



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 060 • 1^{re} SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 6 juin 2007

Président

M. Rob Merrifield

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

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

Comité permanent de la santé

Le mercredi 6 juin 2007

• (1535)

[Traduction]

Le président (M. Rob Merrifield (Yellowhead, PCC)): La séance est ouverte.

Je remercie les membres du comité qui sont ici de leur ponctualité. Je suis sûr que les autres arriveront sous peu.

Ce sera la dernière séance avec témoins de notre étude du Programme commun d'évaluation des médicaments, qui fait partie d'une étude sur les médicaments sur ordonnance entreprise par le comité conformément au paragraphe 108(2) du Règlement.

Nous tenons à ce que tout le monde sache qu'il s'agit du premier volet d'une étude sur les médicaments sur ordonnance. Nous en amorcerons d'autres volets après avoir déposé notre rapport sur celui-ci. Nous entendrons aujourd'hui le dernier groupe de témoins sur le Programme commun d'évaluation des médicaments avant de discuter des recommandations et du rapport que nous présenterons au Parlement.

Pour finaliser notre étude, nous accueillons aujourd'hui M. John Wright de la Conférence des sous-ministres de la Santé. Nous sommes heureux que vous comparaisiez aujourd'hui à titre de coprésident de la Conférence et de sous-ministre de la Santé de la Saskatchewan. Nous accueillons également Mme Jill Sanders, présidente-directrice générale de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Soyez les bienvenus.

Nous allons entendre tout d'abord M. Wright. Vous avez la parole.

M. John Wright (coprésident et sous-ministre de la Santé, Gouvernement de la Saskatchewan, Conférence des sous-ministres de la Santé): Merci, monsieur le président et mesdames et messieurs les députés. Je suis heureux de comparaître de nouveau devant votre comité pour vous seconder dans vos délibérations finales.

Avant de commencer ma déclaration officielle, j'aimerais signaler aux membres du comité que, comme vous le comprendrez sans peine, le docteur Sanders et moi-même ne sommes pas en mesure de prendre quelque engagement que ce soit aujourd'hui. Néanmoins, nous serons heureux d'entendre vos réflexions, vos propos judicieux de même que vos suggestions et recommandations, afin de les transmettre à la Conférence des sous-ministres.

Monsieur le président, je crois que vous-même et les autres membres du comité avez reçu une lettre datée du 6 juin que je vous ai fait parvenir. Permettez-moi d'en donner lecture pour qu'elle puisse figurer au compte rendu de la réunion à titre de déclaration officielle faite au nom de la Conférence des sous-ministres de la Santé.

Lors des sept audiences tenues par le Comité permanent de la santé sur le sujet du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM), l'industrie pharmaceutique et ses partenaires de promotion des intérêts des patients ont soulevé avec insistance

certaines thèmes. Je suis d'avis que ces thèmes ou messages, tels qu'ils ont été présentés, sont inexacts et tendancieux. Par souci de rigueur et de véracité, j'aimerais tirer les choses au clair à propos de cinq sujets précis: la propriété, la responsabilité devant les Canadiens, la transparence du PCEM, le dédoublement des tâches et la conformité aux recommandations du PCEM.

Je vais aborder tout d'abord la question de la propriété.

D'aucuns ont insinué devant le comité que l'ACMTS et le PCEM ne sont « la propriété » de personne et que ces deux entités ne sont pas tenues de rendre des comptes par le fait même. Cela est faux.

Le PCEM est la propriété des 13 sous-ministres de la Santé des provinces et des territoires et du gouvernement fédéral qui l'ont mis sur pied.

À titre d'intendants de leur système de santé respectif, les sous-ministres sont loin de prendre à la légère cette question de la propriété et ils exercent leur rôle de supervision du PCEM avec tout le sérieux nécessaire; ils en rendent compte à intervalles réguliers à leur ministre de la Santé élu. En vertu de cette structure de gouvernance, l'ACMTS et le PCEM s'acquittent de leur obligation de responsabilité. À cet égard, j'ai inclus une citation de l'exposé que j'ai présenté au comité permanent qui exprime la position des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux: « Nous tenons à vous donner l'assurance que l'ACMTS, propriété de la Conférence des sous-ministres de la Santé qui la gouverne, est pleinement responsable devant la Conférence. Nous estimons, en fait, que l'ACMTS est l'un des organismes canadiens le plus responsable actuellement ».

Le deuxième sujet est celui de la responsabilité devant les Canadiens.

Le PCEM ne manque pas à ses obligations à l'égard des Canadiens. En réalité, grâce à l'information objective, impartiale et fondée sur des données probantes, offerte par le PCEM, les administrations publiques sont en mesure de prendre des décisions qui protègent le public contre des effets néfastes, qui favorisent l'amélioration de l'état de santé des citoyens et qui contribuent à la viabilité à long terme du système de santé du Canada.

Le public canadien, à la fois en tant que patient et contribuable, n'en attend pas moins des administrations publiques, soit de veiller au choix des médicaments qui seront couverts par les régimes d'assurance-médicaments publics.

Le Canada a été confronté à des rappels de médicaments qui ont causé des préjudices à des Canadiens. Les administrations publiques doivent tout mettre en oeuvre pour gérer ces risques. Le PCEM est l'un des mécanismes qui facilitent l'atteinte de cet objectif; il produit des résultats, il est utile aux Canadiens et il restera.

Le troisième sujet est celui de la transparence du PCEM.

L'industrie n'a cessé de critiquer le PCEM pour ce qu'elle estime être un manque total de transparence. Voilà qui ne saurait être plus loin de la vérité. À ma connaissance, le PCEM est le seul comité sur le remboursement des frais de médicaments au Canada qui rend publics les motifs de ses recommandations. C'est beaucoup mieux que ce qui se faisait avant son entrée en vigueur.

D'ailleurs, le PCEM persévère dans sa détermination d'être un modèle de transparence en matière de remboursement des frais de médicaments au Canada et à l'étranger. À la suite de l'examen du PCEM en 2005, d'autres initiatives ont été entreprises pour améliorer la transparence. Mentionnons à ce chapitre la désignation de deux représentants du public au Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM), à titre de membres votants. En outre, grâce aux fonds accordés par la Conférence des sous-ministres de la Santé (CSMS), l'ACMTS planifie cette année la diffusion des recommandations du PCEM et les évaluations qui donnent lieu à ces recommandations sous forme vulgarisée, et elle publiera les procès-verbaux des réunions du CCCEM.

Bien que la CSMS soutienne sans réserve les demandes de transparence accrue du PCEM, elle souligne que la transparence est une affaire de réciprocité. Ainsi, nous serions enclins à recommander que les sociétés pharmaceutiques rendent publiques leurs demandes d'évaluation au PCEM. L'industrie pourrait faire preuve de transparence accrue en rendant disponibles les protocoles des études afin qu'il soit possible de comparer les résultats cliniques obtenus au bout du compte. Nous proposerions également que les liens financiers entre les sociétés pharmaceutiques, les groupes voués à la prévention et au traitement de maladie qu'elles appuient et les rédacteurs de lignes directrices de pratique clinique soient divulgués.

• (1540)

J'aborderai maintenant le quatrième sujet, le dédoublement des tâches.

Votre comité a entendu à maintes reprises que les régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux refont le travail du PCEM. Pour affirmer une telle chose, il ne faut rien connaître des faits. Je sais que la plupart des provinces ont présenté un mémoire devant le comité. Dans ces mémoires, les provinces sont unanimes à dire qu'elles ne dédoublent pas les tâches du PCEM, mais qu'elles examinent les recommandations du PCEM à la lumière de leurs propres priorités, besoins et ressources. La prise en compte non seulement des données probantes rigoureuses sur l'efficacité clinique et la rentabilité des médicaments qui proviennent du PCEM, mais également d'autres considérations est au coeur de la démarche décisionnelle des régimes d'assurance-médicaments et continuera de l'être.

Avant l'entrée en vigueur du PCEM, l'industrie pharmaceutique opposait les provinces les unes aux autres. Elle s'efforçait d'obtenir la couverture d'un médicament dans une province afin d'exercer des pressions politiques dans les autres pour obtenir leur approbation. Cela ne se voulait pas au mieux des intérêts des Canadiens. Maintenant que le PCEM met à la disposition de tous les régimes d'assurance-médicaments les mêmes données probantes rigoureuses et conseils de qualité, l'industrie ne peut plus s'y prendre de cette façon. Elle a plutôt choisi d'exercer des pressions sans relâche au cours de l'an dernier pour faire valoir ses intérêts en prétendant que le PCEM ne fonctionne pas, qu'il est inutile. Or, vous l'avez entendu de la bouche même des provinces, le PCEM fonctionne bel et bien et il atteint les objectifs que lui avait fixés la Conférence des sous-ministres de la Santé. La CSMS est convaincue qu'il poursuivra sur cette voie.

J'en viens maintenant au cinquième et dernier sujet. La conformité aux recommandations du PCEM. Dans leurs mémoires présentés au comité, les provinces précisent que leurs décisions sont conformes aux recommandations du PCEM. Vous trouverez ci-joint la liste des médicaments examinés par le PCEM et le degré de conformité des provinces et territoires aux recommandations. Vous constaterez que les provinces et territoires respectent les recommandations du PCEM dans une proportion de 90 p. 100 et que, pour ce qui est du reste, les régimes s'écartent des recommandations sur des aspects particuliers de l'inscription du médicament, mais ne les contestent pas sur le fond. Étant donné que le financement des médicaments par le régime d'assurance-médicaments provincial est entièrement du ressort de la province, un taux de conformité de 90 p. 100 est un taux très élevé. De fait, le PCEM favorise l'harmonisation de la couverture des médicaments au pays, l'un des objectifs annoncés publiquement par la Conférence des sous-ministres de la Santé.

L'industrie a prétendu que la conformité aux recommandations du PCEM est médiocre, mais les faits parlent d'eux-mêmes.

En terminant, la Conférence des sous-ministres de la Santé remercie le comité permanent de lui avoir offert la possibilité de remettre les pendules à l'heure. Elle appuie sans réserve le PCEM, qui rend un service inestimable aux Canadiens. En tant que propriétaire du PCEM, la Conférence des sous-ministres examinera avec beaucoup d'intérêt les observations du comité permanent.

Merci, monsieur le président.

• (1545)

Le président: Merci beaucoup.

Je vais maintenant donner la parole au Dre Sanders.

Dre Jill Sanders (présidente-directrice générale, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé): Bonjour, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du comité.

Merci de nous avoir invités à comparaître une seconde fois devant vous. J'espère que nous pourrions vous aider et contribuer à l'avancement de votre étude. Je m'appelle Jill Sanders, et je suis la présidente-directrice générale de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, l'ACMTS. J'ai avec moi aujourd'hui Mike Tierney, vice-président responsable du Programme commun d'évaluation des médicaments, qui pourra répondre à vos questions.

Comme M. Wright l'a déjà noté, votre comité a eu droit ces quelques dernières semaines à l'expression de toutes sortes de points de vue par une grande diversité de groupes et de personnes en ce qui concerne le PCEM. Nous sommes toujours d'avis que ce programme non seulement marche bien, mais donne aussi d'excellents résultats. C'est un point de vue que corroborent les six régimes fédéraux d'assurance-médicaments, les 13 intervenants des provinces et des territoires et la majorité des experts indépendants qui ont comparu devant vous.

Il y a certes des défis à relever pour ce maillon complexe et primordial de la chaîne des régimes de remboursement des médicaments au Canada. Je suis heureuse de signaler que, tout au long des trois années de la brève existence du PCEM, celui-ci a démontré qu'il pouvait évoluer et qu'il continuerait à le faire pour que ces défis soient relevés au nom des Canadiens.

Permettez-moi de récapituler les principaux jalons de la démarche du PCEM, car cela me semble important pour situer mes autres observations dans leur contexte.

Comme vous le savez, cette démarche s'engage lorsqu'une société pharmaceutique fait une présentation pour un nouveau médicament au PCEM en l'accompagnant de données cliniques et d'une évaluation économique.

Le PCEM constitue alors un groupe d'examen formé d'experts de l'intérieur et de l'extérieur, dont des spécialistes cliniques ayant une connaissance directe de la section ciblée par le médicament en cours d'examen. Cette équipe est présente à toutes les étapes de la démarche. À l'aide de méthodes rigoureuses et universellement reconnues, cette équipe soumet à un examen indépendant et systématique toutes les données cliniques disponibles, qu'elles soient publiées ou inédites. Elle évalue le rapport coût-efficacité du médicament en question en tenant compte tant de son coût que de sa valeur pour les Canadiens, en se fondant sur le modèle économique fourni par le fabricant.

Le fabricant reçoit copie de l'examen pour commentaires et le PCEM réagit à ses éventuelles observations.

Le CCCEM, qui est un comité indépendant formé d'experts cliniques et scientifiques et de deux représentants du public, passe en revue les documents énumérés et fait une recommandation quant à l'inscription du médicament à la liste des médicaments assurés. Les membres du CCCEM sont proposés et choisis par un comité national qui veille au bon dosage des compétences, c'est-à-dire au juste équilibre des connaissances médicales et scientifiques, des pratiques cliniques de l'heure, du savoir économique, des capacités en évaluation et de la représentation du public. Dans ce choix, les considérations d'ordre géopolitique n'interviennent nullement.

Le CCCEM peut aussi décider de faire appel à d'autres experts en cours de route et il peut solliciter des compléments d'information.

Ses recommandations assorties des motifs sont communiquées au fabricant et aux régimes d'assurance-médicaments en toute confidentialité. Pendant cette période dite d'embargo, le fabricant peut demander une révision en se fondant sur des critères précis et les régimes d'assurance-médicaments peuvent demander des éclaircissements. Les recommandations finales et leurs motifs sont communiqués au fabricant et aux régimes d'assurance-médicaments et sont aussi rendus publics. Le CCCEM procède aussi au réexamen de la décision, sur demande.

J'espère que ce résumé aura permis de vous démontrer que la démarche du PCEM permet à toutes les parties de faire amplement valoir leur point de vue dans le processus, qu'il s'agisse du fabricant, des régimes d'assurance-médicaments, des spécialistes ou du comité consultatif d'experts, auquel siègent quelques représentants du public.

Néanmoins, il importe de se demander si le processus est perfectible. Nous croyons naturellement que oui. Sous la direction de M. Tony Clement, coprésident du groupe de travail ministériel fédéral-provincial-territorial qui a étudié la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, la SNP, on a rendu public en septembre dernier un rapport qui évoque un grand nombre des aspects à améliorer dont ont parlé les gens qui ont comparu devant votre comité.

La SNP comporte des recommandations claires qui visent toutes à harmoniser davantage les décisions de remboursement du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires afin d'assurer un accès plus uniforme des Canadiens à des médicaments sans danger et efficaces.

Le programme d'action décrit dans le rapport sur la SNP guidera en grande partie les travaux futurs du PCEM. Nous demeurons

néanmoins réceptifs à toute autre proposition d'amélioration dans ce travail que nous faisons de jour en jour pour les Canadiens.

● (1550)

Un aspect de première importance est l'accroissement de la transparence. Comme l'a signalé M. Wright, le PCEM a rehaussé les normes de transparence au chapitre du remboursement des médicaments au Canada et à l'étranger. Nous continuons à faire des gains sur le plan de la transparence. Comme l'a fait remarquer M. Wright, les travaux sont déjà bien engagés pour mener à bien les initiatives découlant de l'évaluation du PCEM menée à l'automne 2005.

Il n'y a pas que ces mesures concrètes en cours d'exécution, puisque nous nous ouvrons toujours aux autres possibilités d'accroître la transparence et relayerons des propositions dans ce sens aux régimes d'assurance-médicaments participants. On peut penser, par exemple, à proposer un rôle possible pour l'industrie, les patients et les autres intervenants dans la démarche du CCCEM ou dans la révision de la procédure actuelle de réexamen, que certains pourraient qualifier de « procédure d'appel ».

Il importe cependant, lorsqu'on examine ces éventuels changements, de ne rien faire pour nuire aux délais ambitieux d'exécution du PCEM, lesquels viennent faciliter un accès rapide des patients aux médicaments. Il faut aussi pleinement évaluer les conséquences sur le plan des coûts pour les régimes participants.

Il convient également de signaler que l'impératif de transparence doit valoir pour les deux côtés de l'équation si on entend améliorer ce qui se fait à l'heure actuelle. En d'autres termes et comme M. Wright en a fait brièvement mention, les présentations de l'industrie tant à Santé Canada qu'au PCEM devraient être rendues publiques. On devrait aussi fournir la justification des prix des divers médicaments. Les groupes de défense des patients et ceux qui élaborent les lignes directrices cliniques devraient faire connaître la nature de leurs relations avec l'industrie pharmaceutique.

J'aimerais aborder les préoccupations exprimées par l'industrie pharmaceutique et les organismes de défense des patients qui sont leurs alliés quant à l'accès aux médicaments de pointe et aux médicaments servant à traiter des maladies rares. On a dit que le PCEM entravait l'accès des patients aux nouveaux traitements. Le fait est que, dans les cinq ans ayant précédé la création du PCEM, le plus important des régimes d'assurance-médicaments, celui de l'Ontario, a approuvé 44 p. 100 des nouveaux médicaments soumis, soit un peu moins que les 50 p. 100 dont le PCEM a recommandé le remboursement jusqu'à maintenant. Sur le plan statistique, ces pourcentages sont assez semblables pour être considérés comme pratiquement égaux. Parmi les médicaments recommandés par le PCEM figuraient notamment de nouveaux agents biologiques contre la polyarthrite rhumatoïde et le psoriasis, sept médicaments contre le VIH-sida, trois agents anticancéreux et un nouveau médicament servant au traitement d'infections potentiellement mortelles. En d'autres termes, rien n'étaye en réalité la critique formulée selon laquelle le PCEM entraverait l'accès aux nouveaux traitements.

Toujours sur la question de l'accès, le rapport du groupe de travail ministériel sur la SNP présente des recommandations complètes, comme vous le savez sans doute. Nous continuerons à travailler avec la SNP à la réalisation de ses objectifs déclarés d'amélioration de l'accès, ce qui comprend les éléments suivants: l'établissement d'une liste nationale commune des médicaments remboursés, l'élaboration d'une politique-cadre nationale sur les médicaments coûteux servant au traitement de maladies rares qui, nous l'espérons, sera bientôt prête, et une surveillance postcommercialisation.

Une fois ces orientations et politiques en place, on aura remédié à beaucoup des préoccupations qui ont été exprimées devant vous dans le cadre de votre étude. Cependant, certains vous ont laissé croire que le PCEM était la cause de tous ces maux, ce qui est absolument faux. Le PCEM n'est qu'un facteur parmi d'autres et nous devons tous travailler ensemble pour résoudre cette question importante. Pour sa part, le PCEM est fort désireux de continuer à travailler avec l'industrie afin d'établir comment les données d'essais cliniques et les analyses économiques relatives aux médicaments destinés à de petites populations peuvent être produites et utilisées au mieux pour les décisions de remboursement de médicaments. Autrement dit, si nous collaborons tous ensemble, chacun y trouvera son compte.

Une troisième critique qui a été formulée devant vous à plusieurs reprises est que le PCEM n'existerait que pour réduire les coûts. Là encore, j'estime qu'il faut mettre les pendules à l'heure. L'état de santé du groupe de patients cible est primordial lorsque le PCEM entreprend l'examen d'un nouveau médicament. Il ne s'attache au rapport efficacité-coût que lorsque l'amélioration des résultats sur le plan de la santé a été démontrée. Pour dissiper tout malentendu, je signale que le PCEM, dans son analyse efficacité-coût, tient compte d'autres coûts pour le système de santé comme les consultations de médecins et les hospitalisations. Aspect important, le PCEM tient bel et bien compte de toute amélioration des perspectives de survie et de la qualité de vie des Canadiens.

Les témoignages d'au moins deux experts internationaux indépendants vous ont indiqué que le Canada est un chef de file reconnu dans le monde pour les examens de médicaments dans la mesure même où le PCEM s'attache moins aux coûts qu'on ne le fait dans tous les autres pays sauf au Royaume-Uni.

• (1555)

Quand Steve Morgan de l'Université de la Colombie-Britannique a comparu devant vous, il a répondu à la critique selon laquelle le PCEM n'est là que pour réduire les coûts en disant, et je cite : « J'estime qu'on a tort de critiquer le PCEM pour cela, parce que le Canada est une exception dans la mesure où il s'intéresse davantage à l'aspect scientifique qu'à l'aspect économique ».

Somme toute, ce que l'analyse doit montrer, c'est si un nouveau médicament est cliniquement supérieur aux pharmacothérapies comparables qui existent déjà et s'il est vraiment avantageux pour les Canadiens et le système de santé du pays. C'est l'intégralité du tableau que nous évaluons et, à notre avis, c'est ce à quoi s'attend le citoyen en tant que patient et que contribuable.

Le dernier aspect que j'aborderai est celui de l'accès rapide aux médicaments. Le PCEM respecte toujours les courts délais d'examen qui garantissent qu'il ne fait pas obstacle à l'accès aux médicaments. Il faut dire qu'à l'heure actuelle, son intervention ne représente que le tiers du temps qui s'écoule entre la demande d'autorisation présentée à Santé Canada et la décision relative à l'inscription aux listes de médicaments remboursés. Le PCEM n'a ni influence ni droit de regard sur les délais d'homologation de Santé Canada et de décision des régimes d'assurance-médicaments.

Cela dit, nous cherchons constamment à améliorer l'efficacité du système. Ainsi, le PCEM continuera à rationaliser les modalités qui s'appliquent aux médicaments moins complexes. Il continuera à collaborer avec Santé Canada aux fins des examens et il continuera à encourager l'industrie à faire rapidement les présentations qui lui sont destinées.

Ce ne sont là que les premières initiatives que nous entrevoyons à l'Agence. Comme je l'ai déjà signalé, le PCEM a montré durant sa

brève histoire qu'il évolue et continuera à évoluer en fonction des nouveaux défis au nom des Canadiens.

S'il y a un fil conducteur dans les témoignages souvent contradictoires présentés au cours des dernières semaines devant votre comité, c'est que les exigences à l'égard des systèmes de santé publics du Canada sont énormes. À l'ACMTS, nous savons que le but de tout gouvernement est de concilier différents objectifs dont l'optimisation des soins, l'accessibilité, l'équité, l'abordabilité et la viabilité du système de santé pour l'ensemble des Canadiens. Cela veut dire, bien sûr, que d'épineuses décisions doivent être prises dans tous les éléments du système. Le PCEM a jusqu'ici joué un rôle positif en facilitant la prise de décisions capitale relative aux produits pharmaceutiques.

À l'occasion du récent symposium de l'ACMTS, le secrétaire parlementaire du ministre de la Santé, Steven Fletcher, a pris la parole au nom du ministre Clement. Voici ce qu'il a dit :

Le nouveau gouvernement du Canada entend soutenir des travaux qui garantiront que ces technologies en émergence ne seront pas seulement sûres, mais aussi efficaces et rentables. La plupart des médicaments et des moyens technologiques nouveaux sont fort prometteurs, mais il importe que nous investissions judicieusement dans les produits qui peuvent le plus améliorer la santé des Canadiens.

Nous sommes absolument d'accord. Cette déclaration dit bien ce qu'est l'essentiel du PCEM avec sa valeur pour le système de santé canadien.

Avant de conclure, j'aimerais demander au président de nous indiquer brièvement ce que seront les prochaines étapes avec les délais et les attentes à l'égard de l'Agence à mesure que le comité progressera dans ses travaux.

En terminant, je vous remercie de votre attention et de nous avoir invités à nouveau à comparaître devant votre comité. Nous serons comme toujours heureux de répondre à vos questions.

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à la période de la réunion qui est réservée aux questions et réponses. Je vais donner la parole en premier lieu à Mme Susan Kadis.

Mme Susan Kadis (Thornhill, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins de leurs déclarations.

J'aimerais tout d'abord demander au Dre Sanders de nous expliquer comment les recommandations sont rendues publiques. Je sais qu'on en a déjà parlé un peu, mais pourriez-vous donner plus de précisions? Rendons-nous publiques seules les recommandations, la décision prise, ou procède-t-on comme au Royaume-Uni, où l'on donne beaucoup plus de renseignements pour justifier une décision précise?

Ce que j'ai compris de ce que nous ont dit beaucoup de témoins, et je crois qu'il en va de même pour mes collègues, c'est qu'ils sont mécontents surtout à cause de l'absence d'information et de compréhension des raisons pour lesquelles les décisions ont été prises. Bien entendu, on ne peut pas comprendre à moins d'avoir l'information pertinente et cela a un lien direct avec la reddition de comptes dans n'importe quel contexte.

Quels renseignements mettez-vous actuellement à la disposition du public?

• (1600)

Dre Jill Sanders: Je vais céder la parole à M. Tierney qui répondra à votre question et décrira les mesures que nous sommes sur le point de prendre.

Merci.

M. Mike Tierney (vice-président, Programme commun d'évaluation des médicaments, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé): Actuellement, nous rendons publics les recommandations, de même que les principales raisons sur lesquelles elles reposent ainsi qu'un résumé des autres renseignements pris en considération par le comité. Cela tient normalement dans un document d'une page et demie à deux pages. On y présente habituellement la méthodologie et les résultats des essais cliniques de même qu'une analyse de l'aspect économique et du rapport coût-efficacité du médicament en question.

Nous savons qu'on pourrait améliorer la transparence du processus, ce qui a été soulevé dans l'évaluation du PCEM faite en 2005. Au cours de l'année à venir, nous entendons rendre publiques des analyses plus approfondies des facteurs pris en considération par le comité. Ces analyses, qui seront d'une quinzaine ou d'une vingtaine de pages, résumeront les caractéristiques cliniques et économiques du médicament en question.

Mme Susan Kadis: Dans le même ordre d'idées, comment qualifieriez-vous l'information qui est actuellement publiée? Diriez-vous que c'est une information de nature plus générale, une information résumée ou superficielle, et prévoyez-vous fournir une information plus détaillée à l'avenir?

M. Mike Tierney: L'information sera certes plus détaillée et plus précise. À l'heure actuelle, l'information publiée consiste en renseignements techniques et en chiffres — c'est-à-dire le pourcentage de patients qui réagissent positivement à un certain traitement, les changements dans les pourcentages de la morbidité et de la mortalité — mais il s'agit davantage d'un résumé analytique de l'étude. À l'avenir, on fournira beaucoup plus de détails.

En outre, l'information est actuellement présentée selon une formule très technique. Ce sont des documents rédigés à l'intention des régimes d'assurance-médicaments et des professionnels de la santé. Au cours de l'année qui vient, nous publierons des versions de ces motifs de recommandations à l'intention des non-initiés.

Mme Susan Kadis: Et qu'en est-il des membres et de l'augmentation de leur participation aux organes décideurs du PCEM, plus particulièrement? Cela vous semble-t-il envisageable? Il est ressorti de façon assez constante de récents témoignages que divers groupes aimeraient participer au processus de décision lui-même et, en tout cas, souhaiteraient être consultés davantage.

M. John Wright: Permettez-moi de répondre au nom de la Conférence des sous-ministres. C'est une idée que nous sommes prêts à examiner et à prendre en délibéré. Suite à l'examen de 2005, nous avons nommé deux représentants du public au comité d'expertise.

Il faudrait toutefois éviter de faire en sorte que des représentants de groupes militants puissent être membres du comité. Nous devons protéger l'indépendance et le professionnalisme de ce comité, c'est évident. Mais nous sommes prêts à examiner la question, tant que cela ne nous mène pas à confier au loup la garde des moutons.

Mme Susan Kadis: Parlons aussi des médicaments pionniers. L'un d'entre vous a mentionné que contrairement à ce que certains font valoir, vous ne faites pas obstacle aux nouveaux médicaments et aux nouvelles thérapies. Ce sont des préoccupations qui ont été exprimées à plusieurs reprises dans les témoignages que nous avons entendus. Cela m'a donné l'impression que vous recommandiez un nombre très limité de médicaments pionniers en vue de leur inscription à la liste.

Considérez-vous que l'on nous a mal informés?

M. Mike Tierney: Pour commencer, il est difficile de s'entendre sur ce que sont les médicaments pionniers. Nous avons essayé d'examiner cette question en autorisant les fabricants à nous soumettre un médicament en vue d'un examen prioritaire pour des raisons d'ordre clinique. On considère comme médicament pionnier un médicament dont le fabricant estime qu'il devrait être distribué pour traiter une maladie très grave ou même mortelle pour laquelle il n'existe pas d'autre traitement au Canada.

Lorsque nous avons étudié la liste des médicaments que nous avons examinés et le pourcentage de ces médicaments qui ont fait l'objet d'une recommandation positive, nous avons constaté que le pourcentage est à peu près le même que pour tous les autres médicaments, soit environ 50 p. 100. Nous ne croyons pas que nous examinons différemment ceux qui reçoivent la priorité.

Mme Susan Kadis: Ma prochaine question s'adresse à tous les témoins, ou du moins à tous ceux d'entre eux qui auront le temps de répondre. Reconnaissez-vous que certaines des frustrations exprimées par nos témoins ont pu être légitimes?

Vous dites dans votre document que « ce programme non seulement marche bien, mais donne aussi d'excellents résultats ». Cela laisse entendre que le programme ne pose pas vraiment de problème et qu'il repose sur une assise solide. J'aimerais que vous me disiez si, à votre avis, certaines des préoccupations qui ont été exprimées au cours de nos audiences sont justifiées. Nous examinons cette question depuis longtemps, notre examen a été assez étendu, et certaines des frustrations exprimées ont été assez uniformes.

• (1605)

M. John Wright: Je n'ai pas lu toutes les transcriptions, ni consulté toute l'information, mais pour ce qu'on m'en a dit, j'estime qu'aucun des problèmes portés à mon attention n'est légitime. La Conférence des sous-ministres en a d'ailleurs discuté il y a deux semaines à peine et brièvement la semaine dernière encore. Nous n'avons pas constaté d'objections légitimes au programme commun d'évaluation des médicaments actuel.

Mme Susan Kadis: C'est un peu contradictoire, alors. J'ai entendu dire aujourd'hui même qu'à votre avis, on pourrait et on devrait rendre le programme encore plus transparent qu'il l'est actuellement — et qu'il faudrait accroître la reddition de comptes.

M. John Wright: Il y a toujours moyen de faire mieux. Il est toujours possible d'accroître la transparence et la reddition de comptes. Mais je ne trouve pas légitimes les préoccupations qui m'ont été signalées.

Mme Susan Kadis: Pour terminer, croyez-vous que la reddition de comptes soit suffisante dans le PCEM — jusqu'à présent, du moins?

M. John Wright: Oui.

Mme Susan Kadis: Merci, monsieur le président.

Le président: Merci.

Madame Gagnon.

[Français]

Mme Christiane Gagnon (Québec, BQ): Merci.

Monsieur Wright, au début de votre présentation, vous avez dit que le PCEM était efficace. Nous pourrions comprendre, de notre côté, que nous n'avons pas à faire de recommandations pour améliorer la compréhension et l'efficacité du PCEM. Pourtant, des témoins nous ont dit tout à fait le contraire. Certains nous ont même dit qu'il ne devrait pas exister et qu'il n'a pas amélioré les choses. D'autres sont plus nuancés.

Est-il vrai que 100 p. 100 des produits de première catégorie et 75 p. 100 des produits biologiques ont été refusés lors de l'évaluation du PCEM?

Le Québec a sa propre démarche. Il semble accepter beaucoup plus ce type de produits que ne le fait le PCEM. Cela voudrait-il dire que votre rôle est d'assurer l'efficacité du produit à un coût juste et équitable? Cela voudrait-il dire que ce n'est pas la priorité du Québec? Si on tend à vouloir donner ce qu'il faut au patient pour améliorer sa qualité de vie, ne pensez-vous pas que vous passez à côté d'un premier objectif, qui est de donner aux patients les meilleurs produits?

J'aimerais que vous répondiez à ces questions, monsieur Wright.

[Traduction]

M. John Wright: Les gouvernements assument de nombreuses responsabilités et doivent trouver un juste équilibre entre celles-ci. Ils ont des responsabilités envers les contribuables — c'est d'eux qu'ils tirent leur revenu. Ils ont des responsabilités envers les patients en ce qui concerne le régime de soins de santé.

La dernière fois que j'ai comparu devant votre comité, plusieurs de ses membres ont dit qu'il fallait accroître le nombre des thérapies innovatrices — oui, bien sûr, mais aussi des thérapies qui sont rentables. Il faut tenir compte du rôle du contribuable dans tout cela, autrement, les gouvernements risquent de se retrouver tous en faillite. Cela ne fait aucun doute.

Il faut donc trouver un juste milieu entre tous les intérêts — les intérêts des contribuables, les intérêts des patients et, bien sûr, il ne faut pas oublier les intérêts des pharmaceutiques. La plupart des sociétés pharmaceutiques ont leurs propres intérêts.

Pour ce qui est des priorités du gouvernement du Québec et de la façon qu'il gère ses affaires, il ne m'appartient pas de les commenter.

Je comprends que certains ont demandé une augmentation du nombre des médicaments, et c'est peut-être une bonne mesure à leur avis. Mais dans ce cas-ci, 13 provinces et territoires, en plus du gouvernement fédéral, ont décidé de travailler de concert pour mettre en place un processus que nous estimons extrêmement prometteur — un processus qui fonctionne et qui tient compte des intérêts des patients et des contribuables pour ce qui est de fournir des traitements innovateurs rentables à la population de notre grand pays.

• (1610)

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Certains témoins nous ont dit qu'il est difficile de savoir où s'adresser en cas de refus d'acceptation d'un produit qui pourrait être plus efficace sur certains patients lorsque les provinces disent que c'est le PCEM qui l'a refusé. Vous vous renvoyez la balle. Comme il n'y a pas de tribunal pour faire appel ou un comité indépendant pouvant revoir certaines décisions, pensez-vous que ce serait une bonne recommandation à inclure dans le rapport?

[Traduction]

M. John Wright: Il ne faut pas oublier quelle est la fonction du PCEM. Le PCEM fait des recommandations aux gouvernements des provinces et des territoires. C'est aux provinces qu'il incombe d'accepter ou de rejeter ces recommandations. En Saskatchewan, nous avons accepté une grande majorité des recommandations du PCEM, mais nous en avons rejeté également certaines. Nous avons adopté une solution différente pour des raisons socio-économiques ou politiques.

Ce qui frustre les gens, ce n'est pas le PCEM lui-même; en fin de compte, c'est la province ou les provinces qui en sont responsables. Je suis toujours prêt à recevoir la correspondance et les visites de patients, de groupes militants ou même de sociétés pharmaceutiques qui veulent me faire part de leurs objections. C'est le travail des gouvernements provinciaux, et ils s'en acquittent très bien. Il existe en Saskatchewan, comme dans la plupart des provinces et des territoires, sinon tous, des mécanismes d'appel.

Alors n'oubliez pas que la fonction du PCEM est tout simplement de faire des recommandations aux provinces. C'est à ces dernières qu'il incombe de les accepter ou de les rejeter.

[Français]

Mme Christiane Gagnon: La question sur les maladies rares ou orphelines ne semble pas trouver une voie, étant donné l'insuffisance des données. Certains témoins sont venus nous dire qu'il serait peut-être intéressant d'examiner les données internationales. Ainsi, on aurait plus d'impact sur l'efficacité du produit.

Pensez-vous que le fait de renforcer la prise en compte de certains produits serait une bonne chose? Ou s'agirait-il d'ouvrir simplement de faire preuve d'une plus grande ouverture dans le cas des maladies rares et orphelines?

[Traduction]

M. John Wright: Les médicaments coûteux destinés aux maladies rares sont un cas particulier. Les provinces et le gouvernement fédéral prennent en charge les cas de maladie de Fabry, et c'est le cas de maladie rare dont on a le plus parlé. Nous avons mis au point une approche bien canadienne pour traiter ce dossier. Dans les trois à dix prochaines années, il y aura beaucoup plus de ce que j'appellerai simplement des médicaments-maison, c'est-à-dire conçus expressément pour traiter des maladies génétiques. Il y a aussi la maladie de Pompe, et bien d'autres encore.

Ce sont des médicaments extrêmement coûteux. Ils ne coûtent pas 10 000, 20 000 ou 50 000 \$ par patient, ils coûtent des centaines de milliers de dollars par patient par année, sinon 1 million de dollars. Par conséquent, toutes les provinces, y compris le Québec, se sont réunies pour trouver la meilleure solution à ce problème. Comme vous le signalez à juste titre, il n'y a pas beaucoup de données sur le sujet. La maladie de Fabry est un très bon exemple. Le médicament qui sert à soigner cette maladie n'existe pas depuis suffisamment longtemps.

Nous devons établir des paramètres dans ce dossier afin de trouver le juste équilibre entre les intérêts des contribuables et ceux des patients. C'est pourquoi nous faisons beaucoup d'excellent travail dans le cadre de la stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques. Un sous-comité a été chargé d'examiner cette question et de voir comment nous devrions l'aborder.

C'est tout ce que je puis vous dire à ce sujet pour l'instant. Je suis toujours prêt à recevoir des recommandations et j'aimerais beaucoup examiner des recommandations relatives aux médicaments coûteux destinés aux maladies rares. Mais pour l'instant, cela n'a pas vraiment grand-chose à voir avec le PCEM lui-même. C'est une question que les provinces étudient et qui se situe à l'extérieur du processus du PCEM, en raison de sa nature et de ses caractéristiques très particulières.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Fletcher.

• (1615)

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

Je remercie les témoins d'être des nôtres aujourd'hui.

Mon intervention ne porte pas directement sur les témoignages que nous venons d'entendre; elle vise en fait à informer le comité. Vous vous souviendrez qu'il y a quelques semaines, nous avons entendu un témoin de la Best Medicines Coalition, qui a expliqué son opinion sur le PCEM. Je lui ai demandé quelles étaient les sources de financement de la BMC, car cela ne se trouvait pas dans les documents qui nous avaient été remis. Il est ressorti que la BMC dispose d'un budget de fonctionnement de 250 000 \$. Il était également très intéressant de voir que la moitié du financement de cette organisation venait des pharmaceutiques et l'autre moitié, de Santé Canada. J'ai fait remarquer que lorsqu'une ONG demande au PCEM d'être transparent, il serait utile que les ONG le soient également.

Louise Binder, qui témoignait au nom de BMC — et je cite ici le compte rendu du comité — a déclaré ce qui suit : « Nous sommes totalement transparents en ce qui concerne notre financement. »

Eh bien, le lundi suivant cette réunion, divers journaux de tout le pays, dont le *National Post* et la *Montreal Gazette*, le *Times Colonist*, ainsi que d'autres journaux... Permettez-moi de citer des articles de ces journaux : « ... La Best Medicines Coalition reçoit la totalité de son financement de sociétés pharmaceutiques canadiennes — l'industrie même qui bénéficie le plus d'une décision du gouvernement d'approuver des médicaments nouveaux et coûteux aux fins de leur utilisation et de leur remboursement au Canada. »

Dans ces articles, on cite aussi un certain Alan Cassels, de l'Université de Victoria, qui a déclaré ce qui suit : « Ces groupes sont tous en situation de conflit. Ils sont financés par les sociétés mêmes qui produisent ces médicaments ». L'article poursuit en disant : « Binder a déclaré que son groupe reçoit la totalité de son budget de fonctionnement de 250 000 \$ du secteur pharmaceutique... Santé Canada a financé de moitié ce budget de fonctionnement l'an dernier, mais il s'agissait d'une anomalie, puisque c'était une subvention destinée à un projet de recherche. » On saurait difficilement parler de transparence en ce qui a trait au financement.

Je tiens à attirer l'attention du comité sur le fait que nous devons nous méfier de certains groupes qui comparaissent devant le comité. Je dois dire que je suis très déçu que cette organisation, la Best Medicines Coalition, ne se soit pas montrée totalement transparente au sujet de son financement. Il aurait été très utile de savoir d'emblée d'où venait son financement. Cela ne nous aurait pas empêchés d'écouter son opinion.

Ma question pour le témoin, peut-être plus particulièrement pour M. Wright, est de savoir si, par le passé, des groupes militants ont pu se trouver en situation de conflit financier. Vous pourriez peut-être guider notre comité quant à la façon de traiter de telles situations.

M. John Wright: Monsieur le président, il y a bien des années, j'ai eu le grand honneur d'être sous-ministre des Finances au gouvernement de la Saskatchewan. En fait, peu importe que l'on soit dans le secteur de la santé ou que l'on dirige une société d'électricité, comme je l'ai fait; ou une société d'assurances, comme je l'ai fait également, ou un ministère des Finances. Il est inévitable de se trouver face à des personnes, à des sociétés ou à des groupes de lobbying en conflit d'intérêts. Pour dire ce qu'il en est, il leur arrive même à l'occasion de financer des entreprises paravents.

Tout ce que l'on peut espérer, dans ce bas monde, c'est que les gens soient honnêtes. Tout ce que l'on peut espérer, c'est qu'il y ait de la transparence. Mais c'est à peu près tout ce que l'on peut faire. Je ne crois pas qu'il existe des lignes directrices. J'aimerais bien qu'il y en ait. J'aurais bien voulu avoir une poudre de perlimpinpin ou une baguette magique entre les mains chaque fois qu'un témoin ou qu'une personne s'est ainsi présenté à moi dans les divers postes que j'ai occupés au cours de ma carrière... Mais vous n'en trouverez pas.

C'est une question de chance. Et l'on peut espérer que les organisations soient aussi honnêtes que le PCEM et les gens aussi honnêtes que les gens du PCEM.

Le président: D'accord. Votre temps est écoulé. J'espère qu'il n'y a pas de poudre de perlimpinpin

Madame Penny Priddy.

• (1620)

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

Je croyais que la poudre de perlimpinpin venait avec l'emploi, mais il semble que ce n'est pas le cas.

Merci à nos témoins d'être venus nous rencontrer. Merci à tous les deux des documents que vous nous avez remis. Je trouve que ce sont de très bons documents, mais c'est peut-être simplement parce que je suis d'accord avec leur contenu.

J'ai quelques questions à vous poser, si vous me le permettez.

Madame Sanders, vous avez peut-être déjà répondu à cette question, mais je veux simplement m'assurer d'avoir bien compris. Je suis très prudente au sujet de ces choses.

Je vais continuer dans la même veine que M. Fletcher et m'assurer d'avoir bien compris ce que dit le document de Mme Sanders. Au bas de la page 5, vous dites que les groupes de défense des patients et ceux qui élaborent les directives cliniques devraient faire connaître la nature de leurs relations avec l'industrie pharmaceutique. Vous l'avez dit bien clairement dans votre document — juste pour le préciser.

Deuxièmement, la question vous semblera peut-être étrange, mais l'une des critiques que nous avons entendues — et elle me semble étrange à moi, en tout cas — est que bien que nous connaissions la composition des équipes d'examen du PCEM, c'est-à-dire qu'elles comportent un épidémiologiste, un hématalogue, ou d'autres experts, les noms de ces experts ne sont pas connus. Je ne vois pas très souvent des comités dont je ne connais pas les noms des membres. Par conséquent, d'après mon expérience des ministères et des gouvernements, entre autres, je ne saurais comment expliquer pourquoi les noms des membres de ces comités ne sont pas rendus publics.

Le président: Quelqu'un souhaite-t-il répondre à cette question?

M. Mike Tierney: Je tiens à préciser que les noms des membres du CCCEM, notre comité consultatif d'expertise, sont rendus publics. En outre, leurs notes biographiques et leurs déclarations de conflits d'intérêts peuvent être consultées, entre autres sur notre site Web.

Mais vous parlez peut-être des chercheurs qui élaborent les programmes d'examen du CCCEM. Nous ne communiquons pas leurs noms pour l'instant.

Mme Penny Priddy: Je sais. Pourquoi?

M. Mike Tierney: Tout d'abord, les examens ne sont pas publiés, et deuxièmement, certains chercheurs nous ont dit qu'ils préféreraient travailler dans l'anonymat pour éviter d'être l'objet de lobbying.

Mme Penny Priddy: Je vois. D'accord. Je ne suis pas certaine de croire les raisons, mais je les comprends.

Deuxièmement, dans des réunions précédentes... je crois, madame Sanders, que vous l'avez fait remarquer. Monsieur Wright, je ne sais pas si vous l'avez fait également. Le PCEM regarde bel et bien tout ce qui est amélioration des perspectives de survie et de la qualité de vie des Canadiens. Je vais m'attacher plus particulièrement à cette expression « qualité de vie des Canadiens », que l'on peut lire à la page 7 de l'exposé de Mme Sanders. Il y a une question que certains d'entre nous posent constamment... et je suppose que nous avons demandé à des spécialistes de l'éthique de préparer un mémoire pour nous, s'ils en ont le temps. Je suis fort préoccupée de ce que je ne comprends pas la façon dont le PCEM tient compte de l'éthique, car comme l'a déclaré M. Wright, il existe des médicaments qui peuvent coûter jusqu'à 1 million de dollars par année par patient. Est-ce rentable? Probablement pas, mais cela ne signifie pas pour autant que les patients doivent en être privés.

Quand vous dites que vous regardez la qualité de vie, pourriez-vous m'expliquer un peu comment vous le faites? Vous n'avez pas recours aux services d'un expert de l'éthique lorsque vous prenez ces décisions, n'est-ce pas?

Dre Jill Sanders: Prenons un instant pour parler des AVAQ, car cela vous sera utile. Si vous avez besoin de plus amples renseignements par la suite, je pourrai vous en dire davantage.

Mme Penny Priddy: Oui, allez-y. J'ai entendu parler des AVAQ.

M. Mike Tierney: Bon nombre des essais cliniques qui sont faits sur les nouveaux médicaments comprennent maintenant des évaluations de la qualité de vie. Le comité tient compte de ces mesures, et cela lui est utile dans l'évaluation de ce que l'on appelle le coût par année de vie ajustée par la qualité, une norme fréquemment utilisée pour évaluer la rentabilité d'un médicament.

Le comité lui-même ne compte pas de spécialistes de l'éthique, et je peux demander à M. Wright de vous expliquer comment nous intégrons un cadre éthique dans notre processus de décision. Notre mandat consiste à examiner les données sur l'efficacité clinique, l'innocuité et la rentabilité des médicaments, ainsi qu'à produire des recommandations à partir de ces données.

Mme Penny Priddy: Mais ce n'est pas ce que l'on dit ici. On dit que le PCEM regarde bel et bien tout ce qui est amélioration des perspectives de survie et de la qualité de vie des Canadiens. Cela va au-delà de la rentabilité, de l'innocuité et de toutes ces choses.

•(1625)

Dre Jill Sanders: Quand j'ai parlé de qualité de vie dans mon discours, il s'agissait de la qualité de vie en fonction du vocabulaire médical et non en fonction des valeurs socio-éthiques de la société.

C'est l'un des défis de toutes les décisions dans le domaine des soins de santé. C'est un problème très difficile à résoudre.

Mme Penny Priddy: Vous parlez donc de la qualité de vie dans l'optique de la médecine?

Dre Jill Sanders: Oui, en fonction des preuves scientifiques, car comme vous le savez, le PCEM se fonde sur des données scientifiques et cliniques. La question des valeurs socio-éthiques, de la volonté de payer et de prendre un risque, ainsi que certaines des choses abordées par M. Wright ne font pas partie du travail du PCEM. Ce travail est strictement clinique.

Mme Penny Priddy: Je sais que mon intervention s'achève, mais il me semble difficile de faire une distinction entre qualité de vie médicale et les autres genres de qualité de vie. Cela me ramène, je suppose — et c'est tout ce que je dirai à ce sujet — aux commentaires de M. Wright sur le coût des maladies rares.

C'est Steve Morgan, je crois, qui a dit qu'il faudrait consulter les données internationales. Il est bien difficile de se fonder sur une base de données très limitée, même en ce qui concerne la qualité de vie médicale. Effectivement, c'est Steve Morgan, de la UBC, qui a dit qu'il faudrait consulter davantage de données internationales à ce sujet.

Il reste encore quelque chose qui me chicote.

Le président: Votre temps est écoulé, en fait.

Mme Penny Priddy: Je le savais!

Des voix: Oh, oh!

Le président: Monsieur Brown.

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

J'ai quatre questions. Je vais toutes les poser et je laisserai aux témoins le reste du temps pour y répondre.

Premièrement, dans des témoignages que notre comité a entendus précédemment, on nous a dit entre autres que l'un des facteurs qui a présidé à la création du PCEM était la volonté de fonder davantage de décisions sur des normes nationales et sur des points communs. J'aimerais que vous me disiez si cet objectif a été atteint, ou s'il y a eu des progrès à cet égard.

Deuxièmement, existe-t-il ailleurs au monde d'autres exemples d'examen à deux niveaux comme celui que l'on trouve dans ce processus d'approbation des médicaments?

Troisièmement, lorsque ce processus a été mis en place, estimait-on que les décisions prises auparavant par les organismes provinciaux étaient mauvaises, qu'elles se fondaient sur trop peu d'informations et qu'il leur manquait une méthode? Existe-t-il des exemples de décisions antérieures qui se sont révélées préoccupantes?

Et enfin, il existe dans bon nombre d'organisations — et il semble que vous avez travaillé dans un grand nombre de celles-ci — une tendance à faire des évaluations ou des examens indépendants; cela se fait couramment dans le monde des affaires. Croyez-vous que le PCEM aurait intérêt à obtenir un examen indépendant pour voir quelles sont les possibilités d'amélioration ou de changement?

M. John Wright: Si vous me le permettez, monsieur le président, je vais essayer de répondre. En Saskatchewan, on dit toujours « Ce que le sous-ministre voulait dire » — et je suis sûr que Mme Sanders utilisera cette expression dans un instant!

Des voix: Oh, oh!

M. John Wright: En ce qui concerne les évaluations, monsieur le président, nous avons fait une évaluation très approfondie en 2005. Le rapport comprenait toute une série d'excellentes recommandations, y compris des recommandations au sujet de la transparence, qui nous ont amenés, par exemple, à ajouter deux représentants du public au comité. Je ne suis pas certain qu'il soit nécessaire de faire un autre examen indépendant. Votre comité a tenu de nombreuses discussions, les membres du comité et les attachés de recherche ont fait de l'excellent travail, tout comme d'autres, j'en suis sûr, et j'ai bien hâte de lire votre rapport final. Nous pouvons faire de l'excellent travail en vue de progresser, au lieu de faire un examen indépendant sur ce qui s'est fait auparavant. C'est ce que je répondrais à la première question.

En ce qui concerne les normes nationales, le PCEM a eu un effet rassembleur à bien des égards. En Saskatchewan, par exemple, nous avons nos propres groupes chargés des évaluations — surtout des évaluations de l'efficacité clinique. La Saskatchewan n'est pas une grosse province, non plus que le Nouveau-Brunswick, le Manitoba ou d'autres, et nous n'arrivions pas à réunir les analyses économiques et celles de rentabilité. En faisant du PCEM un cadre national, nous avons réalisé des économies d'échelle quant à notre capacité de tirer profit des ressources nationales. Cela a été très utile pour les provinces et nous a permis de nous rapprocher de notre objectif de mettre en place un programme national d'assurance-médicaments qui appliquerait un formulaire commun.

Pour ce qui est du double examen, je dirai simplement que le Canada est un cas particulier, car ne l'oublions pas, les soins de santé relèvent de la compétence des provinces. Dans bon nombre d'autres pays, entre autres le Royaume-Uni, les soins de santé relèvent du gouvernement national. Mme Sanders peut me corriger si je me trompe, mais c'est ce qui explique en partie le fait que nous ayons ce double examen.

Vous avez parlé de ce qui se faisait auparavant et vous avez demandé s'il y avait des lacunes, entre autres. Je ne peux pas me prononcer sur cela, mais je sais que grâce aux économies d'échelle que nous avons réalisées, la qualité des examens est maintenant améliorée — dans la perspective de la Saskatchewan, en tout cas, et il me plaît de croire que c'est aussi l'opinion de toutes les provinces et des territoires, car c'est la raison pour laquelle nous participons tous à ce programme.

• (1630)

Dre Jill Sanders: Je veux apporter une précision. Ces deux examens dont vous parlez, c'est celui de la réglementation des médicaments et celui du remboursement. Est-ce bien de ces deux examens que vous parlez? C'est ce que je vérifiais. Oui, vous avez parlé, je crois, de deux examens différents.

Le fait d'avoir deux examens différents, l'un pour la réglementation et l'autre pour le remboursement, est ce qui se fait normalement à peu près partout au monde. L'organisme chargé de la réglementation autorise la mise en marché et la vente d'un produit, un produit que peut acheter le citoyen, mais cela est distinct de tout système qui finance publiquement l'achat de médicaments, un régime dans lequel ceux qui paient pour ces médicaments financés publiquement ont en place un système pour déterminer quels médicaments peuvent être mis en marché et seront payés. C'est la norme dans tous les régimes de soins de santé financés publiquement, effectivement.

Le président: Merci.

Carolyn Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Merci beaucoup.

Je vous remercie d'être revenus, parce que je pense que nous avions quelques questions qui découlaient, comme vous pouviez vous en rendre compte, des audiences. Je pense que le comité veut aller vers l'avant, et non pas à reculons. Je crois que personne ne veut que la collaboration dont M. Wright a parlé s'amenuise; nous voulons au contraire qu'elle se renforce.

La question que je ne cesse de me poser est celle-ci: est-ce que nous procédons à l'envers? J'ai été médecin de famille et j'ai beaucoup de sympathie pour les gens de la Best Medicines Coalition parce que celle-ci a vraiment été créée à partir de deux ou trois groupes qui savaient, grâce à leur extraordinaire réseau, que ce soit pour le VIH/sida ou pour le cancer, que des gens se procuraient ailleurs dans le monde des médicaments auxquels ils n'avaient pas accès. Cette connaissance venait d'une véritable interaction avec les patients, des réseaux, de l'approche axée sur l'autoassistance, et les gens se demandaient « Comment cela se fait-il que l'on peut acheter ce médicament à Buffalo alors que moi je ne peux pas me le procurer et alors qu'il pourrait me sauver la vie? » L'histoire au sujet du médicament pour le cancer du rein nous a bouleversés. Cela a manifestement suscité beaucoup d'émotion parmi la collectivité.

Si nous devons vraiment nous orienter vers un formulaire, et c'est ce que nous voulons faire, compte tenu de la manière dont nous prendrions ces décisions, ne commencerions-nous pas par des lignes directrices cliniques, après quoi nous mettrions au défi tout gouvernement de ne pas payer un médicament qui est inscrit dans une ligne directrice clinique? Voilà ce qui s'appelle habiliter le patient et affirmer que le meilleur médicament pour telle maladie est celui-ci. J'aurais supposé que le médicament pour le cancer du rein, le Nexavar, ou quel que soit son nom, se serait retrouvé dans une ligne directrice clinique si l'on avait demandé à des médecins spécialisés dans le cancer du rein ce qu'il fallait faire.

À partir de l'habilitation des patients, qui savent de nos jours ce qui se passe ailleurs dans le monde, grâce à Internet, pour ensuite inciter la profession médicale à élaborer des lignes directrices cliniques, pour ensuite vous faciliter la tâche — parce que si cela figurait dans une ligne directrice clinique, les gens qui s'y connaissent le plus au sujet de ces maladies pourraient sûrement... Aujourd'hui nous avons un stupide système parallèle pour le cancer et nous nous inquiétons que tout le monde voudra un système séparé si nous ne faisons pas les choses comme il faut. Il faut faire ce qui est dans l'intérêt supérieur des patients et ce qui permet aux Canadiens de faire du rattrapage sur la scène internationale.

Je voudrais vous entendre énoncer un plan pour l'avenir. Comment pouvons-nous obtenir des lignes directrices cliniques? De plus, comment prévoyez-vous faire participer...

• (1635)

Le président: Votre temps est écoulé.

Mme Christiane Gagnon: Vous avez eu vos cinq minutes.

L'hon. Carolyn Bennett: Ce n'est pas drôle.

C'est la raison même de notre présence ici.

Le président: Oui, mais il nous faut une question très bientôt.

L'hon. Carolyn Bennett: Je veux savoir en quoi consiste le plan pour l'avenir et le plan pour faire participer les citoyens et les intervenants éclairés comme les médecins qui travaillent à soigner ces maladies spéciales.

Le président: Bien.

M. John Wright: Je vais essayer de répondre d'abord à un niveau très élevé, après quoi le Dre Sanders pourra ajouter à mes propos.

Au sujet de l'efficacité clinique, il y a environ 400 médicaments oncologiques à l'étude à l'heure actuelle et chacun d'eux entraîne un coût approximatif de quelque 50 000 \$ par patient pour le traitement. Vous n'avez qu'à faire le calcul. Dans une petite province comme la Saskatchewan, si l'on approuvait l'utilisation clinique de tous ces médicaments, cela représenterait un coût supplémentaire d'environ 600 millions de dollars par année. Nous devons tenir compte non seulement de l'efficacité clinique, mais aussi du ratio coût-efficacité.

Pour ce qui est du plan pour l'avenir, il existe vraiment un grand plan d'ensemble. Actuellement, la base est le programme commun d'évaluation des médicaments. C'est l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, c'est le programme commun. Encore une fois, la dernière fois que j'ai comparé devant vous, nous avons discuté de la stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques. La Saskatchewan travaille à l'élaboration du formulaire commun. La Colombie-Britannique travaille aux médicaments coûteux pour les maladies rares. L'Alberta et le Manitoba travaillent en étroite collaboration à un programme pour les médicaments onéreux. Nous avons établi un nouveau processus d'examen oncologique, qui est greffé sur le système ontarien à titre de projet pilote pour beaucoup de provinces, étant donné que des nouveaux médicaments sont arrivés, des médicaments très coûteux et dont nous ne connaissons pas avec certitude le ratio coût-efficacité.

Donc, en définitive, le plan d'action serait, du point de vue de beaucoup de provinces, premièrement, d'élaborer un système national des produits pharmaceutiques. Deuxièmement, intégrons dans le programme commun d'examen des médicaments, les médicaments contre le cancer.

Dre Jill Sanders: Premièrement, docteure Bennett, je crois savoir que les soins axés sur le patient sont différents des soins axés sur la population, il faut être bien clair là-dessus. Les décisions prises en matière de remboursement doivent être fondées sur la population et non pas sur des cas individuels, comme vous le savez.

Mais le premier point qui est examiné dans le cadre du PCEM, c'est l'efficacité clinique. C'est le premier obstacle, le premier test qu'un médicament doit franchir avant d'entrer dans la phase d'étude du ratio coût-efficacité. Durant cette deuxième étape, on demande au PCEM de commenter le rapport coût-efficacité. Comme M. Wright l'a dit, il incombe aux provinces de décider si un médicament est suffisamment abordable dans une province donnée, ou de refuser parce qu'on ne peut pas se le permettre. Mais c'est une question de durabilité.

Les statistiques les plus récentes de l'ICIS, l'Institut canadien d'information sur la santé, indiquent que le coût des soins de santé a augmenté dans une proportion allant de 55 à 60 p. 100 entre 1999 et 2006. Mais le coût des médicaments, durant la même période, a augmenté de 110 p. 100, de sorte qu'en pourcentage, l'augmentation du coût des médicaments est le double de celle du coût des soins de santé.

Je ne porte pas de jugement sur ces chiffres, mais c'est la réalité avec laquelle les provinces doivent composer. Et il est vrai qu'il peut exister des économies ailleurs dans le système pour certains médicaments, nous en sommes conscients, de même que les décideurs, mais en examinant la durabilité du système, il faut tenir compte de l'ensemble de ces facteurs.

Quoi qu'il en soit, pour revenir au programme commun d'examen des médicaments, notre travail est d'examiner tout d'abord les résultats pour les patients. Et au sujet du médicament que vous avez nommé, c'était les résultats pour les patients qui étaient mis en doute.

Le président: Bon, merci.

Dre Jill Sanders: Enfin, je pourrais peut-être commenter l'examen conjoint des médicaments pour le cancer. Comme M. Wright l'a dit, cela ne va pas demeurer un système séparé. Pour l'instant, les provinces cherchaient à mettre un processus en branle et c'était là une manière efficace d'établir un projet pilote d'une durée d'un an. À la fin de ce projet, les sous-ministres décideront, et le programme commun d'examen des médicaments, ou l'ACMTS, est l'une des options vers laquelle on pourrait s'orienter. Cela va donc éliminer les deux...

Le président: Merci.

Monsieur Malo.

[Français]

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

Docteure Sanders, tout à l'heure, dans votre allocation d'ouverture, vous avez reconnu que certaines modifications ou améliorations pourraient être apportées au processus. Vous disiez qu'on devait faire ce travail d'amélioration ensemble pour trouver des réponses de façon plus collégiale à ces situations.

Je me demande simplement de quelle façon vous souhaitez voir l'ensemble des intervenants réfléchir sereinement et positivement à ces questions, alors que dans vos commentaires, vous avez dit que ce que d'autres témoins sont venus nous dire était faux et que vous vouliez replacer les choses dans un contexte plus juste. Or, si dans une rencontre ultérieure on donnait la parole aux autres groupes qui sont venus témoigner devant nous, je suis convaincu qu'ils nous diraient que ce que vous avez dit est peut-être aussi faux.

Suite à l'ensemble des témoignages que nous avons entendus au sujet de la révision des produits pharmaceutiques et de la reconnaissance de l'efficacité de ces produits, on sent qu'il est difficile de trouver un terrain d'entente. Je me demande simplement quelles seraient vos pistes de solution, justement, pour que tout le monde puisse travailler dans la même direction en vue d'offrir le meilleur médicament possible aux patients qui souffrent et subissent peut-être les contrecoups de ces disputes, de ces chicanes, de ces mésententes.

● (1640)

[Traduction]

Le président: Avez-vous une question?

[Français]

M. Luc Malo: Oui, elle a été posée.

[Traduction]

Dre Jill Sanders: Nous rencontrons bien sûr les groupes de défense des patients. Nous rencontrons évidemment des groupes représentant l'industrie. Le processus est donc déjà en place; il a été mis en branle au début du PCEM. Au tout début du programme, nous avons eu des séances de consultation auprès de ces deux groupes et nous continuons de nous entretenir avec eux.

Chacun peut avoir son mot à dire, mais je me sens obligée de signaler au comité que les enjeux sont immenses pour l'industrie. On dépense plus de 20 milliards de dollars pour les médicaments au Canada. À eux seuls, les médicaments d'ordonnance représentent 17 milliards de dollars. Les sommes en jeu sont énormes. Nous jouons tous des rôles différents et nous jouons ces rôles du mieux que nous le pouvons, mais nous devons reconnaître que ce processus met en jeu des groupes qui ont des intérêts énormes.

Le président: D'accord.

[Français]

M. Luc Malo: Quelqu'un peut-il me dire quelle est la place ou quelle devrait être la place du public, de M. et Mme Tout-le-Monde, dans ce processus? Y a-t-il une place pour ces gens? Si oui, devrait-elle être plus grande ou moins grande? Au fond, ce sont des gens ordinaires qui prennent des médicaments tous les jours.

[Traduction]

Dre Jill Sanders: Avec votre indulgence, je voudrais ajouter quelques mots. Il m'arrive parfois de déplorer que des millions de gens regardent l'émission *Canadian Idol*, mais si nous avions une émission dans laquelle on demandait à tous les Canadiens quelle est leur opinion sur les décisions en matière de soins de santé et les valeurs sociétales, nous ne rejoindrions probablement même pas 5 000 personnes qui voteraient ou même qui seraient à l'écoute. Ce que je vous dis, c'est que c'est tout un défi.

Oui, je crois que nous aimerions tous mieux comprendre les valeurs sociétales. Elles vont et viennent, elles évoluent — je viens de mentionner la volonté de payer, la volonté de prendre des risques. Ce sont là des éléments cruciaux et il est difficile d'en saisir toutes les facettes dans le processus. Nous avons deux membres du CCCEM qui sont des membres du public ou des membres profanes choisis justement parce qu'ils ne sont pas connaisseurs. Mais ces deux personnes représentent-elles le grand public? Non. Si nous avions un comité de 30 personnes, représenterait-il le public? Non, pas vraiment. C'est donc difficile.

Alors, où se situe exactement l'interaction? Eh bien, c'est dans les provinces, là où les décisions... et c'est à ce moment-là que M. Wright et son ministère entendent effectivement des doléances du public de manière assez importante, je crois. Cela se fait donc d'une autre manière. Nous n'avons pas de processus permettant de communiquer avec des millions de Canadiens pour savoir comment ils agiraient ou se comporteraient ou voteraient dans une situation donnée. Nous en avons toutefois une idée grâce à la rétroaction, et les sous-ministres nous guident en nous communiquant ce qu'ils entendent de la part du public.

Voulez-vous ajouter à cela?

• (1645)

M. John Wright: Je voudrais simplement ajouter que nous allons tenter, par l'entremise du PCEM, de transmettre certaines recommandations aux provinces en langage simple afin que mon beau-père puisse écouter, lire et comprendre les motifs de la décision, etc. C'est une manière de faire participer le public, en traduisant en langage simple des examens très complexes.

En fait, comme le Dre Sanders l'a fait observer, en bout de ligne, les lettres que mon ministre reçoit ou les lettres que reçoivent le ministre de la Santé de la Colombie-Britannique et d'autres... Le grand public n'hésite pas à ajouter son grain de sel, je vous l'assure.

Le président: Merci beaucoup.

Notre dernière intervenante sera Mme Bonnie Brown, qui n'a pas vraiment de questions à poser, mais elle veut faire une brève déclaration. Ensuite, nous en terminerons. J'ai aussi une brève question à vous poser.

M. Steven Fletcher: En fait, monsieur le président, j'ai une question, moi aussi.

Mme Bonnie Brown (Oakville, Lib.): Je veux seulement dire que quand vous avez commencé à parler de 17 milliards de dollars par année, je me suis demandé combien de Canadiens se rendent

compte qu'un coût de cette ampleur est en fait supérieur aux dépenses militaires, qui représentent l'une de nos grandes responsabilités. De ce point de vue, je ne pense pas que l'on puisse faire en sorte que tout le monde soit content.

Donc, après vous avoir entendu défendre vos efforts et votre travail, je tiens à vous remercier. Je trouve que votre travail est quelque peu ingrat, parce que les décisions que vous prenez ont des conséquences énormes. Nous devons faire attention de ne pas nous laisser influencer par des cas individuels, qui peuvent être très tristes, à fendre le cœur. Mais c'est un fait qu'il faut que ces décisions soient prises; en bref, je suis contente que ce soit vous qui en soyez chargés et pas moi.

Le président: Merci.

Une brève question, monsieur Fletcher.

M. Steven Fletcher: Monsieur Wright, au sujet de la transparence, vous dites que le PCEM est transparent. En toute justice, je dois dire que ce que nous avons très souvent entendu de la part de beaucoup d'intervenants différents, c'est que le PCEM n'est pas transparent. La transparence, cela inclut la manière dont les décisions sont prises, les facteurs qui sont pris en compte, qui prend les décisions, les renseignements fournis par les fabricants, etc. Je pense qu'il serait utile pour le comité de connaître votre point de vue au sujet de cette critique qui, je dois dire, m'apparaît fondée.

M. John Wright: Très rapidement, monsieur le président, je voudrais dire que je comprends la critique et que l'on peut toujours en faire plus. Je voudrais vous rassurer à ce sujet. Je vous dis, monsieur le président, à vous-même et à tous les membres du comité, que nous n'avons aucune objection à ce que les sous-ministres envisagent des mécanismes susceptibles d'améliorer la transparence. Il n'y a aucun doute là-dessus.

Mais nous avons beaucoup fait depuis l'examen effectué en 2005. Nous avons ajouté des processus d'examen; nous avons ajouté des représentants du public; nous avons essayé encore une fois de tout écrire en langage simple; nous allons publier de plus en plus de documents sur le PCEM, au lieu du résumé d'une à deux pages dont Mike parlait, nous aurons un document de 15 pages...

S'il y a autre chose que nous puissions faire, monsieur le président, et si vous-même et les membres de votre comité ont des suggestions, nous sommes tout à fait disposés à les prendre en considération.

Le président: Merci beaucoup.

Dre Jill Sanders: Pourrais-je ajouter un mot?

Les sous-ministres ont approuvé un budget pour nous permettre de publier le compte rendu des réunions du CCCEM. Je trouve que c'est une mesure assez importante en réponse à la question de M. Fletcher.

Le président: J'ai une question à poser au nom du comité.

Une déclaration a été publiée le 1^{er} avril 2005, sauf erreur. Il s'agit d'une subvention à l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé et tout indique que l'on prévoit effectuer une vérification et une évaluation du programme commun d'évaluation des médicaments, une évaluation des technologies de la santé, du Comité consultatif sur le SCUOM, enfin trois ou quatre éléments. Le programme commun d'évaluation des médicaments s'y trouve, et le rapport est censé être remis d'ici la fin juin.

Pouvez-vous m'en parler? Il n'y a que peu de temps que le comité a été mis au courant de cela. Nous avons été un peu étonnés que personne n'ait mentionné que cela allait se faire.

•(1650)

Dre Jill Sanders: En fait, l'évaluation dont il est fait mention dans la subvention est en fait l'évaluation de l'autre source de financement de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Les programmes précis qui seraient évalués seraient notre programme d'évaluation des technologies de la santé; le service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments, le SCPUOM; un autre élément particulier sont les agents de liaison que nous avons d'un bout à l'autre du pays; et, de façon générale, une évaluation de l'Agence.

Le président: On dit aussi le PCEM.

Dre Jill Sanders: Comme le PCEM a été évalué pas plus tard qu'à l'automne 2005 et étant donné que la mise en oeuvre de ces mesures ne fait que commencer, cela ne fait pas partie de l'évaluation dont le rapport sera remis en juin.

Le président: Bien. C'est un renseignement que nous devons connaître, parce que...

Dre Jill Sanders: Je comprends. Je sais que c'est embrouillé.

Le président: Nous ne savions pas si nous devons nous dépêcher à sortir notre rapport, parce que...

Dre Jill Sanders: Oui, vous avez raison.

Le président: Nous ne voulions pas qu'il y ait confusion avec tous ces rapports sur le PCEM.

Je vous remercie beaucoup d'être venus.

Cela dit, nous allons mettre fin à cette partie de la séance et nous allons poursuivre nos travaux à huis clos pour discuter du rapport.

Merci beaucoup.

[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.