif : Ces dernières années, la recherche a montré comment les processus sociaux-structuraux et les environnements physiques du milieu de la drogue poussent les jeunes à adopter des comportements à risque qui les exposent à l'infection au VIH et à de nombreux autres préjudices liés à la drogue. Cette étude a été menée dans le but de déterminer comment les jeunes consommateurs de drogue perçoivent et caractérisent leur initiation au milieu de la drogue dans le centre-ville de Vancouver, au Canada.

Conclusions : Cette étude a mis en lumière la nécessité d'intervenir rapidement auprès des jeunes qui sont exposés aux divers facteurs d'attraction et d'incitation qui les mènent vers le milieu de la drogue, avant même qu'ils n'intègrent les réseaux et les processus sociaux qui précipitent les jeunes vers les comportements à risque. Il a également été constaté, qu'une fois initiés au milieu de la drogue, les jeunes éprouvent des difficultés gran-

Photos, de gauche à droite : 1. de gauche à droite : Dr Brian Conway – Président de l'ACRV au moment de la conférence, Mark Wainberg, D^{re} Elenore Maticka-Tyndale, Ted Myers – Ancien Président de l'ACRV, Dr Mark Tyndall – président de la conférence. 2. Dr William Cameron – président actuel de l'ACRV. 3. Dr Mark Tyndall avec Angela Kaida, récipiendaire du Prix du nouveau chercheur 2009 – Épidémiologie/Santé publique.

dissantes à distinguer les comportements sécuritaires des comportements à risque et deviennent, de ce fait, extrêmement vulnérables à de nombreux dangers, y compris l'infection au VIH. Il s'agit d'un domaine de recherche qui m'est très familier, à la fois à titre de membre co-fondateur de Positive Youth Outreach et parce que j'ai moi-même été un jeune séropositif – il y a de très nombreuses années. Malheureusement, j'ai l'impression qu'à certains égards, la situation ne s'est pas tellement améliorée.

Les jeunes sont plus nombreux à contracter le VIH de nos jours. Au total, 39 jeunes consommateurs de drogue ont pris part à cette étude, qui a révélé que de nombreux facteurs contribuaient à les orienter sur la voie des comportements à risque, notamment de mauvais traitements pendant l'enfance, une situation de logement précaire, les difficultés que vivent les GLBT, des problèmes de comportement et des démêlés avec les forces de

l'ordre. Cela dit, je demeure convaincu que le nœud du problème est ailleurs, dans les écoles, où l'insuffisance de programmes sociaux et de méthodes de prévention cause plus de dégâts qu'on ne le croit. Les jeunes pensent qu'ils ne s'exposent à aucun risque, ou que ce ne sera pas si grave s'ils contractent le VIH « puisqu'ils n'auront qu'à prendre des médicaments » et que, de toute façon, les personnes aux prises avec le VIH vivent maintenant bien plus longtemps. Autrement dit, le risque d'une infection par le VIH n'a pas beaucoup d'influence sur leurs choix. Or, nous savons tous que les choses ne sont pas si simples. Les personnes atteintes du VIH vivent, certes, plus longtemps qu'avant, mais leur vie est tout de même écourtée du fait des nombreuses affections liées au VIH. Qu'on pense seulement aux maladies cardiovasculaires, au diabète, à la perte de densité osseuse ou, encore, aux nausées que provoquent les médicaments, à la pharmacologie résistance... La liste est longue. ■

Dernièrement, lorsque j'ai eu l'occasion de prendre part au mouvement de lutte contre le VIH-sida, je me suis posée deux questions : va-t-il m'en coûter de l'argent et va-t-il m'en coûter des cellules CD4 ? S'il m'en coûte de l'argent, au bout du compte, mes enfants devront en payer le prix, car je devrai couper dans les fonds consacrés à la nourriture et au transport.

L'écart entre les riches et les pauvres est grand et souvent invisible dans le monde du VIH-sida. Je suis une Autochtone mère de deux enfants qui vit dans la pauvreté. C'est l'une des pires situations possible lorsque l'on vit avec le VIH et que l'on tente d'avoir accès aux soins de santé. Ces temps-ci, je peux nettement voir la stigmatisation et l'écart, et je me rends compte à quel point ils affectent mon accès aux soins pour le VIH en Colombie-Britannique.

Obtenir les soins et les traitements contre le VIH-sida ainsi que du soutien au Canada peut s'avérer une tâche difficile parce qu'ils ne sont pas normalisés et intégrés aux programmes de soins de santé provinciaux ou fédéraux. De plus, ils sont généralement confiés en sous-traitance au moyen de projets de financement au secteur à but non lucratif, qui est petit et compétitif, alors que les services médicaux sont situés dans les grandes villes.

La politique joue un rôle déterminant quant à la manière dont les personnes accèdent aux traitements et aux ser-

vices nécessaires à leur survie. Les personnes aux prises avec le VIH doivent trouver des moyens de se frayer un chemin dans la bureaucratie afin d'accéder aux traitements et aux soins dont ils ont besoin. On se retrouve à faire soi-même toutes les démarches pour trouver un médecin compétent, accéder aux traitements, s'occuper de ses effets secondaires et affronter les problèmes sociaux liés au VIH.

Inévitablement, l'accès aux traitements n'est pas gratuit! Si l'on n'habite pas dans une ville où se trouvent les services centralisés, on doit se déplacer pour y accéder, ce qui nécessite du temps et de l'argent, et si l'on manque de l'un ou de l'autre, le transport devient alors littéralement impossible. Les services de garde d'enfants coûtent à un parent en moyenne entre 75 et 90 \$ par jour, et on y a recours en supposant que ses enfants sont entre de bonnes mains. Il m'est arrivé à plusieurs reprises de devoir emmener mes enfants à mes rendez-vous pour le VIH.

Perspective personnelle . . .



par Kecia Larkin

suite à la page 13

Clinique régionale de soins intégrés en VIH-sida de l'Abitibi-Témiscamingue

Le suivi des personnes vivant avec le VIH-sida est complexe et exige l'intervention concertée de plusieurs spécialistes. Le virus, tout comme le syndrome, entraîne souvent de nombreuses complications auxquelles s'ajoutent régulièrement des problèmes sociaux importants. Les individus sont souvent aux prises avec une grande désorganisation.

Jusqu'à la mise sur pied de la clinique régionale en 1999, le manque de formation spécialisée et l'accès limité aux soins obligeaient les patients à multiplier les consultations aux urgences des hôpitaux de la région et à se rendre dans les grands centres, à plus de 500 Km, pour obtenir des services spécialisés. Cette difficulté d'accès aux traitements associée à l'isolement et la fragilisation du réseau de soutien avait pour effet d'augmenter les taux de morbidité et de mortalité de cette clientèle dans la région.

Depuis maintenant 10 ans, la clinique régionale en soins intégrés en VIH-sida poursuit sa mission principale d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins et services aux personnes vivant avec le VIH-sida dans leur milieu de vie. La clinique favorise également le partage de l'expertise par l'enseignement aux « pairs » de la région. Le modèle utilisé par la clinique permet d'offrir une gamme de services livrés par une équipe interdisciplinaire des domaines infirmier, nutritionnel, pharmacologique et psychosocial. De plus, les liens établis avec l'Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS) du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) permettent d'apporter une expertise de pointe aux intervenants de la région. Ils assurent notamment la visite mensuelle d'un médecin spécialisé en VIH-sida à la clinique. Dans ce modèle de soin unique, l'infirmière assure la coordination de la clinique et y joue un rôle de premier plan. Elle agit comme personne assurant la liaison avec les autres intervenants, établissements ou organismes communautaires.

*par Danielle Gélinas, infirmière coordonnatrice,
Clinique régionale de soins intégrés en VIH-sida
en Abitibi-Témiscamingue*

Le défi constant d'un tel projet qui dessert plusieurs villes et villages éloignés, est le maintien d'un partenariat local et régional. Des liens étroits sont tissés avec les services de soins à domicile de certaines villes de la région, ainsi qu'avec les laboratoires des centres de santé. La force engendrée par l'interdisciplinarité de l'équipe est indéniable et les rencontres pré et post cliniques avec les patients sont régulières. Des visites à domicile sont également faites au besoin et permettent de mieux évaluer comment vivent les personnes atteintes et quels sont leurs besoins. Afin de faciliter les déplacements, plusieurs personnes tiennent leur dossier à la clinique située à Rouyn-Noranda, ville pivot de la région où les patients peuvent s'y rendre en moins d'une heure et demie de route.

En plus du VIH-sida, différentes problématiques qui y sont reliées forment le quotidien des interventions en clinique : toxicomanie, itinérance, prostitution, santé mentale, co-infections VIH/VHC (hépatite C), grossesse et VIH, homosexualité, considérations éthiques, discrimination et stigmatisation. Des professionnels de la clinique siègent à diverses tables rondes, dont une sur les enjeux des gais et lesbiennes et une autre sur un service de prévention et dépistage dans un milieu autochtone et non-autochtone (projet Pikatemps).

En conclusion, cette clinique régionale est considérée comme un modèle optimal d'offre de soins pour les milieux semi urbains et ruraux au Québec. L'expertise en soins infirmiers de même que les soins qui y sont offerts sont au cœur de la démarche de planification. De plus, le modèle constitue une réponse appropriée à la pénurie des ressources médicales qui sévit dans les régions éloignées en favorisant un suivi adéquat et un soutien multidisciplinaire aux personnes vivant avec le VIH-sida. ■

Pour les clients du centre sida secours, l'accès aux soins n'est pas

une question de géographie

par Hélène Legaré, Directrice du Centre sida secours Sidalys

ALFRED a passé les trois derniers mois dans la rue. Il a reçu son diagnostic de VIH il y a quatre ans et, souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie, il ne s'est pas beaucoup préoccupé de sa santé. Depuis quelques temps, Alfred se sent faible et désire consulter un médecin. Comment peut-on imaginer qu'Alfred s'y prendra pour avoir un rendez-vous avec un médecin spécialisé en sida, avoir un bilan de santé voire commencer un traitement d'antirétroviraux? Même s'il vit dans un grand centre, la route peut être longue pour Alfred avant qu'il n'atteigne le bureau du médecin. Le Centre sida secours (CSS) cherche à venir en aide à ces personnes désaffiliées de tout système.

L'objectif du CSS est de mettre en place les meilleures conditions possibles pour que les personnes vivant avec le VIH-sida (PVVIH) les plus démunies aient accès aux soins de santé et aux services sociaux auxquels ils ont droit tout comme l'ensemble de la population. Pour ce faire, et en collaboration avec de nombreux partenaires, nous avons ouvert un centre d'hébergement où les personnes peuvent faire une pose et prendre soin de leur santé.

Les services du Centre sida secours s'adressent aux personnes vivant avec le VIH (hommes et femmes), âgées de 18 ans ou plus, résidant sur l'île de Montréal qui vivent

- Une détérioration importante au niveau de la santé liée au sida
- Une désorganisation majeure au niveau psychologique
- Une difficulté à vivre dans un endroit où les règles sont trop rigides

QUI SONT-ILS ?

- Les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie dont plusieurs sont des utilisateurs de drogues injectables (UDI)
- Les personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou des troubles de la personnalité souvent associés à des comportements sociaux déviants

- Les personnes qui ont des profils d'itinérance, de prostitution, de violence ou des démêlés avec la justice ou provenant des milieux carcéraux

Il ne faut pas se le cacher, les personnes que nous accueillons sont difficiles à aider. Elles ont souvent vécu des expériences de rejet et sont pour la plupart assez méfiantes lors du premier contact. Elles vivent également dans l'instant présent et, pour être en mesure de les aider, les intervenants du Centre sida secours doivent adopter, dans la mesure du possible, leur rythme.

Le Centre sida secours ne donne pas de soins de santé mais fait tout en son pouvoir pour faciliter leur accès. Les intervenants travaillent en étroite collaboration avec plusieurs intervenants du milieu et offrent à ces partenaires l'hébergement pour leurs clients.

Afin de favoriser le séjour de ces personnes au centre, nous devons les accepter dans leur globalité et instaurer des structures souples qui font le pont entre leur style de vie et notre ressource. En même temps, nous devons maintenir un climat calme et serein à l'intérieur du centre. C'est pourquoi, dès l'arrivée, nous présentons au futur résident un code de vie, code où les règles (assez minimales) sont présentées. Ce code est signé par le résident et il en reçoit une copie.

Plusieurs personnes qui viennent au centre ont de graves problèmes de toxicomanie et sont des consommateurs actifs. La consommation de drogues est une dépendance et doit être considérée comme telle. Dans le cas de nos résidents, ils n'en sont plus à une consommation récréative et leur toxicomanie est une maladie. Comment pourrait-on alors exiger la sobriété ou l'abstinence?

Pour pouvoir réaliser notre mission, nous avons donc choisi de permettre la consommation de substances illicites ou d'alcool à l'intérieur du Centre.

► SEPTEMBRE

le 28 et 29

Relever le défi : la prévention du VIH et les diasporas africaine et caraïbe AGA et atelier de la CISD et le CACVO

Ottawa, Ontario
www.icad-cisd.com

► OCTOBRE

du 1 au 3

The Changing Face of AIDS:
2009 AIDS Conference

Régina, Saskatchewan
www.aidsprogramssouthsask.com/conference.html

le 4 et 5

Ateliers de perfectionnement
des compétences et AGA du CCSAT

Vancouver, Colombie Britannique
www.ctac.ca/fr/action/agm

le 7 et 8

Conférence régionale éducative
de l'Atlantique

CATIE
Truro, Nouvelle-Écosse
www.catie.ca

le 15 et 16

Conférence régionale éducative de l'Ouest
CATIE

Calgary, Alberta
www.catie.ca

le 28 et 29

Conférence régionale éducative
du Pacifique

CATIE
Richmond, Colombie Britannique
www.catie.ca

► NOVEMBRE

du 12 au 14

2009 International Drug Policy
Reform Conference

Albuquerque, Nouveau Mexique
www.reformconference.org

du 15 au 17

Women: Keepers of the Tipi – 3rd Annual
Aboriginal HIV/AIDS and HCV Conference

All Nations Hope AIDS Network
Régina, SK
www.allnationshope.ca/News.htm

le 16 et 17

Research at the Front Lines:
Finding New Solutions in HIV
Prevention, Treatment and Support

Ontario HIV Treatment Network (OHTN)
Toronto, ON

www.ohtn.on.ca/Pages/Whats-On/2009-
Conference.aspx

le 18

Assemblée générale annuelle
CATIE

Toronto, ON
www.catie.ca

du 29 au 1^{er} décembre

IAPAC 2009

International Association of Physicians
in AIDS Care (IAPAC)

Toronto, ON
www.iapac.org/iapac09

► DÉCEMBRE

le 1^{er}

Journée internationale du sida

Bien sûr, nous avons établi certaines règles :

- La consommation ne doit pas nuire au plan d'intervention
- Elle doit se faire de façon individuelle, dans la chambre du résident
- Le matériel d'injection est mis à la disposition des résidents et il y a un bac à seringues dans chacune des chambres.

Ouvert depuis neuf ans, cette expérience se révèle très positive puisqu'elle permet à des personnes exclues des autres centres d'avoir un toit et des repas et de stabiliser quelque peu leur vie afin de faire les premiers pas vers une prise en charge de leur santé. ■

La distance et les traitements

suite de la page 9

Récemment, les coupures et les nouvelles règles provinciales en ce qui a trait à l'orientation d'un patient vers un spécialiste m'ont empêchée de bénéficier des soins pour le VIH. En plus, ma demande d'aide de voyage a été examinée et réduite par les employés du bureau responsable des prestations d'invalidité de ma province. J'ai donc fait le travail de quelqu'un d'autre en surveillant mon propre VIH.

Je dois supporter des effets secondaires désagréables tous les jours, mais actuellement, j'ai plus de cellules CD4 que je n'en ai jamais eu depuis 10 ans, alors je continue mes traitements. Les obstacles sont toujours présents et sont très réels, mais je n'ai d'autre choix que de les franchir! J'ai appris à demeurer forte et à ne pas accepter de me faire dire non lorsqu'il est question de ma santé. ■

CONSEIL D'ADMINISTRATION

- PRÉSIDENTE **Louise Binder**
- VICE-PRÉSIDENT **Ron Rosenes**
- TRÉSORIER **Patrick Cupido**
- SECRÉTAIRE **Richard Baker**

Brian Finch

Sandy Lambert

Bruno Lemay

Devan Nambiar

Colleen Price

MEMBRES DU CONSEIL

Mark Randall Alberta • **Sam Friedman** Colombie-Britannique • **Myles Legacy** Nouveau-Brunswick • **John Baker** Terre-Neuve & Labrador • **Mike Sangster** Nouvelle-Écosse • **Harlon Davey** Ontario • **Troy Perrot** Île-du-Prince-Édouard • **José Sousa** Québec • **Ron Rosenes** Le groupe d'action-sida ! (AAN!) • **Ken Buchanan** British Columbia Persons With AIDS Society (BCPWA) • **Stephen Hurst** Société canadienne du sida (SCS) • **Terry Pigeon** Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE) • **Richard Elliott** Réseau juridique canadien VIH/SIDA • **Ken Monteith** Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida) • **Louise Binder** Toronto People with AIDS Foundation (TPWAF) • **Angel Parks** Représentante nationale des femmes • **Sandy Lambert** Représentant des Autochtones • **Devan Nambiar** Représentant des communautés noires, africaines et caribéennes • **Karen Dennis** Représentante des personnes qui utilisent/ont utilisé des drogues • **Greg Simmons** Représentant des détenus/ex-détenus • **Brian Finch** Représentant des hommes gays/ hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH)

BAILLEURS DE FONDS 2008/09

Agence de santé publique du Canada (ASPC)

Abbott Laboratories Limited • Gilead Sciences • GlaxoSmithKline en partenariat avec Shire BioChem • Merck Frosst Canada Ltd. • Pfizer Canada • Sanofi-Anvantis • Schering Canada • Tibotec, une

DÉCLARATIONS DE PRINCIPES DU CCSAT

- 2007 – « Les médicaments génériques au Canada : un document de politique ». Auteurs : CCSAT & Ward Health Strategies.
- 2006 – « Rapidité et transparence : Examen du processus d'évaluation des médicaments contre le VIH ». Révisé en avril 2006. Auteur : David Garmaise.
- 2004 – « Plan de route pour affronter l'épidémie de la co-infection VIH-hépatite C au Canada ». Auteur : Paula Braitstein
- 2001 – « Vers une meilleure santé : La nécessité d'un meilleur système de surveillance post-approbation des médicaments anti-VIH-sida au Canada ». Auteur : David Garmaise.
- 2001 – « Vers un meilleur accès aux traitements : Déclaration de principes sur la fixation appropriée du prix des médicaments d'origine contre le VIH-sida au Canada ». Auteur : Glen Brown.
- 2000 – « Déclaration de principes sur la publicité destinée directement aux consommateurs en matière de médicaments de prescription ». Auteur : Philip Lundrigan.

Le CCSAT autorise la reproduction partielle ou intégrale de ses déclarations de principes à condition que la source soit indiquée. Ces documents sont disponibles gratuitement en version électronique à www.ctac.ca/fr/resources/position_papers ou contactez le bureau pour obtenir une copie papier (voyez ci-dessous).

ADHÉSION

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

L'adhésion à part entière est réservée aux :

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

L'adhésion associée est ouverte à :

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

COMMUNIQUEZ AVEC NOUS

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

C.P. 203

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

Téléphone et

Télocopieur : (416) 410-6538

Courriel : ccsat@ccsat.ca

Site internet : www.ccsat.ca

Mandat du CCSAT

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

Le CCSAT...

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