



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA

•

NUMÉRO 047

•

1^{re} SESSION

•

39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 16 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 16 avril 2007

• (1535)

[Français]

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon (Québec, BQ)):
Bonjour. Je vais assumer la présidence, étant donné que le président est dans l'impossibilité de présider l'assemblée aujourd'hui. Nous avons du pain sur la planche. Au cours des prochaines semaines, nous allons évaluer l'efficacité du Programme commun d'évaluation des médicaments. Des représentants de plusieurs organismes vont venir présenter leur mémoire.

Aujourd'hui, on reçoit des gens de l'industrie. Cependant, des gens de Santé Canada, de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, des experts et des groupes de patients vont comparaître ultérieurement. Il s'agit en effet d'un sujet qui interpelle plusieurs personnes de la communauté reliées de près ou de loin au domaine des médicaments.

Le fait qu'on entende aujourd'hui des gens de l'industrie n'est pas un choix stratégique. C'est plutôt dû à la disponibilité des gens qui peuvent nous faire part de leur vision des choses. J'espère qu'au fil des semaines, les membres du comité pourront se faire une idée sur la question. Je pense qu'avoir accès à des médicaments et disposer des meilleurs médicaments possibles pour soigner les patients sont des facteurs très importants.

Avant de céder la parole aux groupes qui sont présents aujourd'hui, j'aimerais souhaiter la bienvenue à M. Patrick Brown. Il remplace M. Dykstra, qui est parti siéger au Comité de la justice et des droits de la personne.

Je pense que ce comité est emballant. Aujourd'hui, nous recevons quatre groupes : Les Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada, l'Association canadienne du médicament générique, AM-GEN Canada inc. et BIOTECCanada. Chaque groupe dispose de 10 minutes pour nous donner son point de vue sur l'efficacité de ce contrôle relatif à l'acceptation des médicaments. Avant qu'une province inclue un médicament dans sa liste, toute une série d'évaluations est effectuée. Votre rôle est de nous éclairer sur la question et nous donner votre avis, et le nôtre est d'évaluer le dessous des choses.

Je vais maintenant céder la parole à M. Williams. M. Ferdinand vous accompagne, n'est-ce pas? On vous écoute.

• (1540)

M. Russell Williams (président, Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx & D)): Merci beaucoup, madame la présidente.

Bonjour à tous. Je suis heureux de m'adresser à vous aujourd'hui au nom de Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx&D).

Le Comité permanent de la santé joue un rôle essentiel en s'assurant que le gouvernement fédéral, chaque fois qu'il investit

pour améliorer la santé des Canadiennes et Canadiens, fasse preuve d'efficacité, agisse de manière transparente et rende des comptes.

Nous sommes heureux de vous aider à évaluer l'efficacité du Programme commun d'évaluation des médicaments.

[Traduction]

Nous ne pouvons faire autrement qu'être inquiets lorsque, moins de deux jours ouvrables avant le début des audiences, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, ou l'ACMTS, publie un communiqué annonçant une expansion considérable du PCEM. Nous devons nous demander s'il ne s'agit pas là d'une usurpation de vos travaux et de vos efforts en vue de déterminer la véritable valeur du PCEM.

Aujourd'hui, je tiens à dire haut et fort aux membres du comité que le processus du PCEM est, au mieux, un dédoublement et, au pire, un obstacle pour les patients en matière d'accès aux médicaments innovateurs. Je crois également que ce programme manque de transparence et doit rendre des comptes. Bref, le PCEM est profondément déficient.

Les impôts des contribuables canadiens financent à hauteur de 30 p. 100 le PCEM et de 80 p. 100 l'organisme qui le chapeaute, soit l'ACMTS. J'aurais voulu vous donner des chiffres plus précis, mais nous avons constaté que trouver ces renseignements est pratiquement impossible. Nous n'avons aucune idée de la façon dont l'argent du gouvernement fédéral est dépensé. Et cela devrait tous nous préoccuper.

[Français]

Les médicaments innovateurs et les vaccins sauvent des vies. Ils peuvent prévenir les maladies, réduire les hospitalisations et rendre notre système de santé plus efficace. Cependant, pour véritablement profiter des innovations biopharmaceutiques, les Canadiens et Canadiennes doivent avoir accès aux nouveaux médicaments et vaccins dès qu'ils sont approuvés par Santé Canada.

[Traduction]

L'une des premières étapes à franchir pour mettre un médicament à la disposition des Canadiennes et des Canadiens est l'examen de Santé Canada. Je tiens à féliciter Santé Canada pour ses efforts visant à réduire le délai d'approbation des médicaments et à éliminer le retard qui s'était accumulé. Cependant, ces gains importants sont annulés par le PCEM, ce qui est contre-productif pour la santé des patients.

Environ 10 millions de Canadiennes et de Canadiens sont touchés par les décisions du PCEM qui, elles, se répercutent sur les régimes publics d'assurance-médicaments, l'exception étant le Québec qui, comme vous le savez, a choisi de ne pas faire partie du PCEM. Chaque fois que le PCEM refuse un médicament innovateur, il élimine une option de traitement pour les aînés, les familles à faible revenu et les autres personnes qui doivent compter sur ces régimes publics d'assurance-médicaments. Il est tout simplement inacceptable qu'autant de Canadiennes et de Canadiens soient laissés pour compte.

[Français]

Avant qu'un nouveau médicament puisse être administré à un patient, il doit être approuvé par Santé Canada. Ensuite, le PCEM effectue son examen, et chaque province et territoire effectue un autre examen. Ce dédoublement inutile signifie que les patients doivent attendre davantage les médicaments dont ils ont besoin.

[Traduction]

Il est tout à fait incroyable que le PCEM puisse recommander de ne pas inscrire un médicament innovateur après que Santé Canada en a reconnu la valeur. Je le répète : ces médicaments ont déjà été approuvés par Santé Canada. Tout aussi incroyable est le délai nécessaire pour que les provinces inscrivent un médicament qui a reçu une recommandation positive du PCEM.

Au cours des trois dernières années, les provinces ont pris des centaines de jours pour inscrire des médicaments qui ont reçu une recommandation favorable. Je vous donne un exemple parmi tant d'autres qui montre que le PCEM n'agit pas dans l'intérêt des patients. Lorsque Santé Canada reconnaît la valeur d'un médicament innovateur, il avance rapidement et efficacement pour s'assurer que le médicament est offert aux Canadiennes et aux Canadiens, et ce, de manière prioritaire. C'est exactement ce qui s'est produit dans le cas du médicament appelé Sutent, un nouveau traitement dont on a constaté l'efficacité pour lutter contre le cancer gastro-intestinal et le cancer des reins.

Santé Canada a reconnu l'importance de cette innovation pour les patients et a accéléré son approbation en lui faisant subir un examen prioritaire. Moins de quatre mois après l'approbation de Santé Canada, le Québec a accepté de rembourser ce nouveau médicament pour le traitement du cancer gastro-intestinal par l'entremise de son programme d'accès exceptionnel. L'Ontario a également donné accès à ce médicament aux patients atteints du cancer gastro-intestinal.

Qu'a fait le PCEM? Bien que l'indication pour le cancer gastro-intestinal ait finalement reçu une autorisation « d'inscription conditionnelle » à la fin de mars 2007 — six mois après que le Québec et l'Ontario ont décidé de donner accès à ce médicament —, le PCEM n'a pas encore rendu sa décision pour l'indication contre le cancer des reins. Cela signifie que les patients attendent encore pour obtenir un médicament qui a été approuvé il y a 11 mois par Santé Canada.

Comme le PCEM constitue un obstacle supplémentaire en matière d'accès, je demande aux membres du comité s'ils croient vraiment nécessaire d'imposer à chaque médicament innovateur trois processus distincts d'examen au Canada. Nous avons Santé Canada, puis le PCEM et ensuite les provinces.

• (1545)

[Français]

Les Canadiens et Canadiennes devraient être les premiers à bénéficier des nouveaux médicaments. Une étude comparative internationale effectuée récemment par Les compagnies de recherche

pharmaceutique du Canada (Rx&D) le démontre très clairement. Les auteurs de l'étude ont évalué 50 recommandations d'inscription par le PCEM parallèlement à celles d'autres institutions d'examen des médicaments. Ils ont constaté que comparativement au PCEM, les pays européens recommandaient l'inscription d'un nombre considérablement plus élevé de nouveaux médicaments.

[Traduction]

Madame la présidente, il s'agit de la même molécule, de la même science. Pourtant, les résultats sont différents. Comment peut-on expliquer une telle chose? Comment ce programme peut-il avantager les Canadiennes et les Canadiens?

Nous croyons que le PCEM est trop axé sur la compression des coûts et ne se préoccupe pas suffisamment des résultats pour les patients. Nous n'avons même pas besoin d'aller chercher hors du pays pour trouver des patients qui jouissent d'un meilleur accès aux médicaments innovateurs. Comme je l'ai déjà mentionné, le Québec est la seule province qui ne participe pas au PCEM. Par conséquent, cette province ne s'encombre pas de cet autre niveau de dédoublement. Et elle inscrit davantage de médicaments, ce qui avantage les patients.

En outre, le PCEM accentue l'inégalité en matière d'accès aux médicaments des Canadiennes et les Canadiens. Pour le dire franchement, nombre de Canadiennes et de Canadiens qui souscrivent à un régime privé ont un choix beaucoup plus grand et un accès bien meilleur que les bénéficiaires des régimes publics d'assurance-médicaments.

[Français]

En tant que membres de la collectivité, nous comprenons les enjeux auxquels font face les gouvernements pour continuer à financer le système de santé. Nous croyons fermement que les nouveaux médicaments constituent un investissement dans la santé des Canadiens et Canadiennes et une amélioration de l'efficacité du système de santé.

[Traduction]

Les sociétés membres de Rx&D croient également que tous les patients canadiens devraient avoir accès aux meilleurs traitements qui existent au moment où ils en ont besoin.

Madame la présidente, votre comité a décidé de tenir des audiences publiques pour entendre le point de vue des intervenants, et je cite, « quant au processus utilisé par le PCEM pour évaluer les médicaments et obtenir leurs commentaires quant à l'efficacité du PCEM ». Or, l'agence qui supervise le PCEM a déjà annoncé l'expansion du programme au motif qu'il a atteint ses objectifs, un avis que nous ne partageons pas. De plus, il n'est pas dans l'intérêt du public de procéder à une expansion d'un système qui, de toute évidence, ne fonctionne pas.

Le PCEM a un impact régressif sur les patients quant à leur accès aux médicaments approuvés par Santé Canada. C'est surtout vrai pour les médicaments visant à traiter une maladie grave, fatale ou sévèrement débilitante qui ont été approuvés par Santé Canada dans le cadre de sa politique relative aux avis de conformité conditionnels. Jusqu'à maintenant, le PCEM a émis des recommandations défavorables pour l'ensemble des médicaments qui ont reçu un avis de conformité conditionnel, sauf deux. C'est pourquoi Rx&D demande instamment aux honorables membres du comité de recommander au gouvernement fédéral de geler immédiatement le financement du PCEM.

De plus, nous exhortons le gouvernement du Canada à mener un examen indépendant et exhaustif des objectifs, de la reddition de comptes, de la rentabilité et des résultats en matière de santé du Programme commun d'évaluation des médicaments. Nous devons améliorer le système, éviter les dédoublements, les retards et les messages contradictoires. Nous croyons qu'en prenant ces mesures, le comité permanent donnerait une voix aux millions de patients canadiens qui attendent trop longtemps pour avoir accès aux médicaments à cause du PCEM et des provinces qui, elles, prennent trop de temps pour rendre leurs décisions.

Avant de conclure, madame la présidente, j'aimerais dire quelques mots au sujet de l'examen conjoint des médicaments oncologiques. J'espère que ce programme, créé récemment, n'entraînera pas le même genre de retards que le PCEM.

Les Canadiennes et les Canadiens exigent de recevoir les meilleurs soins de santé au monde. Notre système de santé fait partie de notre tissu social et de notre identité. Rx&D croit avoir contribué, et il continue de le faire, à l'amélioration de la santé de tous les Canadiennes et les Canadiens. Un processus qui limite le choix, retarde ou refuse l'accès aux médicaments les plus innovateurs au monde ne constitue pas une solution.

• (1550)

[Français]

Merci beaucoup, madame la présidente. Je suis disponible pour répondre aux questions après les autres présentations.

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): Le deuxième intervenant est M. Jim Keon, de l'Association canadienne du médicament générique.

M. Jim Keon (président, Association canadienne du médicament générique): Merci, madame la vice-présidente.

Je suis président de l'Association canadienne du médicament générique. Je vais faire ma présentation en anglais.

[Traduction]

Je tiens à vous remercier de nous avoir invités à exposer nos vues sur le programme commun d'évaluation des médicaments. L'Association canadienne du médicament générique, ou l'ACMG, est l'organisme national qui représente l'industrie canadienne du médicament générique.

D'abord, pour situer un peu le contexte, d'après l'Institut canadien d'information sur la santé, depuis 1997, les Canadiens dépensent plus, chaque année, en médicaments qu'en consultations médicales. D'après l'IMS, source de données de l'industrie, entre 1997 et 2006, les achats de produits pharmaceutiques sont passés de 6,8 milliards à 17,8 milliards, une hausse de 162 p. 100 sur 10 ans. Cette tendance va continuer de s'accroître au fur et à mesure que la population vieillit, que les médicaments nouveaux et plus chers remplacent les médicaments existants, et que les traitements médicamenteux occupent une place plus grande dans les soins aux patients. Selon l'IMS, les ventes de médicaments d'ordonnance vont augmenter de 7,5 p. 100 par année pour atteindre 23,4 milliards en 2010.

L'industrie du médicament générique joue un rôle clé dans le régime de soins de santé. Elle fournit des médicaments sûrs, éprouvés et de haute qualité, et contribue à assurer la viabilité des régimes d'assurance-médicaments du gouvernement et des employeurs. Les médicaments génériques comptent pour plus de 44,5 p. 100 des ordonnances au Canada, mais ne représentent que 18,1 p. 100 des dépenses. Comme l'indiquent ces chiffres, ils offrent un excellent rapport qualité-prix.

Je tiens à préciser que les médicaments génériques ne sont pas assujettis au programme commun d'évaluation des médicaments, un fait que je vous invite à garder à l'esprit. Il reste que le programme soulève chez nous certaines préoccupations.

Le PCEM remplit un rôle important. Lorsque de nouveaux médicaments sont soumis à l'approbation de Santé Canada, le fabricant de médicaments de marque doit démontrer que le produit prescrit pour soigner une maladie, un état ou un malaise est plus efficace qu'un placebo. Il doit également prouver que le produit est sûr, un terme bien relatif, tous les médicaments d'ordonnance ayant des effets secondaires, certains plus sérieux que d'autres. Pensons au retrait très médiatisé de médicaments comme le Vioxx, le Rezulin, le Baycol et le Propulsid, auquel nous avons assisté ces dernières années.

Comme nous avons pu le constater à maintes et maintes reprises, ce n'est pas parce qu'un médicament est nouveau qu'il est plus efficace ou plus sûr que les médicaments déjà sur le marché.

Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, le CEPMB, évalue l'amélioration thérapeutique qu'apportent tous les médicaments brevetés au Canada, et ce, pour distinguer les médicaments qui constituent une découverte des autres produits. Le Conseil publie les résultats de ces évaluations dans ses rapports annuels. Entre 1990 et 2003, le Conseil a évalué 1 147 nouveaux médicaments : seulement 5,9 p. 100 d'entre eux, soit 68, remplissaient les critères réglementaires permettant d'établir qu'un médicament constitue une découverte.

Il est impossible pour les médecins, les gouvernements provinciaux et les patients de savoir si un produit nouveau est plus efficace ou plus sûr que les médicaments déjà existants sur le marché, tout simplement parce qu'il a été approuvé par Santé Canada. Ce sont là des questions importantes à la fois pour les médecins, qui doivent déterminer si les médicaments peuvent être prescrits et dans quelles circonstances, les gouvernements et les employeurs, qui doivent décider si le prix du médicament doit être remboursé, et les patients qui, eux, pourraient se voir prescrire le nouveau médicament. Or, le programme commun d'évaluation des médicaments a été créé dans le but, justement, de répondre à ces questions.

Certains ont souligné le fait que le remboursement des médicaments d'ordonnance au Canada varie d'une province à l'autre. Un médicament peut être couvert par le régime public dans une province, mais pas dans une autre. Encore une fois, le programme commun d'évaluation des médicaments a pour objet de régler le problème que pose la protection inégale des médicaments d'ordonnance en formulant des recommandations aux provinces sur la question de savoir si l'amélioration thérapeutique apportée par un nouveau médicament justifie son coût additionnel.

Les gouvernements, les médecins et le public doivent être renseignés sur l'innocuité et l'efficacité relatives d'un produit par rapport à d'autres traitements médicamenteux et non médicamenteux, pour pouvoir déterminer si les nouveaux médicaments doivent être prescrits et faire l'objet d'un remboursement. Le processus d'approbation de Santé Canada ne fournit pas ces renseignements.

Je propose que le programme commun d'évaluation des médicaments soit élargi de manière à englober les produits pharmaceutiques génériques. Une collaboration plus étroite entre le gouvernement fédéral et les provinces au chapitre de l'approbation et de l'inscription des produits contribuerait à aider les patients, les contribuables et même les fabricants de médicaments de marque.

Les médicaments génériques qui figurent sur les formulaires des provinces — la liste des médicaments remboursés par chacune des provinces —, ont déjà été approuvés par Santé Canada à la suite d'un long processus d'évaluation. Or, bien que les normes d'examen de Santé Canada soient reconnues à l'échelle internationale, certaines provinces continuent de soumettre les médicaments à un processus d'examen redondant. Le dédoublement inutile des efforts d'approbation déjà menés par le gouvernement fédéral retarde l'arrivée sur le marché de médicaments génériques et coûte chaque année des millions de dollars aux contribuables, les provinces continuant de rembourser des médicaments de marque beaucoup plus chers pendant plus longtemps qu'elles ne devraient le faire.

• (1555)

Les médicaments génériques devraient faire l'objet, au niveau provincial, d'un processus d'approbation simple et rapide. Une fois que le gouvernement provincial a évalué la valeur thérapeutique d'un nouveau médicament en regard de son coût et décidé de le rembourser, ce qu'il fait dans le cas d'un nouveau médicament de marque, la décision d'inscrire le produit générique — habituellement 12 ou 15 ans après l'introduction du produit de marque — sur son formulaire devrait être automatique. Après avoir remboursé le prix d'un médicament de marque breveté pendant des années, le gouvernement pourrait réduire ses dépenses en procédant à l'inscription des médicaments génériques moins coûteux dès qu'ils sont approuvés par Santé Canada. Comme les régimes privés d'assurance-médicaments s'appuient souvent sur les régimes publics pour décider quels médicaments rembourser, un processus d'approbation accéléré permettrait aux employeurs et aux consommateurs canadiens d'avoir un meilleur accès aux médicaments génériques et, partant, de réaliser des économies encore plus importantes. Grâce à la marge de manœuvre ainsi dégagée sur le plan budgétaire, les régimes d'assurance-médicaments pourraient rembourser un plus grand nombre de médicaments nouveaux mis au point par l'industrie des médicaments d'origine.

Merci de votre temps et de votre attention.

[Français]

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): Nous allons maintenant passer à l'organisme AMGEN Canada Inc., dont M. Daniel Billen est le vice-président et directeur général.

[Traduction]

M. Daniel Billen (vice-président et directeur général, AMGEN Canada inc.): Bonjour, madame la présidente et honorables membres du comité. Je m'appelle Daniel Billen. Je suis le vice-président et directeur général d'Amgen Canada.

[Français]

J'aimerais remercier le comité de m'avoir invité à cette audience et je suis ravi d'avoir l'occasion de présenter le point de vue d'AMGEN sur l'efficacité du Programme commun d'évaluation des médicaments.

[Traduction]

Trop de gens ici présents ont des membres de leur famille ou des amis qui souffrent de cancer, d'une maladie rénale, de polyarthrite rhumatoïde ou d'une autre maladie grave. Nombre de ces personnes dépendent du gouvernement pour obtenir les médicaments qui leur permettent de se soigner.

Chez Amgen, notre mission consiste à servir les patients, surtout ceux qui souffrent de maladies graves.

Permettez-moi d'abord de vous expliquer pourquoi la biotechnologie est unique. C'est une technologie qui utilise des organismes vivants pour fabriquer de nouveaux médicaments, mettant de côté les produits chimiques traditionnels.

La biotechnologie est une science relativement nouvelle et les percées biotechnologiques offrent des possibilités sans précédent dans le domaine médical.

Grâce à cette approche révolutionnaire, qui utilise des organismes vivants afin de fabriquer de nouveaux médicaments, la biotechnologie promet de répondre à des besoins médicaux critiques non satisfaits comme le cancer, la sclérose en plaques, l'insuffisance rénale, les maladies osseuses et l'Alzheimer, pour ne mentionner que ceux-là.

Les médicaments biotechnologiques actuels figurent parmi les produits les plus novateurs au monde — des médicaments comme Herceptin, Enbrel et Neupogen. Aujourd'hui, 20 p. 100 de tous les médicaments approuvés sont biotechnologiques. Dans cinq à dix ans, ce chiffre sera d'au moins 50 p. 100.

Je voudrais maintenant vous parler d'Amgen et de son impact sur les patients que nous desservons. Amgen est la principale société de biotechnologie au monde; elle sert plus de dix millions de patients dans le monde entier depuis plus de 15 ans. Au Canada, la moitié des patients que nous soignons souffrent de polyarthrite rhumatoïde, un quart, de cancer et un quart, d'une maladie rénale.

L'expérience d'Amgen avec le PCEM montre que ce sont les patients qui sont les plus durement touchés. Au cours des 15 dernières années, Amgen a fait approuver cinq médicaments importants par Santé Canada. Avant le PCEM, trois de ces médicaments étaient remboursés par le gouvernement, partout au Canada. Depuis la mise en place du PCEM, deux médicaments d'Amgen approuvés par Santé Canada ne sont plus remboursés. En d'autres termes, le PCEM n'a pas amélioré l'accès des patients aux médicaments d'Amgen.

Considérons les faits. Les résultats d'une étude internationale menée en 2006 par Rx&D indiquent clairement que le Canada rembourse moins de médicaments que la France, la Suisse, la Suède, le Royaume-Uni et même l'Australie.

Considérons maintenant les médicaments pionniers. Sur sept médicaments pionniers lancés sur le marché, cinq en moyenne ont été remboursés par les pays que je viens de mentionner. Au Canada, aucun de ces produits n'a été approuvé par le PCEM. Mesdames et messieurs, le tableau qui figure sur cette diapositive vaut mille mots.

Le PCEM est un échec fondamental. Il refuse l'accès à des médicaments vitaux et défavorise grandement les Canadiens par rapport aux habitants d'autres pays modernes. Ce nonaccès est carrément tragique pour les patients, et tout à fait inacceptable pour les Canadiens.

Que faut-il faire? Amgen propose trois réformes pratiques, réalistes et possibles qui pourraient être apportées immédiatement. Premièrement, concevoir un processus d'évaluation distinct pour les médicaments pionniers. Deuxièmement, améliorer la responsabilisation des pouvoirs publics en tenant des audiences d'intérêt public et assujettir le PCEM à la Loi sur l'accès à l'information. Troisièmement, établir un mécanisme d'appel administratif pour les recommandations du PCEM.

• (1600)

Notre objectif commun est d'améliorer la santé humaine en donnant aux patients un accès aux médicaments ayant une importance critique.

Mesdames et messieurs, chaque jour, au pays, des patients se font dire « Nous sommes désolés, nous ne pouvons rien faire de plus. » Eh bien, mesdames et messieurs, nous pouvons faire quelque chose. Ne pouvons-nous pas reconnaître, ici et maintenant, que notre objectif commun en tant que société doit être de faire passer les patients d'abord, en donnant aux patients un accès aux médicaments ayant une importance critique?

Merci.

[Français]

Il me fera plaisir de répondre à vos questions.

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): Nous avons un dernier témoin, M. Peter Brenders, président et chef de la direction de BIOTECCanada.

[Traduction]

M. Peter Brenders (président et chef de la direction, BIOTECCanada): Merci. Madame la présidente, au nom de l'industrie canadienne de la biotechnologie, je remercie le Comité permanent de la santé de mener cette étude importante du programme commun d'évaluation des médicaments.

Aujourd'hui, nous aimerions exposer au comité les défis auxquels la communauté de la biotechnologie du Canada est confrontée, dans le cadre du PCEM, quand il est question d'offrir de nouvelles thérapies aux patients et patientes du Canada. Entre autres recommandations qui visent à permettre au Canada d'atteindre les normes internationales en matière d'accessibilité aux médicaments, mentionnons les suivantes : faire en sorte que le PCEM reconnaisse la valeur de l'innovation; élaborer un mécanisme d'examen qui peut évaluer les percées, les produits pionniers; et faire en sorte que ce processus rende des comptes aux Canadiens par la tenue de réunions ouvertes du comité d'examen.

Sean Thompson, directeur du développement des affaires chez YM Biosciences, de Mississauga, prendra la parole en premier.

• (1605)

M. Sean Thompson (directeur, Développement des affaires, YM Biosciences inc., BIOTECCanada): Bonjour.

YM Biosciences est une société émergente qui développe des produits de lutte contre le cancer. Elle a été fondée en 1994. Nous sommes en train de mettre au point de nouveaux produits thérapeutiques sous licence des universités de la Saskatchewan, du Manitoba et Dalhousie.

Notre produit principal est le nimotuzumab, une molécule dérivée produite biologiquement qui est en cours de développement pour diverses indications de cancer. La principale indication pour le nimotuzumab est un gliome pontique pédiatrique qui touche moins de 50 enfants canadiens chaque année. Il a été démontré que le nimotuzumab améliore la qualité de vie et la durée de survie des patients touchés.

Je suis ici aujourd'hui parce que la société que je représente craint que le PCEM, à la lumière de ses antécédents, rejette ce produit élaboré au Canada et interdise ainsi à des patients canadiens l'accès à une thérapie qui pourrait prolonger leur durée de vie.

Mon travail consiste en grande partie à introduire sur le marché de nouvelles découvertes fascinantes dans le domaine de la santé. Souvent, ces efforts de développement se déroulent en partenariat avec des multinationales pharmaceutiques ou au moyen d'investissements en coentreprise. Ce travail est rendu encore plus difficile quand les cadres de coentreprises et de grandes sociétés responsables des licences soulignent que le marché canadien offre très peu

d'accès, sinon aucun, aux produits biologiques novateurs, à cause des recommandations directes du PCEM.

Pour que le Canada réalise le plein potentiel de ses investissements dans les universités et programmes comme la Fondation canadienne pour l'innovation, Genome Canada et les Instituts canadiens de recherche en santé, nous devons faire en sorte que le fruit de ces investissements se rende aux patients et patientes du Canada.

Pour encourager les investissements et les inventions novatrices en santé, le Canada, par le truchement du PCEM, doit reconnaître la valeur de l'innovation. Au Royaume-Uni, par exemple, le National Institute for Clinical Excellence, le NICE, qui est comparable au PCEM, tient explicitement compte de la nature novatrice de la technologie et des intérêts plus vastes de la société. Le NICE collabore aussi avec un conseil de citoyens : ensemble, ils prennent des décisions concernant le remboursement de nouveaux médicaments.

L'intégration des éléments du NICE au PCEM permettrait de démontrer que le système canadien tient compte des besoins d'une population vulnérable et reconnaît la valeur novatrice des thérapies de pointe.

M. Peter Brenders: YM n'est qu'une société parmi d'autres qui s'efforce d'atteindre l'objectif de l'industrie biotechnologique canadienne : mettre au point de nouvelles technologies pour répondre aux besoins non satisfaits des patients canadiens, et offrir des possibilités économiques grâce au développement de la biotechnologie canadienne. Les dernières données de Statistique Canada, publiées en janvier dernier, montrent que les 303 sociétés canadiennes de biotechnologie emploient actuellement près de 11 000 personnes dans des postes hautement spécialisés et consacrent environ 1,5 milliard de dollars chaque année à la R-D. Ce chiffre représente plus de 12 p. 100 de l'ensemble des dépenses de R-D des entreprises au Canada.

Les sociétés canadiennes, dans toutes les villes et provinces, mettent au point de nouvelles thérapies contre le cancer, la maladie d'Alzheimer, l'ostéoporose, la maladie de Parkinson et, de façon peut-être encore plus importante, les maladies rares pour lesquelles il n'y a aucun traitement. En fait, au moins 27 entreprises canadiennes ont obtenu le statut de médicament orphelin de la U.S. Food and Drug Administration pour des produits qu'elles sont en train de mettre au point, des produits du même type que ceux que le PCEM a constamment refusés.

Depuis trois ans, BIOTECCanada réclame que le PCEM rende compte au public des décisions du Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments, le CCCEM. En vertu du système actuel, les 12 membres du CCCEM se réunissent à huis clos pour offrir leur opinion collective sur la valeur des nouvelles thérapies et décider s'ils recommanderont ou non que les Canadiens et Canadiennes aient accès à ces nouvelles thérapies qui peuvent leur sauver la vie. Le CCCEM émet un avis aux régimes de remboursement des médicaments en se fondant sur cette opinion.

Des milliers de personnes, au Canada, vivent avec les décisions du CCCEM. Les contribuables défraient la note de ses délibérations, mais le public n'a pas accès au processus décisionnel qui détermine la valeur des thérapies. Cette situation est particulièrement troublante, le CCCEM ayant rejeté toutes les nouvelles thérapies pour des besoins non satisfaits. De plus, comme la plupart des pays permettent un certain accès à la majorité des thérapies rejetées par le CCCEM, le Canada n'évolue pas au même rythme que les autres pour ce qui est du traitement offert aux patients souffrant de maladies souvent rares et mortelles.

En 2005, une évaluation du PCEM par EKOS Research, réalisée au nom du PCEM, a fait état d'une insatisfaction généralisée de la population à l'égard de l'équité et de la transparence du processus d'examen. Comme il fallait s'y attendre, les groupes de défense des intérêts des patients et de l'industrie ont affirmé que le processus manquait de transparence. Les Canadiens et les Canadiennes doivent avoir la conviction que le processus d'examen est solide et responsable. Or, on ne peut dire d'un processus qui se déroule à huis clos et qui ne tient pas compte du point de vue du public, qu'il est responsable. BIOTECANADA recommande donc que le CCCEM ouvre ses réunions au public.

Comme nous l'avons constaté, le processus du PCEM n'a pas soutenu les personnes qui doivent avoir accès aux thérapies novatrices. À cet égard, les obstacles que doivent franchir les patients au Canada commencent à être bien connus ailleurs dans le monde, ce qui place le Canada dans une position décalée par rapport aux autres organismes d'évaluation à l'échelle internationale. Les données présentées au PCEM ont servi à d'autres organismes de remboursement ailleurs dans le monde à autoriser l'accès du public à ces produits. De nombreux pays ont mis sur pied des programmes et des mécanismes uniques qui leur permettent d'examiner les thérapies qui répondent aux besoins non satisfaits.

À plusieurs reprises, nous avons fait part au PCEM des enjeux et des problèmes qui concernent le processus et l'efficacité du système. En outre, l'ancien président du CCCEM a déclaré publiquement que le processus du PCEM n'était pas en mesure de bien évaluer les médicaments destinés au traitement de maladies rares. Donc, pourquoi est-il maintenu sans changements fondamentaux? Malheureusement, les changements qui ont été apportés ont pris la forme d'une hausse des dépenses des provinces pour établir des mécanismes alternatifs, et ce, afin de relever les défis que posent les thérapies pionnières ou spécialisées. Le PECMO est un exemple parmi d'autres.

Nos membres sont conscients de la complexité de certains des enjeux et souhaitent collaborer avec Santé Canada et le PCEM pour trouver des solutions qui apporteront des thérapies novatrices aux patients et patientes du Canada.

Pour terminer, voici ce que BIOTECANADA recommande : avant que le gouvernement n'investisse davantage dans le PCEM, l'organisme doit rendre compte de toutes ses décisions aux Canadiens et ouvrir les réunions du CCCEM. Il doit élaborer des procédures efficaces pour évaluer les nouvelles thérapies destinées aux besoins médicaux non satisfaits. Il doit intégrer de manière explicite dans son mandat des mécanismes qui reconnaissent la valeur de l'innovation dans les soins de santé. Nous croyons que les Canadiens seront mieux servis par un processus plus responsable. L'industrie canadienne de la biotechnologie peut apporter sa contribution à ce chapitre.

Merci.

•(1610)

[Français]

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): On peut passer à la période de questions en commençant par Mme Brown.

[Traduction]

Mme Bonnie Brown (Oakville, Lib.): Merci, madame la présidente.

Avant de commencer, j'aimerais faire un rappel au Règlement. Je trouve cette réunion plutôt étonnante. Je sais que le comité a décidé de mener une étude sur les médicaments d'ordonnance, et je sais aussi que le programme commun d'évaluation des médicaments n'est qu'une pièce parmi d'autres de ce vaste casse-tête. Toutefois, je suis très surprise de voir que le comité n'a encore reçu aucun document faisant état du mandat de l'étude sur les médicaments d'ordonnance.

En plus du mandat, et cela fait partie de la procédure normale, nous avons l'habitude de recevoir un plan de travail qui décrit le sujet qui sera abordé au cours de la première réunion, de la deuxième, ainsi de suite. Aucune de ces choses n'a été faite. Je ne sais pas pourquoi, madame la présidente, mais vous pouvez peut-être vous renseigner.

Comme nous avons déjà mené une étude sur ce sujet il y a quelques années de cela, on s'attendrait à ce que le comité de la santé s'attaque à certains problèmes de fond auxquels le Canada est confronté en matière de médicaments d'ordonnance. Toutefois, compte tenu du fait que, sur les douze membres que compte le comité, au moins six n'ont pas participé à l'étude plutôt vaste qui a déjà été réalisée, nous devrions suivre un processus plus formel. Nous devrions convoquer des représentants de Santé Canada pour qu'ils nous expliquent leurs responsabilités en matière de médicaments d'ordonnance. Si le PCEM est inclus dans l'étude, et aussi dans le plan de travail approuvé — plan que nous n'avons pas encore vu —, alors les représentants du PCEM devraient également être convoqués, ainsi de suite.

Nous avons, dès le départ, une question plutôt épineuse à régler. Rien de ce qui a été dit jusqu'ici ne m'a étonné, madame la présidente. Bon nombre d'entre nous allons commencer cette étude sans avoir suffisamment de renseignements de base en main — l'histoire du programme, les facteurs à la source du problème, ainsi de suite — pour bien comprendre les enjeux. Cette étude a été lancée, de toute évidence, sans suivre les étapes normales du processus. Je demande donc, madame la présidente, que —

•(1615)

[Français]

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): Merci.

Monsieur Fletcher.

[Traduction]

M. Steven Fletcher (Charleswood—St. James—Assiniboia, PCC): J'invoque le Règlement.

Ma collègue a raison. Il faut procéder de façon ordonnée. Le comité de direction peut peut-être se pencher sur certaines des préoccupations formulées par ma collègue pour que nous puissions entreprendre une étude en bonne et due forme. C'est ce qu'elle souhaite, à mon avis, et je pense que c'est de bon aloi.

Mme Bonnie Brown: Merci, madame la présidente.

[Français]

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): Êtes-vous satisfaite?

[Traduction]

Mme Bonnie Brown: Oui. Merci.

Je tiens à présenter mes excuses aux témoins, mais cela fait deux semaines que nous sommes absents et je suis très surprise de voir l'ordre du jour de la réunion d'aujourd'hui, quoique je ne suis pas étonnée d'entendre vos propos.

Est-ce que quelqu'un ici peut répondre à une question? À l'exception du Québec, qui n'a jamais adhéré au programme commun d'évaluation des médicaments, combien de provinces continuent de mener leurs propres examens?

Monsieur Williams.

M. Russell Williams: Pour répondre à votre question, et corrigez-moi si je me trompe, je crois comprendre que la plupart le font, pour la raison que j'ai, en partie, évoquée. Ce n'est pas seulement les refus qui posent problème, mais également les délais d'attente après un avis favorable. Ceux-ci peuvent atteindre, dans certains cas, plusieurs centaines de jours. On présume que quelque chose se passe pendant ce temps-là, c'est-à-dire, un autre examen. Voilà pourquoi j'ai parlé des trois niveaux d'examen pour le même médicament.

Mme Bonnie Brown: D'accord.

M. Russell Williams: Si les autres témoins souhaitent corriger mes propos —

Mme Bonnie Brown: La question qui me préoccupe depuis toujours n'est pas de savoir si le gouvernement devrait se prononcer sur l'innocuité et l'efficacité d'un médicament, mais si une agence fédérale peut rendre une décision sur la rentabilité d'un médicament alors que le gouvernement fédéral n'a pas de régime de remboursement des médicaments qui s'applique au grand public. Quel est votre avis là-dessus?

Monsieur Williams, vous avez déjà fait de la politique. N'est-il pas normal que celui qui paie le violon choisisse la musique?

M. Russell Williams: Pour répondre à votre question, la plupart des politiciens, s'ils paient les violons, comme vous le dites, choisissent la musique.

Encore une fois, il est question ici d'une idée qui semble intéressante en théorie, mais en bout de ligne, qui est le mieux placé pour prendre une décision? Qui est responsable? Qui paie? Dans bien des cas, c'est le gouvernement provincial. C'est très compliqué. Deux témoins aujourd'hui ont parlé du rôle précis que jouent les médicaments dont il est ici question. Il est difficile de prendre, à un très haut niveau, une décision qui s'applique à tout le monde. Les provinces connaissent leurs responsabilités mieux que quiconque.

Mme Bonnie Brown: Je vous demande pardon, mais si ce sont les provinces qui paient, alors elles ont le droit de se prononcer. Toutefois, nous avons ici une instance qui choisit la musique, mais qui ne paie pas les violons. Ce sont les autres qui paient, et c'est ce que disait M. Benders.

M. Russell Williams: Je ne suis pas sûr que l'on puisse dire que cette responsabilité relève du fédéral. Le problème, c'est que le programme semble tomber entre les mailles du filet que représente chaque palier de gouvernement. Cela soulève toute la question des appels, de la transparence, de l'obligation de rendre compte, de la responsabilité. Ce programme ne relève pas vraiment du palier fédéral, mais plutôt du palier FPT. On s'inquiète du fait que les responsables du programme ne rendent des comptes à personne.

Mme Bonnie Brown: J'ai une autre question à poser. La responsabilité du processus d'examen conjoint de médicaments

oncologiques a été confiée à la Société du cancer de l'Ontario, qui sera chargée de prendre des décisions pour tout le monde. N'est-ce pas là un signe que le PCEM est incapable d'évaluer les médicaments anticancéreux? N'en va-t-il pas de même pour les produits biologiques? Est-ce que les gens qui présentent ces thérapies sont d'avis que le programme commun d'évaluation des médicaments n'est pas vraiment efficace? Est-il capable d'évaluer les médicaments qui visent à soigner les maladies rares?

M. Billen aimerait dire quelque chose.

• (1620)

M. Daniel Billen: J'aimerais répondre à la question. Ce que nous recommandons, entre autres, dans le cas du PECMO, c'est que l'on évite de répéter les erreurs qui ont été commises dans le cas du PCEM. La question ici n'est pas de savoir qui est responsable, mais qui souffre. Au bout du compte, c'est le patient qui se voit refuser l'accès aux médicaments. C'est le constat qu'il faut faire. Le patient qui se voit refuser l'accès à des médicaments est privé de tout espoir que ce médicament potentiellement important pourrait lui apporter.

Les responsables du programme commun d'évaluation des médicaments ont demandé que celui-ci s'étende aux produits oncologiques. Ce sont les provinces qui ont recommandé la mise en place du PECMO. En fait, en principe, les deux approches sont acceptables. Il faut avoir un dénominateur commun qui est capable de prendre des décisions. Toutefois, ce sont les résultats qui comptent et les résultats sont les suivants : est-ce que le PCEM ou le PECMO vont favoriser l'accès aux percées médicales importantes? La réponse, dans le cas du PCEM, est non. Dans le cas PECMO, il faut attendre de voir. Je pense que nous devons, en tant que Canadiens, faire en sorte que les patients qui ont besoin de ces produits importants et novateurs y aient accès. Voilà l'objectif visé.

Mme Bonnie Brown: Je pense que M. Brenders voulait ajouter quelque chose.

Est-ce que quelqu'un pourrait aborder le sujet des maladies rares?

M. Peter Brenders: Je vais le faire. En un mot, on se demande si le PCEM peut effectivement évaluer des médicaments qui visent à soigner les maladies rares, à répondre aux besoins non satisfaits. Comme je l'ai mentionné, l'ancien président, M. Laupacis, a déclaré que le PCEM, dans sa forme actuelle, ne pouvait répondre de manière adéquate aux besoins non satisfaits. Le programme, tel que structuré, ne fonctionne pas. Il semble être en mesure d'évaluer adéquatement les médicaments d'emploi courant. Toutefois, en tant que processus technologique qui se penche sur les besoins non satisfaits, les médicaments destinés au traitement des maladies rares, le fait que les provinces procèdent à leurs propres examens ou mettent sur pied des processus comme le PECMO nous amène à nous demander si elles font confiance au PCEM.

Mme Bonnie Brown: Comme vous le savez, nous sommes à mi-chemin de réaliser une vision issue d'un processus fédéral-provincial, qui comprenait une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, mais dont l'un des objectifs ultimes, à mon sens, était de dresser une Liste nationale commune de médicaments plutôt que des listes provinciales. J'ai l'impression que c'était l'intention de ces penseurs lorsque le projet a été mis en place. Si nous nous rendons jusque-là, n'êtes-vous pas préoccupés que nous pourrions nous retrouver avec une liste fondée sur l'expérience du PCEM d'une liste nationale qui est essentiellement le plus petit dénominateur commun?

Quelqu'un voudrait-il donner son avis?

M. Russell Williams: En ce qui concerne votre question, cela paraît intéressant et très positif lorsque vous suggérez une simple idée: ne serait-ce pas merveilleux si nous...? Mais en réalité, notre plus grande préoccupation est que nous nous rapprocherons du plus petit dénominateur commun.

Pour ce qui est de votre observation antérieure, il m'est difficile d'imaginer comment vous allez dresser une liste nationale, possiblement fondée sur une stratégie très axée sur la compression des coûts qui, dans une certaine mesure, déterminera quels médicaments seront disponibles pour quels patients. En bout de ligne, ce sera le palier provincial qui en fera les frais, car je crois fermement qu'une bonne utilisation des médicaments innovateurs non seulement sauve et améliore des vies, mais aussi fait économiser de l'argent au système de soins de santé.

Ce qui nous préoccupe alors, c'est l'évolution actuelle vers une réduction plutôt qu'une augmentation de l'accès.

Mme Bonnie Brown: Je vous remercie.

Merci, madame la présidente.

[Français]

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): M. Keon voudrait ajouter quelques informations.

• (1625)

[Traduction]

M. Jim Keon: Oui, merci.

Sur ce dernier point, nous nous attaquons aux gestionnaires de programmes de médicaments et aux ministères de la santé dans toutes les provinces. Je crois que tant qu'ils paieront les médicaments, il n'y a pratiquement aucune chance qu'ils redonnent le pouvoir à une autre agence à qui ils paient les médicaments.

Je répète que le Programme commun d'évaluation des médicaments, comme M. Williams l'a dit, n'est pas une création du gouvernement fédéral; il découle de groupes fédéraux-provinciaux-territoriaux qui se sont rassemblés. À maints égards, c'était en fait le souhait des provinces, surtout des petites provinces, qui n'ont simplement pas, ou ont l'impression de ne pas avoir, les ressources appropriées pour évaluer la rentabilité et les vertus thérapeutiques de tous ces nouveaux médicaments.

Mme Bonnie Brown: Merci, madame la présidente.

[Français]

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): Merci.

Dans le cas où j'aurais une question à poser aux témoins, je demanderais aux membres du comité de me donner la permission de rester assise à mon fauteuil pour le faire plutôt que de me déplacer, ce qui demanderait trop de temps.

Nous passons maintenant au deuxième tour. Je vais d'abord donner la parole à mon collègue M. Malo. Je reviendrai plus tard avec des questions. Merci.

C'est à vous, monsieur Malo.

M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ): Merci beaucoup, madame la présidente. Avant de m'adresser aux témoins, permettez-moi en ce jour spécial pour vous de vous offrir mes meilleurs vœux à l'occasion de votre anniversaire. Je crois qu'il est de bon aloi de vous souhaiter de passer la prochaine année en santé.

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): Vous avez la parole, monsieur Malo.

M. Luc Malo: Merci, madame la présidente.

Messieurs, merci d'être parmi nous aujourd'hui.

Ce que je comprends des présentations assez étoffées auxquelles nous avons eu droit aujourd'hui, c'est que vous suivez ce dossier depuis de nombreuses années. Je conclus que certains éléments du programme actuel vous semblent perfectibles.

Monsieur Williams, dans votre présentation, vous sembliez dire que ce programme constituait, pour certains patients, un obstacle à l'accès à certains médicaments. Au cours de vos séances d'observation sur le terrain, avez-vous été en mesure de recueillir des chiffres, de constater des cas précis où justement, pour des patients, pour un groupe de patients, pour une proportion de patients, ce programme s'est avéré très, très, problématique?

M. Russell Williams: Merci de votre question.

Il me semble que le modèle québécois répond effectivement en bonne partie à votre question. Parce que le Québec n'utilise pas le PCEM, il y a plus de médicaments inscrits sur la liste des médicaments au Québec. Jusqu'à 62 p. 100 des médicaments sont inscrits et sont donc disponibles et accessibles pour les Québécois et Québécoises. Malheureusement, dans les autres provinces — et chaque province est différente — en raison du dédoublement des travaux du PCEM, ces médicaments sont rejetés ou sont mis en attente parce qu'une décision n'a pas encore été prise.

M. Luc Malo: Est-ce parce qu'il y a au Québec une volonté d'inscrire plus de médicaments, peu importe leur coût, ou bien est-ce pour d'autres raisons, des raisons d'efficacité du programme?

M. Russell Williams: Je vais commencer à répondre, et Mark poursuivra.

Je pense que le Québec a compris qu'une bonne utilisation des médicaments innovateurs et un meilleur accès représentent une bonne intervention en santé, parce qu'on peut améliorer la santé de la population, économiser de l'argent et réduire le nombre d'hospitalisations. Il y a effectivement une volonté d'utiliser les médicaments innovateurs comme stratégie de santé. Selon moi, la population et les patients sont gagnants.

M. Ferdinand veut ajouter quelque chose à ma réponse.

M. Mark Ferdinand (vice-président, Politiques, recherche, affaires réglementaires et scientifiques, Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx & D)): Monsieur Malo, je soulignerais que ce n'est pas seulement une question d'accès, mais une question de choix. Au fond, lorsqu'on offre un plus grand choix aux professionnels de la santé qui prescrivent des médicaments, c'est eux qui décident si oui ou non leurs patients auront accès à certains médicaments. Donc, ce ne sont ni les provinces ni le fédéral qui décideront si un tel médicament est bon pour vous ou moi. Ce sont, dans les faits, les professionnels de la santé — et c'est le cas au Québec — qui auraient plus de choix pour guérir et traiter leurs patients. Je pense qu'on doit tenir compte de la notion suivante : lorsqu'on voit le nombre de recommandations rejetées ou négatives au Programme commun d'évaluation des médicaments, on constate que malheureusement, c'est le choix qui est brimé dans tout cela.

• (1630)

M. Russell Williams: Et ce n'est pas seulement le PCEM: il y a de plus en plus, dans les décisions, une barrière entre le patient et le médecin. Je pense que M. Ferdinand a soulevé un point important parce qu'il me semble que c'est assez évident, dans le cas des nouveaux médicaments, qui sont les médicaments dont on parle ici. Si la liste est plus longue, vous n'utiliserez pas toute la liste, mais il y aura plus de choix. Il est presque impossible maintenant de décider s'il y a un médicament qui est bon pour tout le monde en tout temps. Chaque province et même chaque région ainsi que chacun des médecins peut prendre la meilleure décision pour ses patients.

M. Luc Malo: Dans cet ordre d'idées, monsieur Billen —

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): Votre question devra être brève.

M. Luc Malo: Monsieur Billen, tout à l'heure, vous alliez justement dans ce sens en disant qu'on entend souvent les médecins dire qu'ils sont désolés, qu'ils ne peuvent plus rien faire.

Est-ce parce qu'ils n'informent pas leurs patients que Santé Canada recommande un certain nombre de médicaments qui ne sont toujours pas approuvés par le Programme commun d'évaluation des médicaments?

[Traduction]

M. Daniel Billen: Oui, je crois que la réponse est qu'en bout de ligne, les patients surmontent leur maladie. Chez Amgen, notre objectif est de trouver des solutions pour les patients souffrant de maladies très graves. Cela ne veut pas dire que les solutions que nous proposerons aideront tout le monde, mais notre énoncé de mission est de veiller à offrir des solutions de rechange aux patients atteints de maladies très graves. Ce faisant, vous donnez plus d'options aux médecins et aux patients.

Plus particulièrement dans les cas de cancer, de polyarthrite rhumatoïde et de maladies du rein, il arrive trop souvent que le médecin doit annoncer qu'il ne peut rien faire de plus, alors que dans d'autres pays dans le monde, il reste encore d'autres solutions à essayer. Nous voulons nous assurer que les patients canadiens atteints de ces maladies très débilantes aient la même chance que ceux des autres pays. À mon avis, ils ont le droit de recourir à la même option qui pourrait avoir des effets positifs sur la qualité et la durée de leur vie.

[Français]

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): Merci.

Monsieur Fletcher.

[Traduction]

M. Steven Fletcher: Merci, madame la présidente.

J'ai trois questions pour M. Williams et une pour M. Keon. Mais avant de passer aux questions, M. Williams a fait une suggestion très utile dans son témoignage. Il a proposé de mener un examen indépendant et exhaustif des objectifs, de la reddition des comptes, de la rentabilité et des résultats en matière de santé du Programme commun d'évaluation des médicaments de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Les chercheurs et les autres membres du comité voudront peut-être en tenir compte dans le rapport final.

Je vais d'abord poser mes questions, puis je vous laisserai y répondre comme bon vous semble.

Monsieur Williams, vous recommandez également que le gouvernement fédéral bloque le financement du PCEM. Le

gouvernement fédéral ne fournit qu'une partie du financement, et je me demande ce qu'un gel des fonds accomplira, car le changement ne s'effectuera pas immédiatement. Quel serait le but d'une telle mesure?

Je me demande aussi si vous pouvez expliquer pourquoi vous croyez que le PCEM accorde trop d'importance à la compression des coûts et pas suffisamment aux résultats pour les patients. Vous vous plaignez aussi du manque de transparence du processus — que vous n'avez pas accès aux données, et qu'on dirait un peu une boîte noire. J'aimerais savoir ce que vous avez pour appuyer cette déclaration et aussi votre évaluation des coûts dont il est question. Quelle est la différence entre ce qui a été offert et ce que vous aimeriez que l'on offre, combien cela coûterait-il?

Pour terminer, monsieur Keon, concernant votre suggestion visant à remplacer les médicaments génériques, quand cela est possible, et peut-être de les remplacer davantage par des médicaments brevetés, pourriez-vous nous expliquer pourquoi les médicaments génériques au Canada coûtent généralement plus cher que chez nos voisins du Sud?

Ce sont mes questions, madame la présidente.

• (1635)

M. Russell Williams: Je vous remercie pour vos trois questions. Je vais essayer d'y répondre, et M. Ferdinand aimerait ajouter d'autres observations.

Sur le premier point concernant le message relatif au blocage du financement, vous avez absolument raison. Le gouvernement fédéral ne contrôle pas le financement global. Je crois cependant qu'il affirmerait très clairement la nécessité de cet examen indépendant. Nous devons nous en assurer, car comme l'a dit M. Williams, il s'agit de l'accès aux médicaments innovateurs, aux médicaments d'importance vitale pour les patients. Il ne s'agit pas simplement d'une étude sur une agence gouvernementale.

Nous devons transmettre clairement un message qui demande ce que le processus fait, ce qu'il est censé faire, et s'il comporte des lacunes à la base. Je crois que le modèle que nous avons dans la société canadienne est que ces décisions, pour donner suite aux premières questions, seront finalement prises au palier provincial. Pourquoi avons-nous alors un chevauchement dans le processus qui, d'une part, remet en cause certaines données issues d'essais cliniques menés par Santé Canada et, d'autre part, ajoute des critères dont ne tiennent peut-être pas compte d'autres instances internationales, puis il y a cette remise en question des prix? Le blocage transmettrait le message qu'il est temps de mener un examen.

Quand une entité prend des décisions qui ne sont pas obligatoires, qui semble être une reproduction de l'information, qui n'est pas tenue de rendre des comptes, alors quoi de mieux que d'annoncer que nous bloquons le financement jusqu'à ce que nous soyons vraiment sûrs que le processus accomplit ce que nous voulons? C'est beaucoup mieux que d'annoncer une semaine avant les audiences parlementaires que le mandat est élargi.

Pour ce qui est du PCEM et de la compression des coûts, lorsque vous essayez de comprendre, lorsque vous examinez le processus décisionnel, vous arrivez à la conclusion qu'ils utilisent la compression des coûts. Comme je l'ai mentionné, si vous soumettez un produit qui comporte la même molécule à un examen scientifique et que vous obtenez des résultats complètement différents, d'autres ingrédients sont incorporés, à mon avis, y compris la compression des coûts par rapport aux résultats pour les patients. Vous avez absolument raison, il est difficile de cerner le processus décisionnel.

C'est l'une des choses que nous entendons de plus en plus souvent. Les Canadiens, qui ont confiance en leur système de soins de santé et en leur système pharmaceutique, disent entendre qu'un médicament donné, un médicament d'importance vitale, est offert depuis un nombre x de mois ou d'années ailleurs. Ils apprennent maintenant que Santé Canada l'a approuvé, qu'il a été envoyé à une autre entité qui ne semble pas être tenue de rendre des comptes à qui que ce soit, et que soit il a été rejeté — ce qui transmet un message ambivalent —, soit il a été encore recommandé par un autre palier, et est transmis à des organismes provinciaux où il reste pendant quelques centaines de jours. Les citoyens ont beaucoup de mal à comprendre ce qui se passe. Sur ce point, nous devons vraiment faire preuve de plus de transparence.

En réponse à vos questions sur les détails de la compression des coûts, M. Ferdinand veut ajouter quelques observations.

M. Mark Ferdinand: Monsieur Fletcher, j'ai juste une remarque à faire. J'encouragerais les membres du comité à poser, en réponse à la suggestion de Mme Brown, ces questions aux représentants du PCEM lorsqu'ils comparaitront devant le comité.

Pour répondre brièvement à votre question sur la déclaration de M. Williams concernant l'importance accordée aux coûts, la raison d'être du Programme commun d'évaluation des médicaments est d'effectuer des analyses de rentabilité. Il arrive parfois qu'ils peuvent établir de telles comparaisons et tenir compte des données cliniques disponibles ou non mais, en bout de ligne, lorsque vous examinez tous les différents types d'analyses qu'ils peuvent faire, l'analyse de rentabilité est certainement l'une de celles qu'ils doivent effectuer — et dans un cas précis, celle qu'ils devront effectuer — s'ils ne disposent pas de certains types de renseignements. Alors, l'importance accordée aux coûts est indissociable de la raison d'être du Programme commun d'évaluation des médicaments.

● (1640)

[Français]

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): Votre temps est écoulé. Je vais donc céder la parole à Mme Priddy.

[Traduction]

Mme Penny Priddy (Surrey-Nord, NPD): Merci, madame la présidente.

J'aimerais appuyer les commentaires formulés plus tôt par ma collègue, Mme Brown.

Cela étant dit, il me faut vous dire, qu'en regardant cette documentation, je garde deux choses à l'esprit. L'une est que les Canadiens doivent pouvoir accéder au médicament qui est le plus efficace pour eux, et ce, rapidement. Il ne s'agit pas toujours d'un nouveau médicament, mais ils doivent pouvoir y accéder dans les plus brefs délais, et les finances ne doivent pas entraver cet accès. Je suggère qu'il soit couvert, mais cela pourrait faire l'objet d'un débat à un tout autre moment, mais je crois que c'est la position que j'adopterais. Pour l'instant, vous pouvez le couvrir si vous le voulez, mais le plan de nombreuses personnes ne le fera pas.

Ma première question serait — et j'ai cru entendre sans vouloir faire dire à quelqu'un ce qu'il ou qu'elle n'a pas dit — que de façon générale, les provinces suggèrent, à l'exception d'une peut-être, que le PCEM n'est pas vraiment efficace.

Monsieur Keon, je veux revenir à vous un instant, parce que vous avez parlé des médicaments génériques. Vous avez émis un commentaire sur comment le processus serait plus rapide pour les provinces si les médicaments génériques étaient inclus dans le PCEM. J'aimerais, si vous le voulez bien, que vous nous dites comment le PCEM pourrait changer les choses pour les médicaments génériques, parce que d'autres personnes ont évoqué les changements qu'il apporte ou non aux médicaments de marque.

Prétendons, pendant une minute, que le PCEM est relativement efficace, juste pour les besoins de cette discussion. Est-ce un parcours logique pour une Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques ou une Liste nationale? Empêche-t-il de suivre cette voie? Pour ceux qui aimeraient répondre à cette question — certaines personnes pensent que nous ne devrions pas suivre cette voie, et je comprends leur point de vue —, le PCEM facilite-t-il ou empêche-t-il la mise en oeuvre d'une Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques et d'une Liste nationale?

Vous pouvez peut-être, monsieur Keon, commencer par la question sur les médicaments génériques.

M. Jim Keon: Oui, merci.

En fait, j'ai fait valoir que le Programme commun d'évaluation des médicaments est maintenant une composante essentielle du processus canadien pour les médicaments de marque. Je crois qu'il était en grande partie recommandé par les provinces, demandé par et pour les provinces, et c'est de cette manière qu'il a pris naissance.

Pour les médicaments génériques, la situation est différente. Dans le cas d'un nouveau produit de marque — d'un produit qui n'a pas encore été commercialisé — nous ne connaissons pas encore l'étendue complète des vertus thérapeutiques et des risques potentiels. Nous ne savons pas non plus s'il en vaut la peine en comparaison aux médicaments déjà utilisés dans ces traitements.

Dans le cas des médicaments génériques, de 12 à 15 ans peuvent s'écouler avant qu'ils ne soient commercialisés. Généralement, les avantages et les inconvénients du produit sont bien connus. Nous comparons notre produit au produit de marque auprès de Santé Canada, qui atteste qu'il est essentiellement identique, équivalent, et qui nous remet une déclaration d'équivalence.

Nous pensons que c'est à cette étape que vous devriez permettre la commercialisation du médicament générique en fonction de la décision de Santé Canada. Nos produits ne sont pas soumis à l'examen du Programme commun d'évaluation des médicaments. D'après nous, c'est la situation totalement différente.

Mme Penny Priddy: Et vous n'avancez pas qu'ils devraient l'être.

M. Jim Keon: Je ne pense pas que le Programme commun d'évaluation des médicaments le souhaiterait. Il le percevrait comme un chevauchement.

Mme Penny Priddy: D'accord. Merci.

M. Jim Keon: J'aimerais juste répondre à M. Fletcher, qui a posé une question sur le prix des médicaments génériques. Une étude menée l'an dernier par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés a révélé que le prix des médicaments génériques au Canada était effectivement plus élevé que dans d'autres pays. En fait, de nombreuses provinces prennent actuellement des mesures pour pallier la situation. Le gouvernement de l'Ontario a adopté un règlement qui réduit nos prix de plus de 20 p. 100.

[Français]

Le Québec, selon la politique sur les médicaments annoncée par le ministre Couillard l'année dernière, a l'intention d'établir les mêmes prix qu'en Ontario. À l'heure actuelle, les prix des médicaments génériques baissent substantiellement.

[Traduction]

Mme Penny Priddy: Je m'attends à ce que la réponse de M. Fletcher n'empiétera pas sur mon temps de parole.

Monsieur Williams.

• (1645)

M. Russell Williams: Concernant votre question sur la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, là encore, c'est bien beau, mais je crois qu'elle va susciter une fois de plus de faux espoirs, comme l'a fait le PCEM.

Si nous voulons prendre des mesures pour veiller à ce que tous les Canadiens soient couverts et bénéficient d'un programme de remboursement des médicaments onéreux, je crois que nous devons agir. Chaque administration a différentes priorités et différents facteurs de pondération en fonction de leurs divers besoins. Nous devons nous appuyer sur une stratégie qui respecte cette diversité régionale. Je m'inquiéterais beaucoup si nous pouvions créer un processus global qui est centralisé, car nous n'obtiendrons peut-être pas les résultats escomptés. Nous devrions nous baser sur la réalité de chaque région et de ses capacités. Laissons les régions s'en charger, comme elles le font pour les autres systèmes de soins de santé. Mais je suis d'avis que nous devrions progresser vers...

Nous essayons d'accomplir du travail. Chaque fois que le comité veut l'étudier, nous serions ravis de vous donner un aperçu de nos efforts en vue de mettre au point un processus qui veillera à ce que nous ayons partout au pays un programme qui met les médicaments à la portée de tous les Canadiens.

Mme Penny Priddy: Rapidement, en bloquant le financement, ne ralentissez-vous pas simplement le processus qui est actuellement en place?

M. Peter Brenders: De notre point de vue, nous soutenons que cela ne changerait pas grand-chose, car rien n'est approuvé, ce qui est inquiétant.

En ce qui a trait à votre question visant à déterminer s'il s'agit ou non d'un cadre de travail pour une Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, ce devrait être en fait un apprentissage. Lorsque vous essayez de mettre en oeuvre un processus commun universel pour répondre à des besoins très particuliers et uniques et que vous avez peu d'expérience, c'est un échec. En fait, le fait que le processus a des contraintes devrait être une préoccupation et une mise en garde, et cela se rapporte à ce que M. Daniel Billen a mentionné concernant un processus différent pour les meilleurs médicaments et ce à quoi nous faisons référence au chapitre des procédures qui peuvent évaluer les nouveaux traitements dans différents secteurs. Le processus ne tient pas compte des valeurs sociétales et ni de l'opinion publique.

Mme Penny Priddy: J'ai une dernière petite question, si vous —
[Français]

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): Madame Priddy, j'essaie d'être juste envers tout le monde. Je vais céder la parole à M. Batters, mais vous aurez le temps d'intervenir de nouveau.

Monsieur Batters.

[Traduction]

M. Dave Batters (Palliser, PCC): Merci, madame la présidente, et joyeux anniversaire.

Je remercie tous les témoins d'être ici aujourd'hui. Ils ont fait d'excellentes déclarations.

Monsieur Billen, je ne crois pas avoir vu un tel enthousiasme à ce comité depuis que j'y siége. Vous avez défendu votre position ici aujourd'hui avec beaucoup de conviction.

J'aimerais revenir brièvement à M. Keon avant de poursuivre avec le PCEM plus particulièrement.

Mon collègue s'est enquis du prix des médicaments génériques et du fait que les médicaments génériques au Canada sont beaucoup plus chers que les mêmes médicaments génériques en vente aux États-Unis. Vous dites que vous prenez des mesures pour régler la situation. Dites-vous que, à l'échelle nationale, d'une province à l'autre, les médicaments génériques seront bientôt vendus à des prix comparables à ceux des médicaments équivalents aux États-Unis?

M. Jim Keon: Ce que j'ai mentionné, c'est que le gouvernement de l'Ontario a déjà adopté un règlement. Pour la vaste majorité des médicaments génériques, le gouvernement de l'Ontario ne les inscrira pas sur sa liste à moins qu'ils ne coûtent deux fois moins cher que le produit de marque. Le Québec a une règle qui stipule qu'ils paieront seulement le même prix. Les gouvernements provinciaux s'attaquent à cette question, oui.

M. Dave Batters: Je comprends cela, monsieur. Je suis de la Saskatchewan, alors je vais examiner très attentivement ce qui se fait dans cette province. Un pourcentage par rapport au médicament de marque ne change absolument rien pour moi. La question portait sur la comparaison avec des médicaments génériques exactement identiques à ceux des États-Unis.

M. Jim Keon: Ces prix seront probablement plus bas que ceux des États-Unis pour la majorité des produits.

M. Dave Batters: Monsieur Keon, quel pourcentage du produit des ventes de vos entreprises participantes est investi dans R-D en vue de découvrir des médicaments novateurs à l'intention des patients canadiens? Je crois comprendre que l'industrie du médicament générique ne participe vraiment pas à cette discussion.

M. Jim Keon: C'est une question très intéressante. En fait, environ 15 p. 100 de nos recettes sont réinvesties dans la R-D. Ce pourcentage est conforme aux dispositions de la Loi de l'impôt sur le revenu.

L'investissement des fabricants de médicaments de marque au Canada décline. Ils consacrent 8 p. 100 de leurs recettes environ. Il est étonnant que nous dépensions en recherche au Canada deux fois plus que les fabricants de médicaments de marque proportionnellement aux ventes. La raison est que les médicaments génériques au Canada sont fabriqués ici. Ils font l'objet de recherches et sont élaborés, conçus, fabriqués et vendus ici. C'est pourquoi la recherche est de si haut niveau au Canada.

M. Dave Batters: Pourriez-vous me donner quelques exemples de médicaments novateurs qui ont été commercialisés par des fabricants de médicaments génériques?

M. Jim Keon: Les fabricants de médicaments génériques sont importants pour le système de soins de santé, car après l'expiration des brevets, ils fournissent des produits à prix beaucoup plus bas.

●(1650)

M. Dave Batters: Ce n'est pas la question, monsieur. Pourriez-vous me fournir un exemple d'un médicament novateur que vous avez découvert grâce à la R-D et que vous avez commercialisé pour que les patients canadiens puissent en profiter?

M. Jim Keon: Ce n'est pas le travail des fabricants de médicaments génériques.

M. Dave Batters: Vous venez de répondre à ma question.

Monsieur Williams, si le PCEM était supprimé en raison de compressions budgétaires, que ce soit les 30 p. 100 du gouvernement fédéral ou le pourcentage accordé par la province, ou les deux, quelle en serait la conséquence — si conséquence il y a, compte tenu du chevauchement existant, selon vous, dans le système?

M. Russell Williams: Je ne crois pas, comme M. Brenders l'a dit dans sa réponse, qu'il y aurait des effets négatifs à ce stade-ci. Nous ne recommandons évidemment pas de geler les fonds et de ne rien faire. Nous proposons entre autres de geler les fonds, puis de mener un examen exhaustif pour que nous puissions mettre sur pied un système qui offre les médicaments novateurs aux patients plus rapidement et de façon efficace, transparente et responsable et qui, d'abord et avant tout, évite le chevauchement.

À l'heure actuelle, nous effectuons des vérifications — à n'en plus finir. En imposant le gel, on donnerait d'abord le feu vert à l'examen, que l'on mènerait ensuite dans un système plus efficace. Je crois que cette initiative repose franchement sur un processus décisionnel provincial plutôt que sur un processus décisionnel en double.

M. Dave Batters: Merci.

La question qui se pose aujourd'hui, d'après moi, est que la priorité doit être accordée à l'accès des patients alors que le PCEM semble être axé sur la compression des coûts. Le chevauchement existe; le PCEM effectue le même travail que les régimes provinciaux et que Santé Canada. On enregistre des retards considérables, un manque de reddition de comptes et une absence de transparence, ce qui fait qu'en bout de ligne, des patients souffrent.

Le PCEM et l'ACMTS fondent leurs décisions sur des données probantes. Comment se fait-il que des pays comme la Suède, la Suisse et le Royaume-Uni offrent à leurs citoyens un meilleur accès — de plus de 50 p. 100 — aux médicaments novateurs, et ce, même s'ils évaluent les mêmes médicaments, s'ils utilisent la même science, la même approche fondée sur des données probantes? Monsieur Williams, pourquoi le PCEM empêche-t-il les Canadiens d'avoir accès à ces thérapies novatrices?

M. Russell Williams: Permettez-moi de commencer, et M. Ferdinand interviendra.

Ce sujet me préoccupe énormément. Je crois qu'ils sont en train d'élaborer une stratégie relative aux compressions de coûts qui leur permettra de prendre des décisions sur le coût par rapport aux résultats pour les patients.

J'ai beaucoup de mal à l'accepter, et je crois que ce serait pareil pour vous. Comment pouvez-vous fixer un patient dans les yeux pour lui annoncer qu'un médicament approuvé dans le reste du monde, disponible dans les pays que vous avez mentionnés et approuvé par Santé Canada, est jugé inacceptable par le PCEM? Pire encore, une fois le délai de six mois terminé — et il est question de médicaments d'importance vitale, alors chaque jour compte —, le processus est encore retardé au palier provincial. Votre question est exactement celle que se posent les Canadiens.

Monsieur Ferdinand, voulez-vous ajouter quelque chose pour donner des précisions sur le processus décisionnel?

M. Mark Ferdinand: J'ajouterais seulement que c'est difficile à comprendre. Quand nous avons fait la comparaison à l'échelle internationale, nous avons examiné deux pays, la France et le Canada, pour étudier les motifs de leur décision. Autrement dit, pour quelles raisons le Canada a-t-il fait une recommandation négative pour des médicaments donnés tandis que la France, supposons, a formulé des recommandations positives pour ces mêmes médicaments?

Nous avons découvert, encore une fois, que la fonction du médicament importait. Il semble qu'en France, on accorde de l'importance aux vertus thérapeutiques du médicament, c'est-à-dire si le médicament est plus efficace pour vous parce que vous pouvez le tolérer ou s'il présente moins d'effets secondaires pour une sous-population de patients en particulier, ce sont les raisons que la France peut utiliser pour recommander l'approbation d'un médicament. Malheureusement, nous n'avions pas vu les mêmes types de raisons — ni le même raisonnement, je dirais —, en examinant la liste des recommandations négatives ici au Canada.

M. Dave Batters: Merci, messieurs.

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): Madame Beaumier.

Mme Colleen Beaumier (Brampton-Ouest, Lib.): Merci.

Je crois que ma collègue Bonnie Brown a mis en lumière l'un des problèmes que nombre d'entre nous avons. Je fais partie des membres du comité qui n'ont pas assisté à l'évaluation et à l'établissement des prix des médicaments. Et connaissant peu le PCEM, mais d'après ce que j'ai entendu aujourd'hui, je pense que vous devriez absolument émettre la recommandation et que nous devrions y donner suite.

Nous entendrons l'avis de Santé Canada et celui du PCEM. J'aimerais que chacun de vous accepte que lorsque nous avons des questions — pour ma part, j'en aurai certainement —, nous puissions vous demander individuellement de répondre à certaines de ces questions. Comme vous le savez, vous êtes parmi les premiers témoins; d'autres personnes comparaitront après vous, pour réfuter vos arguments.

Monsieur Billen, vous êtes un scientifique. Ce sujet vous tient tellement à coeur, il se peut fort bien que vous soyez le dernier à témoigner.

●(1655)

M. Daniel Billen: J'aimerais beaucoup.

Mme Colleen Beaumier: Je n'ai aucune question intelligente à poser pour l'instant, mais je vous remercie pour vos exposés.

[Français]

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): Monsieur Lunney.

[Traduction]

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

Mme Christiane Gagnon: Ah, oui —

M. James Lunney: On en a abondamment parlé.

[Français]

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): On ne révélera pas mon âge.

[Traduction]

M. James Lunney: Ma première question traite de la préoccupation entourant les coûts de la prestation des soins de santé. Nous sommes tous préoccupés par l'escalade des coûts. La prestation des soins de santé publique représente des dépenses de plus de 103 milliards de dollars.

À l'heure actuelle, les médicaments constituent l'un des coûts les plus élevés et qui grimpent le plus rapidement au chapitre de la prestation des soins de santé, et il est tout à fait légitime que les gouvernements veuillent gérer ces coûts. Il faut aussi s'assurer que les régimes de remboursement publics vérifient que les médicaments sont rentables par rapport aux avantages et aux traitements existants.

Je dirais que ce qui pose problème dans l'évaluation des nouvelles thérapies est l'absence ou le manque de preuves démontrant ces médicaments sont efficaces à long terme pour les patients et permettent aux provinces d'offrir des soins de santé et une qualité de vie améliorés. En ce qui concerne la compression des coûts, nous nous inquiétons des réactions et des effets secondaires négatifs causés par les médicaments. Il faut souvent beaucoup de temps pour évaluer tous les effets des médicaments sur les patients, particulièrement chez les patients atteints de maladies chroniques.

Dans ma province de la Colombie-Britannique, le gouvernement provincial a adopté une approche novatrice, qui est de payer les pharmaciens le double des honoraires du pharmacien, des frais d'ordonnance, ou — comment les appelle-t-on maintenant?

Mme Penny Priddy: Les frais d'exécution d'ordonnance.

M. James Lunney: Oui, les frais d'exécution d'ordonnance; merci, madame l'ancienne ministre de la Santé.

Ils les paient deux fois le tarif — l'an dernier, ces frais se sont élevés à près de 750 000 \$ — lorsqu'ils ne prescrivent pas d'ordonnance en présence de données probantes démontrant que le médicament prescrit pourrait causer du tort au patient, être inefficace ou interférer avec d'autres médicaments pris par le patient. Dans l'empressement à approuver de nouveaux médicaments, même si c'est bien qu'ils puissent être très novateurs, nous voulons nous assurer que nous n'engendrerons pas d'autres coûts si les médicaments se révèlent inefficaces parce qu'ils n'ont pas été examinés convenablement avant d'être commercialisés.

Quelles mesures votre industrie prend-elle pour étoffer les preuves qui démontrent la sécurité et l'efficacité des traitements tout au long du cycle de vie des produits?

M. Russell Williams: Je vais commencer, et M. Ferdinand pourra ajouter des commentaires.

Nous sommes fermement résolus à assurer la santé et la sécurité et à veiller à ce que les médicaments qui sont mis sur le marché soient sécuritaires à chacune des étapes. Il me faudrait tout le reste des audiences pour passer en revue chacune des diverses étapes.

Si je comprends bien, en ce qui concerne les meilleurs types de médicaments novateurs, si nous n'avons pas de comparateur au pays, les règlements du PCEM les refuseront. À mon avis, nous devrions mettre sur pied un système de surveillance approprié et continuer de les vérifier.

Il y a des risques, mais il y a aussi des avantages liés aux risques. Nous devons surveiller tous ces éléments. Mais —

M. James Lunney: Monsieur, pourriez-vous nous en dire un peu plus long à ce sujet? Quelle en est la raison? Vous avez dit que les règles auxquelles se soumet le PCEM ne permettraient pas que les médicaments novateurs soient disponibles. Que voulez-vous dire?

M. Russell Williams: Je vais laisser M. Ferdinand passer en revue les détails du processus.

M. Mark Ferdinand: De la façon que je vois le processus du PCEM — et j'encourage une fois de plus les membres à poser cette question aux représentants du PCEM —, s'il n'y a aucun comparateur actif au Canada pour un médicament, le processus, qui est un tableau, analyse implicitement la rentabilité ou les répercussions du budget. Par conséquent, le médicament sera uniquement évalué en fonction de son budget ou de l'incidence financière. Le processus semble fonctionner de cette manière.

Le problème est que si vous êtes les meilleurs, vous n'avez aucun comparateur actif au pays auquel mesurer le médicament. Que vous reste-t-il alors à part l'analyse des répercussions du budget?

• (1700)

M. James Lunney: Puis-je reprendre la parole? N'est-il pas probable que dans la mise au point de nouveaux produits, au moins quelques-uns coûtent moins cher et soient quand même efficaces? On le constate certainement dans l'industrie automobile, où la concurrence est très forte de nos jours. Les prix de voitures qui coûtaient une fortune autrefois diminuent soudainement, dans certains secteurs du moins, en raison des changements technologiques, etc.

Mais cela est un sujet de discussion différent, mais vous pourriez défendre votre argument, si vous examinez certains aspects de l'industrie automobile.

Ne serait-il pas logique qu'au moins quelques-uns des nouveaux médicaments actuellement mis au point soient vendus à plus bas prix?

M. Daniel Billen: Je vais revenir à votre première question, puisque je suis un peu en retard. Il doit toujours avoir un équilibre en ce qui concerne l'utilisation appropriée d'un médicament. C'est incontestable. Nous ne faisons pas valoir que les nouveaux médicaments sont les meilleurs, qui sont souvent les plus coûteux dans tous les cas. Mais lorsque c'est une question de vie ou de mort, ou qu'un produit peut absolument changer une vie, il est inacceptable d'enlever cette option aux patients.

Je tiens à féliciter la Colombie-Britannique, qui est l'une des provinces novatrices en matière d'accès aux médicaments contre le cancer. Au PECMO, nous sommes d'avis que si vous deviez vous ranger du côté d'une province, pourquoi ne pas choisir la meilleure? Cela étant dit, la Colombie-Britannique offre un meilleur accès aux traitements contre le cancer que toute autre province au pays. Pourquoi ne pas donner les rênes à cette province pour qu'elle dicte au Canada la voie à suivre?

Tout cela revient à notre sujet de discussion. Si nous parlons de petites décisions qui ont peu d'incidence, alors je vous appuie totalement. Mais quand il s'agit de décisions liées à la fin de la vie ou de produits qui pourraient entraîner d'énormes répercussions sur la vie d'une personne, je crois que l'accès doit primer. Les patients doivent avoir priorité.

M. Sean Thompson: Si vous me le permettez, j'aimerais faire un commentaire sur votre dernière question au sujet du coût de la mise au point des médicaments. YM Biosciences est l'un des groupes de très petites entreprises qui prend des risques en concevant des produits qui pourraient ne pas convenir à une grande société pharmaceutique.

Par exemple, j'ai évoqué le nimotuzumab, un médicament que nous mettons au point pour un très petit groupe de patients. C'est un risque qu'une grande société pharmaceutique ne prendrait pas, car ce n'est pas approprié pour une organisation de cette taille.

Nous existons depuis 13 ans. Durant cette période, nous avons amassé 200 millions de dollars environ, que nous avons investis en totalité dans la R-D. Nous ne touchons aucun revenu à l'heure où on se parle. Nous devons absolument atteindre notre but avec ce premier médicament, si nous voulons continuer d'exister, ainsi que développer et homologuer des produits provenant d'universités.

Les ressources mises à notre disposition seraient limitées et serviraient notamment à mener des études d'envergure avant d'approuver les produits. Nous respectons les exigences des organismes de réglementation ici au Canada, aux États-Unis, au Japon et ailleurs pour assurer la sécurité et l'efficacité de nos médicaments.

M. James Lunney: Puis-je poser une autre question?

[Français]

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): Votre temps est écoulé, mais il va y avoir un troisième tour. Nous aurons bien du temps d'ici la fin de la réunion.

Je vais maintenant me céder la parole, si on peut dire. Je n'ai pas encore eu l'occasion de poser mes questions.

Vous avez fait une comparaison avec la France, où l'on a beaucoup plus accès aux médicaments et où ceux-ci sont acceptés en plus grand nombre. Son processus d'évaluation est probablement différent du nôtre. Pouvez-vous nous donner un aperçu de la façon dont ils évaluent les médicaments?

Ici, il y a trois évaluations distinctes: celle de Santé Canada, celle du PCEM et celle des provinces. Quatre provinces font exception, je crois. Ne faisant pas d'évaluations, elles peuvent s'appuyer sur celles du PCEM. Le modèle de la France est peut-être un objectif à atteindre, mais il y a aussi celui de la Nouvelle-Zélande. Deux fois moins de produits inscrits sont offerts à la population, et ça coûte quatre fois moins cher. On ne semble pas dire qu'en Nouvelle-Zélande, les patients sont pénalisés. Je ne sais pas si vous connaissez un peu le processus d'évaluation de ce pays.

Pourquoi ne serait-il pas un modèle acceptable pour l'ensemble du Canada et du Québec?

• (1705)

M. Russell Williams: Comme vous l'avez déjà mentionné, la question est fort complexe. Dans le cadre de notre étude internationale, nous nous sommes penchés sur le premier aspect de la question, c'est-à-dire le choix. En effet, les pays européens offrent plus de choix. On y fait plus de recommandations positives qu'au PCEM.

Pour ce qui est de l'accès, oubliez tout le débat, la description des dédoublements, et ainsi de suite: nous sommes ici pour trouver une façon d'assurer que les médicaments seront disponibles pour les patients. La façon d'assurer cette disponibilité varie d'un pays à l'autre. Il semble toujours difficile de comparer exactement le système d'un pays à celui d'un autre. Selon l'information que j'ai obtenue, il y aurait moins de produits disponibles dans le cadre du système néo-zélandais.

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): On parle en effet de 2 500 produits, ce qui est deux fois moins qu'au Québec, où il y en a 5 000.

M. Russell Williams: Il y a donc moins de choix.

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): Ces gens considèrent une gamme de critères, dont l'efficacité et le coût. Ils se disent aussi, dans bien des cas, que le fait de changer une molécule dans un nouveau médicament ne va pas améliorer la qualité de vie du patient. Dans ces circonstances, ils s'en tiennent au médicament qu'ils ont déjà. En outre, les opérations croisées, qu'on appelle en anglais *cross deals*, influencent le coût des médicaments. C'est assez intéressant. On parle de l'accès aux médicaments, mais l'impact du coût de ces derniers sur l'ensemble du système de santé est en cause également. Quand on parle du portefeuille de la santé, on sait qu'une grande partie des fonds vont à l'assurance-médicament et à l'hospitalisation. Pour leur part, ils ont décidé d'exercer moins de pression sur l'ensemble du domaine de la santé.

M. Russell Williams: Je crois qu'il faut être très prudent face aux évaluations qui décrivent un médicament destiné à toute la population. Selon nos études, un médicament est très efficace pour certains patients, mais il l'est moins pour d'autres. Si, pour cette raison, les autorités décident de ne pas rendre le médicament disponible, les patients pour qui il serait très efficace n'y auront pas accès. On doit donc être très prudent face à des évaluations qui touchent toute la population plutôt que des clientèles cibles.

M. Mark Ferdinand: J'ajouterais une chose. C'est encore une question de choix, et lorsqu'on compare tous les pays dans le monde qui offrent un plus grand choix, on voit que dans certains pays, cela n'entraîne pas nécessairement une augmentation du budget de la santé. On doit se demander pourquoi, et peut-être aura-t-on la réponse dans une prochaine étude. Dans certains cas, nous verrons que c'est peut-être causé par les programmes d'usage optimal des médicaments ou d'autres initiatives qui font en sorte que ces pays sont capables de limiter leurs coûts en offrant en même temps un plus grand choix aux médecins et aux patients.

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): Merci.

Madame Priddy.

[Traduction]

Mme Penny Priddy: Merci.

Nous n'avons pas abordé ce sujet mais nous avons discuté un peu au début que le PCEM devrait être plus transparent et tenir davantage compte de l'avis du public, et j'aimerais que quelqu'un m'explique brièvement comment il ou elle imagine mettre cela en oeuvre de manière objective. Par exemple, si vous remplissez la salle de gens qui veulent le médicament A, vous allez obtenir leur opinion, mais ce sera l'opinion de personnes qui sont présentes pour ce médicament particulier.

Pourriez-vous me donner une idée de la façon dont l'avis du public pourrait être recueilli d'une manière relativement objective et utile?

• (1710)

M. Peter Brenders: J'aimerais faire une suggestion. Je crois que le problème peut être réglé de bien des façons. D'autres pays adoptent cette approche. Juste à côté de nous, les États-Unis en sont un bon exemple. La FDA, avant d'homologuer un produit, organise une audience de révision ouverte qui permet aux citoyens de participer. Cette audience permet aux sociétés de répondre à des questions et d'être interrogées par le comité et le groupe d'experts devant un public. Des audiences publiques sont aussi organisées.

Nous espérons pouvoir permettre — car rappelez-vous qu'en bout de ligne, la rentabilité — Tout le monde parle de la science de l'évaluation des technologies de la santé. Ce n'est pas une science. En bout de ligne, c'est toujours l'opinion que partage un groupe très restreint de personnes en ce qui concerne la rentabilité. Ce que nous demandons, c'est de le faire en public, de tenir une séance publique. Il peut effectivement y avoir une grande foule, mais permettez à l'auditoire d'entendre les avis, les débats, les points positifs et négatifs, et autoriser des gens qui ont des opinions plus singulières à en faire part à cette discussion, ce cadre de travail.

En définitive, ce seront les personnes les plus concernées, que ce soient les physiciens, les pharmaciens, les patients, ou même les fabricants qui ont fait la R-D, qui devront faire part de leur point de vue à un groupe. Nous estimons qu'il est particulièrement important, surtout lorsqu'il est question de besoins non satisfaits et de maladies rares, lorsque le cycle de traitement de la maladie n'est pas encore de 30 à 40 ans —

Mme Penny Priddy: Oui, je sais que c'est le cas pour plusieurs maladies rares.

Très bien, je vous remercie.

Je profite de l'occasion pour souhaiter un joyeux anniversaire à la présidente. J'ignore si vous aviez planifié de passer cette journée à présider une séance du comité de la santé, mais je sais qu'on n'a pas toujours le choix; néanmoins, nous sommes contents que vous soyez des nôtres aujourd'hui.

En tant que survivante d'un cancer et résidente de la Colombie-Britannique, je suis ravie d'entendre ces commentaires sur notre programme d'oncologie.

Si vous le permettez, j'aurais une autre question à poser. Mon parti — et d'autres je pense — préconise la création d'un régime national de remboursement des médicaments onéreux. Pensez-vous qu'un tel régime pourrait ne pas participer au PCEM? Avez-vous des commentaires à ce sujet?

M. Russell Williams: Je pense que si nous voulons un programme national qui puisse vraiment répondre aux besoins de tous les Canadiens et leur faciliter l'accès à de nouveaux médicaments, il faut définitivement qu'il soit exclu du PCEM.

Comme l'a mentionné M. Benders, on parle ici d'adopter une approche différente. Je pense qu'il faut consulter chacune des provinces afin de déterminer la méthode qui convient le mieux selon les priorités.

M. Peter Benders: Au sujet de ce que vient de dire M. Williams concernant l'approche ... Il faut se rappeler que, de nos jours, les médicaments, même s'ils représentent une part importante, ne constituent qu'entre 4 et 8 p. 100 de toutes les dépenses publiques en santé. C'est donc dire que 92 p. 100 de ces dépenses visent d'autres secteurs du système de santé.

Dans le reste du système de santé, en matière des traitements de survie, lorsqu'un patient a de grands besoins, il est envoyé aux soins intensifs afin qu'on vérifie l'efficacité des traitements. Pour ce qui est des médicaments, on ne peut procéder ainsi.

C'est aussi le cas en ce qui concerne les nouvelles technologies destinées à combler des besoins non satisfaits. Elles font l'objet d'une évaluation pendant plusieurs mois avant même qu'elles soient offertes aux patients.

À notre avis, si leur survie en dépend, nous devons les aider.

Mme Penny Priddy: Je vous remercie.

La vice-présidente (Madame Christiane Gagnon): Madame Davidson, vous avez la parole.

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): Merci, madame la présidente. Je vous souhaite également un bon anniversaire.

J'aimerais aussi remercier nos témoins. Comme je participe à cette discussion depuis peu, je ne suis pas très informée sur le sujet.

J'ai quelques questions concernant certaines des observations que vous avez faites, monsieur Williams. Vous avez mentionné que l'organisme chargé du PCEM a déjà décidé d'élargir le mandat du programme. Pouvez-vous donner des précisions à cet égard? Faites-vous référence au communiqué qui a été diffusé il y a deux jours?

• (1715)

M. Russell Williams: C'est exact.

Mme Patricia Davidson: Qu'en pensez-vous?

M. Russell Williams: Même si c'est un document public qui a été publié le 12 avril, je pourrais déposer ce communiqué auprès de la greffière, si vous le voulez. L'Agence annonce l'élargissement du mandat du PCEM pour permettre l'examen des nouvelles indications de médicaments connus. L'annonce a été faite le 12 avril. Selon l'ACMTS, le PCEM a atteint ses objectifs et son mandat peut être élargi. C'est pourquoi j'en ai parlé.

À mon avis, l'annonce a été faite à un moment inopportun; à peine deux jours avant la tenue d'une séance de votre comité. Il s'agit d'un communiqué qui a déjà été publié, alors je peux certainement le déposer si nécessaire.

Mme Patricia Davidson: Le PCEM a été mis sur pied à la demande des ministres provinciaux de la Santé, n'est-ce pas? Il s'agit de l'un des trois programmes dont s'occupe l'Agence. Trente pour cent du financement du PCEM provient du gouvernement fédéral, et 70 p. 100, des provinces.

M. Russell Williams: C'est exact.

Mme Patricia Davidson: Dans l'ensemble, la contribution du gouvernement fédéral représente-t-elle 30 p. 100 ou une autre proportion?

M. Russell Williams: À ma connaissance, il s'agit de 80 p. 100.

Mme Patricia Davidson: Les fonds du gouvernement fédéral sont-ils répartis également entre les programmes?

M. Russell Williams: Non, mais nous n'avons pas pu déterminer quelles sont les proportions, surtout en ce qui concerne le PCEM.

Mme Patricia Davidson: Qu'en est-il des deux autres programmes?

M. Mark Ferdinand: Santé Canada et l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé devraient répondre à cette question.

Mme Patricia Davidson: Très bien, je vous remercie.

Vous avez dit que la responsabilisation et la transparence laissent à désirer. Pouvez-vous expliquer pourquoi? Est-ce parce que vous avez essayé d'obtenir ces renseignements sur le financement?

M. Russell Williams: Il n'est pas facile d'avoir des réponses. Nous parlions de l'expérience politique. Il faut s'assurer que quelqu'un puisse rendre des comptes à un ministre. Il est très difficile de savoir qui gère le PCEM, comment les décisions sont prises, et à qui s'adresser lorsqu'on veut les contester.

Mme Patricia Davidson: Vous avez parlé d'un médicament qui s'appelle le Sutent. Quatre mois après avoir été approuvé par Santé Canada, le Québec a accepté de le rembourser. Il en va de même pour l'Ontario. Comment l'Ontario a-t-il pu prendre cette décision sans attendre l'évaluation par le PCEM? Est-ce parce que les provinces sont libres de décider elles-mêmes?

M. Russell Williams: C'est exact. Les provinces ne sont pas tenues de suivre les recommandations, favorables ou non, formulées par le PCEM. L'Ontario a choisi de le rembourser, comme l'a décidé le Québec.

M. Mark Ferdinand: J'aimerais souligner que parmi toutes les recommandations défavorables émises par le PCEM au fil des ans, un certain nombre n'ont pas été suivies par quelques provinces ou régimes d'assurance-médicaments. Le Régime d'assurance-médicaments du Québec, qui ne participe toutefois pas au PCEM, a inscrit sur sa liste des médicaments couverts environ 14 médicaments pour lesquels le PCEM avait formulé une recommandation défavorable. Dans le cas du SSNA, il s'agit de un ou deux, tandis que le régime de la Colombie-Britannique en a inscrit quelques-uns, et celui de l'Ontario, quatre.

Cela me ramène au point qu'a soulevé M. Williams et au vif de ce sujet qu'est la couverture des médicaments onéreux. Les provinces sont les mieux placées pour prendre les décisions quant aux soins de santé ainsi qu'aux services médicalement nécessaires. Il faut déterminer qui est plus en mesure de prendre les décisions. Comme d'autres vous le diront certainement la semaine prochaine, ce n'est certes pas le PCEM, même s'il fournit des recommandations.

Il se trouve que ces recommandations sont en réalité des décisions que les patients subissent. Quand on constate que les recommandations défavorables contribuent à retarder les décisions ou donnent lieu à des décisions négatives, cela nuit aux patients.

• (1720)

M. Russell Williams: Comme l'a mentionné M. Billen, il faut que les professionnels de la santé puissent prescrire les médicaments le plus tôt possible. Il ne faut pas qu'il y ait d'obstacles.

M. Daniel Billen: Un des sept médicaments considérés comme les plus efficaces, et figurant sur la liste que j'ai mentionnée, est le Sensipar, que nous avons conçu. Il est utilisé chez les personnes souffrant d'insuffisance rénale, une maladie grave qui nécessite des traitements par dialyse. Même si le PCEM a formulé une recommandation défavorable à l'égard de ce médicament, le Québec a décidé de le rembourser et la Colombie-Britannique également dans certains cas.

L'ironie est que ce médicament est fabriqué au Canada pour être vendu partout dans le monde, mais les patients n'y ont pas accès. Ce n'est pas logique du tout. Ce produit est vendu en France et dans tous les autres pays d'Europe, mais la plupart des provinces canadiennes, à l'exception du Québec et de la Colombie-Britannique, refusent de le rembourser parce que le PCEM a fait une recommandation défavorable. C'est une injustice envers les patients.

[Français]

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): Monsieur Brown, je pense que vous allez être le dernier intervenant. Merci.

[Traduction]

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Je remercie les témoins de leurs commentaires.

En général, lorsque j'examine un programme du gouvernement, ou tout programme canadien — et je sais qu'on parle ici d'un programme auquel participent les provinces — j'en étudie les répercussions pour les résidents de la circonscription de Barrie, que j'ai le plaisir et l'honneur de représenter. À trois occasions, on m'a fait part de certaines préoccupations au sujet du PCEM. J'aimerais vous les exposer et obtenir vos commentaires parce que je reconnais qu'en ce qui concerne les médicaments, il faut un équilibre entre, d'une part, l'innocuité et la prudence, et d'autre part, l'accès et l'importance du patient. Ce sont ces deux derniers éléments qui constituent une préoccupation.

Des électeurs ont porté trois problèmes à mon attention. Une dame s'est présentée à mon bureau pour se plaindre du fait que sa mère, qui souffrait d'un cancer, n'avait pas accès au médicament Iressa et de la lenteur du processus. Je voyais qu'elle était frustrée et à quel point ce problème touchait sa famille; dans ce cas-là, il semblait que le système en place constituait un obstacle. Je crois savoir que certaines provinces ont accepté de rembourser ce médicament, mais que, pour une raison quelconque, à cause du PCEM, cette mère ne pouvait pas obtenir ce médicament qui, d'après son médecin, pouvait l'aider. J'aimerais bien savoir comment cette histoire s'est terminée.

Je vais vous donner un autre exemple. Un résident de Barrie atteint d'une maladie rare, la maladie de Pompe, pouvait être traité à l'aide d'un médicament qui avait été approuvé en Europe. Santé Canada l'avait également approuvé, mais le PCEM n'avait pas recommandé son remboursement.

J'ai aussi reçu un groupe de jeunes gens atteints du diabète de type 2, qui se sont dits préoccupés par la lenteur du processus.

Ce ne sont que quelques exemples parmi tant d'autres. J'aimerais savoir ce que vous en pensez. Accordons-nous plus d'importance à l'innocuité qu'à l'accès? Si tel est le cas, avons-nous des exemples concrets qui montrent que cela est justifié? Existe-t-il d'autres exemples qui prouvent que cela nuit à l'accès?

M. Daniel Billen: Tout d'abord, c'est Santé Canada qui prend la décision dans l'intérêt des Canadiens et qui vérifie l'innocuité. Voilà la première étape. Je pense que ce ministère est le mieux placé pour réaliser cet équilibre dont vous avez parlé. À mon avis, plus un produit est spécifique, plus les préoccupations en matière d'innocuité sont grandes. Parfois, c'est une question d'assurer le bon équilibre entre les bienfaits et l'innocuité, et cette responsabilité relève clairement de Santé Canada.

Tous les exemples que vous avez donnés illustrent très bien les situations que nous exposons aujourd'hui. À l'ère de la mondialisation, les patients savent ce qui est disponible sur le marché; c'est pour cela qu'ils ont un brin d'espoir. À mon avis, on enlève l'espoir aux patients en leur refusant d'avoir accès à des médicaments qu'ils pourraient obtenir dans une autre province, comme le Québec, ou dans d'autres pays, comme la France, l'Allemagne ou le Royaume-Uni. Vous avez en effet raison de dire qu'on verra de plus en plus de patients frustrés par le fait qu'il existe des médicaments qui pourraient — et je dis bien pourraient — les aider, mais auxquels ils n'ont pas accès. Ils se demanderont pourquoi le système est ainsi fait.

C'est pour cette raison que le rôle que joue le PCEM a une grande importance. Son approche étant surtout axée sur la limitation des coûts, il ne recommandera pas un bon nombre de ces médicaments, et, par conséquent, des patients désespérés qui cherchent des options n'y auront pas accès.

● (1725)

[Français]

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): Je pense que vous avez posé votre dernière question. M. Batters voudrait parler de nouveau. Vous avez pris presque cinq minutes, il vous reste à peine 30 secondes. Mais si vous voulez intervenir, monsieur Brown —

[Traduction]

M. Patrick Brown: [Note de la rédaction — Inaudible]

M. Dave Batters: Est-ce que vous m'accordez 30 secondes ou deux minutes?

[Français]

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): Vous disposez d'environ une minute. Il ne reste pas suffisamment de temps pour poser une question.

Je vais redonner la parole à M. Batters.

[Traduction]

M. Dave Batters: Je vais me dépêcher, madame la présidente.

Cette question s'adresse à quiconque d'entre vous veut bien y répondre. Qui est chargé au sein du gouvernement d'examiner le PCEM et de déterminer si les contribuables en ont pour leur argent?

M. Peter Benders: Nous nous posons la même question.

M. Dave Batters: Donc, vous ne le savez pas?

M. Peter Benders: Non.

M. Dave Batters: Très bien, merci.

Ma deuxième question est celle-ci : Si le PCEM reçoit des fonds publics, mais ne fait pas partie d'un organisme gouvernemental, alors qui doit en assurer la surveillance et qui doit rendre des comptes?

M. Russell Williams: C'est exactement ce que nous aimerions savoir; voilà les questions que vous devriez poser.

J'ai parlé du communiqué de presse publié il y a deux jours pour mettre en évidence le fait qu'on annonce l'expansion du mandat du programme alors que nous sommes en train d'évaluer son efficacité et son efficience.

M. Dave Batters: Voici ma dernière question, messieurs — en passant, j'aimerais remercier mon collègue Patrick Brown de ses propos; il a réellement illustré concrètement ce dont nous discutons. Les patients peuvent-ils contester les décisions prises par le PCEM.

M. Peter Benders: Pas que je sache.

M. Dave Batters: N'existe-t-il aucun processus d'appel pour les patients?

M. Peter Benders: Pas en ce qui concerne le PCEM.

M. Dave Batters: Très bien. Je vous remercie.

Je n'ai plus de questions, madame la présidente.

[Français]

La vice-présidente (Mme Christiane Gagnon): Je pense qu'on souhaiterait poursuivre la séance, mais le temps à notre disposition est écoulé. Je remercie tous les témoins qui ont participé à cette première activité sur le PCEM. Merci beaucoup. Vous apportez de nouveaux éléments à notre réflexion.

La séance est levée.

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

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

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

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

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