



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 049 • 1^{re} SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 23 avril 2007

Président

M. Rob Merrifield

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

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

Comité permanent de la santé

Le lundi 23 avril 2007

• (1535)

[Traduction]

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

J'aimerais vous remercier d'être venus. Je constate que nous avons le quorum, et je sais que d'autres doivent arriver sous peu, alors nous allons commencer très bientôt.

Je vais vous présenter les témoins de notre séance d'aujourd'hui, qui porte sur le PCEM; mais avant, madame Priddy, je pense, en voyant votre mine réjouie, que vous avez quelque chose de très positif à dire.

Mme Penny Priddy (Surrey-Nord, NPD): Pourrait-il en être autrement, monsieur le président?

Le président: Je ne m'attends à rien de moins.

Mme Penny Priddy: Peut-être devrions-nous en discuter plus tard, mais je sais que le comité exécutif devait se pencher sur un plan de travail. Il est parfois difficile de s'en tenir au contexte actuel sans tenir compte du plan d'ensemble. Je pense que nous avons parlé d'en discuter lors de la réunion du comité exécutif — ou d'y revenir plus tard. Pourriez-vous me faire part des derniers développements? Ce serait utile pour poser des questions aux témoins.

Le président: Nous en discuterons au cours des vingt dernières minutes de notre séance d'aujourd'hui, à huis clos. Nous déterminerons un plan de travail et déciderons de la conduite de nos travaux. Nous examinerons donc la question à ce moment-là.

Cela vous convient-il?

Mme Penny Priddy: Tout à fait.

Le président: Cela dit, nous allons entendre maintenant nos témoins. Je le répète, nous aurons terminé peu après 17 heures, alors nous pourrions commencer notre séance à huis clos à temps.

Christiane.

[Français]

Mme Christiane Gagnon (Québec, BQ): On ne revoit pas le projet de loi sur la quarantaine aujourd'hui?

[Traduction]

Le président: Non. Nous en parlerons brièvement à huis clos. À notre dernière séance, nous avons entendu des témoignages au sujet du projet de loi sur la mise en quarantaine, et nous avons décidé de revenir là-dessus le 2 mai. C'est ce que nous ferons.

J'aimerais vous présenter nos témoins. D'abord, du ministère des Anciens combattants, nous recevons Verna Bruce. Madame, nous allons commencer par vous, puis nous présenterons les autres témoins avant de leur céder la parole.

Veuillez commencer, je vous prie.

Mme Verna Bruce (sous-ministre déléguée et présidente du Partenariat fédéral pour les soins de santé, ministère des Anciens Combattants): Bonjour et merci.

[Français]

Monsieur le président, je vous remercie de nous avoir invités à vous parler du Programme commun d'évaluation des médicaments.

[Traduction]

J'ai l'honneur d'être accompagnée de mes collègues des ministères de la Défense nationale et de la Santé, que vous présenterez un peu plus tard.

Vous avez demandé aux partenaires fédéraux s'occupant des soins de santé de vous donner leur opinion sur le Programme commun d'évaluation des médicaments. À mon avis, il fonctionne à merveille.

Vous vous rappellerez que dans son rapport publié en novembre 2004, la vérificatrice générale avait fait état de différences entre certains régimes d'assurance-médicaments administrés par le gouvernement fédéral. Ces différences seraient inexistantes si les listes de médicaments autorisés par ces régimes étaient établies selon une formule qui se fonde sur des preuves. Les ministères membres du Partenariat fédéral ont donc décidé de proposer une formule plus rigoureuse reposant sur des preuves pour examiner et modifier leurs listes de médicaments autorisés. Je vous dirais que, depuis 2003, soit l'année de son lancement, le Programme commun d'évaluation des médicaments nous aide énormément en ce sens.

[Français]

Avant d'aller plus loin, j'aimerais vous donner un aperçu du Partenariat fédéral pour les soins de santé. Ce partenariat fut créé en 1994. Il portait alors le nom d'Initiative de coordination des soins de santé. Il compte six membres permanents : le ministère de la Défense nationale, Santé Canada, Anciens Combattants Canada, la Gendarmerie royale du Canada, le Service correctionnel du Canada et Citoyenneté et Immigration Canada.

[Traduction]

Son rôle est de déterminer, favoriser et mettre en oeuvre des programmes de soins de santé plus efficaces. Sa mission est de réaliser des économies d'échelle tout en améliorant la qualité des traitements.

Le Partenariat fédéral pour les soins de santé est le cinquième régime d'assurance-médicaments en importance au Canada financé à même les fonds publics. Notre but est d'offrir aux clients les médicaments à la fois plus efficaces pour eux et les plus rentables pour nous. Pour ce faire, nous avons besoin d'appliquer une formule rigoureuse et fondée sur des preuves pour évaluer les médicaments, et nous croyons l'avoir trouvée avec le Programme commun d'évaluation des médicaments.

Mon exposé compte deux volets. Le premier porte sur notre évaluation des objectifs du Programme commun, et le deuxième, sur les résultats de l'évaluation menée par EKOS Research Associates. Essentiellement, il s'agit du point de vue du Partenariat fédéral pour les soins de santé.

Comme vous le savez, le PCEM vise quatre objectifs : trouver une formule d'évaluation uniforme et rigoureuse des médicaments d'ordonnance et faire des recommandations fondées sur des preuves pour décider lesquels seront autorisés; réduire les doubles emplois des régimes fédéraux, provinciaux et territoriaux; faire une meilleure utilisation des ressources limitées et de l'expertise; et fournir le même accès à toujours autant de preuves et d'avis d'experts.

Le Programme commun nous propose-t-il une formule d'évaluation uniforme et rigoureuse? Oui, car il compte dans ses rangs un joueur important : le Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments. Il s'agit d'un organisme indépendant composé des meilleurs spécialistes au Canada en matière de pharmacothérapie et d'évaluation des médicaments. Ces experts recommandent quels produits ajouter aux listes des médicaments autorisés par les régimes d'assurance-médicaments. Leurs recommandations se fondent sur des preuves et tiennent compte des connaissances médicales et scientifiques et des pratiques cliniques actuelles.

Le processus tient également compte de l'aspect économique. Autrement dit, les bienfaits d'un nouveau médicament justifient-ils son coût? Dans bien des cas, les nouveaux médicaments, plus coûteux, traitent des problèmes de santé pour lesquels il existe des traitements pharmaceutiques dont l'efficacité est déjà prouvée. Le Programme commun en tient compte dans ses recommandations.

En partant de ce principe, le PCEM recommande environ 50 p. 100 des médicaments qui lui sont soumis. Nous croyons que c'est raisonnable. Sachez que le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés soutient lui-même que seulement 6 p. 100 des médicaments évalués entre 1990 et 2003 étaient considérés comme des découvertes importantes.

Au nom de nos partenaires fédéraux, je peux vous assurer que nous recevons tous les mêmes recommandations fondées sur des preuves pour établir nos listes de médicaments. Chacun des ministères étudie ces recommandations et en tient compte dans ses décisions. Étant donné la diversité de nos groupes cibles, nous n'appliquons pas tous les recommandations de la même façon. Je crois que cela constitue une force dans le processus, et non une faiblesse.

Par exemple, un ministère pourrait, à l'occasion, autoriser pour un client donné un médicament qui ne figure pas sur sa liste de médicaments autorisés. En ce qui concerne Anciens combattants, cette situation pourrait se produire dans le cas d'un client ayant essayé d'autres médicaments autorisés sans obtenir de résultats, ou qui aurait subi des effets indésirables. Un médicament ne figurant pas sur la liste pourrait donc mieux fonctionner pour ce client, mais la décision se prend au cas par cas.

Il s'agit là d'un moyen de nous assurer que les clients reçoivent les soins qui répondent le mieux à leurs besoins particuliers, lorsque les

médicaments les plus courants et les moins chers ne sont plus efficaces. Ce genre de flexibilité permet aux partenaires d'offrir les soins qui conviennent le mieux aux clients, tout en tirant le maximum du travail effectué par le PCEM.

Le Programme commun nous permet-il d'atteindre notre deuxième objectif, celui de réduire les doubles emplois? De toute évidence, oui. De notre point de vue, il accélère également les choses. Il fournit des recommandations à six régimes fédéraux d'assurance-médicaments à tous les régimes provinciaux et territoriaux, sauf un. Le PCEM sert d'organisme central d'expertise, évitant ainsi que chacun des participants tente de créer son propre mécanisme d'examen.

Auparavant, les ministères fédéraux devaient attendre les décisions rendues tous les trois mois par le Comité fédéral de pharmacothérapie. Depuis l'établissement du Programme commun, le Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments se réunit mensuellement et formule des recommandations chaque mois. Ces recommandations sont envoyées directement aux régimes d'assurance-médicaments, sans passer par le Comité fédéral de pharmacothérapie. Ceci nous permet d'autoriser l'utilisation de nouveaux médicaments beaucoup plus rapidement qu'auparavant. Nous gagnons temps et argent.

● (1540)

Le Programme commun nous permet-il d'atteindre notre troisième objectif, qui est de faire une meilleure utilisation des ressources limitées et de l'expertise? Encore une fois, les six régimes fédéraux d'assurance-médicaments et 12 régimes provinciaux et territoriaux qui font affaire avec un seul organisme central ont accès aux meilleurs spécialistes en pharmacothérapie et en évaluation des médicaments au pays. Anciens combattants Canada n'a pas, à lui seul, les moyens d'obtenir ce niveau d'expertise et je ne crois pas que les autres les aient non plus. Donc, en mettant nos ressources en commun, nous pouvons offrir de meilleurs services à nos clients tout en étant plus responsables sur le plan des dépenses en médicaments.

De plus, tous les régimes d'assurance-médicaments sont mis à contribution dans ce processus. Le Comité consultatif de pharmacothérapie compte un représentant de chaque province et territoire associés, d'Anciens combattants, de la Défense nationale et de Santé Canada. Le Partenariat fédéral pour les soins de santé représente les trois autres ministères fédéraux.

En dernier lieu, le programme atteint-il son quatrième objectif, qui est de fournir à chaque participant le même accès à autant de preuves et de conseils d'experts? J'ai presque répondu à cette question, mais je vous répéterai que tous les participants du Programme commun reçoivent les mêmes conseils. Par exemple, l'Île-du-Prince-Édouard, la plus petite province du Canada, reçoit des conseils de même qualité que les plus gros joueurs, que ce soit l'Ontario ou la Défense nationale. Sans le PCEM, ce serait impossible.

Laissez-moi vous parler brièvement d'une évaluation menée par EKOS Research Associates en 2005. Selon cette évaluation, les participants fédéraux, provinciaux et territoriaux sont satisfaits des résultats du Programme commun, qu'ils trouvent efficace, adapté et rapide. Ils s'entendent tous pour dire qu'il leur fournit des examens et des recommandations de qualité.

Par contre, l'évaluation révèle certaines lacunes — mais aucun processus n'est parfait. Si nous recherchons la perfection, nous devons dépenser sans compter pour l'atteindre. Mais nous croyons que le PCEM est un outil très utile qui aurait peut-être besoin de quelques ajustements, comme n'importe quel d'autre.

Les points à améliorer sont les suivants: la participation du public; la transparence; les retards des régimes d'assurances dans l'application des recommandations du Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments; et l'adaptation des examens à la complexité d'un médicament. Je sais que ces problèmes vont bientôt être réglés. Je suis certaine qu'on abordera cette question plus tard cet après-midi ou cette semaine.

En terminant, je dirais qu'il est tout à fait légitime pour les gouvernements de veiller à ce que les deniers publics soient bien utilisés. Dans le cas des médicaments subventionnés, il faut vérifier la valeur de ces produits par rapport aux bienfaits d'autres traitements existants. Les pays membres de l'OCDE, sauf les États-Unis et la France, ont adopté un genre d'examen post-autorisation des bienfaits thérapeutiques et de la rentabilité.

Je le répète, le Programme commun d'évaluation des médicaments fonctionne très bien. Les partenaires fédéraux des soins de santé sont très contents et veulent continuer à participer à cet exercice fort utile.

Merci.

• (1545)

Le président: Merci beaucoup de vos remarques. Nous allons attendre que tous les témoins aient fait leur déclaration avant de passer aux questions.

Nous allons maintenant entendre Ian Potter, du ministère de la Santé, qui a déjà comparu devant nous. Ian, la parole est à vous. Si vous vouliez bien présenter vos collègues, ce serait une bonne chose.

M. Ian Potter (sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, ministère de la Santé): Merci, monsieur le président et membres du comité.

[Français]

Je vous remercie, au nom de Santé Canada, de me donner l'occasion de m'adresser au comité au sujet de l'examen du Programme commun d'évaluation des médicaments.

[Traduction]

Je suis accompagné de mes collègues Abby Hoffman, coordonnatrice exécutive des Stratégies de gestion des produits pharmaceutiques à Santé Canada, et de Scott Doidge, gestionnaire du Groupe de pharmacie de la Direction des services de santé non assurés.

Les membres du comité se souviennent peut-être que la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits administre un programme destiné aux membres inscrits des Premières nations et des Inuits, appelé Programme des services de santé non assurés, ou programme des SSNA, qui offre un éventail restreint de services médicaux nécessaires à environ 790 000 bénéficiaires admissibles. Le programme offre des services de pharmacie et de dentisterie, de lunetterie et autres soins de la vue ainsi que le transport des malades devant recevoir certains traitements médicalement nécessaires. Le programme des SSNA remplit une fonction importante en aidant Santé Canada à atteindre son objectif de réduire les disparités qui existent, au chapitre des soins de santé, entre les Autochtones et les autres Canadiens.

Environ 80 p. 100 de la clientèle est composée de gens à faible revenu souvent plus malades que la moyenne nationale. Pour bon

nombre d'entre eux, le programme des SSNA est le seul moyen dont ils disposent pour obtenir des services de santé complémentaires.

[Français]

Le programme des SSNA est le plus gros programme fédéral de prestations pharmaceutiques non destinées aux employés, faisant état de dépenses de 368 millions de dollars pour l'année 2006-2007.

[Traduction]

L'an dernier, le programme a traité plus de 13 millions de demandes de remboursement de médicaments. Au total, plus de 500 000 bénéficiaires inuits et des Premières nations ont présenté une demande de remboursement.

Pour gérer ce service, le programme des SSNA tient à jour une liste ou un formulaire de médicaments qui lui permet de déterminer quels médicaments sont remboursables. La liste regroupe environ 6 000 médicaments distincts. Les médicaments de la liste sont classés en deux catégories : ceux d'usage général — aucune restriction s'il y a une ordonnance valide — et ceux d'usage restreint. D'autres médicaments peuvent être remboursés, au cas par cas. La liste des médicaments couverts change constamment, en fonction de l'entrée sur le marché de nouveaux produits, de la découverte de nouvelles utilisations d'anciens médicaments ou de l'arrivée de versions génériques de médicaments de marque. L'an dernier, plus de 600 changements ont été apportés à la liste.

Santé Canada approuve presque tous les jours de nouvelles concentrations ou de nouvelles formules de médicaments existants. Les fabricants changent souvent, et des versions génériques de médicaments de marque apparaissent sur le marché. Pour obtenir des conseils au sujet de médicaments existants sur la liste, le programme des SSNA fait appel à un comité consultatif d'experts indépendants, le Comité fédéral de pharmacothérapie. Ce comité transmet des avis cliniques aux six régimes fédéraux et oriente les décisions qui doivent être prises au sujet de la désinscription de médicaments ou de l'inscription de nouvelles utilisations de médicaments. Ce comité indépendant comprend des médecins en exercice, dont trois sont Autochtones, et des pharmaciens travaillant dans la communauté ou des hôpitaux.

Le programme des SSNA a également un Comité consultatif sur l'utilisation des médicaments, qui lui transmet des avis indépendants et spécialisés sur la consommation appropriée des médicaments de la liste et sur la sécurité des bénéficiaires. Ce comité examine les tendances en matière de consommation de certains médicaments ou de certaines classes de médicaments et, si nécessaire, fait part de ses préoccupations au programme des SSNA. Par exemple, en raison de craintes suscitées par l'utilisation potentiellement abusive du Duragesic, un opiacé à longue durée d'action administré par voie transdermique, le programme des SSNA a modifié le statut d'utilisation générale de ce médicament pour le reclasser dans la catégorie utilisation « restreinte ».

En ce qui concerne les produits qui constituent de nouvelles entités chimiques sur le marché canadien ou de nouvelles combinaisons de produits médicamenteux existants, le programme des SSNA suit les recommandations issues de l'Examen commun des médicaments fédéral-provincial-territorial. Depuis 2003, ce dernier a permis d'évaluer 68 nouveaux médicaments d'ordonnance. Sur les 32 médicaments recommandés en vertu de l'Examen commun, le programme remboursera les coûts des médicaments de nos clients. On en a inscrit 25 sur la liste, et 7 seront disponibles, après examen au cas par cas.

Le programme des SSNA évalue toujours les recommandations en vertu de l'Examen commun en tenant compte du mandat du régime et des besoins uniques de ses bénéficiaires autochtones. À cause de la situation unique de nos clients, certaines exceptions sont justifiées.

Il peut arriver, quoique rarement, que le programme rembourse un médicament qui n'est pas recommandé par l'Examen commun, par exemple lorsque l'analyse d'un cas particulier le justifie. Ainsi, pour permettre à la proportion élevée de ses clientes en âge de procréer d'avoir accès à un contraceptif oral, le programme a inscrit au formulaire un produit anticonceptionnel qui n'avait pas été recommandé par l'Examen commun. Notre comité pharmaceutique l'a évalué, a pris en compte le profil de notre clientèle, puis a tranché que ce produit était bénéfique pour elle et devrait être disponible.

Grâce au travail de l'Examen commun, le programme des SSNA a permis d'éliminer le retard accumulé dans l'examen des nouveaux médicaments.

• (1550)

En tant que programme national qui permet de prodiguer des services de santé dans 10 provinces et 3 territoires, le programme des SSNA profite également de l'homogénéité croissante des listes de médicaments entre les gouvernements et de normes claires et objectives.

Nous sommes également en mesure de prendre plus rapidement des décisions concernant les nouveaux médicaments qu'il convient d'inscrire sur les listes, ce qui a réduit d'environ 25 p. 100 le temps requis pour inscrire un médicament. Auparavant, le délai était en moyenne de 500 jours à compter du moment où l'autorisation de mise sur le marché était délivrée; il est maintenant de 334 jours.

Comme les spécialistes des produits pharmaceutiques du programme consacrent maintenant moins de temps à l'examen des demandes d'autorisation de mise en marché, le programme peut se concentrer sur d'autres tâches essentielles ayant permis des améliorations sensibles, telles les mesures visant à améliorer la sécurité des bénéficiaires.

Étant donné que le Comité s'est montré intéressé, dans le passé, par le travail effectué en vue d'améliorer la sécurité des bénéficiaires, je me suis permis de distribuer, avant le début de la réunion, une publication intitulée *Report on Client Safety*, qui met en lumière quelques-unes des améliorations apportées à ce chapitre.

[Français]

J'ai pris la liberté de faire circuler, avant la présente réunion, une publication intitulée « Rapport sur les améliorations apportées à la sécurité des bénéficiaires », qui met en lumière quelques-unes des améliorations.

[Traduction]

Merci infiniment.

Le président: Je vous remercie beaucoup de votre exposé.

Je cède maintenant la parole au lieutenant-colonel David Cecillon du ministère de la Défense nationale. J'ai probablement mal prononcé votre nom, mais vous pourrez me corriger. Vous pouvez y aller.

Lieutenant-colonel Dave Cecillon (Politiques et normes en pharmacie, ministère de la Défense nationale): Je vous remercie.

Je suis le pharmacien clinique en chef des Forces canadiennes. Je suis responsable de l'administration et de la gestion de notre centre d'acceptation des médicaments, qui chapeaute notre régime d'assurance-médicaments. Au nom du chef d'état-major de la Défense et du directeur général des Services de santé des Forces canadiennes, je

désire vous remercier de l'occasion qui m'est offerte de m'adresser à vous aujourd'hui sur le programme commun d'évaluation des médicaments, le PCEM.

Vous savez déjà probablement que la Loi constitutionnelle de 1867 attribue au Parlement fédéral la compétence exclusive en ce qui concerne toutes les matières à caractère militaire. Le paragraphe (7) de l'article 91 de cette loi est le fondement constitutionnel du mandat des Forces canadiennes en matière de santé. En outre, la Loi canadienne sur la santé exclut les membres des Forces canadiennes de la définition des assurés, tout comme les régimes de soins de santé et de soins dentaires de la fonction publique.

Il incombe au directeur général des Services de santé des Forces canadiennes de fournir des soins de santé complets, conformément à leurs conditions d'emploi, à tous les membres de la Force régulière et de la Force de réserve, ainsi qu'à toute autre personne désignée par le ministre. Dans tous les cas, malgré l'exclusion, les Services de santé des Forces canadiennes sont tenus d'observer les principes énoncés dans la Loi canadienne sur la santé de 1984.

En avril 2000, les Forces canadiennes ont adopté, pour la gestion de leur formulaire pharmaceutique, une approche fondée sur une médecine factuelle, l'objectif visé étant d'améliorer les résultats pour la santé des militaires. Le programme repose sur trois principes fondamentaux : la capacité opérationnelle, l'équité et l'égalité.

Lors de la mise en place du Programme commun d'évaluation des médicaments en 2003, les Forces canadiennes ont jugé, comme les autres partenaires fédéraux en matière de santé, que le PCEM offrait des avantages importants. Elles ont donc décidé de participer volontairement et activement au processus du PCEM. Actuellement, je représente les Forces canadiennes auprès du comité consultatif du PCEM sur les produits pharmaceutiques, et je suis observateur auprès du Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments.

Pour les Forces canadiennes, le processus du PCEM a éliminé les répétitions et réduit les délais d'examen et de prise de décisions d'inscription en ce qui concerne les nouvelles entités chimiques. Enfin, il a permis au Comité de pharmacologie et de thérapeutique fédéral et aux Forces canadiennes de porter leur attention sur d'autres questions relatives au programme de médicaments fédéral. Dans la majorité des cas, les Forces canadiennes ont tenu compte des recommandations du PCEM. Cependant, les données qui vous ont été fournies auparavant indiquent qu'il y a certaines variations, dont beaucoup découlent tant des caractéristiques très différentes de notre groupe de patients que de notre mandat.

Par exemple, les membres des Forces canadiennes sont à 85 p. 100 masculins, âgés de 17 à 60 ans et relativement en bonne santé par rapport à la population du Canada. En raison du mandat qu'a le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes de fournir des soins de santé à nos militaires au Canada et en opérations, on peut comprendre facilement que nos conditions de service exercent un effet direct sur nos décisions d'inscription sur notre liste de médicaments. Nous devons pouvoir surmonter les obstacles tels que les restrictions de chargement et les possibilités de réapprovisionnement, qui vont de pair avec les opérations en déploiement. Nous devons aussi tenir compte des problèmes de stabilité des produits dans le contexte de chaque théâtre d'opération. Vous pouvez être assurés que chaque décision d'inscription est étudiée avec soin, de manière à garantir le maintien de nos capacités opérationnelles.

Actuellement, nos inscriptions sont réparties en quatre catégories : inscription, inscription avec critères, inscription refusée et non considérée comme prestation. Si un militaire a essayé tous les produits assurés sans que son état se soit amélioré de façon manifeste, on peut demander un produit qui n'est pas assuré en s'adressant au Comité de révision de la gamme des soins médicaux du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes pour qu'une décision soit prise fondée sur l'évaluation du cas spécifique.

En conclusion, j'espère que j'ai pu mettre en relief les différences entre les membres des Forces canadiennes et le reste de la population du Canada. Enfin, je désire réitérer, comme mes collègues l'ont fait avant moi, que le Programme commun d'évaluation des médicaments fonctionne très bien et qu'il nous a permis de réaffecter nos ressources déjà maigres à d'autres questions urgentes relatives à la liste des médicaments.

Je vous remercie.

• (1555)

Le président: Merci infiniment. Le comité peut ainsi mettre en perspective les propos des autres témoins sur l'utilisation du Programme commun d'évaluation des médicaments au sein de l'administration fédérale.

Nous commençons la période des questions en donnant la parole à Mme Bonnie Brown.

Mme Bonnie Brown (Oakville, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je souhaite la bienvenue à tous les témoins.

Je crois que Mme Bruce a dit que tous les participants au PCEM peuvent consulter les grands spécialistes canadiens en pharmacothérapie et en évaluation des médicaments. Compte tenu de la pléthore d'agences, de groupes et de comités en cause, je demanderais ceci à Mme Bruce: À laquelle des 14 entités vous en remettez-vous? Le PCEM, l'ACMTS, le CDAC, le CCP, le PFSS, le CFPT, le FPT et le CFPP figurent sur notre liste, sans compter les six régimes relevant chacun d'un ministère fédéral. Je pense qu'on retrouve environ 14 entités différentes.

• (1600)

Mme Verna Bruce: J'ai abordé la question généralement, sous l'angle de la gestion. Si vous avez des questions plus pointues, je m'en remettrai aux spécialistes en la matière.

En quelques mots, à titre de responsable de l'exécution du régime d'assurance-médicaments pour les anciens combattants et de membre du Partenariat fédéral pour les soins de santé, je vous dirai qu'il y a trois aspects essentiels. Premièrement, il faut savoir que le médicament est sans danger, ce qui incomberait à Santé Canada.

Mme Bonnie Brown: Je m'excuse de vous interrompre, mais vous ne répondez pas à ma question, qui était: Parmi les nombreux comités d'experts, auquel vous en remettez-vous?

Mme Verna Bruce: Nous nous en remettons au PCEM pour savoir si un nouveau médicament vaut vraiment le prix qu'il coûtera.

Mme Bonnie Brown: Depuis la mise en oeuvre du PCEM, a-t-on procédé à un démantèlement quelconque au ministère des Anciens combattants? Autrement dit, le coût est énorme, et je me demande quelle était la situation auparavant et si le PCEM avait entraîné un démantèlement.

Mme Verna Bruce: Au ministère, nous avons un comité interne qui, auparavant, consacrait des heures et des heures à chercher et à consulter des rapports médicaux et des rapports de recherche, ce qu'il ne fait plus aujourd'hui grâce au PCEM. Notre comité utilise les

renseignements obtenus du PCEM pour déterminer s'il est pertinent d'ajouter un élément à la liste des avantages offerts aux anciens combattants.

Mme Bonnie Brown: Je me rends compte que vous en êtes ravie, et je peux comprendre pourquoi. Vous ne pensez peut-être pas que ces chiffres sont exacts, mais selon un rapport indépendant, 27 médicaments ont été ajoutés au formulaire à la suite d'une recommandation positive, et le gouvernement rembourse actuellement le prix de ces 27 médicaments dans le cadre du régime d'assurance-médicaments des anciens combattants.

Si je demande à quel groupe d'experts vous vous en remettez, c'est parce que, selon le rapport, le prix de 25 médicaments qui ont fait l'objet d'une recommandation négative est remboursé par le gouvernement fédéral. En clair, pour chaque médicament qui est proposé, vous avez accès à ces renseignements d'une façon ou d'une autre pour le compte de vos clients.

Mme Verna Bruce: La liste comporte des erreurs en ce qui concerne les médicaments qui ne sont pas approuvés. Ceux-ci ne sont pas énumérés sur le formulaire. Cependant, nous examinons chaque cas individuellement pour déterminer si l'ancien combattant qui a essayé d'autres solutions sans obtenir de résultats positifs, ne pourrait pas profiter de ces médicaments qui ne figurent pas sur le formulaire.

Mme Bonnie Brown: Un ancien combattant a droit à un médicament ayant fait l'objet d'une recommandation négative si votre personnel estime que cela est vraiment nécessaire?

Mme Verna Bruce: Le processus doit être très rigoureux, et l'avis ne doit pas provenir uniquement de notre personnel, mais également des médecins en cause. Il faut prouver que les médicaments approuvés ne sont pas efficaces.

Mme Bonnie Brown: Ce qui me préoccupe, à cet égard, monsieur le président, c'est que, des 27 médicaments approuvés pour la direction générale de la santé des premières nations, les Autochtones n'auraient droit qu'à seulement 15 d'entre eux.

Je pense que le chiffre n'est peut-être pas exact. Corrigez-moi!

M. Ian Potter: Nous remboursons le prix de tous les médicaments qui ont été approuvés dans le cadre du Programme commun d'évaluation des médicaments.

Mme Bonnie Brown: Avez-vous déjà remboursé des médicaments qui ont reçu une recommandation défavorable?

M. Ian Potter: Nous le faisons pour deux médicaments. Dans les deux cas, comme je l'ai dit, notre décision de les rembourser a été fondée sur les besoins particuliers de nos clients, qui sont parfois différents de ceux du grand public.

Mme Bonnie Brown: Voici ce qui m'inquiète: le gouvernement fédéral contribue à 30 p. 100 au financement du programme commun d'évaluation des médicaments et les représentants fédéraux ici présents semblent nous dire que le programme les sert bien mais, si les conseils des experts sont si extraordinaires, comment se fait-il qu'on rembourse des médicaments qui font l'objet d'une recommandation défavorable?

Monsieur le président, je comprends que les provinces font la même chose. Dans certains cas, elles refusent des médicaments approuvés par le PCEM et elles en acceptent qu'il n'a pas approuvés. Si les conseils qu'il donne sont aussi remarquables qu'on le dit, comment se fait-il que personne ne suit ses recommandations? Chacun fait ce qu'il veut indépendamment de ce que le programme recommande.

Qu'est-ce que nous remboursons?

Le président: Quelqu'un veut tenter une réponse?

Mme Verna Bruce: Je le veux bien.

Je crois comprendre que le PCEM prend des décisions qui en général conviennent à la très grande majorité des gens. Mais les ministères membres du partenariat ont tous des clientèles différentes qui ont des besoins différents. Donc, même si la plupart des recommandations — par exemple, un médicament approuvé pour les jeunes femmes ne figurera probablement pas dans notre formulaire, étant donné que nous n'avons pas encore beaucoup de jeunes femmes parmi nos clients. Par ailleurs, Anciens combattants Canada peut rembourser un médicament qui n'est pas recommandé pour traiter la démence ou une autre maladie qui touche les anciens combattants. Si nos anciens combattants ont essayé tous les autres médicaments sans succès, nous estimons avoir le devoir d'offrir à ceux qui ont servi notre pays la possibilité d'en essayer un autre qui pourrait les aider. Mais nous avons approuvé ces médicaments seulement pour 380 de nos 132 000 clients.

• (1605)

Mme Bonnie Brown: Vous n'avez pas à expliquer les raisons humanitaires qui vous motivent. Personne ne tient à ce que vous soyez plus compréhensifs que nous. Je me demande seulement pourquoi le programme, s'il est si extraordinaire, n'a pas pris ces facteurs en considération.

Les provinces ne penseraient pas que le grand public est bien servi. Elles rejettent les recommandations du programme commun d'évaluation des médicaments pour rembourser des médicaments qui n'ont pas été approuvés, et refuser d'en rembourser d'autres qui l'ont été.

Ce n'est pas une question de population. Je pense que tous ceux qui avaient le pouvoir de prendre des décisions avant que le programme commun d'évaluation des médicaments existe continuent de faire ce qu'ils faisaient avant. Tout ce qui semble constructif dans ce que vous dites, c'est que l'Île-du-Prince-Édouard, qui a une population comparable à celle de ma circonscription, en profite parce qu'elle ne pouvait pas faire son propre examen avant.

Mme Verna Bruce: Mais je pense que c'est aussi vrai pour les ministères fédéraux membres du partenariat. Nous non plus nous ne pouvions pas nous permettre de le faire.

Mme Bonnie Brown: Mais que faisiez-vous avant?

Mme Verna Bruce: Nos décisions n'étaient pas vraiment fondées sur des preuves. Nous consultions les travaux de recherche. Il est certain qu'Anciens combattants n'avait pas les spécialistes dont disposent le PCEM pour prendre des décisions de cette nature.

Mme Bonnie Brown: Merci, monsieur le président. Je pense que c'est clair.

Le président: Merci beaucoup.

Madame Gagnon.

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Bonjour. Je suis un peu étonnée de voir que vous êtes, tous en chœur, assez satisfaits du Programme commun d'évaluation des médicaments. On entend un autre son de cloche de la part de la recherche et développement de l'industrie. Cette dernière nous dit que les temps d'attente sont trop longs. De son côté, M. Potter a dit que le temps d'attente pour que l'évaluation du médicament soit faite et qu'il soit disponible avait diminué.

On a aussi obtenu des chiffres qui révèlent que depuis que le PCEM est en place, moins de médicaments sont acceptés. Au

Québec, où ce programme n'existe pas, il y a davantage de produits disponibles et inscrits sur la liste des médicaments offerts par l'assurance médicaments. J'ai en ma possession des chiffres très différents des vôtres.

Vous dites que de toute façon, même si le PCEM ne reconnaît pas un médicament, vous allez l'approuver quand même et il va faire l'objet d'un remboursement. Je trouve que c'est un peu contradictoire. Tout a l'air parfait, vous n'avez pas de recommandations à faire ni d'inquiétudes à formuler quant au processus d'évaluation, au temps d'attente et au double emploi qui peut exister à l'intérieur de différentes directions. Je suis un peu étonnée.

Je m'attendais à ce que vous nous disiez, par exemple, que certains médicaments ne sont pas disponibles, surtout que vous avez des clientèles qui relèvent du gouvernement fédéral et que le processus qui est présentement en place ne semble pas faire l'objet de réjouissances.

Cela veut-il dire que les anciens combattants et les Autochtones sont satisfaits et qu'il n'y a pas de réclamations ni de pressions exercées pour avoir droit à des médicaments qui ne seraient pas disponibles?

[Traduction]

Mme Verna Bruce: Je peux parler pour le ministère des Anciens combattants.

Nous avons évidemment des clients qui ne sont pas heureux de nos décisions, mais je répète que notre programme est financé par l'État. Nous devons pouvoir décider si un médicament doit être offert à tous les anciens combattants ou seulement à ceux qui ont un besoin précis parce qu'ils ont essayé autre chose. Faire cette évaluation nous coûterait énormément d'argent, de sorte que le programme commun d'évaluation des médicaments nous épargne les travaux de recherche.

• (1610)

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Monsieur Potter, vous avez dit que vous avez réduit le temps d'attente pour l'évaluation, qui est passé de 500 à 300 jours, je pense. Ne pourriez-vous pas avoir des attentes qui soient inférieures à 300 jours? Dans les documents qu'on nous a remis, j'ai vu qu'au Québec, ça prend au-delà de 200 jours et que beaucoup plus de produits sont acceptés et évalués.

[Traduction]

M. Ian Potter: Oui, nous aimerions que les temps d'attente diminuent, et nous travaillons en ce sens.

Il faut se rappeler que le programme commun d'évaluation des médicaments ne s'occupe que des nouveaux médicaments —

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Oui.

[Traduction]

M. Ian Potter: — et je pense qu'il a permis d'examiner environ 68 médicaments depuis qu'il existe. Et, comme je l'ai dit, c'est dans le contexte d'un formulaire d'environ 6 000 médicaments inscrits.

Nous estimons que notre formulaire comprend un nombre assez vaste de médicaments appartenant aux différentes classes thérapeutiques dont les premières nations et les Inuits ont besoin.

Lcol Dave Cecillon: De plus, ce sont les responsables du programme commun d'évaluation des médicaments qui seraient les mieux placés pour répondre à votre question. Cependant, d'après ce qu'ils m'ont dit, une bonne partie de ce délai comprend le temps d'appel, de sorte qu'il vaudrait mieux leur poser la question.

Le délai, depuis l'avis de conformité jusqu'au moment où la recommandation est faite, comprend le délai d'appel. En outre, si le fabricant ne respecte pas la période dont il dispose pour l'appel, il faut compter plus de temps.

Mais je suis certain qu'il vaudrait mieux leur poser la question.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Fletcher.

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

Merci aux témoins d'être venus nous rencontrer aujourd'hui.

Madame Bruce, j'aimerais simplement reprendre certains de vos propos. Effectivement, nos anciens combattants se sont battus pour notre pays et, maintenant, c'est à nous d'être là pour eux. J'espère donc qu'en cas de doute nous favorisons la santé des anciens combattants.

À mon avis, que ce soit dans ce qui se passe en coulisses ou dans ce que le comité a entendu, il y a quelque chose de frustrant. Il arrive que des parties concernées n'inscrivent pas un médicament approuvé par le PCEM et en inscrivent d'autres que le programme n'a pas approuvé. Il ne semble pas vraiment y avoir de mécanisme clair ou transparent pour déterminer ce qui rend un médicament recommandable ou non.

C'est bien frustrant pour les intéressés, qu'il s'agisse des fabricants de médicaments ou des particuliers qui ont besoin de ces médicaments. Je me demande si vous pouviez nous parler de la transparence du programme et nous dire si vous estimez qu'il fonctionne de façon transparente.

Vous avez parlé de plusieurs autres comités d'examen dans votre exposé, le CFPT et le CCEUM. Votre programme fait-il double emploi avec le travail du PCEM en faisant réévaluer les recommandations du programme par ces comités? Je reprends ce que Bonnie Brown a dit, je pense. Il semble y avoir double emploi, mais ce n'est peut-être pas le cas. Pourriez-vous nous donner des précisions là-dessus?

Mme Verna Bruce: Certainement.

Il vaudrait sans doute mieux adresser les questions sur le programme d'évaluation à ses responsables, mais il est certain que la situation est vraiment compliquée pour les ministères membres du partenariat. Toutefois, quand on pense aux sommes d'argent qui sont dépensées pour les médicaments, il importe de garantir que les médicaments fournis sont d'abord sécuritaires. Il faut aussi s'assurer qu'un médicament très coûteux vaut vraiment l'investissement supplémentaire de l'argent des contribuables et qu'il n'a pas le même effet qu'un autre moins cher qui figure déjà dans le formulaire.

Il y a donc différents groupes qui examinent les médicaments pour différentes raisons. Puis, les six ministères membres du partenariat s'entraident, chacun essayant de comprendre ce que l'autre fait et comment cela peut s'appliquer à lui. Donc, même si c'est extrêmement compliqué, chaque comité a son utilité.

L'évaluation de l'utilisation des médicaments est très importante parce qu'il y a des gens qui prennent beaucoup de médicaments et il faut essayer de savoir si cela ne peut pas avoir des conséquences inattendues pour eux, et nous voulons que des spécialistes vérifient

nos données pour que nos clients n'aient pas de problèmes causés par l'interaction des médicaments.

• (1615)

M. Steven Fletcher: Et en ce qui concerne la transparence?

Mme Verna Bruce: Je laisserais cela au Programme commun d'évaluation des médicaments. Nous avons, je le répète, un représentant qui siège au comité de ce Programme, donc en tant que ministère, nous avons accès aux renseignements. Alors le processus est transparent pour nous, parce que nous en faisons partie intégrante.

En ce qui concerne les consommateurs, là encore, il faudrait que vous en discutiez avec eux.

M. Steven Fletcher: Est-ce que quelqu'un d'autre veut parler de la transparence?

Abby.

Mme Abby Hoffman (coordinatrice exécutive et sous-ministre adjointe déléguée, Stratégies de gestion des produits pharmaceutiques, Direction générale de la politique de la santé, ministère de la Santé): J'aimerais faire un bref commentaire, bien que je pense que les représentants du PCEM pourront vous en parler plus en détail, selon leur perspective.

Je crois qu'on peut dire sans risque de se tromper que si on regarde le site Web où sont versés les renseignements du PCEM, le site de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, vous verrez qu'il s'y trouve beaucoup de renseignements documentant les progrès et les échéanciers, et la conformité aux délais fixés pour l'examen des drogues qui a été confié au PCEM. Et il y a aussi d'excellentes explications des motifs de décision quand le CCEM a fourni ses conseils quant à l'inscription ou non d'un médicament à la liste.

Maintenant, je pense qu'il y a toujours moyen d'expliquer pourquoi le niveau de transparence correspond ou non aux normes contemporaines, et disons-le franchement, ces normes ont beaucoup changé dernièrement. Mais je pense qu'en ce moment, nous serions nombreux à penser que l'ACMTS et le PCEM mériteraient des éloges pour le niveau de transparence entourant la gestion qui est faite du PCEM. Cela ne veut pas dire qu'ils ne souhaiteraient pas faire plus — et vous pourrez leur demander ce qu'ils ont prévu faire quand leurs représentants témoigneront plus tard. Mais pour l'instant, si vous voulez savoir pourquoi une décision a été prise au sujet de l'examen d'un médicament en particulier qui est passé par le processus du PCEM, vous pouvez avoir une assez bonne idée des facteurs qui ont été pris en compte dans leur recommandation rien qu'en consultant le site Web de l'ACMTS et du PCEM.

M. Steven Fletcher: D'accord.

Le président: Merci beaucoup.

Madame Priddy.

Mme Penny Priddy: Merci, monsieur le président.

Je vais demander à ceux qui répondent d'être assez brefs, parce qu'il m'arrive de ne pas pouvoir poser bien des questions, alors j'apprécierais beaucoup des réponses concises.

Le rapport du Partenariat fédéral pour les soins de santé pour, je pense, 2005-2006, estimait que la participation au PCEM avait permis une économie d'environ 21 millions de dollars, ou quelque chose du genre. Vous avez ici trois points de vue différents, mais pourriez-vous me dire comment cela a pu arriver, selon vous? Comment ces économies ont pu être réalisées, parce que c'est vraiment vous qui faites ces économies, puisque vous êtes les clients à bien des égards, ou vos clients le sont.

Donc, rapidement —

Mme Verna Bruce: Au nom du Partenariat, cette économie de 21 millions de dollars ne peut être attribuée seulement au Programme commun d'évaluation des médicaments, mais c'est le fruit de tout ce que nous avons fait entourant les produits pharmaceutiques. Nous faisons certaines choses, comme des négociations conjointes. Donc, si nous allons dans une province comme la Colombie-Britannique, les six partenaires, ou une bonne partie d'entre eux, s'uniront pour tenter de parvenir à une entente négociée dans cette province particulière pour que nous ayons les mêmes prix.

Alors le Programme commun d'évaluation des médicaments n'en serait qu'un élément. Le plus gros découlerait de choses comme nos stratégies de négociation — et je le répète, du fait qu'on puisse obtenir le meilleur prix pour les médicaments figurant sur la liste.

Mme Penny Priddy: Je vois, merci.

Est-ce quelqu'un veut ajouter un commentaire? Non? D'accord.

Ma deuxième question, alors, est au sujet de l'expansion du Programme commun d'évaluation des médicaments pour couvrir, ou du moins c'est ce qui est envisagé, les nouvelles indications pour des médicaments existants ou plus anciens, dans l'objectif éventuel d'englober tous les médicaments couverts par le régime public. Pouvez-vous me dire quelles économies, selon vous, cela pourrait permettre au régime fédéral d'assurance-médicaments?

Lcol Dave Cecillon: Je peux répondre.

Si vous regardez ce que nous faisons actuellement, c'est chacun de notre côté. Il y aurait donc des économies d'échelle. Si nous embauchons un organe pour nous fournir ces renseignements, cette décision réduirait nos besoins en ressources humaines et en ressources financières.

•(1620)

Mme Penny Priddy: D'accord, donc il y a réduction de vos coûts, parce qu'actuellement, vous le faites de votre côté, n'est-ce pas?

Lcol Dave Cecillon: C'est bien cela.

Mme Penny Priddy: Et vous dites que cette économie de 21 millions de dollars est en partie attribuable à l'examen des médicaments, mais aussi en partie à d'autres stratégies que vous mettez en oeuvre, comme la négociation des coûts des médicaments, etc.

D'accord, merci.

Pourriez-vous nous dire si vous verriez un avantage à la création d'une liste nationale?

Mme Verna Bruce: L'une des recommandations de la vérificatrice générale est que nous fassions plus dans le sens d'une liste commune. Avec les ministères, nous avons déterminé le noyau commun de la liste.

Chaque ministère aura des médicaments différents. Les contraceptifs sont un thème central pour nous en ce moment, et les Forces canadiennes éprouvent peu d'intérêt pour bien des médicaments contre la démenche. Nous aurons toujours des choses différentes, mais nous avons identifié un noyau d'environ 200 médicaments qui sont

communs à toutes nos listes. Nous pouvons alors nous fonder sur ce groupe de médicaments pour tenter d'obtenir de meilleurs prix pour tout le monde.

Mme Penny Priddy: Pensez-vous qu'une liste nationale ait des avantages?

Mme Verna Bruce: Il n'y aura jamais qu'une seule liste nationale, mais il pourrait y avoir une liste nationale de base. Les noyaux sont indubitablement avantageux.

Mme Penny Priddy: N'y voyez-vous alors de différences qu'en rapport avec les groupes particuliers de clients que vous desservez?

Mme Verna Bruce: Exactement.

Mme Penny Priddy: C'est merveilleux. Tout le monde est du même avis.

Mme Abby Hoffman: Peut-être puis-je faire un commentaire, non parce que j'ai un avis différent, mais pour ajouter ceci. L'un des objectifs que vise la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, qui est une démarche concertée des gouvernements provinciaux et territoriaux et du gouvernement fédéral, est la création d'une liste nationale. Je pense qu'il convient de préciser qu'en fait, ce ne sont pas tous les régimes d'assurance-médicaments qui auront accès à tous les médicaments, selon la nature des bénéficiaires, qui pourraient être sur cette liste. C'est une première chose.

Une deuxième chose qu'il convient de préciser, c'est que même s'il y avait une liste agréée à l'échelle nationale, je pense qu'il y aura encore des décisions qui seront prises au sujet de l'accès à titre exceptionnel à certains produits. Je crois que vous en avez un peu entendu parler aujourd'hui.

Même si dans la majorité des cas, les recommandations du PCEM sont acceptées, il y aura encore des exceptions qui devront être faites, fondées sur de bonnes raisons d'ordre thérapeutique, motivées par l'efficacité. Il faudra des structures décisionnelles pour permettre de recevoir des avis experts au cas par cas pour permettre ces exceptions. Mais elle ne changera rien à la valeur d'une liste nationale commune de médicaments. Nous continuerons d'utiliser le PCEM, particulièrement quand il sera élargi pour inclure les nouvelles indications pour des médicaments existants. Mais plus important encore, les évaluations des classes thérapeutiques, que nous nous attendons à devoir faire ces prochaines années, contribueront nettement à l'atteinte éventuelle de l'objectif de la liste nationale commune.

Mme Penny Priddy: Je pense qu'il y a déjà eu des évaluations des classes thérapeutiques.

Est-ce que je n'ai plus de temps?

Le président: Il n'en reste pas.

Mme Penny Priddy: Puisque c'est ainsi, je suppose que c'est tout pour l'instant.

Le président: Oui, c'est tout. Merci beaucoup.

Mme Penny Priddy: Je n'ai jamais fini, mais pour l'instant, oui.

Le président: Je l'apprécie.

Monsieur Batters, vous avez cinq minutes.

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

Je remercie aux témoins d'être ici aujourd'hui.

Espérons que nous aurons le temps de revenir à Mme Priddy, parce que ses questions sont toujours très pertinentes.

Ma première question s'adresse à Mme Bruce.

Tout d'abord, j'aimerais faire un commentaire, rapidement. À la suite de la dernière réunion, nous avons reçu plusieurs commentaires selon lesquels le PCEM fait obstacle à l'accès pour les patients. J'aborde cette étude sous l'angle suivante : Qu'est-ce qui permettra d'améliorer l'accès des patients aux produits pharmaceutiques?

Nous avons entendu que le PCEM fait obstacle à l'accès. Il fait double emploi, inutilement, puisque les provinces font leurs propres examens. Il y a d'importants retards. Il y a manque de transparence, un véritable manque de redditions des comptes, et nous apprenons aujourd'hui que le processus n'est pas uniforme.

Madame Bruce, si le PCEM est aussi efficace que vous le dites, pourquoi fait-il l'objet d'autant de critiques?

Mme Verna Bruce: De mon point de vue, je suppose que le PCEM vise vraiment à faire venir de nouveaux médicaments sur le marché. Il nous renseigne, à savoir si un médicament en particulier est plus efficace par rapport au coût que tout autre produit offert, ou non.

Si je remonte à avant 2003, il fallait beaucoup plus longtemps pour parvenir à des décisions à savoir si un médicament pouvait ou non être ajouté à l'un de nos régimes d'assurance-médicaments, par exemple, parce que nous n'avions pas vraiment l'expertise nécessaire. Au lieu de prendre 300 jours, cela pouvait en prendre 600. Je ne sais pas combien de temps il faut exactement, parce qu'il fallait que nous nous renseignions nous-mêmes. Les délais ont été nettement raccourcis. L'avantage pour les compagnies pharmaceutiques, c'est qu'elles n'ont pas besoin de s'adresser à chacun d'entre nous pour présenter leur cas. Elles peuvent le faire devant un comité du Programme commun d'évaluation des médicaments.

• (1625)

M. Dave Batters: Merci.

Les décisions ne seront certainement pas unanimes. Une recommandation positive du PCEM ne signifie pas nécessairement une recommandation positive du régime provincial. Il ne semble pas y avoir d'uniformité entre les niveaux.

J'aimerais reprendre là où Mme Brown s'est arrêtée, au sujet de l'étude qu'a faite Wyatt Health Management, laquelle avait été commandée par CARP. Elle portait sur 73 médicaments qui avaient été soumis, en vue d'une recommandation positives du PCEM. Sur ces 73 présentations, le PCEM a fait 26 recommandations négatives. Un médicament a été retiré par le fabricant, ce qui laisse les participants avec 25 recommandations négatives.

En dépit des recommandations négatives, le gouvernement fédéral a remboursé l'ensemble des 25 médicaments aux anciens combattants, que vous représentez pour le ministère des Anciens combattants. Par contraste, seulement 3 médicaments sont remboursés par les régimes d'assurance-médicaments accessibles aux Premières nations, aux Inuits et aux Forces canadiennes.

J'ai deux ou trois commentaires à faire.

Nous avons 73 médicaments qui sont étudiés. C'est censé être une démarche médicale axée sur les preuves, qu'exécutent des experts. Il est recommandé de ne pas rembourser 25 des médicaments. Ce sont donc des recommandations négatives, et pourtant ils sont tous remboursés aux anciens combattants. Je ne peux pas le comprendre. Je suis curieux d'entendre votre explication.

De plus, si j'étais assis à votre droite ou à votre gauche, je me sentirais un peu lésé par tout ce processus, bien que je suppose qu'il semble faire ce qu'il est censé faire pour eux.

Pouvez-vous expliquer au comité les différences dans les décisions relatives à la liste en ce qui concerne les régimes d'assurance-médicaments fédéraux à la suite des recommandations du PCEM? Plus particulièrement, pouvez-vous expliquer pourquoi le programme fédéral pour les Anciens combattants jouit d'une protection plus ample que les autres programmes fédéraux?

Pour terminer, pouvez-vous expliquer pourquoi le régime des Anciens combattants permettrait le remboursement de médicaments que le PCEM a recommandé de ne pas rembourser? J'aimerais avoir des exemples des médicaments dont il s'agit.

Monsieur le président, la question est grave. Nous avons 25 recommandations négatives, et les Anciens combattants financent ces 25 produits. J'aimerais aussi avoir des exemples de ces médicaments.

Le président: Nous demandons une réponse, parce que vous avez pris plus de quatre minutes pour poser votre question.

Mme Verna Bruce: Le contenu de l'article de CARP est en fait trompeur, alors je commencerai par là. De fait, sur les 25 médicaments qui ont été recommandés de ne pas inclure à la liste, aucun ne figure sur la liste du ministère des Anciens combattants. Alors, comme je l'expliquais tout à l'heure, l'information est erronée. Ce ne sont pas des médicaments de la liste. De même que pour d'autres personnes, cependant, si nous avons quelqu'un qui pourrait bénéficier d'un médicament, nous examinons sa situation, au cas par cas, mais le médicament ne figure pas sur la liste et n'est pas accessible à tout le monde.

M. Dave Batters: J'ai une dernière question, rapidement, monsieur le président, pour quiconque veut y répondre.

Est-ce que le PCEM a rejeté des médicaments que vous auriez voulu voir approuver? J'adresse cette question à vous trois.

Lcol Dave Cecillon: Au nom du MDN, non, aucun médicament n'a été approuvé que nous aurions voulu voir sur la...

M. Dave Batters: D'accord.

Monsieur Potter.

M. Ian Potter: Nous sommes satisfaits des décisions du PCEM. Comme je l'ai dit, deux fois où ils ont refusé un médicament, nous avons des raisons de penser que notre clientèle particulière pourrait tirer avantage de ces produits, et que nous aurions une situation d'efficacité par rapport aux coûts qui n'existerait peut-être pas de manière générale.

M. Dave Batters: Avez-vous pu faire appel dans ces deux cas?

M. Ian Potter: Non. Le PCEM fait une recommandation, et nous suivons fidèlement ses conseils. Nous constatons dans tout le pays qu'il y a beaucoup plus d'uniformité dans les médicaments inscrits à la liste, mais nous pouvons comprendre que certains régimes ont une clientèle unique, et dans ces cas, il peut y avoir de bonnes raisons.

M. Dave Batters: Madame Bruce, avez-vous un commentaire?

Mme Verna Bruce: Je répéterai que le ministère des Anciens combattants verse dans la liste tous les médicaments qu'il est recommandé d'y inscrire. Nous ne prenons pas ceux qui ne sont pas recommandés. Comme d'autres, nous avons un mécanisme d'examen au cas par cas.

M. Dave Batters: J'aimerais dire, monsieur le président, avant que nous n'allions plus loin, qu'il y a une énorme différence entre les renseignements que nous ont fournis ici nos attachés de recherche très compétents et les affirmations de Mme Bruce. J'aimerais qu'on m'explique pourquoi, à la page 9 des notes de la Bibliothèque du Parlement, les notes d'information que nous avons reçues avant cette réunion, il y a cette énorme divergence entre les renseignements donnés ici et le témoignage que nous avons entendu. J'aimerais avoir une espèce d'explication.

• (1630)

Le président: D'accord. Vous pourrez poser cette question, je crois, à la réunion de jeudi.

Mme Odette Madore (attachée de recherche auprès du comité): C'est une étude qui a été commandée par CARP, et elle a été faite par Wyatt Health Management. Donc, s'il y a un problème de méthodologie, peut-être faudrait-il poser la question à ceux qui ont fait l'étude. À moins que nous demandions —

M. Dave Batters: Merci, monsieur le président.

Le président: Merci.

Madame Kadis.

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

À propos du double emploi possible susceptible, on peut l'espérer, d'avoir de meilleurs résultats sur la santé des clients et des Canadiens, j'aimerais savoir pourquoi, alors que le partenariat fédéral pour les soins de santé est représenté au PCEM, au moins trois des régimes fédéraux d'assurance-médicaments ne le sont pas? Je ne peux pas le comprendre.

Il semble y avoir divergence, aussi, dans ce qui ferait que deux organisations — j'oublie lesquelles — je pense, sont représentées au nom de l'organisation, mais les autres sont toutes à part.

Mme Verna Bruce: Bien sûr. Avec le Partenariat fédéral pour les soins de santé, nous, en tant que ministères fédéraux essayons de travailler ensemble, et de nous appuyer et nous aider mutuellement. Il y a trois grands joueurs qui veulent se représenter eux-mêmes, et c'est très bien. Il y a trois autres joueurs plus modestes, du point de vue des médicaments, qui n'ont pas de ressources à consacrer à la participation aux réunions en tant que telles, alors nous avons des pharmaciens du Partenariat fédéral pour les soins de santé qui les aident en représentant leurs intérêts au comité.

Mme Susan Kadis: En ce qui concerne le financement, parce que je pense que nous verrons bientôt les budgets, dans une réunion très prochaine, combien les régimes d'assurance-médicaments fédéraux ont-ils dépensé sur l'examen de nouveaux médicaments avant la création du PCEM? En particulier, d'où vient le financement fédéral en tant que tel, et où sera-t-il indiqué dans les documents budgétaires?

M. Ian Potter: Je n'ai pas les chiffres précis. Nous pourrions nous efforcer d'obtenir des chiffres. Je pense qu'il pourrait être difficile de remonter dans le temps et de déterminer exactement ce qui est arrivé, parce que cela faisait partie du travail de quelqu'un qui n'est plus là. Comme je l'ai dit, ils consacrent plus de temps à l'aspect de la sûreté, alors qu'auparavant, c'était surtout à ceux de l'approbation.

Mais si le comité le veut, nous pourrions essayer de déterminer ce que nous dépensons maintenant, et ce que nous dépensons avant.

Mme Susan Kadis: Je pense, par souci de transparence, que le comité l'apprécierait.

Où pouvons-nous trouver les chiffres du financement dans le budget?

M. Ian Potter: Excusez-moi, je n'ai pas compris. Où, dans le budget —?

Mme Susan Kadis: Où dans le budget, pouvons-nous trouver les chiffres du financement du PCEM?

Mme Abby Hoffman: En ce qui concerne la portion fédérale des coûts du PCEM, on les trouvera dans une subvention réservée qui est versée à l'Agence canadienne des médicaments et de la technologie de la santé, et le PCEM représente une proportion relativement mince de cette contribution annuelle totale. Vous le verrez au crédit 5 du budget de Santé Canada.

Ce que je regrette de ne pouvoir vous dire au pied levé, c'est la ventilation de ces contributions du crédit 5, mais quoi qu'il en soit, vous pouvez voir, parmi les organisations qui bénéficient des contributions du crédit 5, l'organisation hôte, et le montant qui est versé au PCEM pour l'exercice en cours est 1,55 million de dollars du gouvernement fédéral. Nous sommes en deuxième place parmi les contributeurs après l'Ontario.

Mme Susan Kadis: Merci, monsieur le président.

S'il me reste encore un petit moment, je m'intéresse à ce nouvel établissement de l'examen conjoint des médicaments d'oncologie. À votre avis, quels sont les avantages à faire un examen distinct des médicaments d'oncologie, et quels en sont les inconvénients?

Lcol Dave Cecillon: À cet égard, je pense que vous devriez en parler au PCEM. Ce sont eux qui sont les mieux en mesure de répondre à votre question.

Mme Susan Kadis: Merci, monsieur le président.

Le président: Merci beaucoup.

Madame Davidson.

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

Merci à chacun de vous pour vos présentations.

J'aimerais revenir en arrière et poser la question suivante. Je pense, madame Bruce, que vous aviez fourni une réponse au sujet de la liste nationale de médicaments, mais j'aimerais savoir ce qu'en pensent les deux autres ministères. Est-ce un bon objectif à viser, ou est-ce quelque chose qui serait avantageux pour vos ministères?

Lcol Dave Cecillon: Comme l'a dit Mme Bruce, nous nous sommes concertés pour avoir une liste de base commune, d'après nos besoins différents, ceux de notre population de patients âgés de 17 à 60 ans. Bien des troubles de santé ne sont pas répandus au sein de notre population de patients et par conséquent, nous n'inscrivons pas ces produits à la liste pour ces troubles de santé. C'est ce qui explique la différence entre nous.

Je laisserai mon homologue du SSNA répondre.

• (1635)

M. Ian Potter: Nous avons constaté l'avantage d'une liste nationale commune de médicaments de base, mais comme on l'a déjà dit, il y a des besoins particuliers de régimes différents, et c'est ce qui apparaît dans la liste. Je trouve que c'est un point fort du système, plutôt qu'une lacune.

Mme Patricia Davidson: Je vous remercie.

Madame Bruce, les constatations qui sont ressorties de l'étude de Wyatt Health Management, qui a été commandée par CARP, ont été citées à quelques reprises, et vous avez déclaré que ces chiffres étaient trompeurs. Je pense que les chiffres que nous avons démontré que, en dépit de recommandations négatives, les Anciens combattants remboursent 25 médicaments qu'il a été recommandé de ne pas rembourser et vous dites que c'est faux. Quel est le chiffre véritable?

Mme Verna Bruce: À ce que je comprends, et je le vérifierai pour le comité, sur les 25 médicaments qui ont fait l'objet d'une recommandation négative, les Anciens combattants n'en ont inscrit aucun à leur liste. Et encore, leur inscription à la liste signifie qu'ils sont accessibles à tout le monde, sans qu'aucune question soit posée. Nous les avons, cependant. Si un ancien combattant a essayé sans succès tous les médicaments inscrits à la liste, il peut faire une demande spéciale, pour l'examen au cas par cas. Donc, le médicament n'est pas inscrit à la liste, mais il est accessible au cas par cas.

Mme Patricia Davidson: De fait, peut-être ceci n'est-il pas inexact, parce je lis que le gouvernement fédéral offre un remboursement. Donc, il pourrait rembourser dans une situation particulière, au cas par cas?

Mme Verna Bruce: Mais je pense que les renseignements pourraient ne pas être uniformes entre ministères. Je crois que pour les Anciens combattants, ils ont pris ce cas par cas et ont donné l'impression que nous les avons inscrits à la liste, sans forcément procéder de la même façon pour les autres ministères.

Mme Patricia Davidson: D'accord, et on indique que pour les premières nations, les Inuits et les Forces canadiennes, il y a seulement trois médicaments qui sont remboursés. Ce chiffre est-il exact, ou s'agit-il également d'une erreur?

Lcol Dave Cecillon: Pour ce qui est du MDN, je ne pourrais vous donner le chiffre exact, parce qu'encore là, c'est déterminé au cas par cas, et qu'il arrive que l'on évalue les différences de coûts entre le recours à la chirurgie ou la prescription d'un médicament pouvant être bénéfique, ce qui fait partie des facteurs à considérer. Nous avons pour mandat d'offrir des soins de santé afin d'améliorer l'état de nos patients; c'est exactement ce que nous nous employons à faire.

M. Ian Potter: Dans le cas des services de santé non assurés pour les premières nations et les Inuits, il y a deux médicaments qui n'ont pas été recommandés. L'un d'eux est le Lantus, une forme d'insuline à action prolongée qui est inscrite sur notre liste d'exceptions. Si ce médicament y figure, c'est parce qu'il représente parfois une solution utile, de préférence au déplacement vers une pompe à insuline, ce qui est souvent difficile pour nos clients en région éloignée. L'autre produit non recommandé est le timbre contraceptif Evra, un médicament à usage restreint.

Mme Patricia Davidson: D'un point de vue fédéral, quels changements, le cas échéant, devraient être apportés au PCEM?

Cette question s'adresse à tous.

Mme Verna Bruce: Il y a eu des préoccupations qui ont été soulevées, probablement par d'autres partenaires, concernant la transparence. Pour notre part, nous sommes vraiment heureux que le comité compte certains représentants de la clientèle. Pour ce qui est des autres points de vue du partenariat, nous travaillons en fonction des résultats du sondage EKOS.

Je ne sais pas si je puis ajouter quelque chose, mais il y a peut-être quelqu'un d'autre qui souhaite le faire.

Il y a toujours des choses qui peuvent être améliorées.

Mme Patricia Davidson: Croyez-vous que le moment est venu pour un autre examen approfondi? Il s'agit d'un regroupement plutôt récent qui a vécu un processus d'évolution, d'après ce que je puis comprendre. Maintenant que quatre années se sont écoulées, faudrait-il procéder à un nouvel examen en profondeur?

Mme Verna Bruce: Je suppose qu'il faudrait en parler aux autres partenaires au sein du PCEM.

Du point de vue du Partenariat fédéral pour les soins de santé, quatre années ont passé et tout fonctionne bien. Il y a une partie de moi qui n'aime pas beaucoup l'idée d'aller puiser toutes ces ressources dans le système de santé pour procéder à un nouvel examen d'un mécanisme qui fonctionne relativement bien pour nous. Peut-être que les résultats ne sont pas aussi bons pour les provinces et les territoires; je ne peux pas parler en leur nom. Nous avons un membre qui nous y représente, alors le programme répond à nos besoins particuliers pour le moment.

Mme Patricia Davidson: Merci.

Le président: Allez-y, madame Hoffman.

Mme Abby Hoffman: Monsieur le président, si je puis me permettre une observation, je crois qu'il y a certaines précisions que nous pourrions apporter concernant les améliorations possibles. On pourrait d'abord accélérer le développement futur du PCEM.

J'ai mentionné précédemment la question de l'examen des classes thérapeutiques. Cela permettrait au PCEM d'ajouter à ce qu'il fait actuellement, à savoir l'examen des nouveaux médicaments, des évaluations rétrospectives d'une gamme complète de médicaments destinés à un problème de santé particulier. Je crois que cela nous fournirait des renseignements extrêmement précieux. Il s'agit de doter le PCEM de cette capacité pour lui permettre de procéder à de telles vérifications pour le compte de toutes les administrations.

L'autre question qui sera sans doute soulevée par des témoins qui comparaitront devant votre comité est celle des médicaments destinés au traitement de maladies relativement rares. On parle ici d'une clientèle réduite et de médicaments très dispendieux. Il y a eu des critiques à cet égard parce que le PCEM, en s'appuyant sur ses outils analytiques habituels, a généralement recommandé que ces médicaments ne soient pas inscrits sur les listes. Il s'agit d'une recommandation et d'un conseil appropriés du PCEM dans le contexte actuel.

Je crois qu'il est très important de se demander si les gouvernements devraient envisager la possibilité d'inviter le PCEM à déployer un nouveau volet de capacité analytique pour procéder à l'examen des médicaments en question et formuler des recommandations plus nuancées relativement aux circonstances dans lesquelles certains d'entre eux devraient être remboursés par les autorités publiques. Je ne veux pas présumer de ce que sera la réponse. Je pense que votre comité devrait s'intéresser à ce genre de perfectionnement et de spécialisation du travail du PCEM, ce qui vient rejoindre votre question relativement à un nouvel examen de ce mécanisme.

J'estime qu'il serait plus utile de se pencher sur les nouvelles avenues que le PCEM pourrait explorer, plutôt que de s'intéresser à nouveau aux activités auxquelles il se livre déjà de façon fort compétente à mon avis.

● (1640)

Mme Patricia Davidson: Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Malo.

[Français]

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

Mesdames, messieurs, merci d'être parmi nous.

Comme vous le savez, la semaine dernière, nous avons rencontré des gens de l'industrie dans le cadre de cette révision. Un des éléments qui semblaient poser problème était la rapidité avec laquelle, en vertu de ce programme, on recommandait un certain nombre de médicaments.

Cependant, madame Bruce, j'ai écouté avec attention votre introduction et j'arrive à la conclusion que même si les recommandations en vertu du programme étaient faites plus rapidement, vous ne seriez pas capables, dans chacun de vos ministères, d'aller aussi vite que ce programme de recommandations. Donc, l'accès à de nouveaux médicaments ne serait pas accéléré.

Est-ce que je me trompe?

[Traduction]

Mme Verna Bruce: C'est l'un des aspects sur lesquels je crois que nous-mêmes, et peut-être aussi quelques-uns des autres partenaires ici présents, devrions nous pencher. Je sais que nous ne disposons que d'une capacité limitée. Si le PCEM devait tout à coup accélérer le rythme, il faudrait déterminer s'il convient à l'échelon ministériel d'injecter davantage de ressources dans le processus pour évaluer les résultats de ce travail en fonction de nos propres régimes de médicaments.

Je ne sais pas si les autres témoins veulent répondre à cette question.

[Français]

M. Luc Malo: Allez-y, monsieur Potter.

[Traduction]

M. Ian Potter: Je pense que si le PCEM termine ses examens plus rapidement, le délai total entre l'arrivée du médicament sur le marché et le moment où il est inscrit sur la liste pour nos programmes sera raccourci.

Comme je l'ai indiqué, nous nous efforçons de réduire le temps que nous consacrons à l'examen de la situation de notre propre clientèle pour voir si un médicament convient ou s'il existe certaines différences. Des changements très mineurs sont apportés quant aux produits pouvant apparaître sur nos listes par rapport aux recommandations formulées par le PCEM. Comme nous intervenons après leur approbation, si les gens du PCEM accélèrent le rythme, le temps total nécessaire sera réduit.

[Français]

M. Luc Malo: Comment pouvez-vous affirmer cela, monsieur Potter, alors que Mme Bruce, dans son message d'introduction, a dit que les retards des régimes d'assurance à suivre les recommandations du comité consultatif constituaient une lacune?

S'il y a déjà un problème à l'heure actuelle, comment pouvez-vous croire que si les choses allaient plus vite, vous seriez en mesure de suivre le rythme, puisque vous ne pouvez le faire maintenant?

[Traduction]

M. Ian Potter: Je ne suis pas sûr de bien voir la différence entre mon point de vue et celui exprimé par Mme Bruce. Je crois que nous disons qu'il y a une période de temps pendant laquelle le PCEM fait son travail, suivie d'une autre période où chacun des ministères examine ce travail parallèlement à son propre régime de médica-

ments pour déterminer si une inscription à la liste convient dans ce cas particulier.

Je ne crois pas que le volume soit considérable à un point tel que la différence serait énorme, mais cela est possible, tout dépendant de la taille du programme. Notre programme est d'assez grande envergure. Je crois que nous consacrons quelque 370 millions de dollars par année à notre régime de prestations pour médicaments, ce qui fait que nous avons peut-être une capacité plus forte que certains autres.

• (1645)

[Français]

M. Luc Malo: Réévaluez-vous chacun des produits soumis à une étude, qu'ils soient recommandés ou non?

[Traduction]

M. Ian Potter: Nous ne réévaluons pas le travail effectué dans le cadre du Programme commun d'examen des médicaments. Nous nous penchons simplement sur certaines décisions rendues en fonction de paramètres très clairement établis. Certains de ces paramètres touchent les coûts des médicaments, d'autres concernent la recherche de solutions de rechange.

J'ai parlé par exemple de la situation de Lantus, l'insuline à action prolongée, que nous examinons. Ce produit peut permettre de renoncer à la pompe à insuline. Ces deux formes de traitement sont couverts dans le cadre de notre régime. Le traitement devient très coûteux si le patient doit se déplacer vers la pompe à insuline, ce qui fait que ce médicament, qui n'est pas nécessairement utile pour la population en général, a été considéré comme tel par nos pharmaciens et nos médecins pour la population que nous desservons, en raison de son isolement et des coûts des services à offrir, dans les quelques cas où la pompe à insuline peut être remplacée par ce médicament à action prolongée.

[Français]

M. Luc Malo: À ce compte-là, avez-vous vraiment besoin des recommandations du comité ou est-ce qu'un certain nombre d'analyses pharmacologiques serait suffisant, puisque de toute façon vous vous demandez si c'est bon ou non pour votre propre clientèle?

[Traduction]

Lcol Dave Cecilion: Du point de vue du MDN, nous avons effectivement besoin de ces analyses. Il s'agit d'une recommandation fondée sur une analyse pharmaco-économique qui tient compte de l'utilisation d'un médicament dans chacune des régions. Étant donné que notre population peut varier beaucoup d'une région à l'autre, les résultats peuvent différer de ceux du PCEM pour ce qui est de l'utilisation.

Nous ne sommes pas une province. Nous n'avons pas la population d'une province, ce qui fait que les répercussions financières sont moindres que ce qu'elles pourraient être pour un gouvernement provincial. Par conséquent, en tenant compte de nos mandats particuliers, nous devons déterminer si nos ressources nous le permettent.

[Français]

M. Luc Malo: Donc, ce n'est pas vraiment de la recommandation que vous avez besoin, mais bien plus des travaux qui ont conduit à la recommandation.

[Traduction]

Lcol Dave Cecillon: Non, nous avons besoin de la recommandation, parce que celle-ci inclut l'analyse pharmaco-économique. Nous devons adapter les résultats de cette analyse en fonction de notre programme, soumettre le tout à notre sous-ministre ou à la personne responsable, pour que l'on décide si le médicament sera remboursé.

[Français]

M. Luc Malo: Merci.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

Patrick Brown.

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

Mes préoccupations rejoignent celles de M. Batters concernant l'accès pour les patients. Comme je n'étais pas ici lors de la mise en oeuvre du Programme commun d'examen des médicaments, pouvez-vous me dire ce qui a amené certaines personnes à penser que les médicaments étaient approuvés prématurément? Y a-t-il des exemples d'erreurs commises dans le système avant la mise en place du PCEM?

En deuxième lieu, à quoi sert le PCEM si les provinces approuvent des médicaments qui ne sont pas recommandés dans le cadre de ce programme? Pourriez-vous m'expliquer quels avantages peuvent être tirés de ces points de vue contradictoires?

J'aimerais vous parler en troisième lieu d'un problème dont j'ai été mis au fait dans ma circonscription. J'ai reçu à mon bureau une de mes commettantes dont la mère lutte contre le cancer. Son médecin lui avait dit qu'Iressa lui serait bénéfique et ma commettante voulait savoir pourquoi ce médicament n'avait pas été approuvé par le PCEM. Il est très pénible de voir ainsi une citoyenne, soucieuse de la santé d'un être cher, manifester sa colère à l'égard de ce qu'elle considère comme de la bureaucratie et une incroyable lenteur de la part du gouvernement fédéral.

Je sais que ce médicament est approuvé par certaines provinces, alors je me demande pourquoi celles-ci le jugent assez bon pour leurs patients alors que le PCEM affirme le contraire. Il me semble simplement que ce système nous envoie toutes sortes de signaux contradictoires.

Pourriez-vous m'éclairer à ce sujet?

•(1650)

Mme Verna Bruce: Je peux répondre à votre première question, mais je vais laisser les gens du PCEM se charger de celle concernant les provinces. Je n'ai aucune connaissance à ce sujet, et je crois que c'est la même chose pour mes collègues. D'autres pourront vous parler des médicaments pour le cancer.

Quant aux raisons pour lesquelles nous avons instauré un mécanisme commun d'examen des médicaments, il faut dire que chaque ministère s'efforçait auparavant de déterminer, toutes les fois qu'un nouveau médicament apparaissait sur le marché, et malgré les coûts beaucoup plus considérables que cela entraînait, si le traitement en question allait véritablement améliorer de façon marquée le sort des patients que nous desservions. Nous procédions donc nous-mêmes à cette analyse.

Nous ne disposons cependant pas de ressources inépuisables à cette fin. C'est un travail qui exige l'expertise de différents professionnels — médecins et pharmaciens — qui sont déjà fortement sollicités. Les ministères partenaires ont donc déterminé que, plutôt que d'avoir chacun leur processus d'examen des médicaments, un mécanisme commun permettrait probablement

des économies à long terme en évitant de répéter le même travail six fois, ce qui faciliterait la tâche à tout le monde.

Du point de vue des utilisateurs, c'est en grande partie la raison pour laquelle nous avons adopté un Programme commun d'examen des médicaments.

M. Ian Potter: Nous avons pu noter une amélioration de la qualité du travail effectué depuis la création du programme commun d'examen; nous avons également constaté les gains d'efficacité associés au recours à un groupe d'experts unique. Nous avons réduit la quantité de travail à accomplir pour l'examen des nouveaux médicaments. Nous avons profité d'une réduction du délai entre le moment où le médicament fait son entrée sur le marché ou est approuvé par Santé Canada pour être vendu au pays et son apparition sur la liste des médicaments pouvant être remboursés dans le cadre de notre régime. Il y a donc différents avantages.

Vous pouvez vérifier auprès des gens du PCEM, mais j'ai l'impression qu'il existe une plus grande similitude entre les différents régimes d'assurance-médicaments.

M. Patrick Brown: Est-ce que quelqu'un serait en mesure de m'éclairer concernant ce médicament pour le cancer qui est disponible en Colombie-Britannique, mais qui n'a pas été recommandé par le PCEM?

Lcol Dave Cecillon: Je ne peux faire de commentaire sur le cas particulier de chacune des provinces, mais à la lumière de ma participation au PCEM et au processus de recommandation, je peux vous dire que chaque province a son propre mandat dont elle s'acquiesce en fonction des recommandations formulées. Si une province détermine qu'elle dispose des fonds nécessaires pour rembourser un médicament qui n'a pas été recommandé uniquement pour des raisons de coût — ce qui arrive dans certains cas — elle peut fort bien décider de le faire.

M. Patrick Brown: Alors, la Colombie-Britannique aurait décidé qu'elle avait les moyens de rembourser ce médicament, mais le PCEM a considéré qu'il était trop dispendieux.

Lcol Dave Cecillon: Ce n'est pas ce que j'ai dit. Le PCEM formule sa recommandation, et chacune des provinces peut déterminer si elle va rembourser le médicament, en fonction de son mandat particulier. Il ne s'agit donc pas de savoir si la décision vient du PCEM. Dans le cadre de son propre mandat, chaque province peut déterminer si elle va rembourser le médicament.

M. Patrick Brown: Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Si les membres du comité me le permettent, j'aurais moi-même quelques questions pour essayer de clarifier les choses.

Tout cela apparaît parfaitement logique. Vous visez une plus grande efficacité. Vous confiez à un organisme le soin d'examiner ces produits, ce qui vous exempte de faire ce travail dans vos sphères de compétence respectives. Mais nous recevons aujourd'hui des représentants de trois ministères fédéraux, qui ont chacun leur propre liste de médicaments, qui ont tous recours au PCEM et considèrent que c'est un mécanisme efficace. Vous nous expliquez les différences entre les listes en faisant valoir que vous desservez des populations différentes. Cela me semble également assez logique. Mais ce sont les médecins qui prescrivent les médicaments et il se peut que certaines femmes au sein des Forces armées canadiennes utilisent le même contraceptif alors que les Autochtones indiquent qu'elles ont besoin d'un produit différent. Il y a même le cas de la pompe à insuline.

En fait, j'ai de la difficulté à comprendre les raisons pour lesquelles un médicament, même s'il n'est pas prescrit très souvent, ne pourrait pas figurer sur la liste s'il est considéré comme acceptable, dans le cas d'un ministère du gouvernement fédéral.

Lcol Dave Cecillon: Pour ce qui est du MDN, le produit auquel M. Potter a fait allusion, soit le timbre Evra, figure sur la liste des médicaments approuvés dans le cadre de notre régime.

Le président: D'accord. Alors pourquoi votre liste n'est-elle pas identique à celle de M. Potter?

Lcol Dave Cecillon: Encore là, c'est en fonction de notre population de patients. En outre, comme je l'ai mentionné dans ma déclaration préliminaire, comme nous devons déployer des troupes, nous ne pouvons inclure qu'une quantité limitée de médicaments sur la liste. Il serait tout simplement impossible de transporter tous ces médicaments. Il y a également un problème de stabilité qui se pose dans le cadre de nos opérations. Si un timbre est utilisé dans une région très froide comparativement à un secteur plus tempéré, les caractéristiques cinétiques du médicament, ou son mode d'absorption, varient et nous devons en tenir compte. Il y a donc de nombreux facteurs que nous devons prendre en considération.

Il y a aussi le fait que nous desservons principalement une population jeune et en santé alors que M. Potter doit aussi s'occuper d'enfants et de personnes âgées. Vous ne trouverez donc pas beaucoup de médicaments pour l'alzheimer sur notre liste. Vous n'y verrez pas non plus de médicaments pour certaines maladies cardiovasculaires, à moins qu'un de nos patients en soit atteint, auquel cas nous fonctionnons plutôt de manière individuelle, comme Mme Bruce l'a indiqué. Nous examinons la situation de chacun et nous adaptons les traitements en conséquence. Il ne faut pas conclure qu'un médicament ne figurant pas sur la liste n'est pas couvert; c'est simplement qu'il n'est pas accessible à tous.

• (1655)

Le président: Je comprends tout cela. Mais la liste de médicaments ne fait pas foi de tout; c'est le médecin qui établit la prescription. Celle-ci est adaptée au cas de chaque patient. Le formulaire vous permet simplement d'utiliser ou non un médicament. C'est donc à ce titre que je vois un problème au fait que les trois ministères aient chacun leur propre liste de médicaments, tout en admettant, j'en conviens, qu'ils desservent des clientèles différentes. Néanmoins —

Lcol Dave Cecillon: Il y a également des questions de compétences dans les différentes régions du pays, car nous sommes présents dans plusieurs provinces et parce que nos soins peuvent être dispensés en dehors des heures normales. Il convient donc de s'adapter aux changements, car certains médicaments peuvent figurer sur la liste d'une province, mais pas sur la nôtre. Nous ne pouvons offrir des soins à tous les individus dans le cadre de notre système; nous devons parfois nous tourner vers le secteur privé.

Ce sont là également d'autres différences.

Le président: Merci beaucoup.

Je pense que nous allons ainsi conclure nos discussions. Nous voulons dire un grand merci à nos témoins pour leur participation.

Monsieur Batters exprime sur le tard son intention d'intervenir. J'hésite un peu parce que nous en sommes à notre deuxième tour, mais je vais lui permettre de le faire.

M. Dave Batters: N'aviez-vous pas quelque chose à ajouter, Bonnie?

Le président: Nous avons des questions à régler à la fin de la réunion.

M. Batters, je vais vous permettre de poser une brève question en nous engageant à conclure le tout très rapidement.

M. Dave Batters: Ai-je droit à cinq minutes, monsieur le président?

Le président: Au maximum.

M. Dave Batters: J'ai deux questions rapides. Peut-être pas tant que cela, mais en tout cas la deuxième est rapide.

Monsieur Potter, pourriez-vous nous parler de la politique du SSNA qui oblige les gens à passer aux médicaments génériques? Cette politique ne vise-t-elle pas uniquement la limitation des coûts, sans tenir compte des effets sur la santé des Canadiens autochtones, ce qui devrait bien sûr être la priorité? Qu'advient-il si le médicament vers lequel le patient est aiguillé ne donne pas de bons résultats pour lui? Si cette politique, comme je le soupçonne, ne vise qu'à réduire les coûts, pourriez-vous nous indiquer quelles sont les économies qu'elle permet pour le ministère, alors qu'il faut bien évidemment tenir compte des coûts supplémentaires associés au transport et aux visites chez le médecin pour changer les prescriptions?

Enfin, pourquoi cette politique de transition forcée vers les médicaments génériques ne s'applique qu'au SSNA et pas à Anciens Combattants Canada et au sein des Forces canadiennes?

Merci.

M. Ian Potter: Il s'agit de déterminer en l'espèce s'il existe un autre traitement possible. À ce titre, nous nous en tenons aux modalités établies dans les lois et les règlements des gouvernements provinciaux pour ce qui est des classes thérapeutiques s'inscrivant dans un même profil de traitement. On parle donc de médicaments pouvant être utilisés pour un même diagnostic.

M. Dave Batters: Combien d'argent économisez-vous? C'est l'objectif —

M. Ian Potter: Non, l'objectif est d'offrir des soins efficaces. Je pourrais peut-être vous donner comme exemple notre politique relativement à l'inhibiteur de la pompe à protons. Lorsque nous avons mis en oeuvre cette politique, nous avons examiné minutieusement la documentation disponible. Nous avons constaté que les études indiquaient pour cette classe d'appareils toute une variété de produits différents qui procuraient le même effet thérapeutique.

M. Dave Batters: Prenez-vous également en considération les coûts additionnels découlant du transport et des visites chez le médecin? Ce changement forcé ne peut se justifier que par une volonté de limiter les coûts. C'est uniquement pour cette raison. Je sais bien que vous allez faire valoir qu'il y a substitution thérapeutique, que le médicament procure le même soulagement, mais calculez-vous les coûts supplémentaires pour les transports et les visites chez le médecin?

M. Ian Potter: Nous essayons de fonctionner dans un souci d'efficacité. Notre mandat consiste à utiliser des ressources que le Parlement nous octroie de la manière la plus efficace possible, sans compromettre nos programmes thérapeutiques. Nous collaborons avec des médecins et des pharmaciens pour nous assurer que le programme donne de bons résultats thérapeutiques et que les services sont également offerts de manière efficace.

• (1700)

M. Dave Batters: Pourquoi avez-vous pris une telle décision, alors qu'Anciens Combattants Canada et les militaires n'ont pas jugé bon de le faire?

M. Ian Potter: Il faudrait que vous leur posiez la question.

M. Dave Batters: C'est ce que je vais faire immédiatement.

Mme Verna Bruce: Pour ce qui est des Anciens Combattants, je sais qu'il se fait quelques substitutions en faveur de produits génériques. Je ne sais pas exactement dans quelle mesure, alors je pourrai répondre ultérieurement au comité à ce sujet.

Lcol Dave Cecillon: À la Défense nationale, nous remplaçons également des médicaments par des formules génériques. Cependant, nous avons aussi, préalablement aux partenaires, conclu des ententes avec les fabricants qui nous permettent parfois de profiter de prix préférentiels. Il arrive que ces prix soient moins élevés que ceux des médicaments génériques. Il y a donc différentes façons de s'en sortir.

M. Dave Batters: Vous n'avez pas de politique obligeant le changement, cependant. Est-ce que je me trompe?

Lcol Dave Cecillon: Lorsqu'il y a changement en faveur d'un produit générique, ce n'est jamais par obligation.

M. Dave Batters: Alors si un patient voulait continuer à utiliser le médicament de marque déposée, on lui permettrait certainement de le faire.

Lcol Dave Cecillon: Je répète que nous avons un système fondé sur l'interchangeabilité des traitements. Lorsque deux instances au

Canada déterminent que deux traitements sont équivalents, alors nous ne remboursons effectivement que le produit générique.

M. Dave Batters: Ma dernière question de la journée, monsieur le président, s'adresse à tous les témoins. Si le PCEM devait être éliminé en raison de restrictions budgétaires, et nous parlons ici uniquement des 30 p. 100 de son financement qui proviennent du fédéral, quelles seraient les conséquences, le cas échéant, étant donné le dédoublement considérable des efforts qui semble exister?

Mme Verna Bruce: Je vais exprimer uniquement notre point de vue, d'autres pourront intervenir.

Cela ralentirait notre processus décisionnel lorsqu'il s'agit de déterminer si les médicaments doivent être remboursés dans le cadre de nos régimes. Il fut un temps où nous effectuions tous les six, chacun de notre côté, le travail actuellement accompli par le PCEM. En travaillant en partenariat, nous essayerions d'échanger de l'information, mais nous ferions nos propres examens individuellement.

Le président: Merci beaucoup.

Je veux remercier nos témoins pour leurs exposés et les membres du comité pour leurs excellentes questions. Nous allons poursuivre cette étude à la prochaine occasion.

Nous allons maintenant faire une brève pause avant de continuer nos travaux à huis clos.

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

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes

Published under the authority of the Speaker of the House of Commons

**Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :
Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:
<http://www.parl.gc.ca>**

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.