



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 033 • 1^{re} SESSION • 38^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 18 avril 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 18 avril 2005

• (1535)

[Traduction]

La présidente (Mme Bonnie Brown (Oakville, Lib.)): Bonjour, mesdames et messieurs. Bienvenue à cette 33^e réunion du Comité permanent de la santé.

Cet après-midi, dans le cadre de notre examen du Budget principal des dépenses, nous accueillons le chef de l'exploitation d'Inforoute Santé du Canada, soit M. Michael Sheridan.

Monsieur Sheridan, je vous donne la parole en premier pour faire votre exposé, et ensuite nous ouvrirons la période des questions.

M. Michael Sheridan (chef de l'exploitation, Inforoute Santé du Canada): Merci beaucoup, madame la présidente, de nous avoir invités à comparaître cet après-midi.

Je suis le chef de l'exploitation d'Inforoute Santé du Canada. Je suis accompagné aujourd'hui de M. Brian Philbin, chef de la direction financière d'Inforoute Santé du Canada.

[Français]

J'aimerais commencer par attirer votre attention sur la tâche à laquelle nous avons la chance de nous atteler. Inforoute Santé est en voie d'accélérer le développement de systèmes de dossiers de santé électroniques, sécuritaires et compatibles à l'échelle pancanadienne, à partir d'investissements conjoints avec les provinces et les territoires. Nous travaillons directement avec les 14 sous-ministres de la Santé à améliorer la sécurité, l'accès et l'efficacité de notre système de santé. Notre objectif est que la moitié des Canadiens aient un dossier de santé électronique interfonctionnel d'ici la fin de l'année 2009.

[Traduction]

Aujourd'hui, je peux voyager partout dans le monde et si je glisse ma carte de débit dans n'importe quel guichet automatique, la machine me reconnaît et me permet d'accéder à mes comptes. Grâce à des systèmes informatiques robustes et interopérables, la sécurité aérienne a connu une évolution radicale. Par contre, si je suis hospitalisé au coin de la rue, il y a de fortes chances pour que les médecins de l'urgence n'aient aucune idée de mes antécédents médicaux, des médicaments que je prends, ni des tests ou des traitements que j'ai subis. Lorsque je recevrai mon congé, mon médecin de famille ne recevra sans doute aucun rapport l'avertissant que j'ai été hospitalisé ou lui donnant des directives de suivi.

[Français]

L'atteinte de nos objectifs quant au dossier de santé électronique permettrait aux professionnels de la santé de fournir des soins coordonnés et de disposer de la bonne information au bon moment afin de donner les meilleurs soins possibles.

[Traduction]

Cette vision, les premiers ministres canadiens ont compris que nous devons mettre à profit le potentiel des technologies de

l'information pour la concrétiser. Il y a quatre ans, ils ont convenu, à l'unanimité, de collaborer à l'élaboration d'une infrastructure pancanadienne de la santé visant à améliorer l'accès des Canadiens aux soins de santé tout en améliorant la qualité et en réduisant les temps d'attente. Les premiers ministres ont également reconnu qu'un engagement national serait la meilleure façon de relever ce défi et de développer des solutions qui permettraient de relier entre eux les systèmes des divers établissements et cliniques. Pour ce faire, Inforoute a été dotée d'une capitalisation totale de 2,1 milliards de dollars, allouée en trois tranches depuis 2001.

Chaque province et territoire du Canada possède sa propre feuille de route et son propre échéancier quant à l'informatisation des informations vitales sur les patients. Dès le départ, Inforoute reconnaissait que le déploiement des dossiers de santé électroniques devrait se faire de façon graduelle—un programme à la fois et une région à la fois. Inforoute investit donc dans neuf programmes définis par secteur. Chacun de ces programmes apporte une valeur distincte, tout en contribuant à l'objectif à plus long terme, qui est que chaque Canadien et Canadienne ait son propre dossier de santé, confidentiel et complet, où figurent les principaux aspects de son historique de santé et des soins reçus tout au long de sa vie.

• (1540)

[Français]

Ce programme comprend quatre systèmes d'information clinique servant à saisir et partager des renseignements tels que le profil des médicaments prescrits, les résultats des tests de laboratoire et l'imagerie diagnostique, ce qui permet d'intégrer ou de fusionner tous les éléments. C'est le dossier de santé électronique.

[Traduction]

Deux autres programmes clés sont les investissements de Télésanté, qui servent à faciliter le diagnostic et le traitement à distance, et les systèmes de surveillance de la santé publique, destinés à aider les agents de la santé publique à déceler et contenir les maladies infectieuses, telles que le SRAS.

J'aimerais préciser qu'Inforoute n'est pas un organisme subventionnaire. Nous assumons le rôle d'investisseur stratégique auprès de nos partenaires des provinces et des territoires. Nous prenons une part active dans la planification, la conception et la mise en oeuvre des systèmes, mais ce n'est pas nous qui en faisons la conception, le développement ou la mise en oeuvre. Ce travail revient aux provinces et aux territoires. Ils bénéficient à cet égard de l'expérience nationale d'Inforoute qui veille, de son côté, à ce que les succès et les acquis qu'obtiennent les administrations publiques bénéficient au reste du pays.

Le financement conjoint, condition de notre entente de financement, nous permet de mettre à profit les fonds additionnels fournis par d'autres gouvernements. Afin de réduire les risques et d'assurer la valeur des résultats obtenus, nous procédons par investissements progressifs, chaque projet devant obtenir des résultats spécifiques et atteindre des cibles déterminées avant de recevoir des fonds. Nous nous chargeons également de mesurer les résultats et les avantages qui en découlent.

Un élément clé de notre progression vers la mise en oeuvre de dossiers de santé électroniques est l'utilisation de normes communes qui permettront à des centaines de systèmes au Canada de partager et d'échanger des informations. Inforoute assume un rôle de chef de file dans l'élaboration et la promotion de ces normes. Nous avons également mis au point, pour le dossier de santé électronique, un plan directeur que l'ensemble des provinces et territoires a adopté, et nous encourageons les fournisseurs de systèmes à créer des solutions commerciales et moins coûteuses. Inforoute met beaucoup l'accent sur la réutilisation et la reproduction de projets qui ont fait leurs preuves.

En bout de ligne, les progrès d'Inforoute sont indissociables des succès qu'obtiennent nos partenaires des différentes administrations publiques. C'est pourquoi nous avons élaboré, avec chaque province et territoire, une technologie commune et un plan d'investissement échelonné sur trois ans. Ceci nous a donné une feuille de route qui harmonise les stratégies nationales et provinciales en matière de systèmes de santé électroniques.

Certains ont critiqué Inforoute pour la lenteur de sa procédure d'approbation des projets et pour ses dépenses. Il est vrai que certains aspects de notre travail ont pris plus de temps que ce que nous aurions souhaité, mais l'élaboration d'une solide infrastructure interopérative était une condition essentielle à notre succès futur. De plus, en vertu de son modèle incontournable de partage des investissements, Inforoute ne peut procéder plus rapidement que le rythme auquel ses membres trouvent leur part de financement et exécutent leurs projets. Or, leur cadence est sujette au degré de préparation des différentes administrations publiques, à la concurrence qui existe pour les investissements, et au temps que prennent les appels d'offres. Par conséquent, nos dépenses effectives ont pris un certain retard par rapport à l'approbation des projets, et cela continuera vraisemblablement d'être le cas, du fait que nos investissements demeureront conditionnels à des résultats et à notre acceptation avant que des crédits puissent être attribués.

Cependant, nous estimons chez Inforoute qu'il faut procéder plus rapidement qu'en ce moment, et nous avons pris des mesures énergiques en ce sens. Notre conseil d'administration a notamment fait passer, le mois dernier, le ratio d'investissement moyen de 50 p. 100 à 75 p. 100 dans certains secteurs clés, ce qui devrait permettre d'accélérer le processus de façon appréciable.

[Français]

Inforoute a concentré ses efforts sur la création d'une infrastructure solide et pratique destinée à nous permettre d'atteindre nos objectifs à un coût raisonnable tout en réduisant nos risques. Nous avons solidifié cette infrastructure depuis un an.

[Traduction]

Nous avons augmenté la cadence des investissements. L'ensemble des neuf programmes étant en place et approuvés par le conseil d'administration, nous procédons plus rapidement à l'approbation des projets : ainsi, nous avons investi au-delà de 320 millions de dollars dans plus de 100 projets, dont 60 p. 100 au cours des 12 derniers mois. Nous sommes heureux de vous annoncer que nous avons des

projets conjoints en chantier dans chaque province et territoire du pays. De plus, notre plan opérationnel pour l'an prochain suppose des investissements supplémentaires atteignant au moins 300 millions de dollars. Selon nos estimations, à la fin de l'année financière 2005-2006, Inforoute aura approuvé des investissements de plus de 600 millions de dollars.

Nos investissements conjoints commencent également à apporter des avantages tangibles aux patients, aux cliniciens et au système de santé en général. Par exemple, en Colombie-Britannique et dans le sud-ouest de l'Ontario, deux projets d'imagerie diagnostique ont donné des résultats impressionnants. Dans les deux cas, un grand réseau hospitalier est en train de se convertir au numérique avec la mise en oeuvre, dans ses nombreux établissements, d'un réseau partagé d'imagerie diagnostique. En Colombie-Britannique, par exemple, ce réseau partagé permet aux cliniciens de n'importe lequel des 11 hôpitaux interconnectés de voir, partager, gérer et stocker en mode numérique les images des tests subis par leurs patients, indépendamment de l'endroit où le test a été effectué. Comme il s'agit d'un système partagé, les petits sites peuvent justifier les coûts liés à cette technologie et les hôpitaux peuvent mettre en commun ces ressources trop rares que sont les radiologues et les spécialistes. Les radiographies et les résultats des IRM prennent maintenant moins d'une heure à faire au lieu de quatre, puisque les radiologues peuvent voir les résultats sans avoir à se rendre là où les tests ont été effectués. Enfin, les urgentologues disposent d'un accès plus facile et plus complet aux informations critiques à l'établissement d'un diagnostic.

Tout ceci concourt à des soins améliorés, à un moindre coût. Selon certaines estimations, les systèmes d'imagerie numériques à eux seuls permettent de réaliser des économies annuelles de 350 millions de dollars, du fait de réduire le nombre de tests effectués en double, d'éliminer le coût de la manutention et du stockage manuel des films, et de réduire les délais d'attente des résultats des tests d'imagerie diagnostique. L'expérience positive de la Colombie-Britannique et de l'Ontario a incité les huit autres provinces à mettre en chantier des projets qui leur permettront de réutiliser les mêmes systèmes et de miser ainsi sur les succès ainsi obtenus.

Avant de conclure, j'aimerais rapidement passer en revue le régime de responsabilisation d'Inforoute. Lors de sa création, Inforoute a reçu le statut d'une société indépendante, à but non lucratif et à régie partagée, et son mandat, son régime de financement conjoint et sa structure en font une entité plutôt unique. Elle n'est ni un mandataire de l'État, ni une société d'État—ni, comme je l'ai mentionné plus tôt, un organisme subventionnaire. Inforoute est responsable au même degré devant tous ses membres, qui sont les 14 gouvernements—ceux du fédéral, des provinces et des territoires, représentés par leurs sous-ministres de la Santé respectifs. Chaque gouvernement membre est appelé à collaborer sur un pied d'égalité; chaque membre est appelé à jouer un rôle de surveillance; et aucun membre et aucun gouvernement n'a priorité sur les autres. Cette surveillance par les membres est renforcée par un conseil d'administration averti, constitué à l'échelle régionale, nommé par les membres et composé de Canadiens distingués qui possèdent une expérience pertinente. Le conseil est composé de deux personnes nommées par le gouvernement fédéral, d'un représentant de chacune des cinq régions du Canada, et de six directeurs indépendants élus par tous les membres. Le sous-ministre fédéral de la Santé nomme le président du conseil.

Notre mandat est assorti d'un solide régime de responsabilisation, qui comprend une évaluation indépendante, effectuée par un tiers, dont la première devrait être prête en mars 2006, et qui sera soumise à tous les membres avant d'être mise à la disposition du public; une vérification indépendante annuelle de conformité, soumise à tous les membres; une vérification indépendante annuelle des états financiers, soumise à tous les membres et mise à la disposition du public; un plan d'activités annuel, soumis à tous les membres et dont un résumé sera mis à la disposition du public; et un rapport annuel faisant le suivi du rendement en fonction du plan d'activités de l'année précédente, et qui est soumis à tous les membres, distribué à tous les députés et sénateurs, ainsi qu'au vérificateur général, avant d'être mis à la disposition du public.

Pour conclure, nous pouvons affirmer que notre mission est essentielle. Nous comprenons que notre contribution au progrès du projet du dossier de santé électronique correspond directement à une amélioration de la sécurité des patients, de la prestation des soins de santé, de l'accès aux données et de la productivité des intervenants. Inforoute, avec les provinces et les territoires, a réalisé des progrès substantiels en comparaison de la situation il y a 12, voire six mois. Par nos efforts, nous favorisons la transparence et la responsabilisation de l'organisme auprès de tous nos membres et du public canadien.

• (1545)

[Français]

Je vous remercie de m'avoir écouté aujourd'hui. Je serai heureux de répondre à vos questions.

Thank you.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Sheridan.

M. Merrifield va ouvrir la période des questions.

M. Rob Merrifield (Yellowhead, PCC): Je voudrais tout d'abord vous remercier de votre présence. En fait, nous avons parlé d'Inforoute à plusieurs reprises, et je suis donc content que nous ayons l'occasion cet après-midi de dialoguer ensemble.

À mon avis, vous n'aurez pas besoin de convaincre les membres ici présents ni de la nécessité d'avoir un organisme comme Inforoute, ni de la grande utilité d'un dossier de santé qui suit le patient. Nous venons de terminer une étude sur les produits pharmaceutiques, et les statistiques des études que nous avons examinées sont tout à fait étonnantes—là je fais allusion en particulier à l'étude Baker Norton de juin dernier, où il est question de 24 000 décès dans nos hôpitaux. Donc, en ce qui concerne la nécessité de créer un dossier de santé qui puisse suivre le patient, je n'entends personne s'opposer à ce concept.

Mais je voudrais, tout d'abord, vous demandez de clarifier un chiffre en particulier, puisque j'avais cru comprendre que vous aviez bénéficié d'un budget de 1,2 milliard de dollars de la part du gouvernement fédéral, alors que nous venez de nous parler de 2,1 milliards de dollars. Pourriez-vous m'expliquer la différence entre ces deux chiffres?

M. Michael Sheridan: Le chiffre exact est 1,2 milliard de dollars. Si j'ai dit 2,1 milliards, je m'en excuse.

M. Rob Merrifield: D'accord. Ce n'est qu'une erreur de 1 milliard de dollars—ce n'est pas grand-chose.

Des voix : Oh, oh!

M. Michael Sheridan: Un milliard ici, un milliard là-bas—bientôt nous commencerons à parler de dollars réels.

M. Rob Merrifield: Sans vouloir traiter ça à la légère, en ce qui concerne ce 1,2 milliard de dollars...le projet a été lancé il y a quatre ans. On estimait à l'époque qu'il fallait absolument que ce projet avance rapidement. Nous parlons de la possibilité de sauver des milliers de vie, s'il est vrai que le fait d'avoir accès au dossier du patient permettrait effectivement de sauver des vies en évitant les erreurs médicales qui sont actuellement commises d'un bout à l'autre du Canada. Mais même si ce projet a été lancé il y a quatre ans, très peu de dépenses ont été engagées jusqu'à présent.

Corrigez-moi si je me trompe, parce que vous avez passé en revue les chiffres assez rapidement, mais avez-vous bien parlé de 320 millions de dollars et de 12 projets?

• (1550)

M. Michael Sheridan: Non, plus de 100 projets sont actuellement en cours.

M. Rob Merrifield: Mais vous avez bien parlé de 320 millions de dollars?

M. Michael Sheridan: Oui, la somme affectée aux projets approuvés est de 320 millions de dollars.

M. Rob Merrifield: Et la majorité des dépenses en question ont été engagées au cours des trois derniers mois, n'est-ce pas?

M. Michael Sheridan: Surtout au cours des six derniers mois. Oui, c'est exact.

M. Rob Merrifield: Très bien. J'essaie simplement de comprendre comment ces crédits sont utilisés.

Vous dites que les frais sont partagés moitié-moitié avec les provinces, mais pour certains projets, vous passez maintenant à une formule de partage de 75-25, étant donné que certaines provinces ne sont pas en mesure de trouver les crédits nécessaires. C'est bien ça?

M. Michael Sheridan: C'est exact.

M. Rob Merrifield: Je comprends que certaines provinces ont déjà tout le mal du monde à trouver les médecins et les infirmières qu'il leur faut, sans parler d'ordinateurs et de programmeurs. Je peux comprendre leur difficulté jusqu'à un certain point, mais ce que je ne comprends pas...

Je suis de l'Alberta, et je suis assez au courant de la situation en Alberta. Mes informations ne sont peut-être pas tout à fait exactes, et vous pourriez certainement me corriger si je me trompe, mais je crois savoir que les responsables dans cette province s'étaient fixé comme objectif de faire en sorte que d'ici la fin de l'année dernière, le dossier médical du patient puisse le suivre. Je crois aussi savoir qu'ils ont atteint cet objectif. C'est bien ça?

M. Michael Sheridan: Dans certains secteurs de prestation des soins, oui, ce que vous dites est vrai. Le premier ministre a déjà présenté les grandes lignes d'un plan global en vertu duquel tous les habitants de l'Alberta auront un dossier médical électronique. Si je ne m'abuse, il a fixé 2008 comme délai pour l'atteinte de cet objectif.

M. Rob Merrifield: Et c'est déjà le cas pour quel pourcentage de la population?

M. Michael Sheridan: En Alberta?

M. Rob Merrifield: Oui.

M. Michael Sheridan: Je n'ai pas ce chiffre sous les yeux. Je ne peux pas vous répondre.

M. Rob Merrifield: Mais c'est la majorité, n'est-ce pas?

M. Michael Sheridan: Non, à mon avis, nous sommes très loin d'avoir pu offrir cela à la majorité des habitants. Pour que le dossier médical électronique soit interopérable, quatre catégories d'informations fondamentales doivent y être rattachées. Il y a, premièrement, l'imagerie diagnostique, et nous venons d'investir dans un projet de grande envergure avec l'Alberta pour parfaire leur système d'imagerie diagnostique.

Dans les centres ou unités de soins intensifs ou critiques, nous aurons, à mon avis, réussi au cours de la prochaine année à créer des noeuds d'imagerie diagnostique dans la province qui permettront de réunir les informations à assembler par l'ensemble des établissements de soins critiques.

M. Rob Merrifield: Je comprends que l'imagerie diagnostique soit un domaine d'activité technique hautement spécialisé. J'accepte volontiers cette réalité, sauf que ce que nous observons actuellement, c'est un gros problème du côté des événements indésirables et des produits pharmaceutiques. De ce point de vue là, je dirais que c'est dans ce secteur d'activité d'Inforoute que la province a vraiment accéléré le rythme.

M. Michael Sheridan: Oui, c'est vrai que la province a accéléré le rythme de ses activités dans ce domaine particulier. Encore une fois, l'un des premiers projets qu'ils ont entrepris ou dans lesquels ils ont investi en Alberta...

M. Rob Merrifield: Oui, j'en suis conscient.

M. Michael Sheridan: ...concernait le réseau de l'information sur les pharmacies. Nous avons appris bien des choses grâce à cet investissement—entre autres, premièrement, que les médecins veulent que tous leurs patients aient accès à tous les médicaments. Quand nous avons lancé ce projet, il y avait des problèmes graves relatifs à l'accès à tous les médicaments pour tout le monde.

Donc, ça allait pour les personnes âgées, mais l'interface avec le système—c'est-à-dire la possibilité d'aller dans un centre, de consulter la fiche pharmaceutique d'une personne âgée, mais de ne pas avoir cette même possibilité pour une personne qui n'était pas inscrite à un régime d'assurance médicaments pour personnes âgées, a donné lieu à de grands changements en ce qui concerne ce projet en particulier. Nous travaillons toujours avec la province de l'Alberta pour atténuer les problèmes qui se sont posés lorsqu'on a voulu que tout le monde et tous les médicaments soient intégrés dans un réseau provincial d'information sur les produits pharmaceutiques.

M. Rob Merrifield: Indiquez-nous en pourcentage quels progrès vous avez accomplis jusqu'à présent.

M. Michael Sheridan: En ce qui concerne cette question particulière, le vrai problème se posait du côté de l'adoption du système qu'on proposait. L'une des difficultés auxquelles nous nous sommes heurtés concernait le fait que nos accords de financement précisaient un taux de participation pour les soignants, alors que l'Alberta n'a pas atteint ce taux de participation. Donc, deux problèmes précis se sont posés : il a fallu, premièrement, incorporer tous les intéressés et tous les médicaments dans le système proposé, et faire en sorte que l'ensemble des médecins et praticiens de la province y participent et s'en servent.

M. Rob Merrifield: Nous savions au départ que la formation et la participation des médecins risquaient de poser problème.

M. Michael Sheridan: Notamment pour ce système-là.

• (1555)

M. Rob Merrifield: Oui.

De ce côté-là—c'est-à-dire en ce qui concerne les médicaments—d'autres provinces ont-elles réalisé des progrès encore plus importants, dont nous ne serions pas au courant, ou est-ce la province de l'Alberta qui joue le rôle de chef de file?

M. Michael Sheridan: Je dirais qu'à l'heure actuelle, par rapport à nos stratégies d'investissement et notre plan d'activités, l'Alberta est sans doute la province la plus avancée actuellement en ce qui concerne les systèmes d'information sur les médicaments, suivie de la Colombie-Britannique, du point de vue de l'importance des investissements d'Inforoute.

Ceci dit, toutes les provinces ont leur propre plan, ce qui veut dire que nous devons traiter avec 13 administrations différentes au fur et à mesure que ces dernières élaborent quatre ou cinq séries de programmes critiques devant permettre de créer un dossier de santé électronique. Certaines provinces ont déjà réalisé beaucoup de progrès en ce sens qu'elles ont établi des registres de clients et de fournisseurs, peut-être parce qu'elles considéraient que cela constituait une priorité plus importante que la constitution de systèmes d'information sur les médicaments, peut-être.

Donc, nous sommes bien obligés de travailler avec la série de priorités variables des 13 provinces et avec leurs besoins en ce qui concerne la façon de mettre en oeuvre leurs plans.

M. Rob Merrifield: Mais quand vous examinez les chiffres—disons ceux de Michael Decter—et même les vôtres, vous dites que votre objectif est de faire en sorte que 50 p. 100 de la population participe à un tel système d'ici 2009. Par contre, Michael Decter est d'avis qu'il ne sera pas possible de faire participer tous les Canadiens à ce système avant 2020.

Si vous faites les calculs—et on dit que les calculs ne peuvent mentir—on doit conclure que, s'il y a 24 000 décès par ans, il y a lieu de croire qu'un nombre important de Canadiens sont à risque et peuvent potentiellement mourir. Évidemment, nous ne connaissons pas nécessairement toutes les variables. Nous ne savons pas combien de vies nous pourrions sauver grâce à cette information, mais nous espérons, bien entendu, que le nombre sera considérable.

Peut-être devrions-nous dialoguer avec certaines provinces en vue de connaître leurs priorités, et surtout pour savoir quelles provinces accordent plus d'importance à des questions autres que les médicaments?

M. Michael Sheridan: Pour moi, il est clair que les systèmes d'information sur les médicaments constituent une priorité. Le problème se pose surtout dans certaines provinces. Par exemple, l'Ontario est actuellement en train d'élaborer un système provincial d'information sur les médicaments. Nous investissons également dans ce projet-là. Donc, fondamentalement, il s'agit de savoir en quoi consistent les priorités, et dans quel ordre il faut donner suite aux priorités afin de mettre en oeuvre le plan et la feuille de route.

Dans certaines administrations, surtout sur le plan international, nous avons constaté que les autorités adoptent une approche consistant à détruire ou à abandonner ce qui est actuellement en place. En Grande-Bretagne, en tout cas, on dirait que l'approche adoptée consiste essentiellement à éliminer tout ce qui est actuellement en vigueur. Ce projet en Grande-Bretagne représente un investissement de 16 milliards de livres pour remplacer le système actuel par des dossiers médicaux électroniques.

À mon avis, nous reconnaissons déjà que l'approche idéale consisterait à faire fond sur les systèmes et mécanismes provinciaux, de même que sur ceux qui existent au niveau de la région, afin de pouvoir faire progresser le système à l'aide d'une approche à la fois descendante et ascendante, et sans nécessairement tout détruire ou éliminer—disons une approche modifiée.

La présidente: Merci beaucoup.

C'est maintenant à M. Ménard.

[Français]

M. Réal Ménard (Hochelaga, BQ): Merci.

Votre statut n'est pas clair pour moi. Vous dites que vous n'êtes pas une société d'État et que vous êtes relativement indépendants. Quelle est la contribution du gouvernement fédéral à votre budget global?

Je suis un peu surpris que nous n'ayons pas votre budget de fonctionnement. Vous serait-il possible de déposer un tableau analytique sur l'état des travaux dans chacune des provinces? Par exemple, pouvez-vous nous dire quelques mots à propos du Québec?

Comment établit-on la contribution de chacune des provinces à la construction ou aux travaux d'Inforoute?

M. Michael Sheridan: Les fonds nous ont été alloués principalement par le gouvernement fédéral. Cet argent nous a été versé en trois tranches: une première de 500 millions de dollars en 2001, une deuxième de 600 000 \$ en 2002-2003, et une troisième de 1 million de dollars en juin 2004.

En ce qui a trait aux investissements, nous avons, dans notre structure, un processus d'approbation qui exige certaines choses des provinces. On établit les contrats entre Inforoute et les provinces en se basant sur les résultats et les investissements. Je dois dire que ce ne sont pas tous les coûts qui sont admissibles pour les fonds d'Inforoute.

Pour ce qui est de votre dernière question, il me fera plaisir de déposer un tableau indiquant le montant approuvé jusqu'au 31 mars 2005 pour chaque province.

• (1600)

M. Réal Ménard: Est-ce que vous vous définissez comme une fondation? Vous savez que tout un débat a cours ici, au Parlement, grâce à la vigilance de mon collègue de Terrebonne, M. Sauvageau, sur l'imputabilité qu'on est en droit d'attendre. On est en présence d'investissements publics considérables: 500 millions, 600 millions et un milliard de dollars. Comment le gouvernement fédéral est-il associé à l'évolution de vos travaux? Quels sont les mécanismes d'imputabilité qui existent? Accepteriez-vous d'ouvrir vos livres à la vérificatrice générale?

M. Michael Sheridan: Je vais répondre en anglais.

[Traduction]

La structure de responsabilisation mise en place pour la société prévoit que cette dernière soit responsable devant tous ses membres, y compris le gouvernement fédéral, les 10 provinces et les trois territoires. Et la société, telle qu'elle a été établie du point de vue de ses principes directeurs, est essentiellement tenue de rendre des comptes à chacun de ses membres, sans que l'un quelconque des membres ait la priorité sur un autre.

Il s'agit donc d'une structure un peu unique. C'est une structure axée sur le compromis qui favorise une approche équilibrée, en vue de faire progresser le travail relatif aux dossiers de santé électroniques.

[Français]

M. Réal Ménard: Parmi les budgets que nous devons étudier, il y a ceux de l'Agence de santé publique du Canada, des Instituts de recherche en santé du Canada et du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, mais nous n'avons pas d'information à votre sujet. Ne trouvez-vous pas un peu bizarre, étant donné la façon dont nous devons faire les choses dans un régime de responsabilité ministérielle, que des montants d'argent aussi considérables que ceux que vous avez mentionnés échappent à peu près complètement au contrôle du Parlement? Comment pourrions-nous être associés à cela?

J'entends parler d'Inforoute Santé depuis des années, mais je n'ai jamais vu le moindre rapport. Aujourd'hui, vous vous présentez devant nous alors que nous n'avons ni documents budgétaires ni sommaire de ce que vous avez réalisé, et que nous ne savons pas où en sont les choses dans chacune des provinces. Accepteriez-vous que la vérificatrice générale examine un peu la façon dont les choses se passent en termes de saine gestion, d'imputabilité et de reddition de comptes? N'oubliez pas de me parler un peu du Québec. Répondez-moi par un oui ou par un non. Croyez-vous que la vérificatrice générale doit intervenir dans vos affaires?

[Traduction]

M. Michael Sheridan: Pour que vous sachiez exactement ce qui est disponible en termes d'information financière, je vous signale que nos vérificateurs, qui sont du cabinet d'Ernst & Young, annexent chaque année à notre rapport annuel une série d'états financiers, et ces états financiers sont mis à la disposition du public et sont préparés en fonction de pratiques comptables appropriées. Donc, tout ce qui concerne notre situation financière et nos opérations financières—c'est-à-dire nos budgets d'exploitation et les investissements effectués par Inforoute Santé du Canada, sont des informations publiques auxquelles les citoyens peuvent facilement avoir accès.

Je ne suis pas sûr d'avoir compris à quoi vous faisiez allusion—c'est-à-dire le document dont vous avez parlé, mais s'il s'agit du Budget principal des dépenses de cette année, je peux vous affirmer qu'Inforoute n'a pas bénéficié de crédits additionnels pour...

[Français]

M. Réal Ménard: Êtes-vous d'accord sur le fait que la vérificatrice générale devrait avoir accès à vos livres?

[Traduction]

M. Michael Sheridan: Eh bien, le Parlement est actuellement saisi de projets de loi qui concernent cette question particulière, à savoir la possibilité que la vérificatrice générale puisse effectuer des vérifications des activités des fondations. Pour le moment, aucun de ces deux projets de loi n'a été adopté, et j'estime qu'il ne serait donc pas approprié que je me prononce sur l'appareil gouvernemental et la procédure parlementaire.

[Français]

M. Réal Ménard: Mais qu'en pensez-vous?

[Traduction]

La présidente: M. Ménard essaie de façon subtile à vous faire accepter la politique de son parti sur cette question.

Madame Dhalla.

[Français]

M. Réal Ménard: On parle de deux milliards de dollars. Ce ne serait pas mauvais que la vérificatrice générale vérifie cela. Madame la présidente, je pense que nous aurions été en droit de nous attendre aujourd'hui à des documents et à une réponse claire. C'est pour cela que nous avons été élus. On ne parle pas de commandites, on parle ici de budgets publics.

[Traduction]

La présidente: Oui, je le sais. Cela a déjà été fait. Évitions, si possible, de répéter les choses.

Madame Dhalla.

Mme Ruby Dhalla (Brampton—Springdale, Lib.): Merci infiniment de votre présence cet après-midi. Si vous permettez, je voudrais changer un petit peu de sujet.

Je pense que vous avez, d'ailleurs, abordé cette question un peu plus tôt pendant le tour de M. Merrifield. Il vous posait des questions au sujet de la situation dans sa province natale de l'Alberta et du partenariat qui aurait été établi entre l'Alberta et Inforoute Santé du Canada.

Ma question porte sur ma province d'attache de l'Ontario. Quel rôle l'Ontario joue-t-il par rapport à Inforoute Santé du Canada, et quel genre d'accords de partenariat ont été conclus entre l'Ontario et votre organisme jusqu'à présent?

• (1605)

M. Michael Sheridan: Comme c'est le cas pour toutes les autres provinces, il s'agit d'un... Je suis très réticent à employer le mot « actionnaire », mais le fait est que les actionnaires de la société sont bel et bien les provinces, les territoires, et le gouvernement fédéral.

Il est certain que l'Ontario a été un participant actif pour ce qui est de faire avancer le travail relatif aux dossiers de santé électroniques. À l'heure actuelle, nous avons investi environ 47 millions de dollars dans des projets approuvés pour l'Ontario. Ces derniers concernent surtout des systèmes à points nodaux et de visualisation visant à faire progresser le travail relatif aux laboratoires et aux données conservées par les laboratoires. Ces projets ont récemment été approuvés et on est actuellement en train de les mettre en oeuvre.

Un élément important qu'il faut comprendre, en ce qui concerne les dépenses engagées par Inforoute, c'est que tous ces projets prennent en moyenne trois ans, après avoir été approuvés, pour être tout à fait mis en oeuvre. Nous savions, d'ailleurs, qu'il n'y aurait pas une grande explosion d'activités du jour au lendemain dès lors qu'on avait décidé de procéder à la création d'un dossier médical électronique. Nous commençons déjà à constater des résultats, selon la rapidité avec laquelle les différentes administrations et provinces peuvent atteindre les objectifs qui ont été fixés.

Informatiser complètement un système provincial d'information de laboratoires, en suivant les normes et les protocoles et en ayant accès aux résultats, demande beaucoup de temps, des investissements considérables et des projets de TI de grande envergure.

Mme Ruby Dhalla: Partagez-vous de façon égale les coûts avec l'Ontario, ou plutôt dans un rapport de 75 à 25 p 100, comme vous le disiez tout à l'heure?

M. Michael Sheridan: Par suite de la décision du Conseil le mois dernier, le partage des coûts avec l'ensemble des administrations se fera désormais dans un rapport de 75 à 25.

Mme Ruby Dhalla: Vous parlez d'objectifs et de vision. Est-ce de concert avec Inforoute Santé Canada, ou avec d'autres partenaires éventuellement, que les objectifs sont définis? En ce qui concerne les

différents secteurs qui correspondent à votre mandat, qu'on parle d'imagerie diagnostique, d'information de laboratoire, de système de télésanté, ou autre chose, pourriez-vous me dire en collaboration avec qui ces objectifs sont fixés? Existe-t-il une norme nationale? Faites-vous ça en collaboration avec chaque province, individuellement?

M. Michael Sheridan: Oui, nous effectuons ce travail en collaboration avec chaque province. Les échéanciers des projets sont établis par la province et Inforoute Santé Canada, et nous définissons ensemble l'architecture du projet pour nous assurer que le tout cadre avec les plans et devis, que les systèmes seront interopératoires, et qu'ils seront réutilisables et transférables dans d'autres provinces et dans d'autres administrations.

Mme Ruby Dhalla: Est-ce que ce serait la même chose pour l'Alberta et l'Ontario, ou ces éléments varient-ils, selon la situation de chaque province?

M. Michael Sheridan: C'est-à-dire que les normes de mise en oeuvre peuvent varier selon le projet, mais les résultats concrets et le principe du financement progressif s'appliquent à tous les projets, dans toutes les provinces et tous les territoires.

Mme Ruby Dhalla: L'autre question que je me pose en tant que fournisseur de soins, et qui me préoccupe beaucoup, ainsi que bon nombre de mes patients, me semble-t-il, concerne la protection des renseignements personnels. En mettant au point ces différents systèmes, qui seront, nous l'espérons, beaucoup plus efficaces de façon à rehausser l'efficacité globale de notre système de soins, vous permettez à un grand nombre d'utilisateurs d'accéder au réseau et d'employer ces divers systèmes. Quel genre de protocole avez-vous mis en place pour protéger la vie privée des Canadiens, et surtout les renseignements personnels que renferment leurs dossiers de santé?

M. Michael Sheridan: Cela m'amène à vous parler de deux aspects en particulier—d'abord, la sécurité, et deuxièmement, la protection de la vie privée. En ce qui concerne la protection de la vie privée, de récents résultats de sondage dont nous avons pris connaissance indiquent qu'environ 85 p. 100 des Canadiens sont favorables à la création de DSE interopérables. De plus, ils sont fortement convaincus que le fait d'avoir des dossiers de santé électroniques améliorera la qualité des soins, leur accès aux soins, et la productivité globale du système de soins. Voilà ce qu'a révélé un sondage mené par EKOS il y a environ 12 mois. Si vous voulez, je pourrais me renseigner pour voir si on peut vous communiquer les résultats.

En même temps, ils ont exprimé certaines inquiétudes. Ils voudraient, notamment, savoir qui aura accès à leurs dossiers, quel sera le rôle de ces personnes, dans quelles conditions et pour quelles fins ils pourront y accéder. Au cours des six derniers mois, nous travaillons avec des spécialistes de la protection des renseignements personnels, des vendeurs de logiciels, et les commissariats à la protection de la vie privée en vue d'élaborer une architecture qui cadrera avec les DSE interopérables tout en permettant de garantir la sécurité et la protection des renseignements—autrement dit, des règles en bonne et due forme relatives à l'accès aux données et aux informations, et plus particulièrement, les personnes qui y auront accès, par quels moyens ils auront accès, comment les données seront emmagasinées et de quelle manière on garantira la protection de ces données.

Nous sommes en train de terminer ce travail à l'heure actuelle. Les résultats seront pris en compte dans les normes qui seront élaborées pour cette architecture, et c'est un travail qui progresse bien à l'heure actuelle.

L'un des problèmes les plus épineux auxquels nous avons été confrontés concerne la suppression des données. Nous traitons avec 31 millions de Canadiens vivant dans 10 provinces et trois territoires qui ont tous des interactions et des interfaces différentes à la fois avec le système des médicaments et le système de soins proprement dit. Un des éléments de cette architecture sera justement la capacité de supprimer certaines informations que renferment les dossiers de santé électroniques.

La deuxième question concerne l'accès et en quelle qualité une personne pourra avoir accès à ces informations? Par exemple, y avez-vous accès en tant qu'infirmière? Y avez-vous accès en tant que chirurgien? Y avez-vous accès en tant que spécialiste? Les rôles et la structure de ces différents rôles par rapport à l'interaction entre le fournisseur de soins et le dossier de santé électronique sont extrêmement compliqués. Mettre au point des systèmes d'architecture et de sécurité pour permettre l'accès en fonction de ces différents rôles a vraiment constitué un défi en ce qui nous concerne, mais nous avons pu bénéficier d'une excellente coopération de la part des commissariats à la protection de la vie privée. Ces derniers ont participé à nos discussions à ce sujet.

• (1610)

La présidente: Merci, madame Dhalla.

Madame Crowder.

Mme Jean Crowder (Nanaimo—Cowichan, NPD): Merci, et merci pour votre exposé. Je voudrais revenir sur les observations de M. Ménard en matière de responsabilisation.

Pour que ce soit clair dans mon esprit, vous nous dites qu'Inforoute bénéficie de crédits fédéraux de 1,2 milliard de dollars, et que vous partagez les coûts des projets avec les administrations dans un rapport de 75 à 25, mais j'imagine que cette somme ne comprend pas les crédits provinciaux, et que ce n'est pas vous qui gérez les crédits provinciaux en ce qui concerne le financement de ces projets.

M. Michael Sheridan: Non.

Mme Jean Crowder: Vous avez dit que l'un des principes directeurs d'Inforoute est la nécessité de rendre des comptes à ses membres. Je constate dans les notes d'information qu'on a préparées à notre intention, que plusieurs représentants fédéraux siègent au conseil, mais qu'il y en a un bon nombre qui ne sont pas des représentants fédéraux.

Quels sont les rapports hiérarchiques entre vous et les députés?

M. Michael Sheridan: La société est responsable devant les députés par l'entremise de ses membres, qui sont représentés par les sous-ministres.

Mme Jean Crowder: Et font-ils rapport au Comité de la santé ou du Parlement?

M. Michael Sheridan: Ils font rapport à plusieurs comités, et ils relèvent des ministres de la Santé de leurs provinces respectives.

Mme Jean Crowder: Ce que j'essaie de savoir c'est comment le Parlement, qui a investi une somme importante dans cette entreprise, s'assure que cette société à but non lucratif rend des comptes à son bailleur de fonds? Le gouvernement du Canada est son bailleur de fonds, alors j'aimerais savoir quels sont les rapports hiérarchiques entre les deux?

M. Michael Sheridan: En fait, il s'agit d'un rapport hiérarchique à trois volets. La direction d'Inforoute est responsable devant son conseil d'administration. Le conseil d'administration est composé d'administrateurs régionaux, c'est-à-dire que cinq administrateurs

émanent des régions et sont désignés par les membres. De plus, nous tenons une assemblée générale annuelle chaque année, à laquelle nous devons présenter un plan d'activités et un rapport annuel, une série d'états financiers vérifiés, et une vérification de conformité afin de garantir à nos membres, notamment en matière de conformité, que nous respectons l'accord de financement conclu avec le gouvernement fédéral.

Mme Jean Crowder: Mais si le gouvernement fédéral n'était pas tout à fait d'accord avec les résultats de votre travail, il n'y a pas de mécanisme qui lui permettrait d'intervenir, puisque vous êtes une société indépendante.

M. Michael Sheridan: Si le gouvernement fédéral n'était pas d'accord avec la gestion et l'utilisation de notre dotation, il pourrait invoquer un article de l'accord de financement prévoyant que les crédits lui soient rendus.

Mme Jean Crowder: Donc, la seule façon pour le Parlement d'intervenir serait d'invoquer l'article de rapatriement des fonds.

M. Michael Sheridan: L'intervention du Parlement pourrait prendre plusieurs formes. Évidemment, le Parlement pourrait commencer par examiner notre rapport annuel. L'une des façons...

• (1615)

Mme Jean Crowder: Mais si nous n'étions pas satisfaits, nous ne pourrions pas vraiment faire grand-chose.

M. Michael Sheridan: Je n'en suis pas si sûr, parce que le sous-ministre de la Santé est membre d'Inforoute, et en tant que membre...

Mme Jean Crowder: Mais encore une fois, il s'adresserait au ministre de la Santé; il ne s'adresserait pas au Parlement.

Ce que j'essaie de vous dire, c'est que d'après ce que j'ai pu voir, aucun mécanisme de contrôle parlementaire n'est prévu dans tout cela. Il y a le sous-ministre adjoint de la Santé, qui ne relève ni du Comité de la santé ni du Parlement; il relève du ministre de la Santé. Donc, si nous avons des inquiétudes, à part nous indigner tous contre le ministre de la Santé, il n'y a pas grand-chose qu'on pourrait faire.

M. Michael Sheridan: Oui, mais en fin de compte, nous parlons ici des objectifs établis au départ pour la création de la société proprement dite. Cette société, établie en fonction de l'accord de financement et des règles appropriées, existe conformément à ce qui a été prévu au départ comme mandat pour la fondation.

Mme Jean Crowder: Cela ne me rassure pas tellement. Je pense que bon nombre d'entre nous préféreraient, vu l'importance de votre dotation, qu'il y ait un mécanisme de contrôle parlementaire.

J'aimerais vous poser une autre question à propos des données—là je ne parle plus de responsabilisation. Récemment, l'Alliance canadienne sur les temps d'attente a publié un rapport sur les problèmes que présentent les données dans tout le Canada, en indiquant qu'il n'existe pas d'uniformisation en ce qui concerne la manière dont les provinces rassemblent les données, ou leurs repères en ce qui concerne les listes d'attente, et que certaines provinces n'établissent même pas de rapports sur ces choses-là. Sera-t-il possible, grâce à ces différents projets, d'en arriver à un système plus uniforme de présentation de cette information?

M. Michael Sheridan: Je ne sais pas si il y aura une plus grande uniformisation en ce qui concerne la méthode de présentation des informations grâce à ces projets. Par contre, pour ce qui est de mesurer les résultats concrets et d'établir des critères de base dans les accords de financement que nous avons conclus et par rapport aux produits livrables, cette initiative devrait certainement permettre de multiplier les informations, par rapport à ce qui est déjà disponible.

S'agissant de l'évaluation des avantages en ce qui concerne le rapport de rendement que nous avons créé...il est clair que dans certains domaines, les données sont très solides et très fiables, et constituent donc un bon point de repère ou de comparaison. Dans d'autres domaines, la situation est moins claire pour ce qui est de l'adoption des systèmes proposés, l'utilisation des systèmes d'information, et les avantages concrets qui en découlent. Mais il ne faut pas oublier que certains de ces éléments sont intangibles, notamment quand on parle de la satisfaction des patients ou des praticiens par rapport aux systèmes qui sont mis en oeuvre.

La présidente: Madame Chamberlain.

L'hon. Brenda Chamberlain (Guelph, Lib.): Je voudrais revenir un peu sur la question de Mme Crowder à propos des temps d'attente. Quel est votre rôle dans ce domaine? Comment arriveriez-vous à inclure cette information dans ce système?

M. Michael Sheridan: Permettez-moi de citer l'exemple de l'imagerie diagnostique. Nous avons établi une série de critères de base avant d'investir dans les programmes d'imagerie diagnostique, en prévoyant certains objectifs précis relativement à l'adoption des systèmes proposés. Les objectifs fixés devaient nous permettre de passer d'une situation où une grappe d'établissements—soit ceux assurant les soins intensifs—abandonnerait progressivement les autres supports en faveur d'un système de numérisation des données. Nous avons essentiellement établi comme objectif un taux de numérisation de 98 p. 100.

S'agissant de la relation entre cette activité-là et les temps d'attente, ce que nous observons—du moins dans les deux domaines où nous avons fait des investissements de ce genre—c'est une réduction de 75 p. 100, dans certains cas, du temps consacré à l'analyse des images...le monde du film par opposition au monde diagnostique. Selon l'évaluation de plusieurs radiologistes du sud de l'Ontario, leur productivité a augmenté de 20 p. 100 grâce à cela. Nous fixons de tels objectifs par rapport aux systèmes d'information qui sont en voie d'élaboration afin d'avoir des points de comparaison précis et de rehausser progressivement les avantages de ces systèmes, ces avantages étant de plus en plus de nature pécuniaire.

Par contre, les avantages intangibles sont très difficiles à mesurer. Dans quelle mesure ces systèmes auront-ils permis aux patients de mieux interagir avec le système de soins proprement? Je ne suis pas sûr que nous arrivions jamais à avoir de bonnes informations de base pour faire de telles mesures ou comparaisons.

•(1620)

L'hon. Brenda Chamberlain: Je trouve tout de même très positif que ces initiatives permettent d'accélérer le processus. Y a-t-il un mécanisme de communication avec le gouvernement par lequel vous pourriez éventuellement contribuer à trouver une solution finale en ce qui concerne les listes d'attente? Ou vous contentez-vous de faire votre travail dans votre petit coin?

M. Michael Sheridan: Je dirais que notre travail contribuera certainement à multiplier les informations généralement disponibles et à mieux comprendre le phénomène des listes d'attente...

L'hon. Brenda Chamberlain: Oui, d'accord.

M. Michael Sheridan: ... mais je pense qu'on peut supposer que des organismes nationaux comme l'Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada pilotent le gros du travail en ce qui concerne la mesure et l'évaluation dans ce domaine. Mais il ne fait aucun doute que nos données et nos informations offriront une bonne base.

L'hon. Brenda Chamberlain: Quand vient le moment de communiquer cette information sur vos points de repère, à qui la communiquez-vous? Qui reçoit cette information?

M. Michael Sheridan: Les critères de base établis pour les projets sont disponibles. Nous en publions un certain nombre dans nos rapports annuels. Cette information existe. Cette année nous avons mis l'accent sur l'imagerie diagnostique.

L'hon. Brenda Chamberlain: Vous parliez tout à l'heure des personnes qui auraient accès à l'information; de qui s'agit-il au juste? À votre avis, qui devrait avoir accès à cette information?

M. Michael Sheridan: De quelle information parlez-vous au juste?

L'hon. Brenda Chamberlain: Des informations sur les contrôles, ou sur le patient en général. Qui devrait pouvoir accéder à cette information? Seulement les médecins, ou l'accès devrait-il être plus généralisé?

M. Michael Sheridan: Tout cela fait partie de l'architecture du système en ce qui concerne la sécurité et la protection des renseignements personnels. Nous avons un protocole relatif au rôle des différents documents et l'accès qui y est prévu. Tout dépend de votre rôle par rapport aux soins à donner au patient; vous auriez donc accès à son dossier ou à certains documents en fonction de votre rôle dans le système de soins. Comme je vous l'ai déjà dit, c'est justement ça l'une des difficultés qui se présentent : l'élaboration d'une structure et d'une architecture appropriées pour garantir la sécurité et la protection des informations.

L'hon. Brenda Chamberlain: Si jamais quelqu'un qui ne devait pas y avoir accès arrivait à prendre connaissance de certaines informations, et que cela causait un préjudice au patient, que feriez-vous? Que faudrait-il faire à ce moment-là? Il faudrait éliminer les fuites, mais comment feriez-vous cela? Le fait de faire circuler largement certaines informations médicales peut causer un préjudice aux personnes concernées.

M. Michael Sheridan: Oui, bien entendu. Mais il faut bien comprendre qu'Inforoute ne possède pas d'information ou de données. Toutes les informations et données dont on parle sont tenues au niveau local ou régional ou dans les systèmes d'information de l'administration concernée. La question du contrôle de l'information et de l'accès à cette information est effectivement une question clé, mais Inforoute ne possède ni ne crée les systèmes permettant de conserver ces données.

Par contre, les administrations provinciales sont visées par leurs propres lois de protection de la vie privée et des renseignements personnels. C'est pour cela que la mise au point de l'architecture de sécurité est à ce point difficile, parce qu'on voudrait qu'elle réponde de façon générique aux besoins de chacune des 10 administrations provinciales et des trois administrations territoriales.

L'hon. Brenda Chamberlain: Merci.

La présidente: Avec Mme Chamberlain, on voit bien qu'on a affaire à une professionnelle. Voilà cinq minutes que je lui ai donné la parole et elle a déjà fini.

L'hon. Brenda Chamberlain: Je respecte beaucoup la présidente. Je sais que vous allez hurler si je dépasse. J'ai peur de vous.

La présidente: Je ne hurle jamais.

C'est à vous maintenant, monsieur Fletcher.

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

Pourriez-vous déposer devant ce comité les quatre dernières vérifications effectuées chez Inforoute, de même que les rapports dont parlait Mme Chamberlain?

M. Michael Sheridan: Je serais très heureux de le faire.

M. Steven Fletcher: Très bien.

La vérificatrice générale a noté qu'il n'est pas prévu que les vérifications de l'optimisation des ressources effectuées chez des fondations comme la vôtre soient déposées devant le Parlement. Seriez-vous opposé à ce que la vérificatrice générale effectue une vérification de vos activités et de vos investissements?

M. Michael Sheridan: Nous sommes actuellement en train de faire une vérification de l'optimisation des ressources. Nos conditions et notre accord de financement précisent clairement que nous devons faire effectuer une vérification de l'optimisation des ressources. Les conditions qui nous visent sont très précises en ce qui concerne ce type de vérification.

•(1625)

M. Steven Fletcher: Seriez-vous contre l'idée que la vérificatrice générale effectue chez vous une vérification de l'optimisation des ressources?

M. Michael Sheridan: Je dirais que cette question... Ce n'est pas à moi de dire si je suis d'accord ou non. À mon avis, il faudrait soulever la question devant le conseil d'administration et en discuter avec les membres d'Inforoute.

M. Steven Fletcher: Ce comité a déjà adopté une motion en vue de faire effectuer une telle vérification. Des motions ont déjà été adoptées au Parlement lors de jours de l'opposition. Malheureusement, le gouvernement au pouvoir était loin d'accepter la teneur de ces motions. Mais vu les autres scandales qui ont éclaboussé ce gouvernement, il est très important que les livres soient vérifiés et le conseil d'administration doit comprendre que tout obstacle à la conduite de vérifications de l'optimisation des ressources comme celle qui est proposée laisse planer des doutes sur Inforoute et ses opérations. Je demande que vous-même ou votre représentant lui transmettiez cette information.

Vous avez parlé de responsabilisation et du fait que le gouvernement fédéral est l'une des 14 parties prenantes, les provinces ayant chacune son rôle à jouer en matière de responsabilisation. Nous voilà donc dans une situation où les gouvernements relèvent d'autres gouvernements. À mon avis, les téléspectateurs de CPAC qui regardent nos délibérations réagissent avec incrédulité, étant donné que les gouvernements, et surtout les gouvernements non conservateurs, ne sont pas connus pour l'utilisation judicieuse qu'ils font de l'argent des contribuables. Je me demande si ce n'est pas une autre raison pour laquelle il conviendrait de demander au Bureau du vérificateur général d'examiner vos livres, en tant que tierce partie impartiale.

M. Michael Sheridan: Pour ce qui est d'examiner les livres, c'est déjà assez facile à faire, puisque les états financiers de la société sont du domaine public.

M. Steven Fletcher: Mais je tiens à ce que vous fassiez l'objet d'une vérification de l'optimisation des ressources. Je voudrais connaître le rendement de mes investissements.

M. Michael Sheridan: Je comprends. En ce qui concerne cette vérification, l'accord portant création de la société conclu avec le gouvernement fédéral prévoit une série de procédures très précises que nous devons suivre en ce qui concerne ce genre de vérification du rendement. Généralement, une vérification du rendement permet de connaître le degré d'optimisation des ressources. C'est du moins ce que nous avons compris. La vérification indépendante effectuée par une tierce partie dont fera l'objet Inforoute et qui devra être approuvée par son conseil d'administration et ses membres fait état de 12 résultats qu'Inforoute devra avoir obtenus d'ici mars 2006, et je répète qu'il s'agira d'une vérification faite par une tierce partie indépendante. Nous sommes actuellement en train de faire un appel d'offres pour la conduite de cette vérification.

M. Steven Fletcher: Très bien. Mais le fait est que d'autres experts indépendants, comme Michael Decter, ont dit qu'au rythme auquel Inforoute remplit son mandat, nous n'aurons pas de résultats concrets avant 2020, et à mon avis, ce n'est tout simplement pas acceptable.

Je voudrais changer un peu de sujet. Par rapport à la liste de projets financés par Inforoute Santé du Canada, nous constatons qu'il s'agit dans bien des cas de petites initiatives régionales. Cela risque, me semble-t-il, de favoriser énormément de double emploi et d'inefficacité. Ne pensez-vous pas qu'il devrait y avoir un programme de création d'un dossier de santé électronique dans chaque province, et que cela coûterait moins cher de fixer cet objectif, d'avoir recours à un modèle particulier et d'appliquer ce même modèle à l'ensemble des provinces? Ne serait-ce pas plus efficace comme méthode?

M. Michael Sheridan: Nous avons déjà un modèle. Nous avons aussi une architecture qui définit les critères d'interopérabilité. Nous avons aussi défini des normes en matière de communication, c'est-à-dire des noeuds concentrateurs pour les interfaces entre les différents documents. Donc, notre approche ne consiste absolument pas à élaborer un modèle unique qui répondra aux besoins de tout le monde et qui imposera un certain contenu en ce qui concerne le dossier médical électronique ou la façon de le gérer. Ce n'est pas du tout l'approche que reflète notre plan ou l'architecture qui est prévue.

L'autre chose que les membres du comité doivent bien comprendre, c'est que dans bien des cas, nous travaillons avec les vendeurs. Plusieurs vendeurs canadiens nous fournissent les systèmes d'information sur la santé. Il est d'ailleurs prévu que nous fassions participer le secteur privé à tout ce processus. Et nous travaillons très fort de ce côté-là. S'il est vrai qu'il n'est pas de louanges plus sincères que l'imitation, eh bien je peux vous dire que lors d'un exposé fait par un responsable d'IBM la semaine dernière, j'ai constaté qu'il parlait d'une composante de notre architecture. Malheureusement, ils n'ont pas dit que c'était l'architecture d'Inforoute. Mais en fin de compte, ce qui compte vraiment pour nous par rapport à l'adoption de ces systèmes, c'est que les vendeurs fassent leur part et convainquent les utilisateurs de s'en servir, et sur ce plan-là, nous avons connu jusqu'à présent beaucoup de succès.

•(1630)

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Fletcher.

C'est maintenant à M. St. Amand.

Il renonce à son tour. Nous passons donc à Mme Demers.

[Français]

Mme Nicole Demers (Laval, BQ): Merci, madame la présidente.

Monsieur Sheridan, vous nous avez parlé d'une centaine de projets d'une valeur de 320 millions de dollars. Ai-je bien compris? Cette somme engagée comprend-elle ou non les 51 millions de dollars qui avaient été dépensés au 31 mars 2004?

J'aimerais aussi savoir quels provinces ou territoires bénéficient le plus de ces 320 millions de dollars et de ces 100 projets. Comme on le sait, l'architecture informatique est très chère. C'est pourquoi j'ai de la difficulté à concevoir qu'on puisse aller bien loin avec 100 projets totalisant 320 millions de dollars.

En outre, je voudrais savoir si à ce jour, parmi les provinces et territoires, certains n'ont pas été en mesure de bénéficier d'Inforoute Santé du Canada. Je voudrais aussi préciser qu'au Québec, nous avons un très bon programme qui s'appelle Info-Santé CLSC. Dans le cadre de ce programme, un service d'information est dispensé par des infirmières, ce qui a comme effet de désengorger les hôpitaux, cliniques et autres établissements de santé. J'aimerais savoir si Info-Santé CLSC a reçu une partie de ces 320 millions de dollars.

Enfin, il reste environ 900 millions de dollars dans le fonds. Avez-vous l'intention de les conserver très longtemps ou plutôt de les dépenser assez rapidement? Dans le dernier des cas, pourquoi n'a-t-on pas investi dans le fonds en 2005? Croyez-vous que le gouvernement investira encore dans ce fonds? Dans le cas contraire, j'aimerais savoir pourquoi, étant donné qu'on en dit tant de bien.

Merci.

M. Michael Sheridan: Merci.

Pour ce qui est de la première question, à savoir qui bénéficie des investissements d'Inforoute Santé, je ferai part au comité de nos investissements en date d'aujourd'hui, et ce, par province et territoire. La réponse sera donc évidente.

Au sujet du Québec, je précise qu'il est devenu membre d'Inforoute Santé en 2004. On accuse donc dans cette province un léger retard à l'égard du processus des dossiers de santé électroniques.

[Traduction]

Ceci dit, Inforoute a prévu dans son budget de l'année prochaine, et a conclu une entente dans ce sens avec la province, d'investir 100 millions de dollars dans la province du Québec dans le cadre d'un projet de création du dossier de santé électronique. Il s'agit de deux projets de DSE de grande envergure dans deux districts de santé de Montréal, l'un à Laval et l'autre au centre de la ville de Montréal, qui devraient permettre de faire bien progresser le travail de création du dossier médical électronique. L'année prochaine, nous espérons que des projets d'assez grande envergure pourront se dérouler au Québec et qu'il y aura donc beaucoup de progrès accompli en ce qui concerne la création d'un dossier de santé électronique dans cette province.

En ce qui concerne les autres crédits et actifs d'Inforoute, il convient que je précise, pour la gouverne des membres du comité, qu'une fois que le financement d'un projet a été défini et approuvé, les crédits nécessaires sont réservés dans notre système financier. S'il nous est possible de donner suite à certaines priorités l'année prochaine, par rapport à l'objectif que nous nous sommes fixé, qui était d'investir 300 millions de dollars dans des projets dans toutes les régions du Canada, cela voudrait dire qu'Inforoute aurait affecté environ 50 p. 100 de son financement global. Ces crédits ne peuvent être réutilisés.

Le problème qui se pose, et notamment quand les gens regardent les progrès accomplis jusqu'à présent, se situe au niveau des montants facturés pour les projets déjà approuvés; là il y a

évidemment un certain décalage, et ce pour plusieurs raisons. Comme je vous l'expliquais tout à l'heure, ces projets ont, en moyenne, un délai d'exécution de 36 mois. Nous avons évidemment un système de financement progressif, et si les critères fixés pour obtenir telle tranche de financement ne sont pas remplis, les crédits ne sont pas versés. Donc, par rapport à notre capital de 1,2 milliard de dollars, si nous respectons nos objectifs l'an prochain, nous aurons déjà affecté 50 p. 100 de cette somme à divers projets.

• (1635)

[Français]

Mme Nicole Demers: Y a-t-il des provinces ou territoires qui n'ont aucunement bénéficié d'Inforoute Santé?

M. Michael Sheridan: Non. Nous avons investi des fonds dans chaque province et territoire.

Mme Nicole Demers: Merci.

[Traduction]

La présidente: Merci, madame Demers.

Monsieur Carrie.

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

Vous aurez peut-être remarqué que beaucoup de questions vous ont été posées aujourd'hui au sujet de la responsabilisation. C'est une question qui nous préoccupe, nous qui sommes politiciens. Il y a eu tellement de cas—vous avez entendu parler du registre des armes à feu, évidemment—ce petit projet qui devait nous coûter 2 millions de dollars, et qui a fini par nous coûter près de 2 milliards de dollars. Je pense qu'on n'est pas loin d'avoir engagé cette somme-là.

Vous avez parlé d'un budget de 1,2 milliard de dollars, et je constate que ce n'est que le début. Avez-vous fait une évaluation de ce que cela va coûter, une fois que tout sera en place? Combien coûtera-t-il aux contribuables canadiens, selon vos estimations, pour que chaque Canadien ait un dossier de santé électronique?

M. Michael Sheridan: Quand nous avons lancé cette initiative, les gens se rendaient compte, même à ce moment-là, que la somme de 1,2 milliard de dollars ne serait pas suffisante pour financer la création d'un DSE interopérable, contenant toutes leurs informations médicales, pour 100 p. 100 de la population canadienne. Inforoute a récemment fait mener une étude par Booz Allen Hamilton, dont les résultats seront publiés dans quelques semaines. Permettez-moi de vous faire part de certains indicateurs préliminaires qui en ressortent.

Premièrement, nous visons pour le moment les établissements et unités de soins intensifs. Selon Booz Allen Hamilton, il faudra environ 4,4 milliards de dollars pour créer ce système, c'est-à-dire pour structurer les informations et créer le DSE. Par rapport à notre participation, le fait est qu'Inforoute ne paie que 27 ¢ sur chaque dollar investi. Les provinces paient la différence et devront également supporter les coûts de fonctionnement et d'entretien à long terme de ces systèmes.

M. Colin Carrie: Oui, j'en suis conscient, mais étant donné que ce sont les mêmes contribuables qui paient à tous les paliers, ce que je vois, c'est que nous avons mis sur pied un programme fédéral, mais que la responsabilité de ce programme va être rejetée sur les provinces. Une fois que le système sera en place, ce sont les provinces qui seront responsables de son opération et de son entretien au fil des ans. Par le passé, il y a eu maints exemples de projets où il s'agissait d'investir pour le plaisir d'investir—pour mettre sur pied un nouveau système. Nous lançons donc cette grande entreprise, et même si tout le monde reconnaît que c'est une bonne idée, nous ne savons pas encore combien tout cela va coûter. Avez-vous une estimation du coût global de ce projet?

M. Michael Sheridan: Pour que 100 p. 100 de la population canadienne ait un DSE interopérable, d'après l'étude que nous avons fait mener, cela coûtera environ 300 \$ par habitant.

M. Colin Carrie: Donc, environ 10 milliards de dollars.

M. Michael Sheridan: C'est ça; 10 milliards de dollars. Mais cette même étude inclut une analyse des avantages à long terme de cet investissement. Toujours d'après cette étude, dans six ans, les économies permanentes se chiffreront chaque année à 6,1 milliards de dollars. Donc, ces investissements sont contrebalancés par les avantages dont fait état l'étude en question.

M. Colin Carrie: C'est très encourageant; vous devez comprendre que des projets de cette envergure nous inquiètent toujours.

Vous avez dit que vous faites participer les différentes parties prenantes à vos discussions, mais vous n'avez pas dit si vous en discutez aussi avec les associations professionnelles. Comme je suis fournisseur de soins, je pense que vous pourriez obtenir beaucoup d'information utile, au sujet du type de données que vous voulez incorporer dans ce dossier de santé électronique, si vous parliez à l'Association médicale canadienne, à l'Association chiropratique canadienne, à l'Association dentaire, etc. Avez-vous déjà tenu des discussions avec les associations professionnelles?

● (1640)

M. Michael Sheridan: Il va sans dire que nous dialoguons activement avec les différentes associations professionnelles. Dans le cadre de l'importante conférence sur la télésanté prévue à Toronto le mois prochain, en mai, nous avons organisé, et Inforoute présidera, une séance de consultation des associations. D'ailleurs, nous nous réunissons trois ou quatre fois par année avec elles et organisons régulièrement des téléconférences pour discuter de diverses choses.

Mais ce qui est encore plus important, c'est qu'Inforoute a récemment recruté un médecin chef, qui a beaucoup consulté les médecins, les associations de médecins, et les associations provinciales. Nous avons consacré beaucoup de temps et d'efforts à la création de bonnes relations de travail avec les associations, pour les aider à comprendre l'architecture prévue. Mais tout cela présente évidemment un défi de taille en ce qui concerne la gestion du changement, et notamment la façon dont les gens changeront leur façon de travailler en passant d'un système sur papier à un système électronique. À ce sujet, nous avons eu une série de discussions et de dialogues très francs et productifs avec les associations.

M. Colin Carrie: Me dites-vous que vous commencez à peine ces discussions? Cela n'a rien donné de concret jusqu'à présent—vous avez juste fait du réseautage?

M. Michael Sheridan: Nous y travaillons depuis un bon moment, mais à mon avis, ces relations commencent maintenant à porter des fruits.

La présidente: Merci, monsieur Carrie.

Au nom du comité, j'aimerais vous remercier, monsieur Sheridan. Pour moi, vous êtes très courageux d'accepter de gérer ce changement, étant donné que vous avez affaire à 13 administrations différentes, sans parler de tous les professionnels et des interfaces que vous devez établir avec les technologies les plus avancées. Vous avez tout un défi à relever, et nous vous souhaitons bonne chance.

M. Michael Sheridan: Merci beaucoup, madame la présidente.

La présidente: Merci de votre présence.

J'aimerais maintenant inviter les représentants du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés à venir nous rejoindre à la table. Il va falloir que je réduise le temps prévu pour cette partie de la réunion, étant donné que nous avons utilisé une heure et 15 minutes pour la première partie. Seriez-vous d'accord pour que le temps de parole soit de huit minutes pour vous—c'est-à-dire quatre plus quatre—et de quatre minutes pour tous les autres, selon la personne qui compte ouvrir la période des questions?

M. Rob Merrifield: Moi, ça me convient.

La présidente: Très bien.

Mesdames et messieurs, je vous présente le vice-président du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, M. Réal Sureau. Il est accompagné de la directrice générale, soit Mme Barbara Ouellet.

Monsieur Sureau, vous avez la parole.

M. Réal Sureau (vice-président, Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés): Bonjour.

● (1645)

[Français]

Bonjour à tous.

[Traduction]

J'apprécie l'occasion qui m'est donnée aujourd'hui de comparaître devant vous à titre de vice-président du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, afin de vous donner un aperçu des activités du Conseil et de vous faire part de la situation actuelle des prix des médicaments au Canada. Comme vous le savez probablement déjà, le mandat du Dr Robert Elgie, président du CEPMB de 1995 à 2005, s'est terminé au début mars dernier. Le Dr Elgie a été un excellent PDG et président du conseil, et nous lui souhaitons beaucoup de succès dans ses nouveaux projets. Les responsabilités de la présidence me sont actuellement dévolues en attendant que soit nommé un nouveau président ou une nouvelle présidente.

Je suis aujourd'hui accompagné de Mme Barbara Ouellet, notre nouvelle directrice générale. La plupart d'entre vous vous souviendrez certainement de Mme Ouellet, qui a comparu à plusieurs reprises devant le comité à titre de directrice responsable des politiques relatives aux produits pharmaceutiques à Santé Canada.

Je profite de l'occasion pour remercier M. Wayne Critchley pour sa contribution insigne et pour lui souhaiter une excellente retraite.

Lorsque j'aurai terminé mon exposé, je me tiendrai à votre entière disposition pour répondre à vos questions.

Comme l'indique le rapport sur les plans et les priorités, le budget du CEPMB pour l'exercice 2005-2006 est de 4,3 millions de dollars.

[Français]

Au cours de notre dernière comparution devant ce comité, qui remonte à l'automne 2003, la question des prix des produits pharmaceutiques est demeurée à l'avant-plan des discussions sur la politique gouvernementale. Considérant l'importance accordée aux prix des médicaments dans les discussions sur la politique pharmaceutique, je me permets de prendre quelques minutes de votre temps pour vous exposer les responsabilités du conseil dans le contexte des politiques publiques sur l'établissement des prix des médicaments.

Même si les consommateurs jouent maintenant un rôle plus actif dans la décision d'utiliser ou non des médicaments d'ordonnance, ce ne sont pas eux, en bout de ligne, qui prennent la décision finale, mais plutôt le médecin traitant. En effet, en consultation avec leurs patients, les médecins jugent si une pharmacothérapie est requise et, le cas échéant, déterminent quel médicament il y a lieu de prescrire. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les fabricants de médicaments continuent d'investir des ressources considérables dans la commercialisation de leurs médicaments, plus particulièrement auprès des médecins. Dans la plupart des cas, les patients ne paient pas la totalité du prix des médicaments qu'ils utilisent. La plupart des Canadiens et des Canadiennes sont heureusement protégés par une assurance-médicaments publique ou privée, ce qui atténue leur fardeau financier.

De plus, les brevets liés aux médicaments bénéficient d'une protection d'exclusivité complète. Ces conditions donnent aux fabricants de médicaments une emprise considérable sur le marché. Compte tenu du rôle important des produits pharmaceutiques dans les soins de santé, les gouvernements sont, depuis longtemps, conscients de l'importance d'intervenir dans ce marché afin de protéger les intérêts de la population.

[Traduction]

Le CEPMB est un organisme administratif indépendant détenant des pouvoirs quasi judiciaires qui a été créé en 1987 par suite des modifications apportées à la Loi sur les brevets. C'est à la suite d'un débat public houleux que le Parlement a décidé d'assurer un nouvel équilibre entre la politique sur les brevets pharmaceutiques et la protection des intérêts des consommateurs.

Les modifications de 1987 ont, entre autres, élargi la protection conférée aux brevets liés à des produits pharmaceutiques en limitant les licences obligatoires. Elles ont également institué un processus pour empêcher les brevets d'abuser de la protection accrue que leur accordait la loi modifiée.

Le rôle du tout nouveau CEPMB était alors d'influencer les prix de vente des médicaments brevetés comme le faisait jusque-là la concurrence à laquelle donnait lieu le régime des licences obligatoires. L'industrie des médicaments de marque a alors accepté de se soumettre aux contrôles des prix des médicaments brevetés, en contrepartie des modifications de 1987 qui ont élargi les droits de propriété intellectuelle, et elle s'y conforme depuis.

Suivant l'adoption de ces modifications, l'industrie pharmaceutique, par le truchement de Rx et D, s'est engagée publiquement à majorer ses investissements annuels dans la R et D avant 1996, pour les porter à 10 p. 100 de son chiffre d'affaires. Cet engagement a été rempli en 1993. Toutefois, le rapport des dépenses de R-D au chiffre d'affaires a reculé au cours des dernières années.

Le CEPMB a été investi d'un double mandat—à savoir un mandat de réglementation et un mandat de communication. Permettez-moi de vous rappeler de quoi il s'agit. Dans l'exercice de ses responsabilités, le CEPMB veille à ce que les prix auxquels les

fabricants vendent leurs médicaments brevetés sur le marché canadien—autrement dit les prix départ-usine—ne soient pas excessifs. Le CEPMB passe en revue les prix auxquels les fabricants vendent leurs médicaments brevetés aux différentes catégories d'acheteurs qui sont les grossistes, les pharmacies, les hôpitaux et d'autres.

En ce qui concerne le deuxième volet de son mandat, le CEPMB dépose chaque année devant le Parlement un rapport sur les tendances observées relativement aux prix de tous les médicaments et ce, par le truchement du ministre de la Santé. Il fait l'analyse des facteurs d'augmentation des coûts des régimes publics d'assurance-médicaments ainsi que de l'utilisation faite des médicaments. Il fait également état des dépenses en R-D, au Canada, des sociétés titulaires de brevets pharmaceutiques.

Le CEPMB ne fixe pas les prix des médicaments. Il ne cherche pas non plus à établir les prix en fonction des coûts de production ni à déterminer le taux de rendement du fabricant. Le système canadien de contrôle des prix des médicaments brevetés se fonde plutôt sur la protection des intérêts des consommateurs en limitant les prix auxquels les fabricants peuvent vendre leurs médicaments brevetés afin qu'ils n'atteignent pas des niveaux excessifs. Ce type de régime a pour effet d'établir les limites des prix des médicaments et de définir les paramètres en fonction desquels les fabricants peuvent fixer les prix de leurs médicaments.

Le Conseil est un organisme tout à fait indépendant. Il a le pouvoir d'ordonner une réduction de prix ou de prendre toute autre mesure s'il conclut, par suite d'une audience publique, que le prix d'un médicament breveté est excessif. Le CEPMB établit son constat à la lumière des facteurs mentionnés dans la loi, à savoir les prix pratiqués au Canada des autres médicaments de la même catégorie thérapeutique que le médicament sous examen, et l'évolution de l'Indice des prix à la consommation. C'est à la lumière des facteurs inscrits dans la loi que le Conseil a formulé l'objectif que les prix en général des médicaments brevetés pratiqués au Canada ne devaient pas être plus élevés que la médiane des prix pratiqués dans les différents pays de comparaison—qui sont la France, l'Allemagne, l'Italie, la Suède, la Suisse, le Royaume-Uni et les États-Unis. Ce principe reflète l'objectif apparent de la loi, qui est que les Canadiens et les Canadiennes ne devraient pas assumer plus que leur juste part des coûts de R et D engagés par les sociétés pharmaceutiques dans les différents pays.

Lorsque nous faisons le bilan, force est de constater que le système a réussi à protéger les consommateurs canadiens contre la pratique de prix excessifs. En 1987, les prix canadiens des médicaments brevetés étaient les deuxièmes plus élevés au monde, dépassant de 23 p. 100 la médiane des prix internationaux. Ils étaient également plus élevés que les prix pratiqués dans les six pays européens utilisés pour les fins de notre comparaison. Après la création du CEPMB et l'adoption de nos lignes directrices, le rapport a diminué, mais au début des années 90 les prix étaient encore d'environ 10 p. 100 supérieurs à la médiane des prix internationaux. N'ayant pas atteint son objectif, le Conseil a modifié ses lignes directrices en 1994. Depuis, les prix des médicaments brevetés pratiqués au Canada se sont maintenus légèrement au-dessus de la médiane des prix internationaux lorsqu'ils ne se situent pas de 5 à 10 p. 100 sous elle.

•(1650)

[Français]

Au cours de la dernière décennie, le prix de la plupart des médicaments brevetés, nouveaux et existants, a été fixé, dès le point de départ, à des niveaux conformes aux lignes directrices. Au cours de cette période, le conseil a approuvé 20 engagements de conformité volontaire.

[Traduction]

Il s'agit de ce qu'on appelle dans l'industrie des engagements de conformité volontaire.

[Français]

Ces engagements prévoient, selon le cas, des réductions de prix et des remboursements des recettes excessives encaissées. Ces engagements de conformité volontaire ne démontrent qu'une infime partie de l'incidence du conseil. En effet, ils ne mesurent pas toutes les occasions où un fabricant a choisi, de sa propre initiative ou suivant une recommandation du personnel du conseil, de pratiquer dès le départ des prix conformes aux lignes directrices plutôt que de défier le régime.

[Traduction]

Ceci dit, nous avons commencé l'an dernier à entendre parler dans les médias d'augmentations des prix et à recevoir des questions de la part de régimes publics d'assurance-médicaments concernant les avis d'augmentation de prix qu'ils avaient reçus. Le Conseil estime que les fabricants d'environ 35 p. 100 des médicaments brevetés ont annoncé publiquement l'augmentation des prix de leurs médicaments. Même si ces augmentations semblent à première vue conformes à nos lignes directrices, elles feront l'objet d'un examen après coup—dans la plupart des cas, le Conseil n'a pas été informé des augmentations de prix envisagées ni n'a été appelé à vérifier si ces augmentations sont ou non excessives.

Si elles sont appliquées, les augmentations annoncées feront s'inverser les tendances observées au Canada au cours des 10 dernières années en ce qui concerne les prix des médicaments, prix qui sont restés relativement stables. Nous devons déterminer si la nouvelle tendance distancera le Canada des pays européens qui servent de base pour établir des comparaisons entre les prix des médicaments.

Dans les circonstances, le Conseil a jugé bon de tenir des consultations publiques sur ces questions et à cette fin a publié le mois dernier un document de discussion sur la façon dont nous devrions évaluer les augmentations.

Bien entendu, le Conseil n'a pas encore tiré de conclusions ni formulé de propositions sur la façon de tenir compte de l'Indice des prix à la consommation au moment d'examiner les prix. Il a plutôt opté pour une consultation auprès de ces différents intervenants. Les mémoires seront reçus jusqu'au 9 mai, après quoi le Conseil se prononcera sur les prochaines étapes.

Il est important de préciser que le secteur des médicaments brevetés a connu une croissance marquée au cours de la dernière décennie, la part du marché des médicaments brevetés par rapport à l'ensemble des ventes de médicaments au Canada étant passée au cours de cette période de 45 à 67 p. 100. La progression de la valeur de l'ensemble des ventes de médicaments a également été marquée, celle-ci ayant atteint les 15 milliards de dollars en 2003. Ces augmentations se sont également manifestées au niveau des dépenses des gouvernements et des consommateurs sous la forme d'assurances privées et de dépenses personnelles.

Le rapport annuel du CEPMB pour l'année 2004, qui doit être soumis à l'examen du ministre de la Santé le 31 mai, présentera les données les plus récentes sur la valeur des ventes des médicaments brevetés aux prix pratiqués par les fabricants. Dans son dernier rapport, l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, a estimé à 22 milliards de dollars la valeur totale des sommes engagées par les Canadiens pour l'achat de médicaments. L'ICIS estime également que presque 17 p. 100 de l'ensemble des dépenses en soins de santé au Canada sont consacrés à l'achat de médicaments, ce qui signifie que les médicaments constituent la deuxième dépense la plus importante après les frais d'hospitalisation. Par conséquent, les régimes publics ont cherché à comprendre les raisons de la progression actuelle des dépenses et savoir si celle-ci est justifiée. Ils ont adopté de nouvelles méthodes pour limiter les coûts et pour jeter les bases d'une plus grande collaboration.

•(1655)

[Français]

De plus en plus, le conseil est appelé à faire un examen poussé de ces questions. Nos études ont révélé que les principaux facteurs à la source de l'augmentation des coûts sont l'incidence de l'introduction de nouveaux médicaments et une utilisation accrue des médicaments par le régime de soins de santé. Les majorations des prix des médicaments existants ne constituent pas réellement un facteur d'augmentation des prix.

Le conseil a engagé diverses initiatives dans le contexte du rôle qui lui est dévolu au sein du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments d'ordonnance. Dans notre jargon à nous, nous appelons cela le NPDUIS, le National Prescription Drug Utilization Information System. En 2001, les ministres de la Santé ont créé le NPDUIS, dont la raison d'être est de fournir des analyses critiques des prix, de l'utilisation faite des médicaments et des tendances des coûts afin de fournir à notre régime de santé des renseignements plus exacts et plus complets quant à la façon dont les médicaments d'ordonnance sont utilisés et sur les sources d'augmentation des coûts. Les projets en cours fourniront certainement ces éléments d'information aux juridictions participantes.

[Traduction]

En septembre dernier, les premiers ministres du Canada ont convenu de prolonger cette collaboration en mettant en oeuvre la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques au titre de leur accord général sur les soins de santé. Ils ont déclaré que, et je cite : « L'accès à des médicaments abordables est un élément fondamental pour assurer l'équité aux Canadiens et aux Canadiennes en matière de soins de santé ».

Un groupe de travail ministériel se penche actuellement sur différentes questions clés, dont l'inclusion dans les régimes d'assurance-médicaments des médicaments onéreux, l'introduction d'un formulaire de médicaments national mettant l'accent sur l'accès à des médicaments sûrs et économiques, l'accès amélioré aux médicaments révolutionnaires et l'accès plus rapide aux médicaments non brevetés; et enfin la parité internationale des prix des médicaments non brevetés.

Nous assistons actuellement à une plus grande collaboration entre les différentes instances gouvernementales du pays, mais également entre les différents intervenants du régime de soins de santé. Cette collaboration vise à améliorer la gestion des produits pharmaceutiques au cours des années à venir. Le CEPMB est à la fois conscient et fier de la contribution qu'il a jusqu'ici apportée en prenant les mesures nécessaires pour que les Canadiens n'aient pas à payer des prix excessifs pour se procurer des médicaments brevetés. Je tiens à assurer le comité que le Conseil a la ferme intention de continuer d'exercer le mieux possible son mandat pour ainsi bien protéger les intérêts des consommateurs canadiens.

Madame la présidente, nous sommes maintenant à votre disposition pour répondre à vos questions.

La présidente: Merci beaucoup.

Les membres auront certainement remarqué que nous n'avons pas beaucoup de temps, et par conséquent chaque intervenant n'aura pas autant de temps que d'habitude pour poser des questions. Vous aurez chacun environ trois minutes et demie.

Mme Demers revient-elle?

[Français]

M. Réal Ménard: Je crois qu'elle va revenir.

[Traduction]

La présidente: Donc, vous disposerez chacun de trois minutes et demie. Notre premier intervenant est M. Merrifield.

M. Rob Merrifield: Merci de votre présence.

Pour revenir rapidement sur certaines affirmations de votre exposé, vous avez dit, si je ne m'abuse, que vous ne fixez pas les prix; c'est un marché libre. Donc, vous ne limitez les prix que lorsqu'ils dépassent la moyenne dans les sept pays avec lesquels vous établissez des comparaisons. C'est bien ça?

M. Réal Sureau: Oui. Notre objectif consiste à nous assurer que les prix canadiens ne dépassent pas la médiane des prix internationaux.

M. Rob Merrifield: Et tenez-vous également compte des prix des médicaments génériques?

M. Réal Sureau: Non, cela ne fait pas partie de notre mandat. Notre mandat ne concerne que les médicaments brevetés.

M. Rob Merrifield: Oui, j'en suis conscient. Mais je vous pose la question : si nous incluons les médicaments génériques en appliquant cette même formule, nos prix seraient-ils plus élevés ou moins élevés que la médiane? Le savez-vous?

M. Réal Sureau: Nous avons récemment mené des études à la demande du comité FPT sur les médicaments non brevetés de sources uniques et de sources multiples, afin de l'informer des tendances actuelles en matière de prix. Je crois que cette information a été mise à la disposition du public par les organes fédéral, provinciaux et territoriaux concernés.

Encore une fois, nous faisons des études quand on nous demande de le faire, mais à l'heure actuelle, cela ne fait pas partie de notre mandat.

M. Rob Merrifield: Je sais que cela ne fait pas partie de votre mandat. Je pensais que vous pourriez peut-être répondre à la question. C'est une question assez fondamentale. Si vous appliquez la même formule aux médicaments génériques ou non brevetés, à votre avis, nos prix seront-ils supérieurs ou inférieurs à la médiane des prix pratiqués dans les autres pays?

M. Réal Sureau: Si je ne m'abuse, l'étude a permis de constater que nos prix seraient supérieurs.

• (1700)

M. Rob Merrifield: Très bien. Merci.

Nous sommes en train de faire une étude des pharmacies sur Internet, et cette question est directement liée à votre mandat. J'ai remarqué—je ne sais pas si c'était délibéré ou non—que vous n'en avez pas parlé dans votre exposé. J'aimerais donc connaître votre position au sujet des pharmacies sur Internet et leur éventuelle incidence sur le prix des médicaments et sur votre rôle, notamment.

M. Réal Sureau: Pour répondre à votre question, si les pharmacies sur Internet suscitent des préoccupations, nous examinons leurs activités en tant que partie intéressée, mais notre rôle consiste à réglementer les prix départ-usine des médicaments brevetés. Donc, si cela fait partie du chiffre d'affaires—autrement dit, si les médicaments sont vendus par une pharmacie virtuelle sur Internet, ces ventes doivent être déclarées par les titulaires de brevet. Mais nous ne nous intéressons pas à toute la chaîne de distribution. Nous n'examinons pas les activités des grossistes, par exemple, puisque nous réglementons les prix au départ de l'usine.

M. Rob Merrifield: D'accord. Donc, nos prix pourraient être supérieurs ou inférieurs à la moyenne. Ce que vous nous dites, c'est que vous n'avez pas de pouvoir dans ce domaine. Vous vous intéressez seulement à ce que font les fabricants...

M. Réal Sureau: Vous comprenez certainement que les pharmacies de ce genre font surtout de l'exportation; ce sont des ventes interfrontalières, alors que...

M. Rob Merrifield: Pas toujours, mais dans la plupart des cas.

M. Réal Sureau: Si les produits sont vendus au Canada, ces ventes nous sont déclarées. Si les produits sont réexportés, à ce moment-là cela dépasse... Il faut que la transaction ait eu lieu au Canada. Et je crois savoir que les transactions de ces pharmacies-là sont exécutées au Canada.

La présidente: Monsieur Fletcher.

M. Steven Fletcher: Vous avez beaucoup parlé de prix, mais qu'en est-il de l'offre de médicaments? Avez-vous un rôle à jouer pour ce qui est de garantir l'approvisionnement en médicaments?

M. Réal Sureau: Non.

M. Steven Fletcher: J'ai entendu parler de pénuries de médicaments consécutives. Normalement, l'offre, la demande et les prix sont liés les uns aux autres. Est-il possible que des pénuries puissent influencer sur les prix de façon involontaire?

M. Réal Sureau: Aimerez-vous répondre?

Mme Barbara Ouellet (directrice exécutive, Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés): Oui, absolument. Notre mandat concerne strictement les prix pratiqués par les fabricants lorsqu'ils distribuent leurs produits aux grossistes, aux hôpitaux, aux pharmacies, et à d'autres. Il ne fait aucun doute qu'il y a un effet sur l'offre et la demande, mais cet effet est beaucoup plus susceptible de se faire sentir au niveau suivant, c'est-à-dire au niveau du marché de détail, où ces différents utilisateurs se concurrencent les uns les autres pour obtenir les produits fabriqués par les différentes compagnies pharmaceutiques.

M. Steven Fletcher: D'accord. Si le médicament X doit être homologué et que nous sommes en présence d'une pénurie, dans quelle mesure est-il certain que les Canadiens pourront avoir accès à ce médicament?

M. Réal Sureau: Il n'est pas du tout certain qu'ils y aient accès. Par contre, je n'ai entendu parler d'aucune plainte à cet égard.

M. Steven Fletcher: Je suis de la province du Manitoba où les pharmacies sur Internet suscitent beaucoup de préoccupations et je dois dire qu'en tant que porte-parole national sur les questions de santé, cette question m'inquiète beaucoup. S'il y a un effet sur les prix ou sur l'offre, il faudrait que des mesures puissent éventuellement être prises.

Le ministre a fait toutes sortes de déclarations contradictoires à ce sujet, et je n'ai que trois minutes et demie pour vous poser des questions. Aimerez-vous réagir aux déclarations du ministre à cet égard? À votre avis, les pharmacies sur Internet ont-elles un impact sur les prix ou sur l'offre de médicaments? Assistons-nous à une tendance à la hausse ou à la baisse en raison de pressions internationales ou d'autres sources de concurrence?

J'essaie de vous poser ma dernière question avant que mes trois minutes et demie soient écoulées. Avez-vous des conseils à nous donner sur ce qu'on peut faire pour régler le problème des pharmacies sur Internet de manière à garantir la protection des intérêts des Canadiens, qu'on parle de distributeurs ou de fournisseurs de médicaments vendus sur Internet, ou des détaillants en général?

• (1705)

M. Réal Sureau: Premièrement, je n'oserais jamais réagir aux déclarations du ministre, à moins qu'il se soit complètement trompé à propos de notre mandat. Nous sommes constamment en communication avec Santé Canada, son ministère, pour nous assurer qu'il sait exactement ce qu'on fait, quelles sont les limites, quelles sont les règles.

En ce qui concerne les pénuries, que puis-je vous dire? Nous ne faisons pas enquête sur ce genre de problèmes. On ne nous informe pas des pénuries de médicaments. Nous devons faire notre analyse avec l'information qui nous est transmise. Et cela ne fait pas partie de notre mandat.

La présidente: Leur mandat concerne uniquement les prix, monsieur Fletcher, et non pas l'approvisionnement.

Monsieur Ménard, c'est à vous.

[Français]

M. Réal Ménard: Merci. J'ai trois courtes questions à poser.

Vous avez mentionné qu'une des causes de la hausse du coût des médicaments était l'introduction de nouveaux médicaments sur le marché. Je pense que le conseil, après des travaux avec les provinces et les territoires, a un modèle économétrique d'évaluation des facteurs contributifs à la hausse du coût des médicaments. J'aimerais que vous nous en parliez, car cela soulève évidemment la question des médicaments introduits sur le marché: selon vos rapports antérieurs, à peine 10 p. 100 des médicaments ont des vertus thérapeutiques nouvelles et appartiennent donc à la catégorie 2. N'y a-t-il pas lieu de s'en inquiéter?

Si la présidente est assez généreuse, aimable et miséricordieuse, je poserai une troisième question.

M. Réal Sureau: Dans notre rapport annuel, nous avons identifié les différentes raisons qui peuvent être responsables de l'augmentation des coûts. Il s'agit des coûts de détail pour ceux qui cotisent à des régimes et les citoyens canadiens. Nous partons des prix que nous réglementons.

M. Réal Ménard: Il faut faire une distinction entre le prix et le coût.

M. Réal Sureau: Il faut commencer par faire une distinction entre le prix et le coût.

M. Réal Ménard: Faites-la donc encore.

M. Réal Sureau: Je vous ai dit tout à l'heure qu'on avait dépensé 15 milliards de dollars, au prix départ-usine demandé par les détenteurs de brevets, selon les données que nous recueillons.

M. Réal Ménard: Il s'agit de 15 milliards de dollars, et non de 15 millions.

M. Réal Sureau: Donc, c'est 15 milliards de dollars, alors que l'ICIS dit qu'il en coûte 22 milliards de dollars aux consommateurs canadiens. Entre 15 milliards de dollars et 22 milliards de dollars, il y a les profits des grossistes, les marges bénéficiaires, les frais d'exécution des ordonnances, et finalement les frais de mise en marché.

• (1710)

M. Réal Ménard: C'est la marge bénéficiaire.

M. Réal Sureau: C'est exact. Il y a donc une différence entre les prix que nous réglementons et les coûts finals payés par les consommateurs.

Parlons des raisons pour lesquelles les coûts des médicaments augmentent de 15 p. 100 par année et représentent maintenant 17 p. 100 de l'ensemble des coûts de santé. Dans notre rapport annuel, nous avons identifié les deux raisons principales. Il y a d'abord les nouveaux médicaments qui arrivent sur le marché à des coûts passablement élevés, pour soigner des maladies pour lesquelles il n'y avait aucun traitement auparavant.

M. Réal Ménard: Pourquoi les prix de ces médicaments sont-ils prohibitifs? Est-ce un abus de la part des compagnies?

M. Réal Sureau: Il n'y a pas d'abus de la part des manufacturiers. Pour vous mettre dans le contexte, je vous dirai que le coût de mise en marché d'un nouveau médicament est maintenant de l'ordre de 800 millions de dollars par an. Un seul médicament sur 10 000 au départ se retrouve sur le marché.

Les compagnies cherchent à récupérer leurs coûts sur une période relativement courte. Le brevet de 20 ans court à partir de la date d'origine du dépôt du projet, mais il se passe environ 10 ans avant que le médicament n'arrive sur le marché.

Quand nous examinons le prix d'un nouveau médicament de catégorie 2, un médicament considéré comme une découverte — il y en a eu —, on compare ce prix d'introduction sur le marché avec le prix généralement pratiqué dans les sept pays de référence.

M. Réal Ménard: Vous vous êtes inquiétés à juste titre du fait que les compagnies pharmaceutiques ont réduit à 10 p. 100 le pourcentage de leurs recettes qu'elles consacrent à la recherche et développement.

La rumeur selon laquelle il y a des dépenses de marketing dans les dépenses de recherche et développement vous paraît-elle justifiée? Quelle définition donnez-vous au terme « recherche et développement »?

M. Réal Sureau: La définition que nous utilisons du terme « recherche et développement » est celle qu'on retrouve dans la Loi de l'impôt sur le revenu. Les dépenses de mise en marché ne sont pas des dépenses admissibles, selon la définition de la Loi de l'impôt sur le revenu.

Nous avons constaté une baisse l'année dernière. Pour la première fois, le pourcentage des recettes consacré à la R-D est passé à 9 p. 100 environ, alors que l'engagement était de 10 p. 100.

La question de la recherche fondamentale nous inquiète. Ce pourcentage a diminué, et on en parle dans notre rapport annuel.

Le rapport fait état d'une foule de renseignements sur la recherche et développement. Notre mandat n'est pas de réglementer ce domaine, mais de vous informer, parce que nous recevons de l'information à ce sujet. C'est ventilé par province et par type de recherche. Nous voulions vous alerter en disant que...

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup.

Monsieur Thibault, vous avez la parole.

[Français]

L'hon. Robert Thibault (Nova-Ouest, Lib.): Merci beaucoup, monsieur Sureau, d'être présent et de nous faire part des affaires dans ce secteur. Vous avez très bien expliqué la question des prix et des coûts, ainsi que le rôle que vous jouez en la matière.

Je suis un peu inquiet à propos de la recherche et développement. Le taux de 10 p. 100, on ne l'a pas pris dans l'air ou dans le vide. Il a été négocié lors des discussions de 1997 où on a...

M. Réal Sureau: Ce sont les négociations de 1987.

L'hon. Robert Thibault: Oui. Ce sont les négociations de 1987, excusez-moi. La contrepartie en faveur des grandes entreprises pharmaceutiques était une protection contre la production de médicaments génériques.

M. Réal Sureau: Il y avait l'abandon des licences obligatoires et une protection accrue, un monopole accru.

L'hon. Robert Thibault: Quel levier existe-t-il pour exercer une pression sur ces entreprises, pour qu'elles ramènent leur taux de R-D à 10 p. 100, ou peut-être même 20 p. 100?

M. Réal Sureau: Notre rôle est de faire un rapport au comité, mais nous n'avons pas l'autorité nécessaire pour forcer l'industrie à respecter son engagement.

Il appartient au ministre ou au comité, plus qu'à nous, de faire pression quand il le peut. Notre rôle est strictement de vous faire un rapport.

Dans nos études, on a même comparé le pourcentage de R-D ici avec celui des sept pays de référence. On a beaucoup augmenté nos dépenses de R-D au Canada, mais on est encore en queue de peloton en termes de pourcentage.

L'hon. Robert Thibault: Au sujet de l'augmentation des prix...

M. Réal Sureau: Afin que l'information soit plus complète, je tiens à préciser que là où la mise en marché est moins contrôlée, des régimes favorisent davantage la recherche et développement.

On a vu des entreprises internationales transférer leurs mandats de recherche de l'Europe aux États-Unis. Il n'est peut-être pas facile, pour l'industrie canadienne, d'obtenir des mandats internationaux, mais Merck Frosst Canada s'en était bien tirée. Il revient à chaque compagnie de chercher à obtenir ces mandats. En effet, nos lois canadiennes sont les plus favorables à la création d'incitatifs à la recherche et développement. La firme KPMG l'a établi dans un rapport, il y a quatre ou cinq ans. Je peux fournir la référence au comité, au besoin.

L'hon. Robert Thibault: Vous nous montrez des augmentations de prix qui se situent autour de 15 p. 100 par année. Croyez-vous que cela va continuer à augmenter? Une tendance apparaît-elle?

M. Réal Sureau: J'ai mis des tableaux en annexe. Le tableau 4 montre les ventes de l'ensemble des produits en 1990. Elles se situaient alors à 3,7 milliards de dollars, et elles ont augmenté à 15

milliards de dollars en 2003. Vous voyez les pourcentages d'augmentation. On peut parler, depuis 1997, d'une hausse annuelle supérieure à 10 p. 100.

En ce qui a trait à l'autre élément, il y a le coût de mise en marché des nouveaux produits, mais il y a aussi la consommation. Le nombre d'ordonnances a beaucoup augmenté.

C'est l'autre grand phénomène: les nouveaux médicaments coûtent plus cher, s'ils sont mis sur le marché pour soigner des maladies pour lesquelles, jadis, il n'existait pas de médicament. Le prix n'est pas excessif, parce qu'il ne dépasse jamais la médiane des prix des sept pays de référence, si le médicament constitue une découverte.

Par ailleurs, il y a la consommation. C'est pour cela que vous entendez parfois dire qu'il faut intervenir auprès des gens, des prestataires et des médecins, qui augmentent parfois trop facilement le nombre d'ordonnances.

[Traduction]

La présidente: C'est maintenant le tour de Mme Crowder.

Monsieur Sureau, essayez de limiter vos réponses, si cela ne vous dérange pas.

Mme Jean Crowder: Quand on lance des projets pilotes pour évaluer l'efficacité de certains médicaments, ce qui arrive très souvent, c'est qu'à la fin du projet pilote, on se rend compte que le coût du médicament est tellement élevé que les patients n'ont pas les moyens de se le payer. À l'heure actuelle, nous avons le cas de cet enfant qui prend un médicament qui coûte des milliers et des milliers de dollars, mais maintenant que le projet pilote a pris fin, l'enfant n'a plus accès à ce médicament. Êtes-vous concerné par ce genre de problème? Ces coûts vous sont-ils soumis?

• (1715)

Mme Barbara Ouellet: Aux termes de notre mandat, un médicament relève de notre responsabilité au moment d'être breveté et vendu. Tant qu'il est donné par le fabricant, nous n'avons aucun contrôle là-dessus mais dès qu'il est mis en vente, ce médicament relève de notre responsabilité, à condition d'être un médicament breveté.

Mme Jean Crowder: Sous votre rubrique « Priorité n° 2—Faire rapport des tendances des prix des médicaments », vous dites—et c'est ce qu'on trouve dans le document du budget—« La raison d'être du SNIUMP est de fournir des analyses critiques des prix des médicaments, de l'utilisation faite des médicaments et des tendances de coûts des médicaments », etc. Donc, vous dites ici que vous êtes en mesure de fournir des informations exactes sur l'utilisation qui est faite des médicaments d'ordonnance et que vous soumettez des rapports à ce sujet à l'examen du Parlement. L'information que vous rassemblez sur les tendances observées grâce à votre analyse est-elle communiquée à quelqu'un d'autre? Est-elle communiquée à d'autres organes ou à des organismes de recherche?

M. Réal Sureau: Elle est communiquée aux provinces et elle est également disponible sur notre site Web.

Mme Jean Crowder: Donc, vous vous contentez d'afficher cette information sur le site Web; vous ne cherchez pas de façon proactive à agir sur ces tendances ou les phénomènes que vous observez sur le marché. Vous vous contentez de faire votre rapport, et c'est à quelqu'un d'autre d'y donner suite.

M. Réal Sureau: Cette information pourrait inciter n'importe quel régime provincial de médicaments à prendre des mesures. Si nous l'informons des inducteurs de coûts, il peut à ce moment-là...

Mme Jean Crowder: Oui, mais je me dis que si vous observez des tendances inhabituelles en matière d'utilisation en plus d'éventuels changements au niveau des coûts, par exemple, ce serait à quelqu'un d'autre de faire l'analyse de cette information.

Ma dernière question porte sur les États-Unis. J'ai remarqué que les États-Unis font partie des pays qui servent de points de comparaison quand vous cherchez à déterminer si la médiane est appropriée ou non. Pour ma part, j'ai cru comprendre que les médicaments coûtent pas mal plus cher aux États-Unis.

M. Réal Sureau: En moyenne, oui.

Mme Jean Crowder: Donc, si on les excluait de nos pays de référence, où se situeraient nos prix?

M. Réal Sureau: Nous nous trouvons à peu près au milieu, par rapport aux six autres pays de comparaison.

Mme Jean Crowder: Quand les États-Unis sont inclus?

M. Réal Sureau: Non, quand les États-Unis sont exclus.

Mme Jean Crowder: Donc, nous nous situons à peu près au milieu, quand les États-Unis sont exclus.

M. Réal Sureau: Oui. Dans notre rapport, nous nous attribuons une valeur de 100. Je vais donc vous indiquer le placement. Les prix en France et en Italie sont normalement inférieurs, et au milieu de l'échelle, vous avez tous les autres, c'est-à-dire le Royaume-Uni, la Suède et l'Allemagne. Les prix en Suisse sont un peu plus élevés—disons une valeur de 104—et vous avez ensuite les États-Unis à 160 et plus d'année en année.

Mme Jean Crowder: C'est ça. Bon.

La présidente: Merci, madame Crowder.

Je donne la parole à Mme Dhalla pour trois minutes et demie.

Mme Ruby Dhalla: Je voudrais vous parler de quelque chose qui est abordé dans le Budget des dépenses que vous nous avez fait parvenir.

Il est question dans ce document de l'engagement de conformité volontaire soumis par Sanofi relativement à un médicament qui s'appelle Fasturtec. Dans cet engagement, Sanofi avait accepté de baisser son prix, mais vous dites que cela n'a pas été fait. Le prix publié pour ce médicament reste inchangé. Pourriez-vous me donner d'autres détails à ce sujet et me dire en quoi consiste le mandat du CEPMB en ce qui concerne la conformité volontaire?

M. Réal Sureau: Quand notre personnel a fait son analyse, il a conclu que le prix du médicament était excessif, puisqu'il se vendait à environ 295 \$. Pour se conformer aux lignes directrices, la compagnie en question devait baisser son prix à 125 \$, ce qu'il a accepté de faire dans un engagement de conformité volontaire. La compagnie s'est également engagée à maintenir son prix à ce niveau-là, conformément à l'idée que le prix des médicaments ne doit pas être excessif—et ce pour la durée de son brevet.

Nous avons su par la suite que la compagnie n'a pas révisé son prix à la baisse; il l'a gardé à 295 \$, et l'industrie avait trouvé cette idée de tarification double pour lui permettre de changer sa façon de commercialiser ses produits et d'annoncer les prix de vente. Nous avons contesté cette façon de faire parce que, ayant reçu son engagement de conformité volontaire dans lequel la compagnie acceptait de baisser le prix à 125 \$, nous n'étions pas du tout contents de ce qu'elle avait fait.

Voilà pourquoi nous avons soulevé la question ici en disant que nous allons examiner de plus près ce genre de pratique en vue de la décourager. Dans le cadre de nos consultations permanentes avec les intervenants clés, nous avons l'intention d'insister auprès d'eux pour qu'ils nous informent bien longtemps à l'avance des augmentations qui sont prévues, pour nous permettre de réagir, et nous souhaitons aussi que l'industrie se prononce sur ce genre de comportement.

• (1720)

Mme Ruby Dhalla: À votre avis, que faut-il faire en particulier pour forcer les compagnies pharmaceutiques à se conformer aux lignes directrices? Avez-vous besoin d'un mandat ou de pouvoirs plus larges?

M. Réal Sureau: Non, car à mon avis, si la compagnie a accepté que le prix courant des médicaments soit de 125 \$, elle devrait s'en tenir à ce prix-là. Je ne comprends pas pourquoi elle voudrait conserver l'ancien prix de 295 \$ et essayer ensuite de... Nous ne pouvons pas l'affirmer, mais nous allons certainement examiner les informations qui nous sont soumises pour la deuxième période de 2004, pour déterminer dans quelle mesure elle s'est conformée à cet engagement. Nous aimerions que d'autres déclarent que la pratique consistant à avoir simultanément deux prix n'est pas approprié.

Mme Ruby Dhalla: Mais je vous demandais s'il vous faudrait un mandat plus large pour vous permettre de garantir le respect des engagements? Comment faites-vous pour faire respecter...? Vous avez un système de conformité volontaire, mais si une compagnie comme Sanofi refuse de respecter son engagement, quelles sont les mesures qu'il faut prendre?

M. Réal Sureau: Eh bien, si nous constatons que cette pratique tendait à se généraliser, nous réagirions en publiant un document de discussion en vue de décourager l'industrie de publier ce type d'information fallacieuse et trompeuse.

Mme Ruby Dhalla: À mon avis, les Canadiens tiennent à ce que les prix soient bel et bien réglementés.

Merci.

La présidente: Vous ne voudriez pas que M. Sureau soit directeur de la GRC, car quand vous lui dites ce qu'il peut faire pour forcer les gens à respecter les lignes directrices, il vous répond en disant qu'il publiera un document de discussion.

Je suppose que c'est parce que votre mandat est limité, n'est-ce pas?

M. Réal Sureau: C'est exact.

La présidente: J'ai une question à vous poser et dans le même ordre d'idées. Étant donné que vous avez le même mandat depuis longtemps et que les pays avec lesquels vous établissez vos comparaisons sont les mêmes depuis le départ, et étant donné aussi votre tableau 4, qui indique que la part des médicaments brevetés, qui sont les médicaments les plus coûteux par rapport aux dépenses totales engagées pour les médicaments, est en constante progression—évidemment, parce qu'ils coûtent plus cher que les médicaments génériques, ne croyez-vous pas qu'il y aurait lieu de réexaminer votre mandat et de l'actualiser, surtout que de moins en moins de médicaments révolutionnaires, le genre que nous encourageons les compagnies à fabriquer, sont commercialisés?

M. Réal Sureau: Je peux vous dire que notre mandat est solide et que nous avons des pouvoirs réparateurs...

La présidente: Vous avez quoi?

M. Réal Sureau: Nous avons des pouvoirs réparateurs, ce qui veut dire que nous pouvons agir si les prix pratiqués deviennent excessifs.

Vous avez parlé de la possibilité d'élargir ou de renforcer notre mandat. Mais ce n'est pas nécessaire. Nous détenons tous les pouvoirs qu'il faut...

La présidente: Oui, mais vous avez dit que si quelqu'un ne respecte pas son engagement, vous allez publier un document de discussion. Cela laisse supposer, en ce qui me concerne, que vous n'avez pas des pouvoirs très énergiques.

M. Réal Sureau: Je parlais surtout dans ce contexte de la possibilité que le fait d'avoir deux prix pour le même médicament devienne une pratique généralisée. Si la double tarification devient une pratique généralisée, eh bien, ce n'est certainement pas quelque chose que nous avons connu par le passé, et je pense que certains seraient d'avis que ce faisant, on induit en erreur le consommateur.

La présidente: Oui, nous sommes tous d'accord avec vous, mais pour faire respecter votre volonté, vous ne nous avez parlé jusqu'à présent que des engagements de conformité volontaires que vous faites signer aux compagnies pharmaceutiques et vous nous dites aussi que certaines compagnies vous disent qu'elles vont respecter les lignes directrices du Conseil, alors que vous découvrez par la suite qu'elles ne le font pas.

Nous essayons simplement de savoir comment vous pouvez punir ces compagnies-là. Quelles sanctions pouvez-vous leur infliger? Est-ce normal qu'elles agissent ainsi?

L'hon. Robert Thibault: Et quels sont ces pouvoirs réparateurs?

La présidente: Oui, quels sont ces pouvoirs réparateurs? Si cela veut dire que vous pouvez publier un document de discussion, à mon avis, ce n'est pas suffisant.

Mme Ruby Dhalla: À mon avis, ce n'est pas juste une compagnie pharmaceutique qui ne respecte pas son engagement; c'est une compagnie de trop qui ne respecte pas son engagement.

La présidente: Exactement, et il faudrait leur imposer des amendes ou quelque chose.

M. Réal Sureau: Je crois que Barbara voudrait ajouter quelque chose.

Mme Barbara Ouellet: Je voudrais préciser qu'à condition que le prix moyen de transaction de la compagnie concernée soit conforme à nos lignes directrices, elle serait considérée comme étant en conformité, et les informations pour 2004 que nous allons analyser nous permettront de porter un jugement là-dessus. Le problème, c'est que même si la compagnie a accepté ce prix de transaction moyen, le prix publié sur son site Web est élevé. C'est ça son prix courant. Mais ce prix courant n'est pas conforme à ce que prévoit notre mandat. Nous ne pouvons que nous assurer, et nous cherchons à nous assurer...et comme M. Sureau vous l'a dit tout à l'heure, si la compagnie en question ne s'en tient pas au prix de transaction moyen, elle ne serait pas en conformité avec nos lignes directrices, et nous aurions le pouvoir de la forcer à s'y conformer.

• (1725)

La présidente: Comment?

Mme Barbara Ouellet: Le Conseil pourrait tenir des audiences et, par suite de ces audiences, lui ordonner de baisser le prix et de rembourser les revenus excessifs qu'elle aurait touchés.

Notre préoccupation concerne le fait que si une compagnie publique a un prix élevé sur son site Web, cela peut entraîner de la confusion dans l'esprit des Canadiens, mais nous n'avons le pouvoir

que de réglementer le prix départ-usine, et de nous assurer que ce prix n'est pas dépassé.

L'hon. Brenda Chamberlain: À qui rembourse-t-on les revenus excessifs? Au consommateur?

La présidente: Cela me fait penser à autre chose. Qui décide si le prix est excessif? Est-il considéré comme étant excessif quand il dépasse la médiane?

M. Réal Sureau: Non.

[Français]

Mme Nicole Demers: Madame la présidente, est-ce que c'est une table ronde? A-t-on transformé le comité en table ronde?

[Traduction]

La présidente: Mes excuses. J'étais toute excitée à cause de la question posée par Mme Dhalla.

[Français]

Mme Nicole Demers: Madame la présidente, vous aimez les pharmacies.

[Traduction]

La présidente: Je crois que Mme Crowder est notre prochaine intervenante. Non, elle a eu son tour. Et elle a été suivie de Mme Dhalla. Dans ce cas, c'est M. Carrie, suivi de Mme Demers.

Monsieur Carrie, excusez-moi d'avoir interrompu. C'était une discussion tellement intéressante.

M. Colin Carrie: Merci beaucoup, madame la présidente.

J'avais justement l'intention de poser des questions sur le même sujet—celui soulevée par Mme Dhalla—parce que je voudrais savoir quelles enquêtes sont actuellement en cours sur les prix. Par rapport à 1 000 médicaments dont vous auriez à analyser les prix pour vous assurer que les consommateurs canadiens ne sont pas arnaqués, sur quel pourcentage de médicaments auriez-vous à faire réellement enquête?

M. Réal Sureau: Juste pour vous donner un idée, nous suivons normalement l'évolution des prix d'environ 1 100 médicaments breveté. Mais chaque année, il y a entre 80 et 95 nouveaux médicaments qui sont créés qui relèvent de notre compétence, et nous avons la responsabilité d'examiner les prix de lancement des médicaments qui sont commercialisés.

Les ventes réalisées pendant les 30 premiers jours doivent nous être signalées dans un délai de 60 jours, après quoi nous lançons un examen scientifique. Donc, il y a d'abord l'examen scientifique, ensuite le groupe consultatif sur les médicaments pour usage humain se réunit pour essayer de trouver un bon point de comparaison, parce qu'en principe des produits pharmaceutiques permettant de traiter la même affection se vendent à peu près au même rythme. Ça, c'est un énoncé général.

Donc, nous examinons le prix de lancement de tous les médicaments qui sont commercialisés, et après de longues discussions entre nous et la compagnie concernée, une fois que cette dernière a déterminé, par rapport à son exposé scientifique, quels points de comparaison sont appropriés, si nous constatons que le prix peut être considéré comme étant excessif, nous menons une enquête en permanence. À la fin, si le personnel conclut que le prix d'un nouveau médicament est excessif, il soumettra un rapport directement à l'examen du président. À ce moment-là, on offre au titulaire de licence la possibilité de signer un engagement de conformité volontaire, et s'il n'accepte pas, nous publions un avis d'audience publique.

M. Colin Carrie: Pourrais-je vous poser une toute petite question avant que vous ne continuiez?

M. Réal Sureau: Rappelez-vous que les augmentations de prix des médicaments déjà homologués sont limitées par le taux d'inflation. Donc, des enquêtes seraient automatiquement lancées si l'augmentation du prix d'un médicament dépassait le taux d'inflation. Notre arriéré d'enquêtes concerne normalement le prix de lancement...

M. Colin Carrie: Et combien d'enquêtes menez-vous chaque année qui constituent une réussite...?

M. Réal Sureau: Nous les examinons tous. Quand je vous disais tout à l'heure que nous tiendrions des consultations, c'est parce que notre système volontaire a toujours donné de bons résultats au fil des ans. Nos lignes directrices sont très claires. Nous n'avons donné un avis d'audience que six fois.

M. Colin Carrie: Quand vous dites que votre système marche très bien—je regarde les chiffres et les prix—eh bien, je me demande si notre système canadien peut se permettre d'absorber des augmentations constantes de 10 p. 100 par an. Dans beaucoup d'autres secteurs d'activités, les prix ont tendance à baisser au fur et à mesure que les consommateurs se servent d'un produit.

Je ne sais pas si vos lignes directrices sont vraiment acceptables, parce qu'on peut supposer qu'elles vont entraîner la faillite de notre système de soins. Attendez deux ou trois ans. Si nous vivons encore une période comme celle que nous avons vécue ces 10 dernières années, notre système de soins sera complètement ruiné. Je me demande par conséquent ce que nous, parlementaires, pouvons faire pour éviter d'en arriver là.

• (1730)

La présidente: Nous allons certainement faire enquête là-dessus à l'automne.

Madame Chamberlain, vous avez la parole.

M. Réal Sureau: Me permettez-vous de répondre?

La présidente: Non, je suis désolée. J'ai deux personnes qui n'ont pas encore posé de questions, alors que les membres du prochain comité sont déjà dans la salle. Nous devons donc conclure la séance dans les plus brefs délais.

L'hon. Brenda Chamberlain: J'ai juste une petite question à propos de Velacade. Connaissez-vous ce produit? En avez-vous entendu parler?

M. Réal Sureau: Non.

L'hon. Brenda Chamberlain: Ah, bon. Cela concerne un de mes électeurs, qui a du mal à l'obtenir. Je me demandais si vous étiez au courant.

M. Réal Sureau: Non, mais je vous encourage à appeler notre bureau pour que vous parliez à un agent qui pourra vous renseigner davantage.

L'hon. Brenda Chamberlain: Ah, vraiment? Pourriez-vous me donner le numéro?

M. Réal Sureau: Oui, absolument.

Mme Barbara Ouellet: Je vais vous laisser ma carte de visite.

L'hon. Brenda Chamberlain: Très bien. Merci. Je vous laisse donc partir.

La présidente: Merci.

Madame Demers, vous serez la dernière intervenante aujourd'hui.

[Français]

Mme Nicole Demers: Merci, madame la présidente.

Monsieur Sureau et madame Ouellet, merci d'être là.

Je suis très préoccupée par la question de la surmédication des personnes âgées avec des Ativan et des médicaments semblables pour les aider à dormir ou à être moins tendues. Lorsque vous recevez les résultats des études du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits et que vous les transmettez, levez-vous parfois un petit drapeau rouge pour indiquer que des médicaments sont trop utilisés?

J'ai une deuxième question. Vous avez dit que, dans les 10 dernières années, vous aviez parfois exigé des réductions de prix de certaines entreprises pharmaceutiques dont les prix étaient trop élevés et qu'il y avait eu des remboursements de recettes excessives encaissées. À combien estimez-vous les remboursements de recettes excessives encaissées dans les 10 dernières années?

M. Réal Sureau: À votre dernière question, je répondrai par un exemple. On considérerait que le prix du médicament Remicade était excessif. Ce médicament est utilisé pour soigner la maladie de Crohn. L'engagement de conformité volontaire a donné lieu à un remboursement de 7,8 millions de dollars.

Mme Nicole Demers: Pour un médicament seulement?

M. Réal Sureau: C'est exact.

Cette année, il y a eu un remboursement de 3,8 millions de dollars pour Evra, une pilule indiquée pour le contrôle des naissances.

Mme Nicole Demers: Où va cet argent?

M. Réal Sureau: Cet argent va au receveur général du Canada. Habituellement, on recommande au ministre de la Santé de redonner cet argent aux provinces s'il en a l'occasion. Il y a deux ans, un montant de 10,7 millions de dollars avait été accumulé. Ce montant a été redistribué aux provinces.

Cependant, les derniers montants que je vous ai cités n'ont pas encore été redistribués. C'est hors de notre contrôle.

Mme Barbara Ouellet: Sur notre site web, il y a une liste qui donne toutes les informations.

Mme Nicole Demers: Merci beaucoup.

[Traduction]

La présidente: Merci.

[Français]

M. Réal Sureau: D'après les informations que nous recevons, nous pouvons, par exemple, analyser les prix d'une province à l'autre. On peut dévoiler...

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup, mesdames et messieurs. En votre nom, je remercie M. Sureau et Mme Ouellet de leur présence aujourd'hui.

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.