



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 055 • 1<sup>re</sup> SESSION • 39<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le lundi 14 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 lundi 14 mai 2007

• (1535)

[Traduction]

**Le président (M. Rob Merrifield (Yellowhead, PCC)):** Je déclare la séance ouverte. Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, nous poursuivons l'étude des médicaments sur ordonnance, le Programme commun d'évaluation des médicaments. C'est notre septième réunion sur le sujet, et nous sommes heureux de recevoir les témoins d'aujourd'hui. Nous sommes également impatients d'entreprendre l'examen de notre rapport, ce que nous allons faire une fois tous les témoignages entendus, c'est-à-dire très bientôt.

Là-dessus, j'aimerais présenter les témoins que nous allons entendre aujourd'hui.

D'abord, John Haggie, de l'Association médicale canadienne. Bienvenue. Je crois que vous êtes accompagné par Briane Scharfstein.

Bienvenue à vous aussi.

Nous attendons Andreas Laupacis, de l'hôpital St. Michael's qui devrait arriver de l'aéroport sous peu.

Nous recevons Phil Upshall, de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada. Bienvenu à vous.

J'aimerais aussi souhaiter la bienvenue à Michel Calvert et Sarah Calvert de Hit the slope for hope.

Nous allons maintenant vous céder la parole dans l'ordre où je vous ai présentés.

Monsieur John Haggie, de l'Association médicale canadienne, la parole est à vous pour dix minutes.

**Dr John Haggie (président, Groupe de travail du Conseil chargé des questions pharmaceutiques, Association médicale canadienne):** Merci, monsieur le président.

L'Association médicale canadienne représente plus de 65 000 médecins au Canada, et les questions pharmaceutiques occupent une place importante dans leur travail quotidien. Pour aider les médecins du Canada à mieux servir et traiter leurs patients, l'AMC produit un nombre sans cesse croissant de politiques sur les enjeux pharmaceutiques. En novembre 2003, nous avons présenté à votre comité une étude sur les médicaments sur ordonnance. En juillet dernier, l'AMC s'est associée à quatre autres organismes nationaux représentant les patients, les professionnels de la santé, les gestionnaires et les administrateurs du système de santé pour créer la Coalition pour une stratégie pharmaceutique canadienne. La Coalition a publié un cadre et des principes qui devraient régir, selon nous, l'élaboration d'une stratégie pharmaceutique au Canada.

L'AMC est d'avis que toute stratégie pharmaceutique doit reposer sur deux principes fondamentaux, à savoir que tous les Canadiens devraient avoir accès à des médicaments sur ordonnance sécuritaires et efficaces, et qu'aucun Canadien ne devrait être privé de

médicaments médicalement nécessaires à cause de son incapacité de payer.

La question de savoir si le PCEM contribue à atteindre ces buts a suscité des débats animés. Des représentants fédéraux et provinciaux ont affirmé au comité que le programme répond à leurs besoins et qu'il leur fournit même, dans certains cas, une évaluation de meilleure qualité que celle qu'ils auraient pu faire eux-mêmes. Par contre, des groupes de patients ont affirmé que le programme constitue une strate administrative inutile et un obstacle entre eux et de nouvelles thérapies qui pourraient sauver des vies.

Nous comprenons la frustration des patients et de leurs défenseurs lorsque le programme se prononce contre le paiement par le secteur public ou, encore pire, approuve un médicament que les provinces refusent ensuite d'ajouter à leur formulaire. Dans ces deux cas, la viabilité du système de santé constitue un facteur important et valable. Il serait malheureux que nos budgets limités, qui auraient pu être consacrés à des stratégies de traitement ou de prévention des maladies dont l'efficacité est prouvée, servent plutôt au financement des médicaments coûteux dont on finit par constater qu'ils ne sont pas plus bénéfiques pour les patients que d'autres beaucoup moins coûteux.

Il doit toujours y avoir un programme d'évaluation des médicaments. Démanteler complètement ce mécanisme d'évaluation serait inacceptable, autant sur les plans financier que politique.

Le principal objectif d'un mécanisme d'évaluation des médicaments devrait être d'aider à garantir l'accès aux médicaments sur ordonnance dont on a démontré l'innocuité et l'efficacité dans le traitement, la prise en charge et la prévention des maladies et qui offrent des avantages importants pour la qualité de vie. Pour que l'évaluation des médicaments au Canada atteigne bien cet objectif, les principes suivants devraient s'appliquer:

Le mécanisme d'évaluation devrait être impartial et reposer sur les meilleures données scientifiques disponibles.

Les principaux critères d'inclusion dans un formulaire devraient être la question de savoir si le médicament améliore les résultats pour la santé et constitue une amélioration par rapport à des produits actuellement sur le marché.

Le mécanisme d'évaluation devrait aussi inclure l'évaluation de l'efficacité du coût du médicament.

Les médicaments devraient être évalués non pas isolément, mais comme des éléments constitutifs du continuum des soins de santé. Par exemple, l'évaluation devrait tenir compte de l'effet d'un médicament sur l'utilisation globale des soins de santé. Si un médicament raccourcit le séjour à l'hôpital d'un patient ou remplace d'autres thérapies plus coûteuses ou plus effractives, il faudrait en tenir compte dans l'évaluation de l'efficacité globale de son coût. Il faudrait également examiner les substituts du médicament à l'étude. L'évaluation devrait comparer le rendement d'un médicament à celui d'autres médicaments de la même catégorie et de thérapies non médicamenteuses disponibles.

Le mécanisme d'évaluation devrait être flexible et tenir compte des besoins particuliers de chaque patient et de ses résultats thérapeutiques, ainsi que de l'expertise des médecins lorsqu'il s'agit de déterminer les médicaments qui conviennent le mieux pour les patients.

Le mécanisme d'évaluation devrait être ouvert et transparent. Nous appuyons l'intention du PCEM de publier les justifications de ses décisions, y compris des versions vulgarisées.

Les constatations du PCEM devraient être diffusées aux soignants et aux patients dans le contexte d'une stratégie continue visant à encourager les meilleures pratiques d'établissement d'ordonnances.

Le mécanisme d'évaluation devrait prévoir une participation réelle des patients et des professionnels de la santé. Nous approuvons l'élargissement du Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments pour y inclure des représentants du public. Nous proposons aussi que le PCEM essaie d'obtenir la contribution de la population par d'autres moyens, comme les tribunes publiques.

Il faudrait aussi établir un mécanisme d'appel des décisions découlant de l'évaluation.

● (1540)

Le mécanisme d'évaluation devrait faire l'objet d'une évaluation continue. Le PCEM a déjà fait l'objet d'une évaluation dont il prévoit appliquer certaines recommandations clés. Les évaluations impartiales devraient se poursuivre afin de déterminer si le PCEM a un effet positif sur la santé de la population canadienne et sur son système de santé.

Le Programme commun d'évaluation des médicaments n'existe pas et ne peut pas exister dans l'isolement. Il est relié à d'autres enjeux qui touchent la politique sur les médicaments sur ordonnance, dont trois devraient retenir plus particulièrement l'attention du comité.

Le premier enjeu est celui des médicaments contre les troubles rares. On soutient que les normes d'évaluation en vigueur du Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments, qui attache une grande valeur aux essais cliniques portant sur de nombreux échantillons, ne peuvent saisir adéquatement la valeur de ces médicaments. C'est une question qu'il faut examiner de plus près.

L'AMC recommande que le Canada élabore une politique sur les médicaments contre les troubles rares afin d'encourager leur mise au point, en évaluer l'efficacité, et garantir que tous les patients qui pourraient en bénéficier y ont un accès raisonnable.

Le deuxième enjeu est celui d'un formulaire commun.

L'AMC recommande que les gouvernements du Canada envisagent de créer un formulaire pancanadien. Les patients du Canada ont besoin d'une norme nationale, parce qu'il est inacceptable qu'il y ait 18 niveaux différents de couverture.

Le PCEM devrait-il constituer l'assise de ce formulaire? Et bien, il faudrait que l'évaluation prouve que le PCEM constitue le moyen le plus efficace.

Le troisième enjeu est celui de la protection contre le coût catastrophique des médicaments. On reconnaît maintenant en général qu'un programme pancanadien de protection contre le coût catastrophique des médicaments s'impose.

L'AMC recommande que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux évaluent, en collaboration avec les assureurs privés, les besoins en médicaments des Canadiens, en particulier ceux qui ne sont pas assurés ou qui le sont insuffisamment, et qu'ils s'entendent sur une option pour répondre à ces besoins. Ils doivent être guidés par le principe qui est de garantir que les Canadiens peuvent avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin, sans égard à leur lieu de résidence ou à leur revenu.

L'AMC a recommandé que les gouvernements commencent par accorder la priorité à un programme national d'assurance-médicaments afin de fournir les médicaments voulus à tous les enfants et les adolescents du Canada.

En conclusion, l'AMC croit qu'un mécanisme d'évaluation de l'efficacité clinique et de celle des coûts des médicaments d'ordonnance peut contribuer à améliorer la santé des patients du Canada et de notre système de santé. La mesure dans laquelle le PCEM s'acquitte bien de son rôle déterminera sa valeur.

Nous croyons comprendre que l'étude du PCEM fait partie d'un examen plus global sur les médicaments sur ordonnance que le comité envisage, et nous serions heureux de vous aider à le réaliser.

Merci.

**Le président:** Merci beaucoup de votre exposé. Vos propos vont nous servir à trouver des solutions aux problèmes que nous semblent possibles. Encore merci.

Nous allons maintenant donner la parole au Dr Laupacis de l'hôpital St. Michael's.

**Dr Andreas Laupacis (directeur, Li Ka Shing Knowledge Institute et ancien président du Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments, St. Michael's Hospital):** Merci beaucoup. J'ai trouvé le moyen de renverser de l'eau.

**Le président:** Ce n'est pas grave. Prenez le temps de réparer cela.

Nous pouvons donner la parole à quelqu'un d'autre. Qu'en dites-vous?

**Dr Andreas Laupacis:** C'est à vous de décider.

**Le président:** Nous allons donner la parole au représentant de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada.

Phil Upshall.

**M. Phil Upshall (directeur général national, Société pour les troubles de l'humeur du Canada):** Je vous remercie de nous accueillir aujourd'hui. Je sais qu'il a été difficile d'inscrire tout le monde au programme. Je suis bien conscient des efforts que vous et votre personnel avez faits, et je vous remercie de nous recevoir.

Mesdames et messieurs, et monsieur le secrétaire parlementaire, j'aimerais d'abord vous expliquer rapidement quelle est notre position au sujet du PCEM et des questions que vous avez posées.

Je dois vous dire honnêtement que rien ne me prouve que le PCEM s'acquitte bien de son mandat. Santé Canada continue d'évaluer des médicaments et d'autres pays ont des normes aussi rigoureuses que les nôtres, de sorte que, pour moi, le PCEM intervient en troisième lieu. Alors, il refait inutilement des essais et consulte de prétendus experts qui ont une connaissance vraiment floue des maladies mentales pour finir par refuser habituellement les médicaments; c'est ensuite au tour des provinces de faire leur évaluation et, malheureusement, elles aussi refusent souvent d'approuver les médicaments. Nous avons donc un processus en quatre étapes, alors que nous voulions qu'il en ait une seule, si je ne m'abuse.

Comme je l'ai dit, maintenant au Canada, la plupart des demandes sont rejetées. Il se peut que les évaluations du coût par pilule utilisées par les régimes d'assurance-médicaments provinciaux et le PCEM permettent de réaliser des économies pour les soins de santé — parce que je présume que c'est ainsi qu'on établit les coûts — mais je soutiens que, pour déterminer l'efficacité par rapport au coût d'un médicament dans le cas de la maladie mentale, il faut tenir compte des coûts pour l'économie et le malade. Il n'y a pas que le coût par pilule qui compte; il y a aussi le rétablissement du patient et tous les coûts évités, qui s'élèvent à 33 milliards de dollars pour l'économie ainsi que les malades et leurs familles, quand ils perdent leur emploi parce qu'ils n'ont pas accès aux bons médicaments, au bon dosage ou à un médicament tout court.

Actuellement, le PCEM n'est pas axé sur le malade et ne fait pas appel à ceux qui, à notre avis, sont de vrais experts dans le domaine de la santé mentale. Plus particulièrement, ils ne consultent pas les malades et les consommateurs qui possèdent des connaissances issues de l'expérience qui sont essentielles et qui pourraient servir à toutes les étapes du processus.

Le manque de transparence est évident et, franchement, même si les médecins, les scientifiques et les fournisseurs de soins de santé qui font partie du CCCEM sont des gens formidables sûrement, je ne pense pas que leurs connaissances des problèmes de santé mentale soient suffisantes pour approuver ou non des médicaments destinés à soigner la maladie mentale.

Voilà nos réponses aux questions que vous avez posées. Si je peux maintenant réagir de façon un peu plus générale, je vous ai fait parvenir un mémoire assez détaillé que vous avez tous, vous et vos attachés de recherche, que j'estime beaucoup au fait, eu l'occasion de lire au complet, je crois. Il traite de la question de façon un peu plus globale que ce qui avait été demandé, mais il est tellement important d'expliquer ce que sont les maladies mentales par rapport aux autres maladies chroniques que j'ai jugé nécessaire qu'il soit assez général.

La Société pour les troubles de l'humeur du Canada est un organisme de charité non gouvernemental constitué en société conformément aux lois canadiennes. Nous ne sommes pas un groupe de défense des droits et je ne me considère pas moi-même comme un défenseur de droits; je suis gestionnaire d'une ONG. Nous effectuons entre autres des activités de recherche et de communication et nous travaillons en collaboration avec d'autres organismes provinciaux et nationaux.

Nous sommes très fiers du *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, dont l'origine remonte à 1962. Je crois que vous en avez des exemplaires. C'est le premier document jamais publié par Santé Canada sur les maladies mentales, qui constituent un aspect très important des maladies au Canada. Il a été préparé en collaboration avec la Société pour les troubles de l'humeur du Canada. C'est un des

ouvrages que le comité Kirby-Keon a consultés pour la réalisation de son étude.

Comme Santé Canada n'avait pas l'argent pour le publier, nous avons travaillé en partenariat avec le ministère parce que ce ne pouvait pas être une publication officielle du gouvernement. Je me suis donc chargé de former le comité de rédaction ainsi que de trouver d'autres participants et les fonds nécessaires pour le faire imprimer.

● (1545)

Comme vous pouvez le voir derrière le document, nous avons dû vendre de la publicité. Deux des commanditaires ont été Wyeth et Pfizer, et je vais vous expliquer pourquoi dans un instant. L'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies nous a aussi commandités. Ils nous ont fourni 90 000 \$, ce qui nous a permis d'imprimer et de distribuer 10 000 exemplaires du rapport.

Vous devez aussi sans doute tous avoir reçu la nouvelle édition de 2006-2007. Il est intéressant de voir qu'il n'y a pas de publicité. Santé Canada a en effet convenu qu'il fallait une publication officielle sur la santé mentale. C'est un document de portée beaucoup plus générale que celui que vous avez. Si vous n'en avez pas un exemplaire, dites-le-moi. Nous allons voir à ce que tous les députés et les sénateurs en aient un. C'est un ouvrage très important qui, d'après nous, va résister à l'épreuve du temps. La seule ONG qui a participé à la réalisation de ce projet est la Société pour les troubles de l'humeur du Canada.

Notre fonds d'exploitation est assuré par nos travaux à contrat avec Santé Canada et d'autres ministères fédéraux. Nous recevons aussi des fonds de nombreuses entreprises, notamment pharmaceutiques. J'ai remarqué que quelques commentaires ont été formulés à leur sujet lors d'autres séances, et je dois avouer que nos relations avec elles sont très bonnes. Nous leur avons demandé au départ de l'aide pour sensibiliser la population à la maladie mentale. Nous avons travaillé avec quatre compagnies pharmaceutiques de bonne réputation. Nous avons rompu nos relations avec plusieurs sociétés qui nous demandaient de trafiquer nos messages.

C'est hélas une pratique assez courante, que ce soit dans le domaine pharmaceutique ou autre. Tout le monde veut en avoir pour son argent quand il investit, même s'il s'agit d'organismes de charité.

Comme vous l'avez peut-être remarqué dans mon c.v., je connais assez bien le milieu scientifique, particulièrement celui des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies. J'ai fait partie du conseil consultatif de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, qui est un IRSC, pendant cinq ans. Je dois vous dire que j'ai beaucoup d'amis scientifiques et je suis surpris que des témoins aient pu laisser entendre que nos scientifiques peuvent plus ou moins modifier les essais cliniques quand ils sont financés par des compagnies pharmaceutiques. Je n'ai jamais rencontré au Canada de scientifiques, cliniciens ou autres, qui accepteraient de faire cela.

À notre avis, la définition d'« expert » préconisée par le CCCEM est trop restreinte. Ce comité fait appel à des gens qui n'ont aucune expérience du domaine de la santé mentale, si je ne m'abuse. C'est important pour nous en raison des préjugés tenaces qui sont associés à la maladie mentale. Je suis certain que mes amis médecins seraient d'accord avec moi pour dire que la maladie mentale n'est pas assez bien enseignée dans les facultés de médecine. La psychiatrie n'est pas une spécialité jugée bien importante.

En fait, très peu de gens prennent vraiment le temps de comprendre ce qu'est la maladie mentale et ce que suppose le rétablissement de ceux qui en souffrent. Je demande au comité de prendre conscience que beaucoup de gens sont touchés par les maladies mentales. Au Canada, il y a environ un million et demi de personnes qui le sont, sans compter les fournisseurs de soins qui doivent leur venir en aide. C'est un énorme problème, au même titre que le cancer ou les troubles cardiovasculaires et, à vrai dire, il n'y a pas de spécialistes qui s'intéressent assez à ces maladies.

Un aspect particulier de la maladie mentale, c'est le fait que le rétablissement est un processus et que l'accès aux médicaments fait partie des premières étapes les plus importantes du chemin vers la guérison. Contrairement aux autres maladies, le médecin fonctionne souvent par essais et erreurs pour trouver le médicament qui va convenir au malade atteint de troubles mentaux. Qu'on veuille limiter, en raison d'une formule de coût incompréhensible, les possibilités pour les malades de se rétablir et de contribuer à la société canadienne est un raisonnement qui m'échappe complètement.

Nous savons qu'il y a des médicaments qui pourraient être prescrits à ceux qui souffrent de dépression profonde, de schizophrénie et du trouble bipolaire. Ils ne sont pas exceptionnellement coûteux. Si ces médicaments étaient accessibles, nous pourrions les mettre à l'essai, voir comment ils agissent ou non et permettre aux malades d'entreprendre beaucoup plus rapidement le processus de guérison au lieu de les laisser sombrer dans la maladie.

• (1550)

Je vous rappelle pour finir — parce qu'il ne doit plus me rester de temps — qu'un des principaux facteurs de l'itinérance est la maladie mentale. D'ailleurs, l'itinérance est attribuable pour une grande part au fait que les hôpitaux ont fermé plus de 60 000 lits réservés aux soins psychiatriques. Du soutien de proximité devait être offert par les provinces, mais cela n'a pas été le cas. Ainsi, victimes des défaillances du système, beaucoup de malades se sont retrouvés dans la rue, sans abri. Ils n'avaient plus accès aux médicaments qui les auraient aidés à se rétablir, au point de ne plus faire confiance au milieu médical ni aux services auxquels ils auraient pu avoir accès.

Quand nous réussissons à faire prendre des médicaments aux sans-abri, il faut, selon les formulaires provinciaux, essayer d'abord ceux qui coûtent le moins cher et qui comportent le plus d'effets secondaires. Évidemment, cela ne fait que rendre les bénéficiaires encore plus méfiants. Nous soutenons que toutes les personnes atteintes d'une maladie mentale au Canada devraient avoir accès aux médicaments efficaces connus. Il faut donner des conseils et des instructions en ce sens aux membres du CCCEM ou encore changer le processus.

Merci, monsieur le président.

• (1555)

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous allons maintenant donner la parole au représentant de l'hôpital St. Michael's.

Docteur Andreas Laupacis, nous sommes heureux de vous accueillir parmi nous. La parole est à vous.

**Dr Andreas Laupacis:** Merci, monsieur le président.

Je suis l'ancien président du Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments, ou CCCEM comme je vais l'appeler. Ce comité recommande les médicaments qui devraient être ou non remboursés aux régimes d'assurance-médicaments qui participent au Programme commun d'évaluation des médicaments.

Je suis aussi médecin-praticien et chercheur et, comme vous tous, moi et ma famille recevons des services du régime de soins de santé.

Comme vous avez déjà beaucoup entendu parler du Programme commun d'évaluation des médicaments, je vais commencer tout de suite à répondre aux questions précises que vous avez posées, sans autre préambule. Je conclurai par deux ou trois remarques qui me semblent importantes à faire.

Votre première question portait sur l'efficacité du PCEM. Comme vous le savez, le programme effectue un examen indépendant détaillé de toute l'information pertinente dont on dispose sur les vertus, les effets indésirables et le rapport coût-efficacité des nouveaux médicaments qui lui sont soumis. Le résumé de ses examens est affiché sur son site Web. Pendant les trois années où j'ai présidé le CCCEM, la fiabilité de ces examens n'a presque jamais été remise en question; d'ailleurs on ne saurait trop insister, à mon avis, sur l'importance de leur indépendance.

Votre deuxième question portait sur le double emploi. Le PCEM effectue un examen national des faits observés sur un nouveau médicament. Cependant, dans notre régime fédéral, c'est chaque province ou territoire qui décide en fin de compte si le médicament sera remboursé. À ma connaissance, la grande majorité des provinces ou territoires ne font pas d'examen indépendant — il n'y a que le PCEM qui en fait un — et, dans plus de 90 p. 100 des cas, les recommandations du CCCEM sont acceptées. À mon avis, le problème du double emploi n'est donc pas plus grave qu'il ne l'était avant l'établissement du PCEM.

Toutefois, certaines provinces prennent beaucoup de temps à décider si un médicament recommandé par le CCCEM sera remboursé ou non. À mon avis, c'est un retard inacceptable et le délai entre la recommandation du CCCEM et la décision de la province ne devrait pas dépasser deux ou trois mois.

Votre troisième question portait sur la transparence. À ma connaissance, le PCEM est le seul comité de son genre au Canada à justifier publiquement ses recommandations sur son site Web. Ce niveau de transparence est tout à l'honneur du PCEM. Je suis tout à fait d'accord avec ceux qui demandent que le processus du PCEM soit plus transparent, mais c'est l'ensemble du régime d'évaluation des médicaments qui devrait l'être. En général, c'est tout le processus d'évaluation des médicaments au Canada qui manque de transparence, selon moi.

Par conséquent, faisons preuve de transparence et rendons publics les protocoles de toutes les études sur un médicament, pour que tout le monde puisse les comparer avec les résultats des études qui suivront.

Rendons publiques les présentations que les compagnies pharmaceutiques font à Santé Canada et qui fournissent des renseignements détaillés sur les vertus et les effets indésirables des médicaments. Les Canadiens qui consomment et payent ces médicaments n'ont-ils pas le droit d'en être informés?

Rendons public l'examen que Santé Canada fait des présentations des compagnies pharmaceutiques. Les Canadiens n'ont-ils pas le droit de savoir ce que les responsables financés par l'État pensent des présentations de ces compagnies?

Prônons la transparence, comme on l'a dit tout à l'heure, concernant les relations entre les compagnies pharmaceutiques, les groupes axés sur une maladie et ceux qui élaborent les guides de pratique clinique.

Encourageons la transparence à propos des ententes que les provinces et les territoires négocient avec les compagnies pharmaceutiques concernant le prix des médicaments, les rabais et autres arrangements.

Et, oui, faisons en sorte que le processus du PCEM soit plus transparent. Rendons publiques les présentations des compagnies pharmaceutiques au PCEM, ainsi que les examens du PCEM et les procès-verbaux de ses réunions.

Vous m'avez ensuite posé une question sur la participation du public. Il est bien vrai que sa participation directe au processus du PCEM a été minime — même si deux représentants du grand public font partie depuis peu du CCCEM, ce qui est un progrès important. Accroître la transparence de tout le processus d'examen des médicaments, comme je viens de le recommander, va nécessairement accroître la participation du public. Il reste qu'il est nécessaire que sa participation au PCEM soit plus grande, et elle peut se faire de bien des façons; on peut entre autres permettre au public de faire des présentations et d'en appeler d'une décision du CCCEM ou encore on peut organiser des tribunes où le CCCEM pourra discuter avec le public de ses recommandations. Il est important, selon moi, que le grand public puisse intervenir à toutes les étapes du processus d'évaluation des médicaments, et non seulement à propos des décisions concernant chacun des médicaments.

On m'a aussi demandé mon avis sur le processus d'examen conjoint des médicaments oncologiques. Ce processus a été établi après mon départ de la présidence du CCCEM; par conséquent, je ne peux pas me prononcer là-dessus en connaissance de cause. Cependant, les mêmes principes devraient s'appliquer pour le remboursement des médicaments, qu'il s'agisse du cancer ou d'autres maladies. Les malades qui ont des problèmes cardiaques, qui représentent un risque élevé de décès, ne devraient pas être traités différemment de ceux qui ont le cancer.

• (1600)

J'aimerais maintenant vous parler de deux autres questions qui m'apparaissent très importantes.

La première a trait à la fragmentation de tout le processus d'évaluation des médicaments au Canada. Il n'y a pratiquement aucun lien entre ceux qui décident si un médicament peut être vendu au Canada, c'est-à-dire Santé Canada, ceux qui déterminent le prix maximal d'un médicament, à savoir le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, ou le CEPMB, ainsi que ceux qui décident si un médicament sera remboursé par l'État, soit le CCCEM ou le PCEM, et ultimement les régimes d'assurance-médicaments fédéraux, provinciaux et territoriaux.

Laissez-moi vous donner un exemple. Le CEPMB et le CCCEM s'intéressent au prix d'un médicament. Le CEPMB fixe le prix maximal qui peut être facturé pour un médicament au Canada en fonction du prix en vigueur dans sept autres pays, ce qui n'a souvent rien à voir avec les bienfaits du produit. Le CCCEM formule ses recommandations à partir de l'analyse coût-efficacité d'un médicament, mais n'a absolument aucun impact sur le prix maximal établi par le CEPMB et ne peut pas du tout négocier les prix. Quant au PCEM, il est un élément assez restreint de tout le système d'évaluation des médicaments au Canada, et je demanderais instamment à votre comité d'examiner l'ensemble du système.

Pour finir, j'aimerais vous parler du prix des médicaments. Comme vous le savez, l'analyse coût-efficacité ou le rapport qualité-prix est le principal critère sur lequel le CCCEM se fonde pour formuler ses recommandations, et je voudrais ici insister pour dire que le CCCEM ne recherche pas seulement le médicament le moins

cher; il examine les avantages et les coûts, et il n'y a pas que les avantages liés au médicament qui sont pris en ligne de compte, mais aussi le fait de ne pas représenter un risque cardiaque ou d'éviter l'hospitalisation, par exemple.

Le rapport coût-efficacité est déterminé par deux facteurs. Le premier indique jusqu'à quel point un nouveau médicament est avantageux par rapport au traitement existant. Même un médicament très coûteux est efficace par rapport au coût s'il est sécuritaire et procure des bienfaits très importants.

L'autre facteur qui détermine de façon marquée l'efficacité d'un médicament par rapport au coût est son prix. Depuis dix ans, il y a eu une augmentation considérable du prix des médicaments, augmentation qui, en général, ne s'est pas accompagnée d'une augmentation comparable des avantages des médicaments. Il y a seulement quelques années, je trouvais qu'un médicament qui coûtait 1 000 \$ par année était dispendieux. Maintenant, le coût moyen des médicaments présentés au CCCEM est d'environ 5 000 \$ par année — c'est une moyenne — et il y en a qui coûtent plus de 20 000 \$ par année. Dans l'ensemble, ces médicaments ne guérissent pas la maladie et, dans bien des cas, leurs bienfaits sont très modestes.

À mon avis, le facteur qui limite le plus l'accès aux médicaments est la flambée des prix, qui ne semble pas vouloir s'arrêter. Leur hausse spectaculaire rend certains médicaments inabordables, et je vous rappelle que le Programme commun d'évaluation des médicaments n'a pas le pouvoir de négocier les prix; le CCCEM est simplement informé par la compagnie pharmaceutique du prix, qui est essentiellement à prendre ou à laisser.

Nous savons tous que l'accès à des soins de qualité est important pour notre système de soins de santé. Dans bien des régions du Canada, les personnes qui souffrent d'arthrite au genou doivent attendre des mois alors que la douleur est vive et qu'elles sont peu mobiles avant de pouvoir subir une chirurgie de remplacement du genou. Ces chirurgies sont parmi les interventions médicales les plus efficaces. Remplacer un genou coûte entre 11 000 \$ et 13 000 \$ environ et les avantages de cette intervention durent des dizaines d'années; comparez cela aux prix élevés de certains des médicaments examinés par le CCCEM dont les avantages sont beaucoup moins impressionnants.

Je ne dis pas que la chirurgie de remplacement du genou vaut toujours mieux qu'un médicament — ce n'est évidemment pas le cas — mais vous savez, en tant que parlementaires, que les ressources des soins de santé sont limitées et que des choix difficiles sur ce que nous pouvons nous permettre ou non sont faits tous les jours. Je soutiens que le PCEM et les régimes d'assurance-médicaments ne sont pas là pour acheter les médicaments, mais pour obtenir, en tant que maillons du système de soins de santé, des résultats pour la santé. Il appartient à l'industrie pharmaceutique de veiller à ce que les résultats fournis par les médicaments soient à tout le moins comparables à ceux que des investissements semblables peuvent acheter dans d'autres secteurs du régime de soins de santé.

Merci beaucoup de m'avoir donné l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui.

**Le président:** Merci beaucoup de votre exposé. Je suis sûr qu'il va susciter beaucoup de questions.

C'est maintenant au tour de Mme Michelle Calvert qui, je crois, va prendre la parole au nom du prochain organisme. Allez-y.

•(1605)

**Mme Michelle Calvert (présidente, Hit the slope for hope):** Je m'appelle Michelle Calvert. Je vous présente ma soeur, Sarah.

Merci beaucoup de nous donner l'occasion de vous faire part de notre expérience, et de tenir compte de notre point de vue. C'est un privilège et un honneur pour nous de nous exprimer au nom du grand public sur l'étude du PCEM.

**Mme Sarah Calvert (porte-parole, Hit the slope for hope):** C'était hier, le dimanche 13 mai 2007, la première fête des mères que nous passions sans notre mère, Gloria Calvert.

Ma mère est décédée le 25 juillet 2006. Plusieurs mois plus tard, j'ai reçu une lettre, datée du 26 octobre, dans laquelle notre député fédéral, Patrick Brown, m'informait que Tony Clement lui demandait de me transmettre des renseignements sur la prochaine étape du processus d'évaluation des médicaments de ma mère et sur le cancer. La lettre commençait par des excuses parce que la réponse avait tardé.

Dans le paragraphe suivant, on disait, de façon un peu superflue, que le cancer est une maladie grave, comme si nous ne le savions pas déjà. À l'époque, cette réponse qui arrivait trop tard a semblé cruelle, vaine et déplacée à tous égards. Nous avons alors ressenti tristesse, frustration et colère bien sûr. Cependant, ces émotions fortes et pourtant pas vraiment constructives ou dirigées ont fini par se transformer et une voix intérieure, sans doute celle de maman, nous a incitées à agir, à passer à l'action. Notre mère s'est toujours intéressée de près à la politique locale et croyait aux avantages de la vie dans une société démocratique. C'est ainsi que l'organisme Hit the Slope est né.

Cette levée de fonds maintenant annuelle, qui a lieu au Horseshoe Resort à l'extérieur de Barrie, en Ontario, sert à rendre hommage à notre mère et à financer la construction du Simcoe-Muskoka Regional Cancer Centre à l'hôpital Royal Victoria de Barrie. C'est un excellent hôpital où, malheureusement, nous avons passé beaucoup de temps.

La voix de notre mère a aussi dissipé la colère et la confusion que les lettres ont suscitées, en nous faisant prendre conscience qu'on ne pouvait pas revenir en arrière. Même si notre mère n'est plus avec nous, nous aimerions vous faire quelques suggestions, fondées sur notre expérience, pour éviter que les situations du genre ne se reproduisent, surtout à vous, qui avez un pouvoir réel et la possibilité de faire changer les choses.

Nous aimerions examiner l'efficacité du PCEM tel qu'il existe actuellement et vous faire part de nos réflexions sur ce processus bureaucratique supplémentaire, le manque de transparence, le manque de participation du public et le retard dans l'accès aux nouveaux médicaments.

Nous allons commencer par ce dernier point: le retard dans l'accès aux nouveaux médicaments.

Ma mère a appris qu'elle souffrait du cancer du poumon en avril 2005. J'ai écrit de nombreuses lettres à notre député fédéral, Patrick, et je suis allée le rencontrer, et j'ai aussi écrit deux lettres au ministre de la Santé qui ne m'a jamais répondu avant de demander à Patrick d'assurer la liaison avec nous. Le pronostic dans le cas de ma mère n'était pas encourageant et on lui donnait environ six mois à vivre. Il a fallu à peu près six mois pour recevoir une réponse quelconque. De plus, la réponse n'offrait pas vraiment de solution, et on m'indiquait que mon problème était du ressort de la province et que je devrais communiquer avec le ministre de la Santé, ce que j'avais déjà fait deux fois, six mois plus tôt. C'est ce que j'appellerais reporter,

reporter, reporter, et il me semble que c'est un peu se renvoyer la balle, si vous me passez l'expression.

Dans une situation de vie ou de mort, le temps est précieux. Et toutes ces formalités administratives sont superflues. On ne sait jamais ce que l'avenir nous réserve mais, dans le cas du cancer, nous savons que le temps est compté. Je suis donc certaine que vous pouvez comprendre pourquoi nous étions frustrées.

**Mme Michelle Calvert:** Ma mère a finalement obtenu le médicament dont elle avait besoin et pour lequel nous sommes battues, selon les recommandations de Bryn Pressnail, l'oncologue suppléant de ma mère à Barrie, qui est quelqu'un d'extraordinaire. Elle a commencé à prendre son médicament en juillet 2006, soit 15 mois après son diagnostic et trois semaines avant son décès. Le médicament, appelé Tarceva, n'a pas eu le temps de faire effet. Nous croyons que si elle l'avait reçu avant, sa qualité de vie se serait grandement améliorée et, à l'heure qu'il est, elle serait peut-être toujours en vie. Et ce ne sont pas que de faux espoirs. La preuve, un ami de ma famille, médecin, également atteint d'un cancer du poumon, a eu la chance de participer à une étude pharmacologique sur le Tarceva. Cela lui a permis de vivre encore dix bonnes années, au cours desquelles il a pu continuer de faire de la randonnée et de profiter de la vie avec ses amis et sa famille à son chalet.

Vous comprenez maintenant, ce qui nous inquiète par-dessus tout, c'est le manque d'accès aux médicaments en temps opportun. En outre, nous croyons que les médicaments comme le Tarceva devraient être couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario lorsque les patients satisfont aux critères et que leur vie en dépend.

Ce médicament sert précisément à traiter les patients souffrant d'un cancer du poumon non à petites cellules ou d'un cancer du pancréas avancé. Il convient aux patients qui ne peuvent pas avoir recours à la chimiothérapie ou à la radiothérapie, ou encore qui ne peuvent subir de chirurgie, compte tenu du stade très avancé de la maladie. Les cancéreux peuvent désormais vivre plus longtemps et mieux grâce au Tarceva. C'est parfois leur dernier espoir, et malheureusement, cet espoir a un prix très élevé. Le citoyen moyen ne pourrait jamais en assumer seul les coûts.

Selon le site Web consacré à ce médicament, le Tarceva est le premier et seul inhibiteur, administré oralement, à rallonger sensiblement la vie des patients atteints du cancer du poumon de deuxième intention; c'est prouvé. Toutefois, d'après Bryn Pressnail, une étude canadienne révèle qu'en Ontario, le médicament serait uniquement un traitement de troisième intention. Il n'est pas logique d'administrer ce médicament à un patient souffrant d'un cancer métastaté, car il n'agira pas aussi efficacement que souhaité.

Selon le rapport de 2007 de la Cancer Advocacy Coalition sur les taux d'incidence et de mortalité, il y a plus de cas de cancer du poumon chez les hommes et les femmes que de cancers de la prostate et du sein. De plus, il s'agit du cancer le plus meurtrier, autant chez les hommes que chez les femmes. On évalue à 159 000 le nombre de personnes qui recevront un diagnostic de cancer, et à 73 000 le nombre de décès causés par cette maladie au Canada en 2007. Ce sont des chiffres ahurissants. D'après ces statistiques, nous pouvons être assurés d'être touchés, de près ou de loin, par cette maladie, si ce n'est pas déjà fait. Cette maladie peut frapper votre femme, votre frère ou votre fille.

•(1610)

**Mme Sarah Calvert:** Nous allons maintenant parler du dédale bureaucratique et du manque de transparence.

Même si ma soeur et moi avons toutes deux des diplômes universitaires, en tant qu'enseignante et femme d'affaires, nous trouvons que le volume incroyable de paperasse ainsi que le jargon employé sur les formulaires et les demandes compliquent souvent les choses. Alors imaginez ce qu'il en est pour les nombreuses personnes qui luttent contre le cancer — et Dieu sait qu'il y en a beaucoup —, qui sont moins instruites, ont peu de moyens et sont mal informées, soit parce qu'elles n'ont pas accès à Internet, soit qu'elles n'ont pas eu la chance d'avoir un bon médecin. Et malheureusement, durant le combat de ma mère, nous avons eu affaire à plusieurs médecins incompetents. La majorité des médecins étaient excellents, mais il y a toujours une petite minorité qui ne l'est pas. Ces malades sont donc laissés pour compte et ne sont même pas au courant de l'existence du PCEM.

Dans notre hôpital, il n'y avait aucune brochure là-dessus, et c'est seulement parce que l'oncologue de notre mère nous l'a recommandé que nous avons écrit personnellement au ministre de la Santé ainsi qu'à notre député pour obtenir le Tarceva. Le gros problème pour la plupart des médecins, particulièrement les oncologues débordés comme Bryn Pressnail, à Barrie, c'est qu'il y a beaucoup trop de tâches administratives. Le Dr Pressnail est actuellement l'oncologue en chef à Barrie, où un centre anticancéreux régional sera bientôt établi. Ce médecin consacre énormément de temps au centre et, en plus, il est submergé par les dossiers des patients dont le nombre ne cesse d'augmenter chaque jour.

D'après ce qu'il nous a dit, il doit également demander certains médicaments qui sont extrêmement efficaces pour ses patients, mais qui ne sont pas encore couverts, comme le Tarceva. Lorsque ses demandes sont refusées, ce qui arrive souvent, il doit rédiger des lettres et lancer des appels. Il n'y a tout simplement pas assez d'heures dans une journée pour que cet homme puisse tout faire. Il craint que le temps qu'il passe à s'acquitter de tâches administratives l'empêche de bien s'occuper de ses patients. Au bout du compte, ce sont les patients qui en subissent les conséquences.

Cela dit, vous pouvez constater qu'il y a d'importantes lacunes dans le PCEM et que son efficacité est mise en doute. Comme nous avons accompagné notre mère pendant cette épreuve, nous sommes passées par toute la gamme des émotions. Pourquoi ne sommes-nous pas venues à Ottawa? Il y a plein de choses que nous aurions pu faire, mais cela ne sert à rien de regretter. L'important, c'est que nous sommes ici devant vous aujourd'hui, non seulement pour honorer la mémoire de notre mère dans son combat, mais aussi pour que notre expérience serve à la future génération qui connaîtra inévitablement des problèmes semblables.

Merci de nous avoir écoutées.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous allons maintenant procéder à la période de questions.

Madame Brown, la parole est à vous. Vous disposez de 10 minutes.

**Mme Bonnie Brown (Oakville, Lib.):** Merci beaucoup.

Je suis un peu perdue dans l'histoire des soeurs Calvert. Il semble y avoir de nombreux facteurs en jeu, comme dans toute histoire du genre.

Savez-vous pourquoi cela a pris autant de temps avant que votre mère puisse obtenir le Tarceva? Était-ce un nouveau médicament qui faisait l'objet d'une étude par Santé Canada? Avait-il été approuvé par Santé Canada, mais pas encore par le PCEM?

•(1615)

**Mme Sarah Calvert:** Je crois qu'il n'avait pas encore été approuvé par le PCEM. Selon le Dr Pressnail, tout semblait indiquer que le médicament allait être homologué. Il ne restait plus qu'à croiser les doigts et à attendre.

**Mme Bonnie Brown:** Avez-vous des preuves selon lesquelles le PCEM a été lent? C'est lui qui a pris le dossier après que Santé Canada eut approuvé le produit; c'est habituellement ce qui se arrive lorsqu'un médicament est nouveau et qu'un fabricant fait une demande. Autrement dit, j'ignore si la durée du processus pour le Tarceva était normale pour un nouveau médicament, ou s'il y a vraiment eu des lenteurs et que votre mère n'a pas été chanceuse.

**Mme Michelle Calvert:** Autant que je sache, ce médicament n'est toujours pas couvert. C'est ce que je pense, mais je vais m'informer.

**Mme Bonnie Brown:** Ce n'est pas la même chose.

**Mme Michelle Calvert:** Je vais me renseigner.

**Mme Bonnie Brown:** La couverture, c'est une autre paire de manches. L'approbation vient en premier. Il y a trois étapes, et la troisième est l'acceptation de la province de couvrir le médicament.

Votre mère aurait-elle pu être couverte en dehors de l'hôpital?

**Mme Sarah Calvert:** Je vais répondre.

Heureusement, nous avons les moyens... Nous allions payer le médicament, mais il n'était pas encore approuvé, étant donné la lenteur...

**Mme Bonnie Brown:** Donc, cela n'avait rien à voir avec la liste des médicaments couverts, mais plutôt avec la durée du processus...

**Mme Sarah Calvert:** C'était un problème d'accessibilité. Le Dr Pressnail nous disait que cela prenait beaucoup de temps, mais qu'il gardait espoir. Nous avons attendu longtemps.

**Mme Bonnie Brown:** Beaucoup de temps par rapport à quoi? Savait-il combien de temps cela prenait normalement pour homologuer un nouveau médicament?

**Mme Michelle Calvert:** Probablement. Je ne suis pas certaine. Toutefois, nous pouvons nous renseigner là-dessus et vous le faire savoir.

**Mme Bonnie Brown:** Nous pourrions donc poser la question aux représentants du PCEM quand ils comparaitront à nouveau, n'est-ce pas?

**Mme Michelle Calvert:** Absolument. Nous aimerions également le savoir.

**Mme Bonnie Brown:** D'accord.

Maintenant, ma prochaine question...

**Le président:** Le médecin a une réponse.

**Dr Andreas Laupacis:** Le Tarceva s'est retrouvé devant le PCEM lorsque j'étais président du CCEM, et autant que je me souviens, le processus a duré cinq mois, et on avait recommandé qu'il soit couvert en fonction de certains critères.

J'ignore si votre mère répondait à ces critères, mais chose certaine, à ma connaissance, il n'y a pas eu de lenteur.

Quelqu'un souhaite-t-il faire une remarque?

Je pense que cela nous ramène à l'un des problèmes dont j'ai parlé plus tôt, qui est le manque d'intégration dans tout le système. Lorsqu'il s'agit de médicaments novateurs, il faudrait que le PCEM fasse son examen en même temps que Santé Canada; il y aurait donc moins de perte de temps.

D'après ce que je comprends, le PCEM a entrepris quelques projets pilotes visant à examiner les renseignements fournis à Santé Canada. De toute évidence, cela n'est possible qu'avec l'autorisation du fabricant. Cela pourrait être un autre exemple du manque d'intégration, qui donne lieu à un processus beaucoup plus long que prévu.

**Mme Bonnie Brown:** Merci, Dr Laupacis. D'autres témoins nous ont fait la même proposition. Comme vous dites, je pense qu'on est en train de mener certains projets pilotes.

Par ailleurs, je tiens vraiment à ce que les soeurs Calvert sachent que le processus n'a pas été plus long pour ce médicament, comme on serait porté à le croire. C'est le processus normal qui a été suivi, et le Dr Laupacis est ici pour en témoigner. Le manque d'accessibilité était davantage lié au fait que le médicament était nouveau, plutôt qu'à la lenteur du PCEM.

**Mme Sarah Calvert:** D'accord. Pourquoi alors... Nous vous avons parlé plus tôt d'un ami de la famille qui avait obtenu le médicament il y a 10 ans. Même si c'était dans le cadre d'une étude, le médicament avait quand même été efficace dans son cas.

**Mme Bonnie Brown:** Il s'agissait d'un essai clinique. C'est bien différent.

**Mme Sarah Calvert:** D'accord.

**Mme Bonnie Brown:** Dr Laupacis, j'ai trouvé très intéressante votre remarque concernant le fait que le prix faramineux des médicaments les rendait moins accessibles. Vous avez donné de bons exemples de la situation qui existait il y a 10 ans, mais vous n'avez pas vraiment parlé de la conjoncture actuelle. Je ne sais pas si vous aimeriez nous en parler un peu, mais vous savez que les grandes compagnies pharmaceutiques attribuent ces prix exorbitants à la hausse vertigineuse des coûts de développement d'un nouveau médicament.

Pensez-vous que les coûts de développement ont augmenté au même rythme que le prix auquel se vendent les nouveaux médicaments aujourd'hui?

**Dr Andreas Laupacis:** Honnêtement, j'ignore comment l'industrie dépense son argent, c'est-à-dire la proportion qu'elle consacre à la publicité ou à la recherche scientifique, par exemple. Je pense que les choses changent sensiblement avec l'émergence des médicaments biotechnologiques, etc.

Il y a huit ou neuf ans, l'industrie disait qu'il lui en coûtait 300 millions de dollars pour développer un médicament. Naturellement, elle essayait de nombreux échecs en cours de route. Aujourd'hui, celui lui coûte jusqu'à 800 millions de dollars. Je ne suis pas en train de dire que ces chiffres sont inexacts; je dis tout simplement: mais où s'arrêtera cette augmentation? Nous avions peut-être l'impression que la révolution génétique allait faciliter la découverte de médicaments, mais on dirait bien que ce n'est pas le cas.

Pour savoir ce qui entre en ligne de compte dans l'augmentation de ces coûts, vous devriez demander à des représentants de l'industrie pharmaceutique. Moi, je l'ignore.

• (1620)

**Mme Bonnie Brown:** Vous avez aussi parlé des quelque sept pays qui guident le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés dans ses décisions. Croyez-vous que ce soient les bons pays, en ce sens que ce sont tous des pays dont l'exportation des produits pharmaceutiques est l'une des forces industrielles? Il faudrait savoir combien ces médicaments sont vendus dans ces pays, en sachant que leur exportation contribue favorablement à la balance commerciale.

**Dr Andreas Laupacis:** Je ne suis pas expert en la matière, mais je pourrais tout de même faire deux observations.

Tout d'abord, si je comprends bien — et je ne vois certes aucun inconvénient à ce que ce soit ces sept pays, même si je ne peux vous les énumérer — conformément à la loi, le prix au Canada ne peut être supérieur au prix médian de ces sept pays. Il conviendrait donc de savoir comment les prix sont établis dans ces autres pays. Il me semble que c'est ce que peut tolérer le marché, peu importe l'efficacité du médicament.

Ensuite, je crois savoir que les prix au Canada se comparent au prix courant. La France, par exemple, adhère à toutes sortes d'accords sur les prix au volume. Le prix courant pourrait être celui qu'on paie pour les 500 000 premiers consommateurs, et cela reviendrait moins cher pour les 250 000 suivants, par exemple. Ce que nous payons se compare au prix courant des médicaments dans ces pays, alors qu'en fait, les prix réels payés peuvent être inférieurs.

Il y a certainement d'autres personnes beaucoup plus expertes que moi en matière d'établissement des prix à l'échelle internationale.

**Mme Bonnie Brown:** Je vous remercie d'avoir fait une comparaison entre le prix courant et le prix réel qu'un patient, en France, pourrait payer. C'est ce que je veux dire quand je parle des pays qui font partie de ce groupe. S'ils fixent les prix ainsi, c'est parce qu'ils ont de bonnes raisons.

Monsieur le président, je crois que nous aurons des questions très pertinentes lorsque nous serons rendus à cette étape de notre étude. Nous allons consacrer deux ou trois séances aux prix.

Merci beaucoup.

**Le président:** Merci.

Monsieur Malo.

[Français]

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

Mesdames, messieurs, je vous remercie d'être parmi nous cet après-midi.

Monsieur Upshall, je veux vérifier si j'ai bien compris vos propos. Selon vous, les gens qui étudient les médicaments dans le cadre du PCEM sont des soi-disant experts parce qu'ils ne connaissent pas chacun des champs d'expertise, notamment celui des maladies mentales. Vous avez précisé que ce dernier était un champ spécifique.

Je voudrais simplement savoir s'il faudrait, à votre avis, que ces groupes d'experts soient formés de gens connaissant chacune des maladies ou champs d'étude médicaux pour que le diagnostic sur les médicaments offerts soit de qualité.

[Traduction]

**M. Phil Upshall:** Merci.

À mon avis, il faut que le domaine d'expertise soit le plus vaste possible. Je parle uniquement des troubles mentaux, mais ceux-ci touchent tellement de gens que la nécessité d'avoir des experts est évidente pour tout le monde, et pas seulement pour ceux qui nomment les membres du CCCEM.

En réalité, je crois que si on veut faire des recommandations judicieuses, on doit être expert dans le domaine. Il faut avoir des connaissances approfondies. On trouve ces spécialistes au Canada, que ce soit dans le milieu scientifique ou communautaire, et on devrait pouvoir faire appel à eux. De plus, je crois qu'on devrait consulter ces professionnels à mesure que le médicament franchit les diverses étapes du processus d'approbation.

• (1625)

[Français]

**M. Luc Malo:** Existe-t-il présentement, ailleurs dans le monde, des médicaments ou des études qui tendent à prouver que certains médicaments offerts peuvent changer les choses pour les personnes atteintes de troubles mentaux ou de troubles reliés à l'humeur?

[Traduction]

**M. Phil Upshall:** Nous savons qu'il y a des médicaments efficaces pour traiter les maladies mentales qui sont disponibles dans certains pays, mais pas ici. Nous n'avons aucune politique pancanadienne en la matière. Comme vous le savez probablement, au Québec, les personnes atteintes d'une maladie mentale jouissent d'un meilleur accès aux médicaments.

Les décideurs n'arrivent pas vraiment à comprendre ce qui différencie autant ces médicaments de ceux, par exemple, servant à traiter les maladies cardiovasculaires. Les Canadiens n'ont guère de choix, et pourtant, ça devrait être le cas.

[Français]

**M. Luc Malo:** Ça m'amène à poser une question au Dr Laupacis.

Comme M. Upshall semblait le dire, plus de médicaments sont approuvés et disponibles au Québec que dans les provinces assujetties aux règles du PCEM.

Êtes-vous en mesure d'expliquer cette différence?

[Traduction]

**Dr Andreas Laupacis:** Je pense que le Québec a toujours eu une vision plus libérale du remboursement des médicaments. Comme je n'ai jamais siégé à un comité de ce genre au Québec, je ne peux pas vraiment me prononcer là-dessus.

Je pourrais quand même faire trois observations sur cette question générale. Il va sans dire que nous avons besoin de gens spécialisés dans une maladie en particulier. Bien sûr, le Programme commun d'évaluation des médicaments compte toujours sur l'avis d'un ou deux experts. Je me rappelle très bien avoir discuté, en comité, de médicaments servant à traiter des troubles psychiatriques avec deux spécialistes par téléconférence.

Mais en même temps, je pense qu'il est important d'avoir des gens ayant une vue d'ensemble du système de soins de santé et de l'utilisation concrète de ces médicaments. Si je ne m'abuse, M. Upshall a indiqué qu'un million et demi de personnes souffrent d'une maladie mentale au Canada. De toute évidence, il n'y a pas assez de psychiatres pour traiter tous ces gens. Ceux-ci sont souvent vus par des médecins de famille, des infirmières praticiennes ou d'autres professionnels de la santé.

L'une des choses que le CCCEM doit faire, c'est évaluer la rentabilité éventuelle d'un médicament ainsi que son utilisation

pratique, laquelle est parfois perçue différemment par les chercheurs, comme moi, axés sur le milieu hospitalier.

Enfin, il n'y a pas de doute qu'il serait avantageux d'avoir un accès rapide à un médicament si celui-ci se révélait salubre et inoffensif. Je pense que nous avons entendu quelques exemples... Le Vioxx, par exemple, en y repensant bien, a probablement été prescrit un peu trop souvent, et aurait causé quelques crises cardiaques. On a émis des réserves au sujet des nouveaux médicaments antipsychotiques, car ils pouvaient accroître le risque d'accidents cérébraux vasculaires et de crises cardiaques.

Dans la mesure du possible, nous devons trouver un juste milieu. D'une part, nous devons nous assurer que les médicaments requis soient rapidement disponibles; et d'autre part, nous devons nous efforcer de recueillir le plus de renseignements possible afin d'être en mesure de rendre des décisions judicieuses.

[Français]

**M. Luc Malo:** Au moment où...

[Traduction]

**Le président:** Votre temps est écoulé.

**M. Luc Malo:** Mes dix minutes?

**Le président:** Vos dix minutes, non, mais vos cinq minutes, oui.

Monsieur Fletcher, vous disposez de cinq minutes.

**M. Steven Fletcher (Charleswood—St. James—Assiniboia, PCC):** Tout d'abord, j'aimerais dire aux soeurs Calvert que je suis très sensible à leur témoignage. Je peux parfaitement comprendre, lorsqu'on est blessé ou malade, qu'on ne se préoccupe pas de savoir si on est couvert par le gouvernement provincial ou fédéral; on veut de l'aide, et tout de suite.

Monsieur Upshall, je tiens à féliciter votre organisation pour le document intitulé *Quelques faits au sujet de la maladie mentale et de la toxicomanie au Canada*, que vous nous avez remis. Il est très instructif. Toutefois, étant donné les contraintes de temps, je vais réserver mes questions pour les représentants de l'AMC.

Dans votre exposé, vous avez recommandé de créer un formulaire canadien pour harmoniser les 18 différents niveaux de couverture. Je me demandais, compte tenu de la réalité canadienne et de tout ce qui relève du gouvernement provincial, si l'AMC avait songé à la forme que pourrait prendre ce programme.

De plus, qu'est-ce que l'AMC propose pour empêcher, dans la mesure du possible, qu'une norme nationale soit ramenée au plus petit commun dénominateur? Et comment serait-il possible de modifier la couverture à mesure que de nouveaux médicaments sont développés? Il me semble que ce sera très difficile étant donné l'énormité de la tâche. Au moins, si les provinces veulent excéder les normes du PCEM, elles ont maintenant la possibilité de le faire.

Voilà pour mes questions.

•(1630)

**Dr John Haggie:** Eh bien, je vais y répondre dans le désordre. D'abord, selon l'Association médicale canadienne, toute évaluation de médicaments donne lieu à une série d'informations qui reposent sur des résultats d'études, étayés par des preuves. Le financement est une question distincte, qui relève des gouvernements provinciaux et territoriaux, mais l'idée derrière tout cela est de produire un médicament généralement considéré comme le meilleur de sa catégorie, tout en proposant quelques solutions de rechange pour donner un peu de souplesse. Et à part cela, il y a toute la question de savoir comment les provinces choisissent de les financer; et il y a d'autres options. On ne peut tout simplement pas évaluer un médicament séparément, et nous y avons fait allusion lorsque nous avons discuté des troubles rares et des protections contre le coût catastrophique des médicaments. Je pense que tout cela doit être pris en considération.

La question du financement est différente à bien des égards. Toutefois, nous envisagerions un programme d'évaluation des médicaments beaucoup plus important que celui qui existe à l'heure actuelle, en termes de personnel et de capacité d'intervention. Divers témoins nous ont dit, aujourd'hui et lors de séances précédentes, que le système était beaucoup trop lent et complexe. Cela ne signifie pas nécessairement qu'il ne devrait pas exister. Il faudrait plutôt le réviser et le modifier de façon à le rendre plus flexible et rapide pour qu'on puisse adopter une approche différente, au stade initial, lorsqu'il s'agit de médicaments révolutionnaires, qui sont souvent difficiles à évaluer étant donné qu'on a rien avec quoi les comparer.

Au bout du compte, ce qui nous intéresse, c'est le résultat sur le patient. L'état du patient s'est-il amélioré et celui-ci ressent-il moins d'effets secondaires qu'avec d'autres traitements déjà existants, ou si c'est l'inverse?

L'autre chose, que les gens oublient souvent, c'est que nous, professionnels de la santé, aimerions avoir accès à ces évaluations et à ces données. De cette façon, tous les médecins seraient en mesure de recommander au moment opportun le médicament qui convient le mieux à un patient. C'est notre objectif.

Le problème, à l'heure actuelle, c'est que la plupart des médecins, dans la pratique courante, sont informés des nouveaux médicaments sur le marché principalement par les représentants des compagnies pharmaceutiques. Évidemment, ceux-ci ne sont pas là pour nous renseigner, mais pour vendre. C'est donc difficile d'avoir des conseils indépendants et désintéressés. Une évaluation, financée par le gouvernement fédéral, serait irréprochable. On n'aurait pas à accorder de fonds puisque cela relève de la compétence provinciale. Ainsi, les organismes de défense des droits des patients ne croiraient pas qu'on a un intérêt pécunier quelconque. L'évaluation serait faite indépendamment des compagnies pharmaceutiques, puisque les prix seraient strictement négociés au niveau provincial.

Il faudrait donc corriger le tir et ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain.

J'espère avoir bien répondu à vos questions. Je suis conscient que je me suis peut-être un peu éloigné.

**M. Steven Fletcher:** Ce n'est pas grave.

**Le président:** Merci beaucoup. Votre temps est écoulé.

C'est maintenant au tour de Mme Priddy. Vous disposez de cinq minutes.

**Mme Penny Priddy (Surrey-Nord, NPD):** Merci, monsieur le président.

Mesdames Calvert, j'aimerais vous dire que votre mère a fait du très bon travail. Elle a fait de vous deux grandes militantes. C'est extraordinaire. Elle doit être vraiment fière de ce que vous accomplissez, parce que ce n'est pas tout le monde qui réussit à reprendre le dessus et décide de se vouer ainsi à une cause. Je vous félicite. Vous parlez au nom de tous ceux qui ne peuvent pas se faire entendre.

Si je puis me permettre, j'aimerais poser une question aux représentants de l'AMC. Je veux être certaine d'avoir bien compris votre exposé. Si je ne m'abuse, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux nous ont également dit qu'il était nécessaire d'avoir un formulaire national, n'est-ce pas? Mais il faut tout de même favoriser une certaine souplesse, car aussitôt qu'on a une liste, il y a toujours une exception à la règle.

Vous avez dit que le formulaire serait irréprochable — je pense que c'est le mot que vous avez employé — si c'était le gouvernement fédéral qui l'établissait. Le cas échéant, croyez-vous que le PCEM pourrait s'en charger, s'il subissait quelques transformations? Je crois que vous avez été très prudent en disant que si c'était fait par le PCEM, certaines choses... Si on confie cela au PCEM, croyez-vous que c'est possible?

•(1635)

**Dr John Haggie:** Ça dépend. Si vous mettez en place un processus d'évaluation, vous aurez votre réponse. Et si le PCEM fonctionne, tant mieux; sinon, trouvez le problème et réglez-le.

**Mme Penny Priddy:** Ma deuxième question est la suivante: avez-vous remarqué un changement dans la durée du processus d'approbation? Elle s'adresse également au Dr Laupacis. D'après ce que vous ont dit les médecins avec qui vous travaillez, le délai d'approbation des médicaments est-il le même depuis que le PCEM a été mis en place? Les gens trouvent-ils qu'il est plus long, plus court ou beaucoup plus long? On entend toutes sortes de choses. Certains nous disent que cela prend six jours de plus et d'autres affirment que c'est beaucoup plus long qu'avant.

Je me demande donc si vous avez recueilli des commentaires de vos homologues de partout au pays à ce propos.

**Dr John Haggie:** Je vais vous parler de la situation locale et peut-être laisser Briane Scharfstein vous entretenir de la situation nationale. Au niveau local, ce qui est difficile, c'est d'obtenir de la province ce que nous appelons des autorisations spéciales.

**Mme Penny Priddy:** Oui, je sais de quoi il s'agit.

**Dr John Haggie:** Et la difficulté, c'est que les médecins ont l'impression qu'on essaie davantage de limiter les coûts que d'obtenir des résultats, parce que les données ne semblent pas être là pour appuyer les résultats.

Mais peut-être que Briane a une meilleure perspective nationale.

**M. Briane Scharfstein (secrétaire général associé, Association médicale canadienne):** Très rapidement, je pense que le Dr Laupacis a indiqué que les praticiens de première ligne ne comprenaient pas le processus et ne voulaient pas le comprendre. Tout ce qu'ils savent, c'est que cela prend beaucoup de temps à partir du moment où ils sont informés de la disponibilité d'un médicament jusqu'à ce qu'ils puissent le prescrire et que celui-ci soit couvert. Ils ignorent si c'est attribuable à la lenteur du PCEM ou au manque d'intégration avec d'autres processus — le processus d'approbation original, les essais, le contrôle, etc. Je ne sais pas si c'est nécessairement le même processus pour un médecin praticien ordinaire, mais tout le processus semble complexe et difficile à comprendre.

J'aimerais aussi faire une brève remarque sur la faisabilité du formulaire national. À bien y penser, c'est intéressant que nous ayons l'équivalent d'un formulaire national pour les soins donnés par les médecins. Il semble que nous soyons capables de le gérer si on tient compte du fait que les services médicaux sont couverts selon les mêmes conditions, et qu'en fait, le coût de ces services est actuellement moins élevé au Canada que celui des produits pharmaceutiques. Si c'est ce qu'on veut, il y a certainement une façon d'y arriver, et nous l'avons démontré.

J'aimerais compléter la réponse de John concernant l'utilisation d'un formulaire national. Plus les formulaires varient d'une province à l'autre, plus l'intégrité du processus est compromise, du moins de l'avis des médecins. S'il y a de grands écarts en matière de couverture, on commence à remettre en question les connaissances scientifiques sur lesquelles reposent les décisions. Et nous voulons un mécanisme en vertu duquel le processus du PCEM serait considéré comme infaillible et deviendrait la norme par excellence. Les gens se fieraient entièrement au processus et cela influencerait la manière dont les médecins prescrivent les médicaments; c'est ce que nous aimerions voir. Selon nous, si cela devient un outil pour rationner ou gérer le budget alloué aux médicaments, cela compromet l'intégrité du processus, dans une certaine mesure, et ce serait bien de pouvoir éviter cela afin qu'on puisse avoir confiance en la science.

**Mme Penny Priddy:** Merci.

Docteur Laupacis, vous avez dit...

**Le président:** Je suis désolé, mais votre temps est écoulé. C'était toutefois un bel essai.

**Mme Penny Priddy:** Mon tour reviendra peut-être...

**Le président:** Ça se pourrait.

**Mme Penny Priddy:** ...Au sujet des cinq mois et des 735 jours dont il est question. Mais j'imagine que vous en parlerez sûrement plus tard.

**Le président:** Certainement.

Merci, madame Priddy.

Nous allons maintenant céder la parole à Mme Davidson.

•(1640)

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

Je tiens à remercier tous les témoins, et plus particulièrement Michelle et Sarah, pour avoir eu le courage de venir nous raconter leur histoire et de se faire les porte-parole de gens dans la même situation.

Ma première question s'adresse à M. Upshall. Vous avez parlé du manque de spécialistes dans le PCEM quand vous dressez la liste les

médicaments dont a besoin votre région. Y a-t-il des médicaments qui sont disponibles dans d'autres pays, mais qui ne le sont pas au Canada pour cette raison? Y a-t-il des médicaments qui font l'objet d'une évaluation du PCEM et qui sont rejetés puis repris par les provinces? Sont-ils approuvés à l'échelle provinciale? Les Canadiens n'ont-ils pas droit aux mêmes médicaments que les citoyens des autres pays?

**M. Phil Upshall:** Dans bien des cas, nous n'avons pas accès aux mêmes médicaments que les autres, ailleurs dans le monde. Je ne saurais vous dire pourquoi, outre le fait que c'est probablement attribuable à une combinaison des problèmes entourant le PCEM et du manque de volonté des provinces de trouver les fonds pour rendre ces médicaments disponibles.

L'autre obstacle, c'est la durée du processus. Cela prend beaucoup plus de temps pour faire approuver un médicament au Canada que partout ailleurs dans le monde.

J'aimerais ajouter que notre collectivité est très bien intégrée sur le plan international. Les Canadiens atteints d'une maladie mentale communiquent avec leurs semblables dans d'autres pays par l'intermédiaire de groupes de défense et d'Internet. Très souvent — et je pense que les professionnels de la santé seront tous d'accord —, les patients demandent à leur médecin s'il peut leur prescrire tel ou tel médicament.

Les médicaments servant à traiter des troubles mentaux ne sont pas aussi précis et ciblés que les autres médicaments. Il est absolument essentiel d'avoir une liste détaillée de tous les médicaments disponibles, le plus tôt possible. Je le répète, plus on intervient au début de la maladie, moins il y aura de dommages et meilleures seront les chances de rétablissement. Au bout du compte, les gens redeviendront plus rapidement de bons contribuables.

**Mme Patricia Davidson:** Merci.

Je m'adresse à l'AMC; vous avez notamment fait valoir qu'il devrait y avoir un mécanisme d'appel des décisions découlant de l'évaluation. À quoi ce mécanisme ressemblerait-il?

**Dr John Haggie:** Je n'ai pas d'idées préconçues à cet égard. Je pense qu'il faudrait impliquer les personnes concernées et peut-être s'assurer que peu importe... Le premier impératif, c'est que ce processus soit transparent pour tous.

Je pense que ce recours judiciaire devra aller dans le même sens que les mécanismes utilisés par le PCEM, ou peu importe son nom. Il devra donc être axé sur les résultats, reposer sur des preuves scientifiques et être transparent pour la population. L'un des problèmes avec tout le processus, c'est qu'il se déroule en vase clos, et on ignore ce qui se passe à l'intérieur.

À part cela, tant que vous respecteriez les principes que nous avons exposés pour élaborer ce mécanisme, je crois que je n'aurais pas de recommandation précise à formuler quant à sa forme. Je pense qu'il remplira la fonction qu'on déterminera.

**Le président:** Dr Laupacis, seriez-vous intéressé à répondre à cette question concernant un mécanisme d'appel, à titre de président?

**Dr Andreas Laupacis:** Il y a déjà un processus d'appel. J'ai remarqué que chaque fois — sauf peut-être une ou deux exceptions — que nous avons recommandé qu'un médicament ne soit pas couvert, cette décision a été portée en appel et nous avons examiné le jugement rendu.

Je reconnais que le processus d'appel devrait être plus transparent et ouvert, mais cela impliquerait que les sociétés pharmaceutiques acceptent de rendre publics les renseignements qu'elles soumettent au PCEM et qu'elles demandent souvent de garder confidentiels. J'y serais très favorable.

**Le président:** À ce sujet, pour la gouverne du comité, on interjette appel devant la même instance ayant approuvé la décision la première fois, n'est-ce pas?

**Dr Andreas Laupacis:** Oui, tout à fait.

**Le président:** Si vous deviez recommander au comité un mécanisme permettant de porter une décision en appel devant un autre groupe, quelle forme prendrait-il, et quel serait ce groupe?

**Dr Andreas Laupacis:** C'est une question intéressante. Je pense que cela dépend de l'objet de l'appel. Est-il fondé sur le fait que le PCEM s'est fié à de mauvaises données scientifiques? Les représentants de l'AMC ont presque sous-entendu que les informations scientifiques allaient être claires, mais ce n'est pas le cas. Parfois, il est évident que des médicaments sont formidablement efficaces et sécuritaires, alors que d'autres fois, il est clair qu'ils ne le sont pas. Et, souvent, nous n'en savons rien. Nous ignorons comment ce médicament fonctionnera dans le monde réel, car Santé Canada n'exige que six mois de données, et tel antidépresseur est utilisé depuis six ans, etc. Je tiens à souligner que les données scientifiques ne résoudront pas tout.

Un processus des valeurs est en jeu; c'est pourquoi j'ai exercé de fortes pressions pour que le CCCEM comprenne des membres du public. Cela m'apparaissait vraiment important. Nous pourrions débattre du fait que deux membres constitue un nombre insuffisant, ou d'autre chose.

Il y a donc l'aspect scientifique, puis celui des valeurs. Est-ce qu'un médicament présente un assez bon rapport qualité-prix pour justifier qu'on l'ajoute au formulaire, compte tenu de toutes les autres choses dans lesquelles nous pourrions injecter des fonds affectés à la santé?

Je conviens que de manière générale, il serait raisonnable d'interjeter appel devant un autre instance, mais il faudrait le faire auprès d'un organisme appliquant les mêmes principes que le CCCEM. J'ai cru comprendre qu'on procède ainsi en Hongrie; on a un deuxième groupe qui entend les appels et dont la constitution est semblable à celle du premier.

• (1645)

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous allons maintenant entendre Mme Beaumier.

**Mme Colleen Beaumier (Brampton-Ouest, Lib.):** Merci.

Je pense que la principale préoccupation que nous exprimons la majorité des gens concerne le fait que le PCEM n'approuve pas les médicaments assez rapidement. J'ai noté que dans sa première recommandation, M. Upshall indique qu'on n'accorde pas la même priorité aux médicaments contre les maladies mentales qu'à ceux contre les maladies physiques comme le cancer, disons. Je pense que nous pouvons tous reconnaître que souvent, les troubles mentaux sont aussi mortels que le cancer, le diabète ou autres maladies terminales.

Y a-t-il une pénurie d'effectifs? Est-ce pour cela qu'il y a des retards de traitement? Les médicaments pour la santé mentale devraient-ils être évalués d'une façon distincte en vue d'être approuvés? Je crois comprendre qu'il faut gagner la participation des familles et des communautés, car une personne aux prises avec

un problème de santé mentale n'est pas la seule à en souffrir; cela touche également la famille, et souvent la collectivité entière. Devrait-il y avoir différentes sections? Je pense que nous reconnaissons tous qu'il faut accélérer le traitement de ces dossiers et, avec les avancées de la science, de nouveaux médicaments apparaissent de plus en plus rapidement et s'accumulent.

Je me demande donc quelle est la solution à ce problème, car tout le monde veut qu'on priorise son domaine.

**Dr Andreas Laupacis:** Tout d'abord, je suis pleinement d'accord. Je travaille à l'hôpital St. Michael's, situé au centre-ville de Toronto, et il y a de nombreux sans-abri dans les environs, dont beaucoup souffrent de troubles mentaux. Mon père est mort de démence; je suis donc pleinement conscient des effets dévastateurs de la maladie mentale. Ce que je dirais au sujet du processus d'évaluation relatif au cancer qu'on a mis sur pied — et dont j'oublie le nom — c'est que je ne crois pas, pour ce qui est des principes qui guideront nos décisions concernant les médicaments devant être couverts, que nous devrions établir une distinction entre les traitements du cancer, de la maladie mentale, ou encore, de l'arthrite. Il est clair que certains de ces troubles sont mortels, tandis que d'autres affectent la qualité de vie des gens. Nous devons tâcher le plus possible d'accorder une importance égale à chaque trouble.

Je ne dispose pas de toute l'information au sujet des médicaments que nous avons évalués au PCEM, mais j'arrive à me souvenir de quelques médicaments contre les troubles mentaux, que nous avons traités exactement de la même façon que les autres médicaments. Alors je ne crois pas, du moins dans la perspective du PCEM, qu'il faille accélérer le traitement des médicaments de santé mentale par rapport à d'autres types de médicaments. Si on a l'impression que le système entier est trop lent, il faudrait en parler, mais je ne crois certainement pas, de mon point de vue, du moins, qu'on exerce une discrimination à l'encontre des médicaments servant à traiter les troubles mentaux.

**Mme Colleen Beaumier:** Merci.

Monsieur Upshall.

**M. Phil Upshall:** J'ai quelques brèves remarques à faire.

En ce qui a trait au caractère fatal des maladies mentales, la Société pour les troubles de l'humeur du Canada dénombre les suicides sur son site Internet. À ce jour, depuis le tournant du siècle, 30 000 Canadiens ont mis fin à leurs jours et, sur ce nombre, la grande majorité, sinon la totalité, étaient aux prises avec des maladies mentales graves et difficiles. Donc, la maladie mentale tue.

• (1650)

**Mme Colleen Beaumier:** Par tournant du siècle, entendez-vous l'an 2000?

**M. Phil Upshall:** Oui. Quelque 4 000 Canadiens se suicident chaque année, et cela nous indiffère. Ce nombre équivaut à environ 150 — j'oublie le chiffre; j'ai fait le calcul la semaine dernière — Boeing 747 qui s'écrasent, et cela ne vaut que pour les suicides. Nos prisons sont remplies de gens qui souffrent de maladie mentale; elles y sont bien plus nombreuses que dans les hôpitaux ou dans la rue. Comme l'honorable juge Ted Ormiston vous le confirmera, lorsqu'il dirigeait le tribunal de la santé mentale, il était le plus grand entrepreneur de personnes atteintes de troubles mentaux.

Quand je parle d'accès aux médicaments, cela concerne les personnes souffrant d'une maladie mentale débilissante. Les médicaments sont très souvent nos cannes, nos chaises roulantes, nos rampes d'accès. Donc, quand il est question du coût des médicaments, il s'agit de ce qu'il en coûte à la société de ne pas rendre les médicaments accessibles, et cela va bien au-delà des frais des soins de santé. Je comprends qu'on restreigne le calcul des coûts aux soins de santé, mais même sur ce plan, les médicaments destinés aux personnes souffrant d'une maladie mentale sont souvent au bas de l'échelle des coûts, et certainement bien loin du prix des immunosuppresseurs ou des médicaments contre le cancer. Le rendement des médicaments contre la maladie mentale déjà disponibles est considérable.

Je pense que dans le cadre du nouveau PCEM, vous pourriez vouloir considérer l'établissement d'une procédure accélérée pour les médicaments déjà approuvés et utilisés dans le monde, qui sont sécuritaires et favorisent une guérison rapide. Je ne sais pas. Quelques questions scientifiques se posent, entre autres, mais il doit y avoir moyen de nous donner accès à nos médicaments plus rapidement.

**Le président:** Merci.

Monsieur Brown.

**M. Patrick Brown (Barrie, PCC):** Merci, monsieur le président.

J'ai quelques questions à poser aujourd'hui. La première est d'ordre général et s'adresse à quiconque est en mesure d'y répondre.

La question qui me donne du fil à retordre, et que je n'ai pas entendu évoquer jusqu'à présent, c'est la façon dont le PCEM ne présente pas de chevauchement. Au fil de ces audiences, nous avons entendu beaucoup de rationalisations à propos de l'existence d'empiétements. Si nous attirons l'attention sur un cas particulier, il y a toujours une cause au retard de traitement. Mais l'on regarde la structure de ce système, son fondement même, nous avons deux organismes décisionnels distincts, soit au niveau provincial et au niveau national, avec le PCEM.

N'y a-t-il pas nécessairement un chevauchement? N'y a-t-il pas, de façon inhérente, deux groupes qui font exactement le même travail?

Cela donne l'impression qu'il y aura assurément des retards. J'entends beaucoup d'histoires comme celle, émouvante, que les Calvert nous ont racontée. Il est fort triste que nous ayons des médecins dans notre communauté — pas seulement dans ma circonscription, mais aussi, j'en suis sûr, partout au pays — qui disent qu'il faut croiser les doigts et espérer que le PCEM approuvera un médicament.

J'aimerais connaître l'origine du problème. Nous ne devrions pas avoir à croiser les doigts. Si le problème n'est pas du côté du chevauchement ni du fait que deux groupes agissent chacun de leur côté en rallongeant ainsi le processus, où est-il donc? C'est une chose que j'aimerais examiner de plus près. Cela prend-t-il autant de temps en raison d'un manque de ressources ou d'effectifs? Où est le problème? Je n'ai jamais entendu évoquer cela.

L'une des choses évoquées par les défenseurs du PCEM, c'est que celui-ci a contribué à instaurer des normes nationales, une uniformisation du processus et plus d'équivalence entre les provinces. Ils ont dit que c'était l'une des raisons de sa mise sur pied, il y a quelques années. Mais en examinant la situation actuelle, nous voyons des médicaments contre le cancer rejetés par le PCEM et approuvés dans certaines provinces. Nous en avons vu un exemple en Colombie-Britannique. Si on cherchait à fixer une norme, on a échoué.

Je sais que j'ai dit un certain nombre de choses, mais n'hésitez pas à commenter.

**M. Briane Scharfstein:** Je me permets de dire que nous aurions considéré ces processus comme nettement distincts. Sur le plan national, un processus permettrait simplement de fournir les renseignements objectifs — les preuves les plus tangibles, attestées d'entrée de jeu par des experts reconnus, de sorte qu'on n'ait pas à débattre plus tard du fait d'avoir ou non fait appel au bon spécialiste — en toute transparence. Il fournirait essentiellement des renseignements objectifs — voici tel médicament, qui a tel effet, présente tel avantage et coûte tel prix — et mettrait peut-être ces caractéristiques en relation avec celles d'autres thérapies susceptibles de produire les mêmes résultats.

Chaque province qui assure un financement prendrait cette information impartiale et, espérons-le, ne répéterait pas et ne contesterait pas cet exercice, sinon une seule fois, et de façon transparente. Elle déciderait ensuite si elle souhaite assumer les coûts du médicament, mais ne réinventerait pas encore une fois le processus en disant qu'elle est arrivée à une conclusion différente quant au coût réel ou aux bienfaits d'un médicament.

À nos yeux, ces processus sont donc très distincts et ne se recoupent pas nécessairement. Et si c'est le cas, il faudrait peut-être les revoir. Si, en vertu du processus national, pour ainsi dire, on se met à décider si un médicament doit être couvert ou pas, cela constitue probablement une répétition du travail des provinces, mais il ne devrait pas en être ainsi. Le processus doit être plus objectif.

• (1655)

**M. Phil Upshall:** Le cynique en moi me dit que la cause du recouplement — une création de quelques sous-ministres très intelligents et autres — est l'objectif d'économiser de l'argent dès le départ dans les budgets provinciaux alloués aux soins de santé. Plus on retardera une approbation, moins on sera susceptible de devoir payer pour le médicament. C'est un point de vue cynique. Peut-être ai-je tort de l'être.

Mon autre remarque est que Santé Canada et toutes les provinces adoptent ce qu'on appelle une approche centrée sur les patients. Tout le monde parle de l'approche axée sur les bénéficiaires. Mais le patient n'est au milieu de rien de ce que j'ai vu dans ce processus. Je pense qu'il est grand temps qu'on le place au coeur de l'opération à titre d'expert ou de conseiller qui affirme vouloir un médicament ou en avoir besoin.

Je crois qu'il faudrait demander aux fonctionnaires combien de régimes bureaucratiques ils doivent créer pour pouvoir rendre un médicament disponible.

Je conviens qu'il doit y avoir un seul organisme national, mais selon moi, il faudrait qu'il puisse tenir compte de ce qui s'est fait dans d'autres grands pays où l'on a traité les médicaments. Nous devons faire une évaluation approfondie, mais je ne crois pas que nous ayons à refaire l'enquête. À mon avis, cela ajoute des coûts significatifs et des retards importants pour les sociétés pharmaceutiques.

Voilà mes remarques, pour ce qu'elles valent.

**Le président:** Merci beaucoup. Votre temps est écoulé.

Une autre personne souhaite intervenir. Cette partie de la séance doit prendre fin à 17 heures, alors nous accorderons à Mme Kadis quelques minutes pour poser ses questions.

**Mme Susan Kadis (Thornhill, Lib.):** J'apprécie cela, monsieur le président, de même que tous les exposés.

Je m'intéresse particulièrement à ce qui me semble être un thème récurrent, à savoir si nos investissements dans nos recherches actuelles sur des médicaments constituant potentiellement une percée — de nouveaux médicaments pour traiter notamment des maladies nouvelles, et parfois rares — bénéficient aux Canadiens. Autrement dit, d'après ce que j'entends ou perçois chez certains de nos témoins qui ont comparu ou qui comparaissent aujourd'hui, il y a un écart entre les médicaments recommandés pour approbation par le PCEM, les gens qui y ont accès et les investissements dans la recherche pour rendre disponible ces médicaments nouveaux et innovateurs. Êtes-vous de cet avis? C'est une chose que j'ai notée.

**M. Briane Scharfstein:** Je ne suis pas certain de bien saisir votre question, pour ce qui est de l'écart que vous percevez.

**Mme Susan Kadis:** Au Canada, nous investissons tellement dans la recherche; du moins, cela a été le cas ces dernières années. Il s'agit de savoir si on tient suffisamment compte de ce facteur. Les Canadiens en profitent-ils? Ou se heurte-t-on à une fin de non-recevoir en arrivant au niveau de la recommandation, comme dans le cadre du PCEM?

**M. Phil Upshall:** Je pourrais peut-être faire une brève observation.

Les Canadiens financent la recherche à hauteur de 700, 800 ou 900 millions de dollars par l'entremise des IRSC. Une très petite partie de cet argent va dans les essais cliniques. La plupart de ces recherches sont sommaires, même si nous tentons de les pousser plus loin. La grande majorité des essais cliniques sont pris en charge par les sociétés pharmaceutiques, en dehors du cadre des recherches financées par le fédéral, et ils sont exclusivement orientés vers le marché.

À ma connaissance, les entreprises pharmaceutiques travailleront sur des médicaments qui seront disponibles et populaires. Un certain nombre de groupes de maladies que je connais ne bénéficient pas du type de recherche dont elles pourraient profiter si les règles du jeu étaient équitables dans ce domaine.

Je vous recommande fortement d'inviter le Dr Bernstein ici pour vous transmettre l'opinion du milieu de la recherche quant aux actions envisageables — le Dr Bernstein est le président des IRSC, un organisme que je connais bien —, ainsi que le Dr Rémi Quirion, qui pourrait également vous fournir d'excellents conseils.

**Le président:** Le Dr Bernstein a comparu si souvent devant notre comité que nous l'appelons Alan.

● (1700)

**Dr John Haggie:** Je crois qu'il faut garder à l'esprit les commentaires de M. Upshall à propos de la recherche et des produits pharmaceutiques. Un spécialiste en génomique a présenté des données à l'AMC laissant entendre que les sociétés de produits biologiques avaient trois principaux domaines d'intérêt dans les programmes de recherche auxquels elles consacraient beaucoup d'argent. L'un porte sur le traitement de l'hypertension artérielle. Les deux autres concernent la calvitie masculine et l'obésité. Je ne sais pas ce que vous en pensez, mais je crois qu'il est parfois difficile de se faire une bonne idée de la valeur des résultats des recherches effectuées par les sociétés pharmaceutiques par rapport à l'argent dépensé, car beaucoup de ces données sont protégées et jamais divulguées.

Je ne suis pas certain de pouvoir répondre à votre question, et je crois que personne ne peut le faire, excepté la société pharmaceutique.

**Le président:** Le temps file. J'hésite... Est-ce que ça va? Bien. Il voulait m'inciter à relancer le débat, mais ce n'est peut-être pas une bonne idée.

Je déclare cette question close.

Nous vous remercions beaucoup d'être venus. Vos exposés devant le comité nous seront très utiles pour rédiger notre rapport. Je vous remercie beaucoup de nous avoir exposé vos points de vue.

Sur ce, nous allons clore cette partie de la séance. Ceux qui veulent quitter la salle peuvent le faire. La séance est toujours publique, ne vous sentez donc pas obligés de partir maintenant.

Nous examinerons ensuite un avis de motion présenté par Mme Brown.

Je vous remercie beaucoup. Faisons une pause de deux ou trois minutes.

● (1700)

\_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_

● (1705)

**Le président:** Je déclare à nouveau la séance ouverte. J'invite les membres du comité à prendre place pour la suite des travaux.

Nous commencerons par l'avis de motion de Mme Brown. Est-elle prête à présenter cette motion?

**Mme Bonnie Brown:** Oui, monsieur le président. J'en fais la proposition.

Mais j'aimerais y ajouter quelque chose, si c'est possible.

**Le président:** Allez-y.

**Mme Bonnie Brown:** Avec la permission du comité, j'ai remis cet avis de motion à la greffière à la dernière séance et je vous l'ai présenté oralement, mais je me rends compte, maintenant que je le vois, que j'ai oublié d'y mentionner l'Agence canadienne d'inspection des aliments. Je crois que j'en ai parlé, mais j'ai omis de l'indiquer dans l'avis de motion.

Il me semble qu'actuellement, certaines questions concernant la santé des Canadiens font l'objet d'une assez grande couverture médiatique. Je voudrais les énumérer rapidement. L'Agence canadienne d'inspection des aliments est l'organisme responsable de prévenir l'introduction du gluten de blé dans la chaîne alimentaire humaine. Peut-être qu'elle fait bien son travail, mais je n'en ai aucune idée, et en tant que membre du comité de la santé, j'aimerais en avoir le coeur net.

On parle aussi d'autres problèmes liés à l'alimentation, dans les médias, aujourd'hui. Je crois que l'un d'eux visait les fruits de mer, ou quelque chose du genre. Avant la réunion, nous pouvons leur préparer quelques questions.

En ce qui concerne l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire, ceux d'entre vous qui étaient à la Chambre aujourd'hui, lors de la période de questions, m'ont entendu parler d'un pesticide faisant l'objet de normes beaucoup moins strictes aux États-Unis, et il semble que nous soyons en train d'adopter ces normes. Nous devons donc entendre ces gens, afin qu'ils nous disent ce qu'ils font et nous en fournissent les raisons.

J'ai entendu dire que le Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses, une autre agence autonome du gouvernement qui protège la santé des Canadiens... J'aimerais savoir s'il modifie ses règlements, parce que c'est par pur hasard que nous avons découvert la réduction des normes qui semblent avoir été proposées en vertu de la Loi sur la quarantaine, pour qu'elles soient en harmonie avec celles des États-Unis. J'aimerais savoir qui sont ces autres organismes.

**Le président:** C'est un problème différent, je crois. Les matières dangereuses ne sont pas des aliments, n'est-ce pas?

**Mme Bonnie Brown:** Non, il y a des problèmes liés aux aliments, aux pesticides et aux matières dangereuses, qui ont tous une incidence sur la santé et qui relèvent de la compétence des organismes autonomes. On ne s'est jamais occupé de ces dossiers, mais on en parle aux nouvelles.

**Le président:** Patrick, nous vous écoutons. Puis ce sera au tour de M. Fletcher.

**M. Patrick Brown:** Merci, monsieur le président.

Je voulais faire quelques modifications, et l'une d'elles concernait l'Agence canadienne d'inspection des aliments, alors je suis heureux que vous ayez abordé ce point. Je voulais indiquer qu'il vaudrait mieux que l'Agence canadienne d'inspection des aliments remplace le Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses pour atteindre l'objectif que vous visez, je crois, avec cette motion.

Ma première suggestion, concernant l'amendement, est qu'on remplace « Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses » par « Agence canadienne d'inspection des aliments ».

Deuxièmement, je propose qu'on remplace « les changements qu'ils envisagent à la réglementation » par « les changements qu'ils envisagent à la réglementation dans le cadre de l'harmonisation avec les États-Unis en vertu de l'ALENA ». Cela permettrait de restreindre la portée de la motion pour la centrer sur ce que nous espérons tous voir ici. Étant donné l'attention médiatique, je pense que si nous pouvions nous concentrer là-dessus, nous serions plus productifs.

Enfin, nous devrions remplacer « une séance spéciale » par « une séance avant le 30 mai », car ainsi les dates seraient un peu plus précises. Je propose ce changement parce que nous avons tous des horaires très chargés. Je sais que beaucoup d'entre nous siègent à plusieurs comités, et si nous avons une réunion supplémentaire, cela risque d'alourdir notre tâche inutilement.

**Le président:** Laissez-moi vous aider, et peut-être que la motionnaire considérera que ce sont des amendements favorables.

Au sujet du premier amendement concernant l'ACIA, elle est déjà d'accord. C'est bien.

Quant à la séance spéciale, j'ai indiqué que nous pouvions la tenir le 6 juin. Si vous préférez qu'elle ait lieu avant, nous pourrions prévoir le 30 mai, mais il faudrait repousser le rapport final du PCEM jusqu'au 6 juin. Cela risque donc d'être difficile, car tout dépend de la date de l'ajournement des travaux pour l'été.

• (1710)

**Mme Bonnie Brown:** N'avons-nous pas quelque chose le lundi? Ce n'est pas le 6, mais le 4 juin.

**Le président:** Oui, nous avons le projet de loi C-42, ainsi que la Loi sur la quarantaine le 4 juin.

Cela me convient, mais le comité doit comprendre ce qu'il en est.

**Mme Bonnie Brown:** Une réunion supplémentaire sera peut-être nécessaire.

**Le président:** Je crois que nous pourrions fixer une réunion à cette date, afin de ne pas avoir de séance spéciale.

**Mme Bonnie Brown:** Tenons-la le 30 mai, alors, et nous verrons ensuite si nous devons avoir une séance spéciale pour le rapport.

**Le président:** Très bien. Ne parlons plus de séance spéciale pour l'instant.

**Mme Bonnie Brown:** C'est parfait.

**Le président:** L'autre modification portait sur...

**M. Patrick Brown:** [Note de la rédaction: inaudible]... Les changements à la réglementation dans le cadre de l'harmonisation avec les États-Unis en vertu de l'ALENA.

**Le président:** Êtes-vous d'accord?

**Mme Bonnie Brown:** C'est essentiellement le but recherché, comme nous le savons tous. Si nous effectuons cette modification, ils diront probablement que nous faisons des changements à la réglementation, mais que ceux-ci n'ont rien à voir avec l'harmonisation, et cela n'aura donc pas d'écho. Je veux être au courant de tout changement à la réglementation, et nous déciderons ensuite si le but est d'harmoniser.

**Le président:** Oui, mais l'objet du changement n'est-il pas d'harmoniser la réglementation en fonction de ce qui est prévu dans l'ALENA?

**Mme Bonnie Brown:** Pas dans l'ALENA, mais dans le Partenariat pour la sécurité et la prospérité.

**Le président:** Alors, le considérez-vous comme un amendement favorable, ou non?

**Mme Bonnie Brown:** Non. Je crois qu'il faut le refuser et donner ainsi aux bureaucrates et aux fonctionnaires une porte de sortie afin qu'ils puissent revoir leurs réponses, tandis que si nous demandons des changements à la réglementation...

**Le président:** Très bien, c'est tout ce que je voulais savoir. Deux amendements sont favorables et le troisième ne l'est pas.

La situation est donc la suivante: en fait, il n'y a qu'un seul amendement, soit celui portant sur l'ALENA.

**Mme Bonnie Brown:** J'ai donné mon accord pour qu'on enlève « Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses » et qu'on ajoute « Agence canadienne d'inspection des aliments ».

**Le président:** D'accord, nous ajouterons donc l'ACIA.

L'amendement, monsieur Brown...

Êtes-vous d'accord pour ajouter seulement cela?

**M. Patrick Brown:** C'est parfait. Je pense que nous avons réussi à nous entendre.

**Le président:** Très bien.

Nous avons donc un amendement uniquement sur la question des changements à la réglementation.

Allez-y, monsieur Fletcher.

**M. Steven Fletcher:** En fait, je voulais seulement...

**Le président:** J'imagine que nous allons maintenant débattre de l'amendement.

**M. Steven Fletcher:** Ah, nous parlons de l'amendement. J'allais m'exprimer en faveur de la motion modifiée.

Je crois que l'objet de l'amendement est de se concentrer sur ce qui s'est dit dans les médias, et c'est ce que vous avez l'intention de faire. Rien ne nous empêche de procéder à un réexamen plus tard, si vous n'êtes pas satisfait. Je crois que l'amendement nous permettrait de déterminer avec quels responsables traiter.

Nous pouvons faire venir les responsables pour examiner cette question en particulier, mais si vous désirez tout aborder, j'imagine qu'ils pourront le faire également. Ce qui me préoccupe, c'est que nous fassions comparaître beaucoup trop de témoins. Mais tant pis.

**Mme Bonnie Brown:** Puis-je poser une question?

**Le président:** Oui, vous pouvez me la poser, et je lui demanderai de vous répondre. Cela vous convient-il?

**Mme Bonnie Brown:** Oui, monsieur le président.

Le secrétaire parlementaire a dit quelque chose d'intéressant. S'il sait que, dans chacun de ces trois organismes, quelqu'un travaille à l'harmonisation des règles avec les Américains, et qu'il est d'accord pour faire témoigner ces trois personnes, c'est très bien. Il y avait certainement quelqu'un pour parler de la Loi sur la quarantaine.

**M. Steven Fletcher:** Puis-je répondre à cette question, monsieur le président?

**Le président:** Oui.

**M. Steven Fletcher:** Je peux dire que nous ferions comparaître les personnes capables de répondre aux questions soulevées dans les médias. Il y a un nombre incalculable de responsables qui travaillent à la réglementation.

**Le président:** Voilà l'offre. Tout le monde l'a entendue. Je suis certain qu'ils répondront aux préoccupations.

Très bien, est-ce que c'est bon?

Pat.

**Mme Patricia Davidson:** Oui, j'aurais besoin d'un éclaircissement. Je ne suis vraiment pas certaine d'avoir compris en quoi

consiste l'amendement. Je ne sais plus trop ce qui reste et ce qui a été accepté dans l'amendement de M. Brown.

● (1715)

**Le président:** Je vois qu'il y a eu deux amendements favorables, et que le dernier proposait que les changements dans la réglementation soient... Je ne sais pas. Qu'en était-il exactement?

**M. Patrick Brown:** Monsieur le président, je crois que mon problème a été réglé. Nous pouvons donc supprimer le dernier amendement.

**Le président:** D'accord, nous le laisserons tel quel. Nous n'avons donc pas d'amendement. Ce n'était qu'une suggestion amicale. L'amendement est donc annulé.

Nous avons la motion. Nous venons d'en débattre.

Nous avons mis la date, soit le 30 mai, et nous avons ajouté « Agence canadienne d'inspection des aliments ».

**M. Steven Fletcher:** Puis-je dire quelque chose, monsieur le président?

Nous allons nous assurer que les responsables qui viendront témoigner sont des experts, ou qu'ils pourront au moins répondre aux questions soulevées dans les médias, parce qu'autrement, il pourrait y avoir beaucoup plus de gens.

**Le président:** D'accord, très bien.

(La motion est adoptée [voir le *Procès-verbal*].)

**Le président:** Nous accomplissons vraiment beaucoup de choses quand nous nous entendons. N'est-ce pas étonnant?

Nous allons maintenant continuer nos travaux à huis clos, mais avant, faisons une pause de 30 secondes.

[*La séance se poursuit à huis clos.*]

---







**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.**