



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA



NUMÉRO 050



1<sup>re</sup> SESSION



39<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mercredi 25 avril 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 25 avril 2007

•(1535)

[Traduction]

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

Je remercie les témoins et les membres du comité de leur présence.

Dans le cadre de notre étude sur les médicaments d'ordonnance, et plus précisément le programme commun d'évaluation des médicaments, nous entendrons aujourd'hui un groupe de témoins qui présenteront le point de vue du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires.

Nous accueillons aujourd'hui M. John Wright qui est coprésident de la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé.

Nous entendrons les témoins dans l'ordre où leur nom figure à l'ordre du jour. Vous prendrez la parole en premier, monsieur Wright. Je crois que vous êtes accompagné de M. Ed Hunt et vous voudrez peut-être présenter les autres personnes qui sont venues avec vous.

Vous avez la parole.

**M. John Wright (coprésident et sous-ministre, Santé Saskatchewan, Gouvernement de la Saskatchewan, Conférence des sous-ministres de la Santé):** Merci, monsieur le président.

Au nom de la Conférence des sous-ministres de la Santé, je suis très heureux d'avoir l'occasion de vous parler de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, l'ACMTS, et plus particulièrement de son Programme commun d'évaluation des médicaments.

Je m'appelle John Wright et je suis sous-ministre de la Santé de la Saskatchewan et coprésident de la Conférence des sous-ministres de la Santé, la CSMS.

Je suis accompagné du Dr Ed Hunt, le sous-ministre adjoint au ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador, et président du conseil d'administration de l'ACMTS. Le Dr Hunt est ici à titre de représentant de M. John Abbott, sous-ministre de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador et sous-ministre de liaison avec l'ACMTS.

Nous sommes ravis de vous présenter la structure de gouvernance et de responsabilité de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé et du Programme commun d'évaluation des médicaments. Comme nous savons que cette question a été soulevée au cours d'audiences précédentes de votre comité, nous tenons à vous donner l'assurance que l'Agence, qui relève de la Conférence des sous-ministres de la Santé, est pleinement responsable devant la Conférence. Nous sommes même convaincus que l'Agence est l'un des organismes canadiens les plus responsables à l'heure actuelle.

Je suis également ici pour que vous connaissiez tout du rôle important qu'exerce l'Agence dans le système de santé canadien et

pour vous offrir la possibilité de poser des questions au Dr Hunt ou à moi-même concernant la gouvernance et la reddition de comptes de l'Agence.

Permettez-moi tout d'abord de préciser brièvement le mandat de l'Agence. L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé est un organisme canadien qui offre aux décideurs en santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux du pays de l'information fiable et impartiale, fondée sur des données probantes, au sujet de l'efficacité et de la rentabilité des médicaments et d'autres technologies de la santé. Contrairement aux instances de réglementation comme Santé Canada qui déterminent les technologies qui seront commercialisées au pays, l'Agence soutient les décideurs dans leur choix des technologies à utiliser pour obtenir les meilleurs résultats possibles du point de vue de la santé des malades et pour contribuer à la viabilité de nos systèmes de santé.

Le mandat de l'Agence consiste à faciliter l'utilisation appropriée et efficace des technologies de la santé, de leur adoption par le système de santé à leur remplacement ou obsolescence en passant par leur utilisation optimale par les systèmes de santé au Canada. L'Agence remplit son mandat dans le cadre de trois programmes principaux.

Premièrement, le Programme d'évaluation des technologies de la santé qui veille à l'étude méthodique, objective et fondée sur des données probantes de l'efficacité clinique, de la rentabilité et du retentissement général des médicaments, des technologies de la santé, des appareils médicaux et des systèmes de santé.

Deuxièmement, le Programme commun d'évaluation des médicaments qui, comme vous le savez, réalise des études cliniques et économiques rigoureuses de nouveaux médicaments et formule des recommandations, fondées sur des données probantes, quant à leur inscription sur la liste des médicaments couverts par les régimes d'assurance-médicaments publics.

Troisièmement, et c'est le plus récent des programmes de l'Agence, le Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments, qui offre des conseils fondés sur des données probantes concernant l'utilisation optimale des médicaments.

Grâce aux produits et aux services de ces trois programmes, et au soutien direct offert par l'Agence aux provinces et territoires pour faciliter l'adoption et l'utilisation de ses produits et services, l'Agence peut se targuer de contribuer de façon remarquable à l'efficacité et l'efficience du système de santé canadien.

J'aborderai maintenant les aspects de la gouvernance et de la reddition de comptes.

Vous avez en main un schéma qui illustre la structure de gouvernance de l'Agence. Je vais situer ce schéma dans ce contexte et apporter certaines précisions.

L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé a été mise sur pied par les ministres de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en 1989. Elle est constituée en société indépendante et sans but lucratif. Les propriétaires d'une société sans but lucratif sont les membres, et les membres de l'Agence sont les sous-ministres de la Santé des provinces et territoires participants, de même que le sous-ministre de la Santé du gouvernement fédéral. Tous les gouvernements y participent, à l'exception du Québec.

Par définition, l'Agence est la propriété de la Conférence des sous-ministres de la Santé et ses membres exercent un droit de vote égal dans la direction des affaires de la société. Celle-ci est gouvernée par un conseil d'administration formé d'administrateurs désignés par les sous-ministres de la Santé membres. Les administrateurs sont responsables devant la Conférence de la direction de l'Agence.

La Conférence des sous-ministres exerce son rôle de supervision de l'Agence à ses réunions ordinaires, ainsi qu'à l'Assemblée générale annuelle de l'Agence où elle voit aux affaires fondamentales comme la prise de connaissance du rapport du conseil d'administration, l'examen des états financiers et du rapport du vérificateur, la désignation du vérificateur de l'année suivante et d'autres affaires, le cas échéant. La Conférence des sous-ministres doit approuver toutes les modifications au fonctionnement de l'Agence, qu'il s'agisse de son mandat, de son règlement interne ou de son budget.

• (1540)

Sur le sujet du secteur de compétence du financement, je crois savoir que les représentants de l'industrie pharmaceutique, dans leur exposé de la semaine dernière, ont accusé l'Agence d'usurper, selon leurs propres mots, les pouvoirs du Comité en annonçant unilatéralement l'expansion du PCEM. Permettez-moi de faire une mise au point puisque cette façon d'interpréter les choses nous a laissés perplexes.

L'expansion progressive du PCEM est l'un des points saillants du rapport d'étape de la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, publié le 21 septembre 2006. Dans ce rapport, l'expansion progressive du Programme commun d'évaluation des médicaments est en fait l'une des principales recommandations du Groupe de travail ministériel fédéral-provincial-territorial formé des ministres de la Santé du Canada et coprésidé par l'honorable Tony Clement.

En février 2007, l'expansion du PCEM, pour couvrir l'examen des nouvelles indications de médicaments connus, a été approuvée à la demande du Programme, conformément à cette recommandation de la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques. Les ententes de financement pour que l'expansion du programme soit effective en avril 2007 viennent d'être conclues, d'où le moment choisi par l'Agence pour annoncer l'expansion à ses intervenants.

Nous estimons notre devoir de vous communiquer cette information, monsieur le président.

Un sous-ministre, désigné selon la province ou le territoire de provenance du président du conseil d'administration de l'Agence, fait office d'agent de liaison avec l'Agence. Le conseil d'administration se réunit au moins trois fois par année, et son président en rend compte au sous-ministre de liaison de l'Agence après chacune de ces réunions.

Le conseil d'administration de l'Agence a pour mandat de diriger les affaires de l'Agence; de préciser l'orientation stratégique et d'offrir des conseils stratégiques; de veiller à ce que les ressources nécessaires à l'exécution du mandat de l'Agence soient en place et de superviser la gestion financière, la détermination des risques et l'évaluation. Grâce à la structure de gouvernance que je viens de

décrire, il ne fait aucun doute que l'Agence rend des comptes aux administrations publiques canadiennes qui l'ont mise sur pied. D'ailleurs, le soutien indéfectible de ces administrations illustre leur optimisme quant à la capacité de l'Agence de remplir son mandat et de répondre aux besoins des décideurs en santé du Canada.

Le dernier sujet que j'aimerais aborder est celui des dépenses et du financement, plus précisément en ce qui concerne le Programme commun d'évaluation des médicaments. Le PCEM a été créé en 2003 et doté d'un budget annuel de 2 millions de dollars. La charge de travail du PCEM est fonction du nombre de médicaments à examiner à la demande de l'industrie ou des régimes d'assurance-médicaments participants. Les dépenses du programme ont augmenté, à la mesure de l'augmentation de sa charge de travail, pour atteindre 3,4 millions de dollars dans les deux dernières années.

Comme je l'ai mentionné, la Conférence a demandé l'expansion du PCEM pour examiner dorénavant les nouvelles indications de médicaments connus et pour mettre en oeuvre d'autres initiatives visant à rehausser la transparence du programme. Par conséquent, le budget annuel que l'Agence consacre au PCEM s'élève désormais à 5,1 millions de dollars. La formule de financement du PCEM est de 70 p. 100 à la charge des provinces et territoires et de 30 p. 100 à la charge du gouvernement fédéral.

La Conférence des sous-ministres de la Santé se réjouit des progrès accomplis par le PCEM au cours des trois dernières années. La refonte des 18 mécanismes d'évaluation distincts des régimes d'assurance-médicaments publics en un processus unique a diminué le dédoublement des évaluations cliniques et économiques, amélioré la qualité et l'uniformité des évaluations et des recommandations et contribué à harmoniser la couverture de médicaments au pays. Ainsi, le PCEM a atteint les objectifs que lui avait fixés la Conférence des premiers ministres.

Non seulement le PCEM fonctionne-t-il, mais il fonctionne bien. Bien sûr, il y a des défis et des écueils dont vous parlerez sans doute plus longuement la Dre Sanders dans quelques instants. Sachez cependant que l'Agence a évolué et s'est adaptée au cours de son existence et qu'elle continuera à le faire pour relever ces défis.

Je vous remercie, monsieur le président, de m'avoir permis de prendre la parole devant votre comité ce matin. Je répondrai volontiers à vos questions le moment venu.

**Le président:** Merci beaucoup.

Permettez-moi de préciser, à l'intention du comité, que lorsqu'on commence une étude de ce genre, on reçoit normalement l'organisme directement intéressé, qui est représenté par notre témoin, à venir expliquer la situation. Vous avez eu l'occasion de le faire. Comme vous n'avez pas pu comparaître dès notre première réunion sur ce sujet, vous avez pu répondre à certaines questions soulevées par des témoins précédents qui ont pris la parole devant notre comité. Cela vous donne un certain avantage, et c'est très bien, mais nous ne cherchons pas à donner d'avantage à qui que ce soit; nous voulons obtenir des réponses. Je vous remercie donc d'avoir répondu à certaines questions soulevées au cours des réunions précédentes.

Cela dit, je vais maintenant donner la parole à Jill Sanders, qui représente l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Madame, vous avez la parole.

[Français]

**Dre Jill Sanders (présidente-directrice générale, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé):** Merci, monsieur le président. Je suis ravie de comparaître devant vous.

[Traduction]

Bonjour et merci d'avoir invité l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé à exposer son rôle dans le cadre du Programme commun d'évaluation des médicaments.

Je m'appelle Jill Sanders et je suis présidente-directrice générale de l'Agence. Je suis ici en compagnie de Mike Tierney, vice-président chargé du Programme commun d'évaluation des médicaments et du Dr Braden Manns, médecin spécialiste des maladies rénales, professeur agrégé à l'Université de Calgary et président du Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments, qui conseille les responsables du Programme commun d'évaluation des médicaments.

Le mémoire de l'Agence contient l'information contextuelle sur le PCEM; pour ma part, j'aimerais m'attarder aujourd'hui à certains aspects d'importance de ce mémoire.

Au sein de nos systèmes de santé publique au Canada, notre objectif ultime est de trouver le juste équilibre entre l'optimisation des soins et l'accessibilité, l'équité, l'abordabilité et la viabilité des régimes pour tous les Canadiens. Dans ce contexte, tous les systèmes ont des décisions difficiles à prendre. Le rôle du Programme commun d'évaluation des médicaments — ou PCEM — consiste à faciliter la prise de décisions sur les produits pharmaceutiques.

Nous savons bien, les médicaments contribuent à améliorer l'état de santé des Canadiens, mais les dépenses liées aux médicaments sont l'élément du budget de la santé qui connaît la plus forte hausse. D'où la nécessité d'évaluer rigoureusement l'efficacité clinique et la rentabilité des médicaments.

Permettez-moi tout d'abord de situer le PCEM par rapport à Santé Canada. Santé Canada voit à ce que les médicaments commercialisés au Canada satisfassent les critères d'efficacité, d'innocuité et de qualité de fabrication. De son côté, le PCEM offre des avis aux régimes d'assurance-médicaments publics quant à l'efficacité clinique et à la rentabilité d'un traitement particulier comparativement à d'autres thérapies disponibles afin que les deniers publics soient utilisés de façon optimale.

L'autorisation de commercialisation délivrée par Santé Canada ne signifie pas forcément que les médicaments représentent la meilleure option possible dans le système de santé. Quand Santé Canada a autorisé la mise en marché d'un médicament, les décideurs et les prestataires de services de santé doivent déterminer s'ils utiliseront ce médicament. Naturellement, cette décision revient aux régimes d'assurance-médicaments fédéral, provinciaux et territoriaux. Ces régimes ont dirigé des processus pendant longtemps et ont pris des décisions fondées sur la même méthode que celle appliquée par le PCEM.

Ce mécanisme de longue date comporte l'évaluation de l'efficacité clinique et du rapport coût-efficacité d'un médicament. Le PCEM n'est donc pas une nouveauté sur le plan du mandat, du mécanisme de fonctionnement ou des résultats. Il exécute des évaluations de l'efficacité clinique et de la rentabilité de médicaments, comme les régimes d'assurance-médicaments l'ont fait pendant longtemps. Ces évaluations sont effectuées par un comité d'experts, le CCCEM, qui fournit des recommandations, tout comme les régimes l'ont fait pendant des années.

La nouveauté, en ce qui concerne le PCEM, réside dans le fait que le programme a été mis sur pied par 18 régimes d'assurance-médicaments publics au Canada pour exécuter les tâches que chacun d'eux accomplissait de son côté auparavant. Avant l'entrée en vigueur du PCEM, le même médicament pouvait faire l'objet de 18 examens, et les régimes ne prenaient pas nécessairement tous la même décision

quant à sa couverture, de sorte que le médicament pouvait être remboursé dans certaines régions du pays et pas dans d'autres.

Le PCEM réduit le dédoublement des tâches entre les régimes d'assurance-médicaments du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires; c'est important, il contribue grandement à donner à tous les Canadiens un accès équitable aux produits pharmaceutiques. De quelle façon? En permettant aux régimes d'assurance-médicaments participants d'avoir le même accès à des données probantes dignes de confiance et des services d'experts-conseils, ce qui contribue à uniformiser les décisions. Même si le PCEM formule des recommandations quant à l'inscription d'un médicament sur la liste de médicaments couverts, il n'en demeure pas moins que la décision finale relève des administrations publiques fédérale, provinciales et territoriales, qui tiennent compte de leurs besoins, de leurs priorités et de leurs ressources respectives.

J'aimerais maintenant aborder l'importance de l'efficacité clinique et du rapport coût-efficacité, ou rentabilité d'un médicament. Avant de pouvoir prendre en considération la rentabilité d'un médicament, il faut d'abord démontrer qu'il est efficace sur le plan clinique et qu'il améliore les résultats pour la santé. Autrement dit, l'efficacité clinique est la première considération. La définition de la rentabilité peut varier selon le point de vue. L'élément central, cependant, est la notion d'optimisation des ressources. La norme internationale utilisée pour exprimer le rapport coût-efficacité est le coût par année de vie pondéré par la qualité, ou QALY.

Le coût par QALY permet de déterminer le coût du nouveau médicament en fonction de l'amélioration de la survie et de la qualité de vie qu'il procure. En fait, un médicament coûteux peut être rentable. Ainsi, Prezista est un médicament indiqué dans le traitement de l'infection par le VIH auquel Santé Canada a accordé une autorisation de commercialisation conditionnelle, et dont le coût s'élève à environ 10 000 \$ par année par patient. Le PCEM a recommandé qu'il soit inscrit sur la liste des médicaments couverts quand il est prescrit à des personnes infectées par le VIH qui n'ont pas répondu aux autres thérapies.

Par contre, un médicament relativement bon marché peut ne pas être rentable s'il n'améliore pas l'état de santé d'un malade comparativement à un traitement moins coûteux. Le PCEM a vu des exemples de tels cas également.

● (1545)

Je décrirai à présent certains aspects du fonctionnement du PCEM, pour compléter l'information contenue dans notre mémoire.

Les délais d'exécution serrés du PCEM sont établis selon les meilleures pratiques des régimes d'assurance-médicaments provinciaux et le PCEM n'a jamais manqué de les respecter. La moyenne allant de l'homologation d'un médicament par Santé Canada à la décision du régime d'assurance-médicaments quant à la couverture du médicament est restée à peu près la même après l'entrée en vigueur du PCEM : 471 jours auparavant et 479 jours maintenant. La création du programme n'a donc pas allongé les délais. Le PCEM accapare environ le tiers de ce délai, soit de 140 à 180 jours. Il faut se rappeler que lorsque le PCEM a formulé ses recommandations, il revient aux régimes d'assurance-médicaments de prendre la décision quant à la couverture du médicament. Le temps que prend cette décision est l'affaire de chacun des régimes d'assurance-médicaments et le PCEM est tout à fait étranger à ce processus. L'application de méthodes scientifiques et techniques rigoureuses est fondamentale pour assurer l'exactitude des recommandations et veiller à l'équité à l'égard du public desservi. La transparence du processus global est tout aussi importante.

Avant l'entrée en vigueur du PCEM, les régimes d'assurance-médicaments provinciaux n'offraient pas aux fabricants la possibilité de s'exprimer sur les évaluations, et aucun d'eux ne publiait les motifs de ses recommandations. À l'heure actuelle, les fabricants ont l'occasion de se prononcer sur les comptes rendus du PCEM. En outre, l'état des demandes d'examen ainsi que les recommandations précises du PCEM et les motifs sur lesquels elles reposent paraissent dans le site Web de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.

Le PCEM a établi de nouvelles normes de transparence au chapitre du remboursement des frais de médicaments au Canada et à l'étranger et continue à améliorer ces normes. L'examen dont a fait l'objet le PCEM en 2005 a recommandé de relever davantage la transparence. L'Agence a donné suite à cette recommandation en désignant deux représentants du public au CCCEM; ces membres ont droit de vote. De plus, grâce à l'augmentation budgétaire que M. Wright vient d'évoquer, l'Agence compte publier une version vulgarisée des recommandations du PCEM, les examens sur lesquels elles reposent ainsi que les procès-verbaux des réunions du CCCEM.

Compte tenu de son incidence sur le remboursement public des frais de remboursement, le PCEM n'est pas épargné par la critique, particulièrement celle de l'industrie pharmaceutique. J'aimerais répondre à certaines de ces critiques.

D'aucuns prétendent que les régimes d'assurance-médicaments ne suivent pas les recommandations du PCEM. Comme je l'ai déjà dit, les régimes sont autonomes quant à la prise de décisions sur la couverture des médicaments et ils n'ont aucune obligation de respecter les recommandations du PCEM. Pourtant, ils ont adopté ses recommandations dans une proportion de 90 p. 100. Le fait qu'ils ne les aient pas suivies dans certains cas démontre qu'ils tiennent compte de considérations qui leur sont propres.

Par ailleurs, selon certains, le PCEM entraverait l'accès à de nouveaux traitements médicamenteux. Rien n'indique que le PCEM impose des critères d'accès aux médicaments plus stricts que ceux qui existaient avant sa création. Le plus important régime d'assurance-médicaments du Canada, le Programme de médicaments de l'Ontario, a inscrit sur sa liste des médicaments couverts 44 p. 100 des médicaments qu'il avait évalués dans les cinq ans avant l'entrée en vigueur du PCEM. Jusqu'à maintenant, la proportion des médicaments ayant fait l'objet d'une recommandation favorable de la part du PCEM s'élève à environ 50 p. 100.

D'autres font valoir que le PCEM recommande l'inscription d'un moins grand nombre de médicaments que des organismes ou programmes comparables à l'étranger. Selon une étude commandée par le groupe Rx&D Canada, le PCEM a approuvé l'inscription de 52 p. 100 des 50 médicaments qu'il avait approuvés au moment de la réalisation de cette étude. Cependant, les critiques ont également signalé que cette proportion était sensiblement moindre que dans beaucoup d'autres pays. L'étude du groupe Rx&D se fonde sur des données statistiques sélectionnées à une fin bien précise, celle de présenter une image particulière de la situation. En réalité, l'étude démontre que le taux de recommandations favorables du PCEM se situe au milieu de la gamme des taux des pays étudiés et qu'il est plus élevé que celui de pays dotés d'un système de santé semblable, comme l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

Une telle étude comparative doit être rigoureusement conçue. Il faut savoir, par exemple, que des pays peuvent inscrire un médicament sur la liste des médicaments couverts mais qu'ils imposent le remboursement partiel des frais, le reste étant à la charge du patient. C'est le cas de la France, qui a adopté un mécanisme de

remboursement à trois niveaux. D'autres pays négocient les prix à l'échelle nationale, ce qui peut influencer sur la décision relative au remboursement de certains médicaments.

● (1550)

La question posée ici est de savoir si le Canada fait cavalier seul dans le monde s'agissant de l'accès aux traitements médicamenteux. Nous pensons que non. Les détracteurs du PCEM prétendent que ce programme ne se soucie que de contenir les coûts et qu'il n'est pas ouvert aux médicaments novateurs dans ses recommandations. En fait, le PCEM a recommandé l'inscription de médicaments très coûteux qui ont démontré un effet bénéfique sur les résultats pour la santé et il ne fait aucun doute que le prix du médicament ne justifie pas à lui seul le sens des recommandations du PCEM. Toutefois, il y a certaines catégories de médicaments, comme la catégorie des médicaments coûteux destinés au traitement de maladies rares, dont je viens de vous parler, qui se prêtent moins bien aux mécanismes d'évaluation du PCEM tel qu'il est en ce moment et qui pourraient mieux bénéficier d'une autre approche.

Toutefois il y a un groupe de travail de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques à qui on a confié cette question et qui fera rapport à la Conférence des sous-ministres de la Santé en juin prochain. Dans l'attente de ce rapport, l'Agence se réjouit de collaborer avec la SNP et la Conférence des sous-ministres de la Santé pour mettre en oeuvre ses recommandations, qui pourraient inclure un processus spécifique au PCEM pour les médicaments coûteux destinés au traitement de maladies rares.

Enfin, l'industrie pharmaceutique a exprimé ses inquiétudes concernant le processus de demande de réexamen. Après les trois années d'expérience que nous avons acquises avec le PCEM, la révision de ce processus pourrait être de mise.

Les problèmes dans le domaine de l'évaluation des médicaments et du remboursement des frais de médicaments ne sont pas que le lot du Canada. L'Agence est bien présente sur la scène internationale, et sa réputation dans ce domaine est bien établie. Nous collaborons étroitement avec des gouvernements et des organismes du monde entier à surmonter les défis auxquels nous sommes confrontés.

Le PCEM compte de nombreux intervenants : le public, les professionnels de la santé, l'industrie pharmaceutique et les propriétaires de l'Agence, c'est-à-dire les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Nous sommes parfaitement conscients que la tension entre l'industrie pharmaceutique et le PCEM ne disparaîtra jamais et nous continuerons à nous efforcer d'entretenir des rapports fructueux avec l'industrie par des réunions périodiques, des groupes de liaison et des groupes de travail.

Ce sont les ministres de la Santé qui ont défini la vision et le mandat du PCEM. Établir un mécanisme uniforme et rigoureux d'évaluation des médicaments, réduire les doubles emplois entre les régimes d'assurance-médicaments publics, optimiser les ressources et l'expertise limitée et offrir un accès équitable aux services d'experts-conseils.

Dans les trois ans écoulés depuis la création du programme, l'Agence a rempli son mandat et adhère pleinement à l'idée d'une liste commune de médicaments couverts, possible grâce à son expansion progressive. L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé est toujours bien placée pour soutenir les efforts des administrations publiques fédérale, provinciales et territoriales en vue d'évaluer avec rigueur les nouvelles technologies et d'offrir aux Canadiens l'accès équitable et abordable aux traitements médicamenteux.

Le PCEM continue à évoluer dans le sens des orientations définies par ses propriétaires, les sous-ministres de la Santé.

Je vous remercie de cette invitation à prendre la parole aujourd'hui. Nous répondrons volontiers à vos questions.

• (1555)

**Le président:** Merci de votre témoignage. Je vois que vous êtes accompagné du vice-président du Programme commun d'évaluation des médicaments, Mike Tierney, et de Braden Manns, président du Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments.

Nous entendrons maintenant notre dernier témoin, Robert Nakagawa, de la Colombie-Britannique.

**M. Robert Nakagawa (sous-ministre adjoint, Services pharmaceutiques, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique):** Merci beaucoup, monsieur le président.

**Le président:** Merci d'être des nôtres. Vous êtes le sous-ministre adjoint des services pharmaceutiques. À vous la parole.

**M. Robert Nakagawa:** Merci beaucoup, monsieur le président. Je vous suis reconnaissant de me donner l'occasion de venir vous présenter mon point de vue et le point de vue de la Colombie-Britannique sur le Programme commun d'évaluation des médicaments et l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.

Je suis pharmacien de formation et depuis 27 ans, je travaille en milieu hospitalier et au gouvernement. Comme vous l'avez mentionné, je suis actuellement le sous-ministre des services pharmaceutiques au ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.

Dans l'exercice de ces fonctions, j'assume également la coprésidence de la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques. À la demande des premiers ministres, la Colombie-Britannique coprécide ce comité qui s'occupe de dossiers d'intérêt commun relatifs aux produits pharmaceutiques dans tout le Canada. L'Agence, soit le PCEM, joue un rôle très important à cet égard.

Je ne vais pas lire mon mémoire que, sauf erreur, vous avez reçu en versions anglaise et française. J'aimerais plutôt présenter mon avis à différents sujets de manière à permettre au comité de poser les questions qu'il souhaitera, afin d'obtenir plus de précisions.

Je vais parler en tant que personne chargée du régime d'assurance-médicaments public de la Colombie-Britannique, régime qui couvre également les médicaments utilisés dans les hôpitaux. En Colombie-Britannique, cela représente plus d'un milliard de dollars par année.

Nous estimons qu'il s'agit là d'un investissement très important dans la santé des habitants de la province. Les traitements médicamenteux sont la pierre d'assise des thérapies modernes et nos investissements dans ce domaine doivent être judicieux. Pour nous, le PCEM s'apparente à une assurance qui nous aide à investir à bon escient dans les traitements susceptibles d'améliorer la santé des Britannico-Colombiens. Le PCEM est une véritable initiative fédérale-provinciale-territoriale qui fonctionne bien, pour tous les partenaires. Nous estimons que la province obtient un excellent rendement pour les sommes qu'elle investit dans le programme.

Comme la Dre Sanders l'a indiqué tout à l'heure, avant la mise sur pied du PCEM, chaque administration avait sa propre méthode pour évaluer les médicaments susceptibles d'être couverts par son régime d'assurance-médicaments. Or, comme elles appliquaient des approches différentes, elles prenaient souvent des décisions différentes, ce qui entraînait des disparités.

À l'époque, les administrations ont jugé que cela ne servait pas l'intérêt de la population canadienne. Nous avons pensé qu'en mettant nos ressources en commun et en travaillant ensemble, nous pourrions améliorer la rigueur du processus d'évaluation des médicaments afin d'obtenir des renseignements cohérents qui pourraient ensuite être examinés et interprétés par des cliniciens experts; ces experts pourraient alors conseiller les administrations quant aux décisions à prendre. Voilà les raisons qui ont mené à la mise sur pied du Programme commun d'évaluation des médicaments.

Par ailleurs, un autre facteur a joué. À l'époque, lorsque des provinces différentes prenaient des décisions différentes quant à l'inclusion du même médicament, le fabricant de ce médicament se servait des décisions favorables prises dans certaines provinces pour faire valoir la nécessité de couvrir ses médicaments dans les autres provinces. Ces examens multiples ont entraîné d'importantes disparités dans les décisions prises au pays.

En mettant sur pied le Programme commun d'évaluation des médicaments, on a voulu créer à tout le moins une base d'information commune pouvant être prise en considération dans toutes les régions du pays. Bien que les médicaments soient utilisés dans différentes régions, l'information à leur sujet figure dans la littérature scientifique internationale.

Ainsi, la littérature médicale est la même et peut être analysée de la même façon dans toutes les administrations; les médicaments sont les mêmes et les maladies humaines courantes sont également les mêmes. Ce constat nous a amenés à conclure qu'une évaluation commune des médicaments serait la meilleure façon de procéder, et nous croyons que ce processus a atteint ces objectifs.

• (1600)

À l'instar des autres provinces auxquelles j'ai parlé, la Colombie-Britannique est extrêmement satisfaite de l'actuel processus commun d'évaluation des médicaments et nous y contribuons de façon continue par l'injection de ressources et par nos commentaires, de même que par la structure de gouvernance que le sous-ministre Wright a décrite devant votre comité.

Dans nos délibérations sur une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, nous avons reconnu que l'évaluation commune des médicaments est un aspect essentiel de notre régime pharmaceutique au Canada. Dans nos discussions au sujet de cette stratégie, nous avons recommandé de renforcer l'évaluation commune des médicaments et d'en élargir la portée. Au départ, ce processus d'évaluation commun ne devait s'appliquer qu'aux nouveaux médicaments homologués au Canada pour la première fois, c'est-à-dire pour la première indication d'un médicament. Les sous-ministres ont récemment analysé l'expansion du processus commun d'évaluation des médicaments qui inclurait désormais l'évaluation des nouvelles indications de médicaments déjà couverts par les différents régimes. Cela devrait se faire d'ici un an.

Permettez-moi de réitérer, en terminant, que l'évaluation commune des médicaments est un mécanisme authentiquement fédéral—provincial-territorial; c'est le fruit d'une réelle collaboration qui a desservi tous les partenaires du Canada et nous appuyons sans réserve la poursuite de ses activités.

Merci.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous allons maintenant entamer la partie de l'audience consacrée aux questions des députés. Je vais donner la parole tout d'abord à Mme Bonnie Brown, pour 10 minutes.

**Mme Bonnie Brown (Oakville, Lib.):** Merci, monsieur le président. Je vais tout d'abord interroger M. Nakagawa, vu que c'est lui qui s'est exprimé le dernier.

Monsieur Nakagawa, pourriez-vous nous dire combien la Colombie-Britannique consacrait à son système d'évaluation des médicaments avant l'instauration du Programme commun d'évaluation des médicaments? J'aimerais savoir combien d'argent la province économise depuis que le PCEM l'a déchargée d'une partie du travail.

• (1605)

**M. Robert Nakagawa:** Je n'ai pas ce chiffre à la portée de la main et il est difficile d'isoler le coût de chaque élément du système pharmaceutique. Ce qui vient encore compliquer les choses, c'est que le système a profondément changé depuis l'année où le PCEM a été institué. Les médicaments sont devenus de plus en plus nombreux et complexes et, du moins en Colombie-Britannique, nous avons essayé d'investir dans d'autres domaines les économies réalisées grâce au travail du PCEM. Nous envisageons de nous concentrer davantage sur les nouvelles indications de médicaments existants. Nous avons étudié les catégories de médicaments et amélioré des activités pour lesquelles il n'existait pas de ressources dans le passé.

Je ne pourrais donc pas vous donner un chiffre précis en ce moment.

**Mme Bonnie Brown:** Très bien. Vous avez dit que dans environ 50 p. 100 des cas, le PCEM avait recommandé le remboursement du médicament en question. Savez-vous quelle proportion de médicaments faisait l'objet d'une recommandation favorable avant la mise sur pied du PCEM?

**M. Robert Nakagawa:** Encore une fois, je n'ai pas ce chiffre à la portée de la main. Nous suivons une démarche rigoureuse et nous avons suivi les recommandations du PCEM; je dirais donc qu'elle était tout à fait conforme à nos valeurs et au type de données. En Colombie-Britannique, nous suivions auparavant une méthode très semblable pour l'évaluation de la littérature scientifique et des données. J'imagine que la proportion serait à peu près la même.

**Mme Bonnie Brown:** J'ai une autre question. Je crois savoir que la Colombie-Britannique est le chef de file au Canada dans le domaine du traitement du cancer. Les témoins qui sont venus comparaître pour d'autres sujets ont vanté ce que vous faites dans ce domaine. Quand le PCEM ou l'Agence a proposé la création d'un processus commun d'examen des médicaments oncologiques, avez-vous demandé que ce programme soit mis en place dans votre province?

**M. Robert Nakagawa:** Je peux répondre d'abord, puis d'autres suivront s'ils le souhaitent.

Le processus commun d'examen des médicaments oncologiques a été lancé suivant les mêmes principes que le Programme commun d'évaluation des médicaments. D'ailleurs, à mesure qu'il évoluera, on voudrait l'intégrer au PCEM.

Ce sont les provinces de l'Ouest qui ont d'abord vu le besoin de collaboration dans le domaine de l'oncologie. La Saskatchewan et le Manitoba estimaient qu'il fallait progresser dans ce domaine et étaient prêts à mener cette expansion. Le PCEM n'avait jamais porté sur les médicaments contre le cancer, puisque cela ne faisait pas partie de son mandat.

**Mme Bonnie Brown:** Oui, mais je pense que vous éludez la question.

**M. Robert Nakagawa:** J'en suis désolé.

**Mme Bonnie Brown:** La question est la suivante: une fois que la Colombie-Britannique a participé au PCEMO, a-t-elle demandé qu'il soit dans cette province? Nous nous sommes laissés dire que c'était la province de l'Ontario qui l'avait obtenu.

**M. Robert Nakagawa:** Voici comment les choses se sont passées: les provinces ont convenu de la création du PCEMO. L'Ontario a offert que son programme d'examen des médicaments serve de fondement à cette initiative conjointe. Depuis, la Colombie-Britannique est devenue une participante, parce que nous estimions que les renseignements provenant du PCEMO pourraient éclairer les décisions de la B.C. Cancer Agency, comme cela se fait pour d'autres régions du pays.

Je ne sais pas si cela suffit à vous répondre, ni si j'ai bien compris la question.

**Mme Bonnie Brown:** Nous avons prévu cette étude et l'étude sur l'obésité a pris un peu plus de temps que nous l'avions prévu. Mais il était déjà connu que nous ferions une étude du PCEM. Or environ une semaine avant le début des audiences, le PCEM a annoncé une expansion de son programme assortie d'une hausse de plus de 150 p. 100 de son budget, qui est passé d'environ 2 millions de dollars par année à 5,1 millions de dollars.

Sachant que notre comité s'apprêtait à examiner votre fonctionnement, pourquoi avez-vous annoncé cette expansion avant que nous ayons eu l'occasion d'évaluer l'efficacité de votre programme? Je ne sais plus qui a fait cette annonce, le conseil ou l'ACMTS.

**M. John Wright:** Monsieur le président, si vous permettez, c'est là une question intéressante. En fait, dans le rapport du Groupe de travail ministériel fédéral/provincial/territorial sur la nouvelle Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, publié en septembre 2006, on prévoyait l'expansion du PCEM visant l'intégration des nouvelles indications de médicaments connus. Les sous-ministres des provinces, territoires et du gouvernement fédéral, qui en sont responsables, ont examiné la situation en décembre et autorisé l'expansion. Des prévisions budgétaires préliminaires ont été envisagées.

En résumé, cela s'est fait bien avant que votre comité commence à songer à examiner le PCEM.

• (1610)

**Mme Bonnie Brown:** Merci.

J'ai encore une question pour M. Wright. Dans votre mémoire, à la page 4, vous dites: « La charge de travail du PCEM est fonction du nombre de médicaments à examiner à la demande de l'industrie... ». Dans d'autres séances, portant sur d'autres sujets, on nous a dit que le nombre de nouveaux médicaments avait beaucoup baissé ces dernières années. Si le nombre de nouveaux médicaments baisse, comment la charge de travail peut-elle augmenter et justifier qu'on fasse passer le budget de 2 millions de dollars à 3,4 millions de dollars, pour les deux dernières années?

**M. John Wright:** Si vous permettez, je vais donner une réponse préliminaire, puis céder la parole à mon collègue.



Je répète, la substantielle augmentation de budget se rapportait à l'examen de nouvelles indications de médicaments connus, qui n'étaient pas auparavant étudiés dans le cadre du PCEM. Voilà qui explique que le budget soit passé à 5,1 millions de dollars. Il s'agit de travail supplémentaire, ou nouveau: des médicaments connus ayant de nouveaux usages.

**Mme Bonnie Brown:** Bien. Merci beaucoup, monsieur le président.

Est-ce qu'un autre témoin veut répondre?

**Le président:** Oui, nous avons une autre réponse.

Monsieur Tierney.

**M. Mike Tierney (vice-président, Programme commun d'évaluation des médicaments, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé):** À ce sujet, le plan d'affaires initial du PCEM prévoyait l'examen de 25 nouveaux médicaments par année. Dans les deux premières années, cette limite a été respectée. Pour la dernière année, 40 nouveaux médicaments ont été présentés.

Pourquoi? Je ne sais pas très bien. Peut-être que Santé Canada a liquidé une partie de l'arriéré et que ces médicaments font l'objet de renvoi pour nous et le PCEM. Des ressources supplémentaires ont été nécessaires pour l'année dernière, pour tenir compte de cette augmentation de la charge de travail.

**Mme Bonnie Brown:** Merci beaucoup.

Merci, monsieur le président.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Mme Gagnon.

[Français]

**Mme Christiane Gagnon (Québec, BQ):** J'ai deux questions, monsieur le président. La première s'adresse à Mme Sanders et l'autre à M. Nakagawa.

Madame Sanders, vous dites que le Programme commun d'évaluation des médicaments consiste à faciliter la prise de décision sur les produits pharmaceutiques. Vous avez remis en question les chiffres obtenus par les gens de la recherche et développement qui ont témoigné devant ce comité. Selon vous, le programme facilitera et accélérera la prise de décision. Toutefois, le nombre de produits soumis à la réglementation du PCEM est moins élevé qu'au Québec, qui n'est pas soumis à ce genre de programme, de sorte que les provinces acceptent de moins en moins de nouveaux produits sur le marché.

Vous avez dit que 90 p. 100 des recommandations étaient acceptées par les provinces. Cela n'indique pas que ces résultats sont probants et qu'ils vont dans le sens du commentaire que vous avez fait. Cela veut-il dire que ce sont les provinces qui les refusent? D'après les chiffres que les gens de la recherche et développement nous ont fournis, vous en refusez beaucoup aussi.

[Traduction]

**Dre Jill Sanders:** Je ne comprends pas très bien les chiffres dont vous parlez. Nous sommes certains des chiffres suivants: 50 p. 100 des recommandations du PCEM faites aux provinces constituent 90 p. 100 des décisions provinciales. Il s'agit de 90 p. 100 des décisions prises par les provinces.

Dans certains cas, aucune décision n'est prise et c'est ce qui peut semer la confusion, la décision n'étant pas encore prise. Cela peut contribuer à une partie de — Je ne comprends pas très bien.

[Français]

**Mme Christiane Gagnon:** Pour les produits de la Colombie-Britannique, le chiffre est plus bas, soit 15 p. 100. Au Québec, 62 p. 100 des nouveaux produits sont acceptés et sont sur le marché. Des chiffres comme 15 p. 100 ou 21 p. 100, selon la province, sont en deçà de ce qui est accepté au Québec pour de nouveaux produits admissibles aux patients. Un de vos objectifs est de rendre le produit plus accessible à la population. C'est dans ce contexte que je vous pose cette question.

Réfutez-vous ces chiffres? Trouvez-vous qu'ils sont réalistes? Vous n'avez pas amélioré l'efficacité de l'acceptation de la mise en marché de certains médicaments pour les patients. Vous défendez votre rôle, mais l'efficacité de celui-ci est quelque peu contestée.

• (1615)

[Traduction]

**Dre Jill Sanders:** Comme vous le savez, la procédure québécoise est distincte du PCEM et ses décisions sont fondées sur des recommandations québécoises.

Le nombre de décisions provinciales est en moyenne de 50 p. 100, plus ou moins 3 à 5 p. 100. Pour les autres régimes qui sont membres du PCEM, c'est toujours autour de 50 p. 100, plus ou moins 3 à 5 p. 100.

Pour le Québec, il faut bien entendu rappeler que l'on ne voudrait pas comparer des pommes et des oranges. La procédure est différente. La structure aussi. Que la comparaison se rapporte au Québec ou à d'autres administrations, à l'étranger, par exemple, ou ailleurs au Canada, il faut comprendre exactement quelle est la définition du remboursement. Je peux me tromper, mais je me suis laissée dire qu'au Québec, il y avait un régime de participation au coût par les prestataires. Je n'en suis pas certaine, toutefois.

Ce genre de choses peut avoir une influence sur les décisions relatives au remboursement. Quand on compare les régimes, il faut être très prudent et s'assurer qu'on parle exactement des mêmes décisions. Le 62 p. 100 au Québec, par rapport à 50 p. 100 en moyenne pour les membres du PCEM est, je pense, au coeur de votre question.

[Français]

**Mme Christiane Gagnon:** Oui.

[Traduction]

**Dre Jill Sanders:** Comme je le disais, nous ne pouvons pas comparer ces régimes distincts, le Québec ne faisant pas partie du PCEM.

[Français]

**Mme Christiane Gagnon:** Je le sais. Au Québec, il y a plus de produits qui sont payés par l'assurance-médicaments. Je me demande où est le problème. Est-il dû à la façon dont vous fonctionnez? Santé Canada décide d'accorder son autorisation pour un produit, et c'est souvent le contraire qui se produit quand vous évaluez l'efficacité du médicament par rapport à son coût. L'inverse se produit parfois. Le Québec n'a pas ce genre d'étape à suivre, mais plus de médicaments et de produits y sont acceptés.

Le problème est-il attribuable à Santé Canada ou à votre organisme? Il y a un peu de confusion. J'essaie de comprendre comment l'efficacité du PCEM est justifiée par rapport aux sommes d'argent consacrées pour améliorer les procédures.

[Traduction]

**Dre Jill Sanders:** Demandons à M. Nakagawa de répondre à votre question, il aura peut-être une réponse plus définitive.

**Le président:** Vous avez la parole.

**M. Robert Nakagawa:** Merci beaucoup.

J'espère également avoir bien compris votre question; laissez-moi tenter d'y répondre, puis vous pourrez me dire si cela vous satisfait.

Lorsque Santé Canada évalue un médicament en vue de le mettre en marché au Canada, le ministère compare les incidences du médicament sur la santé et la sécurité, par rapport à un placebo. Il est ainsi possible de déterminer si le médicament est plus avantageux du point de vue thérapeutique qu'un placebo ou s'il est plus dangereux qu'un placebo. Voilà leur test. Si le médicament passe ces tests, il peut être mis en marché au pays.

Étant donné que ce sont les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux qui doivent payer, tous ont des tests différents, parce que l'on reconnaît qu'il existe déjà des thérapies pour la plupart des maladies ou pour de nombreuses maladies que l'on retrouve au Canada. Ainsi, s'il existe des thérapies efficaces pour traiter l'asthme, on ne peut pas dire qu'il n'existe aucun point de comparaison; il peut très bien s'agir de la norme de soins dans le cas de l'asthme. Nous déterminerons par la suite si le montant supplémentaire à verser pour un nouveau médicament vaut les avantages supplémentaires qu'il nous procure.

Le Québec ne participe pas au Programme commun d'évaluation des médicaments et, par conséquent, il examine peut-être les données probantes de façon différente, interprète les choses de façon différente et prend des décisions logiques pour la province. Mais le Québec utilise une base de renseignements différente de celle du Programme commun d'évaluation des médicaments. C'est d'ailleurs la situation qui prévalait avant la création du Programme commun d'évaluation des médicaments par le reste du pays. Les décisions rendues à la suite de l'évaluation d'un même médicament étaient différentes.

Est-ce que j'ai répondu à votre question?

• (1620)

**Le président:** Très bien —

[Français]

**Mme Christiane Gagnon:** M. le président a dit oui. Ainsi va la vie.

[Traduction]

**Le président:** — elle n'a plus de temps. Merci beaucoup.

Monsieur Fletcher, vous disposez de cinq minutes.

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

J'ai deux questions pour les témoins, et je leur laisserai le soin de décider qui répondra.

Premièrement, le PCEM a été créé afin de conseiller le gouvernement au sujet des médicaments qui devaient être remboursés par le régime public d'assurance-médicaments. Selon vous, quels sont les principaux obstacles ou défis pour remplir le mandat du PCEM, et que fait-on pour s'y attaquer?

Deuxièmement, qu'est-ce qui a été fait au sujet des évaluations précédentes du PCEM; par exemple, la recommandation visant à augmenter la transparence des processus du PCEM? Existe-t-il d'autres obstacles au changement?

Merci.

**Le président:** Allez-y, Jill.

**Dre Jill Sanders:** J'ai parlé de certains des défis. J'ai mentionné, en particulier, les médicaments qui coûtent cher pour les maladies rares, mais j'aurais probablement dû parler de médicaments pour les maladies rares, parce que, honnêtement, le problème dans le cas des médicaments pour les maladies rares n'est pas uniquement une question de coût; il y a les méthodes d'évaluation des médicaments, pour lesquelles des données sont requises. L'ensemble des données au sujet des maladies rares se fondent sur de petites populations, ce qui fait que les méthodologies posent certains défis, dont j'ai parlé dans mon exposé.

Il s'agit d'un sujet sur lequel se penche le groupe de travail sur la stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, et il se peut qu'il faille adopter une approche spécialisée différente à l'égard des médicaments pour les maladies rares, en fonction des conclusions du groupe de travail, sans tenir compte des coûts. Les ensembles de données sont différents, il faut prendre cela en considération.

Toutefois, jusqu'à maintenant, bien entendu, les 13 propriétaires et exploitants du programme commun d'évaluation des médicaments ont convenu, lors de la création du programme, que tout nouveau médicament devait passer par celui-ci. À l'heure actuelle, le système ne comporte aucun raccourci. Les participants au programme commun d'évaluation des médicaments se sont entendus pour dire que tous les nouveaux médicaments devaient être évalués avant qu'une décision soit prise au sujet de leur remboursement. C'est donc ce qui se passe actuellement.

Il s'agit d'un défi et, par conséquent, à mesure que la stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques avancera, nous allons tenter de surmonter certains de ces problèmes et il se pourrait que nous voyions certains changements à l'avenir.

**M. Steven Fletcher:** M. Wright ou M. Tierney, souhaitez-vous répondre à l'une ou l'autre des questions?

**M. Mike Tierney:** Je peux répondre à votre deuxième question si vous le souhaitez.

Lors de la création du PCEM, une entente a été conclue afin que le programme soit évalué un an plus tard; c'est EKOS Research qui s'en est chargé. À la suite de cette évaluation, à laquelle ont participé les intervenants des régimes d'assurance-médicaments, des universitaires, des professionnels de la santé, des représentants du secteur pharmaceutique et des groupes de patients et de consommateurs, quatre recommandations principales ont été formulées. La première était d'accroître la participation de la population à ce processus; la deuxième était d'augmenter la transparence; la troisième était de publier des versions simplifiées des recommandations et les motifs de ces recommandations; finalement, la quatrième recommandation visait à adapter l'évaluation des médicaments à leurs différents niveaux de complexité.

En réponse à la recommandation portant sur la participation de la population, comme Dre Sanders l'a indiqué plus tôt, deux membres de la population se sont joints au Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments. Ils ont été formés et se sont joints au comité en novembre 2006.

Pour ce qui est de la question de la transparence, nous avons obtenu cette année le financement et l'appui nécessaires pour publier les procès-verbaux des réunions du CCCEM ainsi que pour publier des résumés des évaluations complètes des médicaments au sujet de leur efficacité clinique et de leurs avantages économiques. Cette année, nous publierons également des versions simplifiées de nos recommandations et les motifs de ces recommandations.

Pour ce qui est des évaluations adaptées, nous avons découvert que certains médicaments sont nouveaux, très complexes et représentent des innovations du point de vue thérapeutique. D'autres médicaments ne sont que des copies ou des combinaisons de médicaments déjà sur le marché. Nous avons donc trouvé des façons différentes d'évaluer ces médicaments, en fonction du niveau de complexité, tant du point de vue clinique que du point de vue économique.

• (1625)

**M. Steven Fletcher:** Ça va, monsieur le président.

**Le président:** Très bien, merci beaucoup.

Poursuivons maintenant avec Mme Priddy. Vous avez la parole.

**Mme Penny Priddy (Surrey-Nord, NPD):** Merci, monsieur le président. J'ai toujours cru que mon rôle était justement de m'exprimer, mais merci quand même.

**Le président:** La modération a bien meilleur goût.

**Mme Penny Priddy:** Pas toujours.

Ma question s'adresse surtout à M. Nakagawa. On parle souvent de la Colombie-Britannique, un peu partout au pays, comme ayant les meilleures listes de médicaments remboursés, entre autres — je ne sais pas si c'est exact ou non; ayant été ministre de la Santé là-bas, je présume que c'est vrai. Dre Sanders a parlé du nombre de recommandations qui sont mises en application par les provinces. J'aimerais savoir si ces chiffres s'appliquent aussi à la Colombie-Britannique, ou si cette province accepte davantage de recommandations.

**M. Robert Nakagawa:** Nous acceptons un grand nombre de recommandations. En fait, on m'a dit que nous avons accepté toutes les recommandations du Programme commun d'évaluation des médicaments sauf une; j'ai demandé quelle était cette recommandation et pourquoi nous ne l'avions pas acceptée, et on m'a dit qu'elle visait à ne pas inscrire un médicament sur la liste. Le gouvernement de la Colombie-Britannique a examiné la situation et a déterminé que certains critères précis pouvaient être appliqués afin qu'un patient reçoive le médicament. Par la suite, le Programme commun d'évaluation des médicaments a revu sa décision et recensé des critères précis.

Selon moi, nous avons donc adopté la totalité des recommandations.

**Mme Penny Priddy:** Très bien, merci.

Ma question s'adresse au Dr Manns — ou à quiconque pense être le mieux placé pour parler de la transparence.

Monsieur Tierney, vous avez dit que vous aviez l'intention de publier une version simplifiée de vos décisions ainsi que les motifs de ces décisions. Du point de vue d'une entreprise pharmaceutique ou d'un groupe de patients, des recommandations telles que « Nous ne recommandons pas ce médicament parce que nous croyons qu'il n'est pas sécuritaire » ou encore « Ce médicament pourrait avoir des effets secondaires sur les reins », ou d'autres n'augmentent pas réellement la transparence des données. Je comprends le concept de la propriété intellectuelle et tout ça, mais je veux savoir jusqu'à quel

point vous pourrez faire preuve de transparence afin que les gens comprennent la raison pour laquelle un médicament a été rejeté ou approuvé, tout en allant plus loin que ce qu'on pourrait lire sur une étiquette d'ordonnance de la pharmacie.

**M. Mike Tierney:** Naturellement, dans certains cas, lorsque nous avons tenté d'expliquer nos recommandations, nous n'avons pas pu faire référence à des renseignements non publiés ou à des données commerciales confidentielles. Il existe des lignes directrices sur la confidentialité qui ont été approuvées par les fabricants et notre organisation. Les fabricants peuvent avoir accès à nos recommandations avant qu'elles soient publiées, et ils peuvent demander que certaines parties en soient retirées.

Nous avons respecté cet accord, tant pour ce qui est de la divulgation de renseignements confidentiels au sujet des prix qu'au sujet des données cliniques confidentielles qui nous sont communiquées. À l'avenir, nous aimerions tenter de toujours divulguer plus de renseignements afin que nos décisions soient plus transparentes.

**Mme Penny Priddy:** Parmi les médicaments qui vous sont envoyés, combien s'accompagnent de données non publiées?

**M. Mike Tierney:** Ça varie beaucoup. Il y a toujours des renseignements publiés. Je crois que nous avons toujours été en mesure de nous reporter à des renseignements publiés. Mais dans le cas de nombreux médicaments — je dirais en fait la majorité des médicaments — certains des renseignements dont nous disposons ne sont pas publiés et nous ont été remis à titre confidentiel par le fabricant.

**Mme Penny Priddy:** Mais naturellement, vos recommandations pourraient englober les renseignements publiés et y faire référence?

**M. Mike Tierney:** Oui, et nous le faisons.

**Mme Penny Priddy:** Très bien.

Je vais revenir à M. Nakagawa, si vous me le permettez. Je sais qu'il y a eu différentes explications et que Dre Sanders en a parlé dans son rapport.

Selon la perception générale, il semble y avoir deux évaluations: la vôtre et celle des provinces. Quelqu'un pourrait-il me dire pourquoi vous procédez à une autre évaluation lorsque vous recevez celle du PCEM, sans me donner de raisons d'ordre budgétaire.

• (1630)

**M. Robert Nakagawa:** En fait, notre évaluation ne reprend généralement pas le travail du PCEM. Ce dernier fait un travail remarquable et très rigoureux lorsqu'il examine la documentation et procède à une évaluation critique, avant de transmettre ces renseignements à la province. Nous ne reprenons pas ce travail.

**Mme Penny Priddy:** Vous ne refaites donc pas le travail fait par le PCEM?

**M. Robert Nakagawa:** Nous ne reprenons pas ce travail.

Nous évaluons les médicaments par rapport à d'autres médicaments qui sont actuellement remboursés pour les mêmes raisons en Colombie-Britannique et nous voyons comment ils s'inscrivent au sein de ce groupe thérapeutique. Ensuite, nous examinons les répercussions budgétaires de l'adoption du médicament pour la province et décidons si nous pensons que le médicament est abordable et s'il y a d'autres politiques prépondérantes qui existent parmi les services pharmaceutiques ou dans la province et qui auraient une incidence sur notre capacité de mettre en application la recommandation de l'ACMTS. Mais nous ne reprenons pas le processus de données probantes, d'évaluation critique.

**Le président:** Très bien. Merci beaucoup.

Poursuivons avec Mme Davidson.

**Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC):** J'aimerais remercier les témoins de leur présence aujourd'hui.

Monsieur Nakagawa, ma question s'adresse à vous. À la page 4 de votre mémoire, vous dites que « le PCEM a rempli son mandat initial », que « la conférence des sous-ministres abonde dans le même sens, elle qui a autorisé l'expansion progressive du programme » et que « dans le cadre de cette expansion progressive, le PCEM pourrait à l'avenir chapeauter l'évaluation de classes de médicaments », entre autres.

Ma question est la suivante: le mandat peut-il être enrichi n'importe quand, et quel est le déroulement de ce processus?

**M. Robert Nakagawa:** Premièrement, merci beaucoup de votre question. Selon moi, le fait qu'il soit selon nous adéquat d'étendre le programme et de faire plus de travail semblable au même niveau démontre que nous sommes très à l'aise avec l'évaluation commune des médicaments et que nous avons pleinement confiance dans ce programme.

C'est en grande partie à l'ACMTS de déterminer ce que sera ce processus de développement, en obtenant tout d'abord des instructions des provinces. Lorsque nous formulons des recommandations au sujet de la stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, nous les adressons aux sous-ministres. Ceux-ci pouvaient alors les examiner dûment, et nous pouvions veiller à ce qu'il y ait suffisamment de renseignements pour justifier ces changements, et avoir une bonne idée de ce que cela finirait par coûter à l'ACMTS et de ce qu'il faudrait que chaque administration débourse pour atteindre ces objectifs.

Nous travaillons donc avec les sous-ministres de la santé et le conseil d'administration de l'ACMTS pour s'entendre sur les priorités et l'orientation à donner à l'expansion du PCEM.

Peut-être que Dre Sanders ou Dr Hunt auraient quelque chose à ajouter.

**Mme Patricia Davidson:** Il s'agit selon moi d'une réponse plutôt complète.

Par la suite, la recommandation est transmise aux organismes de financement, qui approuvent l'attribution de fonds pour la recommandation améliorée. Est-ce exact?

**M. Robert Nakagawa:** Oui, c'est l'essentiel du processus.

**M. John Wright:** Oui, c'est ce qui arrivera, et les sous-ministres, qui sont les propriétaires de la société, vont examiner la question et prendre une décision. C'est exactement ce qui s'est passé avec la récente expansion, qui a permis d'inclure les nouvelles indications visant des anciens médicaments et d'augmenter le budget à 5,1 millions de dollars pour 2007.

**Mme Patricia Davidson:** La partie du gouvernement fédéral nous est par la suite remise —

**M. John Wright:** Oui, les 30 p. 100 que le gouvernement fédéral fournit à ce processus.

**Mme Patricia Davidson:** — dans le budget du ministère de la Santé pour approbation?

• (1635)

**M. John Wright:** C'est exact.

**Mme Patricia Davidson:** Très bien. J'ai une autre question s'il me reste du temps. J'imagine que oui.

Je ne sais pas à qui s'adresse ma question. Lorsque vous évaluez la rentabilité d'un médicament pour lequel il n'existe aucun point de comparaison, quels critères utilisez-vous?

**Dr Braden Manns (président, Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé):** Cela peut être difficile. Quand nous évaluons le médicament qui est le premier de sa catégorie, ledit médicament est souvent recommandé par Santé Canada parce que ses bienfaits pour la santé l'emportent sur les questions liées à son innocuité. Pour vous donner une idée, je vous dirais que très souvent ces médicaments qui sont les premiers dans leur catégorie sont approuvés sur la foi de données sur leur efficacité relativement à des paramètres non cliniques.

Par exemple, nous avons évalué un médicament destiné aux personnes souffrant d'insuffisance rénale et recevant des traitements d'hémodialyse, qui présentaient des taux élevés d'hormone parathyroïde. Or, des études ont indiqué que les patients qui présentent une élévation de ces hormones courent un risque accru de fractures et de décès. Le nouveau médicament homologué abaissait le taux d'hormone parathyroïde.

En tant que médecin, je sais bien que les patients ne se soucient guère de leur taux d'hormone parathyroïde. Ils veulent simplement se sentir mieux, vivre plus longtemps et éviter d'éventuelles complications.

Toutefois, les données présentées à Santé Canada n'en sont pas à un stade très avancé. Nous avons des données indiquant un abaissement du taux de certaines hormones, d'après les analyses de laboratoire, mais nous n'avons pas de renseignements indiquant que le médicament améliore le bien-être ou la longévité des malades. Certains de ces médicaments, et particulièrement celui-ci, sont assez chers; ils peuvent coûter de 4 000 à 23 000 \$ par année. Par ailleurs, il n'y a pas de garantie que la réduction d'un paramètre mesuré par une épreuve de laboratoire entraînera des bienfaits sur le plan clinique.

Nous savons que si une personne qui fait une crise cardiaque présente beaucoup d'extrasystoles ventriculaires, elle risque davantage de mourir. Nous avons une catégorie de—

**Mme Patricia Davidson:** Combien de médicaments avez-vous approuvés?

**Dr Braden Manns:** En 2004-2005, 11 ou 15, si je ne m'abuse.

**Mme Patricia Davidson:** S'agit-il du nombre de médicaments que vous avez été appelé à évaluer?

**Dr Braden Manns:** En fait, je crois que c'était 14 médicaments; dans neuf de ces cas, notre évaluation s'est fondée sur des paramètres non cliniques. Nous avons approuvé certains de ces médicaments. C'est le cas de deux des demandes fondées sur des paramètres non cliniques, et sur les cinq autres qui reposaient sur des paramètres cliniques, je ne pourrais pas vous donner un chiffre précis.

**Mme Patricia Davidson:** Si ces médicaments ne sont pas approuvés, les patients en question ont-ils accès à d'autres traitements médicamenteux? Que font-ils alors?

**Dr Braden Manns:** Dans certains cas, le traitement de référence comporte aussi la prise d'autres médicaments et, dans le cas particulier que je viens de décrire, on prescrirait, par exemple, un régime alimentaire à faible teneur en phosphore.

Dans certains cas, lorsqu'un médicament n'est pas approuvé, on effectue des études fondées sur l'examen de paramètres cliniques. Une étude d'envergure qui nous fournira des données au cours des trois ou quatre prochaines années vient d'être amorcée. Il n'est pas nécessairement avisé d'investir de l'argent dans ces médicaments tant qu'on n'a pas l'assurance qu'ils améliorent effectivement la santé des Canadiens, ce qui est l'objectif que nous visons.

**Mme Patricia Davidson:** Merci.

**Le président:** Merci beaucoup.

Madame Kadis.

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

Soyez les bienvenus et merci de vos déclarations.

Comme vous le savez, nous investissons beaucoup d'argent dans la recherche-développement. Les patients dans d'autres pays ont-ils davantage accès aux nouvelles thérapies et aux découvertes que les Canadiens?

C'est ce que certains témoins nous ont dit en exprimant des préoccupations à ce sujet. Je sais que vous en avez fait mention dans votre déclaration. Autrement dit, c'est nous qui faisons les découvertes et ce sont d'autres que les Canadiens qui ont davantage accès à ces traitements innovateurs. Voilà ce qu'on nous a dit.

**M. Mike Tierney:** L'étude à laquelle le Dre Sanders a fait référence a été commanditée par le groupe Rx&D Canada; elle a révélé que sur les 50 médicaments recommandés, le taux d'approbation allait de 16 à 82 p. 100. Le Programme commun d'évaluation des médicaments se situe à 50 p. 100. Nous sommes à peu près au milieu du peloton sur le plan de l'accès, bien qu'il y ait certaines limites, bien sûr. S'il n'existait différents mécanismes en ce qui concerne les taux de remboursement ou si on pouvait négocier les prix à l'échelle nationale, notre système serait plus comparable à ce qui existe dans d'autres pays.

**Mme Susan Kadis:** Monsieur le président, il serait peut-être utile pour le comité d'avoir ces données sur les taux d'approbation. C'est une question qui touche de très près les Canadiens. Il semblerait que de très importants investissements se font dans la recherche-développement au Canada et que d'autres pays en profitent peut-être plus que nous. Si c'est le cas, il faut le savoir et en connaître les raisons. Je pense qu'il serait bon que le comité reçoive cette information.

• (1640)

**Le président:** Oui, on pourrait nous la faire parvenir.

**Mme Susan Kadis:** Je ne pense pas qu'il suffit de connaître les taux d'approbation. Nous voulons tous favoriser autant que possible la mise au point des traitements innovateurs pour que les Canadiens puissent y avoir davantage accès.

**Le président:** Vous demandez des renseignements?

**Mme Susan Kadis:** Oui, en effet.

**M. Robert Nakagawa:** Il est important de se rappeler que le processus d'évaluation commun des médicaments ne fait aucune

différence entre les médicaments mis au point dans un pays ou l'autre. En fait, il est parfois très difficile de le savoir.

J'ai récemment appris que Vioxx a été mis au point au Canada. Je serais vraiment navré d'apprendre cependant qu'on le traitait différemment des autres médicaments parce qu'il a été découvert au Canada.

Nous essayons d'être très objectifs. À notre avis, si un médicament est découvert au Canada, il doit quand même répondre aux mêmes normes de preuve que les autres pour que nous ayons l'assurance qu'il est aussi sûr, efficace et concurrentiel que les autres et qu'il s'agit d'un investissement valable pour les Canadiens, non pas d'un point de vue de recherche-développement mais d'un point de vue santé.

**Mme Susan Kadis:** Vous avez fait mention d'un comité ou d'un groupe de travail chargé d'élaborer une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques. Pourriez-vous nous en dire un peu plus long à ce sujet? Quand ce comité a-t-il été formé et qui y siège?

**M. Robert Nakagawa:** La stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques découle du premier accord des ministres de la santé, en 2004. Le premier ministre de la Colombie-Britannique a accepté de coprésider ce comité pour les provinces. Par la suite, les ministres de la Santé ont amorcé leurs travaux en vue de la mise au point d'une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques. Cette tâche a été confiée au groupe de travail qui doit formuler des recommandations aux sous-ministres dans ce dossier.

Ai-je bien répondu à votre question?

**Mme Susan Kadis:** Qui sont les membres de ce groupe de travail?

**M. Robert Nakagawa:** Toutes les provinces sauf le Québec, y participent, de même que le gouvernement fédéral et les territoires.

**Mme Susan Kadis:** J'ai entendu dire, la semaine dernière je crois, qu'un médicament rejeté à l'issue de l'évaluation commune des médicaments a été approuvé en Colombie-Britannique. Êtes-vous au courant de ce cas?

**M. Robert Nakagawa:** Non.

**Mme Susan Kadis:** Je ne sais pas à quoi servait ce médicament, mais c'est le genre de situations que nous essayons de comprendre. Pourquoi cette discordance et quelles en sont les raisons?

**M. Robert Nakagawa:** J'ignore de quel médicament il s'agit. Si j'obtenais les renseignements pertinents, je répondrais volontiers à votre question.

**Mme Susan Kadis:** Très bien.

Merci, monsieur le président.

**Le président:** Merci.

M. Batters a la parole pour cinq minutes.

**M. Dave Batters (Palliser, PCC):** Merci, monsieur le président.

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

Docteur Sanders, ou monsieur Tierney, vous avez entendu les critiques du PCEM. Certains prétendent que c'est un obstacle qui entrave l'accès des patients aux nouveaux médicaments; que c'est une démarche qui vise avant tout la réduction des coûts et non pas l'amélioration de la santé des patients; qu'il y a un manque de transparence et de reddition de comptes. Mes questions sont relativement courtes et s'adressent à vous tous. Je vous prierais d'être brefs car je n'ai que cinq minutes.

Si les réunions du PCEM étaient publiques, n'y aurait-il pas plus de transparence? Est-ce que cela aurait des inconvénients?

**Dre Jill Sanders:** La première mesure à prendre pour améliorer la transparence serait de rendre public le compte rendu des réunions du CCCEM, ce qui se fera cette année et cela fait partie des mesures qui seront prises d'ici un an.

Quant à la tenue de réunions publiques, il faut savoir que cela suppose des coûts. Permettre à quiconque le souhaite d'y assister serait peut-être une bonne idée mais nous devons en discuter avec les propriétaires du processus. Ce sont eux qui devront prendre la décision parce que cela entraînera des coûts et peut avoir des répercussions sur le processus.

**M. Dave Batters:** Seriez-vous prêts à vous engager à discuter de cette question entre vous? C'est une des principales critiques que nous avons entendues au sujet du PCEM en laissant le public assister aux réunions, on pourra peut-être mettre fin à ces critiques. Si on laisse les détracteurs du PCEM assister aux réunions, cela permettra peut-être d'apaiser beaucoup d'inquiétudes.

**Dre Jill Sanders:** Dans ma déclaration, j'ai décrit certaines mesures que nous pourrions envisager en ce qui concerne la tenue des réunions. J'en ai donné quelques exemples : permettre à certains groupes d'assister aux réunions ou de présenter leurs points de vue au CCCEM. On pourrait peut-être aller plus loin que de simplement ouvrir les portes.

**M. Dave Batters:** Vous comprenez le sens de mes propos, cependant.

**Dre Jill Sanders:** Oui, absolument. Nous devons discuter de cette idée avec nos propriétaires et en évaluer les coûts.

•(1645)

**M. Dave Batters:** Merci.

Ma question suivante s'adresse à M. Nakagawa.

Le PCEM se vante de fonder ses décisions sur des données probantes. Dans ces conditions, pourquoi d'autres pays comme la Suède, la Suisse et le Royaume-Uni approuvent-ils plus de médicaments innovateurs — 50 p. 100 de plus? Puisque ces pays évaluent les mêmes médicaments à la lumière des mêmes données probantes, comment se fait-il que le PCEM ne permette pas aux Canadiens d'avoir accès à ces mêmes traitements innovateurs?

Je vais même aller un peu plus loin. Pourquoi les patients québécois ont-ils accès à un plus grand nombre de médicaments innovateurs, et plus rapidement, que les personnes couvertes par un régime d'assurance-médicaments qui participe au PCEM? Et, sauf le respect que je vous dois, monsieur, je vous dirais que je trouve à tout le moins déconcertante votre explication selon laquelle les mêmes données probantes peuvent être examinées différemment au Québec.

Chacun de vous peut répondre, s'il le souhaite.

**M. Robert Nakagawa:** Tout d'abord, je ne connais pas assez bien les processus suivis par d'autres pays — Vous avez dit la Suède?

**M. Dave Batters:** La Suisse et le Royaume-Uni.

**M. Robert Nakagawa:** Je ne connais pas leur méthode d'évaluation des données probantes ni le degré de rigueur qu'ils appliquent. Je peux cependant vous assurer que j'ai la plus grande confiance envers le processus commun d'évaluation des médicaments. Il ressemble beaucoup au processus utilisé en Colombie-Britannique par le passé qui continue à s'appliquer pour l'évaluation de nouvelles indications de médicaments anciens. Ce processus satisfait aux normes internationales appliquées par la Collaboration Cochrane.

Il me serait très difficile d'expliquer les raisons de cette différence sans comprendre à fond les rouages du processus appliqué dans ces pays. S'ils procèdent de la même façon que nous le faisons avant de faire des évaluations critiques, cela pourrait expliquer le fait qu'ils tirent des conclusions différentes.

**M. Dave Batters:** Mais alors, comment expliquer la différence à l'intérieur même de notre grand pays? Pourquoi les Québécois ont-ils accès à un plus grand nombre de médicaments innovateurs et dans des délais plus courts? Vous pourrez développer l'idée que vous venez d'exprimer et expliquer en quoi les données probantes peuvent être examinées différemment dans la province de Québec.

**M. Robert Nakagawa:** Je peux vous donner la même réponse qu'en ce qui concerne les autres pays. Je ne connais pas en détail leur démarche, si bien que je ne peux pas répondre à la question. Quand des experts examinent la même littérature scientifique, ils ont souvent des points de vue différents et prennent des décisions différentes, selon leurs perspectives.

S'ils appliquaient les mêmes règles de preuve que le PCEM, celles qui sont appliquées par la Collaboration Cochrane et par la Colombie-Britannique, je crois qu'ils parviendraient aux mêmes conclusions. Mais je ne sais pas si c'est ce qu'ils font.

**M. Dave Batters:** Vous vous avancez beaucoup, monsieur. Il y a d'excellents scientifiques au Québec — d'excellents professionnels de la santé.

**M. Robert Nakagawa:** Ils ont des scientifiques tout à fait remarquables. Je ne sais pas, cependant, s'ils ont appliqué les mêmes règles de preuve que d'autres, et que nous.

**M. Dave Batters:** Vous avez beaucoup plus de connaissances que moi dans ce domaine, monsieur, mais il n'y a que deux possibilités. On a des données sur la morbidité ou on n'en a pas.

Je vais passer à autre chose, monsieur le président, s'il me reste un peu de temps.

**Le président:** Votre temps est pratiquement épuisé.

**M. Dave Batters:** Pratiquement, mais pas entièrement, n'est-ce pas?

**Le président:** En fait, votre temps est épuisé. Je vous donnerai la parole lors du prochain tour, parce que je crois que vous allez la demander de toute façon.

**M. Dave Batters:** Merci, monsieur.

**Le président:** Passons à M. Malo.

Vous avez la parole.

[Français]

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

Vous n'êtes pas sans savoir que nous avons rencontré lundi dernier des gens de divers ministères fédéraux qui appliquent les recommandations du programme. L'image qui me vient en tête est celle d'un buffet. Certains produits font ou non l'objet de recommandations. Par contre, certains sont reconnus par tout le monde comme des médicaments remboursables. Dans d'autres cas, ça se fait à la pièce. Selon ce qu'on nous a dit, ça dépendrait de la clientèle.

M. Potter, qui est sous-ministre adjoint à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, me disait en réponse à une de mes questions que le Lantus, un médicament destiné à contrer le diabète, était chez lui un produit admissible. Par contre, il ne l'est généralement pas dans d'autres programmes.

J'aimerais poser une question à ce sujet à M. Nakagawa, qui traite directement avec des citoyens de la Colombie-Britannique.

Les gens chez vous savent-ils que s'ils étaient Inuits, s'ils habitaient une autre province, ils auraient peut-être accès à un médicament qui pourrait améliorer leur état? Sont-ils, au contraire, gardés dans l'ignorance en ce qui concerne l'existence de ces médicaments? Pourquoi des produits peuvent-ils profiter à certaines clientèles et non à d'autres, par exemple aux gens de votre province?

• (1650)

[Traduction]

**M. Robert Nakagawa:** Vous avez demandé si les Britanno-Colombiens savent quels médicaments sont disponibles dans chaque administration et s'ils savent qu'un médicament auquel les habitants de la Colombie-Britannique n'ont pas accès pourrait être accessible aux Albertains, par exemple. Je ne sais pas si le Britanno-Colombien ordinaire le sait vraiment. Les gens ne l'apprennent habituellement que s'ils consultent leur médecin et reçoivent une prescription pour un médicament qui n'est pas couvert, pour ensuite en parler avec leur médecin et découvrir qu'il n'y a pas d'autres médicaments disponibles.

À mon avis, ce qui arrive le plus souvent, c'est qu'après avoir appris qu'un médicament n'est pas assuré, le patient va en parler avec son médecin; celui-ci lui offre alors le choix de payer de sa poche pour ce médicament ou d'en réclamer le remboursement à un tiers ou à un autre régime d'assurances. Le médecin lui expliquera aussi qu'il peut prendre un autre médicament, peut-être de la même catégorie thérapeutique, qui lui est couvert par le régime provincial d'assurance-médicaments.

En Colombie-Britannique, un très grand nombre de médicaments sont assurés, si bien qu'à l'intérieur de chaque catégorie thérapeutique, il y a toujours un autre médicament qui est couvert par le régime public.

Je ne pense pas que le patient soit au courant des différences entre les listes de médicaments couverts des différents régimes. Cela dit, le processus commun d'évaluation des médicaments favorise plus d'uniformité dans les décisions relatives à l'inscription de médicaments sur les listes de différents régimes du pays.

D'après les décisions récentes, il y a une forte corrélation entre les recommandations issues du PCEM et les décisions des provinces de couvrir certains médicaments. Il y a plus de concordance et moins de différence que jamais entre les décisions des différentes provinces.

La plupart des médicaments qui sont lancés à l'heure actuelle ne représentent pas des percées thérapeutiques extraordinaires. J'aimerais bien que ce soit le cas, mais moins du tiers de ces médicaments correspondent à de véritables progrès thérapeutiques.

Les décisions prises par les différents régimes du pays sont plus uniformes que jamais auparavant.

[Français]

**M. Luc Malo:** Merci, monsieur Nakagawa.

Madame Sanders, dans le cadre de votre présentation, vous avez dit une chose qui est très grave, à mes yeux. Il s'agit de ce qui suit :

Nous sommes parfaitement conscients que la tension entre l'industrie pharmaceutique et le PCEM ne disparaîtra jamais [...]

Donc, ce que veut l'industrie et ce que veulent les diverses législatures ou partenaires du PCEM serait complètement irréconciliable. Le jugement que vous portez là est très sévère. Pouvez-vous nous expliquer pourquoi c'est irréconciliable?

[Traduction]

**Dre Jill Sanders:** Je pense que j'ai employé « tension ». J'emploierais toujours le même mot pour décrire cette situation. Il y aura toujours une tension, puisque le secteur privé a pour mission d'être rentable, d'assurer un rendement pour les investisseurs. Notre mandat, c'est de faire un travail scientifique et rigoureux, fondé sur des données qui sont souvent fournies par le secteur pharmaceutique, mais pas complètement.

Comme je l'ai dit plus tôt, on évalue d'abord l'efficacité clinique, et ensuite l'efficacité par rapport au coût. Les données sont parfois insuffisantes et nous tirons des conclusions, comme on le voit dans nos recommandations, qui ne plaisent pas au secteur privé.

[Français]

**M. Luc Malo:** Pensez-vous, comme le proposait notre président —

Monsieur le président, je parle de vous.

[Traduction]

**Le président:** Allez-y.

[Français]

**M. Luc Malo:** Notre président nous disait lundi dernier que l'adoption d'un formulaire unique serait peut-être une solution. Pensez-vous que ça pourrait aider à réconcilier les deux parties?

[Traduction]

**M. John Wright:** Monsieur le président, la Saskatchewan a pris la direction du travail de préparation d'une liste nationale des médicaments couverts. Cela fait partie de la stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, c'est l'une des cinq priorités et le travail va bon train.

• (1655)

**Le président:** Merci.

Monsieur Brown, vous avez la parole.

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

Quand le PCEM a été créé, les décisionnaires ayant choisi cette solution, est-ce que des médicaments étaient approuvés qui n'auraient pas dû l'être? Quand ce processus d'examen supplémentaire s'est rajouté, y a-t-il eu des dossiers qui ont provoqué cette décision? Est-ce qu'un organisme provincial a approuvé un médicament de manière prématurée? Y avait-il des obstacles à ce que le meilleur médicament possible soit offert aux malades? Est-ce que des dossiers particuliers ont déclenché la création du PCEM?

Je veux savoir si des erreurs ont été commises pour susciter ce niveau d'examen supplémentaire.

**M. Robert Nakagawa:** Je peux répondre.

J'ai participé à ce processus et je peux vous dire qu'il n'y a pas eu d'élément déclencheur. Le processus de réglementation des médicaments actuels est fondé sur l'expérience malheureuse de la thalidomide. Et c'est le Vioxx qui a lancé les derniers efforts de surveillance après commercialisation. Il n'y a pas eu d'élément déclencheur dans le cas du PCEM. Je dirais que c'est simplement que nous nous sommes tous rendu compte que nous faisons la même chose en étudiant les mêmes documents médicaux, pour les mêmes médicaments. Les provinces plus grandes avaient un système d'évaluation critique très rigoureux, fondé sur des données probantes, semblable au PCEM. Les plus petites provinces n'avaient pas cette capacité, et nous cherchions des façons de partager nos ressources pour améliorer la qualité de l'évaluation des médicaments pour les provinces qui n'avaient pas les mêmes ressources.

Mais pour répondre directement à votre question, non, aucun événement n'a précipité la création du PCEM.

**M. Patrick Brown:** Je vais me faire l'avocat du diable. Dans ma circonscription, les gens en général, comme beaucoup de Canadiens, croient que le gouvernement est trop gros. Que répondez-vous à ceux qui craignent un chevauchement des compétences, et un manque de pertinence. Un organisme provincial peut décider d'approuver un médicament qui a été rejeté au palier fédéral, et il en résulte des doublons et des contradictions, non? Comment expliquer qu'il n'y a pas de doublement des efforts gouvernementaux dans ces cas-là?

**M. Robert Nakagawa:** Je répondrais que le PCEM, c'est exactement le contraire. Nous pouvons grâce à lui partager les ressources de l'ensemble du pays. Je crois que Dre Sanders a parlé de 18 évaluations différentes qui se faisaient auparavant. Les ressources sont maintenant regroupées, comme les experts, et nous ne faisons qu'une évaluation, que tous au pays partagent. C'est donc plus efficace pour tout le pays, et il n'y a pas de doublement, puisqu'on fait une fois ce qui se faisait auparavant 16 ou 18 fois.

**M. Patrick Brown:** Avez-vous des preuves de l'accélération du processus? Du point de vue de l'accès aux médicaments pour le malade, on me dit dans ma circonscription que le PCEM a retardé l'accès aux médicaments dont les malades ont besoin. Pouvez-vous prouver que c'est désormais plus rapide?

**M. Mike Tierney:** Une étude indépendante a été publiée dans le *Provincial Reimbursement Advisor* de novembre. On y calculait le temps que prenaient les approbations de Santé Canada pour les régimes d'assurance-médicaments: avant le PCEM, il fallait 471 jours, et depuis, c'est 479 jours. Il n'y a pas eu véritablement de changement.

En outre, les fabricants reçoivent maintenant nos évaluations et peuvent formuler des commentaires, ce qui ne se faisait pas avant le PCEM.

**Le président:** Pourriez-vous fournir cette étude au comité?

Nous vous en remercions.

**M. Patrick Brown:** Les gens de ma circonscription m'ont fait part de deux autres préoccupations. D'abord, pour les maladies rares, les retards qu'ils estiment être excessifs et ensuite, des problèmes relatifs aux médicaments contre le cancer. Pourriez-vous nous donner des détails sur le PCEM et ces deux questions? A-t-on raison de croire que parce que le nombre d'échantillons est plus petit, le PCEM ne peut pas bien gérer l'approbation ou le rejet de médicaments pour les

maladies rares? Et avez-vous aussi des observations sur les médicaments contre le cancer?

• (1700)

**M. Mike Tierney:** Commençons par le cancer.

Le PCEM existe depuis trois ans environ et nous avons reçu 90 demandes, dont six se rapportaient à des médicaments contre le cancer. Ce nombre est faible parce que la plupart des médicaments contre le cancer sont donnés en injection, dans des centres d'oncologie ou des hôpitaux. Ils ne relèvent donc pas du mandat du PCEM. C'est donc avantageux pour les provinces de participer au processus commun d'examen des médicaments oncologiques. Nous collaborons à ce processus pour combiner l'examen non seulement des médicaments administrés par voie orale mais aussi les médicaments injectables, non seulement les médicaments pris dans la collectivité, mais aussi ceux qui sont donnés dans les hôpitaux et les centres d'oncologie.

**M. John Wright:** Au sujet des maladies rares, encore une fois, c'est un autre élément et une autre priorité de la stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques. Je l'ai déjà dit, c'est la Saskatchewan qui dirige l'élaboration de la liste nationale. L'Alberta a la responsabilité des médicaments onéreux pour les maladies rares. Le travail se poursuit.

Les sous-ministres se sont rencontrés il y a quelques jours à Montréal, et cette question a été soulevée. Un de mes amis, Bob, et moi parlions plus tôt de la nécessité d'accélérer le processus d'évaluation pour ces produits.

**Le président:** Merci beaucoup.

Madame Bennett.

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

Je pense que j'ai encore du mal à situer dans son contexte la stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques. Pourriez-vous faire le point et me dire ce sur quoi se sont entendus les sous-ministres.

L'Union européenne a une liste commune, et on nous a dit qu'il y en avait cinq au gouvernement fédéral. Où le PCEM s'insère-t-il dans cela, et comment contribue-t-il à l'élaboration d'une liste nationale? Quelle est l'échéance prévue pour les médicaments génériques, etc.? Je connais votre budget et votre mandat, mais en tant que sous-ministre, comment voyez-vous ce processus? Combien de temps faudra-t-il pour qu'il n'y ait plus tous ces petits programmes, pour qu'il y ait une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques qui tienne compte des médicaments onéreux pour les maladies rares, qui offrent une couverture des médicaments onéreux et pour que nous sortions de l'époque où la Loi canadienne sur la santé ne s'appliquait qu'aux médecins, aux hôpitaux, sans accorder d'importance aux médicaments?

**M. John Wright:** Très rapidement, monsieur le président, la stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques compte cinq éléments, sur lesquels les provinces travaillent actuellement: la couverture des médicaments onéreux, une liste nationale, les prix et les achats, l'efficacité et l'innocuité dans un monde réaliste et les médicaments onéreux pour les maladies rares. Les sous-ministres se sont rencontrés pendant quelques jours à Montréal.

**L'hon. Carolyn Bennett:** La surveillance post-commercialisation fait-elle partie de la liste?



**M. John Wright:** Il s'agit de l'efficacité dans le monde réel. En fait, c'était un autre des principaux sujets de discussion, et nous voulions accélérer les choses. C'est l'Ontario qui est responsable de cette question.

Nous avons hâte à la prochaine rencontre de juin prochain, en Saskatchewan, avec les ministres. Nous nous attendons à ce que les fonctionnaires aient alors présenté au sous-ministre, et les sous-ministres aux ministres, une mise à jour substantielle de la stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Je me suis laissée dire qu'à l'étranger, on examine des données internationales avec les intéressés, particulièrement pour le cancer. Des groupes de patients et des groupes de soignants ont un comité qui peut ou non donner le feu vert à certains produits à partir de normes internationales, qu'il s'agisse de celles du Japon, de l'Union européenne ou de la FDA. Si ces intervenants estiment que les données scientifiques ont été soigneusement analysées, l'approbation du médicament peut être accélérée. On décide ensuite s'il sera remboursé ou non, selon son efficacité et ensuite, s'il vaut la peine de le rembourser de cette manière.

Je crois que tous les parlementaires sont préoccupés pour ce qui est de savoir où se trouvent les goulots d'étranglement du point de vue scientifique. Si c'est à Santé Canada, les 491 jours qu'il faut prévoir chez vous pour que soient commercialisés des médicaments — Ensuite, je pense que ce qui est plus important encore, pour le Canada, c'est de savoir ce qui se produit une fois qu'il est commercialisé.

Au sujet de l'innocuité et de l'efficacité et des deniers publics, je sais que je ratisse large, voyez-vous quelque chose? Dans combien de dossiers de médicaments que vous avez à examiner essayez-vous également de savoir ce que d'autres groupes étrangers ont fait? Je ne devrais peut-être pas poser la question à l'agence, mais plutôt aux sous-ministres, intuitivement, dites-moi combien de médicaments attendent l'approbation de Santé Canada alors qu'à l'étranger, ils ont été approuvés, et vous savez qu'il n'y a pas de problème? Il m'apparaît assez étrange que nous agissions ainsi au Canada, alors que d'autres pays prennent en compte les évaluations d'autres scientifiques, et peuvent passer à autre chose.

• (1705)

**M. Mike Tierney:** En collaboration avec Santé Canada, nous avons prévu que le PCEM pourrait entamer son processus d'évaluation vers la fin de celui de Santé Canada, de manière que les médicaments qui pourraient être employés contre des maladies très graves ou mortelles soient approuvés plus rapidement par le PCEM. Nous avons aussi prévu intégrer à l'évaluation du PCEM les conclusions de l'évaluation de Santé Canada. Nous l'avons déjà fait pour un médicament et nous avons pu faire une recommandation deux mois après l'homologation par Santé Canada.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Je vais reformuler ma question. Si vous considérez les données internationales, quelle est la valeur ajoutée; je parle du travail que vous faites au quotidien? Notre comité est sensé se pencher sur la satisfaction des besoins des Canadiens. Seriez-vous étonné de constater que l'examen de Santé Canada est différent de celui de la FDA, ou de celui de l'Union européenne ou du Japon? À quelle fréquence? D'après vous, à quoi sert-il de faire ce travail au Canada, pour des médicaments qui sont déjà sur le marché, dans d'autres pays?

**M. Mike Tierney:** Je ne sais pas si je peux vous répondre. Je pense que ce que vous demandez, c'est s'il y a —

**L'hon. Carolyn Bennett:** Y avait-il une valeur ajoutée?

**M. Mike Tierney:** — une efficacité accrue du fait que Santé Canada refait l'examen que d'autres organismes de réglementation étrangers ont déjà fait?

**L'hon. Carolyn Bennett:** Oui.

**M. Mike Tierney:** Je ne peux pas vous répondre.

**Le président:** Je pense que cela dépasse la portée prévue, à moins que quelqu'un d'autre veuille répondre.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Quelqu'un doit bien avoir une idée là-dessus. Nous dépensons des tonnes d'argent. La moitié du personnel de Santé Canada fait ce travail. Où trouverais-je cette information, à votre avis?

**Le président:** Deux des témoins veulent donner une courte réponse. Je vais les laisser le faire, puis votre temps sera en fait épuisé.

**Dre Jill Sanders:** Madame Bennett, je pense que c'est à Santé Canada de vous répondre. Votre question se rapporte au processus de réglementation, si je ne m'abuse. Dans ce cas-là —

**L'hon. Carolyn Bennett:** Oui, je demande aux gens des provinces s'ils peuvent nous aider à déterminer s'il y a une valeur ajoutée.

**Le président:** Nous laisserons M. Nakagawa donner une courte réponse, puis nous passons à l'intervenant suivant.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Excellent.

**M. Robert Nakagawa:** Instinctivement, je vous dirais que je serais bien étonné d'apprendre qu'il y a une différence substantielle entre l'évaluation faite par Santé Canada et celle d'autres administrations.

Le temps de traitement dépend parfois du moment où le fabricant fait sa demande. Il ne fera pas nécessairement sa demande au Canada en même temps qu'il la présente ailleurs. Reste ensuite à voir quelle est la capacité de chaque administration de s'acquitter de ce mandat.

Mais honnêtement, je crois qu'il faut poser la question à Santé Canada.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous passons maintenant au deuxième tour et le premier intervenant est M. Batters qui a cinq minutes.

**M. Dave Batters:** Merci, monsieur le président.

Le PCEM prend des décisions qui ont une incidence sur les malades et ceux-ci doivent pouvoir savoir de qui relève le PCEM. Ma question est toute simple: de quel élu relevez-vous directement, vous ou le PCEM?

**M. John Wright:** Le PCEM relève directement des sous-ministres de la Santé, qui eux-mêmes relèvent des ministres de la Santé, qui eux-mêmes relèvent directement de leur assemblée législative.

**M. Dave Batters:** Qu'en est-il des fonds fédéraux, soit 30 p. 100 du budget du PCEM? Qui rend des comptes pour cela, au palier fédéral, monsieur Wright?

**M. John Wright:** Je ne peux pas parler au nom du gouvernement fédéral, mais seulement pour les gouvernements provinciaux et territoriaux.

**M. Dave Batters:** Qui peut nous parler de la reddition de comptes fédérale pour le financement fédéral de 30 p. 100 pour le PCEM?

**M. John Wright:** Je présume, monsieur le président, que c'est la raison de notre présence ici, pour justifier le financement de 30 p. 100 du gouvernement fédéral. Je présume qu'au fédéral —

**M. Dave Batters:** Ma question porte sur le gouvernement fédéral.

• (1710)

**Le président:** Je crois que la question porte sur la responsabilité fédérale, si je ne m'abuse, simplement à titre d'information.

**M. Dave Batters:** Y a-t-il une responsabilité fédérale?

**M. John Wright:** Le mécanisme de responsabilité doit être le même, à mon avis, monsieur le président, soit par l'intermédiaire du sous-ministre, M. Morris Rosenberg, puis du ministre, M. Tony Clement, puis du cabinet qui lui-même relève du Parlement.

**Le président:** Bien. Est-ce qu'on a répondu à votre question?

**M. Dave Batters:** Vous avez parlé du ministre Clement?

**M. John Wright:** Oui, en effet.

**M. Dave Batters:** Quels vérificateurs gouvernementaux examinent le PCEM et évaluent l'optimisation des ressources pour les contribuables canadiens?

**Dr Ed Hunt (président du conseil d'administration de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé et sous-ministre adjoint, Ministère de la Santé et des Services communautaires, Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, Conférence des sous-ministres de la Santé):** La conférence des sous-ministres nomme des vérificateurs à son assemblée annuelle, chaque année. C'est d'ailleurs ce qui a été fait en février dernier. Les vérificateurs relèvent de la conférence des sous-ministres. Je ne sais pas très bien qui a été retenu cette année mais —

**M. Dave Batters:** Bien, merci.

Dre Sanders, à la page 3 de votre mémoire, vous dites que « les décisions quant au financement des médicaments relèvent entièrement des régimes d'assurance-maladie et le PCEM y est tout à fait étranger ». Pourquoi les contribuables canadiens doivent-ils donc verser de leurs précieux dollars pour soutenir un organisme qui reconnaît n'avoir ni rôle ni influence au bout du compte?

**Dre Jill Sanders:** Cette phrase est tournée d'une manière qui peut être trompeuse, toutes mes excuses. Elle vise à dire au comité que le PCEM fait des recommandations et ne prend pas de décision. Ces recommandations visent à éclairer des décisions qui elles-mêmes relèvent exclusivement des administrations qui les prennent.

Je suis désolée si la formulation de cet énoncé est trompeuse.

**M. Dave Batters:** Ce n'est peut-être pas trompeur, puisque à la dernière séance sur ce sujet, nous avons constaté que bon nombre de médicaments faisant l'objet de recommandations négatives étaient couverts par certains régimes publics et que bon nombre de médicaments faisant l'objet de recommandations positives ne l'étaient pas. C'est troublant, pour dire le moins.

Revenons un peu aux commentaires de mon collègue M. Malo, au sujet du Lantus. Santé Canada a donné accès au Lantus dans le cadre du régime de médicaments fédéral, tout comme l'Ontario et le Québec. Le Lantus coûte entre 63 et 70 \$ par mois. D'après M. Potter, de Santé Canada, qui a comparé à notre dernière séance, le Lantus peut remplacer des pompes à insuline beaucoup plus coûteuses, soit 5 000 \$ pour le matériel et 200 \$ par mois pour l'insuline.

Si vous êtes un patient ontarien ou québécois, vous avez accès au Lantus. Pourquoi le PCEM refuse-t-il l'accès à ce médicament à

d'autres patients canadiens? On semble de plus en plus avoir des soins de santé à deux vitesses, selon la province où l'on vit. Pourriez-vous m'expliquer pourquoi le PCEM n'a pas approuvé le Lantus?

**Le président:** Allez-y.

**Dr Braden Manns:** Je peux parler de la procédure d'approbation du Lantus au PCEM.

Quand ce médicament a été évalué, nous avons eu l'avantage d'un élément important de la procédure du PCEM, soit que les compagnies pharmaceutiques sont obligées de nous envoyer des renseignements non publiés. C'est un avantage que nous n'avions pas pour l'évaluation des médicaments en Alberta et je ne suis pas convaincu que le Québec ait cette possibilité, il faudrait que le Québec vous réponde. La majorité des données évaluées au sujet du Lantus, dont le comparateur était une autre insuline isophane, n'avaient pas été publiées. Nous ne pouvions l'énoncer dans nos recommandations, pour des raisons de confidentialité. Mais les renseignements mis à la disposition des médecins et des rédacteurs des lignes directrices pour la pratique clinique ne sont pas les mêmes que ceux que nous avons pour l'évaluation.

L'Ontario a recommandé que — L'Ontario a des politiques différentes sur le financement des produits pharmaceutiques. Le Lantus ne figure pas sur sa liste, mais est disponible dans le cadre d'études cliniques.

Nous faisons des recommandations aux provinces. Toutes les provinces ont des politiques différentes pour restreindre l'usage des médicaments, et elles l'ont fait de manière très stricte pour ce médicament, qui est intégré à un mécanisme d'étude clinique particulier.

**Le président:** Merci beaucoup.

**M. Dave Batters:** Merci, monsieur le président.

**Le président:** Nous passons maintenant à Mme Gagnon.

[Français]

**Mme Christiane Gagnon:** Je voudrais revenir sur le tableau qui porte sur la recherche et développement. Vous avez dit, docteur Sanders, que ce n'était pas une étude rigoureuse et qu'il fallait tenir compte de certaines variables dans d'autres provinces ou pays, par exemple le prix national. La Nouvelle-Zélande a une autre façon de négocier le prix des médicaments. De plus, certains coûts sont remboursés par les assurances.

On peut critiquer les chiffres présentés, mais il reste qu'ils sont un peu troublants. Par exemple, en Colombie-Britannique, les produits recommandés pour remboursement représentent 15 p. 100 alors qu'au Québec, ce pourcentage est de 62 p. 100.

Au sujet des nouveaux produits, vous avez dit que c'était une question d'efficacité et de coût. Est-ce à dire que le Québec rembourserait des médicaments qui coûtent cher, mais qui ne comportent pas nécessairement de valeur ajoutée en termes d'efficacité? Dans ces conditions, mieux vaut utiliser un produit qui est déjà sur le marché. Je pense que c'est un de vous qui a dit que les nouveaux médicaments offerts aux patients n'étaient guère plus efficaces. J'aimerais savoir ce que vous dénoncez dans les chiffres portant sur la recherche et développement. Vous les avez certainement lus, étant donné que vous les avez critiqués dans le cadre de votre énoncé, madame Sanders.

Concernant la liste de médicaments approuvés, j'aimerais surtout savoir si d'après vous, ceux qui en acceptent plus — et c'est le cas du Québec — paient beaucoup trop cher, compte tenu de l'efficacité de ces produits. Est-ce là ce que vouliez dire?

•(1715)

[Traduction]

**Le président:** Madame Gagnon, de quelle étude parlez-vous? D'où tirez-vous ces renseignements?

[Français]

**Mme Christiane Gagnon:** Je parle de l'étude qui nous a été remise quand nous avons reçu les gens de l'industrie et de la recherche et développement. Ils nous ont fait des tableaux.

Par exemple, une autre critique qu'on pourrait faire concerne le nombre de jours que ça prend pour évaluer un produit. Si on considère le nombre de produits qui sont évalués, la moyenne est très élevée quand ça vient de vous —

[Traduction]

**Le président:** Avons-nous cette information ou est-ce de l'information que vous avez? Nous ne l'avons pas?

[Français]

**Mme Christiane Gagnon:** Non, je ne suis pas la seule à l'avoir; vous l'avez. Ils sont venus ici et ils nous l'ont remis. À moins que je sois la seule à l'avoir eue, mais cela me surprendrait. Non, vous l'avez, monsieur le président. C'était la journée, je crois, où j'ai présidé la séance.

[Traduction]

**Le président:** Bien. Tant que les attachés de recherche ont l'information, nous pourrions la retrouver plus tard.

Veuillez répondre.

[Français]

**Mme Christiane Gagnon:** Nous ne sommes pas ici pour prendre la part de l'un ou de l'autre. Nous sommes ici pour examiner les documents et entendre les différents témoignages, pour essayer de comprendre comment ça se passe.

Nous avons des chiffres, des moyennes sur le nombre de jours que ça prend, par exemple, pour accepter un médicament, pour l'analyser, et il y a des écarts épouvantables.

[Traduction]

**Le président:** C'est bon.

**Dre Jill Sanders:** Je vais donner une partie de la réponse, puis céder la parole à M. Manns.

Mes préoccupations par rapport à cette étude viennent en partie du fait qu'on compare des pommes et des oranges. Les décisions sont souvent fondées sur d'autres facteurs que les simples données scientifiques. Il y a notamment la capacité de payer et dans ce cadre-là, il faut tenir compte de la coassurance pour les patients.

Quand on voit un médicament inscrit, il faut tout comprendre. Et ça n'est pas facile, avouons-le. Quand on regarde les tableaux, si on ne dispose pas de tous les renseignements, on ne sait pas qu'il y a des différences entre les divers régimes comparés et la simple inscription d'un médicament sur la liste ne dit pas tout.

Dans certains pays, il y a une coassurance et le patient paie sa part. Dans d'autres pays, il faut verser une cotisation d'assurance-santé supplémentaire pour avoir la couverture des médicaments, pour avoir l'assurance-médicament. Ces décisions sont prises. C'est complexe. Nous aussi, nous essayons d'aider.

Ce que j'essaie de dire, c'est que l'étude dont vous parlez ne tient pas suffisamment compte des différences entre les régimes, et de l'effet de ces différences sur les décisions de remboursement. Voilà ce qui me préoccupe dans les statistiques telles qu'elles sont présentées.

[Français]

**Mme Christiane Gagnon:** Je voudrais juste avoir un éclaircissement.

Qu'il soit payé par une assurance, par un individu ou par l'État, finalement, il s'agit du coût du médicament. Par exemple, en Colombie-Britannique, 15 p. 100 des produits sont acceptés dans la liste des médicaments qui sont remboursables, et il y en a 62 p. 100 au Québec. Cela veut dire que le Québec demande trop cher pour un médicament qui a peu d'efficacité. On ne mettra pas une étiquette pour indiquer qui paie pour quoi, mais c'est ce que je vois lorsque je lis le tableau. Je pense que c'est peut-être monsieur, madame ou l'assurance privée qui paie, ou les deux.

Finalement, si je comprends votre raisonnement, que vous l'acceptiez, que vous le recommandiez ou pas, dans l'ensemble, il y a quelqu'un qui paie trop cher pour un médicament peu efficace. C'est ce qui m'intéresse. Peu importe qui va payer, au bout du compte, il y a quelqu'un qui paie trop cher pour un médicament peu efficace alors qu'il pourrait y avoir un autre médicament tout aussi efficace qui coûte moins cher.

En Nouvelle-Zélande, cela fonctionne comme ça.

•(1720)

[Traduction]

**Dre Jill Sanders:** Je suis désolée mais parlez-vous du prix des médicaments ou du nombre de médicaments inscrits? S'agit-il du prix des médicaments inscrits ou du prix de chaque médicament étudié?

[Français]

**Mme Christiane Gagnon:** Je dis que lorsque vous faites vos recommandations, c'est toujours l'efficacité par rapport à ce que cela donne de plus. Mais il y a aussi le coût qui entre en ligne de compte quand vous faites votre analyse.

Donc, je me dis que si 62 p. 100 des produits qui sont acceptés au Québec sont remboursables, cela fait une grande différence avec la Colombie-Britannique qui en accepte 15 p. 100. Cela veut dire que le Québec rembourse trop d'argent pour un médicament, d'autant plus que vous dites qu'il y a peut-être d'autres médicaments qui sont tout aussi efficaces et qui seraient moins chers.

[Traduction]

**Le président:** Bien, je pense qu'en gros, nous avons compris.

**Dre Jill Sanders:** Puis-je essayer de répondre encore une fois?

Je ne peux pas répondre complètement à la question, mais cette étude était fondée sur un instantané, dans le temps.

**Le président:** Allez-y.

**Dre Jill Sanders:** Je ne sais pas de quel instantané il s'agit, ni quel groupe de médicaments était évalué et il faut donc être prudents.

C'est ce que nous disons chaque fois qu'il s'agit de considérer des statistiques. Il faut savoir quels éléments sont comparés. Il peut s'agir de médicaments qui ne sont pas les mêmes que ceux qui sont évalués par le PCEM. Bien franchement, je ne sais pas de quels médicaments on parle dans le groupe de 62 p. 100, ni dans celui de 15 p. 100, puisque d'après M. Nakagawa, toutes les recommandations sont suivies.

Alors, il y a une confusion.

**Le président:** Une courte réponse, de la part des MM. Manns et Nakagawa.

**Dr Braden Manns:** Puisque nous nous concentrons aujourd'hui sur le PCEM, j'aimerais poser cette question. Les provinces nous ont déjà donné des chiffres selon lesquels la proportion de médicaments approuvés avant le PCEM était la même que maintenant. Le PCEM n'a donc rien changé. D'autres facteurs doivent être pris en compte. Les données peuvent être les mêmes, mais les ministères de la Santé prennent des décisions sur les dépenses à faire, soit dans la réduction des listes d'attente ou dans les produits pharmaceutiques. Ce genre de décision peut aussi avoir une influence.

**Le président:** Monsieur Nakagawa, très rapidement.

**M. Robert Nakagawa:** Vous avez raison, il peut sembler effarant qu'il y ait une différence de 62 p. 100 dans une province et de 15 p. 100 dans une autre. Cela me paraît très préoccupant. Je ne connais pas cette étude, je n'en ai pas eu copie. Mais je peux vous dire que par le passé, quand il y avait de grands écarts, nous avons constaté que les calculs n'étaient pas faits de la même façon. Nous allons trouver d'où vient cette différence.

En Colombie-Britannique, les citoyens allaient sur Internet voir quels médicaments étaient disponibles dans le cadre du régime. Aucun des médicaments contre le cancer et le sida, aucun médicament relatif aux greffes ni agents rénaux ne figuraient sur la liste Internet de PharmaCare en Colombie-Britannique. Cela ne signifie pas que nous ne remboursions pas le public qui en a besoin mais que nous passons par d'autres instruments.

Peut-être que dans l'étude, les médicaments anticancer n'étaient pas pris en compte, même si nous les offrons, mais par l'intermédiaire de la B.C. Cancer Agency, plutôt que par la B.C. PharmaCare. Pour ceux qui ont fait le décompte, ce n'était peut-être pas évident.

Je le répète, ce n'est peut-être pas ce qui s'est passé dans le dossier cité en exemple. Mais quand nous avons constaté des différences de cette importance auparavant, il y avait toujours ce genre de problème méthodologique.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous avons encore deux intervenants. Il nous reste environ six minutes; je leur accorde donc trois minutes à chacun.

M. Fletcher, ensuite Mme Kadis.

**M. Steven Fletcher:** En écoutant les témoignages d'aujourd'hui, monsieur le président, j'ai l'impression que d'une façon ou d'une autre, tous les chemins mènent au Québec. Je prends la liste de témoins, et il semblerait que nous n'avons pas de témoins du Québec qui pourraient partager l'expérience québécoise avec nous.

J'aimerais suggérer au comité que nous demandions au président et à la greffière de nous trouver des témoins du Québec qui pourront nous aider à voir ce qui se passe là-bas.

● (1725)

**Le président:** D'accord, mais il ne s'agit pas d'une question. C'est quelque chose dont nous nous occuperons plus tard. Je crois que

nous aurons une réunion du comité de direction et nous nous en occuperons.

**M. Steven Fletcher:** Non, ce n'est pas une question pour le comité; il s'agit plutôt d'une déclaration.

**Le président:** C'est un commentaire juste, mais nous allons nous en occuper mardi prochain.

Madame Kadis.

**Mme Susan Kadis:** Merci, monsieur le président.

J'aimerais savoir où en est le PCEM en ce qui concerne l'approbation du contenu des listes pour les produits biologiques? Est-ce que nous sommes à égalité avec les autres pays, ou est-ce que nous sommes en retard?

**M. Mike Tierney:** Lorsque nous prenons seulement les médicaments, en définissant les produits biologiques comme les médicaments qui passent par le Bureau des produits biologiques de Santé Canada, en laissant de côté les médicaments onéreux pour les maladies rares, sept des 17 produits biologiques ont été approuvés par le PCEM.

Une autre façon de voir cette question, c'est de regarder les médicaments pour lesquels les fabricants demandent un traitement prioritaire parce que ces médicaments présentent des avantages thérapeutiques considérables pour les personnes atteintes d'une maladie très grave ou mortelle. Nous avons examiné ces médicaments également. Au cours des trois premières années, nous avons examiné 11 de ces médicaments. Cinq ont fait l'objet d'une recommandation visant leur inscription sur les listes, mais pas les six autres. Donc, encore une fois, le pourcentage pour ce groupe de médicaments n'était pas très différent de celui qui concerne les autres médicaments.

**Mme Susan Kadis:** Comparativement à d'autres pays, où en sommes-nous? Avons-nous approuvé un nombre semblable de ces médicaments ou en avons-nous approuvés moins?

**M. Mike Tierney:** Je suis désolé. Je n'ai pas de renseignements sur l'approbation dans les autres pays ni si les lignes directrices qu'ils suivent.

**Mme Susan Kadis:** Monsieur le président, pourrions-nous obtenir des informations à ce sujet? Ce serait à l'avantage du comité.

**Le président:** Certainement.

Nous avons une autre question tardive de la part de Mme Brown, que je permettrai.

**Mme Bonnie Brown:** Est-ce que vous vous occupez également des vaccins?

**M. Mike Tierney:** Non.

**Mme Bonnie Brown:** Merci.

**Le président:** C'était facile.

Merci beaucoup d'être venus. Je suis heureux d'avoir eu l'occasion de vous poser des questions sur le PCEM. Nous ne nous attendions pas à ce que vous disiez à quel point la situation était épouvantable, et vous vous êtes bien défendus, malgré le fait que vous avez parlé de certaines de vos préoccupations et des façons d'améliorer la situation. Nous tenons compte de cela.

Je veux vous remercier d'être venus. J'aimerais remercier les membres du comité pour leurs excellentes questions.

La séance est levée.

---





**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.**