



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 054 • 1^{re} SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 9 mai 2007

Président

M. Rob Merrifield

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

<http://www.parl.gc.ca>

Comité permanent de la santé

Le mercredi 9 mai 2007

• (1535)

[Traduction]

Le président (M. Rob Merrifield (Yellowhead, PCC)): Nous allons ouvrir la séance.

Nous avons aujourd'hui une brochette très intéressante de témoins dont certains se trouvent ici, dans cette salle tandis que le Dr Miyasaki nous parlera de Toronto.

Docteur, pouvez-vous nous entendre? Recevez-vous bien le son?

Dre Janet Miyasaki (chef de clinique associée et présidente du Sous-comité de l'évaluation technologique et thérapeutique, American Academy of Neurology, Université de Toronto): Oui, je vous entends bien.

Le président: Nous allons commencer par demander à nos témoins de se présenter. Nous allons d'abord laisser tous les témoins se présenter, après quoi nous passerons aux questions. Je vais donc vous présenter et vous donner la parole à tour de rôle.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, nous étudions les médicaments sur ordonnance, le Programme commun d'évaluation des médicaments. Je crois que c'est la sixième réunion que nous tenons sur le sujet.

Nous recevons un professeur de l'Université York et des personnes qui témoignent à titre personnel. Les autres personnes de l'Université de Toronto qui témoigneront par vidéoconférence sont les représentants de Best Medicines Coalition et de Ward Health Strategies. Nous vous présenterons individuellement lorsque nous vous donnerons la parole.

Nous allons commencer par l'Université York. Nous avons le plaisir d'accueillir Joel Lexchin, de la School of Health Policy and Management. Vous avez déjà comparu devant le comité. J'ai parfois du mal à me souvenir des noms, mais je vous reconnais.

Merci d'être venu, professeur. La parole est à vous.

M. Joel Lexchin (professeur, School of Health Policy and Management, Université York): Merci beaucoup de m'avoir invité à comparaître.

Je m'appelle Joel Lexchin. Je suis médecin. J'enseigne la politique de la santé à l'Université York comme vous l'avez indiqué. Je travaille également comme médecin urgentiste et je suis l'auteur d'un certain nombre d'ouvrages qui prescrivent des lignes directrices pour les médecins généralistes et urgentistes.

Je voudrais maintenant vous présenter les résultats de certaines des recherches que j'ai faites avec une de mes collègues, Barbara Mintzes.

Les décisions du PCEM, le Programme commun d'évaluation des médicaments, ont fait l'objet de nombreuses critiques. nous voulions comparer ses décisions avec celles qui ont été prises par des organismes équivalents d'autres pays pour les mêmes médicaments ayant les mêmes indications.

Au départ, nous avons choisi 47 médicaments sur lesquels le PCEM s'était prononcé, jusqu'à la fin septembre 2006. Nous avons établi une série de critères pour choisir les organismes de comparaison. Il fallait qu'ils aient examiné au moins la moitié des médicaments évalués par le PCEM. Il fallait qu'ils aient publié de l'information en anglais ou en français dans leur site Web. Et il y avait quelques autres critères supplémentaires.

Nous avons finalement retenu deux organismes, le Pharmaceutical Benefits Advisory Committee, ou PBAC, qui se trouve en Australie, et le Scottish Medicines Consortium, qui se trouve en Écosse.

Sur les 47 médicaments que le PCEM avaient évalués, l'organisme australien avait formulé des recommandations sur 31 d'entre eux, et l'organisme écossais, sur 29. Ces recommandations entrent dans trois grandes catégories. La première est le financement sans restriction, la deuxième, le financement avec restrictions et la troisième aucun financement.

Lorsque nous examinons les médicaments que le PCEM et le groupe australien ont tous les deux évalués, comme je l'ai dit, ils sont au nombre de 31 et pour ceux que le PCEM et le groupe écossais ont évalués, il y en a 29. Si vous examinez ces trois catégories, vous constatez que tous ces organismes font la même chose. Le pourcentage de médicaments qu'ils recommandent pour le financement total est à peu près le même, le pourcentage pour lequel ils recommandent un financement limité est à peu près similaire et le pourcentage des médicaments qu'ils rejettent entièrement est presque identique.

En deuxième lieu, nous avons examiné les médicaments individuellement. Les recommandations à l'égard de ces médicaments étaient-elles les mêmes ou non? Nous avons constaté que même si certaines recommandations touchant un médicament étaient similaires, il n'y avait pas beaucoup d'accord entre l'organisme canadien et les deux autres, pas plus qu'entre l'organisme écossais et l'organisme australien. Nous avons conclu que la façon dont les trois organismes appliquent leurs critères, c'est-à-dire l'efficacité clinique du produit et son analyse pharmaco-économique, témoigne à peu près du même laxisme ou de la même rigueur.

Pour chaque médicament, ces organismes tiennent compte d'éléments comme le prix auquel le médicament est vendu dans le pays, les autres médicaments disponibles ayant la même indication, le prix de ces autres médicaments et le nombre de personnes touchées par la maladie. Ils prennent ensuite leurs décisions. Comme ce sont des décisions prises au niveau local, on s'attendrait à ce qu'elles diffèrent d'un pays à l'autre.

La conclusion de cette recherche est que le PCEM ne se distingue pas des autres organismes internationaux qui font la même chose, autrement dit, qui utilisent un ensemble de données cliniques et d'analyses pharmaco-économiques pour prendre leurs décisions. Ils ne prennent pas des décisions identiques, mais c'est en raison de facteurs locaux. Les trois organismes que nous avons examinés prennent tous des décisions différentes au sujet des mêmes médicaments en raison de facteurs locaux.

Notre conclusion est que le PCEM fait un bon travail. Lorsqu'il rejette des médicaments, c'est en raison de facteurs spécifiquement canadiens. C'est la même chose pour les médicaments qu'il approuve. Ils sont approuvés en raison de facteurs spécifiquement canadiens. Le même principe s'applique aux autres organismes.

Merci beaucoup.

• (1540)

Le président: Mon attachée de recherche demande si vous pourriez nous fournir l'étude dont vous parlez.

M. Joel Lexchin: Malheureusement, je suis venu en train et un des employés de VIA a renversé de l'eau sur mon ordinateur. Mon ordinateur est maintenant hors d'usage au moins pour quelques jours. Lorsqu'il sera ressuscité, je me ferai un plaisir de vous envoyer mon texte, mais ce ne serait probablement pas avant la semaine prochaine.

Le président: Très bien. Ce serait très apprécié. Nous savons combien la technologie moderne peut être compliquée. Nous le constatons quotidiennement. Cela nous serait très utile.

Nous allons maintenant passer aux personnes qui témoignent à titre personnel.

Nous recevons M. David Bougher. M. Bougher est un ancien membre du Comité fédéral-provincial-territorial sur les questions pharmaceutiques. Nous nous connaissons depuis longtemps.

C'est la deuxième fois que vous comparez devant le comité, je crois, mais pour la première fois au sujet du PCEM. Je vous connais depuis que nous étions au gouvernement provincial, en Alberta. C'est un plaisir de vous recevoir ici. Vous comparez avec Linda Tennant, qui est également une ancienne membre du Comité fédéral-provincial-territorial sur les questions pharmaceutiques. C'est aussi un plaisir de vous accueillir ici.

La parole est à vous.

M. David Bougher (ancien membre du Comité fédéral, provincial et territorial sur les questions pharmaceutiques, à titre personnel): Merci beaucoup, monsieur le président.

Nous remercions le comité de nous avoir invités à présenter notre point de vue sur le Programme commun d'évaluation des médicaments. Nous allons, Linda et moi, vous présenter le texte que nous avons préparé, après quoi nous formulerons un certain nombre de recommandations qui figurent dans le texte, mais que nous voudrions mettre en lumière.

Nous sommes ici en tant qu'anciens gestionnaires du régime d'assurance-médicaments et conseillers en politique pharmaceutique auprès de nos gouvernements respectifs, l'Ontario et l'Alberta, mais aussi en tant que Canadiens désireux de savoir si le Programme commun d'évaluation des médicaments sert les intérêts des patients. Nous ne sommes pas ici pour fournir des données, les résultats d'études ou appuyer la position d'un groupe d'intérêt particulier.

En tant que gestionnaires d'un régime d'assurance-médicaments, nous avons tous deux soutenu la création du Programme commun d'évaluation des médicaments qui nous semblait être un bon outil pour rationaliser les évaluations des médicaments et coordonner les

activités des régimes d'assurance-médicaments du pays, dans l'intérêt des Canadiens. Nous continuons de soutenir le PCEM et les opinions que nous exprimons sont de simples suggestions visant à renforcer le PCEM de façon à promouvoir son succès continu.

Une de nos premières fonctions en tant que gestionnaires du régime d'assurance-médicaments consistait à faire la liaison entre le ministre et le comité d'experts scientifiques chargé de conseiller les pouvoirs publics à l'égard des médicaments qui devaient être couverts par les régimes d'assurance. Par conséquent, nous connaissons bien les problèmes auxquels sont confrontés les gouvernements, les comités d'experts et les autres parties intéressées lorsqu'il s'agit de prendre les meilleures décisions possible dans l'intérêt des patients et des bénéficiaires du programme.

Les comités consultatifs d'experts sur le financement des médicaments couverts par les régimes d'assurance ont énormément de pouvoir et c'est encore plus vrai pour le Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments du PCEM. Les recommandations négatives sont presque toujours suivies compte tenu de l'engagement des ministres à considérer un « non » comme un « non » et un « oui » comme un « peut-être ».

Il est essentiel que le CCCEM et le PCEM continuent de susciter le maximum de satisfaction et conservent le maximum d'appuis de la part non seulement des gouvernements, mais de toutes les autres parties intéressées. Le PCEM doit rester utile aux yeux de toutes les personnes touchées par ces recommandations pour assurer son succès futur.

Selon un principe largement accepté, les décisions concernant le financement des soins de santé et des médicaments doivent reposer sur des données probantes. Néanmoins, ces données ne sont pas toujours aussi claires et complètes qu'on pourrait le souhaiter. D'autre part, les médicaments ne font pas tous l'objet du même niveau de recherche et d'étude scientifique.

De plus, la plupart des études sont faites avant que les décisions concernant le financement ne soient prises et l'expérience pratique ne correspond pas toujours aux résultats des recherches. Il est largement reconnu qu'une fois qu'on a approuvé la mise en marché d'un médicament, ses résultats sur les patients ne sont pas suffisamment étudiés. Il ne faut pas oublier non plus que les fabricants financent environ 90 p. 100 des études réalisées sur les médicaments.

Nous savons, pour avoir travaillé avec des comités d'experts, que le Canada figure parmi les chefs de file mondiaux de l'expertise scientifique et que nos régimes d'assurance-médicaments ont accès à un vaste éventail de personnes hautement compétentes. Cela dit, il faut reconnaître que les membres des comités d'experts examinent les données en fonction de leurs propres partis pris et opinions, selon leur expérience professionnelle.

Étant donné que pour une bonne partie des preuves scientifiques, la valeur de l'avantage perçu est une question d'appréciation, il n'est pas étonnant que les différents experts et différents comités donnent des avis différents aux gouvernements. Ces différences sont très difficiles à comprendre pour les décideurs, les patients, les familles, les fournisseurs de soins de santé et les fabricants. Il est difficile d'accepter que, dans une province, le comité d'experts peut tirer des conclusions diamétralement opposées à celles du comité d'experts d'une autre province ou d'un autre pays.

Les recommandations et les décisions des comités consultatifs d'experts comme le CCCEM se fondent sur des règles de rentabilité qui sont complexes et que certaines parties jugent assez arbitraires. Comme il y a des différences dans l'interprétation des études scientifiques, il y a aussi des divergences d'opinions au sujet de la rentabilité.

Le comité a déjà entendu parler des décisions différentes qui ont été prises à l'égard du financement des médicaments contre le cancer, par exemple, en Colombie-Britannique par rapport aux autres provinces.

• (1545)

Ce sont ces différences qui ont amené les gouvernements à décider de créer le Programme commun d'évaluation des médicaments.

Pour ce qui est de l'efficacité du PCEM, l'évaluation du programme publiée à l'automne 2005 concluait que ses fondateurs, c'est-à-dire les gouvernements, étaient satisfaits des résultats tandis que les fabricants et les consommateurs avaient de sérieuses objections. Le PCEM a respecté ses délais d'évaluation, amélioré le processus d'examen et atteint un niveau de transparence nettement supérieur à celui de certains autres régimes publics d'assurance-médicaments.

Le PCEM a atteint ses objectifs initiaux, mais certains problèmes sous-jacents qui se situent au niveau des gouvernements fédéral et provinciaux participants n'ont pas été examinés. Il semble y avoir un certain dédoublement ou une prolongation de l'évaluation des médicaments parce que les recommandations positives peuvent être soumises aux comités d'experts locaux pour une analyse supplémentaire, pour l'application de critères spéciaux ou pour information ou discussion. Il faudrait étudier de plus près dans quelle mesure l'évaluation des comités locaux fait double emploi avec celle du PCEM et l'inclusion d'autres médicaments nécessitera une réévaluation du rôle et des fonctions de ces comités. Il est probable qu'un certain suivi sera toujours nécessaire au niveau du programme local pour mettre en oeuvre les recommandations du CCCEM.

Les décisions concernant la mise en oeuvre des recommandations du CCCEM sont du ressort des gouvernements, mais la politique du « non signifie non » adoptée par les ministres a été suivie de façon assez rigoureuse. Cela veut dire qu'en fait, le PCEM décide de l'inscription au formulaire pour les régimes d'assurance. Il y a eu certaines exceptions où des régimes ont quand même financé certains médicaments rejetés, au cas par cas.

Étant donné l'impact des recommandations du CCCEM, le PCEM doit faire en sorte que ses processus soient réévalués constamment en tenant compte de toutes les observations et préoccupations des parties prenantes. De façon générale, un examen des comités d'experts devrait tenir compte des sommes que les gouvernements investissent dans les régimes d'assurance-médicaments et du pourcentage de leur budget de la santé que cela représente. Les comités d'experts sont un outil précieux pour la gestion des coûteux régimes d'assurance-médicaments.

En ce qui concerne l'accès aux nouveaux médicaments, une question importante à se poser pour la discussion d'aujourd'hui est celle de savoir si les Canadiens sont bien servis par le PCEM pour ce qui est de l'accès aux nouveaux médicaments. Le processus du PCEM nous assure que des normes rigoureuses sont appliquées pour formuler les recommandations. Il faut toutefois se demander si les mêmes normes peuvent et doivent s'appliquer à tous les médicaments.

Pour ce qui est des coûts les plus élevés, prenons par exemple les médicaments pour les maladies rares. Certains de ces produits peuvent coûter plus de 100 000 \$ par année et constituer la seule thérapie disponible. Dans certains cas, à cause de facteurs comme la nature de la maladie et la taille de la population, il peut être difficile, voire impossible de respecter les normes de rigueur appliquées par le PCEM. La question est donc de savoir si le modèle actuel peut être appliqué équitablement et uniformément à toutes les catégories de médicaments.

Les coûts des régimes d'assurance-médicaments dépendent en grande partie des médicaments utilisés en grande quantité tels que les médicaments pour réduire le cholestérol. Par exemple, en Ontario, au cours de l'exercice 2005-2006, les médicaments pour les maladies cardiovasculaires et le traitement du système nerveux central représentaient 50 p. 100 des coûts du régime provincial d'assurance-médicaments. Il est donc important de tenir compte du risque financier collectif ou cumulatif que posent les médicaments nouveaux et coûteux pour l'ensemble des facteurs de coût du système de santé.

Nous ne disons pas que le coût des médicaments est approprié dans la plupart des cas. Nous partageons l'inquiétude grandissante des pouvoirs publics et autres parties intéressées quant au fait que le prix des médicaments semble anormalement élevé et difficile à justifier dans certains cas. Nous disons seulement que toutes les parties intéressées doivent continuer de demander aux fabricants de justifier le prix de leurs médicaments et d'être prêts à négocier les prix dans un certain nombre de domaines.

Certains gouvernements donnent accès à des médicaments dont le financement n'est pas recommandé par le PCEM. C'est par exemple le cas de l'Ontario dont la législation permet au ministre de payer des médicaments qui ne sont pas inscrits sur le formulaire de la province. Pour cette raison, certains médicaments non recommandés sont remboursés par certains régimes, mais pas par d'autres ce qui crée davantage d'iniquités entre les Canadiens sur le plan de l'accès aux traitements. Les décisions des régimes d'assurance-médicaments suscitent un certain nombre de questions. La politique de l'Ontario ou celle du régime d'assurance-médicaments fédéral qui procèdent au cas par cas, représentent-elles une approche raisonnable, une forme d'appel d'une recommandation négative du CCCEM ou le CCCEM devrait-il établir des critères pour donner aux patients accès à certains médicaments, ce qui se traduirait par une recommandation sous réserve ou partiellement positive?

• (1550)

Les recommandations conditionnelles peuvent fournir l'occasion d'élargir la portée des prises de décisions pendant que l'on réunit des preuves supplémentaires. Si le développement des médicaments est considéré comme un continuum, l'utilisation des médicaments est peut-être la seule façon d'obtenir la réponse à certaines des questions posées par le PCEM, en répondant par exemple aux besoins de données sur la sécurité et l'efficacité à long terme. Un modèle canadien pour l'examen et l'évaluation des médicaments couverts par les régimes publics d'assurance doit donner accès aux médicaments lorsque les données probantes sont relativement faibles en raison de la difficulté de procéder à des essais cliniques à grande échelle pour certains groupes de maladies tout en permettant de recueillir des données et de mesurer les résultats pour confirmer les bienfaits ainsi que les risques.

En réalité, pour certains nouveaux médicaments, les preuves scientifiques démontrant leur valeur ne sont pas disponibles pour diverses raisons, par exemple le petit nombre de patients, dans le cas de maladies rares, ou l'absence de preuves concernant la sécurité et l'efficacité à long terme. Les fabricants ont un rôle à jouer en travaillant avec les gouvernements pour aider les patients à avoir accès à leurs produits afin que les pouvoirs publics ne soient pas seuls à assumer la responsabilité de répondre aux besoins des patients. Des partenariats fondés sur l'amélioration des résultats pour le patient pourraient être une solution de rechange à la politique actuelle du tout ou rien.

Monsieur le président, je voudrais...

Le président: Nous avons un petit problème, car nous vous avons accordé 10 minutes pour vous deux et vous avez largement dépassé votre temps. Par conséquent, si vous pouvez abréger un peu le deuxième exposé, nous vous laisserons continuer, mais je ne vous accorderai pas plus de cinq minutes supplémentaires.

M. David Boucher: Il nous reste seulement quelques minutes de plus, monsieur le président.

Le président: D'accord, allez-y.

Mme Linda Tennant (ancien membre du Comité fédéral, provincial et territorial sur les questions pharmaceutiques, à titre personnel): Dans ce cas, je vais passer directement à certaines des recommandations que nous avons préparées et je vais essayer de parler assez rapidement.

Si le PCEM élargit son mandat, son rôle et ses activités, tout devrait être soumis à un examen indépendant régulier afin que le programme reste efficace et pertinent pour tous les intéressés. Autrement dit, nous disons que le PCEM ne doit pas se reposer sur ses lauriers. Il doit toujours faire l'objet d'un examen indépendant.

Le président: Madame Gagnon.

Mme Christiane Gagnon (Québec, BQ): Vous allez trop vite. Vous avez un interprète qui ne peut pas vous suivre. Si vous voulez parler vite, libre à vous, mais il ne pourra pas vous suivre.

Le président: Très bien, madame Gagnon.

• (1555)

Mme Linda Tennant: Un peu plus lentement?

Le président: Si vous pouvez simplement décélérer un peu, nous allons continuer. Allez-y.

Mme Linda Tennant: Excusez-moi.

En plus d'un examen régulier du PCEM et de ses activités, nous suggérons également que chaque programme direct et comité consultatif expert fassent l'objet d'un examen régulier pour que les régimes d'assurance-médicaments ne fassent pas double emploi avec le PCEM et que ces différents processus soient plutôt complémentaires.

Il faudrait inciter le PCEM à accélérer et élargir son projet d'augmenter la transparence. Il faudrait évaluer le succès de ces mesures au bout de six à 12 mois. La transparence préoccupe toujours beaucoup le public, comme vous le savez, et cela sur tous les fronts. Le PCEM devrait également évaluer les résultats de l'ajout de deux membres du public au CCCEM. Le PCEM devrait examiner le rôle et l'expérience des conseils de citoyens au Royaume-Uni et en Ontario où ils constituent un moyen supplémentaire de faire participer le public au processus consultatif d'expertise.

Le PCEM devrait inclure des processus pour les recommandations sous réserve ou conditionnelles du CCCEM. Ces recommandations pourraient tenir compte du fait que certains médicaments ont de la

difficulté à répondre aux normes de preuve et du potentiel qu'ils représentent pour une population de patients dont les autres possibilités de traitement sont limitées ou inexistantes.

Le PCEM devrait songer à utiliser des sous-comités dans certains champs de spécialisation pour élargir l'expertise appliquée à certaines évaluations de médicaments.

Notre dernière recommandation est que tous les gouvernements devraient travailler ensemble pour accélérer la mise en oeuvre des études qui présentent des preuves concrètes et répondent aux questions clés qui peuvent être soulevées dans les évaluations du PCEM. Autrement dit, nous ne devrions pas seulement évaluer le médicament avant sa mise en marché en vue de son financement, mais plutôt une fois que le médicament est sur le marché depuis un certain temps.

Merci de nous avoir donné la parole. Pourrais-je ajouter une chose, s'il vous plaît? Nous voulons seulement dire qu'en tant qu'anciens gestionnaires d'un régime d'assurance-médicaments, nous avons énormément de respect pour le personnel et les conseillers experts du PCEM, du CCCEM et des autres comités consultatifs experts dans ce domaine. Nous avons pu constater leur dévouement et les difficultés auxquelles ils sont confrontés pour soumettre des recommandations visant à favoriser les meilleurs soins possible pour les Canadiens dans ce domaine très complexe et très controversé.

Merci beaucoup.

Le président: Nous tenons à vous remercier infiniment.

Nous allons maintenant passer à l'Université de Toronto. Nous sommes reliés par vidéoconférence au Dr Janis Miyasaki, chef de clinique associée et présidente du Sous-comité de l'évaluation technologique et thérapeutique de l'American Academy of Neurology.

La parole est à vous et vous disposez de 10 minutes. Nous avons hâte de vous entendre.

Dre Janet Miyasaki: Monsieur le président, je vous remercie, vous et les membres du comité, de m'avoir invitée à vous parler de mon expérience concernant le PCEM et le régime d'assurance-médicaments de l'Ontario ainsi qu'à titre de clinicienne-chercheuse, de clinicienne auprès de patients souffrant de maladies neurodégénératives graves et en tant que chercheuse en médecine fondée sur les faits.

Je dois avouer que j'ai demandé un poste en tant que membre permanent du CCCEM. Le comité ne m'a pas acceptée, mais je ne lui en veux pas.

J'ai travaillé comme consultante pour le régime d'assurance-médicaments de l'Ontario ainsi que pour le PCEM.

J'ai trouvé ce processus très rigoureux; le programme procède à une évaluation rigoureuse des médicaments qui se fonde sur des données probantes. J'ai également constaté que certaines améliorations pourraient être apportées au processus.

Je tiens également à dire qu'il est essentiel de participer au développement des médicaments et de la technologie pour préserver la qualité des soins de santé au Canada et qu'une médecine fondée sur les faits ainsi que le pragmatisme sont deux choses nécessaires pour prendre les décisions concernant le financement des médicaments.

Tout d'abord, j'ai travaillé pour le PCEM en tant qu'expert médical et non pas ce qu'on appelle un expert en méthodologie. Un expert en méthodologie est une personne qui est généralement titulaire d'un Ph.D. et qui est experte en médecine fondée sur des lignes directrices ou des données probantes.

Comme j'ai déjà rédigé des lignes directrices pour l'American Academy of Neurology, j'ai pu fournir des conseils au sujet de la conception des études et de la mesure de leurs résultats. J'ajouterais néanmoins que l'American Academy of Neurology est très avancée dans l'élaboration d'évaluations critiques alors que d'autres spécialités n'ont peut-être pas des experts aussi bien équipés pour répondre aux préoccupations du PCEM. Par conséquent, des études réunissant les bonnes preuves d'efficacité pourraient être laissées de côté.

Je crois que le PCEM doit tenir compte de la pertinence clinique et qu'il faut également reconnaître que, souvent, nous ne connaissons pas la valeur des résultats sur le plan de la qualité de vie ou le résultat des études. Nous devons tous avoir l'honnêteté de reconnaître que même dans les évaluations basées sur des données probantes, on s'entend sur la façon dont les questions seront formulées et dont on réunira les preuves ou on les évaluera, de même que pour l'interprétation des preuves.

La participation au développement des médicaments et de la technologie est cruciale pour retenir les meilleurs médecins et chercheurs en médecine et en science. S'ils ne peuvent pas participer à ces activités, nous perdrons d'importantes ressources. Je sais qu'un fabricant a fermé sa division de neuroscience et a déclaré qu'il ne commercialiserait plus de médicaments de la neuroscience au Canada. Cela m'inquiète en tant que chercheuse et aussi en tant que médecin. Je veux pouvoir apporter à mes patients atteints de maladies très graves les meilleurs soins possible.

Enfin, il y a la question du pragmatisme de la médecine fondée sur les faits. À l'American Academy of Neurology, nous avons certainement adopté un processus strictement fondé sur des données probantes pour établir nos lignes directrices. Nos membres nous ont dit qu'ils voudraient savoir quelle est la pertinence clinique d'un médicament et ce que la recherche ne montre pas. En effet, même les cliniciens doivent savoir dans quel contexte ils prennent ces décisions. Quels sont les facteurs potentiels qui devraient modifier votre interprétation des données probantes? C'est une chose dont tout organisme qui élabore la politique à l'égard des médicaments devrait aussi tenir compte.

Comme mon expérience m'a permis d'examiner les deux côtés de la médaille, je garde entièrement confiance dans le PCEM. Je pense que ce programme évalue très bien les données probantes, mais je crois aussi que ses décisions doivent refléter davantage de pragmatisme.

Merci.

•(1600)

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à la Best Medicines Coalition. Louise Binder en est la présidente et Linda Wilhelm est membre du Comité des opérations.

La parole est à vous.

Mme Louise Binder (présidente, Best Medicines Coalition): Je remercie le comité de m'avoir invitée à prendre la parole aujourd'hui au sujet du Programme commun d'évaluation des médicaments.

Je représente la Coalition pour de meilleurs médicaments. Le texte de notre mémoire contient une description de notre organisme.

Je suis également porteuse du VIH et je travaille dans ce domaine de la politique de santé publique depuis de nombreuses années.

La Coalition et la communauté du VIH suivent le Programme commun d'évaluation des médicaments depuis sa création. Nous avons conclu que ce programme était une bonne idée au départ, mais qu'il a très mal tourné. Nous en sommes également arrivés à la conclusion que le Programme commun d'évaluation des médicaments ne peut pas être amélioré s'il reste sous sa forme actuelle.

J'estime que le Programme commun d'évaluation des médicaments n'a pas réussi à atteindre ses objectifs ou à s'acquitter de son mandat avec un processus répondant aux règles les plus élémentaires de la justice naturelle. De façon générale, il ne fournit pas de décisions rentables aux provinces participantes. Il fait des analyses pharmacoéconomiques médiocres et à courte vue. Il dédouble inutilement les coûts. Il comporte des processus qui ne sont ni transparents, ni inclusifs ni proches des malades, si bien qu'il lui manque un bon nombre de données pertinentes pour rendre ses décisions. Et il ne comporte pas de procédure d'appel.

Au lieu de vous fournir une pléthore de faits, de chiffres et de diagrammes à l'appui de mes dires, je vais vous raconter l'histoire d'un médicament — un médicament que je connais très bien — depuis les essais cliniques jusqu'à son remboursement. Je crois que cet exemple vous prouvera ce que j'allègue au sujet du PCEM.

Ce médicament est le ténofovir ou Viread. C'est un inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse ou NNRTI utilisé conjointement avec d'autres médicaments antirétroviraux pour empêcher le VIH de proliférer. La recherche a démontré qu'une thérapie concomitante utilisant cette classe de médicaments en même temps que deux autres classes de médicaments abaisse effectivement la quantité de virus qui peut être créé. Ce médicament ne guérit pas, mais il a certainement permis à beaucoup de gens de rester en vie et de pouvoir mener une vie normale pendant beaucoup plus longtemps qu'avant l'arrivée de cette classe de médicaments.

Néanmoins, ces médicaments posent trois grands problèmes. Ils sont généralement toxiques, car ce sont des chimiothérapies permanentes, et ils ont de très mauvais effets secondaires. Par exemple, il arrive souvent qu'ils entraînent une insuffisance organique ou d'autres maladies graves. D'autre part, certaines personnes peuvent tolérer certains médicaments, mais pas d'autres ce qui les empêche de les prendre. Elles doivent trouver d'autres médicaments qu'elles peuvent mieux tolérer sans subir d'effets secondaires. Dans cette classe de médicaments, il n'y a pas un produit qui convient à tous.

Par ailleurs, ces médicaments ne restent pas efficaces éternellement. Avec le temps, l'évolution ou la mutation du virus les rendent inefficaces. C'est ce qu'on appelle la résistance aux médicaments.

Le dernier problème est que, pour des raisons que nous pouvons seulement supposer, tous les patients ne réagissent pas de la même façon aux médicaments. C'est peut-être pour une raison génétique. C'est peut-être à cause du type de virus dont ils sont porteurs. C'est différent d'une personne à l'autre.

Par conséquent, comme je l'ai dit, nous avons besoin, dans notre pharmacopée, de tous les médicaments existant sur le marché.

J'ai moi-même dû changer trois fois de médicaments, toujours à cause de leur toxicité pour le foie et non pas parce qu'ils étaient inefficaces. La dernière fois, le médicament m'a rendue tellement malade que j'ai dormi pendant près de trois mois. J'ai dû quand même tenir le coup, car je n'avais pas d'autres choix.

Ce qui m'amène au ténofovir ou Viread, un médicament qui, lors des essais cliniques, a donné de bons résultats et semble avoir peu d'effets secondaires ou de toxicité.

Le ténofovir est excrété par le rein plutôt que par le foie, ce qui est inhabituel. Cela veut dire que, dans certains cas, c'est moins dur pour le foie. Seulement 1 p. 100 à 3 p. 100 des gens ne peuvent pas le tolérer. Autrement, il est bien toléré.

Par conséquent, le ténofovir est entré dans la classe des nucléosides et a été comparé à l'AZT lors des essais cliniques. L'AZT est un médicament puissant et efficace, mais qui cause beaucoup d'effets secondaires et de toxicité, notamment une anémie grave, de la fatigue, des nausées et des maux de tête. Il cause également des troubles compliqués au niveau des lipides, un taux élevé de cholestérol et de triglycérides, ce qui peut entraîner des crises cardiaques, des AVC et des déformations physiques. Je dirais seulement que ce n'est pas pour tout le monde.

• (1605)

Les essais cliniques ont montré que le ténofovir est tout aussi efficace que l'AZT et cause moins d'effets secondaires. En août 2004, la Direction générale des produits thérapeutiques l'a approuvé demandant seulement que l'on procède à de nouveaux essais cliniques chez des patients novices. Santé Canada a entièrement approuvé ce médicament pour les patients qui avaient déjà suivi des traitements.

Le ténofovir a ensuite été soumis au Programme commun d'évaluation des médicaments et au Conseil du médicament du Québec et je voudrais vous citer ce dernier, car il a pris la bonne décision. Voici:

(Traduction) Les données montrent que les combinaisons d'antirétroviraux incluant le ténofovir font preuve d'une efficacité au moins équivalente à celle des autres thérapies concomitantes de première ligne pour les personnes porteuses du VIH qui n'ont jamais reçu d'antiviraux. Cette combinaison semble également avoir un profil de sécurité propre à réduire le nombre de patients qui abandonnent leur traitement. Cela s'ajoute aux avantages connus du ténofovir: une dose unique, ce qui réduit les problèmes causés par l'oubli de prendre une dose et améliore l'observation du traitement; un faible potentiel d'interaction médicamenteuse attribuable à la voie d'élimination du ténofovir et une sécurité améliorée sur le plan des lipides et de la lipodystrophie. De plus, les lignes directrices des États-Unis recommandent le ténofovir comme traitement de première ligne.

Néanmoins, même si cet agent présente des avantages, c'est actuellement le médicament le plus coûteux de sa classe. Le Conseil... croit que le coût élevé du Viread (ténofovir) est justifié par les avantages supplémentaires de ce médicament. Pour cette raison, il recommande que Viread soit transféré dans la section courante de... [la liste de médicaments].

Maintenant, qu'en a pensé le PCEM? Pas autant de bien.

Le PCEM a rendu sa décision en mars 2006 après avoir pris 210 jours pour étudier le dossier.

Soit dit en passant, le Conseil a approuvé ce médicament en 161 jours.

Le PCEM n'a pas recommandé le ténofovir comme thérapie de première ligne. Il n'a vu aucune différence entre l'efficacité de l'AZT et celle du ténofovir. Il a reconnu qu'il y avait moins d'abandons dus à des effets secondaires et a reconnu le côté pratique d'une prise unique par jour. Néanmoins, il a dit que ce n'était pas rentable parce que ce médicament coûte plus cher que l'AZT.

Heureusement, de nombreuses provinces n'ont pas tenu compte de cet avis. L'Ontario et la Colombie-Britannique le remboursent « sans

condition » et l'Alberta a dit que c'était au médecin de décider. Les autres provinces ont suivi le PCEM.

Par conséquent, pourquoi ai-je dit que le PCEM avait échoué dans sa mission? À mon avis, le PCEM comprend mal le principe de rentabilité, même au niveau le plus élémentaire. S'il avait tenu compte de la toxicité de l'AZT et de ses effets secondaires et s'il avait parlé à des cliniciens et à des patients connaissant bien le domaine, il aurait été bien mieux informés sur les effets secondaires et la toxicité de ce médicament. Il aurait appris que les patients doivent prendre de nombreux médicaments supplémentaires pour contrer les effets secondaires et la toxicité de l'AZT.

Dix pour cent des personnes qui prennent l'AZT deviennent anémiques; 6 p. 100 doivent abandonner le traitement. Cela veut dire qu'elles prennent du ténofovir de toute façon. En fait, un grand nombre de patients ont abandonné l'AZT à cause de la résistance au médicament, parce qu'ils ne peuvent pas continuer à le prendre. Un grand nombre des personnes qui poursuivent leur traitement à l'AZT doivent prendre un médicament appelé EPO pour combattre leur anémie. C'est coûteux et on n'en a pas tenu compte.

Les personnes qui ont des problèmes de lipides vont abandonner le médicament et prendre du ténofovir ou subir une intervention chirurgicale payée par le régime de soins de santé pour corriger leur « bosse de bison » ou déformations physiques. Elles peuvent également avoir un taux de cholestérol et de triglycérides élevé et doivent acheter des statines pour y remédier.

Ces personnes doivent prendre des antidépresseurs, des anti-anxiolytiques et suivre une psychothérapie à cause de ce médicament. Également, cela perturbe le sommeil si bien qu'un grand nombre de patients traités à l'AZT prennent des somnifères. Souvent, ils doivent également prendre des pilules contre la nausée.

En plus de tous ces coûts supplémentaires, les patients doivent se rendre plus souvent chez le médecin et, dans les cas extrêmes, à l'hôpital et dans les salles d'urgence.

Le PCEM n'a tenu compte d'aucun de ces facteurs pharmacoeconomiques alors que le Québec l'a fait, de toute évidence. Cela s'écarte également des décisions prises dans la plupart des pays industrialisés et des lignes directrices qui ont été publiées à l'égard des traitements de première ligne.

• (1610)

Comme je l'ai dit, heureusement, certaines provinces ont vu clair. Cela amène toutefois à s'interroger sur la valeur du PCEM. Il semble que cet organisme fait double emploi étant donné que toutes les provinces qui avaient un comité d'évaluation des médicaments l'ont conservé malgré l'existence du PCEM. Ces comités coûtent cher à gérer, tout comme le PCEM qui coûte la bagatelle de 5,1 millions de dollars par année.

Le PCEM a prolongé, en moyenne, de 26 semaines, le délai requis pour permettre aux gens d'obtenir les médicaments dont ils ont grand besoin. Dans le cas de Viread, cela a duré 210 jours. Par conséquent, il a fallu à l'Ontario 456 jours au total pour inscrire ce médicament sur son formulaire, la Saskatchewan a mis 330 jours, Terre-Neuve, 330 jours, le gouvernement fédéral 350 jours pour le formulaire des Autochtones et le Québec, 161 jours.

L'Ontario a déjà reconnu que le PCEM est d'une utilité très limitée et a promis qu'une fois approuvés par la Direction générale des produits thérapeutiques, tous les médicaments pour des maladies mortelles seraient évalués dans un délai de trois à quatre mois, peu importe la décision du PCEM.

Il est vrai également que le PCEM devait uniformiser la couverture des médicaments à l'échelle du pays, mais ce n'est qu'une chimère. Les provinces continuent de faire leurs propres évaluations, de prendre leurs propres décisions à partir de leur analyse des données et du budget dont elles disposent pour les médicaments. Le PCEM doit en partie son échec à son processus opaque et fermé. S'il permettait aux cliniciens qui connaissent bien les maladies et aux patients de témoigner et de faire partie de leurs comités, il pourrait apprendre certaines choses utiles au sujet des médicaments qu'il évalue.

Une procédure d'appel serait déjà une amélioration. Il est presque impossible d'amener les membres du PCEM à vous parler des médicaments. Si vous leur écrivez lettre après lettre vous réussirez peut-être à les rencontrer. C'est en tout cas ce que j'ai constaté.

Nous formulons les recommandations suivantes.

À court terme, nous recommandons de bloquer tout élargissement du mandat du PCEM. Il devrait être maintenu tel quel.

Il faudrait constituer un groupe de travail pour élaborer et mettre en oeuvre un plan pour démanteler le PCEM et rétablir l'ancien système selon lequel les provinces prenaient leurs propres décisions.

Bien entendu, il faut que ce soit un groupe de travail fédéral-provincial-territorial, mais il devrait inclure des patients et des groupes communautaires représentant les patients. Il doit avoir pour mandat de mettre en place des comités d'évaluation dans les provinces où il n'y en a pas actuellement et aussi d'examiner tous les systèmes d'évaluation provinciaux pour s'assurer qu'ils sont efficaces et transparents et qu'ils englobent les parties prenantes afin de permettre une bonne analyse.

Si votre comité ne peut pas formuler de recommandations à cet égard — mais j'espère qu'il le pourra — il devrait au moins recommander la mise sur pied d'un groupe de travail comme celui que j'ai décrit ci-dessus pour transformer entièrement le PCEM. Ce dernier devrait être sans lien de dépendance avec les ministères de la Santé.

Il devrait inclure des chercheurs, des cliniciens et des patients connaissant bien les différentes maladies. Il devrait permettre à toutes les parties prenantes d'avoir accès aux organes décisionnels et devrait veiller à ce que le temps nécessaire pour faire l'évaluation, y compris pour la décision des provinces, ne soit pas plus long que le temps que les provinces ont pris pour rendre leurs décisions préalables.

À notre avis, le statu quo ou des changements mineurs ne serviront pas les intérêts des Canadiens et des provinces qui devraient obtenir des avis pharmacoéconomiques de la plus haute qualité.

Merci.

•(1615)

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Elisabeth Fowler, la vice-présidente des Politiques en matière de santé, Ward Health Strategies.

La parole est à vous.

Mme Elisabeth Fowler (vice-présidente, Politiques en matière de santé, Ward Health Strategies): C'est moi. Merci.

Linda va-t-elle parler?

Le président: Non.

Mme Elisabeth Fowler: Très bien.

Merci de nous avoir invités. Je représente Ward Health Strategies et je voudrais vous présenter les excuses de Chris Ward. Il avait l'intention de venir, mais un décès dans sa famille l'en empêche. Vous devrez donc vous contenter de moi.

Ward Health Strategies est un cabinet de consultants en communications sur la politique de santé qui a des bureaux au Canada et aux États-Unis. Nos clients sont des fabricants de produits pharmaceutiques et de dispositifs médicaux ainsi que des organismes gouvernementaux et sans but lucratif reliés à la santé.

Je voudrais vous remercier de nous avoir invités à parler aujourd'hui de certaines grandes questions touchant la politique à l'égard des médicaments qui ont des répercussions sur la qualité et la durabilité du système de soins de santé au Canada. Nous considérons que le Programme commun d'évaluation des médicaments ou PCEM peut être considéré comme un marqueur ou un exemple instructif des raisons pour lesquelles le Canada accuse un retard par rapport aux autres pays sur le plan de l'accès aux innovations médicales qui permettent de sauver des vies et d'améliorer la qualité des soins en produisant de meilleurs résultats pour la santé.

Au Canada, les dépenses consacrées aux soins de santé absorbent plus de 10 p. 100 du produit intérieur brut et représentent la plus grosse part des dépenses totales du secteur public. Il est extrêmement important de gérer ces dépenses et d'inscrire l'abordabilité et la durabilité des soins de santé en tête de liste des priorités de la politique publique canadienne.

Le Canada a une population vieillissante et en vieillissant nous nous servons davantage de notre système de soins de santé. À l'heure actuelle, 62 p. 100 des Canadiens souffrent d'une maladie chronique et 75 p. 100 meurent des effets secondaires de ces maladies chroniques. Ces chiffres vont augmenter au fur et à mesure que la génération du baby-boum atteindra l'âge de la retraite.

Les maladies chroniques et leurs complications absorbent actuellement la majeure partie des dépenses qui sont faites pour la santé. Selon le Canadian Centre for Chronic Disease Prevention and Control, les maladies chroniques représenteraient 87 p. 100 des cas d'invalidité au Canada et les deux tiers de tous les coûts directs du système de soins de santé.

Un grand nombre de personnes âgées comptent sur les régimes d'assurance-médicaments provinciaux pour obtenir les médicaments dont elles ont besoin. Les provinces et notre gouvernement national se sont entendus pour établir un Programme commun d'évaluation des médicaments dans le but de réduire le double emploi et de faire des recommandations au sujet des médicaments qui doivent être couverts par les régimes d'assurance-médicaments publics.

On a également pensé qu'un Programme commun d'évaluation des médicaments apporterait davantage d'uniformité et améliorerait l'accès aux médicaments au Canada en servant de base à un futur formulaire national. Du point de vue de la politique publique, ces objectifs peuvent sembler raisonnables. Néanmoins, du point de vue des patients canadiens, le PCEM a été un échec monumental.

Pendant ses brèves années d'existence, le PCEM a déjà contribué à placer le Canada loin derrière les autres pays sur le plan des résultats pour la santé. C'est particulièrement évident en ce qui concerne le cancer. Dans son bilan annuel sur le traitement du cancer au Canada, la Cancer Advocacy Coalition of Canada a clairement démontré, province par province, que la réduction de la mortalité due au cancer était associée à l'augmentation de l'accès au traitement. Le PCEM a recommandé à de nombreuses reprises de ne pas rembourser des nouveaux traitements novateurs contre le cancer. Le cas de Nexavar et de Sutent, le premier espoir depuis plus de 10 ans pour les patients atteints d'un cancer du rein en est l'exemple le plus récent. Lorsque vous comparez les résultats du traitement du cancer aux États-Unis et au Canada au cours des quatre dernières années, la limitation de l'accès aux nouveaux traitements au Canada est encore plus alarmante.

Entre 2000 et 2004, le nombre de personnes qui sont mortes du cancer aux États-Unis a augmenté d'un peu plus de 0,01 p. 100. Au Canada, l'augmentation a été de 7 p. 100 pendant la même période. Le système de soins de santé américain a ses propres lacunes, bien entendu, notamment le fait qu'il y a plus de 40 millions de personnes sans assurance-santé. Néanmoins, les Canadiens seront sans doute très surpris d'apprendre qu'aux États-Unis les aînés et les personnes qui ont un bas revenu ont plus facilement accès aux médicaments grâce à des programmes publics comme Medicare Part D et Medicaid que les populations équivalentes au Canada qui comptent sur nos programmes d'assurance-médicaments financés par l'État.

L'année dernière, nous avons fait une analyse de l'accès aux médicaments dans le cadre du régime d'assurance-médicaments américain Medicare et nous avons conclu que les personnes âgées qui résident au Michigan auraient eu accès à 82 p. 100 des médicaments évalués par le PCEM au début de 2006. Par contre, une personne âgée résidant en Ontario n'aurait eu accès qu'à 15 p. 100 de ces médicaments.

Nous croyons que cette disparité s'est accentuée et que cette tendance se poursuivra à moins que les régimes d'assurance-médicaments ne tiennent aucun compte des recommandations du PCEM qui limitent l'accès aux nouveaux médicaments au Canada. L'innovation médicale a eu de profonds effets et de profondes répercussions sur la prévention, le traitement et la gestion des maladies chroniques. Prenons un autre exemple. Même si c'est toujours la principale cause de décès au Canada, les maladies cardiaques et les AVC ont causé deux fois moins de décès au cours des 30 dernières années. En fait, cette année, il est probable que le cancer remplacera les maladies cardiovasculaires comme principale cause de décès au Canada.

L'amélioration des connaissances au sujet des facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires a permis un certain nombre d'interventions qui ont eu de profonds effets sur les résultats pour la santé. Des nouveaux médicaments aident les gens à réduire leur hypertension et leur cholestérol. Des nouveaux dispositifs médicaux et des interventions chirurgicales jouent également un rôle. Le défi que doivent relever les décideurs politiques de la santé pour le financement des innovations médicales consiste à prendre des décisions qui ne se fondent pas uniquement sur la limitation des coûts, autrement dit, la gestion de l'offre de médicaments, de dispositifs et d'interventions. Il faut plutôt chercher à améliorer les résultats grâce à un dépistage précoce, la prévention des maladies chroniques, la gestion des facteurs de risque associés aux maladies chroniques et la réduction des complications. Bien entendu, l'accès aux médicaments n'est pas la seule chose qui améliorera la santé d'une population vieillissante. L'amélioration des résultats pour les

personnes vivant avec une maladie chronique dépend aussi des programmes de promotion de la santé et de dépistage ainsi que de l'accès aux médecins qui traitent les patients.

Il suffit d'examiner la différence dans la couverture que les régimes d'assurance-médicaments publics et privés parrainés par l'employeur offrent aux aînés et aux autres populations vulnérables pour se rendre compte que les employeurs comprennent beaucoup mieux que les gouvernements l'importance d'améliorer la santé en donnant un meilleur accès aux innovations médicales. Les employeurs comprennent parfaitement l'importance de préserver la santé des employés afin qu'ils restent productifs, qu'ils puissent rester en dehors des hôpitaux et des établissements de soins prolongés, ce qui évite les frais associés à des invalidités de longue ou de courte durée. Cette politique serait tout aussi avantageuse si elle s'appliquait à ceux qui dépendent des régimes publics d'assurance-médicaments.

En fin de compte, le Programme commun d'évaluation des médicaments est supervisé par son conseil d'administration qui est constitué des sous-ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux qui sont, à leur tour, nommés par les premiers ministres. Ceux qui prennent les décisions pour le PCEM ont clairement démontré qu'ils cherchaient surtout à limiter les coûts. Pour assurer la durabilité du système de santé, ils rendent l'accès aux médicaments de plus en plus difficile pour les personnes qui font appel aux régimes d'assurance-médicaments publics pour se soigner.

● (1620)

Les maladies chroniques sont coûteuses. L'Association canadienne de santé publique estime qu'elles ont coûté à notre économie plus de 77 milliards de dollars en 2005 et que les deux tiers des coûts de santé directs et 60 p. 100 des coûts de santé indirects résultent des maladies chroniques. Néanmoins, si une maladie chronique est soignée, un grand nombre de ses complications coûteuses peuvent être évitées.

Les Instituts canadiens de recherche en santé ont dit que les médicaments prescrits et non prescrits figurent parmi les composantes de notre système de soins de santé qui connaissent la croissance la plus rapide et qu'ils absorbent maintenant plus de 17 p. 100 du budget de la santé. La plupart des gens voient là une tendance très alarmante qui permet de croire que nos budgets de la santé échappent à tout contrôle. Nous croyons toutefois que dans un système de soins de santé idéal les médicaments et les vaccins qui permettent de gérer ou de prévenir les maladies et leurs complications doivent représenter une proportion encore plus grande des dépenses.

Il est peu probable que les résultats enregistrés aux États-Unis dont j'ai parlé tout à l'heure soient attribuables uniquement à la qualité générale du système de soins de santé étant donné que les Canadiens ont un meilleur accès aux soins aigus que les Américains. D'autre part, il y a au Canada moins de résidents non assurés qu'aux États-Unis et il est certain que l'accès aux traitements a un impact sur la santé des populations, de même que sur les dépenses pour la santé.

En dépensant davantage pour donner aux Canadiens un meilleur accès aux médicaments on améliorera les résultats pour la santé. En permettant aux Canadiens d'avoir accès à des vaccins, à des médicaments pour gérer des maladies chroniques en plus d'offrir des programmes pour faire comprendre aux patients l'importance de suivre leur traitement et de surveiller les effets secondaires, il est possible de faire du Canada l'un des pays où la santé de la population est l'une des meilleures au monde.

Pour conclure, nous croyons que le PCEM a besoin d'être révisé en profondeur pour vraiment répondre aux besoins des Canadiens et de leur système de soins de santé. Le PCEM doit élargir son point de vue et commencer à examiner sérieusement les avantages qu'il y a à intégrer les nouvelles technologies de la santé dans notre système.

Le PCEM doit permettre aux médecins de soigner leurs patients avec les meilleurs outils disponibles et il doit permettre à un plus grand nombre de patients de participer à ses prises de décisions.

Merci.

• (1625)

Le président: Merci beaucoup.

Je remercie tous nos témoins pour leurs exposés.

Nous allons maintenant passer à la partie de notre réunion où nous posons des questions, ce qui promet d'être intéressant. Nous venons d'entendre un certain nombre d'opinions intéressantes et différentes.

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Peut-être qu'ils devraient simplement discuter entre eux. Nous allons nous contenter de présider leurs discussions, monsieur le président.

Des voix: Oh, oh!

Le président: Oui, nous allons nous contenter d'arbitrer.

Nous allons toutefois commencer par Mme Carolyn Bennett qui va partager son temps avec Mme Fry.

Vous disposez de cinq minutes. Allez-y.

L'hon. Carolyn Bennett: Bien entendu, c'est intéressant, car ce sont deux façons de voir différentes. Il semble presque que, plus il s'agit d'un médicament précis... Les témoins qui nous ont parlé du cancer ne semblaient pas très contents que leur médicament pour le cancer du rein soit rejeté et Louise, vous nous avez dit que vous aviez également eu le même problème.

Vous semblez penser que si les praticiens, les citoyens et les patients participaient davantage aux prises de décisions, le résultat serait peut-être meilleur. Je crains fort qu'à vos yeux la seule solution soit d'abandonner ce programme alors que d'après la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques on semble vouloir se diriger vers un formulaire national.

Si c'est le cas et si l'Union européenne peut le faire alors que nous avons cinq formulaires rien que pour le gouvernement fédéral, comment pouvons-nous nous diriger vers un formulaire national? À quoi cela ressemblerait-il? Si vous aviez à faire des recommandations à notre place, comment pourrions-nous nous servir des échecs et des succès du PCEM pour obtenir ce que nous voulons vraiment, c'est-à-dire obtenir les médicaments dont nous avons besoin quelle que soit la région du pays dans laquelle nous vivons?

Le président: Qui désire commencer?

Allez-y, Joel.

M. Joel Lexchin: Bien sûr, ce n'est pas une question à laquelle il est facile de répondre, mais il y a un certain nombre de facteurs à considérer. Il y a tout d'abord la différence dans la capacité financière des provinces. Tant que les programmes d'assurance-médicaments seront provinciaux, il faudra tenir compte du fait que les provinces ne disposent pas toutes des mêmes ressources financières. En fait, si vous examinez...

L'hon. Carolyn Bennett: Je vais vous arrêter là, Joel, car en ce qui concerne les coûteux médicaments pour les maladies rares, notre pays a décidé que ce n'était pas équitable. Pour la maladie de Fabry qui touche surtout la Nouvelle-Écosse et l'Alberta, nous avons décidé de partager ce risque. Par conséquent, si nous partageons le

risque pour ce genre de maladie, tout le monde ne sera pas d'accord avec votre hypothèse.

M. Joel Lexchin: Néanmoins, nous ne partageons pas le risque pour les autres médicaments. Si vous prenez les dépenses publiques consacrées aux médicaments par habitant, elles sont reliées de très près au PIB provincial par habitant. Plus les provinces ont de l'argent, plus elles ont d'argent à consacrer aux médicaments.

Par conséquent, à moins d'envisager un régime d'assurance nationale placé sous la responsabilité du gouvernement fédéral, il faudra trouver des moyens d'égaliser les ressources des différentes provinces. Certaines provinces vont rejeter des médicaments jugés trop coûteux parce qu'ils s'adressent à un petit nombre de patients ou parce qu'un grand nombre de gens vont les prendre pendant de longues périodes, tandis que d'autres provinces les accepteront. Le fait est que l'Île-du-Prince-Édouard ne peut pas se permettre de consacrer autant d'argent aux médicaments que l'Alberta.

Ou bien le gouvernement fédéral va devoir tout assumer ou bien il va devoir conclure une entente de partage des frais avec les provinces afin qu'elles puissent offrir un meilleur accès.

• (1630)

Le président: Quelqu'un veut la parole?

Janis Miyasaki, la parole est à vous.

Dre Janet Miyasaki: Je ne pense pas pouvoir proposer de solutions, mais je voudrais répondre quant à la façon dont les évaluations pourraient refléter davantage les valeurs canadiennes.

Pour ceux qui ne sont pas médecins, je crois important de bien comprendre ce que nous voulons dire par « médecine fondée sur les faits » et « niveaux de preuve »

Nous avons remis à Carmen DePape un document qu'elle va vous faire traduire et que vous pourrez sans doute examiner plus tard ce soir.

Si vous prenez le niveau de preuve requis pour ce que l'on appelle les « preuves de classe I », ce qui constitue le niveau de preuve le plus élevé, il vous faut des données prospectives, c'est-à-dire prévoyant le futur, des essais cliniques aléatoires — ce qui veut dire que les patients ont les mêmes chances de recevoir un placebo que le médicament actif — et contrôlés. Quatre autres critères s'appliquent à ces essais cliniques. Ce sont des critères très exigeants et l'essai clinique doit être mené de façon absolument parfaite sans qu'un trop grand nombre de patients abandonnent. C'est néanmoins ce critère que l'on semble utiliser pour le Programme commun d'évaluation des médicaments, du moins d'après ce que j'ai constaté.

Les essais sur les patients se font dans le monde réel. Il est généralement impossible d'avoir un essai clinique parfait. Il est impossible d'obtenir ce que chaque groupe politique considère comme le résultat le plus important. Et comme nous l'a dit la personne qui représente les patients, d'autres facteurs n'entrent peut-être pas en ligne de compte, même dans une analyse pharmacoeconomique réalisée par les parties intéressées. Cela ne tient peut-être pas compte des choses qu'elle a mentionnées telles que la qualité de la vie.

La solution n'est pas vraiment d'abandonner tout le processus ni de l'élargir pour qu'il devienne une foire d'empoigne pour les différents groupes d'intérêts, car lorsque nous finançons des traitements, nous voulons le faire selon les principes de la justice distributive. Il s'agit d'examiner les preuves et de reconnaître que nous ne pouvons pas toujours avoir une étude parfaite.

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons passer à Mme Hedy Fry.

L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): Merci.

En fait, le Dr Miyasaki a répondu à un bon nombre des questions que j'allais poser, mais j'ai entendu beaucoup de gens dire que le PCEM devrait être abandonné parce qu'il n'est pas efficace, que nous devrions confier de nouveau cette tâche aux organismes provinciaux, car ils font déjà la même chose et qu'il y a un dédoublement des efforts.

Je ne suis pas d'accord sur ce point, car je souscris à tout ce qu'a dit Carolyn Bennett. Si nous voulons appliquer les principes de la justice distributive, nous devons veiller à ce que les Canadiens des quatre coins du pays aient accès à certains médicaments. En même temps, M. Lexchin nous dit qu'il y a trop de gens ayant des antécédents cliniques, car ils ont des partis pris. Je ne sais pas si c'est ce qu'il voulait dire, mais c'est ce que j'ai cru comprendre. D'autre part, le Dr Miyasaki a dit que nous avions besoin pour ce programme de plus de gens ayant une expertise clinique et connaissant bien la médecine fondée sur les faits car si vous voulez que ce soit rentable, la rentabilité est à la fois une question de coûts, de résultats et de qualité de vie.

Je crois que nous devons examiner comment le PCEM est constitué et si c'est la meilleure solution. La justice distributive signifie que peu importe si l'Île-du-Prince-Édouard n'a pas les moyens de payer. Nous devons pouvoir trouver une formule qui nous permettra de répondre à ses besoins si elle n'en a pas les moyens. Autrement, nous nous éloignerons du principe même de l'accès. Si vous pouvez seulement avoir accès aux médecins et aux hôpitaux mais pas aux traitements, à quoi cela sert-il? Cela revient à dire que je peux obtenir toutes sortes de tests, mais que je ne peux pas me faire soigner à moins d'avoir de l'argent. Le gouvernement fédéral doit également partager certains coûts pour que cela fonctionne, selon moi.

Je pense que le Dr Miyasaki a bien expliqué pourquoi les décisions doivent être prises non seulement par des bureaucraties qui décident seulement en fonction des coûts, mais de personnes qui comprennent la médecine fondée sur les faits et les soins cliniques aux patients. Si nous faisons participer les patients, il faut que ce soit des gens qui les représenteront de façon générale. Autrement, nous aurons des groupes d'intérêts qui ne cesseront pas de se battre et nous n'arriverons à rien.

• (1635)

Le président: Avez-vous une question?

L'hon. Hedy Fry: En fait, ma question s'adresse à M. Lexchin.

Êtes-vous d'accord pour dire que le principe de la justice distributive est important, que les valeurs canadiennes concernant l'accès aux traitements sont importantes et que nous devons élargir le PCEM?

M. Joel Lexchin: Tout d'abord, c'est Dr Lexchin.

L'hon. Hedy Fry: Désolée, docteur Lexchin.

M. Joel Lexchin: Deuxièmement, je n'ai jamais dit s'il faudrait ou non avoir davantage d'experts cliniques au sein du PCEM. J'ai

simplement souligné que les décisions du PCEM s'alignent à peu près sur celles de groupes similaires qui utilisent des niveaux de preuve semblables.

Je reconnais que nous devons fournir des ressources. C'est ce que j'ai fait valoir. Ou bien le gouvernement fédéral doit assumer la responsabilité de l'ensemble du régime d'assurance et le gérer de façon à ce qu'il s'applique également dans toutes les régions du pays ou bien, si cela reste un programme provincial, vous devez pouvoir conclure une entente de partage des coûts afin que les provinces pauvres aient accès au même niveau de ressources que les provinces riches.

Le président: Nous avons un petit problème. Il y a Linda Tennant — je vais lui permettre de répondre rapidement — et ensuite le Dr Janis Miyasaki.

Mme Linda Tennant: Je voudrais seulement dire que David et moi avons proposé d'élargir le PCEM en augmentant l'expertise clinique utilisée pour discuter de certains médicaments, ce qui correspond tout à fait à ce qu'a dit le Dr Miyasaki.

Le président: Très bien.

Docteur Miyasaki.

Dre Janet Miyasaki: Je voudrais parler des comparateurs que nous utilisons. Plusieurs témoins ont fait des comparaisons avec l'Australie, l'Écosse ou Medicare aux États-Unis. Je peux dire qu'on ne peut pas faire de comparaisons avec Medicare étant donné que la majorité des gens ne sont pas couverts par Medicare ou Medicaid. En fait, ils sont le plus souvent couverts par UnitedHealthcare qui a un formulaire très différent de celui de Medicare. Lorsque nous comparons les formulaires, ce doit être avec ceux des pays qui ont les modèles que nous voulons, et pas seulement avec ceux qui ont des modèles proches du nôtre ou très différents.

Je pense qu'il s'agit de voir quelles sont les valeurs d'un pays et si nous partageons ces valeurs. C'est la meilleure façon de voir comment nous devrions concevoir notre processus d'évaluation des médicaments.

Le président: Merci beaucoup.

Madame Gagnon, allez-y, s'il vous plaît.

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Monsieur Lexchin, vous avez fait une étude qui a donné des résultats. Le processus du PCEM ne vous semblait pas satisfaisant. Vous avez fait des comparaisons avec l'Australie, entre autres, et vous arrivez à la conclusion que le PCEM est performant ou adéquat en ce qui a trait au temps de l'évaluation et à l'efficacité du programme. Vous avez également conclu qu'il était comparable au processus de certains pays, qu'on arrivait aux mêmes résultats et qu'on n'avait pas plus ou moins de produits.

Je voudrais vous ramener ici, au Canada. Vous n'avez pas fait la comparaison avec le Québec. Au Québec, il y a plus de produits sur le marché et cela prend moins de temps. C'est peut-être une question de ressources financières ou humaines, mais j'aimerais savoir pourquoi le Québec est plus performant. On le cite comme modèle. Vous êtes allé jusqu'en Australie pour dire, finalement, que ces évaluations se ressemblent.

J'ai hâte de lire votre évaluation pour comprendre votre démarche, parce qu'il y a quelques trous dans ce que vous avez dit.

• (1640)

[Traduction]

M. Joel Lexchin: Nous avons utilisé une série de critères pour choisir les organismes avec lesquels nous avons fait nos comparaisons.

Tout d'abord, il fallait qu'ils utilisent le même genre de preuves que le PCEM, c'est-à-dire à la fois une analyse pharmacoéconomique et des preuves cliniques. Il fallait qu'ils aient évalué au moins la moitié des médicaments évalués par le PCEM. Ils devaient avoir publié leurs documents sur le Web. Il fallait qu'ils aient pris non seulement des décisions positives ou négatives, mais également une troisième catégorie de décisions, c'est-à-dire le financement sous réserve. Nous avons fait nos comparaisons en fonction de tous ces critères.

Comme le Québec ne correspondait pas à ce modèle, nous ne l'avons pas utilisé. Cela ne veut pas dire que les décisions du Québec sont bonnes ou mauvaises, mais simplement que le Québec ne répondait pas aux critères à partir desquels nous avons choisi des pays.

Pourquoi le Québec finance-t-il davantage de médicaments que les autres provinces? Il y a à cela plusieurs raisons. C'est peut-être parce que les priorités sociales du Québec sont telles que vous êtes prêts à investir davantage d'argent dans les médicaments que les autres provinces. C'est peut-être parce que le Québec estime qu'en inscrivant davantage de médicaments sur sa liste, il stimulera l'activité économique des fabricants de médicaments dont un bon nombre sont situés dans la région de Montréal. Parfois, les fabricants font la promesse implicite que si les médicaments sont financés, ils augmenteront leurs investissements. Il y a diverses raisons pour lesquelles le Québec a pu décider d'inscrire davantage de médicaments sur son formulaire que les autres provinces, mais nous n'avons pas étudié cette question.

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Avez-vous fait des études comparatives avec le reste du Canada sur la qualité de vie ou la santé des patients qui consomment des médicaments? Avez-vous évalué l'efficacité de ces médicaments? C'est ce qu'on nous demande.

Certains témoins sont venus nous dire que l'accès aux médicaments était difficile, parce qu'on en refusait beaucoup, surtout dans le cas des médicaments pour les maladies rares. Certains voudraient même qu'il y ait des processus différents, selon la maladie, parce que l'échantillonnage est trop petit et qu'on refuse trop de produits. Au Québec, le processus est différent. Cela a-t-il un impact plus positif sur la qualité de vie des patients?

[Traduction]

M. Joel Lexchin: Je pense qu'il serait souhaitable de comparer la qualité de vie d'un groupe de patients ayant la même maladie dans les différentes provinces où l'accès aux soins est différent, mais il n'y a pas eu d'études de ce genre. Si les IRSC désirent les financer, je me ferais un plaisir de demander une subvention, mais personne ne s'est penché sur la question. C'est une question valide qu'il vaut la peine d'explorer.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Fletcher, vous disposez de cinq minutes.

M. Steven Fletcher (Charleswood—St. James—Assiniboia, PCC): Merci, monsieur le président.

Monsieur le président, je remarque qu'il a été question, une fois de plus, à cette réunion, d'un examen indépendant. C'est peut-être une chose que le comité devrait envisager lorsque nous produirons notre rapport final.

Comme d'habitude, il semble que je n'aurai pas assez de temps pour poser toutes les questions que j'aurais voulu poser et je vais donc m'adresser surtout à la Coalition pour de meilleurs médicaments. Je viens de lire un document au sujet de votre groupe. Vous dites être un regroupement national d'organismes qui représentent des millions de Canadiens. Quel genre d'organismes composent votre coalition? Veuillez répondre brièvement, s'il vous plaît.

Mme Louise Binder: Ce sont tous des groupes qui représentent les différentes maladies ou invalidités. Je ne me souviens pas de tous leurs noms, mais Linda représente la communauté de l'arthrite. Il y a aussi l'hépatite C et le VIH. Le cancer en général et le cancer du sein sont représentés. En fait, j'ai la liste. C'est un groupe très vaste. Il y a un représentant pour le diabète et d'autres pour un certain nombre de maladies et d'invalidités différentes.

• (1645)

M. Steven Fletcher: Quel est votre budget de fonctionnement annuel?

Mme Linda Wilhelm: Il est de 250 000 \$.

M. Steven Fletcher: Combien d'argent avez-vous reçu, ces dernières années, des fabricants de médicaments?

Mme Linda Wilhelm (membre du comité des opérations, Best Medicines Coalition): Nous avons reçu environ 100 000 \$ de Santé Canada pour notre projet de recherche et l'autre moitié provenait sans doute de l'industrie pharmaceutique.

Mme Louise Binder: Je pense que nous avons reçu environ la moitié de notre financement de Santé Canada et l'autre moitié de l'industrie pharmaceutique.

M. Steven Fletcher: Par conséquent, la moitié de l'argent que vous recevez vient de l'industrie pharmaceutique. S'agit-il de subventions éducatives sans restriction?

Mme Louise Binder: Absolument.

M. Steven Fletcher: Je crois que c'est important. Il est très intéressant de constater que le point de vue de votre coalition est pratiquement identique à celui de Rx&D.

Mme Louise Binder: Cela ne m'étonne pas.

M. Steven Fletcher: C'est peut-être une coïncidence, mais lorsque les ONG demandent au PCEM d'être transparent, je pense qu'il serait utile que les ONG le soient également.

Mme Louise Binder: Nous sommes totalement transparents en ce qui concerne notre financement.

M. Steven Fletcher: Dans les documents que vous avez fournis au comité, vous n'indiquez pas que vous avez reçu de l'argent de l'industrie pharmaceutique. Cela aiderait à placer votre point de vue dans son contexte.

Mme Louise Binder: Permettez-moi de vous dire que peu m'importe d'où vient l'argent. Ce que je veux, c'est que les Canadiens aient accès à un traitement. L'industrie pharmaceutique veut-elle vendre ses médicaments? Bien sûr que oui. Cela veut-il dire que nos intérêts sont les mêmes? Certainement, mais pour des raisons entièrement différentes.

M. Steven Fletcher: Ou il y a un conflit d'intérêts, selon votre point de vue.

Mme Louise Binder: Ce n'est pas juste. Je ne pense pas...

M. Steven Fletcher: Je souligne simplement la réalité de la situation. Cela dit, je pense que les gens sont assez d'accord pour dire qu'il faudrait réexaminer le PCEM.

Mme Louise Binder: Vous savez, j'ai remporté des prix de la Province de l'Ontario et de la faculté de droit que j'ai fréquentée. Je ne voudrais pas manquer de courtoisie.

M. Steven Fletcher: Le fait est que vous avez présenté un point de vue et que vous avez reçu de l'argent de grandes sociétés qui peuvent tirer des avantages importants de votre point de vue. J'estime qu'il aurait fallu le divulguer.

Le président: Avez-vous une autre question?

M. Steven Fletcher: Il est également intéressant de constater qu'on s'est souvent exprimé en faveur des médicaments les plus coûteux qui sont aussi les plus risqués. Je me demande si un autre témoin pourrait expliquer quelles sont les preuves qui justifient le ratio risques-avantages de certains de ces nouveaux médicaments par rapport à leur coût.

Le président: Quelqu'un veut-il répondre?

Mme Linda Wilhelm: Puis-je répondre à cela?

Je voudrais commencer par citer mon exemple personnel. Je souffre d'arthrite rhumatoïde. J'ai été diagnostiquée en 1983 à l'âge de 23 ans. Le premier traitement qui m'a été prescrit était de 16 aspirines par jour, jusqu'à ce que mon estomac soit entièrement détruit.

M. Steven Fletcher: Monsieur le président...

Le président: Désolé, monsieur Fletcher.

M. Steven Fletcher: Ma question portait sur la Coalition en général et non pas sur un cas particulier.

Le président: Non, monsieur Fletcher.

Désolé. Allez-y, madame Wilhelm. Vous pouvez répondre. La question a été posée. C'est à vous de décider comment répondre. Répondez, mais vous allez devoir le faire très brièvement.

Mme Linda Wilhelm: Oui, je vais le faire très brièvement.

C'est seulement pour expliquer pourquoi les médicaments coûteux dont il parle sont nécessaires. J'ai commencé par le médicament le meilleur marché qu'on puisse imaginer, l'aspirine. J'ai ensuite pris un autre médicament bon marché, le Plaquenil, puis un autre médicament peu coûteux, le Cupramine, et un autre encore. Peu m'importait le prix du médicament. Je voulais qu'il soit efficace.

Vingt ans plus tard, après 13 remplacements articulaires, un fauteuil roulant et une année passée au lit, j'ai eu accès à un nouveau médicament appelé Enbrel, un produit biologique qui était sans doute alors un des médicaments les plus coûteux sur le marché. Ce traitement coûtait près de 20 000 \$ par année. Six semaines plus tard, je suis sortie de l'hôpital sur mes jambes après trois mois d'hospitalisation. Je marche maintenant trois kilomètres quotidiennement. Voilà pourquoi nous avons besoin de médicaments coûteux.

Des voix: Bravo!

• (1650)

Le président: Très bien. Merci beaucoup.

Monsieur Marston, vous disposez de cinq minutes.

M. Wayne Marston (Hamilton-Est—Stoney Creek, NPD): Merci, monsieur le président.

Comme je suis un nouveau membre de ce comité, je trouve la discussion très intéressante. Néanmoins, une question a été soulevée et je peux certainement le comprendre.

Je tiens à remercier Mme Binder d'avoir répondu franchement en ce qui concerne le financement. Certains estimaient que ces renseignements auraient dû être divulgués à l'avance. Vous avez répondu sans réserve et je l'apprécie. Je peux comprendre qu'une personne qui éprouve des difficultés puissent s'associer, dans une certaine mesure, aux fabricants de médicaments qui lui viennent en aide et c'est parfaitement raisonnable.

Je serais toutefois curieux de savoir si l'un des témoins a un lien quelconque avec l'industrie pharmaceutique ou reçoit un financement des fabricants de médicaments, par simple souci d'équité.

Madame Fowler.

Mme Elisabeth Fowler: Oui. J'ai mentionné dans ma déclaration que notre financement vient de trois sources: un tiers provient de l'industrie pharmaceutique, un tiers du gouvernement et un tiers d'organismes caritatifs sans but lucratif.

M. Wayne Marston: Très bien. Je vous remercie.

J'apprécie votre franchise, car...

Le président: Quelqu'un d'autre désire répondre.

Mme Linda Tennant: Je suis entièrement hors circuit et je ne reçois pas le moindre sou des fabricants.

M. David Bougher: Je suis dans la même situation.

M. Joel Lexchin: J'ai eu droit à un morceau de pizza froid à un déjeuner organisé par l'industrie pharmaceutique il y a 10 ans.

Des voix: Oh, oh!

Le président: Autrement dit, vous vous faites graisser la patte.

M. Wayne Marston: Je crois important que ce soit bien précisé et je tiens à en remercier tout le monde.

Le président: Docteur Miyasaki.

Dre Janet Miyasaki: Comme je l'ai mentionné, je suis chercheuse-clinicienne et mon service de recherche a donc reçu de l'argent pour procéder à des essais cliniques. Également, à titre de consultante, j'ai touché des honoraires du programme d'assurance-médicaments de l'Ontario, du PCEM et j'ai aussi travaillé gratuitement pour divers organismes du gouvernement américain.

Le président: Merci beaucoup.

M. Wayne Marston: C'est une bonne chose que nous ayons mis toutes les cartes sur table, car quelqu'un a parlé tout à l'heure du Québec, de l'efficacité de son régime et du nombre de médicaments qui y sont disponibles. On a mentionné également que c'est une province où un bon nombre de fabricants de médicaments sont établis.

Je me demande seulement si l'on ne pourrait pas conclure que l'industrie pharmaceutique exerce une influence dans les circonstances. J'aime donc savoir exactement ce qu'il en est.

Docteur Lexchin, avez-vous quelque chose à ajouter ou avez-vous terminé votre réponse?

M. Joel Lexchin: Il y a des anecdotes qui laissent entendre que les compagnies pharmaceutiques essaient parfois de se servir de leur pouvoir économique pour influencer sur les décisions. Par exemple, en 1971, quand le Manitoba a établi son régime d'assurance-médicaments et son formulaire, l'industrie pharmaceutique a réagi en disant que si le Manitoba donnait suite à son projet elle hésiterait à continuer d'investir dans la province.

Lorsque la Colombie-Britannique a établi son régime fondé sur des prix de référence, peu importe que l'idée soit bonne ou mauvaise, l'industrie a également fait planer la menace de sanctions économiques.

Lorsque je siégeais au Comité d'appréciation des médicaments et des thérapeutiques, de l'Ontario, j'ai entendu dire que certains avantages économiques avaient été promis si certains médicaments étaient inscrits au formulaire.

Je ne sais pas exactement ce qui se passe au Québec, mais je crois que le développement de l'industrie pharmaceutique constitue un aspect très important de la stratégie industrielle de la province. Par conséquent, la province considère peut-être que l'inscription d'un plus grand nombre de médicaments aura davantage d'effets économiques positifs.

Le président: Très bien. Nous allons passer à Janis et ensuite à Linda.

Dre Janet Miyasaki: Pour ce qui est des conflits d'intérêts, c'est certainement une question dont je me préoccupe beaucoup étant donné que nous produisons des lignes directrices importantes pour nos membres.

Vous avez parlé des conflits d'intérêts financiers. Ce qui est peut-être encore plus important, ce sont les conflits d'intérêts intellectuels, lorsque quelqu'un adhère à un certain point de vue. Il y a toutes sortes de conflits d'intérêts.

Je crois important de faire preuve de transparence et c'est pourquoi j'ai fourni mon C.V. aux membres du comité. Ils peuvent voir combien d'argent me rapportent ces études qui durent pendant des années.

Ce n'est pas parce que vous divulguez tout que vous aurez nécessairement moins de parti pris, mais cela montre que vous êtes conscient de la possibilité d'être influencé. Il serait difficile, je pense, de ne pas reconnaître que nous avons tous ici certains intérêts.

•(1655)

Le président: Merci.

Nous allons laisser Linda répondre brièvement.

Mme Linda Tennant: Au nom de David et en mon propre nom, je voudrais souligner, encore une fois, la nécessité d'une plus grande transparence dans tout ce que nous faisons, que ce soit par l'entremise du PCEM, du CCCEM ou de tous ceux qui sont ici.

Le président: Merci.

Monsieur Patrick Brown, vous disposez de cinq minutes.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Je crois que Steven voulait dire quelque chose.

M. Steven Fletcher: Je crois que Patrick partage son temps.

Pour faire suite à ce qui a été dit tout à l'heure, ma blessure est sans doute la plus coûteuse que la société puisse avoir à assumer. Cela va coûter des dizaines de millions de dollars si j'ai une durée de vie normale. Je ne pense pas que le coût doit être un facteur atténuant. Je demande la transparence.

La personne qui a préconisé une commission ou un examen indépendant pourrait-elle expliquer comment cet examen indépendant peut être fait de façon transparente et équitable?

Le président: Quelqu'un désire-t-il répondre?

Oui, allez-y, Linda.

Mme Linda Tennant: Je crois que nous avons parlé d'un examen indépendant, David et moi. C'était dans un souci de transparence et pour que le CCCEM et le PCEM demeurent pertinents pour toutes les parties prenantes. Vous ne conservez votre pertinence que si les gens comprennent ce que vous faites et si vous en parlez ouvertement.

Nous estimons que si un organisme fait sa propre évaluation, ce n'est pas très convaincant pour le monde extérieur. Si l'examen est fait de façon indépendante, vous pouvez espérer que les parties prenantes seront davantage satisfaites.

Le président: Merci.

Monsieur Brown.

M. Patrick Brown: Merci, monsieur le président.

J'ai trouvé la discussion d'aujourd'hui très intéressante et j'ai entendu mes concitoyens tenir des propos très semblables. Voilà pourquoi j'examine la question du point de vue de l'accès aux médicaments.

Lorsque des gens viennent dans votre bureau vous dire que le gouvernement les a empêchés d'obtenir les médicaments qu'ils croient absolument nécessaires pour leur famille, cela vous brise le cœur. C'est ce que nous ont dit la Coalition pour de meilleurs médicaments et la Ward Health Strategies.

Elisabeth Fowler, vous avez parlé du cancer du rein et des médicaments contre le cancer. C'est une des choses dont j'entends parler le plus souvent. Vous avez dit que le cas le plus flagrant est celui des médicaments contre le cancer du rein.

Auriez-vous d'autres exemples à nous donner de médicaments contre le cancer que l'on n'arrive pas à commercialiser parce que le PCEM s'y est opposé? Nous avons déjà entendu dire que la Colombie-Britannique a approuvé des médicaments que le PCEM avait rejetés. Vous avez peut-être quelques autres exemples de ce genre à nous donner.

L'autre question que je voudrais aborder est la suivante. Monsieur Bougher, vous avez mentionné qu'il y avait des différences au niveau des médicaments. Voilà pourquoi cela a créé des différences dans les régimes d'assurance des provinces et pourquoi le Programme a été créé au départ. Mais n'est-il pas vrai qu'il y a encore aujourd'hui des écarts importants d'une province à l'autre? Si c'est la raison pour laquelle le PCEM a été créé et si cette situation perdure, pourquoi le Programme est-il encore nécessaire?

La troisième question que j'adresse à nos témoins d'aujourd'hui est la suivante. M. Lexchin a dit que le PCEM était un programme spécifiquement canadien. Les régimes provinciaux ne sont-ils pas également spécifiquement canadiens? Les services de santé et les régimes d'assurance-médicaments de chaque province n'ont-ils pas également une dimension canadienne?

Pourrais-je entendre la réponse d'abord de Mme Fowler, et ensuite de M. Bougher puis de M. Lexchin, si nous avons suffisamment de temps?

• (1700)

Mme Elisabeth Fowler: Merci pour cette question. Je dois reconnaître que je ne connais pas en détail les autres médicaments contre le cancer, car Nexavar et Sutent sont ceux que je connais le mieux et dont j'ai parlé aux patients. Je sais qu'ils ont eu de la difficulté à les obtenir et quelles en ont été les conséquences. S'ils n'ont pas eu accès à ces médicaments, ils ont dû subir de nombreuses interventions chirurgicales importantes et invasives. Par conséquent, ils ont absolument besoin de ces médicaments.

Je peux toutefois dire que la Cancer Advocacy Coalition of Canada a publié un épais rapport. Elle s'est penchée sur les disparités entre les provinces — comme vous l'avez dit, les patients de Colombie-Britannique ont un bon accès aux médicaments — et elle a constaté que dans les provinces qui ont choisi de donner accès à un plus grand nombre de médicaments, le nombre de décès dus au cancer a baissé. La mortalité est nettement moindre — sans toutefois diminuer — que dans les autres provinces.

M. Patrick Brown: Et les différences dans les régimes provinciaux?

M. David Boucher: On a fait valoir, je crois, que les membres des comités abordent les discussions avec leurs partis pris et leurs connaissances professionnelles. En fait, les décisions contradictoires nous préoccupent. C'est ce qui s'est passé pour le cancer compte tenu des recommandations du CCCEM. L'inscription sous réserve permettrait de donner accès aux nouveaux médicaments de façon plus souple. On nous a parlé du Québec. Il y a peut-être des considérations sociales et économiques dont on ne tient pas compte.

M. Patrick Brown: Si l'une des raisons pour lesquelles le PCEM a été créé est que les régimes d'assurance-médicaments différaient les uns des autres, ces différences n'existent-elles pas encore aujourd'hui?

M. David Boucher: Oui, les différences sont encore là.

M. Patrick Brown: Alors pourquoi est-ce une des raisons pour lesquelles le PCEM a été créé? C'était certainement pour éliminer les différences entre les régimes d'assurance des provinces et cet objectif n'a donc pas été atteint.

M. David Boucher: Il y a beaucoup d'uniformité au niveau de l'acceptation des recommandations négatives.

M. Patrick Brown: Y en a-t-il plus que ce n'était le cas il y a quatre ans?

M. David Boucher: Je n'ai pas étudié la question. Je ne sais pas si quel'un d'autre pourrait en parler.

Le président: Merci, monsieur Brown.

C'est au tour de Luc Malo.

[Français]

M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ): Merci, monsieur le président.

Docteur Lexchin, tout à l'heure, lorsque vous discutiez avec mon collègue du NPD, vous sembliez émettre l'opinion qu'une des raisons pour lesquelles il y avait plus de médicaments au Québec était qu'il y avait de nombreuses entreprises pharmaceutiques dans cette province. J'aimerais simplement que vous clarifiez quelque chose. Avez-vous émis une opinion personnelle, ou vous êtes-vous basé sur un certain nombre d'analyses de faits et d'études que vous avez conduites?

[Traduction]

M. Joel Lexchin: Comme chacun sait, l'industrie pharmaceutique est très concentrée dans la région de Montréal. Quant au reste, ce sont pures hypothèses étant donné que, comme je l'ai dit, le gouvernement du Québec a fait du développement de l'industrie pharmaceutique un des principaux éléments de sa stratégie industrielle pour des raisons évidentes. Beaucoup de gens sont là. Cela génère une activité économique importante. Le Québec veut la développer. Le lien entre l'activité économique et l'inscription au formulaire est une simple hypothèse. Je n'en ai aucune preuve, comme je l'ai dit.

[Français]

M. Luc Malo: Par conséquent, n'importe qui pourrait supposer que c'est aussi parce que le gouvernement du Québec souhaite offrir la plus grande gamme de médicaments possible à tous ceux qui souffrent de maladies, rares ou autres.

Mme Fowler souhaite parler à ce sujet.

[Traduction]

Le président: Très bien, deux autres personnes désirent répondre et je tiens à ce que vous les entendiez, car ces réponses vous seront sans doute très utiles.

Elisabeth, allez-y, et ce sera ensuite à Linda.

Mme Linda Tennant: Je dirais simplement qu'il y a cinq ans — je suis un peu en retard parce que c'est à ce moment-là que j'ai quitté le gouvernement — l'industrie pharmaceutique était davantage présente en Ontario. Si vous prenez les fabricants de médicaments brevetés et de médicaments génériques, je crois qu'environ 60 p. 100 d'entre eux se trouvaient en Ontario. Je voulais seulement dire que l'industrie est également très présente en Ontario.

Le président: Très bien.

Allez-y, Elisabeth.

Mme Elisabeth Fowler: Je voulais seulement avancer quelques hypothèses moi aussi. Ne se pourrait-il pas que le Québec s'est rendu compte qu'il est beaucoup plus avantageux pour la province que pour les quelques fabricants qui se trouvent là de donner accès à des médicaments qui permettront aux patients de rester en bonne santé, qui amélioreront leur qualité de vie, qui les aideront à continuer à travailler et à rester des membres productifs de la société?

Si vous prenez l'ensemble, si vous examinez combien le Québec paie par habitant pour les médicaments, c'est un montant plus élevé que dans les autres régions du pays, par contre le Québec paie moins pour les médecins et les hospitalisations.

• (1705)

Le président: Il y a une réponse de plus.

Docteur Janis Miyasaki, vous avez la parole.

Dre Janet Miyasaki: Je ne sais pas exactement quelles sont les valeurs qui ont conduit le Québec à établir son formulaire, mais je pense qu'une autre explication possible est la façon dont la province interprète les preuves. Les preuves qui lui sont présentées sont les mêmes. Chaque formulaire reçoit les mêmes documents, mais il se peut qu'ils soient interprétés de façon très différente. Le Québec attribue peut-être des valeurs différentes aux divers aspects de la soumission.

Cela me ramène encore une fois au fait que chaque comité tient compte de certaines valeurs sous-jacentes. Il n'en est pas nécessairement conscient. Par conséquent, je ne pense pas qu'on puisse conclure à une conspiration ou à la conviction qu'un meilleur accès aux médicaments se traduit par une meilleure santé. Les gens examinent les preuves de façon différente et valorisent des choses différentes.

Le président: Allez-y, Louise.

Mme Louise Binder: Nous ne pouvons pas dire que nous ignorons quels sont les critères utilisés. Dans le cas du médicament que j'ai cité en exemple, je vous ai dit exactement ce dont on avait tenu compte. On a tenu compte de la qualité de vie, des effets secondaires, de la toxicité, des autres médicaments, du fait que les gens ont tendance à mieux observer le traitement s'ils ne doivent prendre des médicaments qu'une fois par jour. Nous connaissons bien la nature des différences.

Le PCEM n'a tenu compte de rien de tout cela contrairement au Québec. Il n'y a pas de secret, à mon avis, quant aux différences dans la façon d'aborder le problème.

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à Mme Davidson.

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): Merci, monsieur le président.

Je remercie infiniment nos témoins.

Nous avons entendu un bon nombre de témoignages sur ce sujet depuis plusieurs réunions. Un même thème semble en ressortir, que l'on soit d'accord ou non pour dire que le PCEM joue un rôle utile et il est certain que les points de vue divergent à ce sujet. On semble d'accord pour dire qu'un examen s'impose.

J'ai une ou deux questions fondamentales à poser. Je ne sais pas qui voudra y répondre.

Pensez-vous que les gouvernements ont la responsabilité de tenir compte du prix des médicaments que nous envisageons de financer? Si c'est le cas, comment devrions-nous procéder? Quelle serait la meilleure façon? Si le PCEM ne joue pas bien son rôle, quelle serait la solution? Quelqu'un a-t-il des suggestions à proposer et qui devrait déterminer quels sont les médicaments que le gouvernement devrait rembourser?

Quelqu'un désire-t-il répondre à ces questions fondamentales? Louise?

Le président: Allez-y.

Mme Louise Binder: Je crois qu'il faudrait certainement tenir compte du coût des médicaments. Il s'agit de faire le maximum avec les budgets dont nous disposons pour les médicaments. La réponse à cette question est donc « oui ».

Comment le faire? C'est une question que nous devons examiner. Il y a un certain nombre de formules pharmacoéconomiques différentes qui peuvent être utilisées. Nous devons déterminer quelle est celle qui correspond le mieux aux valeurs canadiennes et vous constaterez sans doute que ce n'est pas celle qu'utilise actuellement le PCEM. Lorsqu'on compare les médicaments entre eux en tenant compte uniquement de leur coût du moment qu'ils semblent avoir la même efficacité... Si un médicament coûte plus cher, l'analyse s'arrête là. Je ne pense donc pas que cela corresponde du tout aux valeurs canadiennes.

Nous devons examiner l'impact de facteurs qui se répercutent non seulement sur le budget des médicaments, mais sur les autres budgets des soins de santé, comme Elisabeth l'a mentionné, soit les

visites chez le médecin. Nous devons tenir compte de l'impact total sur le budget des soins de santé lorsque nous examinons les critères pharmacoéconomiques.

On m'a demandé tout à l'heure comment nous pourrions assurer une certaine uniformité d'un bout à l'autre du pays. Je pense que c'est vraiment le résultat essentiel. L'uniformité devrait reposer sur les pratiques exemplaires et non passer le plus bas dénominateur commun, ce qui est le cas avec le PCEM, sauf dans les provinces qui ne suivent pas ses recommandations. Elles ne se plient pas toujours aux recommandations négatives, car c'est ce qui s'est passé dans l'exemple que j'ai donné. Il n'est donc pas exact de dire qu'elles suivent toujours les recommandations négatives.

Ce que je souhaiterais c'est que chaque province fasse de son mieux dans le cadre de son budget actuel en se basant sur une analyse pharmacoéconomique commune qui soit logique pour le Canada et qui soit dûment déterminée par les Canadiens. On ne nous a jamais demandé si c'était acceptable à nos yeux, et ce ne l'est pas. Lorsque les provinces ne peuvent pas s'aligner sur les pratiques exemplaires en vigueur dans le pays, je suis alors entièrement d'accord avec Joel. Le gouvernement fédéral devrait intervenir et les aider à combler l'écart afin que tous les Canadiens du pays aient vraiment un bon accès aux traitements.

• (1710)

Mme Patricia Davidson: Est-ce que cela resterait...

Le président: J'essaie de faire quelque chose.

Docteur Janis Miyasaki, êtes-vous là?

Dre Janet Miyasaki: Oui, je suis là. Vous ne me voyez pas?

Le président: On ne vous voit plus, mais on vous entend bien. Je voulais simplement vérifier.

Nous allons continuer. Si vous désirez parler, faites-le, car je ne pourrai pas vous voir.

Dre Janet Miyasaki: D'accord, je voudrais parler.

Le président: C'est bien ce que je pensais.

Dre Janet Miyasaki: Le problème que pose l'analyse économique des valeurs vient en partie du choix des mesures. Ce dont on se sert habituellement c'est des années de vie pondérées par la qualité. Nous ne sommes même pas certains que c'est la mesure la plus appropriée. Cela devient difficile. Comment accorder une valeur à la capacité de s'habiller ou de se nourrir soi-même? Ce sont des questions très complexes qu'il n'est pas possible de résoudre au moyen d'une simple équation ou d'une approche unique. Cela montre, une fois de plus, la nécessité de faire preuve de transparence quant à la façon dont ces décisions sont prises et dont ces choses sont évaluées et de consulter les personnes les mieux informées.

Le président: Merci beaucoup.

Allez-y, Pat.

Mme Patricia Davidson: Je vais adresser cette question à Louise. Envisagez-vous de confier cette tâche à un groupe FTP comme le PCEM? Ou comment envisagez-vous de procéder?

Mme Louise Binder: Il faudrait une formule qui ait l'accord des provinces, des territoires et du gouvernement fédéral étant donné que cela se répercute sur leurs budgets. Il faut donc leur accord. Sur le plan administratif, si les provinces pouvaient continuer à administrer ces régimes, ce serait une excellente chose. Elles ont déjà les processus voulus en place. Je verrais le gouvernement fédéral intervenir pour jouer un rôle complémentaire dans certaines provinces.

J'aimerais ajouter une chose. Si nous voulons vraiment faire le maximum dans le cadre de nos budgets, pourquoi ne pas examiner le prix des médicaments génériques en plus du prix des médicaments brevetés. Nous sommes le pays industrialisé où les médicaments génériques coûtent le plus cher. Nous pourrions nous perdre en conjectures quant aux raisons pour lesquelles ces médicaments sont si bien traités dans les provinces où leurs fabricants sont implantés. Je ne le ferai pas. Mon organisme a préparé un document sur cette question qui sera publié sous peu. C'est une autre question que nous devrions examiner.

Mme Patricia Davidson: Vous constaterez sans doute qu'il y a eu du changement du côté des prix des médicaments génériques. C'est surtout le cas en Ontario.

Mme Louise Binder: Oui, c'est un problème dont nous avons longuement discuté avec le gouvernement ontarien.

Mme Patricia Davidson: Merci.

Le président: Merci beaucoup.

C'est au tour de Mme Brown.

Mme Bonnie Brown (Oakville, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président, et je remercie toutes les personnes qui sont venues.

Ceux d'entre vous qui participez à cette discussion pouvez voir quel est le conflit devant lequel nous trouvons depuis plusieurs réunions. Je me demande si, à votre avis, ce conflit est né avec le PCEM du fait que les provinces et les territoires avaient des raisons différentes de vouloir cet organisme. Autrement dit, les provinces pauvres bénéficient maintenant de la qualité du travail et de l'expertise scientifique du PCEM qui est financé collectivement. Les provinces riches en bénéficient également, car c'est un autre organisme qui parfois dit non et qu'elles peuvent blâmer d'avoir dit non. Lorsque deux groupes qui poursuivent deux objectifs entièrement différents unissent leurs forces pour donner naissance à quelque chose dans un but entièrement différent, j'ai l'impression que cela suscite obligatoirement certains conflits.

Je sais que M. Bougher et Mme Tennant attribuent cette situation aux décisions des provinces qui reflètent les convictions, les expériences et même les partis pris des décideurs. Mais si vous ajoutez à cela le fait que les provinces ont voulu cet organisme pour des raisons différentes, peut-on espérer résoudre le conflit lorsque des objectifs contradictoires sont à l'oeuvre au sein d'un organisme?

• (1715)

Le président: Allez-y.

Mme Linda Tennant: Pendant les six années où j'ai géré la programme d'assurance-médicaments de l'Ontario, j'ai entendu chacun des arguments qui ont été invoqués autour de cette table. Ces régimes suscitent la controverse depuis des décennies et cela continuera. Le simple fait que nous ayons des façons différentes de prendre des décisions, des opinions différentes, suscitera toujours un débat très animé quant à savoir qui a tort et qui a raison.

Ce que certains d'entre nous essaient de faire comprendre... au niveau provincial, je dois dire qu'en ce qui concerne l'évaluation des

médicaments, les provinces ont essayé de travailler ensemble pendant plus d'une décennie pour rationaliser leurs processus afin de mieux les aligner. Le Programme commun d'évaluation des médicaments devait être une étape supplémentaire dans cette voie, si vous voulez, une première étape vers une plus grande consolidation.

Comme c'est très controversé et que cela ouvre la porte aux conflits, nous avons suggéré une plus grande transparence. Nous ne suggérons pas... Je vais vous donner mon opinion personnelle. Je ne vois pas en quoi le fait d'avoir 12 comités plutôt qu'un seul résoudra les conflits ou facilitera les choses. Il me semble préférable de charger un groupe d'examiner ce que fait ce comité et d'essayer d'améliorer ses méthodes. Mais je pense que la controverse va continuer.

Mme Bonnie Brown: J'aimerais savoir ce que le Dr Lexchin en pense.

M. Joel Lexchin: Je suis d'accord. Vous ne serez jamais d'accord avec toutes les décisions qui sont prises et les gens voudront certainement invoquer toutes sortes de valeurs différentes en ce qui concerne la politique pharmaceutique et les médicaments à couvrir et à ne pas couvrir.

Néanmoins, je crois que plus il y a de transparence et plus on peut voir comment les décisions sont prises... même si elles ne vous plaisent pas, vous serez plus enclin à les accepter. La transparence doit exister à plusieurs niveaux. Par exemple, je crois que le PCEM devrait être plus ouvert à l'égard des preuves sur lesquelles il fonde ses décisions. Je ne verrais pas d'inconvénient à ce qu'il tienne des audiences publiques, comme le FDA, pour permettre aux différents groupes de présenter leurs points de vue avant que les décisions ne soient prises.

Je voudrais également une certaine transparence de la part de l'industrie pharmaceutique quant aux raisons qui justifient les prix de ses médicaments. Pourquoi certains médicaments valent-ils 20 000 \$ ou 50 000 \$? Si elle peut prouver que c'est la valeur réelle de ces produits, très bien. Jusqu'ici, il n'y a pas transparence non plus à ce niveau-là.

Mme Bonnie Brown: Docteur Lexchin, je crois que dans l'étude que nous ferons sans doute à l'automne, nous allons nous intéresser aux prix.

L'autre chose qui m'intéresse...

Le président: Louise Binder voulait répondre.

Mme Louise Binder: Désolée, je voulais faire une simple observation.

Tout d'abord, je suis entièrement d'accord avec Joel. Je pense que l'industrie pharmaceutique ne justifie vraiment pas ses prix. Malgré le financement que nous recevons de l'industrie pharmaceutique, j'ai adressé une plainte officielle au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés au sujet de tous les médicaments contre le sida qui ont fait l'objet d'une évaluation. C'est un domaine sur lequel mes collègues et moi-même ne sommes pas du tout d'accord avec l'industrie pharmaceutique, de même qu'au sujet de la publicité qui s'adresse directement aux consommateurs et qui augmente aussi le prix des médicaments...

Mme Bonnie Brown: Vous ne répondez pas à ma question.

Mme Louise Binder: ... ainsi qu'un certain nombre d'autres problèmes tels que les pharmacies Internet, etc.

Je laisse donc clairement savoir quelles sont les choses sur lesquelles nous ne sommes pas d'accord et celles sur lesquelles nous sommes d'accord.

Pour répondre à votre question...

• (1720)

Mme Bonnie Brown: Merci.

Mme Louise Binder: ... vous avez raison. Je pense que c'est exactement ce qui s'est passé, mais ni les uns ni les autres n'ont obtenu ce qu'ils voulaient.

Les « petites provinces » qui ont des petits budgets voulaient obtenir des analyses pharmacoéconomiques de bonne qualité et j'estime qu'elles ne les obtiennent pas.

Les grandes provinces espéraient qu'un « non » serait un « non ». Le fait est qu'un « non » n'est pas un « non » et qu'un « oui » signifie « peut-être »; elles fournissent un bon nombre des médicaments que le PCEM a recommandé de ne pas fournir, car elles se rendent compte que ces décisions ne sont pas justifiables du point de vue scientifique ou du point de vue pharmacoéconomique.

Oui, je pense que tout le monde attendait quelque chose de ce programme et que personne n'a vu ses attentes satisfaites et c'est pourquoi les provinces de l'Atlantique ont toujours leur propre programme commun d'évaluation des médicaments. Elles se sont réunies et les provinces ont conservé leurs propres processus.

Je ne pense pas que nous soyons beaucoup plus avancés avec le PCEM que nous ne l'étions avant et je ne pense pas qu'il soit souhaitable de dépenser 5,1 millions de dollars pour garder quelque chose que personne n'aime et dont personne n'obtient ce qu'il désire. Je préférerais...

Mme Bonnie Brown: Cela m'amène à ma deuxième question.

Le président: Allez-y, mais soyez très brève.

Mme Bonnie Brown: C'est à propos de l'imputabilité de cet organisme qui a été créé par les provinces et le gouvernement fédéral avec un budget décent, qui augmente au fur et à mesure que le PCEM élargit son rôle. C'est davantage de notre ressort, mais êtes-vous convaincus que cet organisme rend des comptes?

Je pars du principe que si 13 personnes se partagent une responsabilité, personne n'est vraiment responsable. Je ne suis pas certaine que les contribuables sont bien servis. Le gouvernement fédéral n'est pas le principal payeur, mais ce sont les mêmes contribuables qui paient sous la forme d'impôts provinciaux et d'impôts fédéraux. Je ne dis pas que c'est une mauvaise chose — nous ne l'avons pas encore établi — mais je pense qu'il y a un problème au niveau de la reddition de comptes.

Quelqu'un veut-il répondre?

Mme Louise Binder: Je suis entièrement d'accord avec vous. Ils relèvent...

Mme Bonnie Brown: Les uns des autres.

Mme Louise Binder: Ils relèvent des sous-ministres de la santé qui sont leurs patrons et à qui ils font également des rapports. Si nous voulons aborder la question des conflits d'intérêts, je pense que c'est un cas extrêmement intéressant. Il devrait y avoir un organisme indépendant. Ses patrons ne devraient pas être les mêmes personnes que celles à qui les rapports et les recommandations sont adressés.

Le président: Quelqu'un d'autre veut-il répondre?

Allez-y.

M. David Bougher: Pour ce qui est de la reddition de comptes, bien entendu, elle se fait par l'entremise des sous-ministres aux ministres. Au départ, les ministres ont appuyé le PCEM et ont convenu qu'une recommandation négative devrait être respectée. Je ne suis pas d'accord avec Louise pour dire qu'un grand nombre de médicaments ayant fait l'objet d'une recommandation négative sont acceptés. Je pense qu'il y en a seulement quelques-uns.

En ce qui concerne la reddition de comptes, c'est une question qu'il faudrait poser aux sous-ministres et aux ministres. Vous en avez sans doute entendu parler à l'occasion de la conférence des sous-ministres. Je ne peux pas répondre à cette question.

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons terminer cette partie de la réunion. Le comité doit s'occuper de certains travaux.

Je tiens à remercier tous les témoins de nous avoir présenté leurs points de vue.

M. Steven Fletcher: Monsieur le président, je crois que le gouvernement a droit à un tour supplémentaire.

Le président: Non, désolé, monsieur Fletcher.

Je tiens à vous remercier également pour votre témoignage, Janis Miyasaki. Je suis désolé d'avoir perdu votre image vidéo, mais merci infiniment.

Nous allons conclure cette partie de la réunion et discuter de certains travaux.

Dre Janet Miyasaki: Merci.

Le président: Nous avons un avis de motion de Mme Brown dont nous allons parler.

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Monsieur le président, il serait peut-être important que nous nous gardions 15 minutes quand nous avons du travail supplémentaire à faire. Luc est parti en pensant que la réunion était terminée.

• (1725)

[Traduction]

Le président: Sur l'ordre du jour.

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Je vais aller le chercher au cas où il y aurait un vote. Va-t-on voter sur ce que nous avons à faire?

[Traduction]

Le président: Je ne veux pas voter et c'est pourquoi nous ne sommes pas réunis à huis clos. Vous avez parfaitement raison, nous n'avons pas le temps de parler de certaines choses comme le troisième rapport du sous-comité. Je voudrais vous mettre au courant de certaines questions.

Nous avons essayé d'inclure le plus grand nombre de témoins possible. Comme nous l'avons dit au comité directeur, nous voulions terminer cette étude d'ici le 16. Nous avons fait comparaître presque tous les témoins, sauf le groupe du Royaume-Uni pour lequel nous pourrions organiser une vidéoconférence lundi matin à 11 h 30. Êtes-vous d'accord pour entendre le groupe du Royaume-Uni lundi matin, à 11 h 30, par vidéoconférence? Serons-nous suffisamment nombreux pour entendre les témoignages?

M. Steven Fletcher: Je pense que nous devrions nous en tenir à notre horaire habituel, monsieur le président.

Le président: Comme cela ne leur convient pas, telles sont nos possibilités.

D'autre part, nous voulions faire de nouveau comparaître le ministère. Cela pourrait avoir lieu le 30.

Mme Bonnie Brown: Le ministère ou le Programme commun d'évaluation des médicaments?

Le président: Les représentants du PCEM comme nous en avons convenu la dernière fois. Nous voulions qu'ils reviennent et ce pourrait être le 30, car nous aurons entendu la plupart des témoins d'ici le 16.

L'hon. Carolyn Bennett: Qu'est-il advenu de Vancouver?

Le président: Vancouver?

L'hon. Carolyn Bennett: La conférence de l'UIPES.

Le président: Nous n'en avons pas parlé. Je n'ai aucun renseignement à ce sujet. Aucune décision n'a été prise, mais nous pourrions peut-être en discuter à la prochaine réunion.

Il s'agissait d'une conférence, n'est-ce pas?

L'hon. Carolyn Bennett: C'est la conférence mondiale de promotion de la santé dont le Canada est l'hôte. La Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé...

Je pense que le comité apprendrait beaucoup sur la promotion de la santé et nous pourrions même, comme nous l'avons fait à d'autres conférences internationales, tenir une petite réunion avec certains des principaux conférenciers afin de recueillir le maximum d'information au même endroit.

Le président: Oui, et vous suggérez donc que nous nous rendions à cette conférence. Elle a lieu du 10 au 15 juin, à Vancouver, en Colombie-Britannique, ce qui nous laisse très, très peu de temps.

L'hon. Carolyn Bennett: Oui. Même si nous restions seulement deux jours.

Le président: Ce sera un voyage assez coûteux, car nous aurons besoin d'interprètes et de tout le reste si c'est un voyage du comité.

L'hon. Carolyn Bennett: Mais de façon informelle...

L'hon. Hedy Fry: Je vis à Vancouver.

Le président: Vous pouvez certainement y aller de toute façon.

L'hon. Hedy Fry: Vous pouvez venir et vous dormirez chez moi. Vous pouvez tous dormir chez moi. C'est aller un peu trop loin.

M. Steven Fletcher: Votre maison est-elle accessible en fauteuil roulant?

Le président: D'accord, mais nous pourrions voyager avec nos points, n'est-ce pas? Il suffirait donc de payer les frais d'inscription, je suppose, mais je ne sais pas à combien ils se chiffrent.

Je n'avais aucun renseignement à ce sujet.

On me dit que les frais d'inscription sont de 1 200 \$.

L'hon. Carolyn Bennett: Ils ne nous feront pas payer.

Le président: Ils ne nous feront pas payer?

L'hon. Carolyn Bennett: Non. Absolument pas.

Le président: Dans ce cas, allez-y tout simplement.

L'hon. Carolyn Bennett: Nous devrions tous y aller.

Le président: Tous ceux qui le désirent devraient y aller.

Mme Patricia Davidson: Quand est-ce?

Le président: Pourquoi ne pas photocopier ces renseignements et les distribuer à tout le monde? D'accord?

L'hon. Carolyn Bennett: C'est du 11 au 13 juin. C'est fantastique. C'est la conférence qui a eu lieu à Bangkok il y a deux ans.

M. Steven Fletcher: Le Parlement siégera à ce moment-là?

Le président: Oui, nous siégerons encore. J'aimerais parler de certaines choses, car je veux que nous entendions les témoins du Royaume-Uni.

Nous pouvons distribuer les renseignements à tout le monde. Je crois que nous les avons déjà. Très bien.

C'est à peu près tout ce dont nous devons discuter pendant cette partie de la réunion. Il est inutile de se réunir à huis clos pour examiner le rapport du comité directeur étant donné que nous allons le suivre de façon générale, de toute façon.

M. Steven Fletcher: Je peux garder mes commentaires pour la prochaine fois.

Mme Bonnie Brown: Est-ce que je peux simplement en parler verbalement?

Le président: D'accord.

Mme Bonnie Brown: Je présente un avis de motion que Carmen va faire traduire. Nous entendons constamment parler à la télévision de deux grandes menaces pour la santé. La première est que, selon ce qu'on a appris hier, l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire change ses règles et abaisse ses normes. La deuxième est que le Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses envisage d'abaisser certaines normes de sa réglementation. À mon avis, cela correspond à ce qui se passe du côté de la Loi sur la quarantaine. Je dépose donc un avis de motion afin que nous tenions une réunion supplémentaire pour demander à ces deux organismes de nous expliquer s'ils changent effectivement leur réglementation ou non.

• (1730)

Le président: Et nous en discuterons à la prochaine réunion. D'accord?

Mme Bonnie Brown: Oui.

Le président: Il y a une autre chose. C'est un budget que nous pourrions approuver si nous sommes unanimement d'accord. Je sais que nous n'avons pas donné d'avis, mais c'est un budget pour payer les frais des témoins: 29 000 \$.

Mme Bonnie Brown: Je propose la motion, monsieur le président.

(La motion est adoptée.)

Le président: Merci.

Madame Gagnon.

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Avons-nous une rencontre lundi matin?

[Traduction]

Le président: Lundi? Oui, nous allons nous réunir. Nous voulions entendre le groupe du Royaume-Uni, mais la majorité des membres du comité s'y sont opposés.

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Ça ne fonctionne pas.

Je ne serai pas ici lundi. Nous serons à Genève avec le ministre. Je ne serai donc pas ici la semaine prochaine. Si vous changez le programme, il faudra avertir Luc Malo.

[Traduction]

La séance est levée.

Le président: Très bien.

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes

Published under the authority of the Speaker of the House of Commons

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:

<http://www.parl.gc.ca>

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.