



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 024 • 1<sup>re</sup> SESSION • 38<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le lundi 7 mars 2005**

**Présidente**

**Mme Bonnie Brown**

Toutes les publications parlementaires sont disponibles sur le  
réseau électronique « Parliamentary Internet Parlementaire » à l'adresse suivante :

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

## Comité permanent de la santé

Le lundi 7 mars 2005

•(1530)

[Traduction]

**La présidente (Mme Bonnie Brown (Oakville, Lib.)):** Bonjour à tous. Je suis heureuse de vous souhaiter la bienvenue à cette 24<sup>e</sup> réunion du Comité permanent de la santé.

Nous examinerons aujourd'hui le chapitre 4 du *Rapport de la Vérificatrice générale du Canada*, « La gestion des programmes fédéraux de prestations pharmaceutiques », dont nous avons amorcé l'étude il y a quelques semaines. Nous allons entendre des représentants du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration, du ministère des Anciens combattants et du ministère de la Défense. Suivra une période de questions au cours de laquelle nous pourrions profiter également de la contribution de la vérificatrice générale et des représentants du ministère de la Santé. Cependant, seules les personnes que nous n'avons pas encore entendues pourront faire une déclaration.

Nous commencerons donc par le ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration qui est représenté par Lyse Ricard, la sous-ministre adjointe responsable des Opérations. Elle est accompagnée de Sylvie Martin, directrice, Politiques et stratégies, Direction générale des services médicaux.

Madame Ricard.

[Français]

**Mme Lyse Ricard (sous-ministre adjointe, Opérations, ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration):** Merci, madame la présidente.

C'est avec plaisir que je m'adresse à vous aujourd'hui pour vous parler du chapitre 4 du rapport de novembre de la vérificatrice générale, qui portait sur la gestion des programmes fédéraux de prestations pharmaceutiques.

Je suis accompagnée aujourd'hui du Dr Sylvie Martin, directrice intérimaire des politiques et des stratégies à la Direction générale des services médicaux de Citoyenneté et Immigration Canada,

Citoyenneté et Immigration Canada accueille favorablement les recommandations de la vérificatrice générale. Le plan d'action que nous avons déposé auprès de ce comité énonce les mesures que nous allons prendre.

Le Programme fédéral de santé intérimaire de Citoyenneté et Immigration fournit une protection médicale à certaines catégories de migrants relevant de la compétence de l'immigration. Les principaux groupes couverts par ce programme sont les individus demandant l'asile au Canada ainsi que les réfugiés pendant la période de temps où ils ne sont pas admissibles aux régimes d'assurance-maladie provinciaux. Sont aussi incluses les personnes détenues pour des raisons d'immigration ainsi que les personnes soumises au processus d'examen des risques avant renvoi du Canada.

Le Programme fédéral de santé intérimaire est conçu pour combler l'écart entre le moment de l'arrivée des réfugiés au Canada et celui où

ils sont admissibles aux différents régimes d'assurance-maladie offerts aux résidents permanents. Ce programme n'est pas conçu pour offrir une couverture médicale à long terme. Il n'offre pas une protection aussi complète que les autres programmes de santé fédéraux ou provinciaux. Le temps moyen pendant lequel un individu peut bénéficier du programme est d'environ 18 mois.

[Traduction]

L'objectif principal est donc de payer les soins de santé de base et essentiels à certaines catégories de migrants qui, autrement, n'auraient pas de protection et ne pourraient pas assumer les dépenses associées aux services de santé dont ils peuvent avoir besoin.

Le ministère s'est efforcé de contrôler les coûts du programme. Par exemple, nous avons recours à un sous-traitant pour le traitement des demandes et des paiements. Nous payons seulement les médicaments essentiels ou urgents et au plus faible coût possible, à l'instar des programmes provinciaux d'aide sociale; par exemple, nous remplaçons les médicaments de marque déposée par les médicaments génériques équivalents quand ceux-ci deviennent disponibles. Nous harmonisons nos taux avec les taux des provinces pour les médicaments et les frais d'ordonnance afin de profiter de leur pouvoir d'achat et de négociation des prix. Nos dépenses au titre des médicaments s'élèvent à environ 5,5 millions de dollars pour l'exercice 2003-2004, ce qui correspond à environ 10 p. 100 des coûts totaux du programme. Nous ne couvrons que les médicaments à plus faible prix, génériques et de première ligne, lorsque cela est possible. De plus, en raison de la nature du programme, la liste des médicaments couverts est restreinte dans sa durée et limitée aux médicaments essentiels seulement.

CIC va collaborer avec les responsables des autres programmes fédéraux pour trouver et élaborer des stratégies visant à optimiser l'efficacité des programmes. De plus, nous convenons que le partage des pratiques exemplaires entre les responsables des différents régimes fédéraux de prestations pharmaceutiques engendrera des économies pour tous les ministères.

Merci.

•(1535)

**La présidente:** Merci beaucoup.

Nous passons maintenant au ministère des Anciens combattants pour entendre Mme Verna Bruce, la sous-ministre déléguée, qui est accompagnée de Ron Herbert, directeur général des Opérations nationales.

Madame Bruce.

**Mme Verna Bruce (sous-ministre associée, ministère des Anciens combattants):** Madame la présidente, merci beaucoup de nous avoir invités aujourd'hui pour vous parler du Programme des médicaments d'Anciens combattants Canada, par suite du rapport de la vérificatrice générale de novembre dernier. Comme l'a si bien dit notre ministère, « Le rapport de la vérificatrice générale nous incite grandement à améliorer davantage nos programmes de remboursement des médicaments et donne une nouvelle impulsion à une collaboration encore plus ciblée avec nos partenaires fédéraux en matière de soins de santé. »

[Français]

Avant que je n'entre dans le vif du sujet, permettez-moi de vous présenter M. Ron Herbert, directeur général des opérations nationales, et Mme Orlanda Drebit, directrice générale des orientations opérationnelles.

[Traduction]

En ma qualité de présidente du Partenariat fédéral pour les soins de santé, je tiens à remercier Mme Marie Williams pour le travail qu'elle effectue avec les ministères partenaires afin de donner suite au chapitre 4.

Anciens combattants Canada administre un programme national de soins de santé qui compte 14 catégories de prestations relatives aux traitements, le renommé Programme pour l'autonomie des anciens combattants, les soins de longue durée et la promotion de la santé. Les clients admissibles peuvent avoir accès à ces traitements au moyen de la carte d'identité de soins de santé d'Anciens combattants Canada. Notre budget en matière de soins de santé se situe aux environs de 800 millions de dollars par année.

Notre programme de médicaments est assez important. Cette année, nous prévoyons que les dépenses en médicaments s'élèveront à 119 millions de dollars, découlant d'environ 4,5 millions de transactions. Selon le rapport de la vérificatrice générale, le total de clients se chiffre à 133 400. Plus de la moitié de nos clients ont 80 ans et plus et leurs besoins en soins de santé s'intensifient et se compliquent.

Je crois que vous conviendrez avec moi que les anciens combattants canadiens sont des gens très spéciaux qui méritent des services de soins de santé améliorés. Nous croyons que tous les anciens combattants du Canada méritent le même niveau de soins, peu importe où ils vivent. Au fond, nous complétons les services qu'offrent les provinces pour assurer aux anciens combattants un niveau uniforme de soins.

Parmi les autres exemples de services améliorés, on peut noter la gestion coordonnée de cas et notre programme de médicaments. Lorsqu'il s'agit de médicaments, la sécurité doit constituer notre principale priorité; je vous parlerai d'ailleurs tout à l'heure de notre processus d'examen de l'utilisation des médicaments.

Outre la sécurité, notre priorité suivante est d'offrir les soins de santé qui conviennent le mieux à nos clients et qui donneront les meilleurs résultats. Au même titre que les autres ministères, nous nous servons d'un formulaire sur lequel figure la liste des médicaments les plus courants pour traiter divers genres d'affections. Anciens combattants Canada compte aussi une unité d'autorisation spéciale dont le rôle est de travailler avec des fournisseurs de soins de santé, notamment des médecins et des pharmaciens, pour s'assurer que les anciens combattants reçoivent des soins sur mesure en vue de traiter des affections uniques, complexes et multiples. Ces soins sur mesure pourraient très bien être des médicaments qui ne figurent pas dans le formulaire, mais qui conviennent mieux dans une situation donnée.

Comme la vérificatrice générale le fait remarquer dans son rapport, notre processus d'examen de l'utilisation des médicaments existe depuis sept ans déjà. Prenons l'exemple d'un ancien combattant âgé de 83 ans qui est diabétique, a des problèmes cardiaques, est atteint d'arthrite, a une affection pulmonaire et le cancer—un cas plus fréquent qu'on ne le croirait. Cet ancien combattant pourrait facilement avoir une vingtaine de médicaments à prendre par jour. Notre processus d'examen de l'utilisation des médicaments étudierait de près les rapports entre ces affections et s'assurerait qu'un médicament n'augmente ni ne diminue l'efficacité d'un autre. Il s'agit d'un autre moyen de réduire la surconsommation de médicaments.

À la lumière des observations de la vérificatrice générale, nous avons augmenté la quantité de ressources affectées à ce processus et avons organisé un atelier dans le but d'examiner les critères en vigueur et d'élaborer un modèle plus rigoureux. Sachez aussi qu'une équipe de professionnels des soins de santé effectue présentement un examen approfondi des situations dont la vérificatrice générale a fait état dans son rapport, dont celle des clients qui semblent obtenir de grande quantité ou des cocktails de produits pharmaceutiques susceptibles de nuire à leur santé.

En guise de conclusion, je tiens à vous rappeler que, depuis 1994, le Partenariat fédéral pour les soins de santé s'est servi d'économies d'échelle pour faire l'achat d'avantages médicaux. Vous le savez déjà, un plan d'action de premier niveau du gouvernement du Canada a été déposé auprès de la vérificatrice générale et de votre comité. À Anciens combattants Canada, nous appuyons fortement les groupes de travail du Partenariat fédéral pour les soins de santé qui étudient actuellement l'utilisation rentable des médicaments et le rendement des systèmes.

Merci encore de m'avoir donné l'occasion de venir vous parler de notre programme de médicaments. Nous en sommes très fiers à Anciens combattants Canada, car il nous permet de maintenir un juste équilibre entre le fait que nous voulons combler les besoins de nos clients et notre volonté de le faire de façon rentable.

Merci.

● (1540)

**La présidente:** Merci, madame Bruce.

Du ministère de la Défense nationale, nous allons maintenant entendre le major général Lise Mathieu, commandant du Groupe des services de santé des Forces canadiennes et directeur général. Elle est accompagnée du lieutenant-colonel Régis Vaillancourt, Politiques et normes en pharmacie.

Madame Mathieu.

**Mgén Lise Mathieu (commandant, Groupe des services de santé des forces canadiennes et directeur général, ministère de la Défense nationale):** Merci, madame la présidente.

Je vous remercie de nous donner l'occasion de discuter de la réponse du ministère de la Défense nationale aux recommandations formulées dans le chapitre 4 du rapport de la vérificatrice générale du Canada qui porte sur la gestion des programmes fédéraux de prestations pharmaceutiques. Je suis accompagnée du lieutenant-colonel Vaillancourt, pharmacien en chef des Forces canadiennes.

Au cours des prochaines minutes, je vous présenterai un aperçu général du réseau des soins de santé des Forces canadiennes, en insistant particulièrement sur le programme de prestations pharmaceutiques et sur notre approche concernant le chapitre 4.

[Français]

La Loi constitutionnelle de 1867 confie à l'autorité fédérale toute la responsabilité relative aux questions militaires. Le paragraphe 91 (7) de cette loi constitue le fondement constitutionnel du mandat des Forces canadiennes en matière de soins de santé. La Loi canadienne sur la santé exclut spécifiquement les membres des Forces canadiennes de la définition du terme « assuré ». De plus, les membres des Forces canadiennes ne bénéficient pas de la protection des régimes de soins dentaires et de santé de la fonction publique.

[Traduction]

Ainsi, je suis chargée d'assurer la prestation de services de santé complets à l'échelle nationale et internationale pour les membres de la Force régulière et de la Réserve, selon leurs conditions d'emploi, et pour toute autre personne désignée par le ministre. Dans tous les cas, malgré l'exclusion, je dois respecter les principes formulés dans la *Loi canadienne sur la santé* de 1984.

[Français]

Les Forces canadiennes offrent à approximativement 60 000 membres de la force régulière et 25 000 réservistes des services et des soins de santé dans deux contextes distincts: au pays—on dit alors « en garnison »—et dans le cadre d'opérations de déploiement qui peuvent s'étendre au travail dans des conditions nucléaires, biologiques ou chimiques.

En garnison, les membres des Forces canadiennes reçoivent des soins médicaux et dentaires non urgents en clinique externe dans 70 installations militaires au Canada. Les soins secondaires, tertiaires et quaternaires ainsi que les soins primaires offerts après les heures de travail sont donnés dans des établissements de santé civils. À l'étranger, les services de santé sont fournis à l'endroit et au moment où le personnel des Forces canadiennes est déployé grâce à divers arrangements allant des services acquis localement aux partenariats avec d'autres services de santé militaires, jusqu'au service intégral assuré par les services de santé des Forces canadiennes.

[Traduction]

En ce qui concerne plus particulièrement nos initiatives de gestion des médicaments, un nouveau programme de gestion des médicaments a été mis en oeuvre en avril 2000 pour garantir une utilisation rationnelle des ressources tout en assurant des soins de santé de qualité aux membres des Forces canadiennes. Le Centre d'exemption des médicaments des Forces canadiennes est géré par des pharmaciens et des médecins, ce qui permet des prises de décisions selon une approche de la médecine fondée sur les preuves. Notre programme de gestion des médicaments a pour objectif des effets positifs sur la santé des membres des Forces canadiennes, ce qui est possible en offrant un processus d'évaluation clinique individualisé de la couverture des médicaments dont l'objectif est la rationalisation des coûts, plutôt que la réduction des coûts.

[Français]

Le programme du Centre d'exception des médicaments des Forces canadiennes est guidé par trois principes clés: l'état de préparation opérationnelle, qui garantit que le Groupe des services de santé des Forces canadiennes est en mesure de satisfaire aux besoins en fournitures médicales dans des contextes opérationnels; l'équité, qui garantit que tous les militaires ont droit aux mêmes médicaments, que l'ordonnance ait été remplie dans une pharmacie civile ou militaire; et l'égalité, qui garantit que les membres des Forces canadiennes ont accès à une pharmacothérapie similaire à celle offerte par les autres ministères fédéraux et par les gouvernements provinciaux.

● (1545)

[Traduction]

La liste de médicaments des Forces canadiennes offre aux membres une grande variété de médicaments sur ordonnance ou non. Dans les travaux de recherche que nous avons publiés, nous concluons que le fait de fournir des médicaments sans ordonnance non seulement réduit les coûts, mais a aussi des effets positifs sur la santé des patients et est associé à un haut niveau de satisfaction des militaires.

[Français]

Les médicaments qui figurent sur la liste de médicaments sont déterminés par le Comité de pharmacologie et de thérapeutique des Forces canadiennes. Les décisions prises par ce comité sont fondées sur les recommandations du Comité de pharmacologie et de thérapeutique fédéral, un organisme consultatif de professionnels de la santé qui formule des recommandations impartiales sur les pharmacothérapies. La liste de médicaments des Forces canadiennes est régulièrement révisée afin de tenir compte des normes thérapeutiques actuelles. Les Forces canadiennes

[Traduction]

sont également représentés au sein du Conseil consultatif pharmaceutique, qui fournit au Comité fédéral de pharmacologie et de thérapeutique des recommandations fondées sur des preuves pour tous les nouveaux médicaments.

[Français]

Des procédures sont en place au sein du ministère pour s'assurer que des pharmacothérapies appropriées et efficaces sont offertes aux militaires. Ces procédures comprennent notamment des mesures de contrôle de la qualité et des processus d'acquisition visant à garantir que les membres des Forces canadiennes reçoivent des pharmacothérapies efficaces. À l'heure actuelle, le ministère se procure les médicaments grâce à des pratiques d'acquisition concurrentielles à bas prix.

[Traduction]

Étant donné que nos opérations sont très contrôlées, le ministère de la Défense nationale ne dispose pas de systèmes de surveillance d'adjudication en ligne pour les opérations internes. Nous sommes toutefois conscients qu'une mise à niveau de notre système de traitement des demandes est nécessaire. Dans le cadre du Partenariat fédéral pour les soins de santé, nous collaborons à un projet visant à intégrer notre système de traitement des demandes au dossier électronique de santé.

[Français]

Le chapitre 4 ne contenait aucune recommandation visant particulièrement le ministère. Toutefois, dans de nombreuses recommandations, le régime du ministère était mentionné lorsqu'il était question d'autres régimes d'assurance-médicaments fédéraux. Par conséquent, le ministère ne déposera pas une réponse aux recommandations formulées au chapitre 4. Le plan d'action du Partenariat fédéral pour les soins de santé, déjà déposé devant le comité, sert de plan d'action au ministère et reflète notre engagement à travailler diligemment avec les autres ministères fédéraux à cette tâche.

[Traduction]

Pour conclure, l'objectif fondamental de notre programme est d'avoir des effets positifs sur la santé des membres des Forces canadiennes. Nous avons à cœur de collaborer dans le cadre du Partenariat fédéral pour les soins de santé afin d'optimiser notre programme de gestion des médicaments.

[Français]

Merci de votre attention. Il me fera plaisir de répondre à vos questions.

[Traduction]

**La présidente:** Merci, madame Mathieu.

Nous passons maintenant à la période de questions en débutant avec M. Merrifield.

**M. Rob Merrifield (Yellowhead, PCC):** Je tiens à vous remercier d'être venus nous rencontrer pour nous en apprendre un peu plus sur vos programmes de médicaments respectifs.

Au cours de la dernière année, notre comité a entendu des témoins que lui ont fait part de chiffres ahurissants concernant les médicaments au Canada. Ainsi, il y a deux ou trois semaines à peine, nous avons reçu les auteurs d'une étude qui nous ont dit qu'il y avait eu 24 000 décès dans nos centres de soins de courte durée seulement, et que ces chiffres pouvaient être sous-évalués de 100 p. 100. Il s'agit de statistiques vraiment stupéfiantes si elles se rapprochent un tant soit peu de la réalité. Nous savons également que 1,2 milliard de dollars ont été injectés dans l'Inforoute Santé, ce qui nous amène à nous intéresser à l'aspect financier de la question. Nous n'ignorons pas non plus qu'il reste encore beaucoup d'argent à dépenser.

Dans vos ministères respectifs, qui sont fédéraux à 100 p. 100 pour ce qui est des soins de santé, comment progresse l'initiative du dossier médical électronique permettant de suivre un patient? Nous savons que c'est l'objectif visé par l'Inforoute Santé et nous constatons que l'Alberta a une bonne longueur d'avance à ce chapitre, car elle espère que tous les patients y seront intégrés d'ici un an. Vous avez tous mentionné des chiffres, mais avant que nous abordions l'aspect strictement financier, j'aimerais savoir où vous en êtes dans la mise en oeuvre de cette initiative.

• (1550)

**Mme Verna Bruce:** Je peux commencer en vous parlant de la situation à Anciens combattants Canada ainsi que de mon rôle au sein du Partenariat fédéral pour les soins de santé.

On peut certes affirmer que nous comprenons tous très bien l'importance cruciale que revêtira pour nous le dossier médical électronique, mais il faut également avouer que nous venons à peine d'entreprendre notre collaboration pour la mise en oeuvre d'un tel dossier.

**M. Rob Merrifield:** Alors où en êtes-vous rendus? Indiquez-nous vos objectifs, vos échéanciers.

**Mme Verna Bruce:** Je vais demander à Marie Williams, notre directrice générale, qui connaît...

**M. Rob Merrifield:** D'accord, cela m'amène à une autre question qui est un peu plus ciblée.

Le projet de l'Inforoute Santé a été lancé en 2001. J'aimerais qu'on me dise, peut-être un autre témoin, quels sont vos liens avec cette initiative, si des fonds y sont investis, et quels sont les obstacles. Je peux comprendre qu'il soit difficile pour les instances fédérales et provinciales de collaborer parce qu'il s'agit de sphères de compétence différentes, mais ce n'est pas le cas en l'espèce et

j'aimerais savoir ce qui nous empêche d'instaurer un système de dossiers médicaux permettant de suivre un patient.

**Mme Verna Bruce:** J'en ai parlé avec Marie et notre objectif pour cette année consiste à établir une stratégie quant à la façon dont nous allons nous connecter avec l'Inforoute Santé.

Si je parle du cas particulier d'Anciens combattants Canada, je crois que certains facteurs entrent en jeu. Nous concentrons vraiment nos efforts sur les services à offrir à nos clients et leur dossier médical s'inscrit dans cette veine. Une grande partie du travail que nous effectuons concerne les prestations de retraite. Nous sommes conscients de l'importance du dossier médical électronique, mais il faut bien dire que nous n'y avons pas consacré énormément de temps, et que les renseignements que nous devrions recueillir au sujet de nos clients pourraient différer un peu de ceux compilés par les autres ministères.

Ainsi, nous commençons à peine le processus. Nous espérons avoir mis en place d'ici la fin de l'année une stratégie visant à déterminer l'information devant être mise en commun et les modes de collaboration à adopter.

**M. Rob Merrifield:** Si je comprends bien, il ne s'agit pas d'obstacles qui entravent votre travail, mais bien d'un manque de volonté politique, si je puis m'exprimer ainsi, pour aller de l'avant avec cette initiative.

**Mme Verna Bruce:** J'estime que c'est une question de priorités : il y a énormément de priorités concurrentes pour ce qui est de la prestation des soins de santé.

Cette initiative figure en bonne position dans la liste de nos priorités, mais il faut d'abord et avant tout déterminer la façon dont nous pourrions travailler tous ensemble pour créer un dossier médical électronique. Ensuite, pour les éléments dont nous avons besoin—des informations qui peuvent être très différentes de celles dont, par exemple, CIC pourrait avoir besoin—il faut nous assurer de ne pas faire double emploi avec le système.

**M. Rob Merrifield:** Oui. Ces questions m'inquiètent également lorsque j'examine la situation dans ma province, en Alberta, où les travailleurs versent 15 millions de dollars, je crois, pour le programme Wellnet. Ce projet est censé être mis en oeuvre d'ici la fin de l'année. On parle de trois millions de personnes sur une population totale de 30 millions, soit 10 p. 100. Je ne suis pas très bon en mathématiques, mais je sais que si vous multipliez ce montant par 10, vous ne devriez pas arriver à 1,2 milliard de dollars; le résultat devrait être d'environ 150 millions de dollars.

C'est peut-être irréaliste, quand on pense à l'ensemble du territoire, mais je ne comprends pas comment on nous arrive avec des estimations—et peut-être que la vérificatrice générale pourrait me répondre à ce sujet—de 10 milliards de dollars pour procéder à cette mise en oeuvre pas cette année, ni l'an prochain, ni même d'ici 2010, mais bien d'ici 2020. Lorsque je vois de tels chiffres, je commence à me poser de sérieuses questions.

Je ne sais pas si cela est de votre ressort, mais peut-être pourriez-vous nous fournir quelques réponses à la lumière de votre examen de ce dossier. Quels seraient selon vous les obstacles à la réalisation de cette initiative?

**Mme Sheila Fraser (vérificatrice générale du Canada, Bureau du vérificateur général du Canada):** Malheureusement, madame la présidente, ce n'est pas une question sur laquelle nous nous sommes penchés. Nous avons examiné la gestion des programmes de prestations pharmaceutiques au sein des six ministères.

Comme les membres du comité le savent, l'Inforoute Santé est considérée comme étant l'une des fondations auxquelles nous n'avons pas accès, alors nous ne disposons d'aucun renseignement quant aux orientations établies. Peut-être bien que le ministère de la Santé... Il est possible qu'ils disposent de certaines informations dans leur rapport sur le rendement, mais je ne sais pas; nous ne nous sommes pas intéressés à cette question particulière.

**M. Rob Merrifield:** Je suis persuadé que nous aurons d'autres questions avant d'avoir terminé nos travaux au sujet de l'Inforoute Santé et de la surveillance que nous pouvons exercer à cet égard.

Pour poursuivre dans le même sens, y a-t-il d'autres représentants ministériels qui auraient des commentaires au sujet des dossiers médicaux?

**Mgén Lise Mathieu:** Au ministère de la Défense nationale, nous travaillons à l'établissement de dossiers électroniques médicaux depuis un bon moment déjà, avant même le début de l'initiative de l'Inforoute Santé. Nous avons d'ailleurs un projet en chantier. C'est une priorité extrêmement importante pour nous, parce qu'il est très difficile de suivre l'évolution de l'état de santé de nos effectifs qui sont déployés dans toutes les régions, sans pouvoir compter sur un système entièrement électronique.

Ainsi donc, nous progressons bien dans la mise en place d'un dossier médical électronique. Lorsque nous avons amorcé des discussions avec les membres du partenariat, nous souhaitons collaborer avec les autres ministères. Dans certains secteurs, nous avons réussi à mettre des composantes en place. Reste quand même que l'aspect collaboration de l'initiative demeure à un stade très embryonnaire.

• (1555)

**M. Rob Merrifield:** Si vous avez débuté avant l'Inforoute Santé et que vous en êtes encore à un stade embryonnaire, expliquez-moi donc pour quelle raison les provinces ont une telle longueur d'avance, alors que vous n'avez vous-mêmes qu'à vous occuper d'une seule sphère de compétence. Est-ce un manque de ressources? Est-ce parce que le dossier n'est pas suffisamment prioritaire? Vous nous avez dit que c'était une grande priorité, alors je suppose que ce n'est pas le problème.

Je dois simplement comprendre les raisons, et je pense que le comité doit également les comprendre, surtout à la lumière de certaines indications au sujet de l'importance de cette initiative pour la santé des Canadiens et de toutes les personnes que vous desservez.

**Mgén Lise Mathieu:** Si les Forces canadiennes n'ont pas progressé autant qu'elles l'auraient voulu dans ce projet, je dirais que c'est surtout dû au fait que nous avons eu à composer avec des transformations fondamentales au chapitre des exigences et de l'approche. Il nous a donc fallu revoir toute notre architecture pour le dossier médical électronique. Après avoir harmonisé toutes les composantes et réorienté notre travail, nous avons pu passer au projet pilote, qui est maintenant terminé. Nous en sommes maintenant à l'étape de l'application clinique.

En fait, nous estimons que nous nous débrouillons plutôt bien à ce moment-ci.

**M. Rob Merrifield:** Cela m'amène à une autre question concernant l'Inforoute Santé du Canada. Avez-vous communiqué avec les responsables de ce projet pour traiter de votre initiative et de vos orientations, lesquelles sont exactement les mêmes qui sont prévues dans leur mandat? Travaillez-vous en collaboration avec les gens de l'Inforoute Santé de telle sorte qu'il puisse tout au moins y avoir communication entre vos deux programmes?

**Mgén Lise Mathieu:** Bien sûr.

**M. Rob Merrifield:** Avez-vous parlé à toutes les instances représentées ici relativement aux achats et à la mise en oeuvre du système de dossiers médicaux?

**Mgén Lise Mathieu:** Il est bien certain que nous le faisons.

**M. Rob Merrifield:** Vous le faites ou vous allez le faire?

**Mgén Lise Mathieu:** Nous le faisons.

Nous l'avons fait, nous le faisons et nous le ferons.

**Des voix :** Oh, oh!

**M. Rob Merrifield:** Si je comprends bien ce que vous me dites, vous travaillez tous ensemble dans ce dossier. Et vous n'obtenez pas de très bons résultats, si vous voulez savoir ce que j'en pense.

Mais je m'efforce de vous faire comprendre à quel point il est nécessaire de faire avancer ce dossier aussi rapidement que possible compte tenu des chiffres qui nous sont présentés. Je crois que Mme Bruce nous a cité l'exemple d'un homme de 80 ans qui prenait 20 médicaments différents. Pour reprendre vos propres termes, vous devez « élaborer un modèle plus rigoureux »; c'est comme ça que vous l'avez dit. C'est le moins que l'on puisse dire. Nous avons besoin d'un modèle très fort qui pourrait contribuer à orienter les efforts pour répondre aux besoins dans toutes les régions du pays. Je pense que c'est ce qui me choque un peu dans cette situation : le gouvernement fédéral devrait mener la charge dans cette initiative, mais il tire fortement de l'arrière par rapport aux autres gouvernements du pays.

Cela m'amène à parler de l'aspect financier des choses. Vous avez récupéré 1,7 million de dollars. Pouvez-vous nous expliquer où se trouvent les 2,1 millions de dollars qui restent et nous dire si vous comptez recouvrer ce trop-payé également?

Je ne sais pas qui veut répondre à cette question.

**Mme Sheila Fraser:** Je pense que c'est une question qui devrait être posée à Santé Canada.

**M. Ian Potter (sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, ministère de la Santé):** Je crois que cela concerne l'examen initial, dans le cadre duquel nous avons décelé des trop-payés probables aux pharmacies. Après cet examen, nous avons envoyé des vérificateurs pour qu'ils passent en revue les renseignements dont disposaient les pharmaciens. Parfois, des renseignements manquaient dans leurs dossiers. Ces renseignements sont alors fournis ultérieurement, et c'est en fonction de cette information que l'on détermine les sommes qui nous sont dues, que nous récupérons.

Je crois que ma collègue, Leslie MacLean, connaît les sommes précises que nous avons réclamées.

**Mme Leslie MacLean (directrice générale, Direction des services de santé non assurés, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, ministère de la Santé):** Sur une période de trois ans, au cours de laquelle nous avons effectué environ 265 vérifications au sujet du programme de soins dentaires et de médicaments, nous avons relevé, comme M. Potter l'a dit, des trop-payés possibles s'élevant à plus de 2 millions de dollars, et, de cette somme, nous avons récupéré près de 1,7 millions de dollars.

Si les membres du comité considèrent que cela serait utile, nous pourrions leur transmettre davantage de détails sur la part exacte de cette somme qui concernait le programme de médicaments.

• (1600)

**La présidente:** Merci, madame MacLean.

Merci, monsieur Merrifield.

Nous allons maintenant passer à M. Ménard.

[Français]

**M. Réal Ménard (Hochelaga, BQ):** Merci, madame la présidente.

Je vais poser deux questions. La première s'adresse aux gens du ministère des Anciens Combattants et la deuxième, aux gens du ministère de la Défense nationale.

Je veux m'assurer de bien comprendre. On constate une croissance des coûts des médicaments. On sait que votre ministère dessert une clientèle qui est probablement plus près du quatrième âge que du troisième âge. Il y a des incapacités, des réalités invalidantes qui expliquent que la consommation de médicaments de ces gens est différente de celle d'un réfugié de 23 ans ou d'autres types de clientèle.

Cependant, il n'en demeure pas moins qu'on est troublé quand on regarde les chiffres par personne qui nous ont été fournis. Je voudrais que vous nous rassuriez sur les mécanismes de contrôle informatique que vous avez adoptés pour éviter qu'il y ait une absence de suivi concernant les prescriptions et les interactions médicamenteuses. Vous n'êtes pas responsables du fait que, de façon générale, les coûts des médicaments ont augmenté malgré le fait qu'à la différence des Américains, nous vivons dans un système contrôlé. Cependant, quand on lit le rapport de la vérificatrice générale, qui est naturellement prudente mais corrosive quand il le faut—et on apprécie les deux facettes de sa personnalité—, on peut se poser des questions sur les mécanismes de contrôle sur le plan informatique.

Comment pouvez-vous nous rassurer à cet égard?

[Traduction]

**Mme Verna Bruce:** Je ne comprends pas tout à fait votre question.

[Français]

**M. Réal Ménard:** Quels contrôles informatiques exercez-vous pour éviter la duplication des médicaments pour un même bénéficiaire? Quels moyens avez-vous pour contrôler? Quand on lit le rapport de la vérificatrice générale, on a l'impression qu'il n'y a pas un très grand contrôle. Il y a 20, 25 ou 30 prescriptions qui ont été émises pour le même bénéficiaire du ministère des Anciens Combattants. Donc, quels sont les contrôles?

Je pense que ma question est assez claire. Ça ne prend pas une pilule pour la comprendre.

[Traduction]

**Mme Verna Bruce:** Nous avons mis en place de très bons systèmes pour veiller à ce qu'un ancien combattant n'obtienne pas la même prescription deux fois. Les pharmacies sont reliées à notre base de données, alors nous sommes assez confiants qu'un ancien combattant ne pourra pas obtenir la même prescription à deux reprises.

Quant au nombre d'anciens combattants qui obtiennent des prescriptions multiples, vous avez entièrement raison, l'âge moyen des anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale s'établit maintenant à 82 ans. Nous avons observé que, à mesure qu'ils vieillissent, les gens utilisent davantage de médicaments sur ordonnance. Beaucoup d'anciens combattants vivent en institution, et les médecins veillent très attentivement à ce qu'ils ne prennent pas des médicaments sur ordonnance pendant de longues périodes.

En effet, certaines ordonnances sont données quotidiennement, car il s'agit de médicaments très puissants et nous ne savons pas quel type d'interaction il pourrait y avoir. Dans certains cas, un ancien combattant peut prendre un médicament sur ordonnance durant une journée seulement pour que le médecin vérifie son état. Il se peut que le lendemain le médecin lui rédige la même ordonnance. Nous sommes relativement certains qu'il y a peu d'ordonnances multiples, car nous avons un bon système de suivi qui nous permet de comprendre pourquoi certaines personnes prennent beaucoup de médicaments.

[Français]

**M. Réal Ménard:** Et cela suffit à expliquer la situation? Vous remboursez en moyenne 794 \$ à chaque client, alors que dans le cas de Santé Canada, c'est 394 \$. Selon vous, l'écart est attribuable à l'état de santé des individus.

J'aimerais maintenant poser au ministère de la Défense nationale une question que j'ai posée à Mme Fraser il y a deux semaines. Quand on lit le rapport de la vérificatrice générale, on a l'impression qu'il n'y a pas de coordination de la politique d'acquisition des médicaments.

Madame Mathieu, vous dites à la page 6 de votre discours une chose qui m'a fait plaisir, mais je veux savoir quelle réalité il y a derrière cela: « À l'heure actuelle, le ministère de la Défense nationale se procure les médicaments grâce à des pratiques d'acquisition concurrentielles à bas prix. » Qu'est-ce que cela signifie concrètement?

**Lcol Régis Vaillancourt (Politiques et Normes en pharmacie, ministère de la Défense nationale):** Je peux répondre à cette question.

Il y a deux méthodes d'achat des médicaments. Il y a d'abord la convention d'offre à commandes. Ce sont des ententes avec des compagnies pharmaceutiques pour l'achat de certains produits. Il y a aussi l'achat de médicaments à gros volume. Les Forces canadiennes soumettent leurs chiffres au Comité fédéral-provincial-territorial des questions pharmaceutiques et concluent chaque année des contrats.

●(1605)

[Traduction]

**La présidente:** Monsieur Ménard, vos cinq minutes sont écoulées.

Nous allons maintenant passer à Mme Dhalla.

**L'hon. Robert Thibault (Nova-Ouest, Lib.):** La parole est à M. Savage. Mme Dhalla doit prendre la parole lors de la deuxième ronde.

**La présidente:** Monsieur Savage, alors, allez-y.

**M. Michael Savage (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.):** Merci, madame la présidente.

Je tiens à souhaiter la bienvenue à tous les témoins. Je vous remercie d'être venus aujourd'hui.

Ma question s'adresse à la représentante du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration, Mme Ricard.



Je trouve intéressant que le programme du ministère, comme vous l'avez mentionné lors de votre exposé, prévoit une protection médicale pour certaines catégories d'immigrants—ceux qui demandent l'asile et le statut de réfugié—pendant la période où ils ne sont pas admissibles aux régimes d'assurance-maladie provinciaux. Vous avez également déclaré ceci : « Nous avons comme politique de ne couvrir que les médicaments à plus faible prix, génériques et de première ligne, lorsque cela est possible. De plus, en raison de la nature du programme, la liste des médicaments couverts par le PFSI est restreinte dans sa durée et limitée aux médicaments essentiels seulement. »

Ces personnes reçoivent-elles des soins de moins grande qualité que les autres?

**Mme Lyse Ricard:** Non, c'est seulement qu'ils n'obtiennent pas la même protection médicale. Par exemple, nous n'assumons pas le coût des médicaments sans ordonnance. Nous n'assumons pas non plus le coût des traitements de fertilité ou des chirurgies esthétiques, par exemple, mais ces personnes reçoivent la même qualité de soins. Si elles sont hospitalisées au Canada, nous allons rembourser les frais d'hôpitaux selon un tarif établi—peu importe l'hôpital au Canada.

**M. Michael Savage:** Ces personnes obtiennent-elles des médicaments d'une qualité égale à celle des médicaments offerts aux citoyens canadiens?

**Mme Lyse Ricard:** Elles obtiennent des médicaments génériques d'une qualité égale. Ce sont les autorités appropriées qui approuvent les médicaments génériques. Une fois qu'un médicament générique est approuvé, nous remplaçons le médicament de marque déposée par le médicament générique.

**M. Michael Savage:** Pouvez-vous me donner une idée de l'état de santé de ces clients? En général, quels sont leurs problèmes de santé? Est-ce possible de les catégoriser?

**Mme Lyse Ricard:** Il est difficile de répondre à cette question—à moins que ma collègue, le Dr Martin, soit en mesure de vous donner une idée—car, comme je l'ai dit, il s'agit d'un programme temporaire. Il y a un roulement des clients. Certains bénéficient du programme pendant trois semaines, d'autres pendant trois jours et d'autres encore pendant trois ans. Par exemple, les gens détenus dans les centres de détention de l'Immigration peuvent y rester pendant dix jours ou une journée seulement. Il est donc difficile de répondre à votre question.

Les personnes qui viennent au Canada pour demander l'asile doivent subir un examen médical dans les 30 jours suivant leur arrivée. Le but est de savoir immédiatement si elles souffrent d'une maladie transmissible de sorte qu'elles puissent se faire traiter au sein du système de santé provincial. Nous ne fournissons pas le traitement; nous remboursons les autorités de la santé.

**M. Michael Savage:** Je comprends qu'il y a un roulement des clients, mais existe-t-il une façon de juger de l'efficacité du système? Avez-vous mis en place des mesures permettant de déterminer la qualité des soins que reçoivent ces personnes pendant qu'elles bénéficient du programme du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration?

**Mme Lyse Ricard:** Comme je l'ai dit, nous n'avons pas effectué de recherche afin de voir s'il existe des différences dans la qualité des soins fournis.

**M. Michael Savage:** Sommes-nous assujettis à des règles ou à des normes internationales dans ce domaine ou est-ce que nous réglons cela nous-mêmes?

**Mme Lyse Ricard:** Comme je l'ai mentionné, le programme a été élaboré à l'échelon fédéral en raison de sa nature temporaire. Certaines provinces assumaient jadis les coûts, mais comme le Canada reçoit de plus en plus de demandeurs du statut de réfugié, quelques provinces nous ont demandé d'assumer les frais.

Ce que je pourrais faire, madame la présidente, c'est vérifier si des recherches ont été menées sur le sujet par le ministère et, le cas échéant, les transmettre au comité.

**M. Michael Savage:** Merci.

Je voulais seulement savoir s'il existe des règles internationales qui régissent la façon dont les réfugiés doivent être traités dans un pays pendant qu'ils attendent de savoir s'ils obtiendront la citoyenneté.

• (1610)

**Mme Lyse Ricard:** En ce qui concerne les soins de santé, je ne crois pas. Mais je le répète, je vais vérifier. Le Canada est probablement un des chefs de file mondiaux en ce qui concerne le traitement accordé aux réfugiés.

**M. Michael Savage:** Je l'espère, mais je suis certain que c'est le cas.

Merci.

**La présidente:** Merci, monsieur Savage.

Madame Crowder, la parole est à vous.

**Mme Jean Crowder (Nanaimo—Cowichan, NPD):** Merci.

Je vous remercie pour votre exposé.

La dernière fois que la vérificatrice générale a témoigné devant nous, je lui ai posé des questions précises à propos des soins de santé assurés pour les Premières nations. J'ai cru comprendre que les vérificateurs ne s'étaient pas entretenus avec les pharmaciens lorsqu'ils ont examiné le processus de délivrance des médicaments, la tenue des dossiers, etc. Je crois que la plupart des membres du comité ont pris connaissance de la réponse de l'Association canadienne des chaînes de pharmacies, qui a soulevé des questions intéressantes.

Je me demande si la vérificatrice générale et les représentants de Santé Canada pourraient répondre à ces questions.

L'Association a parlé précisément de la recommandation 4.106 concernant l'établissement d'un processus de gestion centralisé. Je crois qu'un grand nombre d'entre nous est préoccupé par la reddition des comptes, la façon dont les fonds sont dépensés, les réactions chez les patients et ce genre de choses. L'Association a soulevé des questions intéressantes à propos du processus de mise en place d'un système national, compte tenu du fait que les systèmes des divers ministères ne sont pas reliés entre eux.

Je me demande si vous pourriez parler de la mise en place dans les faits d'un tel système, de l'échéance et des mesures relatives à la reddition des comptes qui seraient mises en place pour faire en sorte que le système soit efficace.

**Mme Sheila Fraser:** Madame la présidente, je vais laisser M. Barrett répondre à cela. Peut-être que Mme Bruce voudra répondre elle aussi, car la question porte sur une grande partie du travail que réalisent les partenaires fédéraux en matière de soins de santé.

**M. Frank Barrett (directeur, Autochtones, Bureau du vérificateur général du Canada):** Madame la présidente, il s'agit d'une question intéressante. Nous avons nous aussi pris connaissance de la lettre.

À la recommandation 4.106, nous recommandons que le gouvernement fédéral établisse un processus de gestion centralisé en vue de fixer un seul barème d'honoraires fédéral pour l'exécution des ordonnances. Nous ne recommandons pas précisément qu'il y ait un seul et unique honoraire pour l'exécution des ordonnances partout au Canada. Un système national n'implique pas nécessairement l'uniformité. Ce qui a en partie suscité cette recommandation, c'est la question de savoir si un pharmacien qui délivre le même médicament à un ancien combattant et à un membre des Premières nations devrait recevoir le même honoraire.

**Mme Jean Crowder:** Je présume que ce processus de gestion ne se limiterait pas seulement à la gestion des honoraires pour l'exécution des ordonnances. Je suppose que nous envisageons également de gérer le fait que plusieurs ministères peuvent avoir le même client.

**Mme Sheila Fraser:** C'est exact, madame la présidente. Il n'est pas seulement question de gérer les honoraires pour l'exécution des ordonnances. Nous discutons aussi d'une liste de médicaments de base commune, qui existe déjà dans une certaine mesure, avec le comité fédéral-provincial-territorial. Le Comité fédéral de pharmacologie et de thérapeutique vérifie et approuve les médicaments, mais ce ne sont pas tous les ministères qui utilisent la liste commune.

Nous avons également dit qu'il faut veiller à obtenir au meilleur prix possible tous les médicaments inscrits sur la liste de base, alors pourquoi ne pas utiliser des médicaments génériques? Nous parlons aussi d'envisager des moyens moins coûteux pour le traitement des prestations visant les médicaments en vente libre et également d'élaborer un profil de risque commun et une procédure des vérifications commune. Je suis certaine que les pharmaciens qui reçoivent des vérificateurs provenant de différents ministères font face à des méthodes de travail diverses.

Nous recommandons que les ministères travaillent ensemble en vue d'essayer d'établir des principes de base qu'ils doivent veiller à suivre, notamment un barème d'honoraires commun ou une liste de médicaments de base commune, et qu'ils travaillent également ensemble dans le domaine de la vérification, par exemple.

**Mme Jean Crowder:** Je ne m'oppose pas à cela, mais je me demande si c'est réaliste. Tous les organismes qui ont traité avec des ministères fédéraux pendant de nombreuses années ont sans cesse réclamé davantage d'uniformité au niveau des exigences des divers ministères, mais cela ne s'est pas produit. Je crois que cette recommandation est excellente, mais est-ce faisable?

Ma prochaine question s'adresse probablement davantage aux représentants de Santé Canada. Quelles sont les mesures précises que prendra le ministère pour appliquer cette recommandation de sorte que, dans deux ou trois ans d'ici, elle ne se retrouve pas encore dans le rapport? J'ai examiné les mesures en matière de reddition des comptes et de rendement dont vous aviez parlé en 2000, je crois, et je constate qu'elles n'ont pas encore été mises en place. Quatre années se sont écoulées depuis.

•(1615)

**Mme Sheila Fraser:** Je crois que les plans d'action qui ont été élaborés montrent de façon tangible que le projet est possible. Quant à leur caractère réaliste, il appartient aux ministères de déterminer quelles mesures ils estiment pouvoir mettre en place et selon quelle échéance.

Je vais céder la parole à Mme Bruce, qui s'est chargée de cela pour tous les ministères.

**Mme Jean Crowder:** Peut-être que Mme Bruce pourrait nous aider.

**Mme Verna Bruce:** Je serai ravie de répondre, car il s'agit d'un domaine qui préoccupe beaucoup les ministères. Nous travaillons ensemble de diverses façons depuis les 10 dernières années. De toute évidence, étant donné certaines des recommandations formulées par la vérificatrice générale, nous allons travailler plus fort et plus rapidement, ce qui ne pose pas de problème. Ces recommandations ont servi à nous donner un très bon élan.

Nous avons déposé un plan d'action. Lorsque vous aurez le temps de le lire, je crois que vous le trouverez utile. Le groupe de six ministères que nous formons a décidé de s'attaquer en premier lieu à l'idée d'une liste de médicaments de base commune. Nous devons d'abord déterminer quels sont les médicaments que nous utilisons tous dans le cadre de nos divers programmes. Ensuite, l'étape suivante sera d'examiner si nous pouvons obtenir de meilleurs prix si nous achetons tous le même médicament.

Nous avons adopté certaines mesures concernant les honoraires pour l'exécution des ordonnances. Par exemple, en Saskatchewan, de nombreux ministères fédéraux utilisent le même barème d'honoraires. Il ne fait donc aucun doute que des mesures peuvent être prises.

Nous croyons qu'il nous faudra du temps. Nous n'allons pas prendre des engagements que nous ne pourrions pas respecter, mais nous croyons véritablement qu'en établissant les priorités et qu'en prenant les bouchées assez grosses, nous pourrions réaliser d'énormes progrès. Je ne crois pas que nous allons atteindre la perfection, mais je pense que nous pouvons progresser énormément pour faire en sorte d'obtenir de bons prix et d'exécuter en même temps les mandats très différents des ministères.

**La présidente:** Merci, madame Crowder.

Madame Dhalla, allez-y.

**Mme Ruby Dhalla (Brampton—Springdale, Lib.):** Je tiens encore à remercier tous les témoins d'être venus et d'avoir présenté un exposé. Je crois que vous nous avez grandement éclairés à propos de certaines des recommandations formulées par la vérificatrice générale et de certains des travaux qui ont été effectués par les différents ministères.

Ma question s'adresse au représentant du ministère de la Défense nationale.

Vous avez déclaré, à la fois lors de votre exposé et dans les notes que vous nous avez transmises, que certaines ententes ont été conclues avec les entreprises pharmaceutiques concernant l'achat de certains médicaments. Pourriez-vous en dire plus long au sujet du système d'achat des médicaments? Deuxièmement, pouvez-vous nous dire si c'est votre ministère qui est directement responsable de l'achat et à quelle fréquence le coût des médicaments est-il évalué en vue d'assurer la rentabilité?

**Lcol Régis Vaillancourt:** Comme j'ai commencé à l'expliquer plus tôt, des conventions d'offre à commandes ont été établies pour la plupart de nos médicaments. Dans le cas des médicaments pour lesquels il n'existe pas de convention d'offre à commandes, nous communiquons le volume de médicaments nécessaires au groupe d'achat fédéral-provincial-territorial—qui relève de Travaux publics—et nous lançons des appels d'offre en vue d'acheter les médicaments. Nous pourrions déposer plus tard un document qui montre que la plupart des 50 médicaments qui représentent le volume et le coût les plus élevés sont achetés par l'intermédiaire du système, que ce soit par l'entremise d'une convention d'offre à commandes ou du processus habituel.

Cela signifie qu'il s'agit principalement des médicaments que nous utilisons dans le cadre des soins fournis dans les bases militaires. Quant aux médicaments utilisés pour les soins dispensés ailleurs, nous essayons d'utiliser les meilleurs médicaments disponibles, au meilleur prix possible, en utilisant des produits génériques. Dans les bases militaires, nous pouvons utiliser un médicament de marque déposée s'il est moins coûteux qu'un produit générique, car nous choisissons toujours le médicament dont le prix est le moins élevé. Nous pouvons dire à notre pharmacie de la base militaire d'acheter une marque précise d'un médicament générique si son prix est meilleur.

**Mme Ruby Dhalla:** Est-ce que cette décision relève du ministère lui-même?

**Lcol Régis Vaillancourt:** Elle est prise par le groupe fédéral-provincial-territorial. Habituellement, la plupart des autres ministères suivent cette règle pour les vaccins, mais nous la suivons pour les vaccins et les médicaments.

**Mme Ruby Dhalla:** J'ai une autre question à vous poser. Comme l'ont mentionné les représentants du ministère des Anciens combattants, lorsque les gens atteignent un certain âge, ils se retrouvent avec de nombreux problèmes médicaux complexes, ce qui nécessite la prise de divers médicaments. Que font les ministères de la Défense nationale et des Anciens combattants sur le plan de la prévention de certaines maladies? Quelles sont les initiatives mises en oeuvre?

**Lcol Régis Vaillancourt:** Votre question concerne deux éléments. L'un d'eux est le système actuellement en place. Nous avons conclu une entente contractuelle avec les anciens combattants, ce qui signifie que nous disposons d'un système pour surveiller l'utilisation des médicaments. En plus, lorsque des médicaments sont utilisés à l'extérieur d'une base militaire, le pharmacien de la base en est informé et il peut alors effectuer une évaluation. Il existe donc deux niveaux d'évaluation à propos de l'utilisation des médicaments.

Par ailleurs, le programme de protection de la santé des forces armées vise à faire la promotion du bien-être physique—exercice, abandon du tabagisme et perte de poids. L'accent est mis sur les saines habitudes de vie. Il n'y a pas très longtemps, un dépliant sur les produits naturels a aussi été publié.

• (1620)

**Mme Ruby Dhalla:** Quelle est la somme consacrée par le ministère à cette initiative liée à la promotion de saines habitudes de vie?

**Mgn Lise Mathieu:** Je pourrais vous donner plus tard ce renseignement.

**Mme Ruby Dhalla:** Pourriez-vous aussi, si vous le voulez bien, fournir au comité une liste des initiatives qui sont en cours et les détails au sujet du programme? Cela nous serait utile.

Peut-être que les représentants de Santé Canada pourraient aussi répondre à la même question, c'est-à-dire énumérer les initiatives en cours pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie ainsi que les sommes qui y sont consacrées.

**Mme Lyse Ricard:** Comme je l'ai dit, il y a un grand roulement au sein de la clientèle du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration. Par conséquent, nous n'avons pas élaboré des initiatives visant à faire la promotion de saines habitudes de vie.

Cependant, nous avons élaboré des initiatives liées à l'établissement et à l'intégration qui sont mises en oeuvre par le ministère ou les provinces—cela dépend—et nous travaillons de concert avec des ONG en vue d'aider les immigrants et les réfugiés à s'établir en

permanence ou temporairement dans la collectivité. Il existe diverses initiatives qui visent à fournir soit des renseignements de base—sur la vie au Canada et les valeurs du pays—soit des conseils sur l'adoption de saines habitudes de vie, mais il s'agit toujours d'information de base.

**Mme Ruby Dhalla:** Excellent.

Merci.

**La présidente:** Merci, madame Dhalla.

Monsieur Fletcher, vous avez la parole.

**M. Steven Fletcher (Charleswood—St. James—Assiniboia, PCC):** Merci, madame la présidente.

Mon collègue, M. Merrifield, a parlé de l'Inforoute Santé du Canada. Si la vérificatrice générale avait le droit d'effectuer des vérifications au sein de ces fondations—par exemple Génome Canada, la Fondation canadienne pour l'innovation, etc.—peut-elle dire si elle estime que ce serait utile et si elle pense que nous observerions des progrès plus rapides?

**Mme Sheila Fraser:** Madame la présidente, nous avons fait connaître notre position au Comité des comptes publics, c'est-à-dire que nous estimons que la vérificatrice générale devrait pouvoir vérifier ces fondations, mais dans le contexte de la vérification des programmes dans le cadre desquels les fondations jouent un rôle important.

Je ne vois pas le Bureau du vérificateur général mener une vérification au sujet d'une fondation de façon distincte, mais plutôt dans le contexte d'un programme du gouvernement—disons un programme concernant l'innovation, l'éducation, le changement climatique ou les dossiers médicaux. Si une fondation joue un rôle important dans un tel programme, alors nous pourrions voir la façon dont ses activités sont coordonnées avec celles des autres ministères et agences du gouvernement et si les objectifs pour lesquels les fonds ont été consacrés par le Parlement sont atteints. La vérification aurait lieu dans un contexte quelconque, il ne s'agirait pas d'une vérification de la fondation elle-même.

**M. Steven Fletcher:** Madame la présidente, je crois que la vérificatrice générale sera ravie d'apprendre que j'ai présenté une motion visant à faire en sorte qu'elle dispose de ce pouvoir. Tous les partis de l'opposition ont appuyé cette motion à l'exception, ce qui est étonnant, des membres libéraux du comité. Si vous êtes d'avis qu'il serait utile que vous ou votre bureau puissiez vérifier ces fondations, j'en serais ravi. J'ose espérer qu'à la fin de la séance, ce pouvoir vous sera attribué.

J'ai une autre question à vous poser dans la même veine. L'une des raisons pour lesquelles le parti au pouvoir a voté contre... On a prétendu que tout allait pour le mieux, que les objectifs étaient atteints et qu'il était inutile d'effectuer une vérification. Avez-vous des commentaires à formuler à ce sujet?

**Mme Sheila Fraser:** Comme vous le savez, nous avons effectué, récemment, une vérification de la reddition de comptes au Parlement. Nous avons noté que la reddition de comptes des fondations s'est améliorée, que plus d'informations sont communiquées au Parlement. Donc, des progrès ont été réalisés, en raison surtout des annonces faites dans les récents budgets. Toutefois, si nous voulons fournir au Parlement des renseignements détaillés sur les évaluations dont font l'objet les programmes mis en place par les fondations, il faut que le vérificateur général ait accès aux fondations. Les rapports de vérification sont déposés au Parlement; les rapports d'évaluation des fondations, eux, sont remis aux conseils d'administration.

•(1625)

**M. Steven Fletcher:** Donc, il serait bon que vous puissiez y avoir accès. Nous allons tâcher de faire en sorte que cela se produise.

J'aimerais maintenant vous poser des questions sur la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Santé Canada a invoqué les impératifs de la protection des renseignements personnels pour justifier sa décision de ne plus intervenir en cas de consommation de médicaments à mauvais escient. Pourtant, d'après le rapport de la vérificatrice générale, Anciens combattants Canada intervient dans ces cas-là parce qu'il estime que c'est un service à rendre à ses bénéficiaires. C'est ce que dit le paragraphe 4.44.

Je désire poser une question à M. Potter, et une autre à Santé Canada. Est-ce que la protection des renseignements personnels constitue toujours un sujet d'inquiétude pour Santé Canada? Monsieur Potter, on invoque, d'un côté, l'intérêt des bénéficiaires, et de l'autre, la protection de la vie privée. J'aimerais que vous m'expliquiez cette contradiction.

**M. Ian Potter:** Ma collègue Verna Bruce peut peut-être vous en dire plus à ce sujet.

**Mme Verna Bruce:** Avec plaisir.

D'abord, les ministères fédéraux sont tous liés par la législation sur la protection de la vie privée. Je crois pouvoir dire que nous fonctionnons un peu plus de la même façon aujourd'hui. Lorsqu'Anciens combattants se pose de sérieuses questions au sujet de la consommation de médicaments d'un bénéficiaire et que celui-ci refuse de donner son consentement, nous intervenons. Il se peut que la santé du bénéficiaire constitue, pour nous, une source réelle de préoccupation et qu'il ne donne pas son consentement parce que son état de dépendance ou son état mental l'empêche de prendre des décisions, ou parce qu'il refuse carrément de le faire. Si la consommation de médicaments du bénéficiaire soulève de graves questions, nous communiquons avec le commissaire à la protection de la vie privée pour l'informer du fait que nous comptons divulguer de l'information au médecin ou au pharmacien, peut-être sans le consentement de la personne, et pour nous assurer que nous ne portons pas atteinte aux droits d'un citoyen canadien.

Je crois comprendre que le ministère de la Santé a lui aussi introduit un certain nombre de changements. Je suis certaine qu'Ian voudra vous en parler. Je tiens toutefois à préciser que les six ministères collaborent ensemble dans le but de s'assurer que les questions liées à la vie privée sont traitées de la même façon.

**M. Steven Fletcher:** Mais en ce qui concerne les Autochtones...

**La présidente:** Je suis désolée, monsieur Fletcher, mais votre temps est écoulé.

Monsieur Thibault.

**L'hon. Robert Thibault:** Je voudrais faire un rappel au Règlement avant de poser ma question. Je ne veux pas interrompre M. Fletcher. Je sais qu'il est nouveau, mais je pense qu'il serait utile que la présidence intervienne pour apporter certaines précisions, si elle est d'accord.

Le député a fait allusion à un vote qui a eu lieu à la Chambre sur une motion de l'opposition présentée lors d'un jour désigné. Il a invoqué un motif très simpliste pour expliquer pourquoi un des partis avait voté comme il l'avait fait.

Le débat, si vous vous souvenez bien, était fort complexe. Quand on a évoqué la possibilité de donner à la vérificatrice générale le pouvoir de vérifier les livres, j'ai cité le cas d'Inforoute. Je n'ai jamais mis en doute les compétences du bureau du vérificateur général.

Toutefois, Inforoute est un organisme intergouvernemental—il fait l'objet d'un partenariat d'égal à égal entre le fédéral et les provinces. Nous avons, bien entendu, fait valoir que toutes les fondations pouvaient être invitées à comparaître devant les comités. J'ai ajouté que j'appuyais l'idée que certaines fondations fassent l'objet d'une vérification par la vérificatrice générale, et que la vérificatrice générale soit le vérificateur désigné de celles-ci. Nous n'avons pas rejeté tout ce que proposait la motion. Or, on a appliqué à une situation fort complexe un raisonnement plutôt simpliste.

**La présidente:** Réflexion faite, monsieur Fletcher, quand on décrit ce qui se passe en comité ou à la Chambre, il faut prendre soin de donner aux faits une interprétation qui soit acceptable pour la plupart des gens ici présents. Il faut faire attention, monsieur Fletcher. C'est tout.

•(1630)

**M. Steven Fletcher:** Madame la présidente, j'invoque le Règlement. Je ne faisais pas allusion à la motion présentée à la Chambre, mais à celle qui a été adoptée par le comité et que j'ai moi-même proposée. La plupart des membres du comité, si l'on fie aux résultats du vote, ont voté pour. Vous et un de vos collègues avez voté contre, mais la majorité des membres du comité ont souligné l'importance d'avoir...

**L'hon. Robert Thibault:** Le même argument s'applique dans ce cas-ci.

**M. Steven Fletcher:** Non, vous avez mal interprété les faits.

**La présidente:** J'ai vérifié auprès du greffier. M. Fletcher a raison. Sa motion a été adoptée par sept voix contre deux.

Mais encore une fois, monsieur Fletcher, il faut éviter de porter des jugements : comme je n'ai pas voté, vous ne savez pas ce que je pensais de la motion.

Monsieur Merrifield.

**M. Rob Merrifield:** Vous avez raison. Je comprends le point de vue de M. Thibault, mais ce n'est pas ce que voulait dire M. Fletcher. Il faisait allusion, si vous jetez un coup d'oeil aux bleus...

**La présidente:** Nous l'avons fait. Nous venons de le faire.

**M. Rob Merrifield:** Il faisait allusion au vote du comité. Le rappel au Règlement est donc irrecevable. Nous devrions poursuivre la discussion.

**L'hon. Robert Thibault:** Avant de le faire, je tiens à préciser que, même en ce qui concerne le comité, la réponse n'était pas très claire. Je n'ai pas dit, comme on l'a laissé entendre, que je rejetais la motion parce que tout allait pour le mieux.

**La présidente:** Je pense que nous sommes en train de nous lancer dans un débat. Nous devrions revenir à M. Thibault, qui est le prochain intervenant sur la liste.

Monsieur Thibault.

**L'hon. Robert Thibault:** Merci.

Ma première question s'adresse à la vérificatrice générale.

Madame Fraser, encore une fois, merci d'être venue nous rencontrer. Mes propos vont vous sembler un peu répétitifs, puisque vous avez déjà comparu devant le Comité des comptes publics, et aussi devant le Comité de la santé, il n'y a pas si longtemps, pour discuter de ces questions importantes.

Vous avez dit, lors de votre comparution, et avec raison, que l'on mettait beaucoup trop de temps à mettre en oeuvre, ou à accepter de mettre en oeuvre, certaines des recommandations formulées dans les rapports antérieurs du Bureau du vérificateur général, surtout en ce qui concerne la santé des Autochtones, où les besoins sont peut-être plus criants. On a évoqué, à ce moment-là, la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, son application, l'interprétation qu'on lui donne. Or, nous avons reçu les plans d'action du ministère de la Santé, de la Direction générale de la santé des Première nation et des Inuits, du ministère de la Défense nationale, des Anciens combattants, du ministère de la Justice, ainsi de suite. Nous avons reçu leurs plans d'action.

Je tiens à vous demander, encore une fois, si vous avez assez bon espoir que les recommandations de votre rapport vont être mises en oeuvre.

**Mme Sheila Fraser:** Merci, madame la présidente.

Il est toujours encourageant de voir des plans d'action qui proposent des échéanciers et des mesures bien précises pour donner suite aux recommandations que nous formulons. Comme je l'ai déjà mentionné, j'affiche un optimiste prudent. Je suppose que ce qui me ferait vraiment plaisir, ce serait de revenir vous voir à un moment donné pour vous dire que toutes les recommandations ont été mises en oeuvre.

**L'hon. Robert Thibault:** J'aimerais poser une question aux représentants du ministère de la Défense nationale, même si elle ne porte pas vraiment sur le rapport.

[Français]

Vous soulevez le problème des ressources humaines en matière de santé, qu'il s'agisse des médecins, des pharmaciens ou d'autres experts en santé. Est-ce qu'on a toujours des problèmes dans le domaine militaire? Dans l'affirmative, ces problèmes sont-ils semblables à ceux qu'on connaît dans la société civile, dans les régions? Est-ce qu'on y voit des remèdes? Y aura-t-il possibilité, dans les années à venir, d'accomplir la tâche ou d'obtenir les ressources dont on a besoin?

**Mgén Lise Mathieu:** Les services de santé des Forces canadiennes sont un reflet, en termes de défis sur le plan des ressources humaines, de ce qui se passe au Canada. Effectivement, on a beaucoup de difficulté à recruter des pharmaciens en uniforme, des médecins, des travailleurs sociaux, des infirmières. En fait, il y a une grave pénurie de personnel dans presque tous nos métiers en uniforme.

Nous avons toutes sortes de programmes. Nous avons modifié notre approche en matière de recrutement et introduit des incitatifs pour certaines occupations. Nous essayons de rejoindre les fournisseurs de soins de santé civils dans leur milieu pour tenter de leur faire comprendre ce que représente la vie militaire.

On remarque qu'il faut souvent se battre contre des stéréotypes qui ne sont pas réalistes, ou qui ne sont pas en rapport avec la réalité d'aujourd'hui dans les Forces canadiennes. On a un énorme travail à faire, principalement parce que la personne la mieux placée pour recruter un clinicien est un autre clinicien. Nos cliniciens ont actuellement de la difficulté à accomplir leur tâche dans les Forces canadiennes.

Cela étant dit, on fait tout ce qu'il est possible et pensable de faire, que ce soit en matière de climat de travail, des problèmes à résoudre ou de la stabilité géographique. On travaille également avec les autorités et le Conseil du Trésor à propos de la paye. On essaye de

faire tout ce qu'on peut. On se fie énormément au secteur canadien de la santé pour combler nos besoins.

• (1635)

**L'hon. Robert Thibault:** Récemment, on m'a parlé du métier d'assistant médical au sein de l'armée. On m'a dit que dans ce secteur, beaucoup de personnes avaient pris leur retraite. Les militaires prennent souvent leur retraite assez jeunes.

Il y a des militaires qui sont retournés dans la société civile, dans la communauté. Ils pourraient constituer un potentiel pour combler les lacunes en ressources humaines dans la société en général. Pourriez-vous nous parler de votre expérience à propos de ce métier dans les Forces canadiennes?

**Mgén Lise Mathieu:** Notre expérience du métier d'assistant médical est excellente. Cela fait des années qu'on travaille avec des personnes qui sont capables de diagnostiquer et de prescrire dans des cadres bien définis, surtout en milieu isolé.

Au cours des cinq dernières années, on a travaillé très fort pour obtenir la reconnaissance, au Canada, de cette profession par l'Association médicale canadienne. Nous avons maintenant notre école accréditée par l'Association médicale canadienne à Borden.

Dans l'ensemble, cette profession est considérée comme absolument indispensable à notre capacité opérationnelle, et aussi en garnison. On a donc doublé le rythme auquel on produit des adjoints aux médecins pour être capables de répondre aux besoins.

**L'hon. Robert Thibault:** Merci.

[Traduction]

**La présidente:** Merci, monsieur Thibault.

Est-ce que le comité m'autorise à modifier l'ordre d'intervention et à céder la parole aux deux seuls membres qui n'ont pas encore eu la chance de poser des questions? Êtes-vous d'accord? Si oui, nous allons entendre M. Lunney, et ensuite M. Carrie. De cette façon, tout le monde aura eu l'occasion d'intervenir.

Monsieur Lunney.

**M. James Lunney (Nanaimo—Alberni, PCC):** Merci, madame la présidente.

Je voudrais revenir au paragraphe 4.38. La vérificatrice générale a formulé des inquiétudes au sujet des bénéficiaires qui obtenaient plusieurs narcotiques et plusieurs benzodiazépines. Ce qui me préoccupe, c'est que certains bénéficiaires ont utilisé jusqu'à 46 combinaisons de médecins et de pharmacies, et qu'un bénéficiaire a réussi à obtenir régulièrement d'importantes quantités de 7 narcotiques différents auprès de 29 médecins et de 21 pharmacies au cours d'une seule année. De plus, 974 comprimés contenant chacun 30 milligrammes de codéine ont été obtenus pour trois de ces narcotiques en un seul mois.

Compte tenu des risques d'abus et des dangers que présente la consommation de plusieurs narcotiques et benzodiazépines, pourquoi le ministère de la Santé n'a-t-il pas mis sur pied un système d'alerte? Si Anciens combattants a été en mesure de le faire, pourquoi pas Santé Canada? Est-ce uniquement à cause de préoccupations liées à la protection des renseignements personnels?

**M. Ian Potter:** Je peux répondre à la question, madame la présidente.

Santé Canada a mis en place un système d'alerte qui est différent de celui du ministère des Anciens combattants. Toutefois, les ministères utilisent tous les deux un système qui est approuvé par l'Association des pharmaciens du Canada, ou l'association des pharmaciens. Il s'agit d'un système de points de vente. Lorsqu'un pharmacien obtient une ordonnance pour laquelle il souhaite un remboursement, il entre les données—le nom du bénéficiaire, le médicament—dans le système Internet qui lui donne immédiatement accès à quelques codes. Le système lui dit si le médicament est prescrit en double, si l'ordonnance a déjà été remplie, si le médicament peut interagir de façon négative avec un autre médicament.

Notre système de codes nous permet d'avoir accès, de manière générale, à ce genre de données. Anciens combattants utilise un code particulier qui le renseigne sur les interactions qui existent entre les benzodiazépines et certains opiacés. Santé Canada compte y avoir recours dès septembre.

• (1640)

**M. James Lunney:** Vous dites que le code que vous utilisez ne vous permet pas de déceler les abus—46 combinaisons différentes de médecins et de pharmacies? Votre système ne décèle pas ce genre de chose?

**M. Ian Potter:** Oui, il le fait.

Je pense que vous voulez plutôt savoir si un message d'avertissement est diffusé lorsque la consommation de plusieurs médicaments, par un patient, risque de présenter un danger. Des messages d'avertissement sont diffusés au pharmacien. Nous sommes en train d'améliorer la qualité de ceux-ci pour que le pharmacien ait accès, au point de vente, à des renseignements plus précis.

Nous sommes également en train de procéder à des analyses rétrospectives pour évaluer les habitudes de consommation de médicaments des bénéficiaires. Lorsqu'un cas comme celui-là est décelé, nous communiquons avec le pharmacien. Nous avons commencé à effectuer ces analyses en novembre dernier. Nous avons constaté que, dans certains cas, si un patient consomme plusieurs médicaments et consulte plusieurs médecins, c'est qu'il y a une raison légitime.

Par exemple, nous avons un bénéficiaire qui est atteint de sclérose en plaques et qui doit prendre différents médicaments pour de courtes périodes. Le bénéficiaire a déménagé. Comme il n'a pas réussi à trouver un médecin, il est obligé de se rendre dans des cliniques sans rendez-vous pour recevoir ses médicaments—qui sont prescrits pour de très courtes périodes de temps, pour une semaine, disons.

Le bénéficiaire est obligé de se rendre dans des cliniques sans rendez-vous où il voit, chaque fois, un nouveau médecin qui lui prescrit des médicaments pour de courtes périodes.

Notre système nous permet de déceler les cas qui pourraient s'avérer problématiques. Lorsqu'un tel cas se présente, nous communiquons avec le pharmacien ou le médecin pour l'avertir. Parfois, grâce aux explications fournies, nous constatons qu'il n'y a pas de problème. D'autres fois, nous constatons qu'il y en a un et nous essayons, de concert avec le pharmacien et le médecin, de trouver une solution.

**La présidente:** Merci, monsieur Lunney.

Monsieur Carrie.

**M. Colin Carrie (Oshawa, PCC):** Merci, madame la présidente.

Au paragraphe 4.4 du rapport, il est écrit que les dépenses des programmes consacrées au remboursement des médicaments d'ordonnance ont augmenté de 25 p. 100 ces deux dernières années. Cette hausse m'a beaucoup étonné. Je me demande si des projections de coûts ont été faites pour les deux ou trois années à venir. Pensez-vous que les dépenses vont continuer d'augmenter au même rythme?

**Mme Sheila Fraser:** Madame la présidente, il s'agit tout simplement d'une constatation. Certains ministères, comme Santé Canada, ont peut-être comparé leurs coûts à ceux des provinces. Je pense qu'on a indiqué, au cours de témoignages antérieurs, que cette augmentation correspondait à la tendance observée à l'échelle nationale.

Je ne sais pas si des projections ont été établies. Les ministères seraient peut-être en mesure de vous le dire.

**M. Colin Carrie:** Je me demande si, compte tenu des ressources limitées que nous avons, les fonds sont utilisés de façon judicieuse, si nous en avons pour notre agent. On dit ici que les bénéficiaires d'Anciens combattants Canada et de Santé Canada prenaient parfois plus de 15 médicaments différents, et que certains avaient obtenu au moins 50 ordonnances au cours de cette période.

Je me demande si ces chiffres augmentent? Est-ce que le nombre de médicaments prescrits est à la hausse? A-t-il augmenté par rapport aux années passées? Est-ce que l'on commence à prescrire plus de médicaments? Est-ce que cette tendance se confirme?

**Mme Verna Bruce:** En ce qui concerne Anciens combattants Canada, la consommation de médicaments augmente, mais l'âge des bénéficiaires aussi. Le ministère fait également affaire avec de nouveaux bénéficiaires.

Nous avons établi que le nombre de bénéficiaires allait diminuer parce que les anciens combattants vieillissaient. En fait, le nombre de bénéficiaires est à la hausse, parce que les gens qui sont maintenant âgés de 81 ou de 82 ans et qui s'étaient passés de nos services dans le passé ont maintenant besoin de nous. Le nombre de bénéficiaires augmente donc. Ils sont plus âgés et sans doute plus mal en point. Nous constatons que la consommation de médicaments chez nos bénéficiaires augmente, tout comme le nombre d'anciens combattants.

**M. Colin Carrie:** Est-ce que les gens sont mieux servis grâce aux programmes que nous offrons? L'Ontario est en train de désassurer certains services, comme la chiropractie et la physiothérapie. Bon nombre de personnes âgées, à tout le moins dans ma région, se demandent pourquoi nous coupons certains services. J'ai l'impression que l'on consacre de plus en plus d'argent aux produits pharmaceutiques.

Êtes-vous en mesure de nous dire si le fait de promouvoir ce type de produits, de prescrire de plus en plus de médicaments, constitue une utilisation judicieuse de nos fonds?

• (1645)

**M. Ron Herbert (directeur général, Direction générale des opérations nationales, ministère des Anciens combattants):** Il m'est impossible de vous dire si ces produits ont des bienfaits thérapeutiques. Je peux toutefois confirmer que, sur le plan financier, nous arrivons à maîtriser nos coûts. Pour ce qui est des bienfaits thérapeutiques, je ne peux répondre à la question.

**M. Colin Carrie:** Est-il possible de déterminer s'il est plus efficace d'avoir recours à ces programmes, ou de diriger un bénéficiaire vers un physiothérapeute, un ergothérapeute, un psychologue, où il aura accès à différentes formes de thérapie?

**Mme Verna Bruce:** Nous nous efforçons de contrôler les coûts. Par exemple, nos coûts nets, sur deux ans, ont augmenté d'environ 13 p. 100 au lieu de 25 p. 100. Nous prenons des mesures pour limiter les coûts.

Nous n'avons pas désassuré d'autres services, si c'est ce que vous voulez savoir. Anciens combattants Canada cherche à fournir aux anciens combattants les meilleurs soins possibles.

**M. Colin Carrie:** Je me demande tout simplement s'il est plus profitable de prescrire un plus grand nombre de médicaments ou d'adopter des approches plus proactives. Mon collègue a parlé des programmes de bien-être, du fait qu'un grand nombre de personnes âgées consultent des nutritionnistes, des spécialistes de la rééducation par l'exercice, des chiropraticiens, des physiothérapeutes. Je me demande si quelqu'un cherche à savoir si nous en avons pour notre argent.

**M. Ian Potter:** Je peux répondre, madame la présidente.

Cette question importante fait l'objet de plusieurs initiatives de recherche. L'Institut de recherche en santé du Canada a mis sur pied un programme qui évalue l'efficacité et l'efficience du système de soins de santé en général. Plusieurs projets de recherche sont financés par l'entremise de ce programme. Plusieurs fondations, aussi, se penchent sur la question. Nous pourrions, si vous voulez, vous fournir un résumé des résultats de ces travaux.

**M. Colin Carrie:** Il serait bon d'avoir des chiffres.

Le ministère de la Défense nationale a établi deux objectifs pertinents pour l'analyse de la consommation de médicaments : assurer le soin des patients par l'utilisation judicieuse des médicaments, et administrer un programme d'assurance-médicaments fondé sur quatre principes—l'état de préparation opérationnelle, l'équité, l'égalité et les résultats pour la santé. Comment détermine-t-on si l'utilisation des médicaments est « judicieuse »?

**Lcol Régis Vaillancourt:** Un médicament est ajouté à la liste lorsque le Comité pharmacothérapeutique fédéral en fait la recommandation. Le comité est composé de professionnels qui analysent l'utilisation efficace des médicaments. Il s'agit donc de la première étape. Comme l'indique le rapport de la vérificatrice générale, nous suivons la plupart du temps—70 ou 80 p. 100 du temps—les recommandations fédérales, provinciales et territoriales concernant l'utilisation des médicaments. Nous nous montrons plus restrictifs dans 17 p. 100 des cas. Voilà pour un premier point.

Nous nous fondons, par ailleurs, sur ces quatre principes pour favoriser l'atteinte des résultats pour la santé et réduire les effets secondaires.

Permettez-moi de vous donner un exemple d'une étude que nous avons réalisée, à l'interne, sur le Zyban. Nous avons noté que de plus en plus de réactions négatives au Zyban étaient signalées, le Zyban étant un médicament qui diminue l'envie de fumer. Nous avons effectué une étude à l'interne et constaté que le Zyban provoquait beaucoup d'effets secondaires. Toutefois, comme son efficacité était supérieure à ce qu'on avait laissé entendre, nous avons modifié notre politique pour faire en sorte que le médicament ne soit prescrit que pendant deux semaines à la fois, et que l'utilisateur ait accès aux conseils d'un pharmacien en raison de la prévalence élevée des effets secondaires. Toutefois, nous voulions continuer de prescrire le médicament en raison de son efficacité.

Nous effectuons ce genre d'analyses régulièrement. Nous menons une série d'évaluations à l'interne sur la consommation de médicaments quand nous modifions notre politique sur l'utilisation des médicaments.

Je pourrais également vous citer l'exemple des inhalateurs dépourvus de CFC. Nous avons envisagé de les distribuer avant que le CFC ne soit interdit. Nous avons mené des essais et constaté que nos membres n'aimaient pas le produit, qu'ils n'arrivaient pas à le tolérer. Nous avons donc choisi de distribuer des inhalateurs à poudre sèche.

Il s'agit là d'une autre façon d'analyser les résultats. Nous effectuons constamment des évaluations. La plus récente porte sur la tolérance aux médicaments qui visent à combattre l'hyperlipidémie, c'est-à-dire un taux de cholestérol élevé. Lorsque nous constatons que certains patients ont de la difficulté à tolérer un médicament, nous essayons de trouver une façon d'améliorer la tolérance au produit et d'empêcher les complications. Nous avons une série de mesure que nous appliquons lorsque nous sélectionnons un médicament, ou lorsque nous évaluons son utilisation.

**La présidente:** Merci, monsieur Carrie.

Monsieur Merrifield.

• (1650)

**M. Rob Merrifield:** J'aimerais poser une brève question qui porte non pas sur les dossiers médicaux, mais sur les effets indésirables qui sont signalés. Ma question recoupe celle de M. Carrie. Concernant les effets indésirables des médicaments, dans quelle mesure sont-ils signalés? Dans quelle proportion sont-ils signalés? C'est un point important.

Je me pose une autre question. Quand un de vos bénéficiaires meurt, savez-vous quels médicaments il prenait au moment de son décès?

Je me demande si vous pouvez répondre à ces questions.

**Lcol Régis Vaillancourt:** Je vais d'abord parler des effets indésirables. Il y a deux types d'effets indésirables. Il y a les effets négatifs attendus des médicaments qui découlent de leur pharmacologie. Les somnifères, comme on s'y attend, provoquent la somnolence. Habituellement, ces effets négatifs sont peu signalés. Il y a ensuite les effets indésirables imprévus ou inattendus qui, eux, sont signalés plus souvent.

Voici ce que nous avons fait. Je ne peux vous dire dans quelle mesure les effets indésirables sont signalés, de façon générale, parce qu'ils ne méritent pas tous de l'être, mais voici ce que nous avons prévu dans notre programme de gestion des médicaments : si une personne veut utiliser un médicament qui ne figure pas sur notre liste, laquelle englobe les pharmacothérapies les plus efficaces, en raison des effets indésirables qu'il provoque, nous lui demandons de communiquer avec Santé Canada, les responsables du programme d'analyse des réactions défavorables aux produits pharmaceutiques, pour qu'elle fasse l'objet d'une surveillance dans le cadre du programme actuel du gouvernement fédéral. Je peux vous fournir un tableau qui fait état des types de rapports que nous avons reçus l'an dernier. Ils ne portent que sur les médicaments qui ne figurent pas sur notre liste.

Nous avons également un système de surveillance qui s'applique aux vaccins. Nous utilisons beaucoup de vaccins, parce que nous aimons voyager dans le milieu militaire. « Aïmons » est un grand mot, mais...

**Des voix :** Oh, oh!

**Lcol Vaillancourt :** Nous surveillons l'efficacité des vaccins de très près, et nous signalons leurs effets négatifs à Santé Canada. C'est là le système que nous avons.

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

**M. Rob Merrifield:** Plus ou moins. Je vais essayer d'être un peu plus précis.

Concernant les benzodiazépines qui sont surtout prescrits aux personnes âgées—et peut-être que Mme Bruce a peut-être quelque chose à ajouter—Santé Canada recommande que le médicament soit pris pendant sept à dix jours...

**L'hon. Robert Thibault:** J'invoque le Règlement. Nous avons accepté de céder notre droit de parole aux deux derniers intervenants. Nous sommes en train d'aborder un nouveau sujet qui, à mon avis, n'a à voir avec la question à l'étude. C'est un sujet important, et nous devrions nous pencher là-dessus, mais cela n'a rien à voir avec le rapport de la vérificatrice générale.

**M. Rob Merrifield:** J'aimerais répondre.

La question est pertinente, puisqu'elle porte sur l'efficacité des médicaments. C'est vrai, on s'écarte un peu du sujet, mais cette question est liée à certaines des études que nous avons réalisées. J'ai voulu profiter du fait que tout le monde avait fini de poser des questions pour obtenir des précisions.

**La présidente:** Nous avons tous fini de poser des questions, parce que les conservateurs ont eu droit à deux tours supplémentaires sans les libéraux. Vous êtes ensuite intervenu une troisième fois au nom des conservateurs. Le rappel au Règlement est donc justifié.

**M. Rob Merrifield:** Si vous ne voulez pas connaître la réponse à ces questions, j'obtiens les renseignements plus tard. Cela ne me pose aucun problème.

**La présidente:** D'accord.

**M. Rob Merrifield:** Ces renseignements pourraient nous être utiles, mais, d'accord. Si vous jugez la question irrecevable, je respecte votre décision, mais je pense que vous avez tort.

**La présidente:** Ces renseignements pourraient sans doute vous être fournis après la réunion. Comme les libéraux ont accepté de changer l'ordre d'intervention habituel, je pense qu'on devrait s'en tenir à cette formule. Si vous n'êtes pas d'accord, nous allons céder la parole à M. Fletcher et ensuite aux libéraux, à M. Lunney et ensuite aux libéraux, à M. Carrie et encore une fois aux libéraux. Il n'y a pas beaucoup de membres qui ont demandé à intervenir lors d'un deuxième tour. J'ai voulu que tout le monde ait l'occasion de s'exprimer une fois. Si vous êtes d'accord, et vous pouvez poser votre question lors du deuxième tour, vous devez vous attendre à ce que vos collègues de l'autre côté fassent la même chose.

Monsieur Merrifield, acceptez-vous qu'on vous fournisse ces renseignements privément, après la réunion?

**M. Rob Merrifield:** Oui, mais si vous voulez procéder par alternance, allez-y. J'aimerais...

**Des voix :** Oh, Oh!

**La présidente:** Il faudrait, pour rétablir l'équilibre, que je cède la parole à deux libéraux, après M. Lunney et M. Carrie, avant que vous ne puissiez intervenir.

J'ai probablement eu tort de céder la parole à M. Merrifield avant de l'accorder à un libéral. Pour sortir de ce dilemme, je propose que M. Merrifield obtienne ses renseignements plus tard et que l'on mette fin à ce tour de table, sauf si quelqu'un n'est pas d'accord. Est-ce que cette solution satisfait la plupart des membres du comité? Je pense que oui.

J'aimerais, en votre nom, remercier les nombreux témoins qui sont venus nous rencontrer aujourd'hui. Merci pour le travail que vous effectuez au jour le jour pour le compte des Canadiens et des Canadiennes, alors que veillez à ce qu'ils aient accès aux soins de santé, aux médicaments, ainsi de suite, dont ils ont besoin. Nous savons que vous allez continuer de collaborer avec la vérificatrice générale qui, elle, se charge de nous donner un aperçu de la situation.

Nous aimerions également remercier la vérificatrice générale pour le travail qu'elle effectue et pour la façon dont elle nous tient, de même que les Canadiens, au courant des faits.

Mesdames et messieurs, merci beaucoup.

• (1655)

**M. Steven Fletcher:** Madame la présidente, pouvez-vous nous dire si la motion portant sur les fondations a été transmise aux hautes sphères, c'est-à-dire au premier ministre, ou à la Chambre?

**La présidente:** Nous avons adopté la motion, mais nous n'avons pas encore décidé ce que nous allions en faire. S'ils suivent nos travaux, ils vont la trouver dans le compte rendu de la réunion du comité. Si vous voulez qu'on fasse autre chose, je propose qu'on en discute à la prochaine réunion. Êtes-vous d'accord?

**M. Steven Fletcher:** Oui.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Monsieur Savage.

**M. Michael Savage:** Je vous ai envoyé une lettre que j'ai rédigée vendredi. Je ne sais pas si vous l'avez reçue. Je ne l'ai pas distribué aux membres du comité, mais elle porte sur le projet de loi de M. Szabo. Dans l'édition de jeudi du *National Post*, il y avait un article sur le Dr Gideon Koren, je pense que c'est son nom, de l'Hôpital pour enfants de Toronto. Il disait qu'il voulait comparaître pour discuter du projet de loi. Je l'ai entendu parler, ce matin, au réseau CBC, du syndrome d'alcoolisation foetal—cela n'a rien à voir avec le projet de loi, c'est vrai. Il semble être hautement respecté comme expert. J'encourage le comité à l'inviter.

**La présidente:** Oui, nous avons discuté de cette question et du fait aussi qu'il y a beaucoup de témoins qui, pour des raisons d'ordre commercial ou en tant que parents, souhaitent comparaître devant le comité. Comme je trouvais que nous étions un peu à cours d'experts, j'ai demandé au greffier de réexaminer la liste et d'essayer de trouver un plus grand nombre de personnes qui se sont penchées là-dessus et qui auraient des résultats scientifiques à nous communiquer.

Madame Dhalla.

**Mme Ruby Dhalla:** Pour revenir à ce que Michael a dit, je pense que j'ai reçu, tout comme d'autres membres du comité, une copie d'un courriel du Dr John Trevithick. Nous pouvons vous la transmettre, puisqu'il souhaite comparaître devant le comité. Vous pourriez peut-être l'inviter.

**La présidente:** Le greffier l'a déjà.

**Mme Ruby Dhalla:** Nous pourrions aussi demander que M. Potter, comme il l'a mentionné plus tôt, envoie au comité les documents qui portent sur l'efficacité et l'efficacité de certains des programmes entrepris par les divers instituts de recherche. Ces documents pourraient nous être utiles.

Merci.

**La présidente:** Mesdames et messieurs, merci beaucoup.

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 réseau électronique « Parliamentary Internet Parlementaire » à l'adresse suivante :**

**Also available on the Parliamentary Internet Parlementaire 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.**