

SENATE



SÉNAT

CANADA

First Session
Forty-first Parliament, 2011

Première session de la
quarante et unième législature, 2011

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

SOCIAL AFFAIRS,
SCIENCE AND
TECHNOLOGY

AFFAIRES SOCIALES,
DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Chair:

The Honourable KELVIN KENNETH OGILVIE

Président :

L'honorable KELVIN KENNETH OGILVIE

Wednesday, October 26, 2011
Thursday, October 27, 2011

Le mercredi 26 octobre 2011
Le jeudi 27 octobre 2011

Issue No. 5

Fascicule n° 5

Fifth and sixth meetings on:

Examining the progress in implementing the 2004
10-Year Plan to Strengthen Health Care

Cinquième et sixième réunions concernant :

L'étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du
Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

STANDING SENATE COMMITTEE
ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE
AND TECHNOLOGY

The Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, *Chair*

The Honourable Art Eggleton, P.C., *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

Braley	Hubley
Cordy	* LeBreton, P.C.
* Cowan	(or Carignan)
(or Tardif)	Martin
Demers	Merchant
Dyck	Seidman
Eaton	Verner, P.C.

* Ex officio members

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The Honourable Senator Hubley replaced the Honourable Senator Callbeck (*October 27, 2011*).

The Honourable Senator Eaton replaced the Honourable Senator Champagne, P.C. (*October 26, 2011*).

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT
DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES
ET DE LA TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie

Vice-président : L'honorable Art Eggleton, C.P.
et

Les honorables sénateurs :

Braley	Hubley
Cordy	* LeBreton, C.P.
* Cowan	(ou Carignan)
(ou Tardif)	Martin
Demers	Merchant
Dyck	Seidman
Eaton	Verner, C.P.

* Membres d'office

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité :

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

L'honorable sénateur Hubley a remplacé l'honorable sénateur Callbeck (*le 27 octobre 2011*).

L'honorable sénateur Eaton a remplacé l'honorable sénateur Champagne, C.P. (*le 26 octobre 2011*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, October 26, 2011
(8)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:16 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Braley, Champagne, P.C., Cordy, Demers, Eggleton, P.C., Martin, Merchant, Ogilvie, Seidman and Verner, P.C. (10).

In attendance: Karin Phillips and Michel-Ange Pantal, Analysts, Parliamentary Information and Research Service.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, June 23, 2011, the committee continued its study on the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 3.*)

WITNESSES:

Canadian Pharmacists Association:

Jeff Poston, Executive Director.

Health Canada:

Abby Hoffman, Assistant Deputy Minister.

Drug Safety and Effectiveness Network:

Dr. Robert Peterson, Executive Director.

As an individual:

Steve Morgan, Associate Director, Center for Health Services and Policy Research, University of British Columbia

The chair made a statement.

Mr. Poston, Ms. Hoffman, Dr. Peterson and Dr. Morgan each made a statement and, together, answered questions.

At 6:11 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, October 27, 2011
(9)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:26 a.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie presiding.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 26 octobre 2011
(8)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 16, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Braley, Champagne, C.P., Cordy, Demers, Eggleton, C.P., Martin, Merchant, Ogilvie, Seidman et Verner, C.P. (10).

Également présents : Karin Phillips et Michel-Ange Pantal, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 23 juin 2011, le comité poursuit son étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 3 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Association des pharmaciens du Canada :

Jeff Poston, directeur exécutif.

Santé Canada :

Abby Hoffman, sous-ministre adjointe.

Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments :

Dr Robert Peterson, directeur exécutif.

À titre personnel :

Steve Morgan, directeur associé, Center for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique.

Le président prend la parole.

M. Poston, Mme Hoffman, le Dr Peterson et le Dr Morgan font chacun une déclaration puis, ensemble, répondent aux questions.

À 18 h 11, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le jeudi 27 octobre 2011
(9)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 26, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*).

Members of the committee present: The Honourable Senators Braley, Cordy, Demers, Eaton, Eggleton, P.C., Hubley, Martin, Merchant, Ogilvie, Seidman and Verner, P.C. (11).

In attendance: Karin Phillips and Michel-Ange Pantal, Analysts, Parliamentary Information and Research Service.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, June 23, 2011, the committee continued its study on the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 3.*)

WITNESSES:

Genome Canada:

Dr. Pierre Meulien, President and CEO.

Canadian Academy of Health Sciences:

Dr. Paul Armstrong, Founding and Former President.

Canadian Institutes of Health Research:

Dr. Alain Beaudet, President;

Dr. Robyn Tamblyn, Scientific Director.

Canada Health Infoway:

Richard Alvarez, President and Chief Executive Officer;

Mike Sheridan, Chief Operating Officer.

Office of the Auditor General of Canada:

Neil Maxwell, Assistant Auditor General;

Louise Dubé, Principal.

The chair made a statement.

Dr. Meulien, Dr. Armstrong, Dr. Beaudet and Dr. Tamblyn each made a statement and, together, answered questions.

At 11:25 a.m., the committee suspended.

At 11:29 a.m., the committee resumed.

Mr. Alvarez and Mr. Maxwell each made a statement and, together with Mr. Sheridan and Ms. Dubé, answered questions.

At 12:26 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Braley, Cordy, Demers, Eaton, Eggleton, C.P., Hubley, Martin, Merchant, Ogilvie, Seidman et Verner, C.P. (11).

Également présents : Karin Phillips et Michel-Ange Pantal, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 23 juin 2011, le comité poursuit son étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 3 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Génome Canada :

Dr Pierre Meulien, président et chef de la direction.

Académie canadienne des sciences de la santé :

Dr Paul Armstrong, président fondateur et ancien président.

Instituts de recherche en santé du Canada :

Dr Alain Beaudet, président;

Dre Robyn Tamblyn, directrice scientifique.

Infoway Santé du Canada :

Richard Alvarez, président et chef de la direction;

Mike Sheridan, chef de l'exploitation.

Bureau du vérificateur général du Canada :

Neil Maxwell, vérificateur général adjoint;

Louise Dubé, directrice principale.

Le président prend la parole.

Les Drs Meulien, Armstrong, Beaudet et Tamblyn font chacun une déclaration puis, ensemble, répondent aux questions.

À 11 h 25, la séance est suspendue.

À 11 h 29, la séance reprend.

MM. Alvarez et Maxwell font chacun une déclaration, puis, avec l'aide de M. Sheridan et de Mme Dubé, répondent aux questions.

À 12 h 26, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Jessica Richardson

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, October 26, 2011

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:16 p.m. to examine the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care.

Senator Kelvin Kenneth Ogilvie (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Honourable senators, we have a quorum, and I call the meeting to order.

[*Translation*]

I wish to welcome you to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

[*English*]

My name is Kelvin Ogilvie. I am a senator from Nova Scotia. I will ask my colleagues to introduce themselves, starting with the deputy chair.

Senator Eggleton: Art Eggleton, senator from Toronto and deputy chair of the committee.

Senator Merchant: Pana Merchant from Saskatchewan.

Senator Martin: Yonah Martin from Vancouver, B.C. Welcome.

Senator Braley: David Braley from Hamilton, Ontario.

[*Translation*]

Senator Champagne: Andrée Champagne from Quebec.

Senator Demers: Jacques Demers from Quebec.

Senator Seidman: Judith Seidman, from Montreal, Quebec.

[*English*]

The Chair: Thank you, colleagues. Senator Cordy from Nova Scotia is here as well.

To our witnesses, I want to welcome you to the committee on behalf of my colleagues. I very much appreciate your joining us today for meeting number six in our study of the health accord. This meeting is entitled, National Pharmaceuticals Strategy.

We have four witness groups today. I will introduce you as I invite you to speak. I will start with the Canadian Pharmacists Association, and Jeff Poston, Executive Director.

Jeff Poston, Executive Director, Canadian Pharmacists Association: Thank you very much. I am certainly pleased to be appearing before the committee today to present the views of

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 26 octobre 2011

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 16, dans le cadre de son étude sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004.

Le sénateur Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Honorables sénateurs, nous avons le quorum et je déclare la séance ouverte.

[*Français*]

Je vous souhaite la bienvenue au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

[*Traduction*]

Je suis Kelvin Ogilvie. Je suis un sénateur de la Nouvelle-Écosse. Je vais demander à mes collègues de se présenter, en commençant par le vice-président.

Le sénateur Eggleton : Art Eggleton, sénateur de Toronto et vice-président du comité.

Le sénateur Merchant : Pana Merchant, de la Saskatchewan.

Le sénateur Martin : Yonah Martin, de Vancouver, Colombie-Britannique. Bienvenue.

Le sénateur Braley : David Braley, de Hamilton, Ontario.

[*Français*]

Le sénateur Champagne : Andrée Champagne, de la province de Québec.

Le sénateur Demers : Jacques Demers, de la province de Québec.

Le sénateur Seidman : Judith Seidman, de Montréal, province de Québec.

[*Traduction*]

Le président : Merci, collègues. Le sénateur Cordy, de la Nouvelle-Écosse, est également ici.

Au nom de mes collègues, je veux souhaiter la bienvenue au comité à nos témoins. Je vous suis très reconnaissant de vous joindre à nous aujourd'hui, pour la sixième séance consacrée à notre étude de l'accord sur la santé. La séance d'aujourd'hui est intitulée : La stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques.

Nous recevons aujourd'hui quatre groupes de témoins. Je vous présenterai au fur et à mesure que je vous donnerai la parole. Nous allons commencer avec l'Association des pharmaciens du Canada, et Jeff Poston, son directeur exécutif.

Jeff Poston, directeur exécutif, Association des pharmaciens du Canada : Merci beaucoup. Je suis absolument ravi de comparaître aujourd'hui devant le comité pour faire part des vues des

Canadian pharmacists with respect to the 2004 accord. We were directly involved in the health accord, and we are very pleased to be here to discuss the progress that has been made.

As you know, the accord was far reaching, and there were 10 different areas for action. I will focus my remarks on the National Pharmaceuticals Strategy, but I want to touch on three other areas that are particularly important and that relate to some of the issues in the National Pharmaceuticals Strategy. They are: the overall funding model, health human resources and health.

We are pleased to see the commitment, in the 2004 accord, to the 6 per cent escalator over the 10-year life. I think that has given provinces some stability and predictable funding. I notice that the Prime Minister has talked, this year, about continuing the escalator for two or more years. I think it is important that that should, perhaps, be a longer commitment to 10 years, so that we can have some stability and predictability in funding for the system. I think jurisdictions should be held accountable for spending.

Moving on to the National Pharmaceuticals Strategy, I will not comment on all the key elements. I think the Health Council of Canada's report in 2009 described progress on the National Pharmaceuticals Strategy as being somewhat spotty. I think we have seen some progress in certain areas, but I think there is a lot of work to be done and a lot of improvement needed. I will comment on strategies relating to drug purchasing and pricing. I think we have seen some activity in that area.

We have seen provinces make reforms with respect to generic pricing. There has been a discussion around pricing agreements, and particularly bulk purchasing.

Currently in Canada, we are facing the most severe and prolonged period of drug shortages that many of us can remember. We have probably had a major drug shortage issue going on for two years. There are particular concerns around how bulk purchasing strategies can be a factor that contributes to shortages. Our advice to governments is to pursue developments in that area carefully. There is concern whether the economics of production of generic drugs has been one of the factors that contributed to the loss of low-volume, low-value drugs from the marketplace. That has contributed to shortages, which has been a major issue.

With respect to catastrophe pharmaceutical coverage, we still see many Canadians that do not have adequate access or coverage. We have done some work on catastrophic coverage ourselves. I think we see the variable income threshold model as the approach that needs to be developed. That is an area where we

pharmaciens canadiens sur l'accord de 2004. Nous avons été directement concernés par l'accord sur la santé et nous sommes très heureux d'être ici pour traiter des progrès réalisés.

Comme vous le savez, l'accord était de grande portée et comportait 10 domaines d'action différents. Je vais limiter mon propos à la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, mais je vais effleurer aussi trois autres domaines particulièrement importants en rapport avec certains enjeux de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Il s'agit du modèle de financement global, des ressources humaines dans le domaine de la santé, et de la santé.

Nous avons salué, dans l'accord de 2004, la clause de 6 p. 100 d'augmentation automatique par an sur les 10 ans. Je pense que cela a donné aux provinces un peu de stabilité et un financement prévisible. J'ai relevé que le premier ministre a fait état, cette année, d'un maintien de cette augmentation pendant deux années ou plus. Je pense qu'il serait important d'en faire un engagement de plus longue durée, sur 10 ans, afin que nous ayons une certaine stabilité et prévisibilité du financement pour le système. Je pense que les provinces et territoires devraient avoir à rendre compte des dépenses.

Passant à la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, je ne vais pas m'attarder sur tous ses éléments. Je crois que le rapport du Conseil canadien de la santé de 2009 a qualifié d'un peu inégaux les progrès réalisés dans le cadre de cette stratégie. Je pense que nous avons enregistré quelques progrès dans certains domaines, mais je pense qu'il reste beaucoup de travail à faire et beaucoup d'améliorations à apporter. Je vais aborder les stratégies concernant les achats et la tarification des médicaments. Je pense que nous avons constaté quelque activité à cet égard.

Nous avons vu les provinces instaurer des réformes concernant le prix des médicaments génériques. Il y a eu des discussions relatives à des accords de tarification, et particulièrement à des achats en gros.

Nous connaissons actuellement au Canada la période de pénurie de médicaments la plus grande et la plus prolongée que nombre d'entre nous aient jamais vue. Cela fait probablement deux ans que nous avons un problème ou un autre de grave pénurie de médicaments. Les stratégies d'achats en gros peuvent être un facteur contribuant aux pénuries, craignent d'aucuns. Notre conseil aux pouvoirs publics est d'avancer prudemment dans ce domaine. On se demande si les facteurs économiques de la production de médicaments génériques n'ont pas contribué à la disparition sur le marché de médicaments de faible volume et de faible valeur. Cela a contribué à des pénuries, lesquelles constituent un problème majeur.

En ce qui concerne la couverture des médicaments onéreux, quantité de Canadiens n'ont toujours pas d'accès ou de couverture adéquats. Nous avons-nous-mêmes travaillé un peu sur la couverture des médicaments onéreux. Nous pensons qu'il y aura lieu de retenir l'approche d'un modèle de seuil de revenu

need to look at catastrophic coverage, but probably access to medication in general. Even when people have coverage, is it affordable and adequate?

With respect to evaluation of real world drug safety and effectiveness, we were pleased to see funding to create the Drug Safety and Effectiveness Network, the DSEN, but believe there is much work to be done. We have called for greater investment in the area of drug monitoring and safety — such as a national medication management centre to coordinate a lot of the work we have in these areas — in order to improve our knowledge around drug safety and effectiveness.

Something that is closely related is influencing prescribing behaviour. One of the big changes that has taken place in recent years is legislation that passed and has expanded the scope of practice of pharmacists. Pharmacists in most provinces have some form of prescriptive authority. That has helped to provide a basis for collaborative practice with physicians and other prescribers. We have been involved in the development. I think we need to look at how we can build on collaborative to practices in order to improve the outcomes from drug therapy on patients.

There was a commitment to better predict health human resource needs in the system. Again, this is an area we think there needs to be further work, particularly in the areas of developing team-based care and collaborative practice models. We support some of the recommendations from the House of Commons standing committee — with respect to inter-professional collaboration and the idea of a health human resources observatory — to help gather data and better predict health human resource requirements.

Finally with respect to e-health, our comments go directly to the need to support drug safety and effectiveness. We believe that investment in electronic health records, investment in e-prescribing, and drug information systems have the potential to contribute to improving effectiveness, safety and economics of drug prescribing and drug items. We would support further investment and support to develop our health IT strategy.

I would be pleased to answer any questions and I thank you for the opportunity to present.

Abby Hoffman, Assistant Deputy Minister, Health Canada: Thank you and good afternoon. It is a pleasure to join you again to talk about the status about the pharmaceuticals component under the 2004 health accord.

variable. Il ne se suffit pas de se pencher seulement sur la couverture des médicaments onéreux, mais probablement sur l'accès aux médicaments en général. Même lorsque les malades sont assurés, cette assurance est-elle abordable et adéquate?

Pour ce qui est de l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments dans le monde réel, nous avons salué le financement permettant de créer le Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments, le RIEM, mais considérons qu'il reste beaucoup de travail à faire. Nous avons demandé que l'on investisse davantage dans le domaine de la pharmacovigilance et de l'innocuité — notamment la création d'un centre national de gestion des médicaments, qui serait chargé de coordonner les travaux dans ces domaines de façon à améliorer nos connaissances sur le sujet de l'efficacité et de l'innocuité des médicaments.

Un domaine étroitement apparenté est l'exercice d'une influence sur les habitudes de prescription. Un des grands changements intervenus ces dernières années réside dans l'adoption de mesures légales élargissant la faculté des pharmaciens de prescrire des médicaments. Dans la plupart des provinces, les pharmaciens ont un certain pouvoir de prescription. Cela a jeté les bases d'une collaboration entre les médecins et d'autres prescripteurs. Nous avons joué un rôle dans cette évolution. Nous devons chercher comment renforcer les pratiques collaboratives en vue d'améliorer les résultats des pharmacothérapies sur les patients.

L'engagement a été donné de mieux anticiper les besoins en ressources humaines dans le domaine de la santé. Là encore, c'est un domaine où il faut prolonger l'effort, particulièrement en vue de développer les soins en équipe et les modèles de pratique collaborative. Nous appuyons certaines des recommandations du Comité permanent de la Chambre des communes — notamment celles concernant la collaboration interdisciplinaire et la création d'un observatoire des ressources humaines en santé — pour faciliter la collecte de données et mieux prédire les besoins en ressources humaines de ce secteur.

Enfin, pour ce qui est de la télésanté, nous soulignons la nécessité d'un appui à l'innocuité et à l'efficacité des médicaments. Nous pensons que l'investissement dans les dossiers de santé électroniques, dans la prescription électronique et les systèmes d'information sur les médicaments peut contribuer à améliorer l'efficacité, l'innocuité et les facteurs économiques de la prescription et des médicaments. Nous prônons donc le maintien des investissements et de l'appui à notre stratégie de télésanté.

Je me ferais un plaisir de répondre aux questions que vous pourriez avoir et je vous remercie de m'avoir donné la parole.

Abby Hoffman, sous-ministre adjointe, Santé Canada : Merci et bon après-midi. Je suis heureuse d'être ici aujourd'hui pour vous parler de la composante pharmaceutique de l'accord sur les soins de santé de 2004.

[Translation]

The National Pharmaceuticals Strategy, or NPS, laid out an ambitious nine-element agenda to better manage prescription drugs in the health care system. I would like to start with a little background to the NPS.

[English]

I should mention, Mr. Chair, that I was the co-chair on the federal side of the officials' level work that was conducted under the National Pharmaceuticals Strategy, the NPS. In the lead up to the first ministers' discussion on the 2004 health accord, the premiers at the Council of the Federation meeting in July 2004 concluded that, "There should be a significant shift in the delivery of pharmacare programs." They called on the federal government to assume full responsibility for these programs across the country. That was from their communiqué.

The federal government did not respond directly to this proposal. The general view at the time was that significant improvements in the management of pharmaceutical — in terms of both appropriate use and lower costs — were required before the possibility of extending drug coverage could be considered.

At the 2004 first ministers meeting, several premiers and the Prime Minister described the complementary responsibilities of the two levels of government with respect to pharmaceuticals. I will not dwell on those, other than to say that the federal government has the regulatory responsibility for determining which drugs will have access to the Canadian marketplace. We have responsibilities for oversight on safety. Through the Patented Medicine Prices Review Board, Canadians are protected from excessive prices.

On the provincial and territorial side, responsibilities include decisions on the extent, nature, and terms of publicly financed drug coverage and the authority for regulation of the pharmacy profession among many other responsibilities.

Having aligned those complementary responsibilities, first ministers concluded that they were natural allies in a campaign to better manage access to and costs of drugs in the health care system.

At the first ministers meeting the federal government elaborated a proposed strategy — including many which became the elements under the NPS — based on the premise that an integrated comprehensive proven was needed to achieve desired changes.

First ministers ultimately agreed that such a comprehensive strategy would constitute a worthwhile collaborative agenda.

[Français]

La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, SNPP en français, présente un programme ambitieux en neuf éléments visant à mieux gérer les médicaments sur ordonnance dans le système de soins de santé. J'aimerais commencer par évoquer le contexte dans lequel est née la SNPP.

[Traduction]

Je devrais mentionner, monsieur le président, que j'ai été la coprésidente du côté fédéral du groupe de travail des fonctionnaires qui s'est réuni dans le cadre de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, la SNPP. Dans la période précédant leurs discussions au sujet de l'accord sur les soins de santé de 2004, les premiers ministres ont tenu leur réunion du Conseil de la fédération en juillet 2004. Ils en sont alors arrivés à la conclusion que « la prestation des programmes d'assurance-médicaments devrait radicalement changer et le gouvernement fédéral devrait en assumer l'entière responsabilité partout au pays ». Cela figurait dans le communiqué de presse.

Le gouvernement fédéral n'a pas répondu directement à cette proposition. À l'époque, l'opinion générale était qu'il fallait améliorer la gestion des produits pharmaceutiques — du point de vue de l'usage et des prix — avant même d'envisager la possibilité d'étendre la couverture des médicaments.

Lors de la réunion des premiers ministres, en 2004, plusieurs premiers ministres provinciaux et le premier ministre fédéral ont fait état des responsabilités complémentaires des deux paliers de gouvernement à l'égard des produits pharmaceutiques. Je ne m'attarderai pas sur ces responsabilités, sinon pour dire que du côté fédéral elles englobent la responsabilité réglementaire d'homologuer les médicaments vendus sur le marché canadien, de surveiller leur innocuité et de veiller à ce que les Canadiens ne payent pas leurs médicaments au prix fort, ce qui est le rôle du Conseil d'examen des prix des médicaments brevetés.

Du côté des provinces et des territoires, les responsabilités comprennent la prise des décisions relatives à l'étendue et aux modalités de la couverture des médicaments financés par les fonds publics, ainsi que la réglementation de la profession de pharmacien, parmi beaucoup d'autres.

Ayant cerné ces responsabilités complémentaires, les premiers ministres ont conclu qu'ils étaient des alliés naturels dans le cadre d'une campagne visant non seulement à mieux gérer l'accès aux médicaments, mais aussi à mieux contrôler leur prix.

Pour sa part, lors de la réunion des premiers ministres, le gouvernement fédéral a proposé une stratégie — dont plusieurs éléments ont par la suite été intégrés à la SNPP — en partant de la prémisse qu'une démarche globale intégrée était requise pour opérer les changements voulus.

Les premiers ministres ont finalement convenu de l'opportunité de collaborer à la réalisation de cette stratégie globale.

The full NPS was ambitious. However, if pursued aggressively it held out the promise of gains and efficiency through improved prescribing, lower prices and more appropriate use. They were regarded at the time as essential pre-conditions for approved and affordable access.

It is fair to say that collaborative work on the nine elements was influenced by several factors. Not too long after the accord was agreed — and in conversations among officials and health ministers — provinces advocated for a more focused NPS agenda for the short to medium term. This was to increase the possibility of getting concrete results more rapidly.

In January 2005, it was agreed to narrow the initial focus and to focus specifically on five priority areas, which are: costing models for catastrophic drug coverage, so-called expensive drugs for rare diseases, a common national formulary, real world drug safety and effectiveness, and pricing and purchasing strategies. With the exception of expensive drugs for rare diseases, all of these areas were elements in the NPS.

There was a lot of concern at the time about the so-called expensive drugs for rare diseases. These pose particular challenges for drug plan managers across the country. They are faced with the difficult task of trying to evaluate which, if any, of these drugs should be covered and reimbursement provided. Apart from their high cost — as they are for rarely occurring diseases — the evidence about the drugs' efficacy and real world benefits is often unknown or limited.

With this somewhat narrowed agenda, Health Canada officials continue to underscore our belief — although we worked on the five elements with the provinces and territories — that ultimately all the elements of the NPS required attention.

Let me speak to these priority areas.

The first phase of the NPS was marked by collaboration on these five elements. One needs to think about progress under the NPS in two respects. There was the work we did together, which largely informed the ultimate report of the ministerial task force that was issued as called for under the NPS in 2006. That work in turn influenced a number of very positive changes that have occurred in the area of pharmaceuticals since the publication of the ministers' progress report in 2006.

To cite some examples here, in catastrophic drug coverage, under phase one, the NPS partners developed fixed and variable threshold definitions of catastrophic exposure to drug expenses and costed various other drug coverage options based on different definitions. In 2006, none of the four Atlantic provinces had a formal catastrophic drug coverage program. New Brunswick and Prince Edward Island remain as the only two provinces with no such program.

Dans son intégralité, la SNPP était ambitieuse. Résolument appliquée, elle promettait des gains en efficacité grâce à une amélioration des prescriptions, des prix plus modiques et un usage plus approprié des médicaments, toutes choses considérées comme des conditions préalables à un accès meilleur et plus abordable.

Il est juste de dire que le travail de collaboration qui a entouré les neuf éléments a été influencé par plusieurs facteurs. Peu après la signature de l'accord — lors de discussions entre fonctionnaires et ministres de la santé, les provinces ont plaidé pour un resserrement des priorités de la SNPP sur le court et le moyen terme, afin de rendre possible l'obtention plus rapide de résultats concrets.

En janvier 2005, il a été convenu de ramener les priorités initiales à cinq domaines prioritaires, soit la couverture des médicaments onéreux, les médicaments onéreux pour les maladies rares, une liste nationale commune de médicaments, l'innocuité et l'efficacité des médicaments dans le monde réel, et enfin des stratégies d'achat et de fixation des prix des médicaments. Tous ces domaines, à l'exception des médicaments onéreux pour les maladies rares, étaient déjà couverts par la SNPP.

À l'époque, ce que l'on appelle les médicaments onéreux pour maladies rares faisaient l'objet de nombreuses doléances. Ces médicaments posent des problèmes particuliers aux administrateurs des régimes d'assurance-médicaments. Ils ont la tâche difficile d'évaluer lesquels de ces médicaments il convient, le cas échéant, d'inclure dans la couverture et de rembourser. Outre leur coût élevé — du fait qu'ils sont destinés à des maladies rares — on ne possède souvent que pas ou peu d'indications sur leur efficacité et leurs avantages dans le monde réel.

En dépit de ce programme quelque peu allégé, les fonctionnaires de Santé Canada continuent d'exprimer leur conviction — bien que nous ayons travaillé avec les provinces et territoires sur les cinq éléments — qu'en fin de compte tous les éléments de la SNPP exigent notre attention.

Permettez-moi de passer en revue ces domaines prioritaires.

La première phase de la SNPP a été marquée par la collaboration sur ces cinq éléments. Il convient de réfléchir aux progrès réalisés dans le cadre de la SNPP selon deux perspectives. Il y a le travail que nous avons effectué ensemble, qui a largement influencé le rapport ultime du groupe de travail ministériel qui a été remis en 2006 comme le prévoyait la stratégie. Ce travail a, à son tour, amené un certain nombre de changements très positifs intervenus dans le domaine des produits pharmaceutiques depuis la publication du rapport d'étape des ministres en 2006.

Pour citer quelques exemples, en ce qui concerne la couverture des médicaments onéreux, dans le cadre de la première phase, les partenaires de la SNPP ont mis au point des définitions de seuils fixes et variables de l'exposition des malades aux dépenses pour médicaments onéreux et chiffrèrent aussi différentes options de couverture en fonction des définitions différentes. En 2006, aucune des quatre provinces de l'Atlantique n'avait de programme de couverture des médicaments onéreux. Aujourd'hui, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard restent les deux seules provinces à n'avoir pas adopté un tel programme.

Turning to pricing and purchasing strategies in terms of generic drugs, program changes by Ontario and British Columbia outlined in the Health Council of Canada's 2011 progress report are saving or are expected to save hundreds of millions of dollars annually. In Ontario alone, program changes are saving the province an estimated 20 per cent on generic drugs, and further reforms are expected to produce quite significant annual savings in the hundreds of millions of dollars. Similar generic purchasing and pricing reforms have been implemented or are emerging in Alberta, Quebec, Saskatchewan and Nova Scotia.

These reforms arguably have been informed by two pieces of federal action in support of NPS work. One is the pricing studies on non-patented drug price trends conducted by the Patented Medicine Prices Review Board. In addition, the federal Competition Bureau undertook an important two-part study examining the potential causes of the relatively high prices of generic drugs along with some ideas of how these markets might be made to work better with a view to reducing the cost and prices of generic drugs.

It was on a somewhat related front that in August 2010 the provinces and territories announced plans for a pan-Canadian purchasing alliance for common drugs, medical supplies and equipment. This promises further potential savings through harnessing of collective purchasing power.

Real world drug safety and effectiveness was one of the original five components. I will not speak to that in any detail at all because that is the subject of Dr. Peterson's remarks, which will follow shortly.

Let me move to another element: a common national formulary. This work focused on the expansion of the common drug review as a key step toward improving the efficiency and consistency of decision making on reimbursement for drugs across the country. It reflects a recommendation of the NPS in the NPS progress report.

In late 2007, one of those recommendations was specifically followed up. This was the addition of reviews for new indications for existing drugs as part of the mandate of the common drug review.

I want to point out, however, that the common drug review managed by the Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, a pan-Canadian initiative funded on a 70-30 basis by the provinces and territories and the federal government, makes recommendations on whether or not a drug should be listed on formularies of specific jurisdictions.

While I am happy to say there is a great deal of consistency in formularies as a result of the recommendations that are made by the common drug review, we do not have absolute uniformity, as each jurisdiction ultimately makes its own decision on whether or not to accept the recommendation of the common drug review.

Passant maintenant aux stratégies d'achat et de tarification des médicaments génériques, les modifications apportées au programme par l'Ontario et la Colombie-Britannique, décrites dans le rapport d'étape de 2011 du Conseil canadien de la santé, font ou devraient faire économiser des centaines de millions de dollars par an. Rien qu'en Ontario, les changements apportés au programme font économiser à la province 20 p. 100 sur les médicaments génériques, et d'autres réformes sont attendues qui devraient produire des économies considérables de l'ordre de centaines de millions de dollars. L'Alberta, le Québec, la Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse ont effectué ou vont effectuer des changements semblables à leur stratégie d'achat et de tarification.

Ces réformes s'inspirent sans contexte de deux mesures prises par le gouvernement fédéral pour appuyer la SNPP. Il y a d'abord les études sur la tarification des médicaments non brevetés menées par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. En outre, le Bureau de la concurrence fédéral a réalisé une importante étude en deux volets sur les causes potentielles des prix élevés des médicaments génériques et proposé quelques idées sur la manière de mieux faire fonctionner ces marchés de manière à faire baisser le coût et les prix des médicaments génériques.

Dans un domaine quelque peu corollaire, en août 2010, les provinces et les territoires ont annoncé leur intention de créer une alliance pancanadienne en vue de procéder conjointement aux achats de médicaments d'emploi courant, de fournitures et d'équipement médical. Cette mise en commun du pouvoir d'achat promet des économies supplémentaires.

L'innocuité et efficacité des médicaments dans le monde réel était l'un des cinq éléments originaux. Je n'en traiterai pas en détail car c'est le sujet de l'exposé du Dr Peterson qui va suivre sous peu.

Permettez-moi d'aborder un autre élément : la liste nationale commune de médicaments. Ce travail se concentrait sur l'expansion du Programme commun d'évaluation des médicaments, considéré comme une étape importante vers l'amélioration de l'efficacité et de l'uniformité du remboursement des médicaments à travers le pays. Il donne suite à une recommandation formulée dans le rapport d'étape de la SNPP.

À la fin de 2007, une recommandation en particulier a été exécutée. Il s'agit de l'ajout au mandat du Programme commun d'évaluation des médicaments de nouvelles indications relatives à des médicaments existants.

J'ajoute cependant que le Programme commun d'évaluation des médicaments, qui est financé selon un ratio de 70-30 par les provinces et territoires et le gouvernement fédéral, formule des recommandations sur l'opportunité d'ajouter ou non un médicament aux formulaires de provinces ou territoires particuliers.

Si je suis heureuse de pouvoir annoncer que, grâce aux recommandations présentées par le Programme commun d'évaluation des médicaments, il n'y a pas homogénéité totale puisque chaque gouvernement est libre d'accepter ou non les recommandations du Programme.

Turning to expensive drugs for rare diseases, as reported in the 2006 NPS progress report, collaborative work in this area focused on understanding key EDRD issues. There were a number of background analytical papers and stakeholder working sessions produced, and federal, provincial and manufacturer collaboration on a time limited, post-market study for a particular disease, Fabry's disease, an inherited metabolic enzyme disorder, was pursued in the aftermath of the NPS report in 2006. As a result, there was a time-limited funding agreement through which Health Canada provided just under \$35 million for a three-year study to look at therapies used to treat Fabry's disease. This is an example of a specific recommendation in the report of the ministerial task force on the NPS that was subsequently defined, financed and implemented.

If I may come to my conclusion, I want to make a last observation. While the bulk of the collaborative intergovernmental work occurred in the period leading up to the 2006 report, which seems like quite a long time ago and it is indeed the first two years after the accord of 2004 was signed, many of the resulting policy and program improvements have occurred in the years since then. These have occurred at the level of individual jurisdictions as well as at the federal level. The Drug Safety and Effectiveness Network is one such example at the federal level, but there were many initiatives at the provincial level and some joint initiatives such as further expansion of the common drug review.

While one might say that the NPS collaboration did not continue at the intensity some might have expected following the release of the 2006 report, there has nonetheless been significant progress in the sector supported by the substantial groundwork undertaken in the first phase of the NPS, and that progress continues today.

That concludes my formal remarks. I will be happy to answer questions.

The Chair: Thank you very much.

[Translation]

Dr. Robert Peterson, Executive Director, Drug Safety and Effectiveness Network: Good afternoon, Mr. Chair and thank you for having invited me to come and speak with you. My name is Robert Peterson and I am the Executive Director of the Drug Safety Effectiveness Network, or DSEN for short.

DSEN is a research and knowledge application network that was created in partnership by the Canadian Institutes of Health Research and Health Canada.

[English]

The RIEM, or DSEN, the English acronym for the Drug Safety and Effectiveness Network, is located within the Canadian Institutes of Health Research and has a dual mandate, first to provide authoritative, research-based answers to questions arising from health care decision makers regarding medicines approved for

Passant maintenant aux médicaments onéreux pour maladies rares, comme il est indiqué dans le rapport d'étape de 2006 de la SNPP, le travail de collaboration a eu pour objet premier de mieux cerner les enjeux en la matière. Une série d'études analytiques de fond ont été réalisées et des séances de travail entre parties prenantes organisées. Suite au rapport SNPP de 2006, le gouvernement fédéral, les provinces et les fabricants ont mené une étude ponctuelle post-commercialisation sur la maladie de Fabry, un trouble métabolique héréditaire causé par un enzyme. En vertu d'un accord de financement ponctuel non renouvelable, Santé Canada a engagé un peu moins de 35 millions de dollars pour une étude triennale sur les traitements de la maladie de Fabry. C'est un exemple de recommandations figurant dans le rapport du groupe de travail ministériel sur la SNPP dont l'exécution a été par la suite planifiée et financée.

En conclusion, je formulerai une dernière observation. Si le plus gros du travail de collaboration intergouvernementale est intervenu avant la publication du rapport de 2006 — on a l'impression que c'était il y a bien longtemps et c'était effectivement moins de deux ans après la signature de l'accord de 2004 —, nombre d'améliorations des politiques et des programmes sont intervenus depuis lors, et ce tant aux niveaux provincial et territorial qu'au niveau fédéral. Le réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments en est un exemple au niveau fédéral, mais il y a eu aussi de nombreuses initiatives au niveau provincial et quelques initiatives conjointes, comme l'expansion du Programme commun d'évaluation des médicaments.

Si l'on peut dire que la collaboration aux fins de la SNPP ne s'est pas maintenue au degré d'intensité que d'aucuns pouvaient espérer après le dépôt du rapport de 2006, il n'en reste pas moins que des progrès considérables dans ce secteur ont été accomplis, rendus possible par le substantiel travail préliminaire réalisé lors de la première phase de la SNPP, et les progrès se poursuivent encore.

Cela met fin à mon exposé. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

Le président : Merci beaucoup.

[Français]

Dr Robert Peterson, directeur exécutif, Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments : Bonjour, monsieur le président, et merci de m'avoir invité à venir vous parler. Je suis Robert Peterson, directeur exécutif du Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments, ou RIEM en abrégé.

Le RIEM est un réseau de recherche et d'application des connaissances créé en partenariat par les Instituts de recherche en santé du Canada et Santé Canada.

[Traduction]

Le RIEM ou Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments, dont le sigle anglais est DSEN, est logé au sein des Instituts de recherche en santé du Canada et possède un double mandat, premièrement fournir des réponses faisant autorité et fondées sur la recherche à des questions posées par

marketing in Canada, and second, to build capacity in Canada through training programs and methods development to strengthen Canada's competitive position in pharmaceutical research.

DSEN is focused on medicines that have been approved for the Canadian market. As you know, Health Canada licenses drugs based on the results of animal and clinical trial evidence submitted by drug manufacturers. The fact is this evidence is generated within a limited and highly controlled experimental environment. The licensing requirements, vested in legislation and federal regulations, address efficacy, safety and manufacturing quality. Drug manufacturers therefore must demonstrate evidence for these factors in their clinical trials.

However, it has been recognized for some time that the ability of such highly controlled clinical trials to predict the true benefit-to-harm profile of the medicine may be very limited, and that is because clinical trial evidence does not allow anyone to really see across the entire patient horizon — that is to say, to see the benefit or harm that may be observed in the total population of patients who will subsequently be exposed to the medicine outside the controlled clinical trial environment.

There have been a number of unfortunate experiences where the harm of a new medicine was not adequately predicted across the patient horizon, and the real world's use of the medicine was observed to cause greater harm than benefit.

DSEN addresses this challenge. It focuses on the real world of medicinal use in the Canadian health care system and, in particular, use in special populations that were not represented in the prior clinical trials.

There are also a number of unintended consequences of the current regulatory scheme in respect to those special populations. Allow me to digress from my comments on DSEN to mention one of these. This is speaking personally as pediatrician. The Canadian regulatory scheme currently provides drug manufacturers with complete discretion as to market niche and treatment claims they wish to identify for a new drug. Useful data about that drug, in particular, its clinical use in children, is often not included in the regulatory filings in Canada, even though it is included in the United States and in European filings.

This leads to an unfortunate result where Canadian product monographs may contain false and misleading information with regard to the fact that the drug is simply not recommended for use in children when in fact there is clear evidence that it can be used successfully in other countries in the world.

les décideurs en santé concernant les médicaments homologués au Canada, construire une capacité au Canada, par le biais de programmes de formation et la mise au point de méthodes, en vue de renforcer la compétitivité du Canada dans le domaine de la recherche pharmaceutique.

Le RIEM se concentre sur les médicaments approuvés pour le marché canadien. Comme vous le savez, Santé Canada homologue les médicaments sur la foi des résultats d'essais sur les animaux et d'essais cliniques fournis par les fabricants. Il se trouve que ces indications sont générées dans un environnement expérimental limité et hautement contrôlé. Les exigences d'homologation, prescrites par la législation et la réglementation fédérales, concernent l'efficacité, l'innocuité et la qualité de la fabrication. Les fabricants doivent donc établir que ces conditions sont remplies au cours de leurs essais cliniques.

Cependant, il est admis depuis quelque temps que la possibilité pour des essais cliniques aussi hautement contrôlés de prédire le véritable profil des avantages et inconvénients du médicament peut être très limitée, et ce du fait que les résultats des essais cliniques ne permettent pas d'entrevoir la totalité de l'horizon patients — c'est-à-dire, voir les avantages ou dommages pouvant être observés dans la population des patients qui seront ultérieurement exposés au médicament en dehors de l'environnement contrôlé des essais cliniques.

Il s'est produit un certain nombre de cas regrettables où les inconvénients d'un nouveau médicament n'avaient pas été adéquatement prédits pour tout l'horizon patients, et où l'on a observé que l'usage du médicament dans le monde réel engendrait plus d'inconvénients que de bienfaits.

Le RIEM s'attaque à ce défi. Il s'intéresse à l'usage des médicaments dans le monde réel du système de santé canadien et, en particulier, sur des populations spéciales qui n'étaient pas représentées dans les essais cliniques préalables.

Le système réglementaire en place comporte également des conséquences imprévues relativement à ces populations spéciales. Permettez-moi de digresser de mon propos sur le RIEM pour en mentionner quelques-unes. Je puise là dans mon expérience personnelle de pédiatre. Le régime réglementaire canadien laisse actuellement aux fabricants de médicaments une latitude complète quant aux créneaux de marché et aux indications thérapeutiques qu'ils revendiquent pour un nouveau médicament. Des données utiles sur ce médicament, en particulier son emploi clinique sur des enfants, sont souvent absentes des demandes d'homologation au Canada, alors même qu'elles y figurent aux États-Unis et en Europe.

Cela a pour résultat regrettable que les monographies canadiennes des produits peuvent contenir des renseignements faux et trompeurs disant que l'emploi du médicament chez les enfants n'est tout simplement pas recommandé, alors même qu'il existe des indications claires qu'il peut leur être administré avec succès dans d'autres pays du monde.

Returning to DSEN, let me position its role in this regulatory context. The federal regulatory requirements for a new drug are strongly directed toward evidence that will support the initial licensing of the new medicine, as it is promoted by the manufacturer and when appropriately prescribed and used by patients.

There are two consequences of this environment that DSEN addresses. One is the real world benefit-to-harm profile in populations not included in the licensing application, and the second is the rising costs of treatment as new drugs come onto the market replacing existing ones.

Let me first explain the benefit-to-harm dilemma. There are frequently pressures for new drugs for conditions that may have unmet therapeutic needs, particularly in those conditions that a life-threatening. As a result, a number of medicines are authorized as soon as a limited benefit-to-harm profile has been demonstrated to be positive, thus meeting the regulatory threshold. Once it meets that threshold, Health Canada, under current regulations has little option but to licence it.

An outstanding question remains: How safe are these drugs across wider populations than those that were studied in the clinical trials? Hence the role of DSEN in addressing these broader safety concerns.

As for the second issue, price escalation resulting from new medicines is an especially pressing challenge for provincial and territorial drug payment programs. Consequently, provincial and territorial authorities are keen to see real world evidence that compares new medicines against older and less costly alternatives.

Therefore you can see that while DSEN was conceived in partnership with Health Canada as a program to support the needs of the federal regulator, it also must perform to meet the needs of provincial decision makers. Looking forward, DSEN ultimately should make a contribution to the knowledge translation needs of both doctors and patients.

To fulfill this ambitious expectation, the DSEN has been structured as a Canada wide network of researchers. Thanks to a rigorous peer review program at CIHR, I can assure you that DSEN researchers are highly qualified in the methods required to fulfill the mandate.

Referring to figure 1, which has been distributed, this is the pie chart. We have investigators under the CIHR DSEN umbrella with distinctive competencies in the following areas: Clinical trial design and appraisal, pharmaco-epidemiology, drug safety surveillance and methods such as network meta-analysis for the purpose of direct and indirect comparisons of new drugs and

Revenant au RIEM, permettez-moi de situer son rôle dans le contexte réglementaire. Les exigences réglementaires fédérales concernant un médicament nouveau privilégient fortement les preuves en faveur de son homologation initiale, tel qu'il est promu par le fabricant et dans la mesure où il est prescrit et administré de manière appropriée aux patients.

Cet environnement produit deux conséquences auxquelles s'attaque le RIEM. L'une est le profil avantages-inconvénients dans le monde réel chez des populations non incluses dans la demande d'homologation, et la deuxième est le coût croissant des traitements lorsque de nouveaux médicaments sont mis sur le marché en remplacement de médicaments existants.

Permettez-moi d'expliquer d'abord le dilemme avantages-inconvénients. Des pressions sont fréquemment exercées en faveur de la mise sur le marché de médicaments nouveaux pour des maladies présentant des besoins thérapeutiques non satisfaits, particulièrement des affections virtuellement mortelles. De ce fait, un certain nombre de médicaments sont autorisés aussitôt qu'un profil avantages-inconvénients positif a été établi, ce qui constitue le seuil réglementaire. Une fois ce seuil atteint, Santé Canada, en vertu de la réglementation actuelle, n'a guère d'autre choix que d'homologuer.

Une question demeure cependant : quelle est l'innocuité de ces médicaments auprès de populations plus larges que celles étudiées dans les essais cliniques? D'où le rôle confié au RIEM de s'attaquer à ces préoccupations sécuritaires plus larges.

Pour ce qui est du deuxième problème, l'escalade des prix résultant de l'introduction de nouveaux médicaments constitue un problème particulièrement pressant pour les régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux. Aussi, les autorités provinciales et territoriales sont-elles impatientes de voir des preuves tirées du monde réel comparant les médicaments nouveaux aux anciens et à des alternatives moins coûteuses.

Vous pouvez donc voir que si le RIEM a été conçu en partenariat avec Santé Canada en tant que programme répondant aux besoins de l'autorité réglementaire fédérale, il doit servir également à répondre aux besoins des décideurs provinciaux. Prospectivement, le RIEM devrait en fin de compte apporter une contribution au nécessaire transfert du savoir vers les médecins et les patients.

Afin de réaliser cet objectif ambitieux, le RIEM a été structuré comme un réseau pancanadien de chercheurs. Grâce au programme rigoureux d'examen par les pairs des IRSC, je peux vous assurer que les chercheurs du RIEM ont une connaissance approfondie des méthodes requises pour remplir le mandat.

Je me reporte à la figure 1, qui a été distribuée, et qui est ce diagramme circulaire. Nous avons des enquêteurs au sein du RIEM IRSC possédant des compétences spécifiques dans les domaines suivants : conception et évaluation des essais cliniques, pharmaco-épidémiologie, surveillance de l'innocuité des médicaments et méthodes telles que la méta-analyse de réseau

existing drugs. In each instance we have built a component for training and methods development to advance Canadian capacity.

At present, we accept requests for research evidence from Health Canada and from the provinces and territories. These queries, as we call them, come at present from high-level decision makers and are directed to gaps in knowledge that they see as impeding their decision making role.

These gaps can involve real world safety experience, the comparative effectiveness of a class of medicines or evidence required for input into pharmaco-economic analyses that would support listing of a new medicine on a provincial or federal drug formulary.

We interface our researchers directly with the decision makers to refine the query, to verify timelines for producing the evidence and to identify the best method for addressing a query. Once satisfied at this stage, the queries are subjected to a multi-criteria decision analysis in order to help identify priorities for funding.

Finally, a CIHR-DSEN steering committee then sets the research agenda. This steering committee includes senior representatives from Health Canada, from three provinces in Canada, the Canadian Agency for Drugs and Technology in Health, the Canadian Institutes for Health Information, along with a patient representative and several senior clinician educators and scientists.

[*Translation*]

DSEN is still in its early stages, but it already funds more than 150 scientists involved in more than a dozen queries with regard to the use of drugs here in Canada, in Montreal. Canadian decision-makers should be able to access the first results of this research work between now and the end of 2011. I wish to thank you once again for having invited me to appear before you.

[*English*]

The Chair: Thank you very much. Now appearing as an individual is Dr. Steve Morgan, Associate Director, Center for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.

Steve Morgan, Associate Director, Center for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, as an individual: As someone who has studied pharmaceutical policy in Canada for nearly 20 years, it is my pleasure to share what is in fact my opinion about the National Pharmaceuticals Strategy. I have studied policies related to the strategy. I have hosted international symposiums on the National Pharmaceuticals Strategy, and most recently, in 2009, I facilitated a national

aux fins de comparaisons directes et indirectes entre médicaments nouveaux et existants. Dans chaque cas, nous avons construit un module de formation et d'élaboration de méthodes pour faire progresser la capacité canadienne.

À l'heure actuelle, nous acceptons les demandes d'informations probantes produites par la recherche, provenant de Santé Canada et des provinces et territoires. Ces « interrogations », comme nous les appelons, nous proviennent à l'heure actuelle de décideurs de haut niveau et visent à combler les lacunes dans les connaissances qui entravent leur prise de décision.

Ces lacunes peuvent concerner des données sur l'innocuité dans le monde réel, l'efficacité comparative d'une classe de médicaments ou bien des éléments probants requis par les analyses pharmaco-économiques pouvant justifier l'inscription d'un médicament à un formulaire provincial ou fédéral.

Nos chercheurs communiquent directement avec les décideurs pour affiner l'interrogation, vérifier les délais de production des éléments probants et déterminer la meilleure méthode pour trouver la réponse. Passé cette étape, les interrogations sont soumises à une analyse de décision à critères multiples pour autoriser la détermination des priorités de financement.

Enfin, un comité directeur IRSC-RIEM fixe ensuite le programme de recherche. Ce comité directeur comprend des hauts représentants de Santé Canada, de trois provinces, de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, de l'Institut canadien d'information sur la santé, ainsi que de représentants des patients et plusieurs éducateurs et scientifiques cliniciens de haut niveau.

[*Français*]

Le RIEM en est encore à ses premiers pas, mais il finance déjà plus de 150 chercheurs participant à plus d'une douzaine de requêtes sur l'utilisation des médicaments à Montréal au Canada. Les décideurs canadiens devraient pouvoir accéder aux premiers résultats de ces recherches d'ici la fin de 2011. Je vous remercie encore une fois de m'avoir invité à venir vous parler.

[*Traduction*]

Le président : Merci beaucoup. Comparait maintenant, à titre personnel, M. Steve Morgan, directeur associé, Center for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique.

Steve Morgan, directeur associé, Center for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel : Ayant étudié la politique pharmaceutique au Canada pendant près de 20 ans, c'est pour moi un plaisir de vous faire part de mon opinion concernant la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. J'ai étudié les politiques entourant la stratégie. J'ai organisé des symposiums internationaux sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques et, plus

consultation on priority issues in pharmaceutical policy in Canada. Drawing on those experiences, I will share with you my perspective on the NPS.

Because I have little time, I will focus my comments on why I feel the NPS was a partial failure. I say this not out of disrespect for the NPS. In fact I have been a strong champion of the concerted effort for coordination of pharmaceutical policy in Canada, but the fact is, as the Health Council of Canada pointed out in 2009, the NPS has not lived up to expectations. After diagnosing some of the problems with the 2004 NPS, I will talk about what I think might work in 2014, should there be a renewal.

Unfortunately for Canada, responsibilities for key aspects of pharmaceutical policy are divided in ways that are potentially inefficient and possibly adversarial. At the risk of oversimplifying, the federal government is responsible for deciding which products come to market, how they are promoted and whether they are protected by patents.

These decisions can have tremendous impacts on the cost of medicines and their impacts on patients and the health care system. This can be a source of tension because although the federal government is responsible for those important decisions, it does not bear the financial consequences of them — the provinces do.

I feel that that tension played itself out in the history of the NPS, as I think was well described by Ms. Hoffman today, and I will explain this as well and I am glad she went into some of the details that are relevant.

Leading up to the establishment of the NPS, major commissions of inquiry on health care in Canada had recommended that pharmaceuticals deserved more concerted policy attention — concerted in both intensity and coordination. The Romanow commission of 2002 is of notable importance in this regard. Romanow recommended better pharmaceutical policy coordination and many of us in the field applauded the 2004 NPS as a concrete policy effort to do so.

Romanow also recommended that national standards for financing drugs be established with federal cost sharing of new programs that were to cover non-seniors for catastrophic drug costs. In my view, this had two effects. The first is that it shifted emphasis toward catastrophic drug coverage as a policy goal, whereas in previous years more comprehensive options for pharmacare had been discussed.

The second, and perhaps most important to the NPS process or politics, was that it raised the prospect of there being meaningful federal cost sharing of pharmacare programs in Canada.

récemment, en 2009, j'ai animé une consultation nationale sur les enjeux prioritaires de la politique pharmaceutique au Canada. Me fondant sur ces expériences, je vais vous faire part de mon point de vue sur la SNPP.

Comme je n'ai pas beaucoup de temps, je vous expliquerai pourquoi j'estime que la SNPP représente un échec partiel. Je le dis avec tout le respect que j'ai pour la stratégie. D'ailleurs, je me suis fait un champion fervent d'un effort concerté en vue de coordonner la politique pharmaceutique au Canada, mais le fait est que, comme le Conseil canadien de la santé l'a fait remarquer en 2009, la SNPP ne s'est pas montrée à la hauteur des attentes. Après avoir diagnostiqué certains problèmes que présente la SNPP de 2004, je parlerai de ce qui pourrait produire de meilleurs résultats en 2014, si la stratégie va être renouvelée.

Malheureusement pour le Canada, les responsabilités liées aux principaux aspects de la politique pharmaceutique sont réparties d'une manière qui risque fort de ne pas donner de bons résultats et qui peut même être néfaste. Au risque de trop schématiser, il appartient au gouvernement fédéral de décider quels produits sont mis sur le marché, comment ils sont promus et s'ils vont être protégés ou non par un brevet.

Ces décisions peuvent avoir d'énormes répercussions sur le coût des médicaments et donc sur les patients et le système de santé. Cela peut occasionner des tensions parce que, alors que ces décisions importantes sont prises par le gouvernement fédéral, ce n'est pas lui qui en assume les conséquences financières, mais les provinces.

Je considère que cette tension a été manifeste tout au long de l'histoire de la SNPP, comme Mme Hoffman l'a bien décrit aujourd'hui, et j'y reviendrai moi-même, mais je suis heureux qu'elle ait rappelé certains détails pertinents.

Selon les grandes commissions sur les soins de santé au Canada qui ont présidé à la création de la stratégie, les produits pharmaceutiques méritent de faire l'objet de politiques plus concertées — tant sur le plan de leur intensité que de leur coordination. La Commission Romanow de 2002 est d'une importance notable à cet égard. Romanow recommandait d'améliorer la coordination des politiques sur les produits pharmaceutiques et nous sommes nombreux dans le domaine à avoir applaudi la stratégie de 2004, y voyant le fruit d'efforts collectifs déployés dans ce sens.

Romanow recommandait également l'adoption de normes nationales pour le financement des produits et le partage des coûts, le gouvernement fédéral prenant en charge une partie du coût des nouveaux programmes protégeant les moins de 65 ans contre le coût des médicaments onéreux. À mon avis, cela a eu deux effets. D'abord, l'accent a été mis sur la couverture des médicaments onéreux comme objectif général, par opposition à des options d'assurance-médicaments plus ambitieuses débattues dans le passé.

Deuxièmement, et cela est peut-être plus important pour le processus de la SNPP ou le jeu politique l'entourant, cela laissait entrevoir la possibilité que le gouvernement fédéral absorbe une part non négligeable du coût des programmes d'assurance-maladie au Canada.

The 2004 health accord did include a budget line for drug coverage. For this reason, and others, I believe the NPS began with a reasonable amount of goodwill. However, I suspect that the provinces' enthusiasm for the NPS was fuelled by their hopes of a more sizeable, ongoing federal transfer.

Governments changed and as it became clear that the new federal government would not put more money on the table, I believe things began to fall apart. Soon the nine NPS priorities became five, and not long after that federal and provincial counterparts on this file would no longer be meeting regularly. That would be saying the least in regard to the politics of the NPS process.

To be clear, however, the NPS was an important attempt at cooperation, and some aspects of it have been successful. The CDR and the DSEN, for example, are notable accomplishments. I have studied the CDR and compared it against other systems around the world and I know that this has been a process that in Canada has served its purposes quite well.

There have also been other initiatives, and Ms. Hoffman raised them today, that have addressed a variety of the NPS priorities, but we would be remiss not to point out that many of these have been initiatives of individual provinces, not the result of multilateral policy development and cooperation envisioned with the original NPS.

Perhaps most importantly on the file with respect to drug financing, there has been fairly little progress. Provinces appear to be converging on income-based catastrophic drug benefit structures. However, there are significant and important disparities across catastrophic drug plans offered in Canada, and in my view there are important drawbacks to that fundamental model of drug benefits, regardless of where it is implemented.

Overall, I think the fixation and disagreement about the possibility of federal funding for pharmacare probably spoiled the progress on other NPS priorities. It is with that diagnosis that I put forward the following three options for 2014.

The first is to stay the course. We could put symbolic amounts of money on the table for some initiatives, have annual meetings to discuss policy and, in effect, let a thousand flowers bloom in the sense that provinces will go about their business, some of them being innovative with new policy approach, some of them feeling they have been left behind and many questioning whether we could not do something better.

The second option would be for the federal government to commit to major new funding in the pharmacare file. I would not go down the path that the Council of the Federation referred to in 2004, which is to create a federal pharmacare program; but it would be possible, at least, to really change the landscape of

L'accord sur la santé de 2004 prévoyait effectivement un poste budgétaire pour l'assurance-médicaments. Pour cette raison, parmi d'autres, je crois que la SNPP a rencontré au début beaucoup de bonne volonté. Mais je soupçonne que l'enthousiasme des provinces face à la stratégie était alimenté par leur espoir de voir des transferts fédéraux plus grands et permanents.

D'autres gouvernements sont arrivés au pouvoir et, lorsqu'il est devenu clair que le nouveau gouvernement fédéral n'injecterait pas plus d'argent, la stratégie a commencé à s'effriter. Les neuf priorités de la stratégie n'ont pas tardé à être ramenées à cinq, et peu de temps après les homologues fédéral et provinciaux dans ce dossier ont cessé de se réunir régulièrement. C'est le moins que l'on puisse dire en voyant le jeu politique entourant la SNPP.

Cependant, sommes toutes, la SNPP a représenté une importante tentative de coopération, et certains de ses aspects ont porté fruit. Par exemple, le PCEM et le RIEM sont des réalisations remarquables. J'ai étudié le PCEM et l'ai comparé à d'autres systèmes dans le monde et je sais que c'est là un mécanisme qui remplit très bien son rôle au Canada.

D'autres initiatives ont été entreprises, et Mme Hoffman les a énumérées aujourd'hui, qui ont répondu à diverses priorités de la SNPP, mais je me dois de préciser que nombre d'entre elles sont des initiatives de provinces particulières et non le résultat d'une politique et coopération multilatérales envisagées à l'origine par la SNPP.

Ce qui est plus important peut-être dans ce dossier, c'est que peu de progrès ont été accomplis au chapitre du financement des médicaments. Les provinces semblent converger vers des régimes d'assurance-médicaments onéreux fondés sur le revenu, mais il existe d'importantes disparités entre les régimes offerts au Canada et, à mon avis, le modèle fondamental, où qu'il soit mis en oeuvre, présente des déficiences majeures.

Dans l'ensemble, je pense que le fait d'accorder toute l'attention à la possibilité que le gouvernement fédéral finance l'assurance-médicaments et les désaccords à ce sujet ont empêché d'avancer sur les autres fronts prioritaires de la SNPP. Partant de ce diagnostic, je propose les trois options suivantes pour 2014.

La première consiste à tenir le cap. Nous pourrions injecter des montants symboliques dans certaines initiatives, tenir des réunions annuelles pour discuter de la politique et laisser, pour ainsi dire, laisser mille fleurs fleurir en ce sens que les provinces s'occuperont de leurs affaires, certaines adoptant de nouvelles approches novatrices, d'autres ayant l'impression d'être laissées pour compte et beaucoup se demandant si nous ne pourrions pas faire mieux d'une manière ou d'une autre.

La deuxième option serait que le gouvernement fédéral engage des fonds nouveaux substantiels dans le dossier de l'assurance-médicaments. Je ne m'engagerais pas dans la voie que le Conseil de la fédération a esquissée en 2004, à savoir créer un programme d'assurance-médicaments fédéral; mais il serait possible à tout le

pharmacare for the federal government to put enough money on the table to have the provincial programs expand beyond where provinces would go on their own.

I know that radical option is not tenable with this government and in this fiscal climate. However, if any government were to adopt such a program, it would align the incentives that have historically been somewhat distorted by the division of responsibility for pharmaceutical regulation versus pharmaceutical funding in Canada.

The last option that I would put forward is to take pharmacare off the table when discussing renewal of the NPS — at least taking it off the table for a few years. The NPS could focus, in the short term, on areas where targeted investments can have transformational impacts. Unlike option one, this option would require that the federal government spend some real money on things like electronic records, prescription information systems and other types of platform or transformational investments to show that it is a real partner and not an adversary in pharmaceutical policy in Canada.

Also in this option, I would recommend that Canada consider holding a commission on pharmacare. It is important for governments of Canada to talk to Canadians, listen to experts, visit other countries and otherwise do the work required to develop a clear and compelling vision about what pharmacare in Canada should look like. Then, with that vision in mind, financing could be put back on the table for a possible renewal of the NPS.

Those are my rather brief comments. I look forward to answering questions that you might have.

Senator Eggleton: Welcome to all of you and thank you for your contribution. Dr. Morgan, let me pick up on your last comments. Do I understand, in the three options, you are showing some preference for the last option? Would you take it off the table? Do we not have enough people suffering in this country now from this problem of not getting the medication they need that we can afford to take this off the table?

Mr. Morgan: It is clear that there is evidence that many Canadians forego filling prescriptions they need because of the costs they bear. There is good evidence on that, for sure. Without a doubt, I am an advocate of advancing coverage for pharmaceuticals in Canada.

I am worried, however, that the model we are progressing toward — perhaps blindly or by accident — is the model of a catastrophic drug coverage program where people face high deductibles as a percentage of their household income. That model will not address access issues for day-to-day medicine needs.

moins de réellement changer le paysage de l'assurance-maladie si le gouvernement fédéral mettait suffisamment d'argent sur la table pour élargir les programmes provinciaux au-delà de ce que les provinces feraient seules.

Je sais que cette option radicale est sans espoir avec le gouvernement actuel et dans le contexte financier du moment. Cependant, si le gouvernement adoptait un tel programme, il aurait pour effet d'harmoniser les incitatifs qui sont depuis toujours quelque peu déformés par la division des responsabilités relatives à la réglementation pharmaceutique et au financement des produits pharmaceutiques au Canada.

La dernière option que j'offre est de laisser de côté l'assurance-médicaments dans la discussion sur le renouvellement de la SNPP — du moins pendant quelques années. À court terme, la stratégie pourrait viser des domaines où des investissements ciblés pourraient avoir un effet transformateur. Contrairement à la première option, celle-ci pourrait nécessiter que le gouvernement fédéral consacre des fonds conséquents à des aspects tels que les dossiers médicaux électroniques, des systèmes d'information sur les ordonnances et d'autres types de plates-formes ou d'investissements transformateurs pour montrer qu'il est un partenaire véritable et non un adversaire sur le plan de la politique pharmaceutique au Canada.

Dans cette optique, je recommanderais que le Canada envisage de créer une commission sur l'assurance-médicaments. Il importe que les gouvernements au Canada dialoguent avec les citoyens, écoutent les experts, visitent des pays étrangers et accomplissent tout le travail requis pour élaborer une vision claire et convaincante de ce que devrait être l'assurance-médicaments au Canada. Ensuite, sur la base de cette vision, un financement pourrait être remis sur la table en vue d'un éventuel renouvellement de la SNPP.

Voilà mes commentaires assez lapidaires. Je me ferai un plaisir de répondre aux questions que vous pourriez avoir.

Le sénateur Eggleton : Bienvenue à vous tous et merci de votre contribution. Docteur Morgan, permettez-moi de revenir sur vos derniers propos. Dois-je comprendre que, des trois options, vous avez quelque préférence pour la dernière? Retireriez-vous l'argent de la table? N'avons-nous pas aujourd'hui assez de malades qui souffrent du problème de ne pas pouvoir acheter les médicaments dont ils ont besoin pour que nous nous permettions de retirer cette question de la table?

M. Morgan : Il est bien clair que de nombreux Canadiens ne suivent pas leurs ordonnances à cause du coût des médicaments. Nous en avons de bonnes preuves, absolument. Je plaide sans aucun doute pour une meilleure couverture des produits pharmaceutiques au Canada.

Je crains cependant que le modèle vers lequel nous nous dirigeons — peut-être à l'aveuglette ou par accident — ne soit celui d'un programme d'assurance-médicaments onéreux avec une franchise élevée qui est fonction du revenu du ménage. Ce modèle ne résoudra pas les problèmes d'accès aux médicaments ordinaires.

It does address the financial burden of very high drug costs, but it is not necessarily the model I would recommend. It is not even necessarily the second or third model I would recommend Canada move toward.

The reason I am suggesting that we possibly take it off the table is that at least in terms of a federal-provincial agreement and cost-sharing idea, it has to be clear that Canada is not going down that path if it is not fiscally realistic. Otherwise, I think the politics of the provinces — and I respect the work they are doing — is that their eyes are on what is \$10s of billions of possible cost sharing on that file rather than being on the \$1 or \$2 billion per year focused on other critically important initiatives like electronic health records, electronic prescribing systems and advancing the quality of use of medicine.

I am suggesting possibly taking it off the table, not because it is not critically important but because it becomes a political smokescreen.

Senator Eggleton: You mention other possible options. Let me ask you about a report that came out last year from the Canadian Centre for Policy Alternatives, entitled *The Economic Case for Universal Pharmacare*. They go a step further than you went. You said you thought it was a partial failure. They say Canada's pharmaceutical policies are a total failure; many Canadians do not have equitable access to medicines and a lack of coverage makes some treatments inefficient due to lack of compliance.

They came up with several scenarios, all of which suggest that a full pharmacare program, not just one for catastrophic drugs, would actually save money — not all government money, it would save private money as well and individual money in the country. They are suggesting that under different scenarios, we would be saving billions a year. Are you familiar with that report?

Mr. Morgan: I am familiar with that report and I am delighted that they cited much of my work in it. To an academic, that is a good thing.

Senator Eggleton: So you agree with it.

Mr. Morgan: I agree with it in principle. I am on the record in a number of conversations, both formal and informal, in suggesting that Canada would be best off going toward a pharmacare model not unlike what we think of as our Medicare model — all patients, all coverage — not necessarily for every drug, but a fairly comprehensive model. I know that those kinds of systems can be used to promote both efficiency — cost-control goals as articulated by that report — and equity considerations to ensure that the financial burdens are not undue for anyone, regardless of their income or health status.

Il allège le fardeau financier du coût d'achat de médicaments très chers, mais ce n'est pas nécessairement le modèle que je recommanderais. Il ne vient même pas au deuxième ou au troisième rang des modèles que je recommanderais pour le Canada.

La raison pour laquelle je retirerais l'option de la table est que, du point de vue d'un accord fédéral-provincial et de l'idée d'un partage des coûts, il doit être clair que le Canada ne va pas s'engager dans cette voie si elle n'est pas financièrement réaliste. Sinon, je pense que la dynamique politique dans les provinces — et je respecte le travail qu'elles font — fait que leur regard sera attiré par les éventuels dizaines de milliards de dollars d'un partage des coûts dans ce dossier, plutôt que par les un ou deux milliards par an pouvant être consacrés à des initiatives d'importance cruciale comme les dossiers médicaux électroniques, les systèmes de prescription électronique et l'amélioration de la qualité de l'emploi des médicaments.

J'envisage donc de peut-être retirer l'option de la table, non pas parce qu'un tel programme n'est pas d'importance cruciale mais parce qu'il devient un écran de fumée politique.

Le sénateur Eggleton : Vous mentionnez d'autres options possibles. Permettez-moi de vous demander votre avis sur un rapport publié l'an dernier par le Centre canadien de politiques alternatives, intitulé *The Economic Case for Universal Pharmacare*. Il va un pas plus loin que vous. Vous dites que c'était un échec partiel. Il dit que les politiques pharmaceutiques du Canada sont un échec total : de nombreux Canadiens n'ont pas un accès équitable aux médicaments et l'absence de remboursement rend certains traitements inefficaces du fait qu'ils ne sont pas suivis.

Le rapport énonce plusieurs scénarios, qui tous établissent qu'un programme d'assurance-médicaments complet, qui n'est pas seulement limité aux médicaments onéreux, résulterait en des économies — pas seulement pour les pouvoirs publics, mais aussi pour le secteur privé et les particuliers. Selon certains scénarios, nous pourrions économiser des milliards de dollars par an. Connaissez-vous ce rapport?

M. Morgan : Je connais ce rapport et suis ravi que l'on y cite une bonne partie de mes travaux. Pour un universitaire, c'est une bonne chose.

Le sénateur Eggleton : Vous l'approuvez donc.

M. Morgan : Je l'approuve en principe. J'ai déclaré dans de nombreuses discussions, tant officieuses qu'officielles, que le Canada aurait intérêt à adopter un modèle d'assurance-médicaments similaire à notre modèle d'assurance-maladie — tous les patients, couverture intégrale — pas nécessairement pour tous les médicaments, mais pour une très grande partie. Je sais que ce genre de système peut contribuer à l'efficacité — aux objectifs de contrôle des coûts énoncés dans ce rapport — et promouvoir l'équité, afin que nul n'ait à endosser des fardeaux financiers excessifs, indépendamment du revenu ou de l'état de santé.

I am on the record in supporting that kind of model. However, if it is politically untenable, I think it can sometimes be a distraction from doing some of the other work that we really need to be doing.

Senator Eggleton: I hear you. I would like to file this with the committee. I think it is a significant report, unless we already have it — Canadian Centre for Policy Alternatives.

Let me go over to Ms. Hoffman. The report that you gave sounds like the federal government is just sitting back and listening to the provinces. It does not sound like there is a real partnership role in what you are doing.

On the catastrophic drug plan, for example, what is the government doing in terms of a pan-Canadian approach? What is it doing in addressing the issue of sharing the cost that the provinces have asked the federal government to do?

You have cited in here how there has been some progress. It is all at the provincial level. It does not sound like the federal government is a full partner in the development of a catastrophic pharmaceutical plan.

Ms. Hoffman: The first thing I will say is let us bear in mind what the commitment was that was made in the NPS in the 2004 accord. That was to develop costing models for catastrophic drug coverage.

I think there is a bit of a misperception — I am not suggesting that you are party to that, but among some — that there was a commitment, either explicit or implied, under the NPS in the 2004 accord that the intent was to move toward some sort of cost-shared catastrophic or other national pharmacare regime. That was not the case. The responsibility and the obligation under the accord, under the NPS, was to develop those costing models. That is what was done.

As Dr. Morgan has already mentioned, there was money in the transfer arrangements under the 2003 accord to provide provinces with some money that was notionally targeted to expanded drug coverage. How provinces chose to use that money was basically their decision, but there was no agreement among first ministers. This is not part of the accord that somehow or other the federal government was obligated to provide either a targeted amount within the transfers or additional money over time to support expansion in drug coverage in provincial and territorial drug programs.

You can characterize it as sitting back. In fact, a number of the initiatives that I mentioned were actually examples of things that the federal government did during the period of the more active NPS, and then subsequently after 2006, to support reforms in the management of pharmaceuticals. However, you are asking about whether or not the federal government did something that it actually did not undertake to do.

Senator Eggleton: The whole accord talks about cooperative efforts. In fact, money was put up by the federal government, and things like wait times and buying MRI machines and stuff like

J'ai dit publiquement être en faveur d'un tel modèle. Cependant, s'il est politiquement inenvisageable, je pense qu'il peut parfois détourner l'attention d'autres travaux qui sont réellement indispensables.

Le sénateur Eggleton : Je vous entends bien. J'aimerais déposer ce rapport au comité, à moins que nous l'ayons déjà. C'est un rapport important — le Centre canadien de politiques alternatives.

Permettez-moi de m'adresser maintenant à Mme Hoffman. Votre exposé donne à penser que le gouvernement fédéral se contente de se croiser les bras et d'écouter les provinces. Il ne semble pas que ce que vous faites s'inscrive dans un partenariat réel.

Par exemple, s'agissant des médicaments onéreux, que fait le gouvernement pour promouvoir une approche pancanadienne? Que fait-il sur le plan du partage des coûts que les provinces réclament au gouvernement fédéral?

Vous avez fait état ici de certains progrès. Ils se situent tous au niveau provincial. On ne dirait pas que le gouvernement fédéral est partenaire à part entière dans l'établissement d'un régime d'assurance-médicaments onéreux.

Mme Hoffman : Je dirais tout d'abord qu'il ne faut pas perdre de vue l'engagement pris dans l'accord de 2004 relativement à la SNPP. Il s'agissait de créer des modèles de chiffrage du coût de la couverture des médicaments onéreux.

Je pense que d'aucuns se font une idée fautive — je ne dis pas que c'est votre cas, mais certains oui — et pensent qu'il y avait un engagement, explicite ou implicite, dans l'accord de 2004, relativement à la SNPP, de mettre en place un régime national de couverture des médicaments onéreux ou quelque autre régime d'assurance-médicaments national à coût partagé. Il n'en est rien. La responsabilité et l'obligation, aux termes de l'accord, au sujet de la SNPP, était de mettre au point ces modèles de chiffrage et des coûts. Cela a été fait.

Comme le Dr Morgan l'a déjà mentionné, dans les accords de transfert au titre de l'accord de 2003 il y avait quelques fonds devant servir en théorie à une couverture élargie des médicaments. Il appartenait aux provinces de décider comment utiliser cet argent, mais il n'y avait pas une entente entre les premiers ministres. L'accord ne disait nulle part que le gouvernement fédéral était obligé de verser un montant ciblé à l'intérieur des transferts ou encore des fonds supplémentaires à plus long terme pour financer l'élargissement de la couverture des médicaments par les programmes provinciaux et territoriaux.

Vous pouvez appeler cela se croiser les bras. En réalité, un certain nombre des initiatives que j'ai mentionnées sont des exemples de ce que le gouvernement fédéral a fait au cours de la période de la SNPP plus active, puis, après 2006, pour soutenir les réformes de la gestion des produits pharmaceutiques. Cependant, vous me demandez si le gouvernement fédéral a fait ou non quelque chose qu'il ne s'était pas du tout engagé à faire.

Le sénateur Eggleton : Tout l'accord parle d'efforts coopératifs. De fait, le gouvernement fédéral a mis de l'argent dans des aspects tels que les temps d'attente et l'achat de machines IRM et ce genre

this, all to show that there needed to be some standardization, some pan-Canadian efforts, an attempt, as the Canada Health Act would suggest, for people to have similar levels of service in other parts of the country; yet here it is, we have not come to a pan-Canadian approach on this.

On patent drugs, comparing in the international area, our researcher said it is about 21 per cent to 50 per cent or some figures like that more costly in Canada than it is in some other jurisdictions. What are we going to do about that? I understand from what you said, and what I have heard before, that the agency that deals with the patent drugs, the Patented Medicine Prices Review Board — Is there a case to be made for something similar to be done in terms of the generic drugs, if in fact we are paying so much more than what the international level is? Why are we paying that much more money?

Ms. Hoffman: There may well be, but I will just say that the regulation of prices of non-patented drugs lies with provincial and territorial governments. The result of the studies done by the Competition Bureau, which validated what people who work in this area know very well, is that the largest portion of the difference in generic prices between Canada and other countries lies principally with the system of rebates that are paid to pharmacists and retail pharmacy. In fact, the developments that I think most of us would regard as extremely positive that have occurred over the last couple of years that have led to a drop in a number of jurisdictions in generic prices have to do with arrangements between provincial governments and the pharmacy community to eliminate the rebates and have other ways of supporting retail pharmacy activity.

Senator Eggleton: That is in Ontario.

Ms. Hoffman: That is right. This is absolutely moving in the right direction across the country.

Senator Merchant: I will just follow up with an observation and perhaps a question.

Over the past 10 years, the average increase in drug costs to Canadians is about 9 per cent per year. Is that a sustainable rate of growth? What are other countries doing? How can we keep drug costs down? You mentioned comparison with other jurisdictions. What other countries, what other places can we look to for a model?

Mr. Morgan: I have several comments in regard to that, in part because this is my area of expertise, which is analyzing drug spending trends and cost control, both domestically and internationally. It is true that drug costs in Canada and around the world have escalated at unprecedented rates in the 1990s through to the last few years. The latest statistics actually show that drug spending in Canada is going down for 2011 and it is projected to go down again for 2012. This is because of the fact that many of the blockbuster drugs of the 1990s have their patents

de choses, en vue de montrer qu'il fallait une certaine standardisation, des efforts pancanadiens, une tentative, comme le prévoit la Loi canadienne sur la santé, d'assurer aux citoyens des niveaux de services similaires dans toutes les parties du pays; or, nous voyons qu'il n'y a pas d'approche pancanadienne à cet égard.

En ce qui concerne les médicaments brevetés, selon les comparaisons internationales, notre chargé de recherche dit qu'ils coûtent de 21 à 50 p. 100 de plus, ou un chiffre du genre, au Canada que dans certains pays étrangers. Que faisons-nous pour y remédier? Il semble, d'après ce que vous avez dit et ce que j'avais déjà entendu, que l'organisme qui s'occupe des médicaments brevetés, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés... Serait-il possible de faire quelque chose de similaire dans le cas des médicaments génériques, si effectivement nous payons plus cher que le prix international? Pourquoi payons-nous tellement plus?

Mme Hoffman : C'est bien possible, mais je dirais simplement que la réglementation des prix des médicaments non brevetés appartient aux gouvernements provinciaux et territoriaux. Le résultat des études faites par le Bureau de la concurrence, qui confirmait ce que savent très bien ceux qui travaillent dans ce domaine, montre que la plus grande partie de la différence entre les prix des produits génériques au Canada et dans d'autres pays tient principalement au système des remises versées aux pharmaciens et aux pharmacies de détail. De fait, les développements, que nombre d'entre nous considèrent comme extrêmement positifs, qui sont intervenus au cours des dernières années et qui ont conduit à une baisse des prix des produits génériques dans un certain nombre de provinces, résultent d'arrangements entre les gouvernements provinciaux et les pharmaciens ayant pour effet d'éliminer les remises, lesquelles sont remplacées par d'autres façons de soutenir les pharmacies de détail.

Le sénateur Eggleton : C'est en Ontario.

Mme Hoffman : C'est juste. C'est tout à fait un pas dans la bonne direction, dans tout le pays.

Le sénateur Merchant : Restant sur le sujet, je ferai une observation et aurai peut-être une question.

Au cours des 10 dernières années, l'augmentation moyenne du prix payé par les Canadiens pour les médicaments est d'environ 9 p. 100 par an. Est-ce là un rythme de hausse supportable? Que font les autres pays? Comment pouvons-nous maîtriser le coût des médicaments? Vous avez mentionné des comparaisons avec d'autres pays. Dans quels autres pays pouvons-nous chercher un modèle?

M. Morgan : J'ai plusieurs choses à dire à ce sujet, notamment parce que c'est mon domaine de spécialité, soit l'analyse des tendances de dépenses pour les médicaments et le contrôle du coût, tant à l'échelle nationale qu'internationale. Il est vrai que le coût des médicaments au Canada et ailleurs dans le monde a grimpé à un rythme sans précédent au cours des années 1990 et jusqu'à ces dernières années. Les dernières statistiques montrent en fait que les dépenses pour les médicaments au Canada sont en baisse en 2011 et on prévoit qu'elles vont reculer encore en 2012. C'est attribuable au

expiring over the next few years, and over the last few years as well, and in combination with those expiring patents and the entry of generic drugs we have new provincial policy initiatives that were just described, such as Ontario's regulation of generic pricing, that basically accelerate the savings possible through generic substitution.

These are really important issues. I think we can drive further on them. We are also going to have to develop a strategy to deal with the emerging specialized medicines. These are both drugs for rare diseases but also specialized drugs for not-so-rare diseases like a variety of cancers that are coming on to the market at high costs both in Canada and around the world. In this regard, Canada not only desperately needs interprovincial cooperation in terms of policy frameworks and evaluation strategies like the CDR is doing, but we probably need international cooperation on evaluation, both before and, importantly, after these drugs come to market in terms of trying to figure out whether they are value for money.

Countries that I would look to for exemplary cost control in pharmaceuticals include New Zealand, for instance. It is probably one of the world's best expenditure managers, if you want to call it that, in the pharmaceutical component. New Zealand has a very explicit budget for pharmaceutical purchases every year, and having that budget allows them to negotiate with manufacturers and sit down and carve out deals that you would expect, actually, if you were working business-to-business around how to acquire medicines at the best possible prices.

Mr. Poston: The Patented Medicine Prices Review Board as a methodology to regulate brand prices to a certain extent has been successful. Common Drug Review has been successful as a tool to help provinces with their listing decisions.

I would also accept that generic prices in Canada are relatively high to other countries. The changes made, though, in Ontario and in the provinces had a devastating effect on pharmacy business models. We had had a situation, for example, in Ontario where there had been one increase in the professional fees paid for pharmacists over 20 years. That was all. Fees have not kept pace with the inflation rate. Governments and pharmacies, everyone was very happy with the model of increasing costs to pharmacy services being shared by the generic pharmaceutical industry in terms of the funding they were giving community pharmacies.

I am pleased to say in most of the provinces where there have been changing prices that have affected that business model, we have also seen governments begin to pay for new pharmacy services. It has not closed the gap that has been created and there is a funding gap between the cost of providing services and what most provincial governments are paying. Attention has to be made to how to close that funding gap.

fait que les brevets de nombre des médicaments vedettes dans les années 1990 vont expirer dans les prochaines années et ont déjà expiré, et parallèlement à cela et à l'arrivée de médicaments génériques, ont été introduites les nouvelles politiques provinciales que nous venons de décrire, telles que la réglementation ontarienne des prix des médicaments génériques qui accélère les économies rendues possibles par la substitution de génériques.

Ce sont là des phénomènes réellement importants. Je pense que nous pouvons aller plus loin dans ce sens. Nous allons devoir aussi élaborer une stratégie au sujet des médicaments spécialisés émergents. Il s'agit de médicaments traitant les maladies rares et de médicaments spécialisés pour des maladies moins rares, comme divers cancers, qui arrivent sur le marché à des prix élevés tant au Canada qu'ailleurs dans le monde. À cet égard, le Canada a besoin désespérément non seulement d'une coopération interprovinciale en vue d'établir des cadres d'action et des stratégies d'évaluation, comme ce que fait le PCEM, mais aussi, probablement, d'une coopération internationale dans le domaine de l'évaluation, tant avant que surtout après que ces médicaments arrivent sur le marché, afin de déterminer s'ils valent leur prix.

Les pays qui ont un contrôle exemplaire du coût des produits pharmaceutiques comprennent la Nouvelle-Zélande, par exemple. C'est probablement l'un des meilleurs gestionnaires des dépenses au monde, si vous voulez l'appeler ainsi, dans le domaine pharmaceutique. La Nouvelle-Zélande a un budget très explicite pour les achats pharmaceutiques chaque année, et le fait d'avoir ce budget lui permet de négocier avec les fabricants et de conclure le genre d'accord auquel on s'attendrait, effectivement, si l'on négociait d'entreprise à entreprise l'achat de médicaments au meilleur prix possible.

M. Poston : Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, en tant que méthode pour réguler dans une certaine mesure les prix des marques, est une réussite. Le Programme commun d'évaluation des médicaments est un bon outil pour aider les provinces avec leurs décisions d'inscription au formulaire.

J'admets également que les prix des médicaments génériques au Canada sont relativement élevés comparés à d'autres pays. Cependant, les changements apportés en Ontario et dans d'autres provinces ont eu un effet dévastateur sur les modèles d'entreprise de pharmacie. Par exemple, en Ontario, il y avait eu une seule majoration des honoraires professionnels versés aux pharmaciens pendant plus de 20 ans. C'était tout. Les honoraires n'ont pas suivi le rythme de l'inflation. Les pouvoirs publics et les pharmaciens, tout le monde était ravi de faire prendre en charge l'augmentation du coût des services de pharmaciens par les fabricants de produits génériques, comme formule de financement des pharmacies.

Je suis heureux de voir que dans la plupart des provinces où le changement de la tarification a nui à ce modèle d'entreprise, les gouvernements ont aussi commencé à rémunérer de nouveaux services de pharmaciens. Cela n'a pas comblé le manque à gagner ainsi créé, et il subsiste un écart entre le coût de la prestation des services et ce que la plupart des gouvernements provinciaux payent. Il faut chercher à combler ce déficit de financement.

In terms of other countries, I would certainly not support the New Zealand model. Pharmacists in New Zealand continually deal with drug shortages as a consequence of it. New Zealand has no pharmaceutical research base to speak of. There are some real concerns about the quality of products that get used in the New Zealand market.

You can improve purchasing strategies, but you have to be quite smart about how you do purchasing strategies. Some of the ones that we see at the moment are contributing to drug shortages.

The last point, we are going to have this sort of windfall with products reaching the so-called patent cliff. Many of them will come off patent, but right around the corner, as Dr. Morgan expressed, will be very high costs for significant new biological drugs that will be a huge issue. This is a bit hypothetical; if we discover the cure for cancer, will we be able to afford to pay for it? That will be a critical policy issue. I do not know when it is coming, but it is not that far down the road.

Dr. Peterson: Focusing on generic drugs is important, because we know there are dollars to be saved there. Even though generic medicines supply perhaps 45 per cent or more of the total prescriptions that are written, they only contribute about 20 per cent or less of the total expenditure on human prescription medicines in Canada. The “money” is in the new medicines, the brand products that are under patent and therefore have market exclusivity. That is where we are addressing our attention. Mr. Poston has made the comment already, if you look at rheumatoid arthritis in adults we have established medicines that have been on the market for a long period of time that many people respond to that cost hundreds of dollars per year per patient, and the newer biologics cost between \$15,000 and \$20,000 per year, per patient.

We are looking at, in our research environment, this concept that I believe Dr. Morgan has introduced, moving from proof of concept, which is what the regulator needs — you can support the claim that you are making for your new drug when it comes on to the market — into proof of value, which is what so many other health care decision-makers require, and that requires comparison of drug A to drug B, new drug to old drug. That is a very long and rather complicated process to follow, but nevertheless we have seen several instances where that has been done now. We have invested a good deal of our resources into developing that area of methodology research, in order to give decision-makers a far better understanding of which drug is going to be best value for money.

I can only conclude by commenting that we have looked at Australia and New Zealand and other markets as well. Their formularies become extremely restricted when you begin to ask the questions in such a stringent fashion. Australia is a long way from the North American geography that we exist in, and we recognize — and I am speaking as a clinician — that patients have

Pour ce qui est des pratiques d'autres pays, je ne préconiserais certainement pas le modèle néo-zélandais. Les pharmaciens de Nouvelle-Zélande connaissent sans cesse des pénuries de médicaments à cause de lui. La Nouvelle-Zélande n'a pour ainsi dire aucune base de recherche pharmaceutique. La qualité des produits utilisés sur le marché néo-zélandais suscite de réelles inquiétudes.

Vous pouvez améliorer les stratégies d'achat, mais il faut le faire intelligemment. Certaines de celles que l'on voit actuellement contribuent aux pénuries de médicaments.

Enfin, nous allons avoir une sorte d'aubaine avec les produits qui atteignent ce que l'on appelle le précipice des brevets. Nombre d'entre eux ne seront plus sous brevet, mais juste derrière, comme le Dr Morgan l'a indiqué, se profilent des coûts très élevés pour d'importants nouveaux médicaments biologiques qui poseront un énorme problème. C'est un peu hypothétique; si nous découvrons un médicament guérissant le cancer, aurons-nous les moyens de le payer? Ce sera un enjeu politique crucial. Je ne sais pas quand cela se produira, mais ce n'est pas très éloigné.

Dr Peterson : Il importe de mettre l'accent sur les produits génériques, car il y a là des économies à faire. Même si les médicaments génériques couvrent peut-être 45 p. 100 du total des ordonnances rédigées, ils ne contribuent qu'environ 20 p. 100 ou moins des dépenses totales de médicaments sur ordonnance au Canada. L'argent se fait avec les médicaments nouveaux, les produits de marque brevetés qui jouissent encore de l'exclusivité commerciale. C'est là-dessus que nous portons notre attention. M. Poston l'a déjà fait remarquer, si vous considérez l'arthrite rhumatoïde des adultes, des médicaments anciens sur le marché depuis longtemps auxquels beaucoup de gens réagissent bien coûtent quelques centaines de dollars par an et par patient, alors que les nouveaux médicaments biologiques coûtent entre 15 000 \$ et 20 000 \$ par an par patient.

Dans notre environnement de recherche, nous envisageons ce concept que, je crois, le Dr Morgan a introduit, le passage de la mise à l'épreuve du concept, qui est ce que l'autorité réglementaire exige — vous pouvez prouver les bienfaits de votre nouveau médicament lorsque vous l'introduisez sur le marché — à la preuve de la valeur, soit ce dont ont besoin tant d'autres décideurs du domaine de la santé, et cela exige la comparaison entre le médicament A et le médicament B, le nouveau et l'ancien. C'est très long et compliqué à faire, mais nous avons déjà vu plusieurs cas où cela a été accompli. Nous avons investi quantité de ressources dans la mise au point de cette méthode de recherche afin que les décideurs puissent savoir bien mieux quel médicament est le plus rentable.

Je ne peux que conclure en disant que nous avons examiné le modèle australien et néo-zélandais et aussi d'autres marchés. Leurs formulaires deviennent extrêmement restrictifs lorsque vous commencez à poser des questions de manière aussi rigoureuse. L'Australie est très loin de la sphère nord-américaine dans laquelle nous vivons et nous admettons — et je parle en tant que

an expectation that they will get medicines that are right, that are new and have the potential for benefit. Our purpose is to define in evidence what the actual validity of those claims are.

Ms. Hoffman: When we talk about the sustainability of the year-over-year increases in spending on pharmaceuticals, we tend to focus on price. I would just say that I think the utilization of pharmaceuticals, the decisions that are taken about what drug to use, when, under what circumstances and with which patients is probably a more important consideration over the long haul. While the amount of money seems modest, the funding for the Drug Safety and Effectiveness Network that Dr. Peterson is talking about, which is \$32 million over five years which seems almost negligible — \$10 million a year ongoing — can produce real value if what it leads to, as we expect it will, are better prescribing decisions, so that we have patients who are being prescribed therapies where their value for that patient has actually been demonstrated.

I think that argues for considerably more investment in work of that nature, but I do not want to understate the value that that can have, not only for better outcomes for individual patients but also for information for prescribers and for a lot more efficiency in terms of value for money for both public and private drug plans across the country.

The Chair: I will now go to Senator Champagne.

[Translation]

Senator Champagne: Thank you very much, Mr. Chair. Thank you to our guests for being here with us this afternoon. You have delved into the issue of drug shortages, but not sufficiently. I am surprised that even after having obtained a patent, after having done all of the promotion work targeting doctors and hospitals, a laboratory would be unable to fill demand. Is it the fault of laboratories that make promises that they cannot keep? Is it that they are unable to produce the drugs in time? Is the issue the purchasing strategy? How is it that, once the entire medical community realizes that a given drug will produce very good results in such and such a region, all of a sudden, there is none left? This worries me. Where does the problem lie?

With the new health accord, should it not be automatic, when a patent is granted for a new drug, that the manufacturer commit to filling the demand? In the absence of such commitments, things will go nowhere.

[English]

Mr. Poston: The drug shortages that we are experiencing in Canada at the moment are predominantly associated with generic drugs. These are drugs where patents have expired. We have had one or two cases of brand drugs being short. It is very difficult to

clinicien — que les patients ont le droit d'escompter qu'on va leur donner des médicaments qui sont bons, qui sont nouveaux et qui offrent des avantages potentiels. Notre objectif est de mettre en évidence la validité réelle de ces affirmations.

Mme Hoffman : Lorsqu'on se demande si les augmentations annuelles des dépenses pour les produits pharmaceutiques sont supportables, nous tendons à focaliser sur le prix. Je dirais simplement que l'utilisation des produits pharmaceutiques, soit les décisions concernant quels médicaments utiliser, quand, dans quelles circonstances et sur quel patient, est probablement une considération plus importante à long terme. Si les montants peuvent sembler modestes, le financement du Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments dont a parlé le Dr Peterson, à hauteur de 32 millions de dollars sur cinq ans, paraît presque négligeable — 10 millions de dollars par an en continu — peut engendrer une valeur réelle si cela va conduire, comme nous l'escomptons, à de meilleures décisions de prescription, de façon à pouvoir prescrire à chaque patient des thérapies dont la valeur pour lui a été vraiment démontrée.

Je pense que cela milite en faveur d'investissements considérablement accrus dans le travail de cette nature, mais je ne veux pas minimiser l'intérêt que cela peut présenter, non seulement sur le plan de résultats meilleurs sur chaque patient individuel, mais aussi sur le plan de l'information des prescripteurs et aussi d'une bien meilleure optimisation des ressources des régimes d'assurance-médicaments tant publics que privés à travers le pays.

Le président : Je donne maintenant la parole au sénateur Champagne.

[Français]

Le sénateur Champagne : Merci beaucoup, monsieur le président. Madame et messieurs, merci d'être avec nous cet après-midi. Vous avez abordé, mais pas tout à fait suffisamment, la question de la pénurie de médicaments. Je suis étonnée que même après avoir reçu un brevet, après avoir fait toute la publicité aux médecins et aux hôpitaux, un laboratoire ne puisse pas suffire à la demande. Est-ce que c'est la faute des laboratoires qui font des promesses qu'ils ne peuvent pas tenir? Ils ne peuvent pas fabriquer les médicaments à temps? Est-ce une stratégie d'achats? Comment se fait-il, une fois que toute la communauté médicale sait qu'un tel médicament va très bien fonctionner dans telle ou telle région, soudainement, il n'y en a plus? Cela m'inquiète. D'où est-ce que cela vient?

Dans cette nouvelle entente de santé, est-ce qu'il ne devrait pas y avoir automatiquement, lorsque l'on donne un brevet pour un nouveau médicament, une entente selon laquelle le laboratoire s'engage à satisfaire à la demande? Autrement, on ne va nulle part.

[Traduction]

M. Poston : Les pénuries de médicaments que nous connaissons au Canada intéressent principalement les médicaments génériques. Ce sont des médicaments dont les brevets ont expiré. Nous avons connu un ou deux cas où des médicaments brevetés sont venus à

get to the actual cause. It seems to be a mixture of things. In some cases, it has been manufacturing problems; in other cases, it has been shortage of raw materials.

The other thing I should add is that drug shortages are a global issue. I was at an international conference recently, and virtually every country in the OECD is facing drug shortages problems.

[Translation]

Senator Champagne: There are too many sick people.

[English]

Mr. Poston: It is linked to globalization of pharmaceuticals, consolidation that we have seen in the pharmaceutical industry. There seems to be a host of factors. We have been working very closely with Health Canada and with the manufacturers' associations, both brand, generic and biological. One of the things we want to see put in place is a national monitoring centre, so we can at least be in a position to have some warnings about what will be short, so we can actually advise physicians, pharmacists and other health care providers that there are issues, and also supply some information to enable prescribers to understand what alternatives are available.

The Chair: Dr. Morgan, do you have a comment?

Mr. Morgan: Yes. I want to reinforce the fact that when we experience drug shortages, they are almost invariably global phenomena. Therefore, it is important that we not lay the blame with Canadian policy for drug shortages that are in fact happening the world over. It is far too simple to point at one province's or another's generic substitution policies as the source of what is a temporary but important shortage of a generic drug, when, in fact, that shortage is likely happening south of the border and around the world. It is important to recognize that this is a global phenomenon. I agree with the idea of creating some sort of monitoring agency. I would recommend that Canada partner with other major countries and create just a global network of funders that are monitoring the availability of medicines in their jurisdictions. It is not just happening in Canada.

[Translation]

Senator Champagne: The other aspect that greatly bothers me is the issue of the price of drugs that we were discussing earlier. Take the case of an individual who, after spending some time in the hospital, goes back home. Upon leaving, the patient is told: "Oh, by the way, during your hospital stay, you contracted MRSA. You are therefore going to have to take Vancomycin intravenously for seven weeks. Go to the pharmacy, you are ambulatory, so get yourself to the pharmacy and it will cost \$1,500 a week for seven weeks." That is an enormous amount of money for those who do not have insurance. We are starting to

manquer. Il est très difficile d'en déterminer la cause réelle. Ce semble être un mélange de facteurs. Dans certains cas, c'était des problèmes de fabrication, dans d'autres cas, c'était une pénurie de matières premières.

L'autre chose que j'ajouterais est que les pénuries de médicaments sont un problème mondial. J'étais récemment à une conférence internationale et virtuellement tous les pays de l'OCDE connaissent des pénuries.

[Français]

Le sénateur Champagne : Il y a trop de gens malades.

[Traduction]

M. Poston : C'est lié à la mondialisation des produits pharmaceutiques, à la concentration intervenue dans l'industrie pharmaceutique. Il semble y avoir des facteurs multiples. Nous avons collaboré étroitement avec Santé Canada et les associations de fabricants, tant de produits de marque que génériques et biologiques. L'une des choses que nous souhaitons voir mise en place, c'est un centre de surveillance national, afin d'être au moins averti à l'avance de ce qui va manquer, et que nous puissions faire savoir aux médecins, aux pharmaciens et d'autres fournisseurs de soins qu'il se pose des problèmes, et aussi faire savoir aux prescripteurs quelles solutions de rechange existent.

Le président : Docteur Morgan, avez-vous un commentaire?

M. Morgan : Oui. Je veux réitérer que lorsque nous connaissons des pénuries de médicaments, il s'agit presque invariablement d'un phénomène mondial. Par conséquent, il importe de ne pas porter sur la politique canadienne le blâme de pénuries qui se font sentir dans le monde entier. Il est beaucoup trop facile de rendre la politique de substitution de produits génériques d'une province ou d'une autre responsable de ce qui est une pénurie temporaire, bien qu'importante, d'un médicament générique, alors qu'en fait cette pénurie sévit aussi chez nos voisins du Sud et partout dans le monde. Il faut admettre que c'est un phénomène mondial. J'approuve l'idée de créer une sorte d'organisme de surveillance. Je recommanderais que le Canada s'associe à d'autres grands pays pour créer un réseau mondial de bailleurs de fonds pour surveiller la disponibilité de médicaments dans chacun d'eux. Cela ne se produit pas seulement au Canada.

[Français]

Le sénateur Champagne : L'autre point qui me dérange beaucoup concerne le prix des médicaments dont on parlait tout à l'heure. Imaginez une personne qui après un certain temps à l'hôpital est retournée à la maison. Au départ, on dit : « Oh, by the way, pendant votre séjour à l'hôpital, vous avez été infecté par le MRSA. Alors vous en avez pour sept semaines par perfusion intraveineuse avec de la Vancomycin, allez à la pharmacie, vous êtes ambulateur, rendez-vous à la pharmacie et c'est 1 500 \$ par semaine pour sept semaines. » C'est énorme pour les gens qui n'ont pas d'assurance. On commence à avoir une assurance

see some public insurance, but these are nevertheless unbelievable sums of money. We are talking about \$1,500 a week for seven weeks for an infection acquired in the hospital, of all things.

Are these prices that our society is able to afford? Unless we empty all of our hospitals to clean them from stem to stern, this bacteria will remain present. And so more patients will become infected. It must be said that these are unbelievable amounts of money: over a seven-week period, you are talking more than \$10,000 for a person who has not worked for several weeks, perhaps several months, because of his or her illness. Does this cost seem normal to you?

[English]

Dr. Peterson: I must apologize that I cannot answer you effectively.

Senator Champagne: That is all right.

Dr. Peterson: As a clinician, I can tell you it has become routine. My first question with patients when I begin to talk about treatment options is, "Do you have a drug insurance plan?" That is critical in terms of the decision-making that you will go forward in regard to that patient.

Senator Champagne: If that person with MRSA says, "No, I do not have one," what do you do?

Dr. Peterson: One can follow many options. Again, I am not sure that I can absolutely solve your problem for you, although I can tell you from a pediatric perspective, in a hospital-based practice, it is always possible to find solutions for such patients in terms of recruiting resources for that. It is not the way it should be. It expends a great deal of health care provider time in attempting to look for those solutions.

I was going to comment further on your concerns about the issues associated with what you may acquire in hospitals to point out that you must be very, very sick in order to be eligible to be admitted to a hospital today. This is quite different than it was ten or 20 years ago in Canada. The infections that we are dealing with are different. The issues we deal with on an outpatient basis, I can tell you, having practiced medicine for a very long period, would easily have been hospital admissions in former years, and we manage them on an outpatient basis now.

The reality is we can manage them on an outpatient basis because of effective new medicines that have come to us. However, there is no question there has been escalation of prices in recent times that have become extraordinarily challenging to everyone.

I believe what you are talking about relates to an area of catastrophic drug coverage. It does not matter whether we are talking about a threshold that is \$20,000 or \$10,000 per month for insurance. It relates to what the ability of the individual is to pay. This is the foundation we have built our Canadian health care system on.

publique mais c'est quand même des sommes invraisemblables, 1 500 \$ par semaine pendant sept semaines pour une chose qui a été contractée à l'hôpital en plus.

Est-ce que ce sont des prix que notre société peut se payer? À moins de vider nos hôpitaux pour faire un grand ménage, cette bactérie est toujours présente, alors il y en a d'autres à qui cela arrive. C'est quand même des sommes invraisemblables pendant sept semaines, c'est au-delà de 10 000 \$ pour une personne qui n'a pas travaillé pendant plusieurs semaines, peut-être quelques mois, parce qu'elle était malade. Est-ce que c'est un prix qui vous semble normal?

[Traduction]

Dr Peterson : Je m'excuse de ne pas pouvoir vous répondre directement.

Le sénateur Champagne : Ne vous en faites pas.

Dr Peterson : En tant que clinicien, je peux vous dire que cela est devenu routinier. La première question que je pose à mes patients lorsque je commence à discuter des options de traitement est : « Avez-vous un régime d'assurance-médicaments? » La réponse à cette question est essentielle dans le processus décisionnel concernant la suite pour le patient.

Le sénateur Champagne : Si la personne infectée par le SARM répond « Non, je n'en ai pas », que faites-vous alors?

Dr Peterson : Il existe diverses possibilités. Encore une fois, je ne suis pas certain de pouvoir régler le problème, mais je peux vous dire que, d'un point de vue pédiatrique, dans une pratique en milieu hospitalier, il est toujours possible de trouver des solutions pour ces patients en recrutant des ressources à cette fin. Ce n'est pas ainsi que ce devrait être. La recherche de telles solutions exige énormément de temps de la part du prestataire de soins de santé.

J'allais ajouter, en réponse à vos inquiétudes relativement aux contaminations hospitalières, qu'il faut à l'heure actuelle être extrêmement malade pour être admis à l'hôpital. Cela est très différent de la situation qui existait il y a 10 ou 20 ans au Canada. Les infections que nous devons traiter sont très différentes. Je peux vous dire, fort de ma longue expérience en médecine, que certains de nos patients externes en traitement auraient nul doute été, autrefois, admis à l'hôpital.

La réalité est que nous pouvons gérer ces cas en service de consultation externe du fait des nouveaux médicaments efficaces qui nous sont proposés. Cependant, il est certain qu'il y a eu, ces derniers temps, une escalade des prix qui constitue pour tous un défi énorme.

Je pense que ce dont vous parlez concerne un aspect de la couverture des médicaments onéreux. Peu importe que l'on parle d'un seuil de 20 000 \$ ou de 10 000 \$ par mois pour l'assurance. Tout dépend des moyens dont dispose l'intéressé pour payer. C'est là l'assise sur laquelle nous avons bâti notre système de soins de santé canadien.

I firmly hope that we will be able to provide sensible choices of the right medicines to choose so that we are not facing a dilemma of medicines at any price for any number of patients in Canada. There clearly is no health care system that can afford that.

[Translation]

Senator Verner: Thank you for having accepted our invitation to appear this afternoon. Most provinces and territories have public drug plans. Some provinces and some territories do not, but provide insurance plans for the elderly, for example. In your view, what would the best incentive be in order for these provinces and territories to also offer a public plan?

[English]

Mr. Morgan: It is a question that Canada has grappled with since the 1960s. Justice Emmett Hall in the royal commission on health care in the 1960s recommended that Canada at least consider a national pharmacare program after putting in place national standards for insurance on hospitals and medical care. Pharmacare and home care were supposed to be the next essential services for federal-provincial cost-shared programs for insurance.

If you want to get provinces to move beyond where they will go on their own, it is going to require money. It will require the exercise of spending power, which we know right now is not an option. However, it is the way that we built the Medicare system and it is likely the way we are going to build a national standard for pharmacare as well, if we have one.

Mr. Poston: An important issue that often gets missed entirely in these discussions around pharmaceutical strategy is that 60 per cent of drug costs in this country are met by the private sector, either private insurance plans or self-insurance plans by companies.

Pharmaceutical strategy has a direct impact on industry competitiveness; that is one thing. We pay a lot of attention to policies around pharmaceuticals that relate to provincial plans. Dr. Morgan will have the statistics, but I think the coverage from provincial plans in Canada varies from 35 per cent to about 60 per cent. That is one of the other factors.

One of the consequences of the changes that Ms. Hoffman talked about is that we have seen increasing diversity in provincial drug plans, rather than harmonization. It has gone that way. One of the things that we need to pay some attention to as we go

J'espère sincèrement que nous serons en mesure d'offrir des choix raisonnables en matière de médicaments appropriés, de manière à ne pas être confrontés au dilemme de l'achat de médicaments, quel qu'en soit le prix, pour d'innombrables patients au Canada. Il n'existe clairement aucun système de soins de santé qui permette de faire cela.

[Français]

Le sénateur Verner : Merci d'avoir accepté notre invitation cet après-midi. La majorité des provinces et des territoires ont des régimes publics d'assurance-médicaments. Certaines provinces et certains territoires n'en ont pas, mais offrent des régimes d'assurance, entre autres, pour les personnes âgées. Quel serait, selon vous, le meilleur incitatif pour que ces provinces et territoires puissent également mettre en place un régime public?

[Traduction]

M. Morgan : C'est une question qui occupe le Canada depuis les années 1960. Le juge Emmett Hall et la commission royale sur les soins de santé dans les années 1960 ont recommandé que le Canada envisage au moins un programme national d'assurance-médicaments après l'instauration de normes nationales en matière d'assurance pour les soins médicaux et hospitaliers. L'assurance-médicaments et les soins à domicile étaient censés être le volet de services essentiels suivant dans le cadre des programmes d'assurance fédéraux-provinciaux à frais partagés.

Si vous souhaitez que les provinces aillent plus loin qu'elles ne le feraient toutes seules, cela va exiger de l'argent. Cela va exiger l'exercice du pouvoir de dépenser, dont nous savons qu'il n'est à l'heure actuelle pas une option. Cependant, c'est ainsi que l'on a construit le système d'assurance-maladie et c'est sans doute ainsi que l'on va établir également une norme nationale en matière d'assurance-médicaments, si nous allons en avoir une.

M. Poston : Un aspect important, qui est souvent tout à fait passé sous silence dans le cadre de ces discussions au sujet de la stratégie relative aux produits pharmaceutiques, est que 60 p. 100 des coûts de médicament dans ce pays sont couverts par le secteur privé, par le biais soit de régimes d'assurance privés, soit de régimes d'auto-assurance offerts par des entreprises.

La stratégie relative aux produits pharmaceutiques a une incidence directe sur la compétitivité de l'industrie. C'est là un élément. Nous prêtons beaucoup d'attention aux politiques en matière de produits pharmaceutiques dans le contexte des régimes provinciaux. Le Dr Morgan aura les statistiques, mais je pense que la couverture offerte dans le cadre des régimes provinciaux au Canada varie entre 35 p. 100 et 60 p. 100 environ. Voilà l'un des autres facteurs.

L'une des conséquences des changements dont Mme Hoffman a parlé est que nous avons constaté une diversité accrue en ce qui concerne les régimes provinciaux d'assurance-médicaments, plutôt qu'une harmonisation. C'est ainsi que les choses ont

forward is how to develop pharmaceutical strategy and pharmaceutical policy that addresses some of the issues that the private sector faces.

We have recently struck a national committee to work with what are called third party payers or third party drug plans to begin to tackle some of their issues. There are similar issues in provincial plans. One issue is there is this huge focus on costs, but it is appropriateness of utilization that is critically important. There is nothing more expensive than the drug that does not work or the drug that causes harm. The appropriateness of decision-making in the clinical setting is also really important to cost-effectiveness.

Dr. Peterson: I can add to that only that the reliance that we have on the private insurance sector today may be something that we need to be very cautious about. We recognize that the prices of medicines are going up, and that the private sector is paying higher amounts than the public sectors are.

It has been brought to our attention that the private insurers who can pass on premium increases to their subscribers are able to manage price escalation, but only up to a certain point in time when subscribers look at the price and they begin to drop out. This is the reality of the United States, where there are so many people without health insurance because they have chosen to self-insure because the cost of purchasing health insurance has gone above this threshold.

I do know the private insurance companies are beginning to look very carefully at the type of work we produce on comparative effectiveness. They are looking at the recommendations that come out of the Common Drug Review, which are intended for the public payment programs, and beginning to provide or deny coverage based upon the evaluation of the value of one drug versus another, or the value of a new drug coming on to the market, in order to begin to curtail those costs.

We want to be very cautious that we do not succumb to the idea that private insurance may be a safety net for us. I am very concerned, first, that we do not have control over it; and second, we are rapidly approaching, with the price escalations we are seeing in new drugs, a point in time when premiums are going to become such that small businesses and individuals are not going to be able to find them attractive.

Ms. Hoffman: Following on from the points that have been made, some observers will argue that in Canada we spend enough, if you look at the bottom line, to provide adequate coverage for all Canadians. I do not mean coverage for every single drug, but for reasons Dr. Peterson mentioned, by and large drug plans that are financed by employers through private insurers are extremely

évolué. L'un des autres éléments auxquels il nous faudra réfléchir est celui de l'élaboration d'une stratégie et d'une politique en matière de produits pharmaceutiques qui répondent à certains des problèmes auxquels se trouve confronté le secteur privé.

Nous avons récemment créé un comité national en vue de travailler avec ce que l'on appelle les tiers payeurs ou les assurances-médicaments à tiers payant en vue de commencer à nous attaquer à certains de ces problèmes. Des difficultés semblables se posent dans le cas des régimes provinciaux. Un problème est que l'on met énormément l'accent sur les coûts, mais c'est le caractère approprié de l'utilisation qui est d'une importance critique. Il n'y a rien de plus coûteux qu'un médicament qui ne fonctionne pas ou qui fait du tort. La bonne prise de décisions en milieu clinique est elle aussi très importante aux fins d'un bon rapport coût-efficacité.

Dr Peterson : Je ne peux qu'ajouter qu'il nous faudra peut-être être prudents quant à notre dépendance actuelle à l'égard du secteur de l'assurance privée. Nous convenons que le prix des médicaments augmente et que le secteur privé paye plus que le secteur public.

Il a été porté à notre attention que les assureurs privés, qui peuvent répercuter l'augmentation des primes sur les assurés, parviennent à gérer l'escalade des prix, mais seulement jusqu'à un certain point au-delà duquel les assurés cotisants examinent le prix et commencent à abandonner. C'est cette réalité qui existe aux États-Unis, où il y a énormément de gens sans assurance-maladie du fait d'avoir choisi de s'auto-assurer, le coût d'achat d'une assurance-maladie ayant dépassé ce seuil.

Je sais que les compagnies d'assurances privées commencent à examiner de très près le genre de travail que nous faisons en matière d'efficacité comparative. Elles étudient les recommandations découlant de l'Examen des médicaments communs, recommandations qui visent les programmes publics, et elles commencent à offrir ou à refuser la couverture en fonction de l'évaluation de la valeur d'un médicament par rapport à un autre, ou de la valeur d'un nouveau médicament arrivant sur le marché, ce dans le but de commencer à contenir ces coûts.

Il nous faut être très prudents et veiller à ne pas succomber à l'idée que l'assurance privée pourrait servir de filet de sécurité pour nous. Je crains, premièrement, que nous n'exercions aucun contrôle en la matière; et, deuxièmement, avec l'escalade des prix que nous constatons dans le cas des nouveaux médicaments, nous allons vite en arriver à un point où les primes seront telles que les petites entreprises et les particuliers ne vont plus les trouver intéressantes.

Mme Hoffman : Pour poursuivre la discussion au sujet de certaines remarques qui ont été faites, certains observateurs prétendent qu'au Canada nous dépensons assez, au total, pour assurer à l'ensemble des Canadiens une couverture adéquate. Je n'entends pas par là une couverture englobant absolument tous les médicaments, mais, pour les raisons qu'a évoquées le

inefficient. They do not have formularies; they have no controls over utilization or any assessment of whether or not a drug that is prescribed is an appropriate therapy.

There is very little attempt to influence the price that is actually paid, so as has been noted, the prices normally paid for privately insured pharmaceuticals are considerably more than what public plans pay, and so on. Private insurers, as Dr. Peterson said, when they feel it is no longer a profitable regime for them — because they are in the insurance business, not in the health business — simply introduce caps, increase the deductibles or withdraw altogether from the field.

I am not proposing this as the solution, but it is a question of who is spending the money and under what regimes. I think many people feel we could probably be doing a lot better, even if there could be more encouragement to the private insurers to follow some of the best practices that the publicly financed drug plans are using, in which case they then could provide better coverage for those employees in larger enterprises who are covered through private insurance.

[*Translation*]

Senator Verner: You have brought up the theme of my next question. Given that the plans in place vary from one province or territory to the next, in your opinion, which jurisdiction in the country has the best plan, the best practices?

[*English*]

Mr. Poston: I will have a go at that. One of the beauties of Canada is we have this big experiment going on all the time. Dr. Morgan is perhaps the expert on this in terms of models of funding.

I think we have to look very closely at the Quebec model, and I would like to see more evaluation and research. In Quebec, there was an explicit attempt to create a drug plan that was very interesting in that there was an attempt to create universal coverage with public-private mixed financing of it.

In terms of moving forward, I do not know whether we will ever get a totally publicly funded system. I think, as Dr. Peterson pointed out, there are lots of dangers in going into a totally privately funded model.

We have to look at some of the experiences in Canada. There needs to be more work done looking at the impact of the changes that were probably at least 10 or 12 years ago in Quebec with respect to the attempts to create a universal drug plan, with a mixed public private funding model. There may be some valuable learnings there to help guide us in the future.

Dr Peterson, les régimes d'assurance-médicaments qui sont financés par les employeurs par l'intermédiaire d'assureurs privés sont extrêmement inefficients. Ils n'ont pas de formulaire; ils ne sont assortis d'aucun mécanisme de contrôle quant à l'utilisation et ne prévoient aucune évaluation visant à déterminer si le médicament prescrit constitue une thérapie appropriée.

Il est fait très peu d'efforts pour influencer sur le prix qui est véritablement payé, et c'est ainsi que, comme cela a été souligné, les prix normalement payés pour les produits pharmaceutiques en régimes privés sont sensiblement supérieurs à ceux qui sont payés dans le cadre de régimes publics, et ainsi de suite. Les assureurs privés, comme l'a souligné le Dr Peterson, lorsqu'ils jugent que le régime n'est plus rentable pour eux — leur propos étant l'assurance, et non pas la santé —, imposent tout simplement des plafonds, augmentent la franchise ou alors se retirent tout simplement.

Je ne suis pas en train de dire que c'est là la solution, mais la question est de savoir qui dépense l'argent et dans le cadre de quels régimes. Je pense que les gens sont nombreux à croire que nous pourrions sans doute faire beaucoup mieux, ne serait-ce qu'en encourageant davantage les assureurs privés à adopter certaines des pratiques exemplaires des régimes d'assurance-médicaments publics, auquel cas ils pourraient offrir une meilleure couverture aux employés de grosses entreprises qui sont couvertes par une assurance privée.

[*Français*]

Le sénateur Verner : Vous avez soulevé le thème de ma prochaine question. Comme il y a différents régimes selon les provinces et les territoires, selon vous, quelle est la juridiction au pays qui a le meilleur régime, les meilleures pratiques?

[*Traduction*]

M. Poston : Je vais tenter de répondre à cette question. L'une des beautés du Canada est que nous nous livrons en permanence à cette vaste expérience. Le Dr Morgan est peut-être l'expert en la matière pour ce qui est des modèles de financement.

Je pense qu'il nous faudrait examiner de très près le modèle québécois, et j'aimerais qu'il se fasse davantage d'évaluation et de recherche. Au Québec, il y a eu une tentative délibérée de créer un régime d'assurance-médicaments qui était très intéressant en ce que l'idée était d'offrir une couverture universelle avec un financement public-privé partagé.

Pour ce qui est de l'avenir, j'ignore si nous aurons jamais un système entièrement financé par les deniers publics. Je pense, comme l'a souligné le Dr Peterson, que le modèle entièrement public comporte de nombreux dangers.

Il nous faut examiner certaines des expériences qui ont été menées au Canada. Il y aurait lieu d'examiner de plus près l'incidence des changements qui sont intervenus il y a sans doute 10 ou 12 ans au Québec en vue de l'établissement d'un régime universel d'assurance-médicaments, fondé sur un modèle de financement mixte public-privé. Nous pourrions peut-être en tirer des précieuses leçons qui pourraient nous guider à l'avenir.

Mr. Morgan: Thank you for that question. It is an important one.

Looking within the Canadian context, no province stands out as being excellent on all aspects of pharmaceutical policy. Drug financing is not just having an open formulary and insuring everyone for it. In fact, that is exactly what the private sector does.

I was at a meeting this morning with experts in pharmaceutical policy in Canada. They mentioned there are basically 42 private sector formularies in Canada and one of the leading experts in the domain referred to that as 42 shades of white. They all basically cover everything, more or less. That is a form of coverage.

Quebec, for instance, uses the private insurance industry to in effect have universal coverage for medicines through a compulsory private insurance model. If you are unable to qualify for private insurance, you then insure through RAMQ, which is the publicly-run, premium-based insurance program for medicines. Without a doubt, that is achieving goals of coverage. Everyone is covered for medicines and Quebec has a very open formulary relative to other jurisdictions so they get coverage for many different drugs. It is also, however, by far the most expensive drug system you could design.

I would like at elements of the Quebec model, if you wanted universality without having a universal public program, but would go beyond Quebec and begin to look to Europe as to how to instigate in the Canadian context perhaps a more regulated but nevertheless social insurance model that is akin to what happens in Quebec.

Again, this is debate that requires a conversation with Canadians. We have never really put pharmacare on the front end so we need to have that conversation about what model would be right.

Dr. Peterson: I believe that it is very important to define what the best model means. If this is the most universal coverage at the lowest price, that may have a tremendous number of dissatisfied patients, particularly patients with unmet medical needs on existing medicine. I do not believe we have achieved that balance anywhere. This is despite the very close association that we have developed with a Common Drug Review, looking at the variances across the provinces. Dr. Morgan has suggested Europe. I find the Australian system attractive, and the way in which they are able to have a national pharmacare program where they assess the value of drugs as they are presented to them by manufacturers and then they negotiate a national price for those.

M. Morgan : Merci de cette question. Elle est importante.

Si on regarde le contexte canadien, aucune province ne se distingue comme étant excellente en ce qui concerne tous les aspects de sa politique en matière de produits pharmaceutiques. Une assurance-médicaments ne se résume pas à avoir un formulaire ouvert et à assurer tout le monde sur la base de ce formulaire. C'est en fait précisément cela que fait le secteur privé.

J'ai assisté ce matin à une réunion avec des experts en matière de politique pharmaceutique canadienne. Ils ont mentionné qu'il existe en gros au Canada 42 formulaires de secteur privé, et l'un des chefs de file dans le domaine les a décrits comme étant 42 nuances de blanc. Ils englobent plus ou moins tout. Il s'agit là d'une forme de couverture.

Le Québec, par exemple, recourt à l'industrie des assurances privées pour offrir, en définitive, une couverture universelle pour les médicaments par le biais d'un modèle d'assurance privée obligatoire. Si vous n'êtes pas admissibles à une assurance privée, alors vous êtes assuré en vertu du RAMQ, qui est le régime d'assurance-médicaments public à base de cotisations. Cette formule atteint sans le moindre doute les objectifs en matière de couverture. Tout le monde est couvert pour les médicaments, et le Québec a un formulaire très ouvert, comparativement aux autres provinces et territoires, et les Québécois bénéficient d'une couverture englobant de très nombreux médicaments. Ce système de remboursement des médicaments est cependant, et de loin, le système le plus coûteux que l'on puisse concevoir.

J'envisagerais l'adoption de certains éléments du modèle québécois, si l'on voulait l'universalité sans avoir un programme public universel, mais je regarderais au-delà du Québec et me tournerais vers l'Europe, en vue de l'adaptation au contexte canadien d'un modèle plus réglementé, mais néanmoins fondé sur l'assurance sociale, à la manière du régime québécois.

Encore une fois, il s'agit d'un débat qui requiert une conversation avec les Canadiens. Nous n'avons jamais vraiment placé l'assurance-médicaments à l'avant-scène, et il nous faut donc avoir cette conversation au sujet du modèle qui conviendrait.

Dr Peterson : J'estime qu'il est très important de définir ce que l'on entend par meilleur modèle. Si c'est la couverture la plus universelle au plus bas prix, alors il y aura peut-être énormément de patients mécontents, notamment ceux dont les besoins en matière de soins de santé ne sont pas servis par les médicaments existants. Je ne pense pas que l'on ait atteint cet équilibre où que ce soit. Et ce, en dépit de la relation très étroite que nous avons établie avec l'Examen des médicaments communs, en tenant compte des variations selon la province. Le Dr Morgan a recommandé que l'on se tourne vers l'Europe. Je trouve attrayant le système australien, dans le cadre duquel il existe un régime national d'assurance-médicaments dans le cadre duquel on évalue les médicaments proposés par les fabricants, pour ensuite négocier pour eux un prix national.

Senator Seidman: One of the commitments in the national pharmaceutical strategy is to enhance action to influence prescribing behaviour of health care professionals so that drugs are used only when needed and the right drug is used for the right problem.

In fact, when the initial focus of nine was narrowed down to the five priority areas, as you told us today, real world drug safety and effectiveness was one of the five.

With the mandate of DSEN, it is very well defined. It is evident that you have a major challenge to identify and produce relevant research that will help decision-makers, drug plan managers, clinicians and patients make good choices.

Could you please tell us something about the progress that has been made on this? Would you also perhaps tell us something about the challenges that we face in the future? It would be helpful in terms of the kind of recommendations that we might be able to make.

Dr. Peterson: That is a very challenging series of questions.

First, let me say that there are about 18,000 randomized clinical trials done every year across the world. Every time experts sit down to write a clinical practice guideline for general practice physicians, for prescribers, on what is the best use, the optimal use of medicines, these clinical practice guidelines always start with a statement that they have found insufficient evidence to draw firm conclusions.

Part of what I have alluded to is the somewhat artificial environment that the clinical trials that are designed to meet regulatory requirements create, so moving into this broader aspect of examining the products after they come on the market as they are being used is certainly one of the ways in which we intend to move forward with that.

We have recruited, as you can see, with the materials that I have left you an entire portfolio of methodologies. We have not included in that standard, randomized control clinical trials that the manufacturers already must do for the purposes of drug regulation.

We have a strong initiative at the present time and we have let catalyst grants and career development awards in the area of innovative clinical trial design, the ability to create trials that are far more flexible than these very rigid trials that are currently conducted.

Having said that, in order to address your second question, which relates to the deliverables of this program, I must beg your indulgence. This is very early years of the DSEN. It was announced in 2009 by our current Minister of Health. It has been built aggressively during that time period.

Le sénateur Seidman : L'un des engagements à l'intérieur de la stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques est d'intensifier l'intervention pour influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé de sorte que les médicaments soient utilisés uniquement lorsque le besoin est réel et que le médicament convienne bien au problème.

En fait, lorsque la liste initiale de neuf éléments a été ramenée à cinq secteurs prioritaires, comme vous nous l'avez dit aujourd'hui, l'innocuité et l'efficacité des médicaments dans le monde réel figuraient parmi les cinq.

Cet aspect est très bien défini dans le cadre du mandat du RIEM. Il est clair que vous êtes confrontés à un défi de taille en vue d'identifier et de produire des recherches pertinentes qui aideront les décideurs, les gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments, les cliniciens et les patients à faire les bons choix.

Pourriez-vous nous éclairer quant aux progrès qui ont été faits en la matière? Pourriez-vous nous dire également quelque chose au sujet des défis que nous aurons à affronter à l'avenir? Cela nous aiderait aux fins des recommandations que nous pourrions peut-être faire.

Dr Peterson : Vous posez là une série de questions fort difficiles.

Premièrement, permettez que je dise qu'il est chaque année dans le monde effectué environ 18 000 essais cliniques sur échantillon aléatoire. Dans chaque cas, des experts se réunissent pour rédiger un guide de pratique clinique pour les médecins généralistes, les prescripteurs, en matière de meilleur usage et d'usage optimal du médicament; ces recommandations pour la pratique clinique commencent toujours par une déclaration énonçant qu'il n'y a pas suffisamment de preuves permettant de tirer des conclusions fermes.

J'ai évoqué l'environnement quelque peu artificiel qui est créé par les essais cliniques conçus en vue de satisfaire les exigences réglementaires. Entreprendre d'examiner les produits une fois qu'ils arrivent sur le marché et qu'ils sont utilisés est certainement l'un des mécanismes que nous comptons mettre en oeuvre.

Nous avons réuni, comme vous pouvez le voir dans la documentation que je vous ai fournie, tout un éventail de méthodologies. Nous n'avons pas inclus dans cette norme les essais cliniques de contrôle sur échantillons aléatoires que doivent déjà effectuer les fabricants en vertu de la réglementation des médicaments.

Une initiative très porteuse est présentement en place, et il a été accordé des subventions Catalyseur et des bourses de développement de carrière aux fins de la conception novatrice d'essais cliniques, la capacité d'élaborer des essais qui soient plus flexibles que ces essais très rigides que l'on connaît à l'heure actuelle.

Cela étant dit, pour répondre à votre deuxième question, concernant les produits livrables du programme, il me faut demander votre indulgence. Le RIEM en est encore à ses débuts. Sa création a été annoncée en 2009 par l'actuel ministre de la Santé. L'on oeuvre énergiquement depuis à son établissement.

We have produced in stages a series of collaborating centres that are able to do things that have never been done in Canada before.

The collaborating centre that deals with observational studies, that accesses existing linked administrative health records that largely reside in each of the individual provinces has come into existence only last January. That was the very first of our collaborating centres that came on stream.

They have been able to, once again, within this several months of development, query the databases in eight provinces in Canada simultaneously, in order to pose a specific question regarding the potential safety issues associated with a class of medicines.

We have never been able to address a centrally developed, very sophisticated statistical query package across all of the administrative health records that exist in the country. We are able to do eight out of the ten at this point in time only because of the organizational status of that, and it is part of our developmental work to help with the other two provinces to be certain we can accrue information in that sense.

The other collaborating centres that we will rely upon in terms of method development were only approved for funding at the end of August of this year.

This is a competitive process that we follow at the Canadian Institutes of Health Research, so that there will be funding announcements that go up. There is time for researchers to prepare applications. They must prepare a competitive application in order to demonstrate why they should be funded for this. At the end of what is a somewhat tedious process I can sit before you and tell you that we have very competent researchers who are engaging in this research.

Because we feel very compelled that this is something that we would have loved to have had on stream 10 or 15 years ago, in each of those grant applications not only have we had the research teams create the case for why they are capable of responding to these queries from high-level decision-makers, but they have had to develop a demonstration project that has already been picked from the panel of queries that we have available to us.

They are on the ground running now, so that we now have as of the beginning September an additional seven teams to complement the observational study teams that have come on stream.

I apologize for a long answer to tell you that we are in very early days of the development of this program, but it has been a very comprehensive program that has been developed. At this point, we have 13 or 14 active queries before the researchers and the timelines on those are developing those research questions into formative evidence-based answers over the next 12 to 19 months.

The larger challenge, I think, and what we have to recognize is that this is not just evidence development. This is knowledge translation to the level that allows for appropriate utilization, guideline development, informed choices to be made based upon the evidence that has been produced for that.

Nous avons créé par étapes une série de centres collaborateurs qui sont en mesure de faire des choses qui n'avaient jamais été faites au Canada auparavant.

Le centre collaborateur qui s'occupe des études sur observation, qui accède aux dossiers médicaux administratifs hyperliés résidant pour la plupart dans chacune des provinces, n'existe que depuis janvier dernier. Ce centre a été le premier centre collaborateur à voir le jour.

Encore une fois, il a été possible, au bout de quelques mois de travail, d'interroger simultanément les bases de données de huit provinces canadiennes, posant une question précise concernant des problèmes potentiels d'innocuité relativement à une classe de médicaments.

Nous n'avons jamais pu appliquer un programme centralisé d'interrogation statistique très sophistiqué à l'ensemble des dossiers de santé qui existent au pays. Nous n'avons pu le faire que pour huit administrations sur 10, du simple fait de la situation organisationnelle, et nous cherchons, dans le cadre de notre travail préparatoire, à aider les deux autres provinces afin d'être bien certains de pouvoir obtenir leurs données.

Les autres centres collaborateurs sur lesquels nous allons compter pour ce qui est de l'élaboration des méthodes n'ont vu leur financement approuvé que fin août.

C'est un processus concurrentiel que nous suivons aux Instituts canadiens de recherche en santé du Canada, et des annonces de financement sont affichées. Les chercheurs ont du temps pour préparer leurs demandes. Ils doivent préparer une demande officielle montrant qu'ils méritent d'obtenir des fonds pour leurs travaux. À la fin d'un processus quelque peu pénible, je peux m'asseoir devant vous et vous dire que nous avons des chercheurs très compétents qui s'engagent dans cette recherche.

Du fait que nous aurions beaucoup aimé avoir le système en place il y a 10 ou 15 ans, dans le cas de chacune de ces demandes de subvention, non seulement l'équipe de recherche doit établir qu'elle est en mesure de répondre aux requêtes venant des décideurs de haut rang, mais elle doit également avoir déposé au préalable un projet de démonstration, devant déjà avoir été choisi par le panel parmi tout l'éventail de requêtes existant.

Ce travail est déjà en cours, car nous avons depuis décembre sept équipes supplémentaires qui sont venues compléter les équipes d'études sur observation déjà en place.

Je m'excuse de cette une longue réponse pour vous dire que nous en sommes au tout début de l'élaboration de ce programme, mais c'est un programme très exhaustif qui a été conçu. Les chercheurs sont présentement saisis de 13 ou 14 requêtes actives, et ils disposent de 12 à 19 mois pour traduire ces questions de recherche en des réponses formatives fondée sur des preuves.

Le plus gros défi, je pense, et ce qu'il nous faut reconnaître, est que ce travail ne se résume pas à une simple compilation de preuves. Il s'agit de transposer le savoir à un niveau qui permet une utilisation appropriée, l'élaboration de lignes directrices et des choix éclairés fondés sur les preuves produites à cette fin.

We have our first query against the eight administrative databases that has come on stream now. We have the results of that. We are being very careful to take that into a knowledge translation process that will make it truly useful to individuals.

Mr. Poston: Briefly, I think your question also points to the need for the ongoing investment and development of integrated electronic health records and the provincial DIS systems, so that evidence that Dr. Peterson and his team creates gets disseminated to point of care and also people can have access to a complete patient's drug records, so the prescriber actually knows what the patient is on.

Senator Seidman: I was going to get to the knowledge-translation aspect of it, and I really appreciate that you have already touched on it. Perhaps you could expound on that just a bit.

Dr. Peterson, I would also like to exploit your pediatric background and ask you about the off-label use and the issues that you referred to about the use of drugs in children. I would appreciate that.

Dr. Peterson: Let me address off-label use as a more general issue. With the limited information that comes from clinical trials, a new product on the market often will be prescribed outside of what its official label is.

There has always been a concern that if there was firm regulatory action to close the door on that, it would be quite an intrusion between a physician, a pharmacist and the patient in attempting to find the best therapeutic solution for that patient.

There has also been this undercurrent that so many drugs are prescribed off-label to children. As a pediatrician, I began my professional life working in neonatal intensive care. I did not write any prescriptions for medicines that were on-label. There were not any. This was the state of affairs at that time.

We have seen a good deal of activity to allow for the evidence to be developed, supplied, and submitted to regulatory agencies in the United States and elsewhere.

Part of the concern with shutting down off-label use in the past has been that you would, as an unfortunate consequence, close off prescribing in pediatrics.

That is no longer a concern on my part. The United States passed the Paediatric Research Equity Act in 2003, which had the purpose of compelling manufacturers to submit evidence to the United States FDA if that medicine would be used on children.

La première requête visant les huit bases de données administratives est maintenant en ligne. Nous en avons les résultats. Nous prenons grand soin d'intégrer cela à un processus de transposition de connaissances tel que cela pourra réellement être utile.

M. Poston : Brièvement, je pense que votre question souligne également la nécessité d'un investissement continu dans le développement des télédossiers médicaux intégrés et des SIM provinciaux, afin que les preuves constituées par le Dr Peterson et son équipe puissent être disséminées aux points de service et que les intervenants puissent accéder au dossier complet du patient, de telle sorte que le prescripteur sache exactement quels médicaments le patient prend.

Le sénateur Seidman : J'allais justement aborder l'aspect transposition du savoir, et je vous suis très reconnaissant d'en avoir dit quelques mots. Vous pourriez peut-être nous en entretenir un petit peu plus.

Docteur Peterson, j'aimerais également tirer profit de vos antécédents en pédiatrie et vous interroger au sujet de l'utilisation non indiquée sur l'étiquette et des questions que vous avez soulevées relativement à l'utilisation de médicaments chez les enfants. Je vous saurais gré de nous éclairer davantage en la matière.

Dr Peterson : Permettez que j'aborde la question de l'utilisation non indiquée sur l'étiquette dans un contexte plus général. Étant donné l'information limitée fournie par les essais cliniques, un nouveau produit sur le marché sera souvent prescrit pour un usage autre que ce qui est indiqué sur l'étiquette officielle.

Le souci a toujours été que s'il y avait un mécanisme réglementaire rigide fermant la porte à cela, ce serait une intrusion entre le médecin, le pharmacien et le patient dans la recherche de la meilleure solution thérapeutique pour le patient.

Il y a également eu ce courant sous-jacent de prescription de médicaments pour des enfants pour des utilisations autres que celles indiquées sur l'étiquette. En tant que pédiatre, j'ai débuté ma vie professionnelle dans une unité néonatale de soins intensifs. Je n'établissais jamais d'ordonnance de médicaments pour une utilisation indiquée sur l'étiquette. Cela n'existait pas. C'en était ainsi à l'époque.

Nous avons relevé beaucoup d'activité en vue de l'établissement, de la compilation et du dépôt de preuves auprès des organes de réglementation aux États-Unis et ailleurs.

Une partie du problème est que si l'on avait par le passé interdit les utilisations non indiquées sur l'étiquette, l'une des conséquences malheureuses aurait été l'impossibilité de prescrire des médicaments en pédiatrie.

Cela ne m'inquiète plus. Les États-Unis ont, en 2003, adopté la Paediatric Research Equity Act, dans le but d'obliger les fabricants à déposer des preuves auprès de la FDA américaine en vue de l'utilisation du médicament par des enfants.

At the same time, the act provides six months of market extension beyond the medicine's patent time in order for the product to continue as a monopoly. They prevent a generic product from coming on to the market. There is both a carrot and a stick, the stick being producing the evidence and the carrot being reaping some fairly substantive revenues as a consequence of this.

The United States passed that as an act. The European Parliament passed it in regulation.

We have come very close to that. We have already created the carrot because, in 2006, Canadian drug regulations were amended to provide an additional six months of data protection, the other intellectual property scheme that allows for generic products to come on to, or not come on to, the market. In 2006, Canada provided that benefit to pharmaceutical manufacturers. If you supply the information required to extend the label of your new medicine to the pediatric population, where it can effectively be used, you will achieve an additional six months in which the generic companies cannot come on to the market.

We have seen very little action in response to that on a voluntary basis. We can address off-label use in pediatrics, to a very large extent, by looking at having an equivalent either in regulation or in an act analogous to the Pediatric Research Equity Act in the U.S.

Off-label use beyond that still becomes burdensome because there are many special populations that we are addressing. We are addressing Aboriginal peoples, seniors, and women, who are frequently under-represented in clinical trials. It depends upon how narrowly you define off-label use, but I believe that when it is inappropriate utilization it does not matter whether it is on or off-label. The primary goal is appropriate utilization.

If it is appropriate off-label use, as has been the case in paediatrics for a very long period of time, that may be the reality of what you have to deal with. It is not necessary today, in Canada, to have that be the reality, and we can remedy that.

Senator Braley: I enjoyed listening to the presentations. I am a little bit confused and I am probably going to confuse you a little bit.

As part of the 10-year plan, this National Pharmaceuticals Strategy was put in place to improve drug approval, evaluate the real-world effectiveness of drug safety, catastrophic drugs, et cetera.

I read all of your reports. I have gone over them carefully. I went to the marketplace and got other reports, like the Fraser Institute, which says access denied. It says delayed and denied, and it refers to Health Canada's performance as "worse than." We have to do an evaluation of the health accord at this point. It

En même temps, la loi prévoit une prolongation de six mois de la durée de protection des données en vertu du brevet du médicament, afin que celui-ci puisse continuer de jouir d'un monopole sur le marché. C'est ainsi que la loi empêche qu'un produit générique ne vienne sur le marché. Cela sert à la fois de carotte et de bâton, le bâton étant la production de preuves et la carotte étant l'enregistrement de revenus conséquents.

Les États-Unis ont adopté ces mesures dans le cadre d'une loi. Le Parlement européen les a adoptées sous forme de règlement.

Nous sommes presque là. Nous avons déjà créé la carotte car, en 2006, les règlements canadiens en matière de drogues ont été modifiés pour prévoir une protection de données supplémentaire de six mois, ce qui constitue l'autre régime de protection de la propriété intellectuelle qui autorise ou non l'entrée sur le marché de produits génériques. En 2006, le Canada a consenti cet avantage aux compagnies pharmaceutiques. Si vous fournissez l'information requise pour élargir les utilisations indiquées sur l'étiquette de votre nouveau médicament pour inclure les enfants, alors on vous accordera une rallonge de six mois pendant lesquels les fabricants de produits génériques ne pourront pas entrer sur ce marché.

Nous avons relevé très peu d'intérêt pour cela de manière volontaire. Nous pourrions dans une très large mesure régler la question des utilisations non indiquées sur l'étiquette en pédiatrie en adoptant, sous forme de règlement ou de loi, un texte analogue à celui de la Pediatric Research Equity Act aux États-Unis.

Réglementer au-delà de cela l'utilisation non indiquée sur l'étiquette devient lourd du fait des nombreux segments spéciaux de la population qui existent. Je songe aux peuples autochtones, aux aînés et aux femmes, qui sont souvent sous-représentés dans les essais cliniques. Tout dépend de la mesure dans laquelle vous définissez strictement l'utilisation non indiquée sur l'étiquette, mais je pense que, lorsque l'utilisation n'est pas appropriée, peu importe qu'elle soit ou non inscrite sur l'étiquette. Le principal objectif est d'assurer une utilisation appropriée.

S'il s'agit d'une utilisation non indiquée sur l'étiquette qui est appropriée, comme c'est le cas depuis fort longtemps en pédiatrie, alors c'est peut-être la réalité avec laquelle il faudra composer. Il n'est pas nécessaire aujourd'hui, au Canada, que ce soit là la réalité, et nous pouvons y remédier.

Le sénateur Braley : J'ai aimé vos exposés. Je suis quelque peu confus et je vais sans doute semer aussi un peu de confusion chez vous.

Dans le cadre du plan décennal, la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques a été instaurée en vue d'améliorer l'homologation des médicaments, d'évaluer l'innocuité et l'efficacité des médicaments dans le monde réel, d'examiner les médicaments onéreux, et cetera.

J'ai lu tous vos rapports. Je les ai examinés attentivement. Je me suis tourné vers le marché et ai obtenu d'autres rapports, comme celui du Fraser Institute, qui parle d'accès refusé. Il parle d'accès retardé et refusé, et il dit du rendement de Santé Canada qu'il est « pire que ». Il nous faut à ce stade-ci faire une évaluation

says that our health performance was worse than in Europe for all four years. Canada's health performance was worse than that of America's FDA for five of the last six years. I do not know whether these numbers are right or not, but every report I read gives me different pieces of information to deal with. We have to do an evaluation. Maybe you all have to write a report to us on the evaluating, and various things, that have to happen.

I read the Health Council of Canada's report. It says, "Although some provinces have enhanced coverage for those unable to afford medications due to low incomes or high drug costs, the creation of a national coordination plan is stalled. This has left a patchwork of public plans." They are saying that we have started and we are not going anywhere.

The evaluation of where we have got to, as compared to where we might have been, ties together with the customer's need to be serviced. The person who is sick needs to have the right thing recommended.

Where is the change made? Who is in charge? Is there someone in charge with regard to the national strategy? I am asking very stupid questions because I do not know.

I want to make a comment about insurance companies. Insurance companies pay claims, even though the claim is not justified, because they want to sell their life insurance here. At our company, reserves were 40 to 50 per cent on top of the amount paid out, plus the 20 per cent for doing this. We self insured and saved 50 per cent, with millions of dollars of saving to the company, by paying the claims ourselves and putting on a high cap. Insurance companies have a different agenda besides coverage. They also have the agenda of making sure they sell their other products. That sometimes interferes, but that is a minor issue. How do we evaluate this as to what has been done and what was supposed to have been done how far along in the process? Are we doing it slower and worse than the other countries, or are we competitive? They could have a weak system where the drug is no good, and, at the same time, they could be doing something better than us.

The Chair: You could spend a lot of time on this answer. I will urge you to focus your answers and, if not, I will have to terminate the total reply before we get the full answer.

Ms. Hoffman: I am happy to start, and I will be brief. It is a question of evaluating what happened on each of the nine elements in the strategy. I think there has been some evidence today that there was quite a bit of progress on many of them but not on all.

de l'accord sur les soins de santé. Le Fraser Institute dit que notre rendement sur le plan des soins de santé a été pire que celui de l'Europe pour les quatre années concernées. Le rendement du Canada sur le plan des soins de santé a été pire que celui de la FDA américaine pour cinq des six dernières années. J'ignore si ces données sont justes ou non, mais chaque rapport que je lis me donne des éléments d'information différents. Il nous faut faire une évaluation. Peut-être qu'il faudrait que chacun d'entre vous rédige pour nous un rapport au sujet du travail d'évaluation et autre qui devrait être effectué.

J'ai lu le rapport du Conseil canadien de la santé. On y lit ceci : « Bien que certaines provinces aient élargi la prise en charge des personnes qui n'ont pas les moyens de se procurer leurs médicaments en raison de leurs faibles revenus, ou à cause du prix élevé des médicaments, la création d'un régime national coordonné est dans l'impasse. Un ensemble cloisonné de régimes publics d'assurance-médicaments est maintenant en place, qui présente des inégalités d'accès. » Le rapport dit nous sommes lancés, mais que nous ne débouchons nulle part.

L'évaluation de là où nous en sommes, comparativement à là où nous en étions peut-être, s'entrecroise avec la nécessité pour le consommateur d'être servi. La personne qui est malade doit se faire recommander la bonne thérapie.

Où s'opère le changement? Qui est responsable? Y a-t-il quelqu'un qui est responsable de la stratégie nationale? Je pose des questions très stupides car je ne connais pas les réponses.

J'aimerais faire un commentaire au sujet des compagnies d'assurances. Les compagnies d'assurances remboursent des réclamations, même lorsque celles-ci ne sont pas justifiées, car elles veulent vendre leurs assurances-vie. Chez notre compagnie d'assurance, les réserves étaient de 40 à 50 p. 100 en sus des montants versés, plus les 20 p. 100 pour le service. Nous nous sommes auto-assurés et avons économisé 50 p. 100, la compagnie réalisant des millions de dollars d'économies, du fait d'avoir payé les réclamations nous-mêmes et d'avoir imposé un plafond élevé. Les compagnies d'assurances n'ont pas pour seul objet d'offrir une couverture. Elles ont également pour objet de veiller à vendre leurs autres produits. Il y a parfois interférence, mais c'est là un problème mineur. Comment faire l'évaluation de ce qui a été fait par opposition à ce qui était censé être fait, et à quel moment dans le processus? Intervenons-nous plus lentement ou moins bien que les autres pays, ou bien sommes-nous concurrentiels? Certains pays ont peut-être un système faible dans les cas où les médicaments ne sont pas bons et, en même temps, il se pourrait qu'ils fassent d'autres choses mieux que nous.

Le président : Vous pourriez passer beaucoup de temps à répondre. Je vous encouragerai à bien cibler vos réponses sans quoi il me faudra vous interrompre avant que vous n'ayez terminé.

Mme Hoffman : Je me ferai un plaisir de commencer, et je serai brève. La question est celle d'évaluer ce qui s'est passé dans le cas des neuf éléments de la stratégie. Je pense qu'il a été expliqué aujourd'hui qu'il y a eu des progrès conséquents dans le cas de plusieurs des éléments, mais pas tous.

However, the other way of evaluating is to assess against what many people anticipated might happen as a result of the National Pharmaceuticals Strategy, which is that there would be tremendous improvements in both the efficiency of drug plans and the coverage for virtually all Canadians.

That was not what the strategy actually committed to, but if that is the aspiration assumed then you come to a different conclusion. You have to decide what it is that you want to evaluate — the individual elements or the state of pharmaceutical coverage and affordability in the country.

Bear in mind that that was the overall provision of access for all Canadians. Of course, it is a general aspiration for health system managers, but it was not actually the outcome that was associated with the strategy in a direct way.

Mr. Poston: Your question points to the complexity of the issue. Correct me if I am wrong, but I think the OECD data shows that we are third or fourth in the world in terms of per capita expenditure of pharmaceuticals. I certainly think that we could be getting better value for money for that.

Part of what we need to do is shift the focus away from price and cost to utilization and make it more appropriate. To do that we have to promote collaboration between provincial and federal governments and leverage what comes out of agencies like CADATH, DSEN and CIHR. The investments that we make in those sorts of agencies are perhaps one of the solutions to building a better system.

Senator Braley: Everything is being done in pieces. Who is in charge?

Mr. Morgan: The answer to that question is the same as my answer to the question before about how we compare to the rest of the world on pharmaceuticals.

The Canadian regime and the jurisdictional divide in this country on health and regulation is one of the unique challenges that we face. It is not easily overcome. As per my introductory comments today, it takes real skin in the game by the federal government. The NPS was an ambitious idea and the right direction, but it required more investment in terms of the secretariat and in real money to help coordinate and drive certain policies forward.

You cannot buy a lot of change with goodwill alone. We need a significant concerted investment.

Cependant, l'autre façon d'évaluer est de faire une comparaison par rapport à ce que nombre de personnes avaient compté voir découler de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, soit des améliorations en ce qui concerne l'efficacité des régimes d'assurance-médicaments et la couverture de la quasi-totalité des Canadiens.

Là n'a pas été l'engagement pris dans le cadre de la stratégie, mais si c'était là le résultat souhaité, alors on aboutit à une conclusion différente. Il importe de décider ce que vous voulez évaluer : les différents éléments ou bien l'état général de la couverture et de l'abordabilité de l'assurance-médicaments au pays.

N'oubliez pas que la vision d'ensemble était celle d'un accès pour tous les Canadiens. Bien sûr, c'est là une aspiration générale des gestionnaires des systèmes de soins de santé, mais cela n'avait pas été établi comme devant être un résultat direct de la stratégie.

M. Poston : Votre question fait ressortir la complexité du propos. Vous me corrigerez si j'ai tort, mais je pense que les données de l'OCDE montrent que nous nous classons au troisième ou quatrième rang mondial pour ce qui est des dépenses au titre de produits pharmaceutiques par tête d'habitant. Je suis convaincu que nous pourrions obtenir en la matière une meilleure optimisation des ressources.

Nous devons, entre autres, détourner l'attention des questions de prix et de coûts pour nous attarder davantage sur l'utilisation, et veiller à ce que celle-ci soit plus appropriée. Pour ce faire, il nous faut promouvoir la collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux et utiliser comme effet de levier le travail effectué par l'ACMTS, le RIEM et les IRSC. Les investissements que nous faisons dans ces types d'agences sont peut-être l'une des solutions en vue de l'établissement d'un meilleur système.

Le sénateur Braley : Tout le travail est morcelé. Qui est aux commandes?

M. Morgan : La réponse à cette question est la même que celle que j'ai donnée en réponse à la question antérieure, visant à savoir comment nous nous comparons au reste du monde en matière de produits pharmaceutiques.

Le régime canadien et la ligne de séparation des compétences qui existe dans ce pays en matière de santé et de réglementation constituent l'un des défis uniques auxquels nous nous trouvons confrontés. Ce défi n'est pas facile à surmonter. Comme je l'ai dit dans mes remarques liminaires, la situation exige que le gouvernement fédéral s'engage réellement dans le match. La SNPP a été une idée ambitieuse dans le bon sens, mais cette stratégie requiert davantage d'investissements en services de secrétariat et en argent en vue de coordonner et de faire avancer certaines politiques.

L'on ne peut pas acheter beaucoup de changement avec la seule bonne volonté. Il nous faut un investissement concerté considérable.

The Chair: I have two more senators on the list, and I will try to give them an opportunity to ask their questions. I will ask those on the second round to put their questions on the record and the witnesses to respond in writing subsequently.

Furthermore, if anything has arisen today on which you can supply additional information or if you would like to elaborate on any answers you gave, we urge you to do so. The clerk will be in touch with you in that regard.

Senator Demers: We talked about shortage of medication earlier. The population is aging very quickly. More and more people are struggling financially due to the poor economy.

Do we have a plan for the aging of the population? We will need more and more. There is more stress than ever. Some baby boomers have lived a very stressful life. If we are short now, what will happen in five or ten years?

Mr. Poston: We are hoping that the shortages will be relatively short term. We have had cycles of shortages before. The current situation is due to a range of global and environmental factors, and I think it will resolve itself. However, ensuring access for the elderly and also appropriate use of drugs by the elderly is a major issue. Just as the pediatric population that Dr. Peterson spoke about is critically important, improving care for the senior population is also critical. They are also at high risk from drug therapy. As policies develop, there needs to be focus on the elderly population.

Dr. Peterson: I believe that the solution is in the area of appropriate informed choices. We need to have the comparisons that allow for those informed choices to be made. Then again, there needs to be a public acceptance of more difficult choices than have been made in the past.

I can give a brief example. There was recently a review of the use of blood glucose test strips in Type 2 diabetes in adults, the most common form of diabetes in adults. The evidence that has come from the Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health has demonstrated that we could save at least \$500 million a year by reducing the current utilization of glucose blood test strips in Type 2 diabetes without any change whatsoever in the outcome of that condition.

That was published and the provinces knew about it. To my knowledge and understanding, one province implemented a reduction of the use of those, and they were able to maintain that policy for about 48 hours before it was withdrawn. There was too much pressure because of the way these strips had been used in the past and the fact that people thought they needed to use them.

Le président : J'ai encore deux sénateurs sur la liste, et je vais m'efforcer de leur donner l'occasion de poser leurs questions. Je vais demander aux membres du comité qui se sont fait inscrire pour un deuxième tour de poser leurs questions aux fins du compte rendu, mais j'inviterai les témoins à y répondre par écrit ultérieurement.

D'autre part, s'il est survenu aujourd'hui des questions au sujet desquelles vous pourriez fournir des informations supplémentaires ou pour lesquelles vous souhaiteriez étoffer les réponses que vous avez fournies, n'hésitez surtout pas. Le greffier communiquera avec vous à cet égard.

Le sénateur Demers : Nous avons discuté plus tôt de pénuries de médicaments. La population vieillit très rapidement. Les gens sont de plus en plus nombreux à être aux prises avec des difficultés financières du fait de la mauvaise conjoncture économique.

Avons-nous un plan adapté au vieillissement de la population? Les besoins ne cessent d'augmenter. Les gens sont plus stressés que jamais auparavant. Il est des membres de la génération du baby-boom qui ont vécu des vies très stressantes. Si nous sommes déjà à court aujourd'hui, que va-t-il se passer d'ici cinq ou 10 ans?

M. Poston : Nous espérons que les pénuries seront relativement à court terme. Nous avons par le passé vécu des cycles de pénuries. La situation actuelle est attribuable à un éventail de facteurs mondiaux et environnementaux, et je pense qu'elle se règlera d'elle-même. Cependant, assurer aux personnes âgées accès aux médicaments et leur bon usage de ceux-ci est un grand sujet de préoccupation. Tout comme la clientèle pédiatrique dont le Dr Peterson a parlé est extrêmement importante, l'amélioration des soins pour la population âgée l'est aussi. Ces personnes sont également exposées à de très grands risques du fait de la pharmacothérapie. Au fur et à mesure de l'élaboration de politiques, il importe que l'on se concentre sur les aînés.

Dr Peterson : J'estime que la solution réside dans la pratique de choix éclairés appropriés. Il nous faut disposer des comparaisons qui nous permettront de faire ces choix éclairés. Et, ici encore, il importe qu'il y ait acceptation publique de choix plus difficiles que ceux faits par le passé.

Je peux vous donner un bref exemple. Il y a récemment eu un examen de l'utilisation des bandes réactives pour glycémie pour le diabète de type 2 chez des adultes, la forme la plus courante de diabète chez les adultes. Le travail effectué par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé a démontré que nous pourrions économiser au moins 500 millions de dollars par an en réduisant l'utilisation de bandes réactives pour glycémie pour les cas de diabète de type 2, sans que cela n'ait la moindre incidence sur l'évolution de la maladie.

Ces résultats ont été publiés et les provinces étaient au courant. À ma connaissance, une province a instauré une réduction de l'utilisation de ces bandes réactives, et a réussi à maintenir cette politique pendant environ 48 heures avant qu'elle ne soit retirée. Les pressions exercées ont été trop grandes compte tenu de la façon dont ces bandes avaient été utilisées par le passé et du fait que les gens pensaient en avoir besoin.

Dissemination of what is appropriate utilization is critical for us. Health care will cost more in the future. However, we have a rich resource right now that we are expending in our health care system, and we can make better choices in the future.

Senator Martin: Ms. Hoffman continues to refer to the original nine elements in the NPS. It is important for everyone to remember that. Over 10 years it is easy to include more and more elements because it is so interconnected. Focus is important.

In this study we are reviewing the health accord with a view to making recommendations to the minister, so it would be helpful if you could continue to focus on that in your responses to our questions.

Number 6 in the NPS is enhanced action to influence the prescribing behaviour of health care professionals so that drugs are used only when needed and the right drug is used for the right problem. That is one of the key issues. I have seen over-prescription rather than a lack of prescription.

Pharmacists play a central role in prescribing medication. We have heard other health professionals talk about the importance of integration and using that profession to improve access to drugs and services as well as to have more contact with the public they are serving.

Mr. Poston, could you speak to how we can better integrate pharmacists and what we can do to improve their contribution to the overall system?

Mr. Poston: We have seen some important changes. Provincial governments have passed legislation that has dramatically expanded the scope of practice of pharmacists. That has been an important first step. As I said, in a number of provinces pharmacists have some degree of prescriptive authority. They can actually prescribe drugs and make changes to drug therapy. That has enabled them to play an important role in making prescriptions much more appropriate for the patient, because therapy has to be tailored to the individual. There is often a requirement that it be done within a collaborative practice model with information sharing between the pharmacist and prescriber. The legislation is there.

However, payment for some of these new practice models has not necessarily followed the legislation. The finances are not in place to support their development. A number of provinces have done that. In fact, British Columbia has made some important progress in the area of funding new services by pharmacists to improve drug therapy, and it is currently being looked at.

Il est essentiel de diffuser des renseignements quant à ce qui constitue selon nous une utilisation appropriée. Les soins de santé coûteront plus cher à l'avenir. Cependant, nous disposons à l'heure actuelle d'une riche ressource que nous dépensons dans le cadre de notre régime de soins de santé, et nous pourrions faire des choix meilleurs à l'avenir.

Le sénateur Martin : Mme Hoffman ne cesse de revenir aux neuf éléments originaux de la SNPP. Il est important que chacun les garde bien en tête. Il est facile, sur 10 ans, d'inclure de plus en plus d'éléments, du fait que tout soit si interrelié. Il importe de maintenir le cap.

Dans le cadre de notre étude, nous examinons l'accord sur les soins de santé en vue de faire des recommandations au ministre, et il serait donc utile que vous gardiez cela en tête dans le cadre de vos réponses à nos questions.

Le secteur n° 6 dans la SNPP est d'intensifier l'intervention pour influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé de sorte que les médicaments soient utilisés uniquement lorsque le besoin est réel et que le médicament convienne bien au problème. C'est là l'un des éléments clés. J'ai constaté une surprescription plutôt qu'une sous-prescription.

Les pharmaciens jouent un rôle essentiel dans la prescription de médicaments. Nous avons entendu d'autres professionnels des soins de santé parler de l'importance de l'intégration et du recours aux pharmaciens pour améliorer l'accès aux médicaments et aux services, ainsi que pour assurer un contact plus étroit avec le public ainsi desservi.

Monsieur Poston, pourriez-vous nous dire comment nous pourrions mieux intégrer les pharmaciens et ce que nous pourrions faire pour améliorer leur contribution au système dans son ensemble?

M. Poston : Nous avons constaté un certain nombre de changements importants. Des gouvernements provinciaux ont adopté des lois qui ont de beaucoup élargi le champ d'activité des pharmaciens. Cela a été un important premier pas. Comme je l'ai dit, dans plusieurs provinces, les pharmaciens ont un certain pouvoir prescriptif. Ils peuvent en fait prescrire des médicaments et modifier la pharmacothérapie. C'est ainsi qu'ils peuvent jouer un rôle important en mieux adaptant les ordonnances au patient, car une thérapie doit être adaptée à l'individu. Il y a souvent en place une exigence que cela soit fait dans le contexte d'un modèle de cabinet coopératif, l'information étant échangée entre le pharmacien et le prescripteur. La loi est là.

Cependant, le paiement pour certains de ces nouveaux modèles d'exercice n'a pas forcément suivi la loi. Les finances ne sont pas en place pour appuyer leur développement. Un certain nombre de provinces ont fait ce virage. De fait, la Colombie-Britannique a marqué d'importants progrès en matière de financement de nouveaux services offerts par les pharmaciens pour améliorer la pharmacothérapie, et cela est en train d'être examiné.

I think there is potential. I think we will see hopefully continued development in that. Certainly there is growing evidence in the published literature that supports the development of the role of the community pharmacist in particular. I think the role is well established in hospital, but we are looking to development in the community. We have a national strategic action plan for the profession called the Blueprint for Pharmacy that is supporting change within the profession. Together with the legislative change, funding of new practice models and the support that we are providing to pharmacists, we hope we will see that realization.

Mr. Morgan: One of the best ways to utilize pharmacists in improving the quality of prescribing in the country is to move them out of the dispensary area and into the primary care centres. Multidisciplinary primary health care teams would go a long way if the pharmacists were included in that because what you want to do is make sure that the original prescription is right in the first instance. Often, almost exclusively, is the prescription written by a physician these days, but it would be a real advantage if it was written by a practitioner in a multidisciplinary team.

The other thing that goes a long way towards advancing and improving the quality of prescribing in this country is information both for patients — I do not think we have enough dialogue and enough sources of unbiased information about medicines and their appropriate use for patients — and information for practitioners and physicians, in particular, at the point of clinical encounter. This comes down to simple innovations such as the work being done in Montreal with McGill University's Moxxi Project, which is the medical office for the 21st century, where physicians are given tablet-based prescribing assistance devices that provide evidence and patient records that allow them to make better choices. That kind of thing would go a long way in Canada.

Senator Martin: Can I ask one question regarding moving pharmacists from the dispensary role to the primary care delivery realm? Is that something that could be done easily with an agreement? The pharmacies are there right by the hospitals. I know they are there in proximity. How would we move towards that? Is it very complex? Have the stakeholders come to the table to look at such models?

Mr. Morgan: There are models, interdisciplinary primary health care teams that include pharmacists, in Canadian provinces, including Ontario, and there are models around the world. There will always be a role for professional interaction at the point of the dispensary. If you want to get prescribing right, you need to think about pharmacists who are very well educated in medicines being more a part of the team at the primary health care clinic before the patient ends up at the dispensary to fill the prescription.

Je pense qu'il existe un certain potentiel. Je crois et j'espère que nous verrons le travail se poursuivre en ce sens. Il existe une masse croissante de documentation appuyant le développement tout particulier du rôle du pharmacien communautaire. Je pense que ce rôle est bien établi en milieu hospitalier, mais nous en envisageons le développement au niveau communautaire. Nous avons un plan d'action stratégique national pour la profession, appelé Plan directeur pour la pharmacie, qui appuie l'évolution au sein de la profession. Nous espérons ainsi voir cela se réaliser, en sus du changement législatif, du financement de nouveaux modèles de pratique et de l'appui que nous assurons aux pharmaciens.

M. Morgan : L'une des meilleures façons de faire participer les pharmaciens à l'amélioration de la qualité de la prescription dans ce pays est de les sortir du secteur dispensatoire pour les verser dans les centres de soins primaires. Des équipes de soins de santé primaires multidisciplinaires contribueraient beaucoup si des pharmaciens y étaient inclus, car ce que vous voulez faire c'est veiller à ce que l'ordonnance originale soit dès le départ la bonne. Souvent, et presque tout le temps d'ailleurs, l'ordonnance est de nos jours rédigée par un médecin, mais il serait très avantageux que les ordonnances soient établies par un praticien dans une équipe multidisciplinaire.

L'autre élément qui contribue beaucoup à faire avancer et s'améliorer la qualité de la prescription dans ce pays c'est l'information pour les patients — je ne pense pas qu'il y ait suffisamment de dialogue, ni suffisamment de sources d'information objective au sujet des médicaments et de leur utilisation appropriée pour les patients — et l'information pour les praticiens et les médecins, tout particulièrement au point de rencontre en milieu clinique. C'est ici qu'interviennent de simples innovations comme le travail en cours à Montréal dans le cadre du projet Moxxi à l'Université McGill, projet qui porte sur le bureau médical pour le XXI^e siècle, où les médecins se voient fournir sur tablette des aides à la prescription ainsi que les dossiers des patients, ce qui leur permet de faire de meilleurs choix. Ce genre de chose permettrait de faire beaucoup de chemin au Canada.

Le sénateur Martin : Puis-je poser une question au sujet de l'idée de faire basculer les pharmaciens d'un rôle d'exécution d'ordonnance à un rôle dans la prestation de soins de première ligne? Est-ce une chose qui pourrait être réalisée aisément dans le cadre d'une entente? Les pharmacies se trouvent tout à côté des hôpitaux. Je sais que les deux sont proches. Comment amorcerions-nous un tel virage? Serait-ce complexe? Les différents intervenants se sont-ils assis autour d'une table pour examiner de tels modèles?

M. Morgan : Il existe des modèles, des équipes interdisciplinaires de soins primaires incluant des pharmaciens dans certaines provinces canadiennes, dont l'Ontario, et il existe des modèles ailleurs dans le monde. Il y aura toujours une place pour l'interaction professionnelle au niveau du dispensaire. Si vous voulez que l'exécution des ordonnances se fasse bien, il vous faut, au sein de l'équipe de la clinique de soins de santé primaires, des pharmaciens disposant d'une très bonne connaissance des médicaments, ce avant que le patient ne se présente au dispensaire pour faire remplir son ordonnance.

Mr. Poston: We have seen a number in Alberta, British Columbia and Ontario. It is where we have seen innovative funding in relation to primary care — family health teams in Ontario, for example. In many of those situations, pharmacists have been funded to be part of primary health care teams, and that has been successful. In the absence of those models, I come back to the integrated electronic health record. The sharing of information across the continuum of care will be a critical factor in the future.

The Chair: I have a question, but I will ask my colleagues who wanted on a second round to get their questions on the record so they can be responded to. Starting with Senator Eggleton and Senator Merchant, if you can focus your questions directly, we will ask the witnesses to follow up, and the clerk will follow up with you in writing so you do not have to get it all down.

Senator Eggleton: Ms. Hoffman, about two of the elements of the nine elements, on the purchasing strategy, you talked about the provinces getting together a pan-Canadian purchasing alliance, province and territories. What about the federal government? Will we be part of that? Aside from the fact that we transfer money to the provinces, we are also a provider for Aboriginals and others, et cetera. I would like to know that we will be a part of that and helping to keep the costs down by doing that. On the question of e-prescribing, we put money into the Health Infoway for electronic medical records. Are we using any of that to, in fact, advance e-prescribing? I think that would be a major — I will get rid of the editorial comments.

To the other three, a lot of money was put on the table when the health accord was created in 2004. Most of it was transfers to the provinces, but some of it was earmarked for specific things. I just mentioned one of them — Health Infoway. There were wait times and other things as well. If there is another accord, presumably money will be put on the table. In fact, the federal government announced that it will keep on the 6 per cent escalator. I am not clear how long that will be. If there is going to be an accord in 2014, they will presumably put money on the table. Some of that again could be specifically earmarked. If that is the case, what do you think earmarked money should go for in terms of further developing this national pharmaceutical strategy?

Senator Merchant: Thank you for your presentations. If there is a clear vision as to what a pan-Canadian model for pharmacare should be, and in view of the fact that the pharmaceutical policies are rooted in both federal and provincial jurisdictions, I wondered if you might be able to tell us what is the single most important

M. Poston : Nous avons vu plusieurs de ces modèles en Alberta, en Colombie-Britannique et en Ontario. C'est là où nous avons vu des formules de financement novatrices en matière de services de soins de première ligne — des équipes de santé de la famille en Ontario, par exemple. Dans nombre de ces situations, les pharmaciens ont bénéficié d'un financement en vue d'intégrer des équipes de soins de santé primaires, et cela a réussi. En l'absence de tels modèles, je reviens aux dossiers de santé électroniques intégrés. L'échange d'information d'un bout à l'autre du continuum de soins sera un élément essentiel à l'avenir.

Le président : J'ai une question, mais je vais inviter mes collègues désireux d'avoir un deuxième tour à poser leurs questions, afin que l'on puisse y répondre. À commencer par le sénateur Eggleton et le sénateur Merchant, si vous pouviez bien cibler vos questions, nous demanderons aux témoins de faire le suivi, et le greffier vous reviendra par écrit afin que vous n'ayez pas à tout noter sur papier.

Le sénateur Eggleton : Madame Hoffman, relativement à deux des neuf éléments, relativement à la stratégie d'achat, vous avez parlé de l'idée que les provinces et les territoires se réunissent dans le cadre d'une alliance d'achat pancanadienne. Qu'en est-il du gouvernement fédéral? En ferions-nous partie? En dehors du fait que nous transférons de l'argent aux provinces, nous sommes également un fournisseur pour les Autochtones et d'autres, et cetera. J'aimerais avoir la certitude que nous ferions partie d'une telle alliance et que nous favoriserions, ce faisant, la limitation des coûts. Quant à la question de la prescription électronique, nous avons investi de l'argent dans l'Inforoute Santé pour les télé dossiers de santé. Sommes-nous en train d'utiliser une partie de cela pour faire avancer, en définitive, la prescription électronique? Je pense que ce serait énorme... Je vais m'abstenir d'émettre des opinions.

M'adressant maintenant aux trois autres témoins, beaucoup d'argent a été mis sur la table lors de l'établissement de l'accord sur les soins de santé en 2004. Le gros de l'argent correspondait à des transferts aux provinces, mais certains montants étaient réservés à des rubriques bien particulières. Je viens d'en citer une — l'Inforoute Santé. Il y avait les temps d'attente et d'autres choses encore. Si un nouvel accord est conclu, il faut présumer que de l'argent sera mis sur la table. Le gouvernement fédéral a d'ailleurs annoncé qu'il va maintenir la clause d'indexation mobile de 6 p. 100. J'ignore pendant combien de temps. S'il va y avoir un accord en 2014, le gouvernement va vraisemblablement mettre de l'argent sur la table. Une partie de cet argent pourrait, encore une fois, être réservé à des fins précises. Si tel est le cas, à quoi devraient être affectés les fonds réservés aux fins de l'élaboration de cette Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques?

Le sénateur Merchant : Merci de vos déclarations. S'il y a une vision claire quant à ce à quoi devrait ressembler un modèle pancanadien pour l'assurance-médicaments, et, compte tenu du fait que les politiques en matière de produits pharmaceutiques relèvent de la compétence du gouvernement fédéral et des provinces,

and viable tool at the disposal of the national government to promote, achieve and enforce a pan-Canadian regime in pharmaceutical services.

The Chair: I am just going to ask my question as well. I will take a minute or two to preface it. Dr. Peterson, you covered a number of really important areas in your presentation that are fundamental in terms of ultimately giving better care to the patient, but also, without finding better strategies, they are currently responsible for huge costs to health care — the issue of adverse drug reactions, the multiple prescription issues, the off-label issues, the impact on a non-representative population or the subsets of the population, shall we say, with regard to adverse reactions. Obviously, information is a very important part of that, including electronic records and so on.

Could you follow up this meeting with a little bit of your thoughts on the issues around electronic prescriptions? We know it is not as simple as just having doctors write prescriptions electronically as opposed to by hand. The evidence does not suggest that makes a lot of difference. The more important thing is the record itself and what are the drugs that are in the patient's mix and the number of those drugs.

Dr. Poston, I would like to come to you with regard to the same issue of information and records. During the H1N1 pandemic review that we held, we heard from the pharmacists' association that there was a feeling that you could be of much greater help to us in alerting us to trends in disease and so on. To be specific with H1N1, perhaps you knew quite early that there was a flu pandemic or flu situation emerging because of the number of prescriptions that you were seeing in certain areas, for example.

Could you give some thought to the kinds of things we have been talking about here today of how important electronic information is, and how the pharmacists, who are fairly well interconnected at least in some areas with regard to electronic records, might be able to play an even greater role with regard to moving this issue of electronic records forward? We know it is not because there has not been enough money spent on it. There has been way more than enough money to solve several electronic issues. There is also the problem of multiple systems that do not communicate with one another and all that kind of situation. Do not focus so much on what the problem is, but how could possibly the pharmacists, with the network they currently have and could have, contribute to getting us information on many of the issues that have arisen here that particularly Dr. Peterson spoke about, and Dr Morgan summarized them in different ways. Give us some innovative idea as to how you might be able to help in that regard.

pourriez-vous nous dire quel est l'outil le plus important et le plus viable à la disposition du gouvernement national aux fins de la promotion, de l'établissement et de l'application d'un régime pancanadien en matière de services pharmaceutiques?

Le président : Je vais moi aussi simplement poser ma question. Je vais m'accorder une minute ou deux pour donner le contexte. Docteur Peterson, vous avez, dans le cadre de votre déclaration, couvert un certain nombre de questions très importantes qui revêtent une importance fondamentale aux fins, en bout de ligne, d'assurer de meilleurs soins aux patients, mais qui, si l'on ne trouve pas de meilleures stratégies, sont responsables de coûts énormes en matière de soins de santé — la question des effets indésirables de médicaments, les questions d'ordonnances multiples, les questions relatives aux utilisations non indiquées sur l'étiquette de médicaments, l'incidence sur des sous-groupes ou sous-catégories de population non représentés, en ce qui concerne les réactions indésirables. Très clairement, l'information, y compris les télé dossiers de santé, est un élément très important dans tout cela.

Pourriez-vous assurer un suivi à cette rencontre en nous livrant vos idées au sujet des questions concernant la prescription électronique? Nous savons que l'établissement d'ordonnances par voie électronique n'est pas aussi simple pour les médecins que de le faire à la main. Les preuves dont nous disposons ne laissent pas entendre que cela change grand-chose. Ce qui compte le plus, c'est le dossier lui-même, c'est-à-dire les médicaments que consomme le patient et le nombre de ces médicaments.

Monsieur Poston, j'aimerais vous poser la même question relativement à l'information et aux dossiers. Dans le cadre de l'examen que nous avons fait de la pandémie de grippe H1N1, les représentants de l'association des pharmaciens nous ont dit juger que vous autres pharmaciens auriez pu nous être d'une bien plus grande aide, en nous avertissant des tendances relativement à la maladie, et cetera. Dans le cas particulier du virus H1N1, peut-être que vous avez su très tôt qu'il se dessinait une pandémie ou autre, du fait du nombre d'ordonnances enregistrées dans certaines régions, par exemple.

Pourriez-vous nous livrer quelque idée quant aux genres de choses dont nous avons discuté ici aujourd'hui, par exemple l'importance des dossiers électroniques, et la façon dont les pharmaciens, qui sont assez bien interreliés, dans certaines régions, sur le plan des télé dossiers de santé, pourraient peut-être jouer un rôle encore plus grand pour faire avancer tout ce dossier? Nous savons que si les choses n'ont pas autant progressé que nous l'aurions souhaité en la matière, ce n'est pas faute d'argent. L'on a largement assez dépensé d'argent en vue de résoudre plusieurs problèmes relatifs aux télé dossiers de santé. Je vous invite à ne pas trop vous concentrer sur ce qu'est le problème, mais à nous dire plutôt comment les pharmaciens, avec le réseau qu'ils ont déjà, et qu'ils pourraient avoir, pourraient peut-être contribuer pour nous livrer des données sur nombre des sujets qui ont été abordés ici, surtout par le Dr Peterson, mais que le Dr Morgan a résumés de manière différente. Trouvez-nous des idées novatrices quant à la façon dont nous pourrions peut-être vous aider en la matière.

Once again, today we have heard a tremendous amount of important insights into issues in response to my colleagues' questions to you following your initial presentations in an area that will be extremely important to us as we move forward. You have mentioned aspects of medical treatment already. If the patient psychology were different, if the public psychology were different, we could change things and save huge amounts of money already. We know where many of those are, such as the overmedication and the over-medical conception of us as citizens, that contribute significantly to the costs. On the other hand, there is the very real issue of treating patients appropriately with the appropriate medications. Dr. Peterson, you talked about the fact that there are, in fact, a number of different ways to deal with many situations.

You have been enormously helpful to us in following up on the issues that Ms. Hoffman has outlined to us that are the issues we have to deal with. Again, if thoughts strike you, those thoughts that occur to you after leaving here that you would like to get to us, we would most welcome them. Unless the issue is placed before us, we cannot deal with it. We are looking for innovative thoughts that might come forward to us.

I would like to thank you on behalf of my colleagues, and I thank my colleagues for their insightful questions.

(The committee adjourned.)

OTTAWA, Thursday, October 27, 2011

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:26 a.m. to examine the progress in implementing the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care.

Senator Kelvin Kenneth Ogilvie (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: We have a quorum, so I will call the meeting to order. Before I go to the full committee and our witnesses, I want to go over the agenda with my colleagues to remind them that we have two panels this morning. The first one is scheduled from 10:30 a.m. to 11:30 a.m. Is that agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Then we have a second panel from 11:30 a.m. to 12:30 p.m. Is that agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Thank you.

[*Translation*]

I wish to welcome you to the Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology.

Encore une fois, nous avons aujourd'hui entendu un grand nombre de réflexions probantes en réponse aux questions de mes collègues, suite à vos déclarations liminaires au sujet d'un domaine qui va revêtir une importance extrême dans nos travaux futurs. Nous avons déjà mentionné différents aspects des soins médicaux. Si la psychologie des patients était différente, si la psychologie du public était différente, nous pourrions changer les choses et réaliserions déjà des économies énormes. Nous savons où se situeraient nombre de ces économies, et je songe notamment à la surconsommation de médicaments, à cette médicomanie qui nous caractérise en tant que citoyens, et qui contribue sensiblement aux coûts. D'un autre côté, il y a le besoin très réel de soigner les patients comme il se doit, avec les médicaments appropriés. Docteur Peterson, vous avez parlé du fait qu'il existe en fait différents moyens d'aborder de nombreuses situations.

Vous avez été d'une aide énorme dans l'examen de questions soulevées par Mme Hoffman, questions dont il nous faut traiter. Encore une fois, s'il vous venait après votre départ des idées que vous aimeriez nous communiquer, nous les accueillerions avec plaisir. À moins qu'une question ne nous soit soumise, nous ne pouvons pas en traiter. Nous sommes à la recherche d'idées novatrices.

Je tiens à vous remercier au nom de mes collègues, et je remercie ces derniers de leurs questions inspirées.

(La séance est levée.)

OTTAWA, le jeudi 27 octobre 2011

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 26, pour examiner les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004.

Le sénateur Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Comme il y a quorum, je déclare la séance ouverte. Avant d'entreprendre nos travaux et d'entendre les témoins, je voudrais passer en revue l'ordre du jour avec mes collègues pour leur rappeler que nous recevons ce matin deux groupes de témoins. Le premier nous occupera de 10 h 30 à 11 h 30. Est-ce d'accord?

Des voix : D'accord.

Le président : Nous entendrons ensuite le deuxième groupe de témoins de 11 h 30 à 12 h 30. Est-ce d'accord?

Des voix : D'accord.

Le président : Je vous remercie.

[*Français*]

Je veux vous souhaiter la bienvenue au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

[English]

I want to especially welcome our guests. I will start by having us identify ourselves to them. I am Kelvin Ogilvie from Nova Scotia. I will ask my colleagues to introduce themselves, starting on my right.

Senator Seidman: Judith Seidman from Montreal, Quebec.

Senator Eaton: Nicole Eaton from Toronto, Ontario.

[Translation]

Senator Demers: Jacques Demers from Hudson, Quebec.

[English]

Senator Braley: David Braley from Ontario.

Senator Cordy: Jane Cordy. I am a senator from Nova Scotia. Welcome.

Senator Martin: Good morning. I am Yonah Martin from Vancouver, B.C.

Senator Merchant: Good morning. I am Pana Merchant from Regina, Saskatchewan.

Senator Eggleton: Art Eggleton from Toronto, and I am deputy chair of the committee.

The Chair: Thank you.

I will remind us all that this meeting is on the 10-Year Plan to Strengthen Health Care. This is the review of that accord. This is a meeting on health innovation and electronic records. We have two panels, the first one on health innovations.

I want to remind colleagues that we need to proceed through our two panels very efficiently this morning.

Now I welcome our distinguished witnesses. I will introduce them as they are called to present. In that regard, I will start with Genome Canada and Dr. Pierre Meulien, President and CEO.

[Translation]

Dr. Pierre Meulien, President and CEO, Genome Canada: Thank you, Mr. Chair. I will present in English but I will be happy to answer questions in French.

[English]

On behalf of Genome Canada, I am pleased to participate in your review of the 10-Year Plan to Strengthen Health Care and provide you with some insight on the topic of health innovation as it relates to genomics.

In support of the critical role of genomics in Canadian science and medicine, the federal government supported the establishment of Genome Canada a decade ago. Genomics is an enabling technology that has enormous potential to translate pure science

[Traduction]

Je souhaite la bienvenue à nos témoins. Je commencerai par demander aux membres du comité de se présenter. Je suis Kelvin Ogilvie, de la Nouvelle-Écosse. Je prie mes collègues de se présenter, en commençant à ma droite.

Le sénateur Seidman : Judith Seidman, de Montréal, au Québec.

Le sénateur Eaton : Nicole Eaton, de Toronto, en Ontario.

[Français]

Le sénateur Demers : Jacques Demers, de Hudson, au Québec.

[Traduction]

Le sénateur Braley : David Braley, de l'Ontario.

Le sénateur Cordy : Jane Cordy. Je représente la Nouvelle-Écosse. Je vous souhaite la bienvenue.

Le sénateur Martin : Bonjour. Je suis Yonah Martin, de Vancouver, en Colombie-Britannique.

Le sénateur Merchant : Bonjour. Je suis Pana Merchant, de Regina, en Saskatchewan.

Le sénateur Eggleton : Art Eggleton, de Toronto. Je suis vice-président du comité.

Le président : Je vous remercie.

Je rappelle à tous les membres du comité que nous consacrerons cette séance au Plan décennal pour consolider les soins de santé. Il s'agit d'un examen de l'accord. Au cours de la réunion, nous passerons en revue les innovations en santé et les dossiers électroniques. Nous avons deux groupes de témoins, dont le premier nous parlera des innovations en santé.

Je rappelle à mes collègues qu'il faudra procéder avec célérité ce matin pour être en mesure d'entendre les deux groupes.

Je voudrais maintenant souhaiter la bienvenue à nos distingués témoins. Je les présenterai au comité au fur et à mesure qu'ils seront invités à présenter leurs exposés. Nous commencerons par entendre le Dr Pierre Meulien, président et chef de la direction de Genome Canada.

[Français]

Dr Pierre Meulien, président et chef de la direction, Genome Canada : Merci, monsieur le président. Je ferai ma présentation en anglais, mais je répondrai aux questions en français avec plaisir.

[Traduction]

Je voudrais vous dire, au nom de Genome Canada, que je suis heureux de participer à votre examen du Plan décennal pour consolider les soins de santé et de vous présenter un aperçu de l'innovation en santé liée à la génomique.

Reconnaissant le rôle essentiel que joue la génomique dans les sciences et la médecine au Canada, le gouvernement fédéral a appuyé la création de Genome Canada, il y a une décennie. La génomique est une technologie habilitante qui présente un énorme

from the laboratory into innovative medical treatments, more resilient agricultural products, alternate energy sources and more environmentally stable supplies of everything from bees to trees.

Our goals are to invest in large-scale science and technology projects necessary to advance innovation; connect ideas and people across the public and private sectors to find new uses and applications for genomics; and translate discoveries into applications that create valuable products and services that directly benefit Canadians.

In the past 10 years, Genome Canada has built a broad and highly successful Canadian genomics enterprise. We have delivered real return on investment, leveraging the \$915 million received from the Government of Canada into \$2 billion in research through agreements with international partners, the private sector, universities, provincial governments and other funders.

Five world-class science and technology innovation centres have been created in Canada that are on the cutting edge of genomics technologies and provide access to researchers across Canada. Six regional Genome Centres have been created to raise co-funding, manage large-scale science and understand regional economic sectors capable of integrating genomics for social and economic gain.

More than 20 private sector companies have been created or enhanced through Genome Canada investments. 10,000 highly skilled people have been employed and trained because of our research investments. Our strong focus on commercialization has led to more than 350 patent applications and awards, as well as 24 commercial licence agreements with the private sector.

New pressures on Canada's health care system are coming from a new reality in medicine and science. The economic burden of chronic disease and an aging population are forcing Canadian policy-makers to look differently at how to manage a sustainable health care system. This system should be open to receive fresh opportunities and innovation.

New approaches that demonstrate cost-effectiveness and are evidence-based need to be integrated to contribute to health maintenance and early diagnosis of disease.

Genomics are the underlying catalyst for a shift from a disease-oriented health care system to one that is more personalized, predictive, preventive and cost-effective. Since the year 2000, Genome Canada has invested over \$400 million in around 80 large-scale innovative projects in the health care sector. Partnerships with provincial governments, the private sector, universities and research hospitals have leveraged our investments

potentiel lorsqu'il s'agit de faire passer les sciences pures du laboratoire aux applications pratiques telles que les traitements médicaux innovateurs, les produits agricoles résistants, les sources d'énergie de remplacement et les approvisionnements écologiquement stables de quasi n'importe quoi, des abeilles aux arbres.

Nous avons pour objectifs d'investir dans les grands projets de sciences et technologie dont nous avons besoin pour stimuler l'innovation, de faire le lien entre les idées et les gens dans les secteurs public et privé afin de trouver de nouvelles utilisations et applications de la génomique et de faire passer les découvertes au stade des applications pouvant créer des biens et des services qui profitent directement aux Canadiens.

Au cours des 10 dernières années, Génome Canada a mis en place une initiative canadienne de génomique aussi étendue que réussie. Nous avons obtenu un vrai rendement sur notre investissement, en nous servant des 915 millions de dollars obtenus du gouvernement du Canada pour investir 2 milliards de dollars dans la recherche, grâce à des ententes avec des partenaires internationaux, le secteur privé, les universités, les gouvernements provinciaux et d'autres sources de financement.

Nous avons établi au Canada cinq centres d'innovation en sciences et technologie de calibre mondial, qui sont à la fine pointe des technologies génomiques et donnent accès aux chercheurs de tout le Canada. Nous avons créé six centres régionaux de génomique chargés de recueillir des fonds de recherche, de gérer de grands projets scientifiques et de comprendre les secteurs économiques régionaux capables d'intégrer la génomique à des fins sociales et économiques.

Les investissements de Génome Canada ont permis de créer ou de renforcer plus de 20 entreprises du secteur privé. Ils ont également servi à employer et à former quelque 10 000 travailleurs hautement spécialisés. Nos efforts énergiques de commercialisation ont abouti à plus de 350 brevets et demandes de brevet ainsi qu'à 24 accords de licences commerciales avec le secteur privé.

Les nouvelles pressions qui s'exercent sur le système de soins de santé du Canada découlent d'une nouvelle réalité en médecine et en sciences. Le fardeau économique des maladies chroniques et du vieillissement de la population impose aux décideurs du pays de chercher de nouveaux moyens de gérer le système de façon durable. Le système des soins de santé devrait être ouvert aux nouvelles perspectives et à l'innovation.

Les nouvelles approches qui ont un rapport élevé coût-efficacité et sont fondées sur des preuves doivent être intégrées dans le système afin de contribuer au maintien de la santé et à un diagnostic précoce des maladies.

La génomique peut jouer un rôle de catalyseur pour nous faire passer d'un système de soins de santé axé sur la maladie à un système de soins plus personnalisé et plus économique basé sur la prévention. Depuis 2000, Génome Canada a investi plus de 400 millions de dollars dans quelque 80 grands projets innovateurs du secteur de la santé. Des partenariats avec les gouvernements provinciaux, le secteur privé, les universités et les

by a further \$700 million plus. In total, we have invested around \$1.2 billion in genomics-based research that is shaping the changes in health and medical care.

Genome Canada helps translate discovery into medical applications through important partnerships. These include the Canadian Cancer Stem Cell Consortium, which we helped found, along with our partners at the Canadian Institutes of Health Research. Indeed, CIHR is a valued partner.

In yet another partnership with CIHR, we have embarked on two major genomics-based research projects to investigate and seek the underlying genetic causes of childhood cancers as well as other rare diseases in children.

A further example is the Atlantic Medical Genetics and Genomics Initiative, which we fund and which has identified a genetic mutation that was leading to early deaths from heart failure among men under the age of 50. The province of Newfoundland and Labrador now makes genetic screening and diagnosis for this more widely available and offers heart defibrillators to those diagnosed with this mutation.

Research funded by Genome Canada has led to a test that can identify those people who have a heightened risk of developing colon cancer, and a new company has been created around this technology.

Nursing mothers are now being warned that people with a particular genotype convert codeine to morphine more rapidly, placing their infants at risk of toxicity following breast feeding. This investigation has led to labelling changes for codeine use in Canada and the United States.

Genomics brings ever closer the role of personalized health care so that therapies and treatments can be tailored to the patient, avoiding adverse drug reactions, allowing physicians to quickly identify hereditary diseases based on genetics and rapidly identifying pathogens to efficiently manage a disease outbreak. Indeed, the SARS virus was sequenced for the first time in Canada and in the world, in one of our centres. Learning to understand human genetics in the overall function of disease and stratifying patient groups accordingly is another quest.

Canada's genomics enterprise has just developed a new five-year plan. To continue the process of generating discoveries and translating them to societal benefit, we have been in ongoing discussions with senior government officials in request of stable multi-year funding of \$500 million over five years, \$100 million per year, which we would leverage to a net investment for Canada of \$1.5 billion over the next five years.

hôpitaux de recherche nous ont permis d'ajouter 700 millions de plus à nos investissements. Au total, nous avons consacré environ 1,2 milliard de dollars à des recherches génomiques qui orienteront l'évolution de la santé et des soins médicaux.

Génome Canada favorise la transition entre les découvertes et les applications médicales grâce à d'importants partenariats. Ceux-ci comprennent le Consortium sur les cellules souches du cancer, que nous avons aidé à fonder de concert avec nos partenaires des Instituts de recherche en santé du Canada. Je dois noter ici que les IRSC sont pour nous de précieux partenaires.

Dans le cadre d'un autre partenariat avec les IRSC, nous avons entrepris de grands projets de recherche génomique sur les causes génétiques des cancers de l'enfance et d'autres maladies rares des enfants.

Je peux également citer l'exemple de l'Initiative de génétique médicale et de génomique de la région de l'Atlantique, que nous finançons et qui a découvert une mutation génétique pouvant entraîner une mort précoce par insuffisance cardiaque chez des hommes de moins de 50 ans. La province de Terre-Neuve-et-Labrador autorise maintenant plus couramment des tests de dépistage génétique et de diagnostic et offre des défibrillateurs cardiaques à ceux qui reçoivent un diagnostic positif.

Des recherches financées par Génome Canada ont abouti à la mise au point d'un test qui permet d'identifier les personnes présentant un risque élevé de cancer du côlon. Une nouvelle société a été créée pour exploiter cette technologie.

Également grâce à la recherche génomique, les mères qui allaitent leur bébé sont maintenant averties que les personnes qui présentent un génotype particulier convertissent plus rapidement que les autres la codéine en morphine, ce qui peut constituer un risque de toxicité pour des nourrissons. Ces résultats ont entraîné des modifications de l'étiquetage des produits contenant de la codéine au Canada et aux États-Unis.

La génomique nous rapproche de plus en plus des soins de santé personnalisés : thérapies et traitements pourront alors être conçus en fonction du patient, de façon à éviter les effets indésirables des médicaments et à permettre aux médecins de reconnaître rapidement les maladies héréditaires sur une base génétique ou d'identifier rapidement les pathogènes afin de gérer efficacement les débuts d'épidémies. C'est ainsi que le virus du SRAS a été séquencé pour la première fois dans un de nos centres. Nous essayons de comprendre le rôle de la génétique humaine dans l'évolution générale des maladies afin d'être en mesure de stratifier en conséquence les groupes de patients.

L'organisation génomique du Canada vient d'élaborer un nouveau plan quinquennal. Afin de poursuivre le processus de découverte et de création d'applications au profit de la société, nous sommes en discussion avec de hauts responsables du gouvernement, essayant d'obtenir un financement pluriannuel stable de 500 millions de dollars sur cinq ans, soit 100 millions de dollars par an, que nous pourrions utiliser pour former des partenariats et investir ainsi 1,5 milliard de dollars au cours des cinq prochaines années.

In addition, we have recently presented to the pre-budget consultations of the House of Commons Standing Committee on Finance for their support. We therefore make the same request of this committee.

The benefits related to health we have reported to you today are only the first steps in an entirely new approach to health care. I look forward to answering your questions.

The Chair: Thank you.

We will now move to the Canadian Academy of Health Sciences, Dr. Paul Armstrong, Founding and Former President.

Dr. Paul Armstrong, Founding and Former President, Canadian Academy of Health Sciences: Thank you. It is a privilege to present on behalf of the academy. In my presentation, I would like to make five points. First, the academy is a relatively new organization founded seven years ago and is one of the three founding academies of the Council of Canadian Academies, along with the Canadian Academy of Engineering and the Royal Society.

The objectives of the academy are to serve as a credible and expert independent assessor of science and technology issues relative to health in this country, support the development of timely and informed strategic advice that reflects on health care and create an informative dialogue on health public policy.

The composition of the academy is on a volunteer basis. We now have over 400 fellows who are committed and have a covenant to serve the best interests of the country. They are volunteers, and they represent the full spectrum of health disciplines, six in all, ranging from pharmacy to medicine to nursing to rehabilitation medicine, dentistry and veterinary medicine. We are neutral, we are non-vested and we are able, therefore, to conduct arm's length independent assessments. Two that I think would be of interest to the committee relate to the performance of chronic disease assessment for Canadians with these conditions and evaluating return on health investment. I will leave this report with your committee.

Essentially, in this evaluation, we have created a document that envelopes five domains and over 82 metrics. It is now part of the strategic planning exercise of our partners in CIHR. It is engaged in the science and technology of the Government of Canada planning, and it has also been taken up internationally to a substantial degree.

Our enthusiasm for participating in the dialogue relative to your charge — that is, the future of health care as it relates to the accord — had led us to conduct a forum in this city about a month ago entitled “Smarter Caring for a Healthier Canada: Embracing System Innovation.” Emerging from this was a prospectus, which I have provided you, and I will very briefly refer to it.

De plus, nous avons récemment présenté un mémoire au Comité permanent des finances de la Chambre des communes, dans le cadre de ses consultations prébudgétaires, afin de lui demander son appui. Nous présentons la même demande à votre comité.

Les avantages pour la santé que nous vous avons signalés aujourd'hui ne sont que les premières étapes d'une toute nouvelle approche des soins de santé. Je suis maintenant prêt à répondre à vos questions.

Le président : Je vous remercie.

Nous entendrons maintenant le Dr Paul Armstrong, président fondateur et ancien président de l'Académie canadienne des sciences de la santé.

Dr Paul Armstrong, président fondateur et ancien président, Académie canadienne des sciences de la santé : Je vous remercie. C'est un honneur pour moi de présenter cet exposé au nom de l'académie. J'ai l'intention d'aborder cinq points. Premièrement, l'Académie canadienne des sciences de la santé est une organisation relativement récente fondée il y a sept ans. Avec l'Académie canadienne du génie et la Société royale du Canada, elle est l'un des trois organismes fondateurs du Conseil des académies canadiennes.

L'académie a pour objectifs de jouer le rôle d'évaluateur expert, indépendant et crédible des questions de sciences et technologie relatives à la santé au Canada, d'appuyer l'élaboration d'avis stratégiques opportuns et éclairés sur les soins de santé et d'établir un dialogue informatif sur la politique de la santé publique.

Les membres de l'académie travaillent à titre bénévole. Nous avons actuellement plus de 400 membres engagés déterminés à servir au mieux les intérêts du pays. Ils représentent, à titre bénévole, toute la gamme des disciplines de la santé : pharmacologie, médecine, sciences infirmières, médecine de réadaptation, dentisterie et médecine vétérinaire. Nous sommes neutres, ne défendons aucun intérêt et sommes donc en mesure de faire des évaluations indépendantes. Deux de nos évaluations qui intéresseront probablement le comité portent sur les maladies chroniques des Canadiens et le rendement des investissements en santé. Je vous laisse ce rapport pour examen.

Dans cette évaluation, nous avons essentiellement créé un document qui englobe cinq domaines et plus de 82 mesures. Il fait maintenant partie de la procédure de planification stratégique de nos partenaires des IRSC et de la planification des sciences et de la technologie du gouvernement du Canada. Il a également été adopté en grande partie à l'échelle internationale.

Notre enthousiasme pour le dialogue relatif à votre étude — c'est-à-dire pour l'avenir du système de santé dans le cadre de l'accord — nous a amenés à organiser un forum à Ottawa, il y a environ un mois, sur le thème « Des soins plus judicieux pour un Canada en meilleure santé : En faveur de l'innovation dans le système ». À cette occasion, nous avons produit un prospectus que j'ai mis à votre disposition et auquel je me reporterai brièvement.

Essentially, the proposal that the academy wishes to undertake, which we think speaks directly to our multi-disciplinary complexion and our neutral space, is how we can contribute to the creation of a newly integrated sustainable health care system that optimizes quality, access and expenditures specifically related to the issue of human health resources, which was highlighted in the 2004 accord but unfortunately for which there has been limited progress. We propose, then, to explore and redesign the scopes of practice of health professionals across the country as it relates to a team approach that is patient and individual centred and that has not, up until this point, been possible.

In addition to bringing about a cultural change in the professions, we also propose to undertake a suggested plan for modification of the education and training of the next generation of health professionals in order to properly equip them for the challenges of the future.

The panel will be created according to a work plan that is outlined in the prospectus. I am pleased to report that as of last week, we have identified the key co-chairs of this panel, which will be international in scope and complete its work before the end of 2012. One of the co-chairs is Jeffrey Turnbull, known well to this city, former President of the CMA and Professor Chair of the Department of Medicine here at the University of Ottawa. The other person is Professor Nelson, the Dean of Nursing at the University of Toronto. These two individuals are to begin their work shortly relating to this specific area where we believe the academy can make genuine progress that will contribute to the dialogue around the future of health care.

The Chair: Thank you.

I will now move to the Canadian Institutes of Health Research. We have two representatives who I understand will share their time. We have with us Dr. Alain Beaudet, President, and Dr. Robyn Tamblyn, Scientific Director.

Dr. Alain Beaudet, President, Canadian Institutes of Health Research: I would like to thank the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology for this opportunity to report on the Canadian Institutes of Health Research's contribution to the 10-Year Plan to Strengthen Health Care.

In 2004, the first ministers recognized that investments in science and technology were intrinsic to the development of improved health outcomes and cost-effective health services. In this context, the Government of Canada committed to continued investments to sustain activities in support of health innovation.

CIHR plays a key role in delivering on this mandate. Indeed, its mission is to support the creation of new knowledge and its translation into improved health for Canadians, more effective health services and products and a strengthened health care system.

Compte tenu de sa nature pluridisciplinaire et de sa neutralité, l'académie souhaite essentiellement contribuer à la création d'un nouveau système intégré et durable de soins de santé dont on aurait optimisé la qualité, l'accès et les dépenses. Cet aspect serait particulièrement lié à la question des ressources humaines de la santé, qui a été mise en évidence dans l'accord de 2004, mais qui n'a malheureusement pas beaucoup avancé depuis. Nous proposons donc d'explorer et de repenser la portée des activités des professionnels de la santé partout dans le pays, dans le but de nous orienter vers une approche d'équipe axée sur le patient, ce qui n'a pas été possible jusqu'ici.

En plus d'apporter un changement culturel aux professions de la santé, nous nous proposons de mettre en œuvre un plan pour modifier la formation de la prochaine génération de professionnels de la santé en vue de mieux la préparer aux défis de l'avenir.

Le groupe sera créé sur la base d'un plan de travail décrit dans le prospectus. Je suis heureux de signaler que nous avons choisi la semaine dernière les deux coprésidents de ce groupe, qui aura une portée internationale et qui doit terminer ses travaux avant la fin de 2012. L'un des coprésidents est bien connu à Ottawa. Il s'agit de Jeffrey Turnbull, ancien président de l'Association médicale canadienne et professeur titulaire de la chaire de médecine à l'Université d'Ottawa. L'autre est M. Nelson, doyen de la faculté de sciences infirmières à l'Université de Toronto. Les deux coprésidents assumeront sous peu leurs fonctions dans ce domaine particulier, où nous croyons que l'académie peut faire des progrès concrets qui contribueront au dialogue relatif à l'avenir des soins de santé.

Le président : Je vous remercie.

Nous allons maintenant passer aux Instituts de recherche en santé du Canada. Nous entendrons deux représentants qui, je crois, partageront leur temps de parole. Je cède maintenant la parole au Dr Alain Beaudet, président, et à la Dre Robyn Tamblyn, directrice scientifique.

Dr Alain Beaudet, président, Instituts de recherche en santé du Canada : Je voudrais remercier le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie de m'avoir donné l'occasion de parler de la contribution des Instituts de recherche en santé du Canada au Plan décennal pour consolider les soins de santé.

En 2004, les premiers ministres ont reconnu que les investissements en sciences et technologie sont indispensables à la mise au point de traitements améliorés et à la prestation de services de santé économiques. Dans ce contexte, le gouvernement du Canada s'est engagé à faire des investissements continus pour financer les activités visant l'innovation en santé.

Les IRSC jouent un rôle clé dans l'exécution de ce mandat. En effet, ils ont pour mission d'appuyer la création de nouvelles connaissances et leur utilisation pour améliorer la santé des Canadiens, dispenser des services et des produits de santé plus efficaces et renforcer le système des soins de santé.

[Translation]

As you know, provinces and territories are responsible for health services provided to Canadians. The Government of Canada has to assist provincial and territorial governments in establishing an efficient health system and in promoting, through research and innovation, excellence in healthcare and access to state-of-the-art services.

This role is at the heart of CIHR's mission: supporting a high level of research, contributing to the training of health professionals to the most stringent scientific standards and promoting innovation in our health system.

We are talking here not only of the discovery and marketing of new drugs, diagnostic tests and technological tools, but also of putting in place more efficient care practices, developing new preventive approaches and improving the organizational management of our health system.

[English]

As an example of these accomplishments, I would cite the work of CIHR funded researcher Dr. Cyril Frank and his team at the Alberta Bone and Joint Health Institute, who developed a new and more cost-effective model of care for hip and knee replacement. This model has markedly improved outcomes while decreasing hospital stays and wait times for surgery. For governments, the cost savings from a nationwide implementation of this model of care is estimated at approximately \$228 million per year.

CIHR funded research by Dr. Lisa Dolovich of McMaster University showed that having pharmacists in family physicians' offices helps optimize medication regimes and improve monitoring of medications. The project actually prevented 241 potential adverse events amongst seniors participating in the study. As a result of this study, Ontario's and Saskatchewan's Ministries of Health now fund full-time pharmacist positions within primary health care teams.

[Translation]

A clinical trial supported by CIHR has shown that Aprotinin, a drug commonly used to prevent hemorrhaging during heart surgery was responsible for a 50 per cent increase in the risk of mortality while costing much more than other safer drugs of the same class. This drug is now banned from our operating rooms.

[English]

The challenge is to ensure that research results are rapidly disseminated and integrated into practice. To this aim, CIHR has developed and implemented programs to help translate research results into decisions that improve the health care system. The

[Français]

Comme vous le savez, les provinces et territoires ont la responsabilité de fournir les soins de santé aux Canadiens. Le gouvernement du Canada doit pour sa part soutenir les gouvernements provinciaux et territoriaux dans la mise en place d'un système de santé efficace et promouvoir, par la recherche et l'innovation, l'excellence des soins et l'accès à des services de pointe.

Ce rôle est au cœur de la mission de IRSC : soutenir une recherche de haut niveau, contribuer à former les professionnels de la santé à l'aune des critères scientifiques les plus exigeants, et stimuler l'innovation dans notre système de santé.

On parle ici non seulement de la découverte et de la mise en marché de nouveaux médicaments, tests diagnostics ou outils technologiques, mais aussi de la mise en place de pratiques de soins plus efficaces, de l'élaboration de nouvelles approches préventives et d'une meilleure gestion organisationnelle de notre système de santé.

[Traduction]

Comme exemple de ces réalisations, je voudrais citer les travaux d'un chercheur financé par les IRSC, le Dr Cyril Frank qui, avec son équipe de l'Alberta Bone and Joint Health Institute, a mis au point un nouveau modèle de soins plus économique pour le remplacement de la hanche et du genou. Ce modèle a très sensiblement amélioré les résultats des interventions tout en réduisant la durée du séjour à l'hôpital et les temps d'attente en chirurgie. Pour les gouvernements, les économies résultant d'une mise en œuvre nationale de ce modèle de soins sont estimées à environ 228 millions de dollars par an.

Les IRSC ont également financé des recherches de la Dre Lisa Dolovich, de l'Université McMaster, qui ont établi que la présence d'un pharmacien dans les cabinets de médecine familiale permet d'optimiser les régimes pharmaceutiques et d'améliorer la surveillance des médicaments. Le projet a en fait permis de prévenir 241 cas possibles de réactions indésirables parmi les aînés participant à l'étude. Par suite de ces recherches, les ministères de la Santé de l'Ontario et de la Saskatchewan financent actuellement des postes de pharmacien à plein temps dans les équipes de soins primaires.

[Français]

Un essai clinique soutenu par les IRSC a démontré que l'Aprotinine, un médicament couramment utilisé pour prévenir les hémorragies pendant une chirurgie cardiaque était responsable d'une augmentation de 50 p. 100 des risques de mortalité, tout en coûtant beaucoup plus cher que d'autres médicaments plus sécuritaires de la même classe. Ce médicament est maintenant banni de nos salles d'opération.

[Traduction]

Le défi est de s'assurer que les résultats de la recherche sont rapidement diffusés et intégrés dans la pratique de la médecine. À cette fin, les IRSC ont élaboré et mis en œuvre des programmes destinés à convertir les résultats de la recherche en décisions

process brings together researchers and knowledge users from different levels of government to help provide answers to their most pressing questions. Pauline Rousseau, Executive Director for Saskatchewan's Health Policy and Planning Branch, commented on one of these programs as follows:

This is the most important research initiative targeted at bringing together the research and policy communities that I have seen in decades.

A recent international review of CIHR confirmed that we are making progress towards a better integration of research and care and expressed support for future strategic directions being taken by the organization. They commended us, in particular, for the development, in collaboration with the provinces and territories, health charities, academic health care organizations and industry representatives of a comprehensive strategy for patient-oriented research. This strategy aims at strengthening our clinical research enterprise and improving the transfer of research evidence into evidence-based practice so that the right patient receives the right treatment at the right time.

In launching the strategy earlier this year, the Minister of Health, the Honourable Leona Agluuqaq, stated:

By putting patients first, we are making sure that research will have a greater impact on treatments and services provided in clinics, hospitals and doctors' offices throughout Canada. Better integration of research evidence and clinical practice means improved health outcomes and a better health care system in Canada.

We feel that this patient-oriented research strategy, along with our ongoing investments in research and knowledge translation, will help transform clinical practice in this country for better health outcomes and a stronger health care system.

[Translation]

Dr. Robyn Tamblyn, Scientific Director, Canadian Institutes of Health Research: I welcome the opportunity to discuss with you the important contribution of research to health services in Canada. Innovation in this area improves the health of Canadians and promotes a better use of our healthcare expenditures.

[English]

For decades, Canada has been recognized internationally for its health care system. We have been known to provide equitable, high-quality and efficient health care for an entire population, but times have changed, and we are falling behind. You may wonder why.

permettant d'améliorer le système des soins de santé. Il s'agit de réunir les chercheurs et les utilisateurs des connaissances de différents paliers de gouvernement pour essayer de répondre aux questions les plus pressantes. Pauline Rousseau, directrice exécutive de la Direction de la politique et de la planification de la santé de la Saskatchewan, a formulé l'observation suivante au sujet de l'un de ces programmes :

C'est la plus importante initiative visant à réunir les communautés de la recherche et de l'élaboration des politiques que j'ai vue depuis des décennies.

Un examen international récent des IRSC a confirmé que nous faisons des progrès en vue d'une meilleure intégration de la recherche et des soins, et a appuyé les orientations stratégiques que les Instituts comptent prendre à l'avenir. Les auteurs de l'examen nous ont félicités en particulier pour l'élaboration d'une stratégie complète de recherche axée sur le patient, en collaboration avec les provinces et les territoires, les organismes de bienfaisance du domaine de la santé, les organisations universitaires de la santé et des représentants de l'industrie. Cette stratégie a pour but de renforcer notre organisation de recherche clinique et d'améliorer le transfert, fondé sur des preuves, des résultats dans la pratique pour que les patients reçoivent le bon traitement au bon moment.

Lors du lancement de la stratégie au début de l'année, l'honorable Leona Agluuqaq, ministre de la Santé, a déclaré :

En faisant passer les patients en premier, nous nous assurons que la recherche aura un impact plus senti sur les traitements et les services fournis dans les cliniques, les hôpitaux et les cabinets de médecin partout au Canada. Une meilleure intégration des données de recherche et des pratiques cliniques se traduira par de meilleurs résultats en matière de santé et une amélioration du système de soins de santé au Canada.

Nous croyons que cette stratégie de recherche axée sur le patient permettra, avec nos investissements continus dans la recherche et l'application des connaissances, de transformer la pratique clinique dans le pays en vue d'améliorer les résultats des interventions et de renforcer le système des soins de santé.

[Français]

Dre Robyn Tamblyn, directrice scientifique, Instituts de recherche en santé du Canada : Il me fait plaisir de discuter avec vous de la contribution importante dans la recherche des services de santé au Canada. L'innovation dans ce domaine améliore la santé des Canadiens et favorise un meilleur investissement de nos dépenses en soins de santé.

[Traduction]

Pendant des décennies, le Canada était reconnu sur la scène internationale pour son système de soins de santé. Nous avons la réputation d'un pays qui dispensait équitablement des soins efficaces et de grande qualité à l'ensemble de sa population, mais les temps ont changé. Nous prenons du retard. Vous vous demandez peut-être pourquoi.

Canada, like other nations, has an aging population, and that aging population has an increasing burden of chronic disease. We have not yet made fundamental changes in how we deliver care. We have not moved beyond a rather antiquated, hospital-centric model of care. That is what we need to do.

There is consensus that we need, and I want to underline this, a new generation of community-based primary health care models to address the urgent needs of health care in this century. To improve health and then chronic disease management, we need new approaches to patient- and family-centred care through interprovincial and community-based teams in partnership with the community.

Second, we need to carve out innovations at the interface between public health interventions and community-based service delivery models if we want to develop innovative approaches to chronic disease prevention that relate to lifestyle, work and environmental circumstances, thereby reducing inequities in the health outcomes that are experienced by our population, particularly our most vulnerable.

Third, we need to use new information technologies and other innovations to improve timely access to essential health care, particularly in rural and Northern communities.

The challenge that needs to be boldly addressed is that there really is no right answer and there is no best approach to improving health care. If transformative change is to occur, the ground work needs to be laid to promote innovation, to rapidly identify success and to implement the conditions required to scale up innovations into transformative change.

Research is at the core of innovation. It can be a very efficient means of producing rapid improvements in care delivery. This is particularly true in Canada, where research funded by CIHR, the national health research funding agency, can take advantage of the natural experiments that are occurring day after day in Canada's 13 health care systems, one in each province and territory.

For example, investment in an interprovincial network to study the quality and outcomes of care for premature infants who go to neonatal intensive care units identified preventable causes of hospital infections and chronic lung disease in these little kids. The network identified the interventions that actually reduced these problems by 42 per cent for hospital-acquired infections and by 15 per cent for chronic lung disease. The cost savings from this research alone is approximately \$70 million per year in Canada.

Building on successes such as this, CIHR, in partnership with the provinces, universities, disease charities and the private sector, will be investing in a 10-year initiative to transform community-based primary health care.

Comme d'autres pays, le Canada a une population qui vieillit et qui traîne donc un fardeau de plus en plus lourd de maladies chroniques. Nous n'avons pas encore apporté les changements fondamentaux nécessaires au mode de prestation des soins. Nous ne sommes pas allés au-delà d'un modèle de soins désuet axé sur l'hospitalisation. C'est ce que nous avons besoin de faire.

Les experts s'entendent pour dire qu'il nous faut — je tiens à le souligner — une nouvelle génération de modèles communautaires de soins primaires pour répondre aux besoins urgents de ce siècle. Pour améliorer la santé et la gestion des maladies chroniques, nous devons disposer de nouvelles approches axées sur le patient et la famille et basées sur des équipes pluridisciplinaires fonctionnant en partenariat avec la communauté.

Deuxièmement, nous avons besoin d'innover au niveau de l'interface entre les interventions de santé publique et les modèles communautaires de prestation de services afin de mettre au point des approches de la prévention des maladies chroniques fondées sur le mode de vie, le travail et les conditions environnementales. Nous réduirons ainsi les disparités en santé dans la population, et particulièrement parmi les membres les plus vulnérables de la société.

Troisièmement, nous devons utiliser de nouvelles technologies de l'information et d'autres innovations pour améliorer l'accès aux soins essentiels, surtout dans les collectivités rurales et dans le Nord.

Le défi que nous devons hardiment relever, c'est qu'il n'y a pas de solution ou d'approche unique pour améliorer les soins de santé. Si nous souhaitons voir des changements transformateurs, nous devons faire le travail de base nécessaire pour promouvoir l'innovation, reconnaître rapidement le succès et créer les conditions voulues pour que l'innovation se traduise par de tels changements.

La recherche est au cœur de l'innovation. Elle peut constituer un moyen très efficace d'améliorer rapidement les soins. Cela est particulièrement vrai au Canada, où la recherche financée par les IRSC, notre agence nationale de financement de la recherche en santé, peut tirer parti des expériences naturelles menées tous les jours dans nos 13 systèmes provinciaux et territoriaux de soins de santé.

Par exemple, les investissements faits dans un réseau interprovincial qui étudie la qualité et les résultats des soins dispensés aux bébés prématurés admis dans les unités néonatales de soins intensifs ont permis de cerner des causes évitables d'infections et de maladies chroniques des poumons chez les nourrissons. Le réseau a réussi à définir des interventions qui ont permis de réduire de 42 p. 100 les infections d'origine hospitalière et de 15 p. 100 les maladies pulmonaires chroniques. Les économies réalisées grâce à cette seule recherche s'élèvent à environ 70 millions de dollars par an au Canada.

Se fondant sur des succès de ce genre, les IRSC financeront, en partenariat avec les provinces, les universités, les organismes de bienfaisance du domaine de la santé et le secteur privé, une initiative décennale de transformation des soins primaires communautaires.

This is part of its strategy for patient-oriented research. It will be the largest scale initiative ever undertaken in Canada. Within five years, it will involve 30 per cent of Canadians from coast to coast, testing new innovative models of care, monitoring success and engaging a national and international network of senior policy-makers to investigate the conditions that will be necessary to scale up successful models of care. We will no longer be a country of pilot projects.

We can and will reposition Canada as a leader in developing a new generation of health care. We thank the federal government for investing in CIHR and the Senate for providing us with the opportunity to present today.

The Chair: Thank you very much.

Colleagues, I will limit each of you to one question in the first round, so if you would please focus the question and identify a responder. Witnesses, I would ask you not to add more unless you have a substantial change or addition to make.

I will attempt to get all the questions on the record before we end in 35 minutes. We would ask you to follow up with written answers to the questions that we do not have time to ask today. The important thing for us is to get the questions on the record and to get the incredible knowledge base you all represent to respond to us in some detail.

Senator Eaton: Dr. Armstrong, you talked about redesigning the cadre of care, I think. What was your term? Could you elaborate?

Dr. Armstrong: What we propose in our assessment is to redesign the way the health professions work with each other. As opposed to solo practitioners, we believe they should be integrated, and we believe this requires a substantial cultural change because the historical divisions around scopes of practice have led to a silo mentality, and the future is clearly an integration one. This change will require a redesign of the health care system, both from the standpoint of where individuals are seen, how health professionals are funded and how they work together.

When I began my practice in the 1970s, I was a solo practitioner. Next Tuesday, I will be doing a clinic on complex heart failure, and there will be nurses, pharmacists, dieticians, social workers and psychologists present to support that. This is where I believe we need to go, and this is why this prospectus is aimed towards that.

Cela fait partie de la stratégie axée sur le patient des IRSC. Ce sera la plus grande initiative jamais entreprise au Canada. D'ici cinq ans, elle couvrira 30 p. 100 de la population canadienne, d'un océan à l'autre, et permettra de mettre à l'épreuve des modèles innovateurs de soins, d'en contrôler le succès et d'inviter un réseau national et international de décideurs de haut niveau à étudier les conditions nécessaires pour généraliser l'application des modèles de soins réussis. Nous ne serons plus alors un pays de projets pilotes.

Nous pouvons rétablir le Canada dans son rôle de chef de file dans l'élaboration d'une nouvelle génération de soins de santé. Nous remercions le gouvernement fédéral d'avoir investi dans les IRSC. Nous remercions aussi le Sénat de nous avoir donné l'occasion aujourd'hui de présenter notre point de vue.

Le président : Merci beaucoup.

Collègues, je dois vous demander de vous limiter à une seule question au premier tour. Je vous prie donc d'être concis et de désigner le témoin à qui s'adresse votre question. Je demande également aux témoins de ne rien ajouter à leur exposé à moins qu'il ne s'agisse de changements ou d'ajouts importants.

Je vais essayer de donner la parole à tous ceux qui le souhaitent avant de mettre fin à cette partie de la réunion dans 35 minutes. Nous demandons aux témoins de nous transmettre des réponses écrites aux questions que nous n'aurons pas eu le temps de poser aujourd'hui. L'important pour nous est de poser les questions qui nous intéressent et de faire en sorte que vous puissiez dans la masse incroyable de connaissances que vous possédez pour nous répondre en détail.

Le sénateur Eaton : Docteur Armstrong, vous avez parlé, je crois, d'une réorganisation du cadre des soins. Je ne sais plus quel terme vous avez utilisé. Pouvez-vous nous en dire davantage à ce sujet?

Dr Armstrong : Ce que nous proposons dans notre évaluation, c'est de repenser la façon dont les professions de la santé collaborent entre elles. Nous croyons que ces professions devraient être intégrées, au lieu de laisser chaque praticien travailler seul de son côté. Cela nécessitera un changement important de la culture professionnelle parce que les divisions traditionnelles liées aux domaines respectifs de pratique ont donné lieu à des cloisonnements nuisibles. L'avenir est clairement à l'intégration. Ce changement nécessitera une réorganisation du système de soins de santé, tant du point de vue du lieu où les patients sont examinés que de la façon dont les professionnels de la santé sont financés et collaborent entre eux.

Lorsque j'ai commencé à exercer au cours des années 1970, je travaillais tout seul. Mardi prochain, j'anime une clinique sur les insuffisances cardiaques complexes, au cours de laquelle je serai assisté par des infirmières, des pharmaciens, des diététiciens, des travailleurs sociaux et des psychologues. Voilà l'orientation que nous devons prendre, à mon avis. C'est la raison pour laquelle ce prospectus est ainsi conçu.

It is not enough, of course, to change the culture currently; we need to change the education of young people who are still being educated in individual schools as opposed to in a more integrated system, which is the way they should think and act in the future.

Senator Eggleton: This is a question to all of you. The 2004 accord put \$41 billion on the table. Much of it transferred to the provinces, but some of it was used as incentive to the provinces for collaborative efforts, such as reduction of wait times, in buying diagnostic medical equipment or in advancing further electronic health records.

Assuming we have an accord in 2014 to succeed this one, and assuming similar funding methods are used, what are the main proposals or incentives you think should be put to the provinces? Last time, as I said, it was wait times and the others. What do you think it should be this time in order to bring about further collaboration and improvements in the system for patients?

Dr. Beaudet: As I said, it is very clear to us that it should be support for the patient-oriented research strategy, which I briefly mentioned in my remarks. This is unique. It is a coalition of the provinces and territories, the federal government, but also representatives of the charitable sector, health care organizations, academic health sciences centres, patient representatives, of course, and representatives of the private sector.

What we are aiming to do is to break down the silos and work together to establish country-wide means, infrastructure and support of health professionals to ensure that we have better integration of research and care and to ensure that we truly practice evidence-based medicine.

To do that, we are working on several fronts. We are building infrastructure in terms of support units for clinical research in each province. We want to ensure that researchers and clinical investigators across the country work together. We also will be creating networks across specific themes. The first two networks have actually already been determined: mental health and primary health care. This is to ensure that we can rapidly access patients for clinical research across the country and mobilize the collective efforts of all our researchers across the land. These networks will hinge upon the infrastructure of the support units.

We also want to set up mechanisms whereby health professionals are trained for research, have protected time for research, and can better obtain the qualifications to carry out that research. We want to become more competitive internationally in terms of clinical research, particularly in terms of attracting this industry in Canada, because we are losing this sector, as you

Bien sûr, il ne suffira pas de changer la culture. Nous devons aussi modifier la formation des jeunes, qui suivent actuellement les cours d'écoles spécialisées au lieu d'étudier dans un milieu plus intégré. Nous croyons que c'est l'orientation qu'ils devraient prendre à l'avenir.

Le sénateur Eggleton : Ma question s'adresse à tous les témoins. L'accord de 2004 prévoyait un financement de 41 milliards de dollars. La plus grande partie des fonds a été transférée aux provinces, mais certaines sommes ont servi à les encourager à entreprendre des initiatives de collaboration visant, par exemple, la réduction des temps d'attente, l'achat d'équipements de diagnostic ou la mise en place de dossiers de santé électroniques.

En supposant qu'un accord soit conclu en 2014 pour reconduire celui-ci et que des méthodes de financement semblable soient utilisées, à votre avis, quelles grandes propositions ou mesures incitatives faudrait-il offrir aux provinces? Comme je l'ai dit, il s'agissait, la dernière fois, de la réduction des temps d'attente, et cetera. Quelles propositions faudrait-il faire cette fois-ci pour favoriser une plus grande collaboration et une amélioration du système pour les patients?

Dr Beaudet : Comme je l'ai dit, il est très clair pour nous qu'il faudrait appuyer la stratégie de recherche axée sur le patient, que j'ai brièvement mentionnée dans mes observations. C'est une initiative unique. Elle fait intervenir une coalition formée des provinces et des territoires, du gouvernement fédéral et aussi de représentants du secteur des organismes de bienfaisance, des organisations de soins, des centres universitaires des sciences de la santé, des patients bien sûr et du secteur privé.

Nous voulons abattre les cloisons et travailler ensemble pour établir des moyens, des infrastructures et du soutien aux professionnels de la santé à l'échelle du pays, l'objectif étant de mieux intégrer la recherche et les soins et de veiller à pratiquer une médecine vraiment fondée sur des preuves.

Pour le faire, nous œuvrons sur plusieurs fronts. Nous bâtissons des infrastructures sous forme d'unités de soutien de la recherche clinique dans chaque province. Nous voulons nous assurer que les chercheurs et les cliniciens du pays travaillent en collaboration. Nous avons également l'intention de créer des réseaux s'occupant de thèmes précis. Nous avons déjà arrêté notre choix sur les deux premiers : ils s'occuperont de santé mentale et de soins primaires. Ainsi, nous aurons rapidement accès à des patients pour la recherche clinique partout dans le pays et pourrons mobiliser les efforts collectifs de tous nos chercheurs. Ces réseaux se fonderont sur l'infrastructure des unités de soutien.

Nous voulons également établir des mécanismes pour former les professionnels de la santé à la recherche en réservant le temps nécessaire à cette fin afin qu'ils puissent acquérir les compétences voulues pour faire de la recherche. Nous voulons devenir plus compétitifs à l'échelle internationale dans le domaine de la recherche clinique, surtout pour attirer des gens de ce secteur au

know, to other countries. We have an excellent environment and a perfect niche for unique clinical trials in this country, but we have to be able to provide the infrastructure.

Foremost is to ensure better mechanisms in order to include decision makers in the development of research protocols and the generation of ideas to ensure that we can rapidly disseminate the research results and ingrate them into practice.

The Chair: Dr. Armstrong, do you have a quick rejoinder here?

Dr. Armstrong: I believe we need to establish national standards and make our system accountable. We need to measure those standards. We need to get return on our investment that is more meaningful than we have in the past, and we need to emphasize innovative transformative change, then publish the results on an annual basis.

Dr. Meulien: There are two key elements here. One that is not yet implemented correctly in Canada is the electronic health record, which I know is very challenging but very important. The second thing is to ensure an open system that is open to quickly integrating new innovations. That as well is a challenge for the system.

Senator Merchant: We have a high incidence of MS in Western Canada. I am from Saskatchewan. You have spoken about clinical trials. There has been a lot of anxiety currently because there is an MS therapy that has received a lot of publicity. There seems to be an exodus of people who can afford that therapy and some who cannot and go to different countries to receive it.

I would like to hear from you as to whether, with the clinical trials we are doing in Saskatchewan, that money is being spent in Canada. Is that research being done in Canada? Are you involved or do you have opinions, using this particular MS therapy as an example, as to how we deal with these issues in Canada today?

Dr. Beaudet: Certainly. As you know, Minister Agluuqaq has announced that CIHR will be launching, before the end of November, a call for proposals for phase 1 and 2 clinical trials on the therapy you are referring to, which is the Zamboni procedure, or CCSVI. This procedure consists of expanding veins in the neck to try to improve some of the symptoms of MS.

As you know, there has been a lot of discrepancy in the scientific literature regarding the efficacy and the safety of the procedure. Therefore, the phase 1 and 2 trials will look at safety and establish the proper diagnostic parameters and the proper

Canada car, comme vous le savez, nous perdons des experts de ce domaine au profit d'autres pays. Nous avons au Canada un excellent environnement et un créneau parfait pour des essais cliniques particuliers. Nous devons cependant être en mesure de fournir l'infrastructure nécessaire.

Le plus important est de mettre en place de meilleurs mécanismes pour faire participer les décideurs à l'élaboration des protocoles de recherche et à la production d'idées permettant de diffuser rapidement les résultats de la recherche et de les intégrer dans la pratique.

Le président : Docteur Armstrong, avez-vous quelque chose à ajouter brièvement?

Dr Armstrong : Je crois que nous devons définir des normes nationales et prévoir des moyens de rendre compte des résultats obtenus. Nous devons mesurer les normes. Il faut que nous obtenions un rendement sur notre investissement, qui soit plus concret que ce que nous avons eu dans le passé. Nous devons aussi mettre l'accent sur le changement transformateur et innovateur et publier les résultats chaque année.

Dr Meulien : Il y a deux éléments importants à noter. D'abord, les dossiers de santé électroniques, que nous n'avons pas encore mis en œuvre correctement au Canada. Je sais que c'est très difficile, mais c'est aussi très important. Ensuite, notre système doit être plus ouvert pour être en mesure d'intégrer rapidement les innovations. C'est encore là un autre défi pour le système.

Le sénateur Merchant : Nous avons une forte incidence de sclérose en plaques dans l'Ouest. Je viens de la Saskatchewan. Vous avez parlé d'essais cliniques. Il y a actuellement beaucoup d'anxiété parmi les personnes atteintes de sclérose en plaques à cause d'une thérapie qui a fait l'objet d'une grande publicité. Nous avons un véritable exode de malades qui peuvent se payer ce traitement — par opposition à ceux qui n'en ont pas les moyens — vers différents pays qui l'offrent.

J'aimerais que vous me disiez, compte tenu des essais cliniques entrepris en Saskatchewan, si l'argent est dépensé au Canada. Ces recherches sont-elles effectuées chez nous? Y participez-vous ou avez-vous une opinion à ce sujet? Pouvez-vous nous dire, en prenant ce traitement particulier de la sclérose en plaques comme exemple, de quelle façon nous affrontons ces questions au Canada aujourd'hui?

Dr Beaudet : Très volontiers. Comme vous le savez, la ministre Agluuqaq a annoncé que les IRSC lanceront, avant la fin novembre, un appel de propositions pour les phases 1 et 2 des essais cliniques portant sur la thérapie que vous avez mentionnée, c'est-à-dire la procédure Zamboni de traitement de ce qu'on appelle l'insuffisance veineuse céphalorachidienne. La procédure consiste à élargir les veines du cou pour soulager certains des symptômes de la sclérose en plaques.

Comme vous le savez, l'efficacité et la sûreté de cette procédure sont très controversées dans la littérature scientifique. Par conséquent, les phases 1 et 2 des essais cliniques permettront d'examiner la sécurité, les paramètres de diagnostic et les résultats à

outcomes to be measured. It will verify whether the opening of the vein through angioplasty improves blood flow and will determine how long any improvement may last. If the ongoing research continues to hint at an association between CCSVI and MS, which is still in question, that could potentially lead to a much larger trial in the future. This much larger trial would therefore be based on solid evidence from phase 1 and 2 trials, which is the normal way things are done. Yes, Canada is moving in that direction.

Senator Martin: I feel we are getting to the key language or details that we need to put on record. My question is regarding this linkage of transferring knowledge to practice. Everyone says there are silos and that the problem is the gap. There needs to be a bridge to ensure more effective knowledge transfer between researchers and clinicians. Clearly, we are making investments and there is innovation, but how do we actually transfer it and link it?

In that space, that gap, I heard some of you talk about the mechanisms we need, whether it is the e-records and/or establishing certain national standards.

Would any one of you speak to the importance of a trans-disciplinary model in that if we have an interdisciplinary model wherein each specialized group is doing their thing, there could still be a gap? There has to be some sort of crossover to clearly integrate.

What mechanisms would we need in order for a trans-disciplinary model to work and what language needs to be in the accord to allow this to be a clear target going forward?

Dr. Tamblyn: I would love to answer that question. It is a critical one. Here is the scope: What you really want is to prevent disease, improve outcomes, reduce disparities and improve efficiencies. Those are the four things you want to do. You do not want to tie people's hands behind their backs and say that you need to do it with an electronic health record or you need to do it with such and such. You want that very smart workforce at the front line to be engaged in that innovation. If you said that this is what we want to accomplish and we want to monitor that and we want to even pay for that — that would be revolutionary, right — then, in fact, you will see the most creative things happen on the front line. That is really where the innovation is and it will produce exactly what you want, without tying people's hands as to how they get there. They will get there. If you benchmark the right outcomes then they will get there.

I have complete confidence in the creativity, dedication and intelligence of the health professional workforce in Canada. We just need to liberate them to get going.

Dr. Meulien: I will add a point from more of a technology piece. I believe one of the gaps you are referring to is the lack of a robust, country wide technology assessment system that would say that this technology is going to bring value to this part of the

mesurer. Elles confirmeront ou infirmeront la thèse selon laquelle l'élargissement de la veine par angioplastie améliore la circulation du sang et, si c'est le cas, détermineront si l'amélioration est durable. Si la recherche continue à suggérer une association entre l'insuffisance veineuse céphalorachidienne et la sclérose en plaques — association qui n'est pas encore établie —, il serait possible d'entreprendre à l'avenir un essai sur une échelle beaucoup plus grande. Cet essai serait alors fondé sur des preuves concrètes découlant des phases 1 et 2 des essais cliniques. C'est la façon normale de procéder. Oui, le Canada s'oriente dans cette direction.

Le sénateur Martin : J'ai l'impression que nous en venons aux dispositions ou aux détails clés à inclure dans l'accord. Ma question porte sur le transfert des connaissances dans la pratique. Tout le monde parle de cloisonnement et dit que le problème réside dans l'écart. Nous avons besoin d'un pont pour assurer un transfert plus efficace des connaissances entre chercheurs et cliniciens. De toute évidence, nous faisons des investissements et nous innovons, mais où est le lien et comment se fait le transfert?

Au sujet de cet écart, j'ai entendu quelques-uns d'entre vous parler des mécanismes dont nous avons besoin, qu'il s'agisse de dossiers électroniques ou de normes nationales.

Est-ce que l'un des témoins peut nous parler de l'importance d'un modèle pluridisciplinaire? De plus, si nous avons un modèle pluridisciplinaire dans lequel chaque groupe spécialisé travaille à part, aurons-nous encore cet écart? Nous avons besoin d'une interface d'une forme ou d'une autre pour réaliser l'intégration.

De quels mécanismes aurons-nous besoin pour faire fonctionner un modèle pluridisciplinaire? Quelles dispositions faudrait-il inscrire dans l'accord pour que cela constitue un objectif clair à l'avenir?

Dre Tamblyn : Je serais enchantée de répondre à cette question. Elle est vraiment critique. Voici le problème : ce que vous voulez vraiment, c'est prévenir les maladies, améliorer les résultats des interventions, réduire les disparités et augmenter l'efficacité. Ce sont les quatre objectifs à atteindre. Nous ne voulons pas lier les mains des gens en leur disant qu'ils ont besoin de dossiers électroniques ou encore de telle ou telle chose. Nous voulons que notre personnel hautement compétent de première ligne participe à l'innovation. Si nous pouvons dire à ces gens ce que nous voulons accomplir — pour ensuite contrôler le travail et même le payer —, ce qui serait vraiment révolutionnaire, nous assisterons à une véritable flambée de créativité en première ligne. C'est vraiment là que se situe l'innovation et c'est là que nous obtiendrons exactement ce que nous voulons sans lier les mains des gens en leur dictant la façon de procéder. Ils y arriveront tout seuls. Il suffit de définir les résultats voulus pour qu'ils réussissent à y parvenir.

J'ai pleine confiance dans la créativité, le dévouement et l'intelligence des professionnels de la santé du Canada. Nous devons simplement les laisser libres d'agir.

Dr Meulien : Je voudrais ajouter une chose d'un point de vue technologique. Je pense qu'une des lacunes dont vous parlez réside dans l'absence d'un système robuste et vraiment national d'évaluation de la technologie, qui nous permettrait de déterminer

system. I think the onus is placed across the divide; I think the onus is on funders of research like ourselves, who should demand of multidisciplinary project teams to come with solid economic analyses around some of these new innovations that provide health authorities from the provincial standpoint justification for deciding, decision making on clear evidence that yes, this will bring value.

I do not think we have done that properly and I think we should be able to improve that and it is partly to do with — this is Genome Canada speaking — the way we design our programs. We can make improvements to include some of these pieces of the puzzle. Paul Armstrong just talked about the multidisciplinary team kind of thing and I believe that applies to the way we fund our research as well. Those kinds of things will make a difference.

Senator Seidman: In a way, we have all been tackling the same issue; perhaps in slightly different ways. If I could just go back again to the importance of knowledge transfer; you have all referred to it and we have heard it in previous sessions, there is no question about that.

There are obviously difficulties in translating innovations into research, into clinical practice, and part of it appears to be a lack of integration. You have referred to it at levels of governments and among health professionals, both between and among those groups.

In the name of cost effectiveness in health care, should we and how can we build in knowledge translation in future accords?

Dr. Armstrong: I would like to comment on the information technology that is so critical to knowledge transfer and try and consolidate the previous and the current question, if I may, Mr. Chair.

We all should electronically possess our own record and our health information. Although I am from Alberta, if I experience loss of consciousness on the way to the airport this afternoon and arrive in an emergency room my information should be immediately available to the emergency room nurse who sees me at the first point of care.

If a Newfoundland oil sands worker with heart failure in the tar sands sees us in our clinic, we should be able to remind him to stop smoking and take his medication through cell phone and electronic record on a regular basis through a shared opportunity amongst health care professionals.

si telle ou telle technologie ajoutera de la valeur à telle ou telle partie du système. Je crois que la responsabilité se situe au milieu. Il incombe à ceux qui financent la recherche, comme nous-mêmes, d'exiger des équipes de projet pluridisciplinaires de produire de bonnes analyses économiques de certaines de ces innovations pour permettre aux autorités provinciales de la santé de prendre des décisions éclairées fondées sur des preuves concluantes établissant la valeur des moyens proposés.

Je ne crois pas que nous ayons fait cela adéquatement. Nous devrions être en mesure d'améliorer notre façon de procéder. Cela est partiellement lié — je parle ici au nom de Génome Canada — à la façon dont nous concevons nos programmes. Nous pouvons faire des améliorations pour inclure quelques-unes des pièces de ce casse-tête. Paul Armstrong vient de parler de l'approche pluridisciplinaire. Je crois que cela s'applique aussi à la façon dont nous finançons la recherche. Des choses de ce genre peuvent sûrement avoir une influence.

Le sénateur Seidman : D'une certaine façon, nous pensons tous à la même question, peut-être avec quelques variantes. J'aimerais revenir à la transposition des connaissances. Il n'y a pas de doute que vous en avez tous parlé, comme d'autres témoins lors de séances précédentes.

Il y a de toute évidence des difficultés pour passer des innovations découlant de la recherche à la pratique clinique. Cela semble attribuable, du moins en partie, au manque d'intégration. Vous avez mentionné cet aspect en parlant des différents ordres de gouvernement et des différents professionnels de la santé, le manque d'intégration se manifestant aussi bien entre ces groupes que parmi leurs membres.

Pour assurer un bon rapport efficacité-coût dans le système de santé, devrions-nous inclure la transposition des connaissances dans les accords futurs? Si oui, comment?

Dr Armstrong : Je voudrais parler des technologies de l'information qui sont tellement essentielles à cette transposition. J'essaierai ainsi de répondre tant à cette question qu'à la précédente, si vous le permettez, monsieur le président.

Nous devrions tous avoir notre propre dossier de santé électronique. Même si je suis de l'Alberta, si je perdais connaissance en me rendant à l'aéroport cet après-midi et que je me retrouvais dans la salle des urgences d'un hôpital, l'infirmière de service qui m'examinera au premier point de contact devrait pouvoir immédiatement accéder à mon dossier.

Si un travailleur de Terre-Neuve employé par une entreprise d'exploitation de sables bitumineux et souffrant d'insuffisance cardiaque vient nous voir à notre clinique, nous devrions pouvoir lui rappeler régulièrement par téléphone portable, en consultant son dossier électronique, qu'il doit cesser de fumer et prendre ses médicaments, grâce à la collaboration entre professionnels de la santé.

We are now caring for patients with heart attack, reading their electrocardiograms over cell phone technology in the field with devolution of care to paramedics in northern Alberta.

The sharing of care, the information technology, the collaboration and paying for quality, rather than for the number of services we provide, is clearly the way we need to get to where we need to be in the future.

Dr. Beaudet: It is a challenge because we are talking about a change in culture. We take it for granted that we practice evidence-based medicine, but in fact we do that only in part. We have to realize that excellence in care is totally linked to health innovation and to research, not only research that will compare new, innovative techniques or procedures with what we are already doing, but also research on comparative effectiveness, which will look at what we are doing and ensuring that we are doing more good than harm.

It means a whole new culture of evaluating everything we are doing — accountability, as Dr. Armstrong said. It means ensuring that, as a matter of culture, we know that constant evaluation will ensure that we are employing the best and most up-to-date practice, and this is what will bring excellence in care. That culture has to be standardized across the nation.

The Chair: Thank you.

I have a list here. We will get additional questions, and I indicated that we would like follow-up responses from you in more detail. I would like to get my colleagues' questions on the record with you present.

Senator Cordy: My first question requires a yes or no.

Dr. Beaudet, Senator Merchant asked about MS CCSVI. I know you published a report in June for the minister. May the committee have a copy of that report?

Dr. Beaudet: Certainly.

Senator Cordy: I would like to go to the issue of human health resources, which of course was in the previous accord, the one we are currently using, but we still find in Nova Scotia shortages of medical personnel. I guess I have been on this committee a long time because we studied the health care system in the early 2000s and this was a big issue then and it still seems to be an issue. Are we using our health care personnel effectively? How will we train to ensure we do not have shortages so the Canadian people we are talking about have individualized programs and people have access to medical personnel?

Nous pouvons aujourd'hui soigner des patients qui viennent d'avoir une crise cardiaque en examinant leur électrocardiogramme sur un téléphone portable, grâce au transfert des soins aux équipes paramédicales dans le Nord de l'Alberta.

Les soins à distance, les technologies de l'information, la collaboration et les paiements fondés sur la qualité plutôt que sur le nombre de services dispensés constituent clairement la voie que nous devons suivre pour répondre aux besoins de l'avenir.

Dr Beaudet : C'est un défi parce que nous parlons ici d'un changement de culture. Nous tenons pour acquis que nous pratiquons une médecine fondée sur les preuves, mais en réalité, nous ne le faisons que partiellement. Nous devons comprendre que l'excellence des soins est totalement liée à l'innovation et à la recherche en santé. Nous parlons ici non seulement de la recherche qui compare de nouvelles techniques ou procédures à ce que nous faisons actuellement, mais aussi de la recherche portant sur l'efficacité comparative, qui cherche à déterminer si ce que nous faisons fait plus de bien que de mal.

Cela implique une toute nouvelle culture d'évaluation de tout ce que nous faisons. Il faut rendre compte de nos activités, comme l'a dit le Dr Armstrong. Nous devrions comprendre, par instinct, qu'une évaluation constante nous permettra de savoir si nous usons des meilleures méthodes et des procédures les plus actuelles. Voilà ce qui assurera l'excellence dans les soins. Cette culture devrait constituer la norme partout dans le pays.

Le président : Je vous remercie.

J'ai ici une liste. Nous pourrions poser d'autres questions. J'ai déjà mentionné que nous aimerions avoir de vous des réponses écrites plus détaillées. J'aimerais cependant que mes collègues puissent poser leurs questions en votre présence.

Le sénateur Cordy : Ma première question n'exige qu'une réponse par oui ou par non.

Docteur Beaudet, le sénateur Merchant vous a posé une question au sujet de la sclérose en plaques et de l'insuffisance veineuse céphalorachidienne. Je sais c'est que vous avez produit en juin un rapport à l'intention de la ministre. Le comité peut-il en avoir un exemplaire?

Dr Beaudet : Certainement.

Le sénateur Cordy : Je voudrais passer à la question des ressources humaines en santé, qui figurait évidemment dans l'accord précédent, celui que nous utilisons actuellement. Nous constatons des pénuries de personnel médical en Nouvelle-Écosse. Je suis membre de ce comité depuis longtemps puisque je me souviens que nous avons étudié le système de santé au début des années 2000. C'était un grand problème à l'époque, et on a l'impression que c'est encore un problème. Utilisons-nous efficacement nos professionnels de la santé? Comment pouvons-nous agir sur la formation pour qu'il n'y ait plus de pénuries, pour que les Canadiens puissent bénéficier des soins personnalisés dont vous avez parlé et pour que les gens aient accès à du personnel médical?

Dr. Armstrong: No, we are not using our health professionals appropriately. In relation to the collaborative research of which Dr. Beaudet speaks, we need to do this better. Our emergency rooms are clogged with people with complaints that should be dealt with by a nurse navigator in the community. We talk about 5 million Canadians not having access to a family doctor, but they should have access to an integrated health care team where the first point of care would not necessarily be a physician.

In the disposition of our practitioners, in whatever discipline, and failure to be integrated, with some substantial exemptions, there are islands of excellence across the country but we need to make this a full-scale geographic map where all have access to an integrated health care system. Then I think we can make much better use of the current professionals we have and get value for investment.

Senator Hubley: I believe it was Dr. Tamblyn who mentioned a new generation of community based health care systems. That is somewhat exciting because I sense that that will bring in family responsibilities. We are looking at childhood situations and I wonder if you might elaborate on that for us, how you envision that happening?

Dr. Tamblyn: There are probably three things we could actually focus on that would produce massive innovation. We can look at some of the most prevalent problems, conditions in our society such as obesity. Clearly you will not solve obesity by increasing the number of ORs providing stomach stapling services. That will not be the way to go. Public health interventions aimed at improving quality of lifestyle, food security and tax reforms with respect to sales tax on foods will be a way forward.

We did so well with smoking. We are a model for smoking. We can tackle this, but it means the same kind of foresight of saying that we have some public health interventions and population health interventions, and we will combine that with an inter-professional service delivery model that will be aimed at improving healthy lifestyles and so on.

What is really interesting is that for two decades at least people have said they want to manage their conditions better themselves. They want to manage their health better themselves. We have not empowered people to do that.

Dr. Armstrong's point about information technology will be important. People want to have access to their records. They want to have access to information about what will make them better. They want to know what the evidence says about what they should do better and how to do it. We should organize to give it to them. They are the power behind the behaviour change that individuals and families will make.

Dr. Armstrong : Non, nous n'utilisons pas adéquatement nos professionnels de la santé. Dans le contexte de la recherche en collaboration dont parle le Dr Beaudet, nous aurions besoin de faire mieux. Nos salles d'urgence sont encombrées par des gens dont les ennuis de santé devraient être traités par une infirmière-pivot dans la collectivité. Nous disons que près de cinq millions de Canadiens n'ont pas accès à un médecin de famille, mais ils devraient avoir accès à une équipe intégrée de soins dans laquelle le premier point de contact ne serait pas nécessairement un médecin.

Parmi nos praticiens de toutes les disciplines, il y a un manque flagrant d'intégration, avec quelques exceptions importantes représentées par les îlots d'excellence que nous avons un peu partout. Nous avons cependant besoin de faire évoluer la situation pour aboutir à une sorte de carte géographique à grande échelle permettant à tous d'avoir accès à un système intégré de soins de santé. Nous pourrions alors faire une utilisation beaucoup plus judicieuse de nos professionnels actuels et obtenir un meilleur rendement sur notre investissement.

Le sénateur Hubley : Je crois que c'est la Dre Tamblyn qui a parlé d'une nouvelle génération de soins communautaires. Je trouve cela particulièrement intéressant parce que j'ai l'impression que cela fera intervenir les responsabilités familiales. Nous pensons à la situation des enfants. Je me demande si vous pouvez nous en dire davantage. Comment envisagez-vous cette évolution?

Dre Tamblyn : Il y a probablement trois choses sur lesquelles nous pourrions concentrer nos efforts pour réaliser une innovation massive. Nous pouvons examiner certains des problèmes les plus courants de notre société, comme l'obésité. Il est évident qu'on ne réglera pas le problème de l'obésité en augmentant le nombre des salles d'opération qui pratiquent la gastroplastie. Ce ne serait pas la bonne façon de procéder. Des interventions de santé publique visant à améliorer la qualité de vie, la sécurité alimentaire et une réforme des taxes de vente sur les aliments constituent les moyens à envisager.

Nous avons obtenu d'assez bons résultats dans le cas du tabagisme. Le Canada est devenu un modèle dans ce domaine. Nous pouvons affronter le problème de l'obésité, mais il faut une certaine vision pour combiner des interventions de santé publique, des interventions de santé de la population et un modèle de service interprofessionnel pour encourager un mode de vie plus sain, et ainsi de suite.

Le plus intéressant, c'est que, depuis au moins deux décennies, les gens disent qu'ils veulent s'occuper eux-mêmes de leur santé. Ils souhaitent mieux gérer eux-mêmes leur santé. Toutefois, nous ne leur avons pas donné les moyens de le faire.

Les arguments du Dr Armstrong concernant les technologies de l'information sont importants. Les gens veulent avoir accès à leur dossier. Ils veulent pouvoir consulter l'information concernant ce qui peut améliorer leur santé. Ils souhaitent connaître les faits sur ce qui peut leur faire du bien. Nous devrions nous organiser pour mettre cette information à leur disposition. Ce sont eux qui ont le pouvoir de changer leur comportement et celui de leur famille.

We have the smarts and the tools, we just need to try out some things and see what will work and make sure we scale it up this time and set up the conditions to do so.

Senator Braley: My question is an extension of the two previous questions. I believe the clinical approach is absolutely correct. McMaster is now in the process of evaluating to move all their general practitioners being trained in the clinical environment and also looking at the scope of work at each station, whether the nurse or the nurse practitioners can do things, or what person takes on the task, and the scope of the work of the doctor being reduced and putting them in the clinical situation as they are being trained. This is so they become much more useful and they have the culture now.

Should we not be taking a look at how we train them? I do not think any general practitioner today gets one course on eldercare in their curriculum. There are so many things that should be looked at in this area. Am I assessing this correctly?

Dr. Armstrong: You are spot on, senator, and many of us received our initial training basically in a hospital-based system around acute disease. We were not trained adequately in primary or secondary prevention, and we had little experience in the outpatient care which is where, of course, prevention must occur.

The other point to make is that it is highly likely that we should be having, in the first few years of training, dentists, pharmacists, physicians and nurses working together in the same educational milieu because of the cross-fertilization that occurs. Not all physicians should be trained the same way and, indeed, for many the training is too long. There needs to be a culture shift here, both in terms of the collective training of the health professionals and where they are trained. As you point out, much of this should be done outside of the critical care institutions.

Senator Braley: Should public health be forced to be part of and joined together with the training of the doctors?

Dr. Armstrong: Absolutely, sir.

The Chair: Now I will go to two senators on a second round and then I will end by asking a question.

Senator Eggleton: I was kind of anxious to hear Dr. Tamblyn's response.

The Chair: We can do that and then have you put your question on the record.

Senator Eggleton: I will put my question on the record then. I am following notes from my researchers on this, but I am interested in the answer you gave, Dr. Beaudet, about Canada's

Nous avons les idées et les moyens. Nous devons simplement essayer quelques formules pour déterminer ce qui marche, puis essayer d'en généraliser l'adoption en définissant les conditions nécessaires.

Le sénateur Braley : Ma question est un prolongement des deux dernières. Je crois que l'approche clinique est absolument celle qui convient. L'Université McMaster procède actuellement à une évaluation en vue de former tous ses omnipraticiens en milieu clinique. Elle examine aussi la nature du travail à chaque poste pour déterminer si l'infirmière ou l'infirmière praticienne peut faire certaines choses afin de réduire la charge du médecin et de le placer en situation clinique pendant qu'il suit sa formation. Ainsi, les médecins deviendraient beaucoup plus utiles et s'adapteraient tout de suite à la nouvelle culture.

Ne devrions-nous pas examiner la formation qui est actuellement donnée? J'ai l'impression que les omnipraticiens ne suivent actuellement aucun cours sur les soins à donner aux aînés dans le cadre de leurs études. Il y a tant de choses à revoir dans ce domaine. Êtes-vous d'accord sur mon évaluation de la situation?

Dr. Armstrong : Vous avez parfaitement raison, sénateur. Beaucoup d'entre nous ont suivi leur formation initiale essentiellement en milieu hospitalier, soignant des maladies aiguës. Nous n'avons pas reçu une formation suffisante en prévention primaire ou secondaire et n'avons que peu d'expérience des soins en clinique externe, qui doivent bien sûr comprendre la prévention.

L'autre point important, c'est qu'il est très probable que nous devrions avoir, dans les premières années de formation, des dentistes, des pharmaciens, des médecins et des infirmières qui travaillent ensemble dans le même milieu pour favoriser l'enrichissement mutuel. Les médecins ne devraient pas tous recevoir la même formation. En effet, pour beaucoup d'entre eux, la formation actuelle est bien trop longue. Nous avons besoin de changements de culture, tant au chapitre de la formation collective des professionnels de la santé qu'en ce qui concerne le lieu où la formation est donnée. Comme vous l'avez signalé, une bonne part de la formation devrait se faire à l'extérieur des établissements de soins intensifs.

Le sénateur Braley : Est-ce que la santé publique devrait être imposée comme partie intégrante de la formation des médecins?

Dr. Armstrong : Absolument, monsieur.

Le président : Je vais maintenant donner la parole à deux sénateurs dans un second tour, après quoi je poserai moi-même une question.

Le sénateur Eggleton : J'aurais bien voulu entendre la réponse de la Dre Tamblyn.

Le président : Nous pouvons procéder ainsi, puis vous énoncerez simplement les questions que vous voulez poser.

Le sénateur Eggleton : Je vais poser mes questions tout de suite. Je suis les notes que m'ont préparées mes collaborateurs, mais j'ai écouté avec intérêt, docteur Beaudet, la réponse que vous avez

strategy for patient-oriented research, which is a report you did. It aims, as I understand, is to introduce innovative diagnostic and therapeutic approaches into clinical care.

According to the strategy, Canada faces two “death valleys” in terms of knowledge translation. First, Canada lacks the capacity to translate discoveries in biomedical laboratories into clinical practice while commercializing those discoveries. We know that old story. Second, Canada is limited in capacity to synthesize and disseminate existing research into clinical practice settings and health care policy making. How do you address these two issues?

Dr. Beaudet: As I said, we want to address these issues by acting on a number of elements — by providing better infrastructure and by providing better support to train and foster health professionals who are involved in research and particularly in clinical research. We also want to provide more support for clinical trials and clinical research broadly, but also for research synthesis and for the writing of guidelines aimed at the uptake of research results. That is the real challenge.

Senator Eggleton: What is the federal role in that though?

Dr. Beaudet: The federal role in that is really its role in supporting research, and in the case of CIHR, its role in delivering on its full mandate. Its full mandate is not only basic biomedical research, as you know, it is also clinical research and also public and population health research and it is also health services and policy research. In doing that, we can ensure standardization and excellence of care across the provinces, but we cannot do it alone. If we do not do it with the provinces, this uptake we are talking about will not happen.

Moreover, we really need to get the decision makers and the heads of the academic health centres, fully integrated and fully involved in this project. We have to modify the way we are evaluating this kind of research to ensure that not only have the results been obtained and published, but that in fact they have locally and nationally changed the practice.

Dr. Meulien: Dr. Beaudet said there was a culture change necessary and going back to the knowledge transfer piece. This is crucial for our own field in genomics. For each of our projects we integrate social science and humanities research within the program to try and foresee what will be the barriers going down the line in terms of technology transfer. What infrastructure changes would there need to be? Is it a clinical lab change, the human resource issues, the regulatory issues? All of these are integrated into our projects and I think that is a theme that will

donnée au sujet de la stratégie canadienne de recherche axée sur le patient, qui fait l'objet d'un de vos rapports. Si j'ai bien compris, elle a pour but d'introduire des approches novatrices de diagnostic et de traitement dans les soins cliniques.

Selon cette stratégie, le Canada doit faire face à « deux fossés du paysage de la santé » sur le plan de la transposition du savoir. Premièrement, le Canada ne possède pas la capacité de transposer les découvertes des laboratoires biomédicaux dans les pratiques cliniques ni de les commercialiser. Nous connaissons cette vieille histoire. Deuxièmement, le Canada ne possède qu'une capacité limitée de synthétiser, de diffuser et d'intégrer dans les pratiques cliniques et dans le processus d'élaboration des politiques de soins de santé les résultats de la recherche existante. Comment comptez-vous affronter ces deux problèmes?

Dr Beaudet : Comme je l'ai dit, nous voulons nous attaquer à ces problèmes en agissant sur un certain nombre d'éléments : prévoir une meilleure infrastructure et un meilleur soutien pour former et encourager les professionnels de la santé qui font de la recherche, et particulièrement de la recherche clinique. Nous voulons aussi assurer plus d'appui aux essais cliniques et, plus généralement, à la recherche clinique ainsi qu'à la synthèse de la recherche et à la rédaction de lignes directrices sur l'application des résultats de la recherche. Voilà le vrai défi.

Le sénateur Eggleton : Quel rôle le gouvernement fédéral peut-il jouer à cet égard?

Dr Beaudet : Le rôle fédéral consiste à appuyer la recherche. Dans le cas des IRSC, ils doivent pouvoir s'acquitter de leur plein mandat. Au-delà de la recherche biomédicale de base, ce mandat s'étend, comme vous le savez, à la recherche clinique, à la recherche sur la santé publique et la santé de la population ainsi qu'à la recherche sur les services de santé et la politique de la santé. En le faisant, nous pouvons assurer la normalisation et l'excellence des soins dans toutes les provinces, mais nous ne pouvons pas le faire tout seuls. Si nous n'avons pas la collaboration des provinces, la participation que nous recherchons ne se concrétisera pas.

De plus, nous devons absolument amener les décideurs et les dirigeants des centres universitaires de la santé à s'intéresser de très près à ce projet. Nous devons modifier la façon dont nous évaluons ce genre de recherche pour nous assurer non seulement qu'elle a abouti à des résultats et que ceux-ci ont été publiés, mais aussi qu'elle a modifié la pratique à l'échelle tant locale que nationale.

Dr Meulien : Le Dr Beaudet a dit qu'il fallait un changement de culture et une transposition des connaissances. Cela est absolument essentiel dans notre propre domaine, la génomique. Pour chacun de nos projets, nous intégrons la recherche en sciences sociales dans le programme pour prévoir les obstacles que nous rencontrerons plus tard au chapitre des transferts technologiques. De quels changements d'infrastructure aurons-nous besoin? S'agit-il de changement touchant les laboratoires cliniques, les ressources humaines ou les aspects réglementaires?

recur. Once again, some of what we can do in terms of actors is in terms of program design to ensure that the deliverables are most likely there at the end of the project.

Senator Eaton: This is for Dr. Meulien. What is Genome Canada's relationship to universities, or to things like the newly opened Lee Ka Shing Institute, to coordinate and help transfer, translate medical research to the big wide world?

Dr. Meulien: When we fund programs we fund academically driven programs traditionally. Our relationship with the university is we contract through our regional genome centres with the universities so it is a contract-based model, and accountability from the universities in terms of the milestones, et cetera, that we deliver. This applies as well to any research institutes that may well be involved in the projects.

Senator Eaton: Do you then take the results of that research and do you translate it?

Dr. Meulien: This comes back to the program design. The translation should be part of the program design, and we do milestone-driven types of programs which are followed very carefully because we are dealing with large-scale science. One of our projects is about \$10 million. Therefore we carefully monitor these, so translation is part of the program design.

The Chair: Obviously you have all covered really exciting and important areas. I would like to ask one question. I will start with Dr. Meulien and then I think the others may want to comment.

One of the issues we have seen among the many difficulties we have is with the use of pharmaceuticals. We know there are a great number of issues there, much of which has to do with the lack of information immediately available to a given patient at a given time. However, there is another aspect, and that is there is normally a subset of the population that will react severely to almost any new compound. We have seen in the recent past one of the most promising pain relief medicines removed from general use because of exceptional problems in a subset of the population.

Dr. Meulien, do you see the advances in genetic understanding as translating soon into a practical way to determine when an individual may be subject to a severe reaction as opposed to having a clean opportunity to benefit from a modern miracle of science?

Dr. Meulien: Adverse drug reactions account for about \$15 billion of cost to the Canadian health system. Probably over 90 per cent of these are genetically determined. The proof of concept is already there. I explained the codeine story. We are saving lives through this new label change for codeine, which was responsible for some unexplained infant mortality.

Tout cela est intégré dans nos projets. Je crois que c'est un thème qui reviendra. Une fois de plus, nous devons notamment agir sur la conception du programme pour veiller à obtenir les résultats attendus au terme du projet.

Le sénateur Eaton : Je voudrais poser une question au Dr Meulien. Quelles relations Genome Canada a-t-il établies avec les universités ou des établissements tels que le nouvel Institut Lee Ka Shing en vue de coordonner et de faciliter la transposition des résultats de la recherche médicale?

Dr Meulien : Nous avons de tout temps financé des programmes dirigés par des universités. Nos centres régionaux signent des contrats avec les universités. Nos relations se fondent donc sur un modèle contractuel. Les universités rendent compte de leurs activités en fonction des étapes et des échéances prévues. Cela s'applique aussi aux instituts de recherche pouvant participer aux projets.

Le sénateur Eaton : Dans ce cas, vous chargez-vous vous-mêmes de la transposition des résultats de la recherche?

Dr Meulien : Cela dépend du plan du programme. La transposition devrait en faire partie. Nos programmes comportent des étapes précises que nous suivons de très près parce qu'il s'agit de travaux scientifiques de grande envergure. L'un de nos projets à une valeur d'environ 10 millions de dollars. Par conséquent, nous faisons un suivi soigneux, et la transposition fait partie du plan du programme.

Le président : De toute évidence, vous avez tous parlé de domaines aussi importants qu'intéressants. J'ai une question à poser. Je demanderai au Dr Meulien de répondre en premier, après quoi les autres témoins pourront formuler des commentaires, s'ils le souhaitent.

L'un des problèmes que nous avons notés parmi les nombreuses difficultés qui existent porte sur l'utilisation des produits pharmaceutiques. Nous savons qu'il y a beaucoup de problèmes à cet égard, notamment parce qu'il est difficile pour un patient donné d'obtenir immédiatement des renseignements. Toutefois, il y a un autre aspect : un sous-ensemble de la population réagit très mal à presque n'importe quel nouveau produit. Il n'y a pas très longtemps, il a fallu interdire l'utilisation générale d'un analgésique extrêmement prometteur à cause de réactions exceptionnelles touchant un sous-ensemble de la population.

Docteur Meulien, croyez-vous que les progrès de la génétique permettront bientôt de trouver un moyen pratique de déterminer si un individu réagira mal à un produit ou s'il peut profiter sans crainte d'un miracle moderne de la science?

Dr Meulien : Les réactions indésirables aux médicaments coûtent près de 15 milliards de dollars au système de santé canadien. Il est probable que plus de 90 p. 100 des cas sont d'origine génétique. Nous en avons déjà la preuve. Je vous ai parlé du cas de la codéine. Nous sauvons des vies grâce à la nouvelle modification de l'étiquetage relatif à la codéine, qui provoquait inexplicablement des décès parmi les nourrissons.

Absolutely yes, our knowledge of what genes are now involved in this different drug metabolism that goes on that gives rise to these adverse drug reactions is escalating to a point where we will now be progressively able to understand clearly the genetic basis of these and, by simple testing pre-administration, hopefully a lot of these cases will be avoidable.

Dr. Tamblin: I think you heard from Dr. Peterson yesterday, from the Drug Safety and Effectiveness Network, and one of the platforms in that network is to look at the pharmaco-genomic determinants of drug response. That is definitely what needs to happen. We spend \$500 billion worldwide on drugs and a lot of the time they do not work or they work badly. This is such a promising area of innovation.

Dr. Beudet: Genome Canada and CIHR are working together on a major initiative on personalized medicine — stratified medicine, if you will — to address just these issues which are absolutely key. It is not only a question of side effects; it is also a question of non-responders that totally dilute the effect. In some cases the net result is having patients taking drugs they do not need.

The Chair: Dr. Tamblin, will you be that efficient in answering Senator Eggleton's earlier question where I did not give you an additional chance on his question? Would you focus in on your question?

Senator Eggleton: If the federal government is going to put incentives on the table again, as it did in 2004, what are the areas you think it should provide incentives to entice the provinces?

The Chair: You indicated you wanted to comment, so you must have the answer ready.

Dr. Tamblin: I think you need to focus on the outcomes you are wanting to achieve in accordance with basic principles that we have been known for internationally, which is equitable access, appropriate care and so on, but you need to focus on preventing disease, reducing disparities and improving outcomes, and then you need to put something in an innovation fund to actually make that happen. That would be exciting because then people would be goal-oriented in trying to get that done. In fact, when you look at what has happened in Israel, there they have been effective at trying to produce wonderful innovations and it is because they have been very goal-oriented, they want to get this done and want to actually fund getting it done and then ramping it up. That would be very exciting.

The Chair: Thank you very much. As I mentioned earlier, we have had an exceptional panel here today dealing not only with the practical application but the basic understanding and the development of the issues for the future. We would really like you

Par conséquent, oui, nous savons maintenant que les gènes peuvent modifier le métabolisme et donner lieu à ces réactions indésirables. Nos connaissances augmentent progressivement et devraient en arriver au point où nous serons en mesure de comprendre clairement le fondement génétique de ces réactions. Nous espérons pouvoir alors les éviter dans beaucoup de cas au moyen d'un simple test préalable.

Dre Tamblin : Je crois que vous avez entendu hier le Dr Peterson, du Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments. L'un des objectifs du réseau est d'étudier les déterminants pharmaco-génomiques des réactions aux médicaments. C'est vraiment ce dont nous avons besoin. À l'échelle mondiale, nous consacrons 500 milliards de dollars à des médicaments qui, très souvent, n'ont pas d'effets ou donnent lieu à des effets indésirables. C'est un domaine d'innovation extrêmement prometteur.

Dr Beudet : Génome Canada et les IRSC s'occupent conjointement d'une importante initiative sur la médecine personnalisée ou stratifiée destinée justement à régler ces problèmes, qui sont absolument critiques. Il ne s'agit pas seulement d'effets secondaires. Il y a aussi des gens qui ne réagissent pas du tout aux médicaments. Dans certains cas, nous prescrivons des produits pharmaceutiques dont les patients n'ont pas besoin.

Le président : Docteure Tamblin, seriez-vous assez aimable pour répondre à la question posée plus tôt par le sénateur Eggleton? Je ne vous avais pas donné alors l'occasion de répondre. Sénateur, voulez-vous répéter votre question?

Le sénateur Eggleton : Si le gouvernement fédéral décidait d'offrir des incitatifs, comme il l'avait fait en 2004, dans quels domaines croyez-vous qu'il devrait le faire pour allécher les provinces?

Le président : Vous aviez indiqué que vous avez des observations à formuler. Vous devez donc avoir une réponse toute prête.

Dre Tamblin : Je crois qu'il faudrait se concentrer sur les résultats qu'on veut obtenir, en fonction des principes de base qui ont fait notre réputation dans les autres pays, c'est-à-dire l'accès équitable, des soins appropriés, et cetera. Il conviendrait aussi de penser à la prévention des maladies, à la réduction des disparités et à l'amélioration des résultats des interventions. Il y aurait lieu ensuite de créer un fonds d'innovation pour financer tout cela. Ce serait vraiment très intéressant parce que les gens auraient alors un but précis à atteindre. En fait, si vous examinez ce qui s'est produit en Israël, vous constaterez que les Israéliens ont réussi à produire de magnifiques innovations en axant leurs efforts sur des buts précis, en prévoyant le financement nécessaire, puis en appliquant les résultats à grande échelle. Il serait vraiment très intéressant de procéder de cette manière.

Le président : Merci beaucoup. Comme je l'ai mentionné plus tôt, nous avons eu la chance aujourd'hui d'avoir un groupe extraordinaire de témoins qui nous a parlé aussi bien des applications pratiques que de la compréhension et du

to think about the questions that have been put today, to follow up with us with regard to additional information that you may think of with regard to the questions, and in particular we would invite you to put forward examples. You have given several examples in different areas during your presentations. If you could identify specific examples where advances in science and technology can be implemented more broadly, that would be most welcome.

Furthermore, your comments with regard to the issue of integrating knowledge in the health care activity directly with the individual patient, any further thoughts you have with regard to how that might roll out even faster than it does currently would be most appreciated.

We have our second panel, which will deal with electronic health records. It is something we have been hearing a great deal about. We are looking forward to this presentation.

I will remind our colleagues we will be finishing this session at 12:30. Our questions need to be sharp and focused.

I will now call on Canada Health Infoway, which is represented by two people, Richard Alvarez, President and Chief Executive Officer; and Mike Sheridan, Chief Operating Officer.

Richard Alvarez, President and Chief Executive Officer, Canada Health Infoway: Thank you for this opportunity to appear in front of you today. I will start with the 2004 accord, since it is your primary mission.

In that accord, the first ministers agreed to accelerate the development and implementation of electronic health records and telehealth systems. They did that to improve the quality, access and productivity of our health care system. At the time of Canada Health Infoway's creation a couple of years earlier, there was not an agreement on what an electronic health record was, how it would operate or what the priorities would be. There were no common frameworks and no agreed upon national standards. Privacy and security approaches and practices varied considerably across the country. Much of this is now in place.

I get ahead of myself. Let me speak to how our investments are used to incent the progress towards the vision of the first ministers. Infoway's investments in these areas flow differently from most federal health spending. Canada Health Infoway invests in capital costs of health IT with the provinces and territories. The jurisdictions are responsible for the development of their overall strategies, proposing projects that align with the agreed blueprint, standards and eligibility criteria, and implementing the projects. However, as jurisdictions control the pace of progress, we only pay when deliverables are achieved.

développement des principes à envisager pour l'avenir. Nous aimerions beaucoup que vous réfléchissiez aux questions posées aujourd'hui pour nous transmettre tous les renseignements supplémentaires auxquels vous pourrez penser. Il serait également utile que vous nous donniez des exemples. Vous l'avez déjà fait dans vos exposés, mais si vous pouvez en trouver d'autres portant sur la mise en œuvre à grande échelle des progrès réalisés en sciences et technologie, nous vous en serions très reconnaissants.

Nous serions également heureux d'avoir d'autres observations sur l'intégration directe des connaissances au niveau des soins dispensés aux individus ainsi que sur les moyens de le faire encore plus rapidement qu'à l'heure actuelle.

Nous accueillons maintenant notre second groupe de témoins qui nous parlera des dossiers de santé électroniques. C'est un sujet dont nous avons beaucoup entendu parler. Nous avons hâte d'entendre les témoins.

Je rappelle à mes collègues que notre réunion prendra fin à 12 h 30. Nos questions devront donc être aussi précises que concises.

C'est maintenant au tour d'Inforoute Santé du Canada, qui est représentée par deux personnes : Richard Alvarez, président et chef de la direction, et Mike Sheridan, chef de l'exploitation.

Richard Alvarez, président et chef de la direction, Inforoute Santé du Canada : Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de comparaître devant le comité aujourd'hui. Je commencerai par l'accord de 2004, puisqu'il est le sujet de votre étude.

Dans cet accord, les premiers ministres ont convenu d'accélérer le développement et la mise en œuvre des systèmes de dossiers de santé électroniques et de télésanté afin d'améliorer la qualité, l'accessibilité et la productivité de notre système de soins de santé. Au moment de la création d'Inforoute Santé du Canada, quelque deux ans plus tôt, nous n'avions même pas convenu de ce qu'était un dossier de santé électronique, de la façon dont il fonctionnerait ni des priorités à cet égard. Il n'existait aucune structure commune, aucune norme nationale convenue, et les approches et pratiques en matière de confidentialité et de sécurité variaient considérablement d'un bout à l'autre du pays. La plupart de ces éléments sont établis aujourd'hui.

Mais je brûle les étapes. Permettez-moi de parler d'abord de la façon dont nos investissements sont utilisés pour favoriser des progrès conformes à ce qu'avaient envisagé les premiers ministres. Les investissements d'Inforoute dans ces domaines se font différemment de la plupart des investissements en santé du gouvernement fédéral. Inforoute finance conjointement avec les provinces et les territoires les investissements dans les TI relatifs à la santé. De leur côté, les provinces et les territoires sont responsables de l'élaboration de leur stratégie globale : ils proposent des projets conformes aux plans, aux normes et aux critères d'admissibilité convenus et réalisent ces projets. Toutefois, comme les administrations provinciales et territoriales déterminent elles-mêmes leurs échéanciers, nous ne versons l'argent que lorsque les différentes étapes prévues sont terminées.

Following the 2004 accord, Infoway, the provinces and territories agreed to two ambitious goals. First, that every jurisdiction would see benefits from new health information investments by 2010. Second, that the core elements of the electronic health record would be available for 50 per cent of Canadians by 2010. Where are we today?

As the Auditor General said in their 2009 and 2010 reports, much has been accomplished. The first goal was met well before the deadline. Every jurisdiction had at least one system in place, and many had more. The second goal of passing 50 per cent to make the information available was achieved in March of this year.

The ultimate goal is not just about availability of information. Rather, it is about delivering the tools and providing value to Canadians and their clinicians, helping to transform health care. Where are we in that regard?

In the interest of time, I will concentrate on three areas of focus from the 2004 accord, with recent independent evaluations. Let us start with access to care in the North.

Telehealth, which is a way of providing services when patients and clinicians are not in the same place, is already reducing wait times and increasing access to care, particularly in the North. A recent study found that Canada has the world's largest video conferencing network, with 5,700 telehealth sites in 1,200 communities, including 423 sites in northern, remote First Nations and Inuit communities. The result is that a 250,000 sessions were delivered last year, saving patients time, money and eliminating nearly 47 million kilometres on the road.

The second example is in regard to reducing wait times and improving access. The best example here is probably digital diagnostic imaging, which collects, stores, manages and shares patient X-rays, CT scans, MRIs and other images and reports. As the result of our investments, nearly 90 per cent of most common radiology examinations in Canada's hospitals are now digital. That is up from 38 per cent six years ago. Research shows radiologist and technician productivity increased by 25 per cent, enabling as many as 11 million more exams annually. When fully implemented, we expect annual benefits valued at \$1 billion.

The third example is drug information systems, which allow authorized clinicians to access, manage and share patient medication histories, thus avoiding harmful drug interactions. Used by one in three community pharmacists and half of hospital emergency rooms, they help avoid harmful drug interactions and

Après la signature de l'accord de 2004, Inforoute et ses partenaires provinciaux et territoriaux se sont entendus sur deux ambitieux objectifs. Le premier était que chaque administration commencerait dès 2010 à profiter des avantages des nouveaux investissements dans l'information sur la santé. Le second était que les éléments de base d'un dossier de santé électronique seraient accessibles pour 50 p. 100 de la population canadienne avant la fin de 2010. Où en sommes-nous aujourd'hui?

Comme l'a souligné la vérificatrice générale dans ses rapports de 2009 et 2010, ces objectifs ont été réalisés en grande partie. Le premier objectif a été atteint bien avant l'échéance. Chaque administration avait au moins un système en place et plusieurs en avaient davantage. Le second objectif — rendre l'information accessible à la moitié de la population — a été réalisé en mars dernier.

Toutefois, le but fondamental ne se limite pas à la disponibilité de l'information. Il s'agit surtout de fournir des outils et des renseignements qui ont une valeur pour les Canadiens et leurs cliniciens et qui contribuent à transformer les soins de santé. Où en sommes-nous à cet égard?

Comme le temps presse, je me limiterai à trois des domaines d'intérêt de l'accord de 2004 qui ont récemment fait l'objet d'évaluations indépendantes. Parlons d'abord de l'accès aux soins dans le Nord.

La télésanté, qui est un moyen de fournir des services lorsque les patients et les cliniciens ne se trouvent pas au même endroit, contribue déjà à réduire les temps d'attente et à accroître l'accès aux soins, surtout dans le Nord. Une récente étude révèle que le Canada a le plus grand réseau de vidéoconférence du monde, avec 5 700 sites de télésanté desservant 1 200 collectivités, dont 423 sites dans des collectivités isolées inuites et des Premières nations. Grâce à ce réseau, 250 000 séances de télésanté ont permis aux patients d'épargner du temps et de l'argent en leur évitant des déplacements totalisant près de 47 millions de kilomètres.

Le deuxième domaine touche la réduction des temps d'attente et l'amélioration de l'accès. Le meilleur exemple dans ce cas est probablement l'imagerie numérique, qui permet de recueillir, de stocker, de gérer et de transmettre les radiographies, les tomodensitogrammes, les images par résonance magnétique et d'autres images et rapports diagnostiques. Grâce à nos investissements, près de 90 p. 100 des examens radiologiques les plus courants effectués dans les hôpitaux du Canada sont maintenant numérisés, ce qui représente une hausse de 38 p. 100 en six ans. Les études montrent que la productivité des radiologistes et des techniciens a augmenté de 25 p. 100, ce qui leur permet de procéder à 11 millions d'examen supplémentaires chaque année. Une fois l'imagerie diagnostique entièrement implantée, nous prévoyons des économies annuelles d'un milliard de dollars.

Le troisième domaine concerne les systèmes d'information sur les médicaments qui permettent aux cliniciens autorisés d'accéder aux profils pharmaceutiques des patients, de les gérer et de les échanger pour éviter les réactions indésirables. Utilisés par un pharmacien communautaire sur trois et dans la moitié des salles

manage medications. Research shows the benefits are valued at \$436 million per year. Pharmacists surveyed as part of the study rated improved access to patient information, increased patient safety, reduction in fraudulent medication, and a reported nine per cent productivity gain as the top benefits.

As you can see, progress has been made, but much work remains. Putting key components of the electronic health records in place remains a focal point to ensure connections and tools are available at the point of care.

To advance that goal, Canada Health Infoway and the jurisdictions are investing in efforts to enrol 12,000 physicians and nurse practitioners in electronic medical records programs. That will take us to about 60 per cent of Canadian physicians with EMRs. It is a major improvement from the 37 per cent measured in 2009. It is a huge change management task, and we will continue to work with clinicians to provide them the support they need.

We are also beginning to invest in consumer health projects that will help Canadians book appointments online, renew prescriptions, communicate with clinicians and access their own health information. Through specific innovation investments, we are exploring the best ways to support home care and long-term care.

There is a lot of work to do in these areas and others. Handwritten health records — once described as tradition, unsullied by progress — have been around since before Hippocrates. Moving to modern IT is a big cultural change in health care. You do not get there in one step.

Getting there and harvesting the potential benefits in doing so will require ongoing commitment to practice improvements from thousands of dedicated clinicians across the country, continued investments and strong alignments of legislations, regulations and policies. While we need to look back occasionally and celebrate how far we have come since the 2004 accord was signed, we also need to recognize how much there is to do in the future. That concludes my comments. I would be happy to take questions.

Neil Maxwell, Assistant Auditor General, Office of the Auditor General of Canada: Thank you for this opportunity to present the results of two audit reports on electronic health records.

Electronic health records, or EHRs, are intended to offer solutions to a number of persistent problems in Canada's health care. Some may be attributed to the use of paper-based health

d'urgence, ces systèmes contribuent à éviter les interactions médicamenteuses nuisibles et à gérer les médicaments. Les études révèlent des retombées évaluées à 436 millions de dollars par an. D'après l'enquête menée auprès des pharmaciens dans le cadre de l'étude, les principaux avantages résident dans l'amélioration de l'accès à l'information médicale, une plus grande sécurité pour les patients et la réduction de l'utilisation frauduleuse des médicaments. Les pharmaciens enquêtés ont aussi signalé un gain de productivité de l'ordre de 9 p. 100.

Comme vous pouvez le constater, des progrès ont été réalisés, mais beaucoup reste à faire. L'implantation des principales composantes du dossier de santé électronique est encore au centre des efforts déployés pour s'assurer de la disponibilité de liaisons et d'outils aux points de service.

Pour atteindre cet objectif, Inforoute et ses partenaires provinciaux et territoriaux investissent dans des efforts visant l'inscription de 12 000 médecins et infirmières praticiennes aux programmes de dossiers médicaux électroniques. Cela portera la proportion de médecins canadiens ayant accès aux DME à 60 p. 100, ce qui représente une grande amélioration par rapport aux 37 p. 100 recensés en 2009. C'est une tâche colossale de gestion du changement. Nous continuerons de collaborer avec les cliniciens pour leur fournir le soutien dont ils ont besoin.

Nous commençons également à investir dans des projets de santé destinés au grand public qui permettront aux Canadiens de prendre rendez-vous en ligne, de renouveler leurs ordonnances, de communiquer avec les cliniciens et d'accéder à leurs renseignements personnels. Grâce à des investissements ciblés en innovation, nous étudions en outre les meilleurs moyens d'appuyer les soins à domicile et les soins de longue durée.

Il y a beaucoup de travail à faire dans ces domaines et dans d'autres. Les dossiers de santé manuscrits — considérés à un moment donné comme une tradition préservée des atteintes du progrès — datent d'avant Hippocrate. Le passage aux TI modernes constitue un énorme changement culturel dans le domaine des soins de santé. Nous ne pouvons pas le réaliser du jour au lendemain.

Pour en arriver là et exploiter les avantages correspondants, il faudra un engagement soutenu de la part de milliers de cliniciens partout dans le pays, des investissements continus et un alignement rigoureux des lois, de la réglementation et des politiques. Bien qu'il faille à l'occasion revenir sur le passé pour mesurer le chemin parcouru depuis la signature de l'accord de 2004, nous devons aussi reconnaître qu'il y a encore plus à faire à l'avenir. Cela met fin à mon exposé. Je serais maintenant heureux de répondre à vos questions.

Neil Maxwell, vérificateur général adjoint, Bureau du vérificateur général du Canada : Je vous remercie de nous donner l'occasion de présenter les résultats de deux rapports sur les dossiers de santé électroniques.

Les dossiers de santé électroniques, ou DSE, se veulent la réponse à plusieurs problèmes persistants qui touchent le système de santé au Canada, dont certains pourraient être attribués à

records. It is expected that EHRs will allow health care professionals to be better able to share patient information, resulting in reduced costs and improved quality of care.

[Translation]

In November 2009, we reported the results of an EHR audit of Canada Health Infoway and Health Canada, based on audit work completed in April 2009. Concurrent with our audit, six provincial audit offices looked at how electronic health records funded by Infoway and/or provincial governments were being implemented in their respective provinces. Each office reported the results of its audit to its own legislature between October 2009 and April 2010. We presented an overview of the federal and provincial reports on electronic health records in April 2010. We have not audited actions taken since these reports were completed.

As of March 31, 2009, Infoway had committed to spending or had spent \$1.2 billion on this initiative. We examined how Infoway managed the funds from the federal government to achieve its goal of making compatible electronic health records available across Canada.

[English]

Overall, we found that Infoway had accomplished a lot since its inception. It managed its \$1.2 billion in funds well, which were granted by the federal government to achieve that goal. Canada Health Infoway has developed an approach for moving to electronic health records. It developed the key requirements and components of an electronic health record, as well as a blueprint or architecture for the design of the systems. Infoway worked collaboratively with its partners and stakeholders. It obtained agreement with them, which is critical for the success of the initiative.

We reported that Canada Health Infoway needed to report more information on results, in particular information on progress achieved towards its 2010 goal. At the time of our audit, Infoway only reported if systems were completed, but not whether they were being used by health care professionals or if completed systems met the requirements for compatibility. This information on system use and compatibility would help Parliament and Canadians better understand progress to date.

[Translation]

Turning now to the overview report, the provincial audits found that every audited jurisdiction had at least one core electronic health record system in place, and some provinces have almost finished implementing their EHR systems.

l'utilisation de dossiers papier. Les DSE devraient permettre aux professionnels de la santé d'échanger plus facilement de l'information sur les patients, ce qui réduirait les coûts et améliorerait la qualité des soins.

[Français]

En novembre 2009, nous avons présenté les résultats d'un audit du projet des dossiers de santé électronique d'Inforoute santé du Canada et de Santé Canada, en nous basant sur les travaux qui avaient été réalisés en 2009. En même temps que notre audit, les bureaux d'audit de six provinces ont examiné la mise en œuvre dans leur province des projets relatifs aux dossiers de santé électronique financés par Inforoute ou par leur gouvernement provincial ou par les deux. Chaque bureau a présenté les résultats de son audit à son assemblée législative entre les mois d'octobre 2009 et d'avril 2010. Nous avons présenté un survol des rapports d'audit fédéral et provinciaux en avril 2010. Cependant, nous n'avons pas audité les mesures prises depuis l'achèvement de ces rapports.

Au 31 mars 2009, Inforoute avait promis d'investir ou avait investi 1,2 milliard de dollars dans cette initiative. Nous avons examiné comment Inforoute a géré les fonds du gouvernement fédéral pour atteindre son objectif de mettre en place des dossiers de santé électroniques compatibles à l'échelle du Canada.

[Traduction]

Dans l'ensemble, nous avons constaté qu'Inforoute avait à son actif de nombreuses réalisations depuis sa création et que les responsables avaient bien géré les fonds de 1,2 milliard de dollars que le gouvernement fédéral lui avait attribués pour atteindre son objectif. Inforoute a conçu des moyens de faire la transition aux dossiers de santé électroniques. Elle a défini les principales exigences et éléments du dossier de santé électronique et a établi un plan directeur ou architecture pour guider la conception des systèmes. Inforoute a collaboré avec ses partenaires ainsi qu'avec des parties prenantes et a gagné leur appui, ce qui est essentiel pour assurer le succès de cette initiative.

Nous avons signalé qu'Inforoute devait communiquer plus de renseignements sur les résultats obtenus, et particulièrement sur les progrès accomplis en vue d'atteindre son objectif de 2010. Lors de notre audit, Inforoute ne présentait des rapports que pour signaler que des systèmes étaient achevés. Les rapports n'indiquaient pas si les systèmes étaient effectivement utilisés par les professionnels de la santé et ne permettaient pas non plus de savoir si les systèmes mis en place répondaient aux exigences de compatibilité. Des renseignements sur l'utilisation et la compatibilité des systèmes aideraient le Parlement et les Canadiens à mieux comprendre les progrès réalisés jusqu'ici.

[Français]

Parlons maintenant du rapport du survol, selon les audits, réalisés par les provinces. Chaque administration audité avait mis en place au moins un des systèmes de base du dossier de santé électronique et certaines provinces avaient presque terminé la mise en place de tous les systèmes de ce type.

However, provincial auditors general found that public reporting on progress was limited. Provinces lack comprehensive information such as costs to date, baselines, and performance measures necessary to report progress more completely.

We highlighted several significant challenges in fully implementing the blueprint. First, there is a need to increase the number of primary care doctors using computerized record systems or electronic medical records, which is low compared to other countries.

[English]

Second, completed EHR projects that do not meet all the standards for national compatibility need to be upgraded, given that the focus for provinces to date has been to ensure compatibility within their respective jurisdictions.

Third, there is a need to address the implications of differences in provincial and territorial laws regarding the collection, use, protection and disclosure of personal health information. This is a concern in situations where Canadians move from one part of the country to another or travel often. Finally, funding is needed to complete the initiative, which some have estimated at as much as \$10 billion.

Your committee may wish to ask Health Canada as the policy setter, and Canada Health Infoway as the strategic investor, what progress they are making to address these challenges. I wish the committee success in its deliberations on the renewal of the 10-Year Plan to Strengthen Health Care. This concludes my opening remarks and we would be pleased to answer any questions.

Senator Eggleton: I thought up until now that EHR and EMR were the same thing. However, I am told by our researchers that an electronic medical record is electronic but it is kept in physicians' offices in one location. The electronic health record is intended for access across a wide range of health providers and systems in different parts of the country.

Mr. Alvarez, your statement said that you had the aim that electronic health records would be available for 50 per cent of Canadians by 2010. You said it was completed in March of this year. Towards the end you say, "It will take us to about 60 per cent of Canadian physicians with EMRs, a major improvement from the 37 per cent measured in 2009." I want to be clear that we are not mixing apples and oranges. Is the 60 per cent intended to have people on the EHR systems, or is that lower than the figure for EMRs?

Toutefois les vérificateurs généraux des provinces ont constaté que les rapports publics sur les progrès étaient limités. Les provinces manquent d'information exhaustive comme les coûts engagés jusqu'ici, les conditions de base et les mesures de rendement nécessaires pour rendre compte des progrès accomplis de façon plus complète.

Nous avons mis en évidence plusieurs défis importants pour mettre en place le plan directeur de façon intégrale. Premièrement, il faut accroître l'utilisation des systèmes de dossier électronique par les médecins prodiguant des soins primaires. En effet l'utilisation est peu élevée au Canada, comparativement à d'autres pays.

[Traduction]

Deuxièmement, les projets de DSE achevés qui ne respectent pas toutes les normes de compatibilité à l'échelle nationale doivent être mis à niveau. En effet, l'intention des provinces a été jusqu'ici d'assurer la compatibilité au sein de leur propre administration.

Troisièmement, il faut tenir compte de l'incidence des écarts entre les lois des provinces et des territoires qui régissent la collecte, l'utilisation, la protection et la divulgation des renseignements personnels sur la santé. La question est préoccupante pour les Canadiens qui déménagent d'une région du pays à une autre ou qui voyagent souvent. Enfin, il faut des fonds pour mener l'initiative à son terme, fonds qui selon certains pourraient atteindre 10 milliards de dollars.

Le comité voudra peut-être demander à Santé Canada, en tant que maître d'œuvre de la politique, et à Inforoute Santé du Canada, en tant qu'investisseur stratégique, quels progrès ils ont réalisés pour régler ces problèmes. Je souhaite au comité tout le succès possible dans ses délibérations visant à reconduire le Plan décennal pour consolider les soins de santé. Cela met fin à mon exposé. Nous serons maintenant heureux de répondre à vos questions.

Le sénateur Eggleton : Je pensais jusqu'ici que DSE et DME désignaient la même chose. Nos analystes me disent que les dossiers médicaux électroniques sont bien des dossiers numériques, mais qu'ils sont conservés dans les bureaux de médecins à un endroit donné. Par contre, les dossiers de santé électroniques sont consultés par un grand nombre de fournisseurs de soins et sont gardés dans différents systèmes dans différentes régions du pays.

Monsieur Alvarez, vous avez dit dans votre exposé que vous aviez pour but de mettre les dossiers de santé électroniques à la disposition de 50 p. 100 des Canadiens avant la fin de 2010. Vous avez dit que ce but a été atteint en mars dernier. Ensuite, vers la fin de votre exposé, vous avez ajouté : « Cela portera la proportion de médecins canadiens ayant accès aux DME à 60 p. 100, ce qui représente une grande amélioration par rapport aux 37 p. 100 recensés en 2009. » Je veux être sûr que nous ne mélangeons pas des pommes et des oranges. Parlons-nous d'avoir 60 p. 100 des gens inscrits dans les systèmes de DSE? Ce chiffre est-il inférieur à celui des DME?

Mr. Alvarez: First let us go back to the earlier clarification you were seeking. There is a big difference between EMR and EHR. We get compared internationally around EMRs, which are siloed systems that are in a doctor's office or hospital. What Canada set out to do was an EHR, which is a longitudinal record for an individual with data being available — medication histories, lab tests, no matter where they were performed — to whoever needed to access them.

The first number I provided is the availability of the data. The data for the EHR comes in the flavour of medication histories, lab results, diagnostic imaging, immunizations, et cetera, and being available. There was 50 per cent of that data available across the Canada. In some cases, there was 100 per cent, with P.E.I. being an example as well as Alberta. It was less in some larger provinces.

The EMR, on the other hand, was in the last tranche of money we got from the government. The vast proportion went towards the ramping up of the EMR in community physicians' offices and ambulatory care systems. When we get compared internationally — the Commonwealth fund out of Washington does this study on a biannual basis — they measure us in terms of EMRs across the world. We were about 37 per cent in 2009. That is the number we hope to take up to about 60 per cent by next year.

Senator Eggleton: What do you hope to take the EHR up to?

Mr. Alvarez: Our next goal is basically 100 per cent availability by 2016. Basically, we will have these repositories in place. As Mr. Maxwell pointed out, and as I said in my speech, it is not a matter of making the databases available. It is a matter of making use of them. You can make medical histories available, but if clinicians are not using them it is a different kettle of fish.

When you look at the continuum of electronic health records, it goes like this: As most of us walk into our doctors' offices, we see shelves of paper. You have to digitize that. If you do not do so, you cannot share it. When you digitize that, you have to provide connectivity next. Canada is doing well with connectivity. Then comes the difficult parts on the continuum, which is the sharing of the data. The data is shared between clinicians and practicing physicians. The other part is knowledge, such as decision support systems, looking at adverse drug events, clinical guidelines and how information is used.

We are well along in terms of the first part of digitization and connectivity. We are starting to share, but we are still a long way away.

M. Alvarez : Je voudrais d'abord vous donner les précisions que vous avez demandées en premier. Il y a une grande différence entre DSE et DME. Sur le plan international, le Canada est comparé aux autres pays en fonction des DME, qui sont des systèmes isolés mis en place dans des bureaux de médecins ou des hôpitaux. Par ailleurs, le Canada cherche à avoir un système de DSE, qui contiendrait des données longitudinales sur chaque personne et dont les données — antécédents pharmaceutiques, tests de laboratoire où qu'ils aient eu lieu — seraient à la disposition de quiconque a besoin d'y accéder.

Le premier chiffre que j'ai mentionné portait sur la disponibilité des données. Le DSE contient les antécédents pharmaceutiques, les résultats d'analyses, l'imagerie diagnostique, les vaccins, et cetera. Jusqu'ici, 50 p. 100 de ces données sont disponibles au Canada. Dans certains cas, comme dans l'Île-du-Prince-Édouard et en Alberta, c'est 100 p. 100, mais le chiffre est moins élevé dans les grandes provinces.

Par ailleurs, les DME n'ont été financés que dans la dernière tranche de fonds que nous avons reçue du gouvernement. L'essentiel de l'argent a servi à étendre les DME aux bureaux de médecins communautaires et aux systèmes de soins ambulatoires. Dans les comparaisons internationales — le Commonwealth Fund de Washington produit des chiffres deux fois par an —, les chiffres considérés sont ceux des DME partout dans le monde. Nous en étions à 37 p. 100 en 2009. C'est ce chiffre que nous espérons porter à près de 60 p. 100 d'ici l'année prochaine.

Le sénateur Eggleton : Et à combien comptez-vous porter le chiffre des DSE?

M. Alvarez : Notre prochain objectif est d'atteindre plus ou moins 100 p. 100 d'ici 2016. D'ici là, nous devrions avoir mis en place les bases de données nécessaires. Comme M. Maxwell l'a signalé et comme je l'ai dit moi-même dans mon exposé, il ne s'agit pas simplement de rendre les bases de données disponibles. Il faut aussi que les professionnels de la santé s'en servent. Nous pouvons mettre les antécédents médicaux à la disposition de tout le monde, mais si les cliniciens n'y ont pas recours, c'est une tout autre affaire.

Lorsqu'on considère le continuum des dossiers de santé électroniques, voici ce qu'on constate. Lorsqu'on va dans un bureau de médecin, on voit le plus souvent des étagères pleines de dossiers. Il faut commencer par les numériser. Si on ne le fait pas, il est impossible de les échanger. Une fois les dossiers numérisés, il faut penser aux liaisons. Le Canada est assez avancé sur ce plan. Viennent ensuite les étapes les plus difficiles, qui consistent à échanger les données. Les données sont échangées entre les cliniciens et les praticiens. Il y a ensuite l'étape des connaissances, qui comprend par exemple les systèmes d'aide à la décision. À ce stade, on s'occupe des cas de réactions indésirables aux médicaments, des directives cliniques et des moyens d'utilisation de l'information.

Nous sommes bien avancés dans les étapes de numérisation et de liaison. Nous nous attaquons maintenant à l'échange d'information, mais nous sommes encore très loin du but.

Senator Eggleton: At the moment the number of people on EHR is further along than the EMR?

Mr. Alvarez: Yes. If you start to count EMRs in hospital settings, Canada is doing extraordinarily well. The numbers are high.

Senator Eaton: I will go in a different direction. My question is about the North, or in communities such as Parry Sound, who do not have tertiary care hospitals. In a medical study we did last year, we talked about how you get a patient from one of those areas in an emergency, such as after hitting a deer on the road and crashing their car. Are you going into those areas with telehealth? If a patient cannot get to a tertiary care hospital within an hour or two, can you provide them what they need to know on a computer screen?

Mr. Alvarez: We have live examples of what you were talking about. People have written up stories. Lives have been saved, mainly because of federal investments together with jurisdictions. The answer is yes. We have concentrated our efforts in rural and remote locations in terms of telehealth and diagnostic imaging.

The story is about an individual up in the Far North who fell off his motorcycle and was injured. He had a phone with him. He knew where he was because he had a GPS. He was able to call an ambulance. The ambulance got him to a local clinic that had aspects of diagnostic imaging. They were able to do the X-rays and show them to the tertiary centre at the Stanton Territorial Hospital.

From there, they were able to say how they should move this individual when they got him to Stanton hospital. There was further work done, with Edmonton or Vancouver looking at those X-rays and advising them what they should do.

Remote care has been advanced quite dramatically. In fact, there has been a 35 per cent increase in tele-consultation in the last few years.

Senator Eaton: I am sure we are making great strides in the Far North. My concern is closer to home, not the big centres, but places like Parry Sound and Owen Sound, which are 150 miles from a major care centre. Have you started going into those smaller centres that cannot afford a helicopter or do not have tertiary care hospitals?

Mr. Alvarez: Yes. In fact, I believe Ontario has one of the most advanced telehealth networks in the world. There is no question.

Senator Eaton: Are there others?

Mr. Alvarez: Yes, Manitoba and British Columbia.

Le sénateur Eggleton : En ce moment, le nombre de patients inscrits dans les systèmes de DSE est-il très supérieur au chiffre correspondant relatif aux DME?

M. Alvarez : Oui. Si on compte les systèmes de DME établis en milieu hospitalier, le Canada est très en avance. Les nombres sont élevés.

Le sénateur Eaton : Je vais aborder un sujet différent. Ma question porte sur le Nord ou sur des collectivités telles que Parry Sound qui n'ont pas d'hôpitaux de soins tertiaires. Dans une étude que nous avons réalisée l'année dernière, nous avons parlé des moyens d'amener un patient dans un hôpital tertiaire en cas d'urgence, par exemple lorsqu'un automobiliste heurte un chevreuil sur la route et qu'il est gravement blessé. Est-ce que la télésanté intervient dans ces cas? Si le patient ne peut pas être admis dans un hôpital tertiaire dans un délai d'une heure ou deux, pouvez-vous lui fournir les renseignements nécessaires sur un écran d'ordinateur?

M. Alvarez : Nous avons des exemples de cas semblables. Il y a des gens qui ont écrit des histoires. Des vies ont été sauvées, surtout à cause des investissements faits par le gouvernement fédéral de concert avec les provinces et les territoires. La réponse est donc oui. En matière de télésanté et d'imagerie diagnostique, nous avons concentré nos efforts sur les zones rurales et isolées.

Je vais vous donner l'exemple d'un homme qui a été blessé dans le Grand Nord en tombant de sa motocyclette. Il avait un téléphone portable sur lui et savait où il se trouvait parce qu'il avait un GPS. Il a donc pu appeler une ambulance. L'ambulance l'a déposé à une clinique locale qui disposait de certains éléments d'un système d'imagerie diagnostique. Il a donc été possible de transmettre les radiographies du patient au centre tertiaire de l'hôpital Stanton.

Les responsables de l'hôpital ont pu donner des instructions sur la façon de déplacer la personne en cause pour l'emmener à Stanton. Des spécialistes d'Edmonton ou de Vancouver ont également examiné les radiographies et donné leur avis sur ce qu'il convenait de faire.

Les soins à distance ont énormément progressé. En fait, il y a eu une augmentation de 35 p. 100 du nombre de téléconsultations dans les quelques dernières années.

Le sénateur Eaton : Je suis sûre que nous faisons des progrès considérables dans le Grand Nord, mais je m'inquiète de ce qui se passe plus près de chez moi, non dans les grands centres, mais à des endroits comme Parry Sound et Owen Sound, qui se trouvent à 250 km d'un grand hôpital. Avez-vous commencé à aider ces petits centres qui n'ont pas les moyens de se payer un hélicoptère ou qui n'ont pas un hôpital de soins tertiaires à proximité?

M. Alvarez : Oui. En fait, je crois que l'Ontario a l'un des réseaux de télésanté les plus développés du monde. Il n'y a aucun doute là-dessus.

Le sénateur Eaton : Est-ce le cas dans d'autres provinces?

M. Alvarez : Oui, c'est le cas au Manitoba et en Colombie-Britannique.

Senator Eaton: Quebec?

Mr. Alvarez: Absolutely. Through our investments, there is a lot happening in Quebec. There is tele-wound care. People are being treated in their homes, in many cases by clinicians who are remote. We just started a pilot project among three provinces — Ontario, Manitoba and Newfoundland — where they are doing tele-pathology. They are now doing quality assurance on reading the pathology slides. It is really starting to improve things in relation to work flow and backup.

In terms of reading some of these images, pathology was a big issue. We have had this problem in Canada. This is an example of technology being used to solve that type of issue.

Senator Merchant: Thank you very much for your presentations. I am puzzled by the reported lack of acceptance on the part of the professionals regarding the sharing of information. I believe that a challenge facing the EHRs is the low adoption rate by health care professionals. In 2009, the Auditor General of Canada mentioned that Canada Health Infoway does not report on the adoption or use of completed systems by health care professionals.

Will Canada Health Infoway report on the adoption and use of EHRs by health care professionals? Do you see the low adoption rate of EHRs by health care professionals as a potential risk to the initiative? What incentives or strategies could Canada Health Infoway develop to increase the adoption rate of EHRs by health care professionals?

Mr. Alvarez: Those are excellent questions. In terms of publishing adoption rates, we started doing that in 2010-11. It is in our annual report. We can tell you today that we have 19,000 users of EMRs. We have 43,000 users of diagnostic imaging. We have 30,000 users of drug information systems. We have about 35,000 users of EHR systems. We are publishing that information.

Your next question is a question about low adoption rates. Again, you can take horses to water but sometimes it is difficult to get them to drink. We are seeing the early adopters and clinician leaders embracing these systems, but it is somewhat worrying and I will tell you why. Alberta started with their EMR program years ago. After seven or eight years, they hit a wall. Between 57 and 60 per cent have adopted it. The rest have not. It is not a matter of money. I assure you of that. It is a matter of culture. It is about changing what you have learned in medicine school many years ago. You are used to using paper and all of a sudden your workflow changes, your productivity drops until you get the new system, and there is a fear of learning new things. Occasionally I hear from clinicians, "I will retire in five years, six years, seven years time; I cannot wait for this to pass, I will not switch." That is a concern.

Le sénateur Eaton : Et au Québec?

M. Alvarez : Absolument. Grâce à nos investissements, beaucoup de choses se font au Québec, par exemple la téléassistance en soins de plaies. Les gens sont traités chez eux, souvent par des cliniciens qui se trouvent loin de là. Nous venons de lancer un projet pilote de télépathologie dans trois provinces, l'Ontario, le Manitoba et Terre-Neuve. Il est maintenant possible de faire un contrôle de qualité sur l'interprétation d'images de prélèvements pathologiques. Cela améliore réellement la situation pour ce qui est de la charge de travail et des arriérés.

Pour l'interprétation de certaines images, la pathologie était un grand problème que nous avons au Canada. C'est un exemple de cas où la technologie est utilisée pour résoudre les problèmes de ce genre.

Le sénateur Merchant : Je vous remercie pour vos exposés. Je suis très étonnée de voir que les professionnels de la santé acceptent mal l'échange d'information. Je crois que l'un des problèmes des DSE réside dans leur faible taux d'adoption parmi les professionnels de la santé. En 2009, la vérificatrice générale du Canada avait mentionné qu'Inforoute Santé du Canada ne produisait pas de rapports sur l'adoption ou l'utilisation par ces professionnels des systèmes réalisés.

Est-ce qu'Inforoute Santé du Canada a l'intention de produire ces rapports? Croyez-vous que le faible taux d'adoption des DSE parmi les professionnels de la santé constitue un risque pour cette initiative? Quels encouragements ou stratégies est-ce qu'Inforoute pourrait envisager pour favoriser une hausse du taux d'adoption des DSE?

M. Alvarez : Ce sont d'excellentes questions. Pour ce qui est de publier les taux d'adoption, nous avons commencé à le faire en 2010-2011. Les chiffres figurent dans notre rapport annuel. Nous pouvons dire aujourd'hui qu'il y a 19 000 utilisateurs des DME, 43 000 utilisateurs de l'imagerie diagnostique, 30 000 utilisateurs des systèmes d'information sur les médicaments et 35 000 utilisateurs des systèmes de DSE. Nous publions ces renseignements.

Votre question suivante portait sur les faibles taux d'adoption. Encore une fois, on peut mener les chevaux à l'abreuvoir, mais il est parfois difficile de les faire boire. Nous constatons que les amateurs de nouveautés et les chefs de file parmi les cliniciens ont facilement adopté ces systèmes. C'est une chose qui nous inquiète, et je vais vous dire pourquoi. L'Alberta a lancé son programme de DME il y a des années. Après sept ou huit ans, les responsables se sont heurtés à un mur. Entre 57 et 60 p. 100 des professionnels de la santé avaient adopté le système. Les autres ne l'avaient pas fait. Ce n'est pas une question d'argent, je peux vous en donner l'assurance. C'est plutôt une question de culture. Il s'agit pour les professionnels de changer ce qu'ils ont appris à l'école de médecine bien des années auparavant. Ils sont habitués à tout coucher sur papier, et voilà que soudain, l'organisation du travail change. La productivité baisse jusqu'à ce qu'on embarque dans le nouveau système, mais il y a toujours la crainte d'apprendre de nouvelles choses. À l'occasion, j'entends un clinicien dire : « Je prends ma retraite dans cinq ou six ans. J'ai bien hâte d'arriver là. Entre-temps, je ne changerai pas ma façon de travailler. » C'est bien sûr un sujet de préoccupation.

Your last question is about incentives. The first incentive is to get clinician leaders to work with others in a peer to peer group. We are doing that across the country. Provide as much support as you can to clinicians to adopt this, showing them the value it will bring to them and their patients. You cannot do enough of that.

Ontario was later than Alberta in getting their EMR program started. They caught up to them. Why? They changed the structure. They created family teams and they had requirements that could not be done without a computer. The family teams had nurse practitioners and everyone had to be singing from the same hymn sheet. There is a lot for solo practitioners out there who do not need to share their information.

There is a whole host of cultural and structural issues of why adoption could continue to be a struggle for a while. We are continuing to go up stream. We are funding and working with medical, nursing and pharmacy colleges to put this into their curriculum. The students coming out will not have problems with technologies but, they need to know how to work with medical records, decision support systems, et cetera. When they come into practice, they will not practice any other way.

Senator Cordy: This is very interesting. We know there are some EHR projects that have been completed, but they are not up to the standards for national dissemination of information. You spoke about it from a national perspective, Mr. Maxwell. We have heard on this committee that it is from province to province, but we have also heard it is within provinces. We also heard one doctor who said he could not communicate on his computer from one part of the hospital to another to send something. In Nova Scotia, I had an X-ray done on Monday morning. By the time I had gotten home from the hospital, my doctor phoned, said she already received the email copy of my X-ray, and I was to do X, Y and Z. It is working and from a cost and time management perspective, it is much more effective.

The cost of maintenance and operation of the electronic health record system is provincial and territorial. Is this having an effect on why provinces and territories may not be upgrading? What is the reason?

Mr. Alvarez: I just want to deal with this question on a more fulsome basis in terms of standards. A lot of the issues were also raised by my colleague in his opening remarks.

You are right. Not long before we got started, they could not communicate between floors in a hospital, and patients had to repeat their history over and over. Generally that has gone away and is happening now. Hospitals across the street could not communicate with each other.

Votre dernière question portait sur les encouragements. Le premier consiste à amener les chefs de file parmi les cliniciens à travailler avec d'autres au sein de groupes de pairs. Nous le faisons un peu partout dans le pays. Nous donnons le plus de soutien possible pour amener les cliniciens à adopter le nouveau système en leur montrant qu'eux-mêmes et leurs patients en profiteront. Nous ne pouvons pas en faire assez dans ce domaine.

L'Ontario a lancé son programme de DME plus tard que l'Alberta, qu'il a rattrapée depuis. Pourquoi? Parce qu'il a changé la structure. L'Ontario a formé des équipes de soins familiaux, qui ne pouvaient pas travailler sans recourir à un ordinateur. Ces équipes comprenaient des infirmières praticiennes, et tout le monde devait se mettre au même diapason. Par contre, il y a beaucoup de praticiens qui travaillent seuls et qui n'ont pas besoin d'échanger des renseignements.

Une foule d'aspects culturels et structurels peuvent continuer pendant un certain temps à entraver l'adoption des dossiers électroniques. Nous devons souvent aller à contre-courant. Nous finançons des écoles de sciences infirmières et de pharmacologie et collaborons avec elles pour les inciter à inclure cela dans leur programme d'études. Les étudiants qui obtiennent leur diplôme n'auront pas de difficultés à adopter les nouvelles technologies, mais ils doivent apprendre à utiliser les dossiers médicaux, les systèmes d'aide à la décision, et cetera. Une fois qu'ils commenceront à exercer leur métier, ils ne sauront pas travailler autrement.

Le sénateur Cordy : C'est très intéressant. Nous savons que quelques projets de DSE ont été achevés, mais qu'ils ne sont pas conformes aux normes nationales de diffusion de l'information. Vous en avez parlé dans une optique nationale, monsieur Maxwell. Nous avons entendu dire, au comité, que c'est différent d'une province à l'autre. On nous a également dit qu'il y avait des difficultés à l'intérieur de chaque province. Un médecin nous a même affirmé qu'il était incapable de communiquer sur son ordinateur avec les autres services de son hôpital pour transmettre des renseignements. En Nouvelle-Écosse, on m'a pris une radiographie lundi matin. Le temps que je rentre chez moi de l'hôpital, mon médecin m'a téléphoné pour me dire qu'elle en avait reçu une copie par courriel et que je devais faire telles et telles choses. J'ai l'impression que tout va bien et que le système est beaucoup plus efficace sur le double plan du temps et de l'argent.

Ce sont les provinces et les territoires qui assument les frais d'exploitation et de mise à jour du système des dossiers de santé électroniques. Est-ce que cela explique que certaines administrations ne font pas la mise à niveau nécessaire? Quelles sont les raisons?

M. Alvarez : J'aimerais aborder cette question d'une façon plus globale sous l'angle des normes. Mon collègue a également parlé dans son exposé de beaucoup des questions qui se posent.

Vous avez raison. Peu de temps avant que nous commençons, il était difficile sinon impossible de communiquer des renseignements d'un étage à l'autre d'un hôpital. Les patients devaient souvent recommencer à raconter leur histoire. D'une façon générale, ce n'est plus le cas aujourd'hui, mais cela arrive encore. Deux hôpitaux situés en face l'un de l'autre ne pouvaient pas communiquer entre eux.

Canada Health Infoway's mandate was pan-Canadian standards. You have to start where you bring the most value, which is where patients are going for their treatments and areas they are moving around.

What we have done is developed a series of standards, including messaging and data. We will not fund anything unless they use our standards. You can then start to connect the many points of care at a local level. If those standards are used in many parts of the jurisdiction, you will be able to connect them, just like your diagnostic imaging in Nova Scotia.

Today in Nova Scotia, you can have your X-ray done in Cape Breton, be done in the QE the next day, and they will be able to pull up your image because of the standardization.

Once those standards are used in different jurisdictions, there is no reason why you should not connect. However, it is not as easy as that. Alberta had their lab systems in place and we did not fund those lab systems. They did not use our standards because they were not in place. At some stage they will need to get around to upgrading the systems. When they do that, they will upgrade the standards.

It is not absolutely perfect but where there is a real practical need — like sharing telehealth images or diagnostic images we are talking about — we seem to have gotten over that and provinces have come together to share that data.

While it is not perfect, we will start to see that coming.

We are looking at new strategic plan between now and 2018. We will take into consideration some of the joins we have to make and the lowest cost alternative. The next thing on the horizon is consumer health records. Many of you are from out of town, and there is no reason why you cannot have your histories if your clinician has them.

Right now in B.C. clinicians are getting lab results and they are being sent to the patients at the same time. There is no reason you should not have that. If you have that, you can make it available with full access to whoever you want. It is not a matter of two clinicians having to work about how their systems communicate. You can basically make it happen. That is the direction I see us going.

Senator Seidman: I would like to continue to pursue this particular line of questioning, particularly the lack of progress being made in national compatibility. At this moment, I am looking at a CMHA piece that came out as recently as October 18. It seriously criticizes Canada's efforts in making any headway in a nationwide electronic health records scheme.

Infouroute Santé du Canada avait pour mandat de définir des normes pancanadiennes. Il faut commencer là où les efforts sont le plus fructueux, c'est-à-dire là où les patients vont se faire traiter et là où ils circulent.

Nous avons donc élaboré une série de normes, notamment pour la messagerie et les données. Nous ne finançons aucun projet qui ne soit pas conforme à nos normes. Dans ces conditions, nous pouvons commencer à relier les nombreux centres locaux de soins. Si les mêmes normes sont respectées un peu partout dans une administration, il devient possible d'établir des liaisons, comme dans le cas de votre imagerie diagnostique en Nouvelle-Écosse.

Aujourd'hui, en Nouvelle-Écosse, il est possible de faire une radiographie au Cap-Breton et de se faire opérer au Queen Elizabeth de Halifax le lendemain. Grâce à la normalisation, le médecin aura accès aux images dont il a besoin.

Une fois que ces normes auront été utilisées dans différentes administrations, rien ne s'opposera à ce que tout le monde soit relié. Toutefois, ce n'est pas aussi simple. L'Alberta a des systèmes de laboratoire que nous n'avons pas financés. Ils ne sont pas conformes à nos normes parce que celles-ci n'existaient pas encore. À un moment donné, l'Alberta devra faire une mise à niveau. Quand elle l'aura fait, les normes seront les mêmes qu'ailleurs.

Ce n'est pas absolument parfait, mais là où existent des besoins pratiques réels — comme pour l'échange d'images diagnostiques ou de télésanté —, il semble possible de surmonter les problèmes, les provinces réussissant à s'entendre pour échanger les données.

Même si ce n'est pas parfait, nous commençons à obtenir des résultats.

Nous envisageons un nouveau plan stratégique qui s'appliquerait entre maintenant et 2018. Nous prendrons en considération les branchements à faire et les options les moins coûteuses. Le prochain objectif, ce sera les dossiers de santé grand public. Beaucoup d'entre vous ont leur domicile permanent ailleurs. Il n'y a aucune raison pour que vous ne puissiez pas disposer de vos antécédents médicaux si votre clinicien les a.

En Colombie-Britannique, quand les cliniciens reçoivent des résultats d'analyses, les mêmes résultats sont transmis aux patients. Rien ne s'oppose à cela. Si chacun avait son propre dossier, il pourrait le mettre à la disposition de qui il veut. Il ne serait plus nécessaire que deux cliniciens essaient de déterminer si leurs systèmes respectifs peuvent communiquer entre eux. Chaque personne pourra transmettre elle-même son propre dossier. Je crois que c'est dans cette direction que nous irons.

Le sénateur Seidman : J'aimerais continuer dans la même veine. Je m'intéresse particulièrement à l'absence de progrès au chapitre de la compatibilité à l'échelle nationale. Je regarde en ce moment un document très récent de l'Association canadienne pour la santé mentale. Ce document, qui a paru le 18 octobre, critique vertement les efforts déployés par le Canada pour faire avancer le programme des dossiers de santé électroniques à l'échelle nationale.

I think all of us are very aware, and hear almost daily criticisms within our provinces. How do you see headway being made in overcoming issues related to compatibility across the country?

Mr. Alvarez: As I said earlier, whilst compatibility across the country is important, what is more important is compatibility at local levels and within a jurisdiction. Clearly, progress is being made. We have got life examples of children being injured in the North — where they do not have a radiologist or neurologist — and images are being read in Nova Scotia. Then, in a conference, neurologists in Edmonton also reading the images they are able to advise attending physicians in Whitehorse or Yellowknife. I gave you the example of tele-pathology happening within three provinces. There are many aspects of compatibility happening across the country.

Is there compatibility when someone from Toronto goes skiing in Whistler and breaks their leg? The answer is no. We have not gotten to that stage. Ontario has not finished their program, and B.C. is still working on some of the aspects of theirs. However, that will come as well. Will it come from the point of view of connecting these two clinicians? Perhaps, but my sense is it will come with empowering the patient to have access to their own record, probably via the Internet, and making it available to the attending physician.

Senator Seidman: I am not sure we are getting at the answer. There has been serious criticism that we are spending all our money on IT development, and to information technology companies developing software. We are not spending money on facilitating a system for physicians and patients. Would you try to address that question?

Mr. Alvarez: Thirty per cent of the funding we provide to jurisdictions goes to change management. As I said before, there is a huge change management issue. We have many peer to peer groups, clinician reference groups, clinician peer groups and a clinical council. A lot of effort is going into the change management effort. It is not a matter of technology. A lot of the areas that have failed in the world have looked at this as a technology problem. It is not a technology issue, but a people issue.

Senator Seidman: That was the point I was making. Are we giving too much money to IT companies and not on trying to understand what we need in Canada for the sake of a patient-centred system?

Mr. Alvarez: Our priority is basically on change management, but you do need the tools, hardware, and software. It is a world market in terms of hardware and software. As they go out, every single jurisdiction goes to a major RFP. They have clinicians involved in the selection. A lot of tools and the take-up of the tools will be based on usability. Will clinicians use it? Will their

Je crois que nous en sommes tous conscients. Nous entendons tous les jours des critiques dans nos propres provinces. Comment croyez-vous que des progrès seront réalisés pour surmonter les problèmes de compatibilité partout dans le pays?

M. Alvarez : Comme je l'ai dit plus tôt, la compatibilité est importante à l'échelle nationale, mais elle l'est encore plus à l'échelle locale et provinciale-territoriale. Bien sûr, on fait des progrès. Nous avons des exemples d'enfants blessés dans le Nord, à un endroit où il n'y a ni radiologiste ni neurologue, dont les radiographies sont examinées en Nouvelle-Écosse. Ensuite, une conférence a lieu au cours de laquelle des neurologues d'Edmonton interprètent les images et donnent des conseils au médecin traitant à Whitehorse ou Yellowknife. Je vous ai parlé des exemples de télépathologie dans trois provinces. Différents aspects de la compatibilité sont réalisés partout dans le pays.

Y a-t-il compatibilité quand un Torontois va skier à Whistler et se casse une jambe? Non. Nous n'en sommes pas encore à ce stade. L'Ontario n'a pas terminé son programme, et la Colombie-Britannique travaille encore sur certains aspects du sien. Toutefois, cela viendra à un moment donné. En arriverons-nous au point où les deux cliniciens pourront communiquer entre eux? Peut-être. Je crois, pour ma part, que nous en arriverons là lorsque nous donnerons aux patients le moyen d'accéder à leur propre dossier, probablement sur Internet, pour le mettre à la disposition de leur médecin traitant.

Le sénateur Seidman : Je ne suis pas sûre que vous avez répondu à ma question. Beaucoup de gens sont très critiques parce que nous consacrons tout notre argent à l'informatique et aux entreprises chargées de concevoir les logiciels. Nous ne dépensons pas de l'argent pour faciliter la mise au point d'un système à l'intention des médecins et des patients. Pouvez-vous essayer de répondre à cette question?

M. Alvarez : Environ 30 p. 100 des fonds que nous versons aux provinces et aux territoires vont à la gestion du changement. Comme je l'ai déjà dit, nous avons un énorme problème à ce niveau. Nous avons beaucoup de groupes de pairs, de groupes de référence, de groupes de cliniciens et même un Conseil clinique. Nous consacrons beaucoup d'efforts à la gestion du changement. La technologie n'est pas en cause. Dans beaucoup de régions du monde qui ont connu des échecs dans ce domaine, on a attribué le problème à la technologie, mais le problème est beaucoup plus humain que technologique.

Le sénateur Seidman : C'est exactement là que je voulais en venir. Ne donnons-nous pas trop d'argent aux entreprises informatiques plutôt que de l'utiliser pour essayer de comprendre ce dont le Canada a besoin dans le cadre d'un système axé sur le patient?

M. Alvarez : Pour nous, la gestion du changement est vraiment prioritaire, mais nous avons quand même besoin d'outils, de matériel et de logiciel. Dans le domaine du matériel et du logiciel, nous avons affaire à un marché mondial. Chaque fois qu'un projet est envisagé, toutes les administrations lancent d'importants appels de propositions. Des cliniciens participent à l'examen des offres.

work flow change and how will it change? Will it be easy to use the tools? A lot goes into usability rather than, "Here is piece of software. Go figure out how to use it." That is not the case.

[Translation]

Senator Verner: According to information provided to us, there are significant differences between Canadian jurisdictions in the implementation of electronic health records. In your opinion, is this due to a lack of funds in some provinces, to technological reasons or to a lukewarm support by the medical profession?

We have heard many things up to now, but it seems to be difficult to accurately pinpoint the reason for this situation. According to available data, Alberta and Prince Edward Island, for instance, are well ahead while Quebec is a long way behind the others.

[English]

Mr. Alvarez: Let me answer this question this way: All provinces started from a different point since 2004. Alberta was already further ahead in the journey. There are a few reasons why the country is at different levels. Number one is political will. Is this a priority for the province or not? Ralph Klein said that by the end of 2008 all Albertans will have technological records. It happened in 2009. Keeping this on the front burner is important when there are other raging fires in health care. Number two is the size. The larger the province, the more difficult it is. If you are not structured in some sort of regional basis, the tougher it is. The more points of care and providers you have, the more difficult it is to get them all on the same page.

Ontario and Quebec are making progress, but are not as advanced as Alberta. In many cases it is because of size and because of the structure.

Senator Martin: I feel very passionate about this topic because, as a daughter to ailing parents with a father who is in between two health authorities, I directly experience the challenges of trying to ensure that information was properly passed on to the next health authority. I live between two authorities within Vancouver. I live closer to this hospital but I know if I go here, when my father gets transferred here, it will be an uphill battle to try to get that information transferred. In my opinion, I have not seen the sharing of information and medical histories conducted as effectively as I would like in this day and age.

My first question is regarding the technology. Technology is effective when it is user friendly, when there is good training of the individuals who will be using it and when there is follow-up from

Pour beaucoup des outils, le choix se fonde sur la facilité d'emploi. Les cliniciens s'en serviront-ils? Est-ce que cela modifiera l'organisation du travail? Si oui, de quelle façon? Sera-t-il facile d'utiliser les outils? Par conséquent, on consacre beaucoup d'efforts à la facilité d'emploi. On ne dit pas au clinicien : « Voici un logiciel. Débrouillez-vous pour apprendre à vous en servir. » Ce n'est pas ainsi que nous procédons.

[Français]

Le sénateur Verner : Selon des informations qui nous ont été fournies, on voit des différences assez importantes entre les différentes compétences du pays dans l'implantation du dossier de santé électronique. Est-ce que, à votre avis, il s'agit soit d'un manque de financement dans certaines provinces, soit de considérations technologiques, soit d'un appui mitigé de la part de la profession médicale?

Différentes choses ont été dites jusqu'à maintenant et on ne semble pas être capable de cerner de façon très précise quelle en est la raison. Selon les données dont on dispose, l'Alberta et l'Île-du-Prince-Édouard, par exemple, sont en tête de liste alors que le Québec est bon dernier.

[Traduction]

M. Alvarez : En fait, depuis 2004, chaque province a commencé à un stade différent. L'Alberta avait déjà de l'avance. Diverses raisons expliquent les différences qui existent entre les régions du pays. La première, c'est la volonté politique. La transformation est-elle, oui ou non, prioritaire pour la province? Ralph Klein avait déclaré qu'avant la fin de 2008, tous les Albertains auraient un dossier électronique. L'objectif a été atteint en 2009. Il n'est pas toujours facile de donner la priorité à cette question quand le système de santé connaît d'autres grands problèmes. La deuxième raison, c'est la taille. Plus une province est grande, plus c'est difficile. Si la province n'a pas établi une structure régionale d'une forme ou d'une autre, c'est encore plus difficile. Plus les points de service sont nombreux, plus il y a de fournisseurs et plus il est difficile de les mettre tous au même diapason.

L'Ontario et le Québec font des progrès, mais ne sont pas aussi avancés que l'Alberta. Dans bien des cas, c'est à cause de la taille et de la structure.

Le sénateur Martin : Je trouve le sujet vraiment passionnant, étant la fille de parents malades. Mon père étant à cheval entre deux autorités sanitaires, je peux me rendre compte directement des problèmes qui se posent quand il faut faire passer l'information d'une autorité sanitaire à une autre. À Vancouver même, j'ai affaire à deux autorités. Je vis à proximité de cet hôpital, mais je sais que lorsque mon père sera transféré ici, il faudra encore se battre pour que l'information soit transmise. À mon avis, l'échange de renseignements et d'antécédents médicaux ne se fait pas aussi efficacement qu'il le devrait compte tenu des progrès technologiques réalisés.

Ma première question concerne la technologie. La technologie est efficace lorsqu'elle est conviviale, lorsque ceux qui s'en servent ont reçu une bonne formation et lorsque ceux qui l'ont produite

the producer or the creators of the technology. It might take too long to explain, but when you work with clinicians or institutions, can you talk about the kind of thorough follow-up you do or how you implement this system to make it user friendly and effective and what challenges you have been met with? Surely with \$2.1 billion, like you say, it is not an issue of funding. There has been plenty of investment. How user friendly has this technology been to the health professionals using it and what thorough follow-up is done through your organization?

Mr. Alvarez: Let me start by being clear about our role in life. Our role in life is not to go into hospitals. We basically fund and have some requirements. If you are in B.C., the work will be done in B.C. They will basically fund the project. They will contract for the project, and they will do the implementation.

That said, let me take electronic medical records as an example. Because of the kind of work that needs to get done with clinicians to get them on side, get them trained and supported, we will not fund a project unless the government has come together with the medical association and created a program that basically shepherds how physicians get trained, how they select the product and what the follow-up care is. It is a dedicated program. Right now, we have about six or seven in the country. We have not provided the rest with any money because we are still waiting for them to form that program providing that support, and I can speak for my jurisdictional partners, whether electronic medical records and drug information system or diagnostic imaging.

Let me give you an example of diagnostic imaging. I know this for a fact. There was a clinician, a specialist, who liked his X-rays and did not want to move to the computer and digital because he said he can put his X-rays in a light box and then draw on that light box. They said, "Here is the screen. Your digital image will come up. We will give you a clear plastic and you can draw on the clear plastic." He did that for about two weeks, then threw the clear plastic away and started using the computer. It goes back to the aspect of change management. Canada has learned from others who have gone before us that this is not a technology issue. This is a people issue. If you do not work and support clinicians in using this, and many times that is support by other clinicians, you will not get that level of adoption.

Senator Martin: That you for that clarity. I do not want to use the word "enforcement," but in order to ensure the accountability of the users when a program is funded, are you able to look at whether standards are being met? If a system is already in place, you said that is something beyond your control or that you are not looking at it because it is already in place. For those things that are in place, is it just those jurisdictions? Who would be

ou créée font le suivi nécessaire. C'est peut-être trop long à expliquer, mais quand vous travaillez avec des cliniciens ou des établissements, pouvez-vous nous dire quel suivi vous faites, quelles mesures vous prenez au stade de la mise en œuvre pour que le système soit convivial et quels problèmes vous devez surmonter? Puisque, comme vous l'avez dit, vous disposez de 2,1 milliards de dollars, le financement n'est pas en cause. Il y a eu suffisamment d'investissements. Dans quelle mesure la technologie s'est-elle révélée conviviale pour les professionnels de la santé qui l'utilisent et quel genre de suivi approfondi est fait par l'entremise de votre organisation?

M. Alvarez : Permettez-moi de préciser notre rôle. Nous n'avons pas à aller dans les hôpitaux. Nous avançons des fonds et définissons un certain nombre de critères. Si vous êtes en Colombie-Britannique, c'est là que le travail est fait. La province finance le projet, le donne à contrat et se charge de la mise en œuvre.

Cela dit, permettez-moi de prendre comme exemple les dossiers médicaux électroniques. À cause du genre de travail à faire pour rallier les cliniciens, les former et les appuyer, nous ne finançons un projet que lorsque le gouvernement provincial ou territorial s'est entendu avec son association médicale et a établi un programme permettant de superviser la formation des médecins, la sélection des produits et les soins de suivi. Il s'agit d'un programme exclusivement consacré à ces objectifs. En ce moment, nous en avons six ou sept dans le pays. Les autres administrations n'ont pas reçu d'argent parce que nous attendons qu'elles établissent un tel programme de soutien. Je peux parler au nom des administrations partenaires en ce qui concerne les dossiers médicaux électroniques, le système d'information sur les médicaments et l'imagerie diagnostique.

Je vais vous donner un exemple concernant justement l'imagerie diagnostique. Il y avait un clinicien spécialisé qui aimait bien ses radiographies et ne voulait pas faire la transition à l'ordinateur et aux données numériques car, disait-il, il pouvait mettre les radiographies dans son négatoscope et faire des dessins par-dessus. On lui a répondu : « Voici l'écran sur lequel s'affichera l'image numérique. Nous vous donnerons une feuille de plastique transparent sur laquelle vous pourrez faire vos dessins. » Il a procédé ainsi pendant deux semaines, après quoi il a mis la feuille de plastique au panier et a commencé à utiliser directement l'ordinateur. Nous revenons encore à la notion de gestion du changement. Le Canada a appris de ceux qui l'ont précédé que ce n'est pas une question de technologie. C'est beaucoup plus le facteur humain. Si on ne travaille pas avec les cliniciens, si on ne les appuie pas — il faut dire que l'appui vient le plus souvent d'autres cliniciens —, on n'arrivera pas à faire monter les taux d'adoption.

Le sénateur Martin : Je vous remercie de cette réponse claire. Je ne veux pas parler de « mise en vigueur », mais pour assurer la responsabilité des utilisateurs lorsqu'un programme est financé, pouvez-vous vérifier que les normes sont respectées? Si un système est déjà en place, vous avez dit qu'il échappe à votre contrôle et que vous ne pouvez pas vous en occuper. Dans ce cas, les administrations sont-elles seules responsables? Qui a la

tasked with ensuring that those standards can be equal to or closer to bridging with the system or the EHR that has been implemented? How do we bring those standards up? Who measures the other existing systems?

Mr. Alvarez: Everyone is now aware of what systems are compatible and which ones are not. We publish it in our annual reports in terms of which ones conform to the national standards and which ones do not. Typically, the few that do not are systems that have gone before. Jurisdictions are aware of that. They are committed to meeting national standards, but it is a matter for them of priorities.

Going back to your earlier question, Mr. Chair, I talked about a bit about aspects of our funding and that it flows differently to federal funding. Our worst nightmare is the line basically that we build it and nobody comes. As we do not have control in terms of getting the adoption, we give them 20 per cent of the funding up front once the contract is assigned, we give them 30 per cent when the hardware and software is in, but we hold back 50 per cent based on targets of usability and adoption. Jurisdictions have to work hard in getting that level of adoption, because from where we sit at the centre, we cannot do that. It has to be done at the local level. If you do not get the adoption, we do not spend the dollars until they do get the adoption.

The Chair: This is a significant question. Senator Martin is getting at the example of existing technologies and compatible technologies and so on. Perhaps you could follow up by giving a couple of examples and show the challenges you face in this area and the authorities you have to move that forward, and perhaps an example or two of how it has worked and a good practice example. If you can think about that a bit, could you follow up after our meeting some time with a written submission on that?

Mr. Alvarez: I will do that.

The Chair: I want to follow up on this general aspect. A number of my colleagues have been asking about this, and I think we are finding the answers just a little bit difficult to jive with some of the witnesses and testimony we have heard to this point. If I have heard you clearly, I think there may be a meshing issue that we have not brought out clearly enough to explain the discrepancies between the reporting of practitioners and what you are presenting to us today. For example, I will go back to the example one of my colleagues used, where we heard from one practitioner who very clearly stated that if he could only get the medical record evidence from other areas of his own hospital system, he would consider that a major victory, forget about getting it from Calgary to his centre. Yet, we have heard from you how a radiologist can get access to a record that occurred in Cape Breton this morning in Halifax this evening. It strikes me there are two different things here. The digitalization of X-rays is a straightforward technology. I am not saying it is simple to do it,

responsabilité de veiller à ce que les normes soient les mêmes ou soient assez proches de celles du système ou des DSE déjà en place? Comment peut-on relever ces normes? Qui évalue les autres systèmes qui existent?

M. Alvarez : Tout le monde sait maintenant quels systèmes sont compatibles et lesquels ne le sont pas. Nous publions ces renseignements dans nos rapports annuels. Nous y précisons les systèmes conformes aux normes nationales et ceux qui ne le sont pas. En général, les systèmes non conformes sont ceux qui avaient été établis avant la définition des normes. Les administrations le savent. Elles se sont engagées à respecter les normes nationales, mais chacune a son ordre de priorité.

Pour revenir à votre question de tout à l'heure, monsieur le président, j'avais mentionné plus tôt que notre financement est différent de celui du gouvernement fédéral. Notre pire cauchemar serait de construire quelque chose, puis de constater que personne ne s'en sert. Comme nous n'avons aucun contrôle direct sur l'adoption des systèmes, nous versons aux administrations 20 p. 100 du financement d'avance, dès la signature du contrat. Nous leur donnons ensuite 30 p. 100 lorsque le matériel et le logiciel sont installés, mais nous gardons les 50 p. 100 qui restent jusqu'à ce qu'elles aient atteint certaines cibles liées à la facilité d'utilisation et à l'adoption. Les administrations doivent travailler très fort pour atteindre la cible d'adoption parce que nous ne pouvons pas nous-mêmes intervenir. Les choses doivent se faire à l'échelle locale. Tant que le niveau d'adoption prévu n'est pas atteint, nous ne versons pas la somme convenue.

Le président : C'est une question importante. Le sénateur Martin a parlé des technologies existantes, des technologies compatibles, et cetera. Vous voudrez peut-être faire un suivi en donnant quelques exemples et nous renseigner sur les problèmes que vous devez affronter dans ce domaine ainsi que sur les pouvoirs dont vous disposez pour aller de l'avant. Vous pourriez aussi nous donner peut-être un exemple ou deux concernant les résultats obtenus ainsi qu'un bon exemple pratique. Pouvez-vous y réfléchir et nous envoyer une réponse écrite plus tard?

M. Alvarez : Je le ferai.

Le président : Je voudrais poursuivre dans la même veine. Un certain nombre de mes collègues ont posé des questions sur le même sujet. Je crois que nous trouvons que les réponses sont un peu difficiles à concilier avec ce que nous avons entendu jusqu'ici. Si j'ai bien compris ce que vous avez dit, il est probable qu'il y a un problème de communication que nous n'avons pas exploré suffisamment pour être en mesure d'expliquer les différences entre ce que disent les praticiens et ce que vous nous dites aujourd'hui. Par exemple, il y a un praticien qui a clairement affirmé que ce serait une grande victoire pour lui s'il arrivait à obtenir un dossier d'un autre service du même hôpital, sans parler d'accéder à un dossier qui se trouve à Calgary. En même temps, vous nous avez parlé d'un radiologiste de Halifax qui a eu accès le jour même à une radiographie prise au Cap-Breton. J'ai l'impression qu'il s'agit ici de deux choses différentes. La numérisation d'une radiographie est une technologie relativement simple. Je ne dis pas que c'est facile, mais cela semble se faire assez couramment. La

but it is. The transmission of that is very much like getting an email with an attachment, and away we go. The medical record of a patient is not so simple. It is the document that is carried perhaps on a computer by an individual doctor or even a specialist in a given hospital. Now, it may be that the next specialist who needs to look at the radiogram can get that quickly by pressing a button on his or her computer, but how that relates to the underlying medical condition of patient, the record of which is housed over here in a completely different set of software and on a completely different computer, is not occurring as fast as we would like it.

Very clearly, there is a discrepancy between the percentage of adoption that you are reporting to us today and what the actual practitioners are telling us. I wonder if it is not this issue of the difference between the individual patient's medical record versus the ability to transmit, on the one hand, and the actual transmission of things like X-rays, and so on, which is more specialized. Could you help us there?

Mr. Alvarez: The issue here is who you are speaking to and where they come from.

If you speak to a clinician in Alberta or in P.E.I. or a pharmacist in B.C., you might get a completely different answer than if you speak to a physician in Ontario. In Alberta, no matter where you are, they can pull up your electronic health record, which would be your diagnostic imaging, your medication histories and your lab results, at a minimum. There are reports attached with that as well, which is basically the basics of an electronic health record.

If you go to B.C., and we have had it for many years, no matter which pharmacy you go to, they will have your entire medication history. They will not have your lab results, but they will have your entire medication history. B.C. is now in the throes of making lab results and diagnostic available as well. If you go to Ontario, they have drugs available in emergency rooms for seniors. They have not got all drugs or all people as yet. That will be a little while coming. They are making tremendous progress on diagnostic imaging and being able to share that around, and they are certainly starting to make a lot of progress on laboratory results and bringing that in as well.

It really depends on which part of the country you talk about. When I talk about a 50 per cent figure of available data, I am talking about the systems that have lab results, diagnostic imaging, medication histories, client and provider registries, because you have to identify the individual uniquely and the provider uniquely. I am talking about 50 per cent of those data repositories being available across the country. As I say, in some parts, 100 per cent are available. In others, there is a lot less.

transmission de la radiographie numérisée est assez analogue à l'envoi d'un courriel avec une pièce jointe. Le dossier médical d'un patient n'est pas aussi simple. Il s'agit de renseignements gardés dans l'ordinateur d'un médecin ou d'un spécialiste dans un hôpital donné. Il est possible que l'autre spécialiste qui a besoin de voir la radiographie puisse le faire simplement en enfonçant un bouton sur son ordinateur. Toutefois, les renseignements complémentaires relatifs à l'état de santé du patient, qui figurent dans un dossier complètement différent, ne sont pas transmis aussi rapidement que nous l'aurions voulu.

Il est évident qu'il y a un écart entre le pourcentage d'adoption que vous avez mentionné aujourd'hui et ce que les praticiens nous ont dit. Je me demande si cela n'est pas attribuable à la différence qu'il y a entre la transmission du dossier médical d'un patient et la transmission de choses plus spécialisées comme les radiographies, et cetera. Pouvez-vous nous en dire davantage à ce sujet?

M. Alvarez : La question est de savoir à qui vous parlez et où se trouve votre interlocuteur.

Si vous parlez à un clinicien de l'Alberta ou de l'Île-du-Prince-Édouard ou encore à un pharmacien de la Colombie-Britannique, vous aurez une réponse très différente de celle que vous donnerait un médecin de l'Ontario. En Alberta, où que vous soyez, on pourra extraire votre dossier de santé électronique, qui contiendra pour le moins vos images diagnostiques, vos antécédents pharmaceutiques et vos résultats d'analyses. Il contiendra également quelques rapports, le tout constituant les éléments de base d'un dossier de santé électronique.

Si vous allez en Colombie-Britannique — cela existe depuis des années —, vous pouvez vous adresser à n'importe quelle pharmacie, qui disposera de vos antécédents pharmaceutiques complets. Elle n'aura pas vos résultats d'analyses, mais le pharmacien disposera d'une liste complète des médicaments qui vous ont été prescrits. La Colombie-Britannique travaille actuellement pour que les résultats d'analyses et l'imagerie diagnostique soient également disponibles. Si vous allez en Ontario, vous constaterez que les salles d'urgence disposent de renseignements sur les médicaments prescrits aux aînés. Elles n'ont pas actuellement des antécédents pharmaceutiques complets ou pour tout le monde. Il faudra un certain temps pour que cela se fasse. L'Ontario fait des progrès remarquables dans le domaine de l'imagerie diagnostique et commence aussi à en faire dans le domaine des résultats d'analyses.

Par conséquent, cela dépend de la région du pays dont vous parlez. Le chiffre de 50 p. 100 que j'ai mentionné concerne les systèmes qui contiennent les résultats d'analyses, l'imagerie diagnostique, les antécédents pharmaceutiques et les renseignements du client et du fournisseur, car il est indispensable d'identifier les deux de façon unique. Je dis donc que 50 p. 100 de ces renseignements se trouvent dans des bases de données partout dans le pays. Je précise que, dans certains cas, nous avons 100 p. 100 des données et, dans d'autres, beaucoup moins.

The Chair: I will leave it at that. I do think what we are hearing is that this is an issue of the next accord that is of considerable importance.

I would like to get the questions from the second round on the record. I will ask my colleagues to pose their questions and to have you follow up with the answer. The clerk will provide you with the question so you do not have to write it down. Would you agree to do that?

Mr. Alvarez: Sure.

Senator Eggleton: Picking up on your comment, Mr. Chair, what would you suggest the federal government should put on the table for the next accord as an incentive to move this agenda along in terms of electronic health records, and what are the roadblocks to electronic prescriptions and how do we move that along too?

Senator Cordy: Mr. Maxwell, you spoke about the differences not just in technology but the differences of provincial and territorial laws that we have specifically regarding privacy. Of course, you have talked about people moving from one part of the country to another. Certainly from Atlantic Canada we have a lot of people working in Alberta and flying home every two or three weeks. Going back to Senator Eggleton's point, you said it was \$10 billion to get a national plan. Should that be part of the next health accord, or does an accountant answer that kind of question?

Mr. Maxwell: I will be glad to respond to that in due course.

Senator Braley: I see a lot of information on the big picture. I see a lot of information on the items that are part of it from the top down. I do not see very much in solving a lot of the problems in manufacturing. You start with the gathering of the live data, and hopefully there are no mistakes in it. You deal with it going up the chain. Has lots of work been done in that area with simple systems?

[Translation]

Senator Verner: Going back to the question I asked which colleagues here answered, I want to ask the same question but more specifically to the Office of the Auditor General. What is your view on this matter? What do you think of the differences between jurisdictions in the implementation of electronic health records?

[English]

The Chair: We will certainly look forward to your response to these specific questions. On reflecting on the issues you have encountered today, if you have additional input, we would most welcome that.

Le président : Je vais en rester là. Je suis persuadé que c'est une question qui aura une importance considérable dans le prochain accord.

J'aimerais maintenant que, dans le cadre du second tour, les membres du comité posent leurs questions pour que vous puissiez leur répondre par écrit plus tard. Le greffier vous transmettra les questions. Vous n'avez donc pas besoin d'en prendre note. Êtes-vous d'accord?

M. Alvarez : Bien sûr.

Le sénateur Eggleton : Pour faire suite à ce que vous venez de dire, monsieur le président, j'aimerais demander au témoin quels encouragements le gouvernement fédéral devrait offrir dans le cadre du prochain accord pour faire progresser le programme des dossiers de santé électroniques. Quels obstacles s'opposent actuellement à la délivrance d'ordonnances électroniques? Que devons-nous faire pour faire avancer ce dossier aussi?

Le sénateur Cordy : Monsieur Maxwell, vous avez parlé non seulement des différences de technologie, mais aussi des écarts qui existent entre les lois provinciales et territoriales au chapitre de la protection de la vie privée et des renseignements personnels. Vous avez également parlé des gens qui vont d'un endroit à l'autre du pays. Il n'y a pas de doute que beaucoup de gens du Canada atlantique vont travailler en Alberta et rentrent chez eux par avion toutes les deux ou trois semaines. Pour revenir à la question soulevée par le sénateur Eggleton, vous avez dit qu'un programme national coûterait 10 milliards de dollars. Est-ce que cela devrait faire partie du prochain accord sur la santé? Je ne devrais peut-être pas poser une question de ce genre à un comptable.

M. Maxwell : Je serais heureux de répondre en temps opportun.

Le sénateur Braley : Globalement, il y a beaucoup d'information. Je vois aussi une masse de renseignements sur les éléments qui composent le système, de haut en bas. Je ne vois cependant pas grand-chose pour résoudre les problèmes de fabrication. Vous commencez par recueillir les données actives en espérant qu'elles ne contiennent pas d'erreurs. Vous vous en occupez ensuite en remontant la chaîne. Dans ce domaine, a-t-on beaucoup travaillé sur des systèmes simples?

[Français]

Le sénateur Verner : Pour reprendre la question que j'ai posée et à laquelle les collègues ici ont répondu, je la poserai à nouveau mais de façon plus spécifique au Bureau du vérificateur général. Quel est votre point de vue? Quels seraient vos commentaires sur les différences qui existent dans l'implantation du dossier médical entre les différentes juridictions?

[Traduction]

Le président : Nous attendrons avec intérêt vos réponses à ces questions précises. Si, en réfléchissant à ce qui s'est passé aujourd'hui, vous avez des renseignements complémentaires à nous donner, nous vous en serions très reconnaissants.

My observation from what we have heard here today and earlier, repeating my earlier comment, is that this is seen increasingly as an exceedingly important part of delivery of health care in the modern context, and particularly to the patient's preferred location for receiving health care, which is often in the home. The direction we are moving in is in order to be able to give complete patient care in one visit as opposed to multiple visits. All of these are extremely important factors in terms of not only the perceived degree and responsible treatment on the part of the patient but the actual, real delivery of just-in-time medical practice across the country.

If you have further reflections on this general aspect, we believe that this is likely to be a very important issue going forward, and I am sure you do too, since that is where you are, and we would certainly welcome additional insights that either group may have with regard to those issues.

With that, I again want to thank you for responding so clearly to my colleagues. I thank my colleagues for their questions.

(The committee adjourned.)

En fonction de ce que j'ai entendu aujourd'hui et auparavant, je répète que cela semble être considéré comme une partie extrêmement importante de la prestation des soins de santé dans le contexte moderne, particulièrement à l'endroit préféré du patient, qui est souvent son propre domicile. L'orientation que nous avons prise a pour but de donner tous les soins nécessaires au cours d'une seule visite, au lieu de les répartir sur plusieurs. Tous ces facteurs sont extrêmement importants non seulement pour le niveau perçu du traitement administré au patient, mais aussi pour la prestation de soins médicaux au moment opportun partout dans le pays.

Si vous avez d'autres idées à ce sujet — car je crois, et vous aussi j'en suis sûr, que ce sujet aura une importance sans cesse croissante —, nous serions très heureux de les connaître.

Sur ce, je voudrais vous remercier encore d'avoir répondu aussi clairement à mes collègues. Je remercie également mes collègues pour leurs questions.

(La séance est levée.)

WITNESSES

Wednesday, October 26, 2011

Canadian Pharmacists Association:

Jeff Poston, Executive Director.

Health Canada:

Abby Hoffman, Assistant Deputy Minister.

Drug and Safety Effectiveness Network:

Dr. Robert Peterson, Executive Director.

As an individual:

Steve Morgan, Associate Director, Center for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.

Thursday, October 27, 2011

Genome Canada:

Dr. Pierre Meulien, President and CEO.

Canadian Academy of Health Sciences:

Dr. Paul Armstrong, Founding and Former President.

Canadian Institutes of Health Research:

Dr. Alain Beaudet, President;

Dr. Robyn Tamblyn, Scientific Director.

Canada Health Infoway:

Richard Alvarez, President and Chief Executive Officer.

Mike Sheridan, Chief Operating Officer.

Office of the Auditor General of Canada:

Neil Maxwell, Assistant Auditor General;

Louise Dubé, Principal.

TÉMOINS

Le mercredi 26 octobre 2011

Association des pharmaciens du Canada :

Jeff Poston, directeur exécutif.

Santé Canada :

Abby Hoffman, sous-ministre adjointe.

Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments :

Dr Robert Peterson, directeur exécutif.

À titre personnel :

Steve Morgan, directeur associé, Center for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique.

Le jeudi 27 octobre 2011

Génome Canada :

Dr Pierre Meulien, président et chef de la direction.

Académie canadienne des sciences de la santé :

Dr Paul Armstrong, fondateur et ancien président.

Instituts de recherche en santé du Canada :

Dr Alain Beaudet, président;

Dre Robyn Tamblyn, directrice scientifique.

Inforoute Santé du Canada :

Richard Alvarez, président et chef de la direction;

Mike Sheridan, chef de l'exploitation.

Bureau du vérificateur général du Canada :

Neil Maxwell, vérificateur général adjoint;

Louise Dubé, directrice principale.