

Rapport
Conseil consultatif des sciences de Santé Canada

le 28 février et 1 mars 2006

Participants

Membres du Conseil consultatif Arnold Naimark, Chair Linda Lusby (Co-Chair) Mark Goldberg Renaldo Battista Renée Lyons Arminée Kazanjian Keith Bailey Kathryn O'Hara Jacques Simard Howard Palley Stanley Vollant Mamoru Watanabe Rémi Quirion Stephen Bornstein Louise Lemieux-Charles Andreas Laupacis Chris Loomis	Membres d'office Morris Rosenberg Pierre-Gerlier Forest Neil Yeates Karen Dodds Bernard Dickens
Alternés Ray Edwards Katherine Stewart	Invités L'honorable Tony Clement Cy Frank Richard Ellen Robert Clarke Theresa Tam
Secrétariat Catherine Rotor Manal Bahubeshi	Absents Lorne Babiuk Hélène Gosselin Marcel Nouvet Ian Potter Ian Shugart Susan Fletcher Chantale Cousineau-Mahoney Alan Bernstein

SALLE DE CONFÉRENCE 0115C, ÉDIFICE BROOKE CLAXTON Pré Tunney, Ottawa

mardi le 28 février 2006

1. Arnold Naimark, le président

Il a souhaité la bienvenue aux nouveaux membres et fait mention de leur vaste éventail d'intérêts et de savoir-faire.

Il a fait référence à la trousse d'orientation distribuée aux membres et invite les nouveaux membres à le consulter ou à consulter les membres du Secrétariat pour toute question relative aux fonctions du Conseil consultatives des sciences de Santé Canada (CCS).

Il a souligné que la santé publique constitue un des thèmes principaux abordés par le Conseil et que les fonctions consultatives du CCS comprennent les questions relatives à l'Agence de Santé Publique du Canada (ASPC).

Il a mis l'accent sur le fait que le terme « science » contenu dans le mandat du CCS comprend à la fois les sciences sociales ainsi que les sciences naturelles et biologiques.

Il a décrit la nouvelle formule de l'ordre du jour des réunions du CCS et fait mention de ses quatre principales sections :

- présentations officielles, discussions, exposés et bilans sur les sujets faisant partie des principaux thèmes du CCS : santé publique, réglementation des produits thérapeutiques et de diagnostic, santé et environnement ainsi que technologies émergentes;
- présentations officielles, discussions, exposés et bilans sur les sujets qui ne font pas partie des thèmes susmentionnés;
- exposés de l'expert scientifique en chef et, à l'occasion, du sous-ministre et du ministre lorsque leurs horaires le permettent, au sujet des développements d'intérêt pour le CCS;
- questions d'ordre opérationnel.

Il a souligné que l'ordre du jour donne également la chance aux membres de faire part au CCS des développements d'intérêt en lien avec son mandat.

2. le ministre

Il a souhaité la bienvenue aux cinq nouveaux membres du CCS.

Il a fait mention des compétences remarquables que possède l'ensemble des membres du CCS.

Il a fait référence à sa participation relative aux questions de politique de santé, notamment à l'expérience vécue lorsqu'il était le ministre de la Santé de l'Ontario.

Il a tracé les grandes lignes des priorités du nouveau gouvernement fédéral en matière de soins de santé, à savoir :

- les temps d'attente;
- la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer;
- la santé mentale;
- la pandémie de grippe;
- les sciences et la technologie.

Il a fait part de son enthousiasme à l'idée d'échanger avec le CCS et d'incorporer les conseils prodigués par celui-ci aux commentaires émis par d'autres sources à propos de divers sujets.

Au cours de la discussion qui s'ensuit, le président et les membres du CCS

- Soulignent que quatre des cinq secteurs prioritaires font déjà partie des thèmes principaux abordés par le CCS et que celui-ci évaluerait le rôle qu'il pourrait jouer en lien avec le dernier secteur prioritaire, les temps d'attente, particulièrement le défi d'établir des points de repère convenables pouvant mener à l'amélioration des résultats.
- Signalent l'importance d'une stratégie contre le cancer au Canada, mais réitèrent celle de travailler en collaboration avec d'autres ministères et organismes fédéraux.
- Informent le ministre du fait que le rapport Kirby sur la santé mentale doit être déposé au début du mois de mai et qu'il constituerait un document d'information pratique pour les délibérations du CCS à ce sujet.
- Les membres du CCS font part de leur intérêt à participer aux discussions à propos d'une stratégie scientifique et technologique étant donné l'importance de l'innovation pour le secteur de la santé.

3. L'expert scientifique en chef

Pierre-Gerlier Forest a souligné la nomination de nouveaux membres titulaires et membres d'office du CCS.

Il a décrit les changements apportés au Ministère, en lien avec les Sous-ministre adjoint (SMA) et la nouvelle structure de gouvernance (notamment le projet voulant que le

président du CCS rencontre sur une base mensuelle le Comité général ministériel (CGM)).

Il a l'annoncé les dates du Forum scientifique de Santé Canada, soit les 30 et 31 octobre 2006, souligne la participation de Kathryn O'Hara à titre de membre du comité organisateur et fait part de son souhait de voir les membres du CCS y participer. Il a fait état du progrès du protocole d'entente en cours d'élaboration entre l'ASPC et Santé Canada et fait mention de l'utilité d'un autre PE sur la science et la recherche puisque des intérêts communs existent entre plusieurs questions d'ordre scientifique et technologique.

Il a souligné la nomination de Peter Nicholson à titre de président des Académies canadiennes des sciences.

Il a indiqué que la *Loi sur l'enregistrement des lobbyistes* est passée des mains d'Industrie Canada à celles du Conseil du Trésor et que le Conseil n'est pas en position de répondre aux questions relatives au statut des membres du CCS par rapport à la *Loi*. Les membres du CCS seront tenus au courant de la situation quand d'autres renseignements auront été obtenus.

Il a mentionné que le conseiller national des sciences, Arthur Carty, a signé un contrat de cinq ans et qu'il devrait conserver son poste, mais que son titre pourrait changer.

Au cours de la discussion qui s'ensuit, le président et les membres du CCS :

- S'entendent sur l'importance pour Santé Canada de mettre au point un mécanisme permettant d'assurer le suivi des postes de professeurs adjoints tenus par les scientifiques de Santé Canada au sein des établissements d'enseignement, ainsi que d'autres accords de collaboration.
- Encouragent Santé Canada à soutenir les efforts déployés pour enrayer les obstacles à la collaboration multidisciplinaire/interorganismes/interministérielle et pour mettre en œuvre des stratégies la facilitant.
- Font mention du pourcentage relativement faible du budget de Santé Canada alloué aux activités en science et en recherche autres que celles en lien avec le mandat de réglementation de Santé Canada.

4. Tour de table

Les membres énumèrent les sujets d'intérêt pour le mandat et le travail continu du CCS, notamment :

- l'évolution du dossier de la télésanté et des voyages interplanétaires;
- les questions relatives au personnel médical et à l'embauche de diplômés étrangers en médecine;

- la nanoscience/nanotechnologie et leurs répercussions sur la réglementation;
- le prochain rapport Kirby sur la santé mentale;
- le travail en cours sur un système national d'accréditation des comités d'éthique de la recherche;
- un rapport du Conseil d'experts en sciences et en technologie (CEST) au sujet de la gestion des S-T au 21^e siècle;
- la biotechnologie et le développement durable : un rapport du Comité consultatif canadien de la biotechnologie (CCCB) prévu pour la fin du printemps apportant notamment des renseignements au sujet de la santé des collectivités,
- le nouveau centre de recherche sur l'environnement et la santé dans le monde;
- le rapport du CCCB sur le matériel génétique humain, la propriété intellectuelle et le secteur de la santé;
- le travail en cours en Australie pour le renforcement de la capacité de recherche au sein de collectivités autochtones;
- le prochain rapport sur l'examen international des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC);
- l'intégration des étudiants autochtones aux sciences de la santé;
- la crise éditoriale qui sévit au Journal de l'Association médicale canadienne (JAMC);
- le financement privé, la prestation de services de santé par le secteur privé et autres changements au Québec;
- le besoin d'une approche nationale pour traiter de l'intégrité de la recherche et de la fraude en recherche;
- les populations vulnérables – le soin des personnes âgées.

5. Santé publique (Stratégie sur la santé bucco-dentaire)

Peter Cooney, dentiste en chef de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, présente une stratégie pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire des Canadiens. Le CCS est invité à prodiguer des conseils et à formuler des commentaires au sujet de cette approche stratégique, des prochaines étapes et des objectifs de la stratégie à long terme.

Le CCS reçoit également les documents suivants :

- *Une Stratégie Canadienne de Santé Bucco-Dentaire* (août 2005) préparé sous l'égide des directeurs de santé dentaire fédéraux, provinciaux et territoriaux;
- Note d'information au sujet du document susmentionné : Bureau du dentiste en chef, Santé Canada, Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite des IRSC responsable du financement de la recherche sur la santé bucco-dentaire, Association canadienne de recherches dentaires (ACRD);
- *Un examen du système oral de santé au Canada - rapport intérimaire*, préparé pour le dentiste en chef par J.L.Leake et S. Birch (décembre 2005).

Note : Les commentaires et conseils émis par le CCS font référence à l'exposé du Peter Cooney et au jeu d'acétates s'y rattachant. Il ne faut pas les considérer comme le reflet de l'opinion du CCS au sujet des autres documents puisqu'ils n'ont pas fait l'objet d'une discussion par le Conseil. À titre de précision, toute référence à une stratégie sur la santé bucco-dentaire concerne l'exposé du Peter Cooney, une stratégie pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire des Canadiens, en particulier le segment intitulé « plan stratégique proposé » et non le document *Une Stratégie Canadienne de Santé Bucco-Dentaire* des directeurs de santé dentaire Fédéral/Provincial/Territorial (FPT) (août 2005).

Au cours de sa présentation, Peter Cooney fait état de l'inégalité qui existe entre le soutien des soins dentaires comparativement aux soins de santé générale. Il note les liens entre la santé bucco-dentaire, la santé générale ainsi que la qualité de vie et souligne la nécessité d'une stratégie proactive en vue de réduire les disparités considérables en matière de soins de santé bucco-dentaire au Canada.

Le plan stratégique proposé vise à améliorer la santé bucco-dentaire des Canadiens. Ses principaux éléments sont : évaluation des besoins, promotion de la santé, prévention et gestion des problèmes chroniques de santé bucco-dentaire pour les groupes vulnérables.

La section qui suit présente les points clés soulevés pendant la discussion :

- Des arguments convaincants sont prononcés en faveur de l'élaboration d'un plan stratégique en vue d'améliorer la santé bucco-dentaire des Canadiens.
- Le CCS fait remarquer certains des facteurs historiques et institutionnels ayant eu une incidence sur les méthodes actuelles de prestation de services en santé dentaire et de soutien quant à la recherche dans ce domaine (p. ex., le retrait des soins de santé bucco-dentaire de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) et le fait que la recherche en santé dentaire ne soit pas admissible à des fonds pour l'infrastructure de recherche en vertu du Fonds des hôpitaux de recherche de la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI)). On souligne qu'une stratégie en matière de santé bucco-dentaire pleinement efficace pourrait difficilement voir le jour si la dentisterie et la santé bucco-dentaire ne font pas partie de la *Loi canadienne sur la santé*.
- Le cloisonnement de la santé demeure inquiétant. Le fait de considérer la santé bucco-dentaire et la santé générale en tant qu'entités distinctes mais liées n'est pas

plus logique que de considérer de la même manière la « santé abdominale » et la santé générale. Il importe de maintenir une approche holistique.

- Les éléments du plan stratégique devraient être augmentés afin d'inclure une stratégie de recherche et une stratégie de transfert des connaissances. Ces stratégies supplémentaires auraient des points communs avec chacun des autres éléments du plan.
- La stratégie de recherche devrait être principalement axée sur les points suivants :
 - établir les déterminants de la santé bucco-dentaire ainsi que leur valeur respective, notamment les rôles joués par le statut socio-économique, le niveau d'instruction, la profession, l'accès aux services de santé dentaire et leur utilisation, les facteurs culturels, les facteurs génétiques, la ruralité, l'âge, la géographie, le statut d'immigration, les facteurs environnementaux, etc.;
 - entreprendre des études d'intervention prospective relatives à l'efficacité d'études portant sur la promotion et la prévention;
 - mettre en œuvre des initiatives visant à déterminer les objectifs et les mécanismes en vue d'accroître la capacité en matière de recherche, particulièrement à l'égard des services de santé et de la santé de la population.
- La stratégie du transfert des connaissances devrait comprendre ce qui suit :
 - réaliser la synthèse de la recherche actuelle provenant des sources nationales et internationales;
 - élaborer des lignes directrices sur les pratiques exemplaires;
 - mettre sur pied des réseaux de communication des connaissances.
- L'élaboration subséquente du plan stratégique devrait comprendre l'énoncé d'étapes de mise en œuvre. Par exemple, si la stratégie concernant la prise en charge des problèmes chroniques de santé bucco-dentaire au sein des groupes vulnérables consiste à surmonter les obstacles aux soins, alors à quels obstacles s'attaquera-t-on et de quelle façon?
- Il importe d'inclure des partenaires du portefeuille (p. ex., l'Institut national du cancer du Canada (INCC), l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite (IALA) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) de même que les groupes de défense des intérêts publics) dans l'élaboration subséquente de la stratégie puisque les questions liées à la santé bucco-dentaire dépassent les frontières organisationnelles.
- La participation à l'enquête canadienne sur les mesures de santé liée à la stratégie d'évaluation des besoins représente une amélioration appréciée par rapport aux évaluations fondées sur l'auto déclaration.

- Des préoccupations sont exprimées au sujet de l'Unité de santé bucco-dentaire relevant de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) puisque les enjeux en cause touchent tous les Canadiens et certainement d'autres groupes vulnérables (les enfants, les personnes âgées et les immigrants).
- Parmi les défis nommés se trouve celui de l'importance accordée à la santé générale au détriment de la santé dentaire. En ce qui concerne le transfert des connaissances, le gradient est plus important en santé dentaire qu'en santé générale. Il faut faire davantage de promotion et d'éducation, en s'adressant d'abord aux enfants d'âge scolaire. De plus, des politiques de base doivent être mises en place dans les écoles relativement au contenu des distributeurs automatiques, ce qui permettrait d'améliorer la santé bucco-dentaire et générale. On encourage également la prestation de services du côté de la santé dentaire. Malheureusement, des obstacles entravent l'offre de tels services à l'extérieur des cabinets dentaires.
- On souligne la tenue d'une conférence sur les disparités en santé qui se tiendra à Toronto la semaine suivant la rencontre du CCS et le fait qu'il aurait été approprié d'y inclure une partie consacrée à la santé bucco-dentaire.

6. Innovation et technologies émergentes (Santé et innovation)

Le CCS reçoit une présentation du Charles Mallory, directeur de la Division de l'analyse de la demande et de l'offre en santé, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse (DRAA) de la Direction générale de la politique de la santé de Santé Canada, portant sur le lien entre l'innovation et les coûts associés à la santé.

Il a souligné que de nombreuses recherches lient l'augmentation des coûts des soins de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB), supérieure à ce qui peut être attribué aux changements aux chapitres de la taille et de l'âge de la population, aux innovations technologiques. Dans la mesure où ces innovations donnent de meilleurs résultats, elles occasionneront une baisse des prix ajustés en fonction de la qualité.

La DRAA émet les hypothèses suivantes :

- Au fil du temps, à mesure que le capital national total augmente dans le secteur de la santé, le rendement aura tendance à correspondre à la moyenne de l'ensemble de l'économie.
- L'augmentation des coûts des soins de santé se poursuivra jusqu'à ce que le rendement des investissements diminue pour atteindre la moyenne observée pour l'ensemble de l'économie.

Charles Mallory décrit par la suite diverses initiatives destinées à examiner l'hypothèse concernant, entre autres, les analyses coûts-avantages et celles de rentabilité,

l'élaboration de meilleures mesures des résultats des patients ainsi que la productivité des investissements dans le capital national. Charles Mallory cherche à obtenir des commentaires de la part du CCS sur les prochaines étapes du programme de recherche en matière de politiques.

Au cours de la discussion portant sur la présentation, le CCS présente les observations générales suivantes concernant la hausse des coûts des soins de santé liée à l'innovation.

- L'augmentation des coûts supérieure à la croissance de la population peut s'expliquer non seulement par les coûts associés à l'innovation technologique mais également par l'utilisation accrue des services de santé par nombre d'habitants. Cette présentation fait ressortir que le vieillissement de la population peut constituer un tel facteur, mais il en existe plusieurs autres dont : une demande grandissante pour les technologies et services en place; une meilleure capacité de service pour les demandes en attente; un changement dans les normes de pratiques faisant appel à des niveaux de service plus élevés; et une augmentation des coûts de réglementation (environnement, sécurité, protection de la vie privée).
- Les innovations technologiques ne sont pas la seule forme d'innovation à avoir une incidence sur les coûts. Les innovations sociales (organisationnelles, de gestion et logistiques) peuvent avoir des répercussions positives et négatives sur les coûts.
- Les initiatives établies pour examiner l'hypothèse ne visent pas à vérifier cette dernière, mais représentent plutôt des tentatives pour obtenir de meilleures mesures de quelques-unes des variables susceptibles d'être pertinentes pour effectuer un tel test. En fait, il serait utile pour les analystes d'énoncer dans des termes formels ce que constituerait une vérification appropriée de l'hypothèse.
- Les membres du CCS souhaitent avoir une meilleure compréhension des hypothèses qui sous-tendent la méthode d'harmonisation des prix en fonction de la qualité étant donné les difficultés de quantifier la qualité.
- Le CCS félicite la DRAA des efforts déployés pour régler un problème complexe et difficile et suggère, en raison de l'importance éventuelle du travail nécessaire dans le cadre du processus décisionnel concernant l'innovation, qu'il serait utile de soumettre le projet à un examen rigoureux effectué par un groupe largement représentatif formé d'économistes du secteur de la santé qui connaissent la dynamique des innovations cliniques. En outre, l'établissement de collaborations avec les cliniciens et d'autres personnes faisant appel aux innovations en matière de soins de santé s'avérerait tout aussi utile.

mecredi le 1 mars, 2006

7. Réglementation des produits de santé (Programme d'accès spécial)

Le thème de la réglementation des produits de santé, abordé par le CCS, porte sur les domaines suivants : la thérapeutique, le diagnostic et les produits et aliments de santé naturels.

Le 1^{er} mars 2006, la Direction générale des produits de santé et des aliments a livré au CCS un exposé sur le Programme d'accès spécial (PAS) de Santé Canada. Le PAS administre une disposition du *Règlement sur les aliments et drogues* qui permet d'autoriser de façon discrétionnaire l'accès d'urgence à des médicaments qui n'ont pas été approuvés au Canada, selon les données fournies par le médecin qui en fait la demande ou selon tout autre renseignement que la Direction générale peut avoir en sa possession. Dans le cadre du PAS, une urgence médicale se définit comme étant le traitement d'un patient atteint d'une affection grave ou potentiellement mortelle, lorsque les traitements habituels s'avèrent inefficaces, inadéquats ou qu'ils ne sont pas disponibles.

Au cours de cet exposé, on a souligné que le nombre de demandes d'accès spécial avait grandement augmenté, ce qui exerce de lourdes pressions sur la capacité administrative du PAS et sur ses systèmes d'information. On a aussi informé le Conseil consultatif des sciences que Santé Canada prévoyait un examen complet du PAS pour en évaluer systématiquement le cadre déontologique et réglementaire ainsi que les politiques et procédures administratives dans le contexte des pressions actuelles et futures. Cet examen fait partie d'une proposition d'initiative de modernisation de la réglementation des produits thérapeutiques.

On demande l'avis du CCS sur la façon d'établir un niveau de preuve pour les demandes présentées dans le cadre du PAS, et ce, dans le but de concilier la fonction du cadre de réglementation des médicaments (à savoir garantir l'accès des patients canadiens à des médicaments de qualité, à la fois sécuritaire et efficaces) et à la demande des médecins et des patients d'avoir rapidement accès aux nouveaux médicaments lors d'une situation d'urgence ou de toute autre circonstance particulière.

Le CCS entend par « niveau de preuve » les conditions nécessaires pour remplir les critères d'admissibilité à l'accès spécial. Au cours de son analyse, le CCS a relevé les éléments suivants :

- L'évaluation du PAS en général, mais tout particulièrement de la solidité des liens entre les preuves et l'application de critères, repose essentiellement sur l'analyse des données du système informatique du PAS concernant : les demandes (approuvées et refusées); les catégories de médicaments; les maladies et les

circonstances qui les entourent; les résultats; et les tendances à long terme de chacune de ces catégories.

- Il faut revoir le type de preuves pertinentes et les critères d'admissibilité à l'accès spécial en fonction de chaque type d'utilisation (p. ex., à titre d'essai ou en dernier recours pour un patient gravement malade).
- Il importe de créer un cadre éthique moderne et complet qui servira de base à l'élaboration de politiques sur des questions de sécurité et d'efficacité.

Le CCS a dégagé les éléments suivants en tant que messages clés à inclure au moment de formuler ses conseils à l'intention du ministre :

- Féliciter la Direction générale pour l'efficacité dont elle fait preuve pour traiter les demandes présentées dans le cadre du PAS, et ce, malgré leur grand nombre, toujours croissant, et de reconnaître la nécessité de modifier le PAS pour venir à bout des problèmes actuels et éventuels.
- Demander que la révision du PAS soit amorcée dans les plus brefs délais.
- L'élaboration d'un cadre stratégique complet qui tienne compte aussi bien de l'aspect éthique que scientifique de la fonction de réglementation nécessite de vastes consultations auprès des divers grands spécialistes canadiens et étrangers, mais aussi une étude du coût des médicaments dispensés dans le cadre du PAS et des répercussions de ces coûts sur leur accessibilité, sans oublier la participation des provinces et territoires dans ce dossier.
- Il faut à tout prix penser à accroître considérablement le système de TI du PAS pour qu'il puisse créer les bases de données et les fonctions d'exploration des données nécessaires à une prise de décisions éclairée sur l'ajustement du PAS (critères, règlements, politiques et procédures).
- Il ne faut pas oublier d'envisager :
 - La conception d'un programme pour l'accès spécial aux matériels médicaux et aux produits hybrides combinant médicaments et matériels;
 - La possibilité et l'opportunité de mettre sur pied un processus d'homologation conditionnelle ou provisoire qui donnera accès aux médicaments pour lesquels il existe une demande urgente au moment de leur analyse finale;
 - L'introduction de mesures visant à prévenir l'abus du PAS (c.-à-d. recours au PAS dans des circonstances injustifiées dans le but de contourner les démarches réglementaires d'approbation des médicaments);
 - Les exigences accrues et leur application rigoureuse relativement à la transmission de données des fabricants de produits dont l'accès spécial est approuvé.

8. Activités du CCS

Le CCS examine plusieurs éléments de ses activités internes.

Déclaration d'intérêt

- Le président distribue un exemple de modèle de formulaire de déclaration d'intérêt. Le Secrétariat remettra le modèle aux membres qui devront le remplir, le signer et le lui retourner.

Utilité des conseils du CCS - cadre d'évaluation préliminaire

Le cadre d'évaluation préliminaire, distribué en même que l'ordre du jour, a été préparé à la suite de la promesse du CCS de mettre en œuvre un processus d'autoévaluation systématique qui comportera un volet d'évaluation des incidences de ses conseils. On soulève les points suivants au cours de la discussion :

- En principe, approbation du cadre préliminaire provisoire; ce dernier sera développé en tenant compte du besoin :
 - de déterminer avec précision qui doit remplir le questionnaire;
 - de soigner la formulation des questions;
 - de rédiger une note de présentation claire précisant que le questionnaire fait partie d'un processus visant à évaluer le rendement du CCS et non celui des entités qu'il conseille, et que les réponses seront traitées en toute confidentialité.
- Afin de déterminer quels conseils évaluer et de quelle façon, le CCS doit savoir ce qu'il est advenu de ceux prodigués au bureau du ministre dont les diverses directions générales n'ont pas été informées.
- Pour démontrer l'authenticité de son intérêt, le CCS doit prêter attention aux discussions de suivi avec les évaluateurs.
- On demande au Secrétariat de fournir la liste des articles présentés au CCS et des conseils offerts au ministre.

Le Guide du présentateur

- Le Guide du présentateur ayant besoin d'être révisé, le président demande au Secrétariat de le distribuer aux membres afin de recueillir leurs suggestions et commentaires.

Prochaines réunions

- La dernière réunion du CCS pour 2005-2006 se tiendra les 9 et 10 mai 2006.

- Le nouveau cycle de réunions pour 2006-2007 débutera à l'automne. La première rencontre, qui prendra la forme d'une journée de réflexion, portera sur la future stratégie de Santé Canada en matière de sciences et de recherche. (Agriculture et Agroalimentaire Canada a essayé cette formule dont devrait s'inspirer Santé Canada.) Le CCS manifeste également son intérêt pour une autre réception avec les scientifiques de Santé Canada. On propose d'inviter à cette journée de réflexion les représentants du Conseil d'experts en sciences et en technologie (CEST) pour qu'ils discutent de leur nouveau rapport, qui devrait être publié sous peu, et d'y convier également le conseiller national des sciences.