



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA



NUMÉRO 009



1<sup>re</sup> SESSION



42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le lundi 2 mai 2016**

**Président**

**M. Bill Casey**



## Comité permanent de la santé

Le lundi 2 mai 2016

• (1530)

[Traduction]

**Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)):** Bienvenue à tous à cette neuvième séance de notre Comité. C'est une journée spéciale aujourd'hui, car c'est l'anniversaire de naissance de Darshan, l'un des membres du Comité.

Nous avons chanté pour l'anniversaire de la Reine l'autre jour, mais nous allons nous contenter aujourd'hui de souhaiter un joyeux anniversaire à Darshan.

Nous avons deux questions à régler en lien avec les travaux du Comité. Il y a d'abord une motion présentée par John Oliver.

John, pouvez-vous nous lire votre motion?

**M. John Oliver (Oakville, Lib.):** Merci beaucoup. Voici ma motion:

Que, relativement aux ordres de renvoi reçus de la Chambre et se rapportant à des projets de loi,

(a) le greffier du Comité, lorsque celui-ci reçoit un tel ordre de renvoi, écrive à chaque député qui n'est pas membre d'un caucus représenté au comité pour l'inviter à soumettre au greffier du Comité dans les deux langues officielles, les amendements proposés au projet de loi qui fait l'objet dudit ordre de renvoi qu'il propose que le Comité étudie;

(b) les amendements déposés, conformément à l'alinéa a), au moins 48 heures avant le début de l'étude article par article du projet de loi auquel ces amendements sont proposés soient réputés être proposés au cours de ladite étude à condition que le Comité puisse, en présentant une motion, modifier cette échéance à l'égard d'un projet de loi;

(c) au cours de l'étude article par article d'un projet de loi, le président permette à un député qui a présenté ses amendements conformément à l'alinéa a) de faire de brèves observations pour les appuyer.

Monsieur le président, cette proposition s'inspire de ce qui s'est fait auparavant en comité. On s'assure ainsi que les députés des partis non reconnus ont la possibilité de présenter des amendements pendant le processus d'étude en comité, ce qui leur garantit un rôle beaucoup plus important dans le travail des comités. C'est le but visé par cette motion.

**Le président:** Merci beaucoup.

Est-ce que quelqu'un voudrait en débattre?

Madame May.

**Mme Elizabeth May (Saanich—Gulf Islands, PV):** Merci, monsieur le président.

Vous m'avez glissé brièvement tout à l'heure qu'il ne fallait pas que je prenne trop de temps. Pouvez-vous me donner une indication plus précise du temps à ma disposition afin que je puisse en tenir compte?

**Le président:** Oui, deux ou trois minutes à peine. Nous recevons des témoins.

**Mme Elizabeth May:** On présente cette motion au Comité en faisant valoir qu'elle favorise un plus grand respect des droits des députés dans ma situation, qu'ils soient indépendants ou membres

d'un parti comptant moins de 12 députés. En réalité, cette motion a exactement l'effet contraire. C'est une manoeuvre d'un parti majoritaire qui abuse de son pouvoir pour limiter les droits des petits partis.

Au cours de la dernière législature, les députés libéraux et néo-démocrates ont voté à l'encontre de cette même motion restreignant les droits des députés dans ma situation, c'est-à-dire qui sont membres d'un parti en comptant moins de 12.

Permettez-moi un bref retour en arrière. À l'origine, tous les députés avaient le droit de présenter tous les amendements qu'ils souhaitaient à l'étape du rapport. En 1999, le Reform Party a toutefois profité de ce droit pour présenter plus de 700 amendements dont la plupart étaient frivoles et dilatoires dans le but de bloquer le traité avec les Nisga'as.

Quelques années plus tard, le gouvernement libéral majoritaire alors au pouvoir a modifié les règles de telle sorte qu'un député qui avait eu l'occasion de présenter un amendement en comité ne pouvait plus le faire à l'étape du rapport. Pour que les choses soient bien claires, les députés des partis reconnus ont alors convenu de changer les règles de telle sorte que l'on ne pouvait plus présenter un amendement de fond à l'étape du rapport parce qu'on avait eu la possibilité de le faire en tant que membre d'un comité. Ainsi, les députés des petits partis qui ne pouvaient pas siéger comme membres à part entière au sein d'un comité conservaient le droit de présenter un amendement de fond à l'étape du rapport.

Je crois être la seule députée à avoir fait cette déduction, et j'en ai profité lors de la 41<sup>e</sup> législature pour présenter d'importants amendements. Comme je l'indiquais tout à l'heure, j'ai pu exercer mes droits à ce chapitre avec l'appui des libéraux et des néo-démocrates.

À l'automne 2013, le gouvernement conservateur majoritaire est arrivé avec cette nouvelle idée. Plutôt que de modifier les règles prévues dans O'Brien et Bosc, la même motion a été adoptée par tous les comités. En conséquence, je devais, comme tous les autres députés dans ma situation, me présenter devant les comités. C'était en fait davantage une obligation qu'une invitation. Je dois présenter mon amendement, avec parfois 60 secondes pour le justifier, et je ne peux pas répondre à d'éventuelles questions par la suite.

Ainsi, lorsque deux comités se réunissent à la même heure pour procéder à une étude article par article, ce qui est assez fréquent, je dois courir d'un comité à l'autre pour répondre à l'invitation afin que mes amendements soient pris en considération. C'est un surcroît de travail vraiment considérable qui vise uniquement à empêcher les députés des petits partis de présenter des amendements à l'étape du rapport.

C'est un abus de pouvoir, et je dois avouer qu'il est vraiment navrant de constater que l'on souhaite nous refaire le même coup. Comme les motions adoptées par les comités perdent effet à la fin de chaque législature, chaque comité est maintenant appelé à adopter de nouveau cette motion présentée par l'ancien gouvernement conservateur majoritaire. Je vous exhorte de ne pas adopter cette motion.

• (1535)

**Le président:** Nous sommes peut-être les deux seules personnes ici présentes à avoir été dans cette position de député indépendant ou de membre unique d'un parti. C'est vraiment une situation difficile. Je comprends très bien votre point de vue. Vous ne pouvez pas être partout à la fois, contrairement aux partis qui comptent des dizaines de députés.

Il n'est pas possible pour nous de vous faciliter les choses. Je sais que vous travaillez très fort et que vous vous engagez à fond dans tous vos dossiers. Je peux seulement vous garantir que si cette motion est adoptée aujourd'hui, notre comité vous donnera amplement l'occasion de vous faire entendre toutes les fois que vous le jugerez bon. C'est tout ce que je peux vous offrir.

Le Parlement ne peut tout simplement pas accorder à une seule personne, que ce soit vous ou moi, le même traitement qu'à un parti comptant des dizaines de députés. C'est aussi simple que cela.

**Mme Elizabeth May:** Je ne demande pas un traitement spécial. Je voudrais seulement que l'on respecte les règles établies dans la *Procédure et les usages de la Chambre des communes* de O'Brien et Bosc. C'est notre bible parlementaire qui me permet actuellement de présenter des amendements à l'étape du rapport, un droit dont je ne compte pas abuser. L'étape du rapport, c'est une fois par jour en un seul endroit, plutôt qu'en de nombreux endroits à différentes heures et pour plusieurs projets de loi simultanément.

C'est une motion qui brime considérablement les droits des députés des petits partis. En outre, ceux qui font actuellement partie d'un caucus et décideront de devenir indépendants au cours des prochaines années comme vous l'avez fait, monsieur le président, subiront assurément le même sort. Leur tâche deviendra d'autant plus difficile.

Je suis amèrement déçue de constater que le leader du gouvernement à la Chambre a décidé de demander à tous les comités d'adopter cette motion. Je vous exhorte donc de montrer aux Canadiens que nos voies ensoleillées ne vont pas s'ennuyer aussi facilement.

**Le président:** Monsieur Davies.

**M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD):** J'aurais quelques observations à faire avant de poser une question importante. Malgré tout le respect que je dois à ma collègue, Mme May n'est pas la seule à avoir proposé des amendements à l'étape du rapport à la Chambre. Je ne crois pas la dénigrer en disant cela, car des députés d'autres partis, y compris les néo-démocrates, ont proposé des amendements à la Chambre à l'étape du rapport. Je suis tout de même sensible à son argumentation.

Ma question vise à apporter un éclaircissement. Si cette motion était adoptée, est-ce que cela voudrait dire que les députés ne

pourraient présenter des amendements à un projet de loi qu'au moment de l'étude en comité et qu'il leur deviendrait donc totalement impossible de le faire à l'étape du rapport à la Chambre, comme semble le soutenir Mme May, si je ne déforme pas ses propos. Elle a peut-être raison, mais j'ai vérifié auprès de nos conseillers parlementaires qui m'ont indiqué que ce n'était pas exactement le cas. Selon eux, seuls les amendements présentés à l'étape de l'étude en comité ne pourront l'être à l'étape du rapport à la Chambre. Ainsi, n'importe quel autre amendement pourra être présenté à l'étape du rapport à la Chambre, pour autant qu'il ne l'ait pas déjà été en comité.

J'ai eu l'occasion d'en discuter avec Mme May et, si j'ai bien compris son point de vue, elle croit que l'adoption de cette motion ferait en sorte qu'un député ne pourrait pas présenter quelque amendement que ce soit à l'étape du rapport à la Chambre, simplement du fait qu'il a déjà eu l'occasion de le faire en comité.

Je ne sais pas si quelqu'un peut nous aider à y voir plus clair, car cela pourrait changer ma perception...

**Le président:** John, avez-vous des observations?

**M. John Oliver:** Monsieur le président, j'ai lu ma motion. Elle traite expressément des députés qui ne sont pas membres d'un parti reconnu. C'est donc une motion dont la portée est très ciblée.

**Le président:** C'est ce que je comprends également.

**Mme Elizabeth May:** Puis-je essayer de répondre à la question de Don?

J'ai eu à composer avec cette situation et, je vous prie de me croire, après plusieurs rappels au Règlement et discussions avec le Président de la Chambre lors de la 41<sup>e</sup> législature, qu'il y a une distinction à l'étape du rapport entre un amendement de fond et une simple suppression.

Compte tenu de la prétendue possibilité qu'offre cette motion répressive, tous les députés, y compris ceux d'un parti non reconnu, conservent le droit de proposer des suppressions à l'étape du rapport. Si cette motion est adoptée, aucun député n'aura toutefois le droit de présenter un amendement de fond à l'étape du rapport, que cet amendement ait été déposé ou non devant un comité. C'est la distinction.

C'est une façon de procéder qui a obtenu l'appui des libéraux et des néo-démocrates, notamment, lors de l'étude du projet de loi omnibus d'exécution du budget au printemps 2012... Cette motion est le résultat direct de la volonté du gouvernement conservateur majoritaire précédent de me punir pour avoir lutté aussi activement contre le projet de loi C-38, avec le soutien de députés libéraux et néo-démocrates qui voulaient eux aussi éviter les torts causés par les mesures prévues dans ce projet de loi. J'ai ainsi présenté 423 amendements au projet de loi C-38, le projet de loi omnibus d'exécution du budget. Le Président de la Chambre les a groupés pour les mettre aux voix. Le vote s'est prolongé pendant 24 heures consécutives, et c'est pour éviter cela que cette motion a ensuite été déposée.

Il a d'abord été proposé — par Peter Van Loan en l'occurrence — que le Président de la Chambre isole l'un des amendements lorsqu'un député dans ma situation en présente plusieurs à la fois. Si cet amendement n'était pas adopté après sa mise aux voix, tous les autres du même lot ne seraient pas pris en considération. Le Président a rejeté cette proposition en indiquant qu'elle n'était pas conforme aux principes d'une démocratie parlementaire.

Le Président a toutefois en quelque sorte ouvert la porte en ajoutant que si l'on offrait la possibilité... Nous avons mis à l'essai cette prétendue possibilité, une solution qui devait être jugée satisfaisante par les députés concernés, selon ce que le Président de la Chambre avait lui-même indiqué. Ce n'est certes pas une solution satisfaisante à mes yeux. Je dois m'en accommoder depuis l'automne 2013 et je peux vous dire que c'est vraiment très difficile de devoir ainsi courir d'un comité à un autre.

J'espère avoir répondu à la question de Don. Tous les députés peuvent effectivement proposer des suppressions à l'étape du rapport, mais personne ne pourra proposer d'amendement de fonds si cette motion est adoptée.

● (1540)

**Le président:** Monsieur Oliver.

**M. John Oliver:** Nous avons une séance de travail bien remplie qui nous attend. Nous accueillons un groupe de témoins. Je crois que la députée a eu amplement l'occasion d'exprimer ses points de vue et ses préoccupations concernant sa motion. Nous ne devons pas trop nous attarder avant de passer à l'ordre du jour prévu pour cette réunion.

**Le président:** Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Je comprends très bien les points soulevés par Mme May, mais je répète que les précisions que j'ai obtenues à ce sujet ne vont pas dans le même sens. Je proposerais que nous reportions à notre prochaine séance l'examen de cette motion de telle sorte que nous ne puissions obtenir des éclaircissements sur la teneur exacte des droits des députés quant aux motions pouvant être présentées à l'étape du rapport. Cela pourrait influencer sur ma décision relativement à la motion à l'étude. Je ne vois pas en quoi il est absolument nécessaire que nous tranchions dès maintenant.

Comme le proposait M. Oliver, je serais donc favorable à ce que nous passions à l'ordre du jour de notre séance en reportant simplement cette décision à notre prochaine réunion.

**Le président:** Est-ce une motion que vous présentez?

**M. Don Davies:** Oui.

**Le président:** Tous ceux qui sont favorables à ce que nous reportions l'examen de la motion à la prochaine réunion?

Tous ceux qui sont contre?

(La motion est rejetée.)

**Le président:** Nous revenons donc à la motion de M. Oliver.

D'après ce que je puis comprendre, cette motion vous permettrait, à vous comme à n'importe quel député indépendant, de soumettre par écrit des amendements à n'importe quel comité et de présenter des observations pour les appuyer. C'est une chose que vous ne pouvez pas faire actuellement. Il existe peut-être certaines restrictions, mais on vous offre également de bien meilleures possibilités d'exprimer vos points de vue. Bien des gens affirment que c'est au sein des comités que les parlementaires accomplissent leur meilleur travail.

**Mme Elizabeth May:** Pas quand ils sont menottés, mais ça va.

**Le président:** Nous avons entendu la motion.

Tous ceux qui sont en faveur de la motion de M. Oliver?

Ceux qui sont contre?

(La motion est adoptée.)

**Le président:** Je peux seulement vous dire que si vous vous présentez devant nous, la présidence va vous permettre de vous exprimer aussi généreusement que possible.

Nous devons par ailleurs décider si nous souhaitons nous pencher sur la nomination de Mme Siddika Mithani à titre de présidente de l'Agence de la santé publique du Canada. Notre Comité peut discuter de cette nomination, l'analyser et se prononcer à ce sujet, ou encore choisir de ne rien faire du tout.

Est-ce que le Comité souhaite débattre de cette nomination?

Il ne semble pas y avoir d'intérêt particulier. Je vais donc présumer que la réponse est négative et que nous n'allons pas remettre en cause cette nomination.

Nous passons donc à notre ordre du jour. Nous accueillons aujourd'hui M. William Dempster, directeur général de Sixty Public Affairs; M. W. Neil Palmer, président de PDCI Market Access; et le Dr Graham Sher, chef de la direction de la Société canadienne du sang.

Vous avez droit à 10 minutes pour vos exposés préliminaires après quoi nous passerons aux questions des membres du Comité.

Monsieur Palmer.

● (1545)

**M. W. Neil Palmer (président et consultant principal, PDCI Market Access):** Merci, monsieur le président. Je vais partir le bal; M. Dempster suivra; et M. Sher fermera la marche.

Bonjour à tous. Je m'appelle Neil Palmer et je suis président et consultant principal chez PDCI Market Access. Je suis accompagné de M. Dylan Lamb-Palmer, notre gestionnaire en économie et analytique de la santé.

Nous sommes ici aujourd'hui pour vous présenter uniquement les points de vue de PDCI. Nous ne défendons pas les intérêts d'une tierce partie. Bien que les fabricants de produits pharmaceutiques comptent parmi nos principaux clients, nous ne défendons pas les intérêts de l'industrie pharmaceutique. Notre travail de consultation auprès de cette industrie nous permet toutefois de bien connaître les rouages de l'assurance-médicaments au Canada, une expérience qui guide nos activités de recherche et d'orientation stratégique, y compris nos études sur les coûts d'un régime national d'assurance-médicaments.

Je compte moi-même plus de 30 ans d'expérience dans le secteur de la santé, y compris six années au sein du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, où j'ai participé à l'élaboration et à la mise en oeuvre des lignes directrices du PDCI pour l'établissement des prix, dont la plupart sont encore en vigueur aujourd'hui. J'ai aussi une expérience considérable des régimes internationaux d'établissement des prix et de remboursement des produits pharmaceutiques. Je donne d'ailleurs des conférences à ce sujet aux étudiants du programme de deuxième cycle de l'Université de la Californie du Sud en analyse décisionnelle relative aux soins de santé.

Comme vous le savez, l'Association des pharmaciens du Canada a mandaté PDCI pour effectuer une étude des coûts d'un régime national d'assurance-médicaments et analysé les conclusions de Morgan et coll. qui ont été publiées dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* et reprises dans le rapport *Pharmacare 2020*. Nous avons également évalué les autres options permettant une couverture universelle de l'assurance-médicaments sans démanteler ni perturber le régime canadien de soins de santé.

À notre avis, le débat sur un régime national d'assurance-médicaments devrait être fondé sur des analyses réfléchies et approfondies s'appuyant sur un large éventail de points de vue, d'expertises et d'expériences, ainsi que sur la prise en compte appropriée de toute une gamme d'options stratégiques. Nous estimons important de d'abord cerner les problèmes que l'on tente de régler au moyen d'un régime national d'assurance-médicaments. Commençons donc par les éléments qui font consensus.

Premièrement, la couverture actuelle n'est pas complète. Ce ne sont pas tous les Canadiens qui ont accès aux médicaments sur ordonnance dont ils ont besoin, et les coûts peuvent représenter un obstacle pour certains patients, parmi ceux qui bénéficient d'une couverture de base. On dit souvent qu'il y a entre 10 % et 20 % des gens qui ne sont pas couverts ou n'ont pas une couverture adéquate. Ces estimations sont toutefois fondées sur des données qui ne sont guère probantes et qui proviennent généralement de sondages d'opinions peu fiables. Cette proportion de 10 à 20 % pourrait donc être tout aussi bien une sous-estimation qu'une surestimation. D'une manière ou d'une autre, nous devons savoir de quoi il en retourne.

Nous devons le savoir car une telle incertitude ne permet pas de formuler des recommandations stratégiques et de prendre des décisions en toute connaissance de cause. C'est à ce chapitre que la contribution du gouvernement fédéral peut être essentielle. Le gouvernement fédéral devrait mandater Statistique Canada, Santé Canada ou une organisation externe compétente pour mener une enquête détaillée et approfondie sur la couverture relative aux médicaments sur ordonnance au Canada. Cette étude devrait aussi chercher à déterminer dans quelle mesure les franchises et les quotes-parts constituent des obstacles à l'accès.

Deuxièmement, la couverture relative aux médicaments sur ordonnance ne devrait pas varier en fonction du lieu de résidence. Il n'est pas nécessaire que les modalités soient identiques, mais on devrait avoir accès partout au Canada à une couverture comparable. C'est un peu la même chose que pour les différents systèmes provinciaux de soins de santé qui respectent tous les principes fondamentaux du régime canadien d'assurance-maladie. Ils sont similaires, mais pas identiques.

C'est un aspect important à considérer. Contrairement à ce qui se passe ailleurs dans le monde, il existe au Canada un manque d'uniformité en raison de l'absence d'un système national de soins de santé. Il est logique d'avoir un régime national d'assurance-médicaments dans le contexte d'un système national de soins de santé, mais nous n'avons pas ici un tel système. De plus, le régime national d'assurance-médicaments envisagé prévoirait des responsabilités distinctes pour le paiement des médicaments par rapport au financement des soins de santé. Cela ne ferait qu'exacerber la mentalité de financement en vase clos. Plus le régime d'assurance-médicaments est détaché du système provincial de soins de santé qu'il dessert, moins les décisions prises risquent d'être pertinentes.

J'aimerais maintenant traiter de l'idée d'une liste nationale de médicaments, laquelle ferait partie intégrante du régime national proposé. Notre analyse révèle que plus de 90 % des produits pharmaceutiques se retrouvent sur toutes les listes de médicaments, ou sont rendus disponibles par le truchement d'autres programmes dans la province concernée, comme l'agence pour le cancer, ce qui fait qu'une liste nationale des médicaments ne ferait que reproduire en grande partie ce qui existe déjà.

Il serait tout de même avantageux de mener une analyse comparative approfondie des listes de médicaments des programmes provinciaux pour déterminer dans quelle mesure elles se recoupent et

pour cerner les domaines thérapeutiques où il y a divergence. Cette analyse pourrait être effectuée par le Système national d'information pour l'utilisation des médicaments prescrits, l'Institut canadien d'information sur la santé ou l'IMSL.

En troisième lieu, il est aussi convenu que le choix des médicaments sur ordonnance qui sont remboursables devrait être fondé sur des données probantes. En fait, c'est l'approche adoptée par les régimes provinciaux depuis toujours, mais à des degrés divers. Depuis 2003, les nouveaux médicaments sont soumis — sauf au Québec — au Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). Il s'agit d'un examen approfondi des effets cliniques et des coûts des différents médicaments qui permet aux provinces d'établir leurs listes respectives en fonction de recommandations uniformes et bien fondées. Au Québec, l'INESSS a une approche semblable qui permet de s'appuyer sur des données probantes pour établir la liste des médicaments pour cette province.

● (1550)

Le quatrième objet de consensus, c'est qu'il est essentiel de disposer d'un grand pouvoir d'achat pour pouvoir négocier les meilleurs prix possible pour les régimes publics d'assurance-médicaments. L'Alliance pancanadienne pharmaceutique (l'APP) a bien évolué depuis ses modestes débuts en 2010; elle négocie désormais les prix au nom de tous les régimes publics, y compris celui du Québec et les régimes fédéraux. En fait, l'APP est un exemple remarquable mais méconnu de succès de la politique publique. Jusqu'à tout récemment, elle ne bénéficiait d'aucune ressource spéciale et dépendait totalement des gestionnaires des régimes d'assurance-médicaments de chaque administration, qui, par bonne volonté et en collaboration, ont harmonieusement mis en place un mécanisme de négociation des ententes sur les listes de produits qui fait envie dans le monde entier. L'Alliance a déjà mené à bien plus de 100 négociations et nous permet d'économiser près d'un demi-milliard de dollars chaque année, des économies qui n'iront qu'en augmentant au fur et à mesure que de nouveaux médicaments sont inscrits. De plus, elle est en train de réviser la classe thérapeutique des médicaments établis et a abaissé les prix des médicaments génériques, qui ne correspondent plus qu'à 18 à 25 % du prix de la marque d'origine, dans la plupart des cas, ce qui profite à l'ensemble des Canadiens. En fait, l'APP a tellement de succès que les régimes d'assurance privés veulent désormais jouir eux aussi de son expertise.

Jusqu'à maintenant, l'Alliance n'ouvre pas la porte aux assureurs privés, peut-être parce que les régimes privés visent principalement le profit, mais aussi parce qu'ils sont tout à fait capables de négocier leurs propres listes de médicaments. Par exemple, les tentatives récentes d'assureurs comme Manuvie, avec son programme Veille Médicaments Manuvie, afin de contenir les coûts des régimes d'assurance-médicaments privés, suscitent considérablement d'intérêt, de même que de la controverse.

Et qu'en est-il du débat entre les régimes publics et les régimes privés? Les tenants d'un programme national d'assurance-médicaments laissent entendre qu'il en coûterait bien peu au gouvernement pour éliminer les régimes d'assurance-médicaments privés. Nous ne sommes pas d'accord. Si toutes les dépenses publiques, privées et les menues dépenses étaient regroupées dans un même plan national, nous estimons que les dépenses pourraient effectivement diminuer d'environ 1 milliard de dollars en tout, mais qu'il y aurait un transfert important de dépenses vers le secteur public, des dépenses qui ont atteint environ 8 milliards de dollars en 2015.

Non seulement la nationalisation des régimes d'assurance-médicaments privés ferait-elle considérablement augmenter les coûts pour le secteur public, mais ce serait très perturbateur pour les employeurs comme pour les employés, sans pour autant améliorer leur état de santé. De plus, ces prestations sont le résultat de négociations collectives. Il est fort peu probable que les syndicats abandonnent leur couverture des médicaments, à moins d'obtenir quelque chose en retour.

Morgan et ses collaborateurs soutiennent qu'une combinaison des régimes publics et privés permettrait d'obtenir au Canada des prix aussi bas qu'au Royaume-Uni, même si la population britannique est beaucoup plus grande que celle du Canada et que le Royaume-Uni a un mécanisme de financement des médicaments bien différent du nôtre. En Angleterre, il y a 209 comités de mise en service clinique, les CCG. Les CCG sont des organisations de santé créées par la loi et dirigées par des médecins, qui ont la responsabilité de planifier et de mettre en service les services de santé dans leur région. Chaque CCG a ses propres formulaires et reçoit un budget de médicaments fixe. Cette façon de faire comporte des problèmes. Bien que les budgets fixes aident à contenir les coûts, ils peuvent constituer un obstacle à l'acceptation de nouveaux médicaments. Par conséquent, les médecins britanniques sont plus lents à adopter les nouveaux médicaments dans leur pratique, ce qui est problématique, particulièrement pour les médicaments contre le cancer.

Devant une vague considérable et soutenue de critiques, le gouvernement a été forcé, en 2010, d'établir un fonds spécial pour les médicaments contre le cancer, en plus des mécanismes de financement ordinaires de l'Angleterre. L'inaccessibilité des régimes d'assurance-médicaments fait constamment les manchettes au Royaume-Uni; il y a d'ailleurs récemment eu un article dans *The Guardian* qui exposait les conclusions d'un exposé de synthèse publié dans *The Lancet*, l'un des plus grands journaux de médecine. L'étude publiée dans *The Lancet* démontrait que les taux de survie après cinq ans chez les patients britanniques atteints de diverses formes de cancer étaient plus bas que ceux qui s'observent dans la plupart des grands pays, dont le Canada.

Il importe aussi de mettre les comparaisons de prix internationales en contexte. Morgan, qui cite le CEPMB, souligne que les prix au Royaume-Uni sont inférieurs à ceux au Canada de 23 %. Ce chiffre, qui date de 2013, s'explique en grande partie par le taux de change, mais représente presque les deux tiers des économies selon Morgan. Un an plus tard, en 2014, les prix au Royaume-Uni étaient inférieurs aux prix canadiens de 14 %, selon le CEPMB, une fluctuation de 9 %, ou de presque 2 milliards de dollars d'économies perdues en un seul an.

Une analyse plus robuste aurait pris en compte la forte volatilité des taux de change et les similitudes dans le pouvoir d'achat plutôt que de mettre l'accent sur les taux de change sur le marché.

Comme les décisions politiques sur un programme d'assurance-médicaments doivent se fonder sur des comparaisons entre les prix internationaux, il est essentiel de faire une bonne mise en contexte et de discuter en toute transparence des taux de change et des régimes de santé étudiés, puis d'effectuer une bonne analyse de la sensibilité. Le CEPMB limite déjà les prix canadiens aux éléments de comparaison internationaux. Il limite également les prix des nouveaux médicaments à une analyse des prix des autres médicaments de la même classe thérapeutique, et les augmentations de prix sont limitées à l'inflation. En fait, les prix canadiens augmentent habituellement de moins de 1 % chaque année.

Cela dit, certains croient que le CEPMB a perdu de sa pertinence. Quoi qu'il en soit, il demeure une composante importante du mécanisme de gestion des coûts des produits pharmaceutiques au Canada. Le gouvernement fédéral pourrait faire sa part en définissant clairement le mandat du CEPMB, afin de revoir ses priorités à la lumière de celles des provinces, de l'APP, des régimes privés et des consommateurs, et en éliminant toute l'incertitude entourant les sphères de compétence, qui mène à des poursuites improductives. C'est le Parlement et non les tribunaux qui devrait déterminer le mandat du CEPMB.

• (1555)

Bref, nous avons une version pancanadienne en pleine évolution d'un programme d'assurance-médicaments, une alliance bien intégrée aux régimes de santé provinciaux et territoriaux que l'assurance-médicaments sert. Il reste encore beaucoup à faire. Tous les Canadiens doivent avoir accès à une couverture d'assurance-médicaments abordable, et comme je l'ai déjà proposé, nous aurions besoin d'une étude en profondeur pour évaluer les lacunes dans la couverture d'assurance.

De même, nous devons déterminer s'il y a des disparités importantes dans les listes de médicaments d'une province ou d'un territoire à l'autre. Le gouvernement fédéral peut prendre le leadership à cet égard.

Enfin, toute la discussion sur l'assurance-médicaments au Canada devrait viser à améliorer la couverture et à l'étendre à ceux et celles qui n'y ont pas accès, plutôt que de viser à affaiblir l'assurance-médicaments de la vaste majorité des Canadiens qui bénéficient actuellement d'une bonne couverture.

Merci.

**Le président:** Merci beaucoup.

J'ai une question à vous poser. Que fait PDCI?

**M. W. Neil Palmer:** Nous faisons toutes sortes de choses, principalement pour les fabricants de produits pharmaceutiques. Nous préparons les données cliniques et les rapports coût-efficacité qui sont soumis à l'examen commun des médicaments, à l'INESSS et à l'examen pancanadien des médicaments oncologiques. Nous fournissons le même genre de renseignements au CEPMB. Nous aidons les fabricants à rassembler les données dont ils ont besoin pour que leurs médicaments soient inscrits à la liste des médicaments figurant dans les formulaires.

**Le président:** Monsieur Dempster.

**M. William Dempster (directeur général, 3Sixty Public Affairs):** Bonjour.

Je m'appelle Bill Dempster et je suis directeur général de 3Sixty Public Affairs, une firme de consultants en matière de relations gouvernementales et de politique publique.

Mes collègues et moi avons une expérience pratique des régimes d'assurance-médicaments, de la politique publique et de l'industrie pharmaceutique, qui remonte à la moitié des années 1980. Nous contribuons à des publications examinées par les pairs, à des revues politiques et aux revues savantes de l'industrie sur diverses questions pertinentes dans le cadre de cette étude.

[Français]

Je veux remercier le Comité de m'avoir invité à partager mon point de vue au sujet d'un programme national d'assurance-médicaments.

[Traduction]

J'ai été invité à venir vous parler de l'achat en masse et de la gestion des coûts, en particulier. Je suis ici à titre personnel, pour vous faire part de mes propres observations, et j'aimerais concentrer mes observations sur un sujet que Neil a déjà abordé en grande partie, soit l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. J'expliquerai quelle place l'APP occupe dans le processus, comment elle fonctionne et l'effet de son intervention sur le contrôle des coûts et l'orientation stratégique. J'expliquerai également comment les autres payeurs, dont les assureurs privés et les hôpitaux, gèrent leurs coûts à l'aide de mécanismes semblables. Je vous montrerai les chiffres et les graphiques que j'ai préparés, qui figurent dans un jeu de diapositives PowerPoint que je vous ai remis dans les deux langues.

J'espère réussir à aider les membres du Comité à mieux comprendre l'évolution de l'APP et la place qu'elle peut occuper dans le régime fédéral d'assurance-médicaments, puis comment les autres payeurs gèrent également leurs coûts à l'aide de mécanismes semblables.

Je vous invite à prendre la deuxième diapositive de ma présentation, qui illustre la place qu'occupe l'APP. Vous avez déjà entendu des représentants de Santé Canada et du chien de garde fédéral des prix, le CEPMB, ainsi que de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, l'ACMTS. C'est après l'examen de l'ACMTS ou de l'institut du Québec qui évalue les technologies en matière de santé, l'INESSS, que l'APP entame ses négociations potentielles sur un nouveau médicament avec les fabricants.

Concrètement, le secrétariat de l'Alliance se trouve dans les bureaux du ministère de la Santé de l'Ontario et se compose de cinq employés, mais l'essentiel du travail de l'Alliance se fait un peu partout au pays, puisque toutes les semaines, les responsables des régimes publics d'assurance-médicaments fédéraux, provinciaux et territoriaux, tiennent des téléconférences pour discuter des négociations en cours et prendre connaissance des évaluations récentes pour déterminer s'il convient ou non d'entreprendre des pourparlers sur un nouveau médicament.

Si l'Alliance décide de négocier, une administration représentante est choisie pour diriger les pourparlers et être le premier point de contact du fabricant. C'est un peu comme des négociations collectives ou à paliers multiples. L'administration responsable doit obtenir le consensus de toutes les autres administrations qui participent aux discussions pour conclure un accord. J'utilise le terme « accord » de façon assez libérale, parce qu'il n'y a pas d'accord juridiquement contraignant. Les parties négocient une lettre d'intention, que tous les gouvernements participants sont censés mettre en oeuvre.

La plupart des accords se résument à une simple réduction de prix, qui se compare à un rabais accordé à chaque administration. Cependant, il n'y a pas toujours que le prix qui est négocié. Je pense qu'on pourrait élargir la portée du mandat de l'Alliance. En fait, les gens de l'Alliance se disent ouverts à l'idée et ont réussi à négocier des ententes sur les effets sur la santé ou des plafonds d'utilisation de temps d'approfondir les recherches.

Quels sont les principaux intérêts des parties dans ces négociations? En fait, outre l'accès pour le patient à de nouveaux produits de santé et à une meilleure santé, qui font partie des objectifs des deux parties, les administrateurs des régimes d'assurance-médicaments veulent plus de budget, de la certitude clinique et idéalement, ils veulent réaliser des économies. Quant à eux, les fabricants veulent obtenir un juste prix et garantir leurs revenus. La durée des

négociations varie beaucoup, de quelques mois jusqu'à plus d'un an dans certains cas, et il y a actuellement un grand volume de nouveaux produits qui apparaissent dans le système, qui est déjà à pleine capacité. Cela cause des retards. Il y a environ une vingtaine de médicaments qui font déjà l'objet de recommandations de l'ACMTS, mais sur lesquels il n'a pas encore été décidé si l'Alliance négocierait ou non.

L'Alliance examine également les multiples produits qui font partie de la même classe thérapeutique; il y a des médicaments qui figurent aux listes depuis longtemps ou qui seraient mûrs pour une renégociation. L'Alliance administre également les prix transparents et remboursés des médicaments génériques, et comme mes collègues témoins l'ont dit, le prix des médicaments génériques correspond à un pourcentage de plus en plus bas du prix du médicament breveté. Il peut atteindre un pourcentage de 85 % de ce prix, mais être aussi bas que 18 %. La plupart des payeurs bénéficient de cette transparence dans les prix des médicaments génériques.

Comment les autres payeurs, comme les assureurs privés et les hôpitaux, fonctionnent-ils? Eh bien, il y a trois fournisseurs privés d'avantages sociaux en santé qui occupent les deux tiers du grand marché privé, puis des dizaines de plus petits assureurs privés. Tous essaient d'augmenter leur pouvoir de négociation, y compris les petits assureurs.

Les assureurs privés peuvent littéralement offrir des centaines de régimes d'assurance-médicaments différents en fonction des besoins et des moyens de leurs clients, qui sont en général des employeurs, des syndicats et des groupes affiliés, mais il peut également s'agir de particuliers. En outre, les payeurs privés utilisent depuis longtemps le comité d'évaluation pour obtenir des avis en matière de remboursement, et les fabricants préparent beaucoup de données qu'ils soumettent aux payeurs.

• (1600)

Ce n'est pas tous les régimes privés qui ont des formulaires ouverts. Comme vous l'avez peut-être déjà entendu, ils sont de plus en plus nombreux à recourir à la gestion active à l'aide de divers mécanismes de contrôle des coûts.

Les régimes d'assurance-santé privés sont très appréciés de la plupart des Canadiens. Nous sommes 24 millions à en bénéficier, dont probablement toutes les personnes ici présentes, je présume. Pour les employeurs, il s'agit d'un aspect essentiel d'un régime d'avantages sociaux concurrentiel. Qu'en est-il des hôpitaux? Eh bien, ils ont eux aussi leurs comités d'évaluation des médicaments et peuvent souvent négocier seuls ou en groupe d'acheteurs institutionnels, selon la province.

Revenons un peu à l'APP et à ses réalisations. Comme l'autre témoin l'a dit, l'Alliance a atteint le seuil des 100 négociations fructueuses sur des médicaments et leur usage le mois dernier. Le demi-milliard de dollars d'économies annuelles annoncé l'an dernier doit être beaucoup plus élevé aujourd'hui. Il y a 40 % de plus de produits négociés dans le système, et il y a encore plus de médicaments génériques inscrits à un prix réduit.



Pour vous donner rapidement une idée des économies réalisées, je vous invite à prendre la page 3 de mon document. Comme vous pouvez le voir, nous avons comparé les taux actuels de remboursement dans les diverses provinces à ceux d'il y a 10 ans, soit de 2006, avant que les provinces n'acquiescent le pouvoir de négocier avec les fabricants. Il y a 10 ans, 103 nouveaux médicaments, nouveaux usages des médicaments ou nouvelles formulations avaient été enregistrés sur le marché au cours des 24 mois précédents. Seulement deux provinces avaient remboursé ou inscrit à leurs listes plus de 30 % de ces médicaments dans le cadre de leurs régimes publics d'assurance-médicaments, et la moyenne était de moins de 20 %.

Reportons-nous à la fin de 2015, où les négociations de l'Alliance battaient leur plein. Je pense qu'il y a au moins trois constats à dégager de ces données. Premièrement, il y a beaucoup plus de produits qui sont mis en marché, il y en avait presque 200 en 2015 comparativement à la moitié 10 ans plus tôt. Deuxièmement, les patients canadiens ont désormais accès à beaucoup de nouveaux médicaments, à deux fois plus qu'il y a 10 ans, et la proportion des nouveaux médicaments couverts est passée de moins de 20 % à plus de 30 % en moyenne. Enfin, il y a beaucoup plus d'uniformité entre les régimes. Si vous regardez le graphique linéaire à droite, vous verrez qu'il y a beaucoup moins d'écart entre les régimes qu'aujourd'hui. Cela ressemble beaucoup, dans les faits, à un formulaire national.

Cela dit, ces graphiques ne vous renseignent pas sur la valeur combinée ni sur les réductions de prix. Ces données sont vraiment difficiles à calculer, parce que les prix sont souvent confidentiels. Ils sont établis à l'issue de négociations séparées, mais pour vous en donner un aperçu, je vous invite à prendre la page 4 de mon jeu de diapositives. Regardons les dépenses totales par province sur les médicaments d'ordonnance au cours des dernières années. Vous constaterez que depuis 2011, l'année où l'Alliance a vraiment commencé ses activités, les dépenses des gouvernements se sont stabilisées et ont même un peu diminué par rapport aux dépenses totales en santé. Les gouvernements dépensent donc toujours à peu près la même somme, un peu moins si l'on tient compte de l'inflation, de la croissance de la population et du vieillissement, et les Canadiens qui dépendent des régimes publics d'assurance-médicaments ont accès à beaucoup plus de médicaments qu'avant. Cela nous indique que les prix doivent avoir baissé beaucoup.

Nous avons parlé du fonctionnement de l'Alliance et nous avons montré la valeur ajoutée qu'elle apporte, puisqu'elle nous donne accès à de meilleurs prix et qu'elle accroît l'uniformité entre les divers programmes gouvernementaux, mais j'aimerais vous présenter une brève analyse de l'Alliance au-delà des enjeux économiques.

Il y a d'autres aspects positifs à l'Alliance. En plus de favoriser la collaboration entre les gouvernements, son bureau est prêt à consulter tous les intervenants, et il a établi des principes très axés sur le patient, sur la base du système d'examen des médicaments contre le cancer. Cependant, l'Alliance a encore des défis à relever, et je n'en nommerai que quelques-uns. Premièrement, il y a la transparence. Le public ne sait pas quelle province ou territoire a participé à quelle série de négociations. Deuxièmement, il n'y a pas d'échéancier pour les diverses étapes, bien que le bureau de l'Alliance soit en train d'élaborer un guide de négociation et qu'il compte préciser certaines choses, dont les échéanciers. Troisièmement, les provinces ne remboursent pas toujours rapidement, si seulement elles remboursent, après la conclusion d'une négociation. Pour elles, l'accord négocié ou la lettre d'intention semble constituer une option de remboursement et non une promesse de rembourse-

ment, ce qui limite probablement la réduction que les fabricants peuvent consentir à l'Alliance. Quatrièmement, l'arréage que j'ai mentionné retarde l'accès à de nouvelles thérapies importantes, ce qui a un coût pour les patients et le système de santé. Ces questions méritent une attention particulière.

Maintenant que le gouvernement fédéral participe à l'Alliance et qu'il interagit plus activement avec les provinces en matière de santé en général, Ottawa pourrait investir afin d'accroître le pouvoir de l'Alliance d'intégrer de nouveaux produits au système, d'accroître la transparence, d'accélérer la prise de décisions quant au remboursement grâce à des délais plus serrés une fois les négociations terminées, et il pourrait même contribuer à réduire les différences d'accès d'un endroit à l'autre au pays, notamment par le financement des médicaments pour les maladies rares.

Quel est le lien avec l'idée d'un programme national d'assurance-médicaments? Ce genre de proposition stratégique semble fonctionner dans d'autres pays dans le même contexte, mais je pense qu'il reste beaucoup d'analyses à faire avant de pouvoir dire que cela peut fonctionner, concrètement, au Canada. Entre-temps, tous les régimes publics s'adaptent à la présence de l'APP dans la réalité fédérale canadienne et ils en profitent de plus en plus. Ce mécanisme relativement nouveau est un ajout important, qui continue d'évoluer, à notre collaboration nationale en matière d'assurance-médicaments.

• (1605)

J'aimerais vous remercier tous encore une fois de m'avoir invité à comparaître aujourd'hui. J'ai déjà hâte d'entendre le prochain témoin et de répondre à vos questions.

Merci.

**Le président:** Merci beaucoup.

Je me pose juste une question. Ce système vous semble-t-il sensé? Est-ce un bon système?

**M. William Dempster:** Comme mon collègue l'a dit, il évolue harmonieusement. J'écris sur l'Alliance depuis sa création, en 2011, et au moins tous les deux ans, nous publions un article sur elle. Elle s'améliore d'année en année.

Est-ce un bon système? Oui. Pourrait-il être encore meilleur? Oh oui.

Elle n'est absolument pas parfaite, comme je crois l'avoir exposé, et ce n'est pas un programme parfaitement nationalisé d'assurance-médicaments, mais c'est certainement un bon pas vers la collaboration nationale et un cadre général dont nous pouvons tous nous inspirer. Il donne accès à des prix auxquels les provinces n'auraient pas accès sinon.

Pour le Canada atlantique, d'où vous venez, monsieur le président, si je ne me trompe pas, je crois que c'est un grand atout. Le taux d'inscription aux listes a bondi dans les provinces atlantiques, parce que l'Alliance leur donne accès à de biens meilleurs prix qu'avant, ce qui n'était tout simplement pas possible dans l'ancien régime.

**Le président:** Merci.

Docteur Sher.

**Dr Graham Sher (chef de la direction, Société canadienne du sang):** Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité, je vous remercie de m'avoir invité à nouveau, cette fois pour parler de l'important sujet de l'assurance-médicaments.

Nous sommes ici aujourd'hui parce que nous voyons le formulaire national des médicaments dérivés du plasma de la Société canadienne du sang comme un modèle proprement canadien qui pourrait éclairer les discussions du Comité sur l'établissement d'un programme national d'assurance-médicaments. Notre approche démontre qu'il est possible de réaliser l'achat en gros de produits pharmaceutiques de manière transparente et efficace à l'échelle pancanadienne sans compromettre le choix des produits et la sécurité d'approvisionnement. Nous avons également remis au Comité un document qui présente de façon plus détaillée les renseignements dont je vais faire la synthèse aujourd'hui.

Permettez-moi d'abord d'expliquer ce qu'est le plasma et de situer dans son contexte la fabrication des médicaments qui en sont dérivés. Le plasma est la partie liquide du sang riche en protéines qui transporte les autres constituants du sang dans l'organisme. Les produits dérivés du plasma, ou protéines plasmatiques, sont des médicaments hautement spécialisés fabriqués à partir de plasma humain.

On appelle les sociétés pharmaceutiques qui fabriquent ces produits dérivés des « centres de fractionnement ». La plupart sont situés aux États-Unis et en Europe. Ces centres regroupent les unités de plasma de plusieurs milliers de donneurs dont l'état de santé a été vérifié au préalable. Le mélange de plasma est ensuite soumis à plusieurs tests et processus pour éliminer les agents pathogènes et autres contaminants, de sorte que les produits finis sont d'une parfaite innocuité. Certaines protéines plasmatiques sont maintenant fabriquées synthétiquement grâce à une technologie recombinante issue du génie génétique. Tous les médicaments de cette catégorie sont des agents biologiques très coûteux considérés salvateurs.

Notre organisation assure, pour le compte des provinces et des territoires à l'exception du Québec, l'achat et la gestion des 45 marques et types de produits dérivés du plasma inscrits au formulaire pancanadien. Ces médicaments ont une valeur annuelle de plus de 600 millions de dollars et sont essentiels pour les hôpitaux et les cliniques du Canada et du monde entier. On s'en sert pour soigner les personnes atteintes d'hémophilie et d'autres troubles de saignement, les patients souffrant de déficits immunitaires innés ou acquis, les grands brûlés, les victimes de trauma et bien d'autres.

Ceux qui prônent l'établissement d'un programme national d'assurance-médicaments affirment que les Canadiens payent beaucoup plus cher parce que le Canada n'a pas de pouvoir d'achat collectif. Nous en convenons.

Il est vrai que les gouvernements ont réussi à réduire le coût de certains médicaments grâce à l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, comme l'ont indiqué les deux témoins précédents, mais le prix n'est qu'une partie de l'équation. Notre chaîne d'approvisionnement nationale et notre programme d'achats en gros ont un impact non seulement sur les prix, mais également sur les résultats obtenus par les patients et le rendement du système de santé. Ce faisant, il accroît la valeur des services et des produits offerts aux Canadiens.

Ces bienfaits découlent de plusieurs stratégies. Dans la mesure du possible, nous proposons plusieurs marques d'un même type de produit, que nous achetons en petites quantités. Nous négocions l'accès à des stocks de réserve avec chaque fabricant pour prévenir toute diminution ou interruption de l'approvisionnement. Et surtout, nous ne faisons jamais affaire avec un fournisseur unique. Enfin, comme nous achetons en gros, nous obtenons des prix très concurrentiels à l'échelle internationale.

Notre démarche se caractérise également par la participation des parties prenantes à chaque étape de la procédure d'appel d'offres.

Notre programme permet à des groupes de patients et aux médecins prescripteurs d'influencer les décisions sur le choix des produits et des fournisseurs et vise à garantir la diversité de l'offre.

Lors de la sélection des produits, nous misons sur la collaboration et l'expertise de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé — l'ACMTS, que vous connaissez. L'Agence nous fournit des analyses pharmacoéconomiques chaque fois que nous envisageons d'ajouter une nouvelle catégorie de médicaments à notre formulaire.

Cette collaboration est indispensable à notre programme d'approvisionnement et garantit que nous ajoutons les bons types de médicaments au formulaire à l'intention des patients canadiens. De plus, elle réduit le temps nécessaire à l'examen et à l'approbation des médicaments, de sorte que les délais d'accès aux médicaments inscrits sur notre formulaire sont parmi les plus courts au pays.

● (1610)

L'une des principales réussites de notre programme, c'est le recours à un processus ouvert et concurrentiel d'appel d'offres public qui nous permet d'obtenir les meilleurs prix. Chaque produit ou groupe de produits fait l'objet d'une demande de propositions pluriannuelle. Ce processus public et les économies d'échelle que nous réalisons en faisant les achats pour l'ensemble des provinces et des territoires se traduisent par une importante réduction du coût pour les gouvernements. Par exemple, lors d'un récent appel d'offres concernant une gamme de protéines plasmatiques, nous avons négocié une réduction de 600 millions de dollars sur cinq ans, pour une dizaine de médicaments. Puis, nous avons négocié une réduction supplémentaire annuelle de 60 millions de dollars pour deux médicaments servant à traiter l'hémophilie. Grâce à nos négociations, certains médicaments nous coûtent maintenant moins cher qu'en 2009. Ces exemples illustrent bien l'avantage d'un programme national d'achat en gros pour les produits pharmaceutiques coûteux. Et le plus formidable, c'est que les bienfaits ne s'obtiennent pas au détriment du choix des produits ou de la diversification de l'approvisionnement.

Mais notre travail ne s'arrête pas là. Une fois que les produits sont achetés et offerts aux patients, nous collaborons avec des spécialistes de la transfusion, des médecins et les gouvernements provinciaux et territoriaux afin d'établir des lignes directrices de pratique clinique et de promouvoir une utilisation optimale de ces médicaments. Notre modèle permet aux provinces et aux territoires d'établir leurs propres lignes directrices pour l'accès aux produits et de les administrer eux-mêmes par le biais des régies régionales de la santé ou à l'échelle des établissements. La Société canadienne du sang peut elle aussi définir des critères d'utilisation en collaboration avec des groupes de médecins nationaux affiliés au système d'approvisionnement en sang. Ainsi, les provinces et les territoires conservent toute leur latitude au chapitre de la gestion et de l'utilisation de ces produits biologiques coûteux, mais essentiels.

De plus, la Société canadienne du sang soumet elle-même les nouveaux fournisseurs à une procédure de qualification et à des vérifications périodiques. Ces mesures ont pour effet d'accroître la vigilance et la sûreté des produits. Les contrats que nous concluons avec nos fournisseurs prévoient que ceux-ci doivent nous informer le plus tôt possible et nous tenir au courant de tout problème lors de la mise en marché et veiller à maintenir un stock de réserve suffisant. Ces renseignements nous permettent d'agir rapidement afin de réduire les risques de pénurie.

Nos spécialistes des achats et nos conseillers juridiques connaissent très bien les tenants et les aboutissants de l'achat en gros et nous faisons profiter les provinces et les territoires de cet avantage. Si la gestion d'un programme d'achat en gros et de distribution au nom des provinces et des territoires constitue un tel succès, c'est en partie grâce à ces mesures.

Le succès de notre programme s'explique également par notre collaboration avec les médecins prescriptifs et les hôpitaux qui font appel aux médicaments. Nous avons des agents de liaison qui maintiennent des liens étroits avec les médecins traitants et qui interviennent en cas de problème lié à l'approvisionnement ou au choix de produits ou en cas d'effets indésirables. Nos directeurs médicaux conseillent les médecins lorsque ceux-ci souhaitent obtenir l'avis d'un autre spécialiste relativement à un patient.

Voilà les piliers qui font la réussite de notre programme d'achat en gros. Dans l'ensemble, notre modèle favorise un niveau d'équité en santé qui est hors d'atteinte pour beaucoup d'autres groupes de patients dans les systèmes de santé provinciaux, dont l'accès à certains médicaments, surtout ceux qui coûtent cher, est trop souvent limité en raison de l'endroit où ils habitent. Cependant, notre programme garantit à tous les patients qui en bénéficient un approvisionnement fiable en médicaments de haute qualité, qu'ils se trouvent à Vancouver, à Iqaluit ou à St. John's.

Depuis bientôt deux décennies, la Société canadienne du sang offre donc gratuitement aux patients l'accès universel et équitable à des médicaments dérivés du plasma. Notre approche en matière d'achat en gros ne permettra pas à elle seule de résoudre toutes les questions importantes qui se poseront si les gouvernements adoptent même partiellement le programme national d'assurance-médicaments. Toutefois, notre expérience montre qu'il est possible d'acheter des médicaments en gros dans le cadre d'un processus transparent et efficace sans compromettre le choix de produits et la sécurité d'approvisionnement.

Aujourd'hui, nous avons voulu démontrer au Comité qu'il est possible de collaborer à l'échelle pancanadienne dans le domaine complexe de l'acquisition, de la distribution et de l'utilisation des médicaments tout en apaisant les inquiétudes exprimées par de nombreux intervenants dans le débat de l'assurance-médicaments.

•(1615)

Tandis que les intéressés poursuivront l'étude de cette question complexe, nous serons heureux de répondre à leurs questions et à celles de votre comité, et d'explorer davantage certaines idées.

Merci.

**Le président:** Merci à tous de nous avoir aidés à mieux comprendre certaines de ces questions, qui sont un peu compliquées à première vue.

Joyeux anniversaire, monsieur Kang. Je vous laisse commencer.

**M. Darshan Singh Kang (Calgary Skyview, Lib.):** Merci, monsieur le président, pour les vœux d'anniversaire.

Les conflits d'intérêts sont ma principale inquiétude. Ma première question s'adresse à M. Palmer.

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous touché une compensation financière offerte par des clients dans l'industrie pharmaceutique ou par des groupes d'intérêts dans le but précis d'influencer en leur faveur les politiques fédérales sur l'assurance-médicaments?

**M. W. Neil Palmer:** Je suis désolé, mais il faudra répéter la question. Je ne l'ai pas bien entendue.

**M. Darshan Singh Kang:** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous touché une compensation financière offerte par des clients dans l'industrie pharmaceutique ou par des groupes d'intérêts dans le but précis d'influencer en leur faveur les politiques fédérales sur l'assurance-médicaments?

**M. W. Neil Palmer:** Non, pas de l'industrie pharmaceutique. La seule contribution financière que nous avons reçue est celle que nous a versée l'Association des pharmaciens du Canada pour la préparation de l'étude dont vous avez une copie, je crois.

**M. Darshan Singh Kang:** Parmi les groupes que vous représentez, y en a-t-il qui ont été invités à comparaître devant notre comité pour parler du programme national d'assurance-médicaments? Si oui, lesquels?

**M. W. Neil Palmer:** Parmi les...?

**M. Darshan Singh Kang:** ... les groupes...

**M. W. Neil Palmer:** L'Association des pharmaciens du Canada viendra témoigner.

•(1620)

**M. Darshan Singh Kang:** D'accord, merci.

Monsieur Dempster, je vous pose la même question. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous touché une compensation financière offerte par des clients dans l'industrie pharmaceutique ou par des groupes d'intérêts dans le but précis d'influencer en leur faveur les politiques fédérales sur l'assurance-médicaments?

**M. William Dempster:** Oui. Je suis un lobbyiste enregistré dans trois ou quatre provinces. Je travaille à Ottawa, à Queen's Park, à Toronto, parfois en Alberta, et au Québec.

Nous sommes avant tout des conseillers. Le lobbying n'est véritablement que le tiers de ce que nous faisons chez 3Sixty Public Affairs. Cela dit, je comparais aujourd'hui en mon nom personnel.

Nous faisons aussi beaucoup d'analyse et de rédaction. Techniquement, c'est pour l'industrie pharmaceutique. Nous rédigeons une étude de 500 pages intitulée *PharmaFocus* pour IMS Health, qui est la première société d'analytique en santé dans le monde. Le document examine toutes ces questions à l'échelle du pays.

Je ne suis pas ici pour faire valoir une cause, mais je suis très heureux de vous fournir ces détails, qui sont de notoriété publique dans plusieurs provinces.

**M. Don Davies:** Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

Pour être honnête envers notre témoin, je dois dire que quelque chose m'échappe. C'est la deuxième fois qu'il affirme comparaître en son nom personnel, mais la liste des témoins et les documents qu'il nous a distribués disent « William Dempster, directeur général, 3Sixty Public Affairs », et il utilise le papier à correspondance officielle de 3Sixty Public Affairs. C'est seulement que je m'interroge, car il vient d'affirmer qu'il comparait en son nom personnel, mais il a indiqué plusieurs fois tout à l'heure qu'il représente l'organisation dont il est le directeur général.

Dans un cas comme dans l'autre, il n'y a aucun problème; j'essaie seulement de comprendre.

**Le président:** Monsieur Dempster.

**M. William Dempster:** Je suis le directeur général de 3Sixty Public Affairs. Nous sommes des conseillers qui aidons les groupes d'intérêts à entrer en rapport avec les gouvernements. Nous effectuons aussi des analyses et des travaux de recherche dans ces domaines afin de préparer nos clients à l'établissement de tels rapports et de les aider à comprendre comment créer de bonnes propositions en matière de politique publique.

Aujourd'hui — je ne sais pas si la confusion provient d'une interaction que j'ai eue avec le greffier —, nous ne représentons aucun de nos clients. J'aurais peut-être dû préciser que je représente 3Sixty Public Affairs, bien que je doive admettre, monsieur le président, que même au sein de mon organisation, nous avons d'excellents débats sur ces questions. Je ne veux pas qu'on pense que mes opinions personnelles sont nécessairement partagées par mes collègues de 3Sixty Public Affairs.

Je ne sais pas ce que je pourrais ajouter pour clarifier les choses davantage. Si cela vous intéresse, je suis disposé à vous donner des détails sur notre travail après la réunion.

**Le président:** Monsieur Kang.

**M. Darshan Singh Kang:** C'est justement le sujet de ma deuxième question. Vous dites que vous comparez en votre nom personnel et que vous ne représentez pas votre organisation. Il pourrait donc y avoir conflit, ou apparence de conflit.

Vous ne trouvez pas?

**M. William Dempster:** Je crois comprendre ce que vous dites. Le travail que j'effectue auprès de mes clients, qui sont tous dans le secteur de la santé — fabricants de produits pharmaceutiques et biologiques de pointe, fabricants de dispositifs médicaux, groupes de patients, professionnels de la santé, et ainsi de suite — a forcément contribué à me renseigner sur beaucoup de ces questions et à faire en sorte que je suis en mesure d'expliquer au comité le fonctionnement de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, mais soyez certains que je ne représente aujourd'hui aucun de nos clients.

**M. Darshan Singh Kang:** Monsieur Sher, très brièvement, je vous pose la même question.

**Dr Graham Sher:** Très rapidement, je dirais non. Je dirige un organisme sans but lucratif subventionné par l'État, et nous suivons toutes les directives publiques concernant l'approvisionnement et les appels d'offres. Je n'ai aucun conflit à déclarer.

**M. Darshan Singh Kang:** Merci.

Monsieur Sher, j'aimerais m'écarter brièvement du sujet de l'assurance-médicaments pour vous poser une question sur la rémunération des donneurs de plasma, étant donné la controverse actuelle autour de cette question et l'activisme effréné contre l'ouverture de centres de dons rémunérés.

Mais en même temps, je comprends qu'une grande part des produits dérivés du plasma offerts au Canada provient de donneurs rémunérés aux États-Unis et que cela se fait sans danger. Pourriez-vous informer le Comité de la position adoptée par la Société canadienne du sang quant à la place que devrait occuper au Canada le plasma provenant de donneurs rémunérés?

•(1625)

**Dr Graham Sher:** Merci beaucoup, monsieur Kang. Je m'attendais à ce qu'on me pose cette question.

Je serai succinct, monsieur le président, car c'est un sujet important, mais à l'évidence très complexe, et il en a été amplement question dans les médias au cours de la dernière semaine.

La Société canadienne du sang adhère au principe du don volontaire non rémunéré, c'est-à-dire que nous ne payons pas les donneurs, qu'il s'agisse d'un don de sang, de plasma, de plaquettes, de cellules souches, d'organes ou de tissus. Nous n'y avons jamais dérogé.

Il est vrai que la quantité de plasma recueillie au Canada ne permet de combler que le quart des besoins des patients en médicaments de la catégorie très importante appelée immunoglobuline. Nous devons acheter les trois quarts manquants sur les marchés internationaux, et la plupart des dérivés de plasma proviennent de la collecte rémunérée et à but lucratif du plasma aux États-Unis.

C'est donc dire que les trois quarts des médicaments reçus aujourd'hui par les patients au Canada proviennent de donneurs rémunérés, et le quart provient de notre propre plasma, c'est-à-dire de donneurs non rémunérés.

Du point de vue de la sûreté, il ne fait aucune différence que les donneurs soient ou non rémunérés. Les technologies employées pour le traitement et la stérilisation des produits sont exactement les mêmes dans les deux cas. D'ailleurs, depuis une trentaine d'années, il n'y a pas eu un seul cas de maladie transmise par les produits dérivés du plasma, toutes sources confondues.

Si les médias s'intéressent autant à la question ces temps-ci, c'est pour deux raisons. Premièrement...

**M. Don Davies:** Monsieur le président, j'invoque encore le Règlement. Je suis désolé de l'invoquer à nouveau, et j'hésitais à l'invoquer pour cette question, mais j'aurais dû le faire.

Le témoin aborde la question des dons de plasma rémunérés, un enjeu très important, mais qui n'a absolument rien à voir avec l'étude dont le Comité est saisi.

J'aurais 20 questions à poser au témoin sur la sécurité et l'efficacité des dons de plasma rémunérés, mais manifestement, je n'en aurai pas l'occasion, car on lui a demandé de comparaître aujourd'hui pour parler de son expérience sur l'achat de masse dans un régime national d'assurance-médicaments, et non pour parler de cet enjeu.

Je vais donc demander au témoin de s'arrêter ici en ce qui concerne cet enjeu. S'il veut revenir plus tard et que notre Comité souhaite étudier les questions liées à la sécurité et aux risques posés par les produits plasmatiques rémunérés dans notre pays, je serai certainement prêt à l'écouter, mais pour l'instant, ce sujet n'est pas du tout lié à l'étude dont nous sommes saisis.

**Le président:** Nous avons tous des questions, mais cela importe peu, car le temps est écoulé.

La parole est à M. Carrie.

**M. Colin Carrie (Oshawa, PCC):** C'est une réponse de politicien, monsieur le président. Je comprends.

Je tenais également à souligner que récemment, nous avons entendu trois témoins qui ont participé à la rédaction de *Pharmacare 2020*; ils ont comparu à titre personnel. C'est juste que cela revient au point qu'a fait valoir M. Kang sur les gens qui viennent... Je ne crois pas que ce soit aussi important que leur contribution à cette étude, et j'aimerais remercier tous les témoins d'être ici aujourd'hui, car l'une des choses...

Nous pourrions aussi bien parler de ces autres témoins. Ce qui me préoccupait au sujet de leurs témoignages, c'est qu'ils semblaient penser que le gouvernement devrait s'efforcer d'introduire un monopole en ce qui a trait au régime d'assurance-médicaments. Je suis inquiet, car il y aura moins de concurrence et les gens auront moins de choix. Je viens d'Oshawa, une ville où les syndicats sont très forts, et l'un des avantages des négociations collectives, c'est qu'on réussit à obtenir un très bon programme de soins de santé.

En ce qui concerne certains des témoignages que nous avons déjà entendus, je crois qu'il est bon d'avoir un équilibre, et j'aimerais beaucoup vous poser des questions un peu plus approfondies sur l'APP. Je crois que c'est M. Palmer qui a dit que cette démarche avait été couronnée de succès. Vous dites qu'on a déjà épargné un demi-milliard de dollars. Je crois que M. Dempster a dit que cela avait permis de terminer l'évaluation d'environ 100 médicaments. Combien reste-t-il de médicaments à évaluer?

Vous avez parlé d'un arriéré important. Si nous pouvions traiter tous les médicaments existants — il doit y en avoir des milliers —, quelles économies pourrions-nous réaliser, selon vous? Je sais que je vous demande de sortir un chiffre de votre chapeau, mais pourrions-nous déterminer cela relativement au pourcentage de médicaments existants?

**Le président:** Quelqu'un invoque le Règlement.

**M. Darshan Singh Kang:** Monsieur Carrie, en ce qui concerne la raison pour laquelle le Comité est en situation de conflit d'intérêts, il ne faut permettre aucune ambiguïté. Je ne veux pas que quelque chose revienne hanter le Comité chaque fois que nous publions un rapport. Je crois qu'il faut exprimer clairement à tous les intervenants qu'il n'y a aucun conflit d'intérêts, au cas où notre Comité présenterait quelque chose.

**M. Colin Carrie:** Je comprends parfaitement.

Puis-je entendre ma réponse?

•(1630)

**Le président:** J'aimerais également ajouter que nous souhaitons entendre toutes les réponses, mais si un témoin comparait pour donner son opinion personnelle, ce n'est pas comme s'il représentait l'industrie, etc. Pourvu que nous sachions à quel titre les témoins comparaissent, nous voulons vraiment tous les entendre.

Monsieur Carrie, vous avez la parole.

**M. W. Neil Palmer:** Ma réponse — et je présume que celle de M. Dempster sera similaire —, c'est que ces réponses sont objectives et ne représentent pas des opinions ou la promotion d'intérêts. C'est une réponse à la question.

Il y a probablement environ 100 nouveaux produits par année. Cela dépend. Au Canada, il se peut que 50 ou 150 nouvelles entités chimiques soient approuvées chaque année. Tous ces médicaments ou presque, s'il s'agit de médicaments pour les patients externes, seront évalués par le Programme commun d'évaluation des médicaments ou par le Programme pancanadien d'évaluation des médicaments oncologiques — l'un ou l'autre — ou par le processus de l'INESSS au Québec.

Si ces médicaments obtiennent une recommandation positive — par exemple, les deux tiers d'entre eux reçoivent une recommandation positive —, leur dossier est envoyé à l'Alliance pharmaceutique pancanadienne pour négocier un prix. On estime que de 50 à 150 nouveaux médicaments sont créés chaque année; les autorités doivent les évaluer et les trier, selon le nombre qu'on leur envoie.

En ce qui concerne les produits plus anciens, je crois que l'Ontario a de 3 000 à 4 000 produits sur son formulaire. Il faudrait que je vérifie. La plupart sont d'anciens médicaments génériques. Comme M. Dempster et moi-même l'avons mentionné, ils sont déjà tous visés par des règles de prix.

Certains autres médicaments qui ne sont plus visés par des brevets sont probablement soumis à la concurrence des médicaments génériques. Il reste donc quelques catégories de médicaments qui font présentement l'objet d'un examen de classes mené par l'APP. Par exemple, les intervenants examinent le DPP4, une forme de médicament pour le diabète, et selon sa classe, ils négocient ensuite une réduction de prix avec tous les fabricants qui vendent des médicaments dans cette classe.

Ils travaillent de façon stratégique. Ils traitent d'abord tous les nouveaux produits, et ils s'occupent ensuite, de manière stratégique, de certains produits plus anciens dans ces classes. C'est l'approche qu'ils utilisent.

En ce qui concerne la réaction de l'industrie pharmaceutique, je crois qu'on accueille avec réticence le processus visant les nouveaux médicaments, c'est-à-dire que les intervenants de cette industrie espèrent que ce processus accélérera l'inscription des médicaments. Les intervenants de l'industrie sont très préoccupés par l'initiative qui consiste à réexaminer certaines classes et à renégocier les prix. Je m'attends à ce que vous entendiez des témoignages à cet égard.

**M. Colin Carrie:** À votre avis, cela pourrait permettre de générer des économies importantes.

**M. W. Neil Palmer:** Absolument.

**M. Colin Carrie:** En ce qui concerne la disponibilité, je crois que le R.-U. et la Nouvelle-Zélande ont tenté de créer ces monopoles et cela engendre vraiment une situation où, parfois, les patients ne peuvent même pas... Je crois que vous avez mentionné de nouveaux médicaments contre le cancer. Parfois, les patients ne peuvent pas les obtenir.

**M. W. Neil Palmer:** C'est exact. L'approche utilisée est différente là-bas. Au Canada et sur certains autres marchés — par exemple en France —, il y a parfois ce qu'on appelle des accords prix-volume, dans le cadre desquels on négocie le prix de chaque médicament. Au R.-U. et en Nouvelle-Zélande, on établit des budgets, et s'il n'y a plus de place dans le budget, on n'inscrit pas le nouveau médicament sur la liste.

En Angleterre, c'est un peu plus compliqué, car il y a des comités chargés de la mise en service clinique, et ils ont chacun leur propre budget. Il faut trouver l'argent pour payer les nouveaux médicaments. On a recours aux budgets plutôt qu'à des négociations sur le prix. Cela ne signifie pas qu'ils ne négocient pas le prix de certains nouveaux médicaments, mais ils ne le font pas pour l'ensemble des médicaments. C'est surtout l'établissement de budgets qui permet de maintenir des prix moins élevés sur ces marchés.

**M. Colin Carrie:** Je vous remercie de cette explication, car des témoins précédents ont tenté de comparer des pommes et des pommes, mais je me rends compte, à l'aide de votre témoignage, qu'il s'agissait en réalité de pommes et d'oranges, car l'ensemble du système est différent, et nous devons vraiment examiner attentivement cela lorsque nous discutons du régime national d'assurance-médicaments.

Monsieur Dempster, je suis désolé de vous interrompre, mais avez-vous des commentaires à cet égard?

**M. William Dempster:** Je suis d'accord avec Neil. L'an dernier, par exemple, 50 produits ont été examinés par le Programme commun d'évaluation des médicaments. Quarante d'entre eux ont obtenu une recommandation de l'organisme d'évaluation des technologies de la santé qui visait à les inscrire sur une liste ou sur une liste avec critères et conditions.

On a déterminé que 10 de ces médicaments n'avaient tout simplement aucune utilité sur le plan clinique, et qu'aucune raison économique ne justifiait des négociations à leur égard, mais 40 de ces médicaments ont reçu le feu jaune ou le feu vert pour les négociations.

L'année dernière, c'est-à-dire 2015, a été marquante. En effet, les organismes fédéraux chargés de l'approbation des médicaments aux États-Unis et au Canada ont approuvé ou autorisé plus de médicaments qu'au cours des 12 années précédentes, à savoir 45 médicaments aux États-Unis et 43 médicaments au Canada.

Une grande quantité de produits très intéressants et, à mon avis, très utiles, entrent sur le marché chaque année, et cela témoigne des exploits du Programme commun d'évaluation des médicaments, car l'organisme détermine les médicaments qui sont utiles sur le plan clinique et dont il faut rajuster le prix ou dont les critères cliniques devraient être modifiés. Ce n'est pas la fonction que lui a donnée Santé Canada, mais l'APP a maintenant de la difficulté à gérer cette grande quantité de nouveaux produits. Le gouvernement du Canada pourrait peut-être aider à faciliter le processus et à améliorer le fonctionnement de l'APP.

• (1635)

**M. Colin Carrie:** Excellent.

**Le président:** Votre temps est écoulé.

Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Monsieur Dempster et monsieur Palmer, pourriez-vous fournir au Comité une liste de vos clients du secteur pharmaceutique après la réunion? Pourriez-vous la faire parvenir au Comité? Seriez-vous en mesure de faire cela?

**M. W. Neil Palmer:** Il faut que j'y réfléchisse. Certains renseignements sont protégés par des ententes de confidentialité. D'autres sont probablement publics. Je vais voir ce que je peux faire. Je peux vous dire, monsieur, que nous avons travaillé pour la plupart des grandes sociétés pharmaceutiques à un moment ou à un autre. Cela vous donne une idée de la réponse à votre question.

**M. Don Davies:** Monsieur Palmer, mes recherches indiquent qu'à au moins trois reprises au cours des 20 dernières années, c'est-à-dire en 1997, en 2002 et en 2016, la société pour laquelle vous avez travaillé a publié un rapport dans lequel elle soutient que le Canada ne peut pas se permettre un régime universel d'assurance-médicaments financé par les fonds publics.

Est-ce exact?

**M. W. Neil Palmer:** Nous avons publié des rapports ces années-là. C'est exact.

**M. Don Davies:** Je vais maintenant parler de ce qui saute aux yeux. Je présume que dans le témoignage que vous livrez au Comité, vous croyez que le Canada ne peut pas se payer un régime d'assurance-médicaments universel. Est-ce bien votre position?

**M. W. Neil Palmer:** Si le gouvernement fédéral mettait un tel régime en oeuvre, il devrait assumer des coûts importants. On peut tenter de déterminer si le Canada peut se permettre un tel régime ou non, mais il entraînerait certainement des coûts importants pour le secteur public.

**M. Don Davies:** On a présenté au Comité des données selon lesquelles 20 % des Canadiens — vous avez dit que les gens assis à cette table bénéficiaient d'une couverture — n'avaient aucune couverture ou avaient une couverture inadéquate pour les traitements sur ordonnance. Cela fait sept millions de Canadiens.

À votre avis, est-ce une position de politique publique acceptable pour notre pays?

**M. W. Neil Palmer:** Comme je l'ai dit, monsieur, cette proportion pourrait être plus élevée ou moins élevée. Nous ne le savons vraiment pas. Cette donnée de 20 % n'est pas très fiable.

Encore une fois, je recommanderais au gouvernement fédéral d'investir pour comprendre réellement qui sont ces Canadiens sans couverture.

**M. Don Davies:** Je veux bien comprendre. Contestez-vous la donnée de 20 % ou...?

**M. W. Neil Palmer:** Je dis que cette donnée de 20 % n'est pas très fiable. Elle pourrait être plus élevée, monsieur. Elle pourrait être moins élevée. Je ne sais pas. En fait, personne n'est certain. C'est le vrai problème.

**M. Don Davies:** Je présume, monsieur, que vous savez probablement que dans les années 1960, un débat battait son plein à l'échelle du pays sur la question de savoir si nous pouvions fournir une couverture de soins de santé universelle à tous les Canadiens, afin que chaque Canadien puisse consulter un médecin ou être admis dans un hôpital, et à l'époque, on faisait valoir les mêmes arguments que vous faites valoir aujourd'hui, c'est-à-dire qu'on ne peut pas se le permettre et qu'il faut renoncer à ce projet.

Convendez-vous que la capacité de payer représente seulement un volet de cet enjeu, et que les avantages au chapitre de la politique publique qui consistent à veiller à ce que tous les Canadiens aient accès aux médicaments dont ils ont besoin peu importe leur capacité de payer représentent également un facteur important?

**M. W. Neil Palmer:** C'était certainement un enjeu dans les années 1960. Mon père était médecin, et je crois que les médecins éprouvaient des sentiments contradictoires quant aux avantages ou aux inconvénients du régime universel de soins de santé du Canada pendant sa mise en oeuvre.

À l'époque, il y avait une différence importante, monsieur, et c'est que chaque province avait son propre régime. Il n'y avait pas de régime national de soins de santé à l'époque, et il n'y en a pas plus aujourd'hui. En effet, chaque province a son propre régime, et si dans les années 1960 nous avions décidé d'instaurer un régime national, il serait beaucoup plus facile aujourd'hui d'établir un régime national d'assurance-médicaments, car nous n'aurions pas cet assemblage de régimes provinciaux différents, tout comme nous n'aurions pas différents systèmes de médecins, etc., dans chaque province. Ces systèmes varient d'une province à l'autre.

**M. Don Davies:** J'allais vous poser une question à cet égard. Je me rappelais que vous aviez mentionné que nous n'avions pas de régime national de soins de santé. Votre position est-elle donc que le Canada n'a pas de régime national de soins de santé?

**M. W. Neil Palmer:** C'est exact. Nous avons un régime de soins de santé fondé sur cinq principes que les provinces doivent respecter lorsqu'elles mettent en oeuvre leur propre régime de soins de santé, mais si vous allez d'une province à l'autre, le transfert ne se fait pas automatiquement. En effet, vous devez faire une demande pour vous inscrire dans le nouveau régime de soins de santé.

**M. Don Davies:** Certains médecins éminents et dirigeants des politiques sur la santé — par exemple, Dr Irfan Dhalla de Qualité des services de santé Ontario et de l'hôpital St. Michael's et Dre Danielle Martin du Women's College Hospital de Toronto — nous ont dit qu'un formulaire national et une couverture universelle amélioreraient la santé des patients. Êtes-vous d'accord avec cette affirmation?

**M. W. Neil Palmer:** Je n'ai vu aucune preuve à l'appui de cette affirmation.

**M. Don Davies:** Les membres du Comité ont également entendu le témoignage de la Dre Katherine Boothe, experte en politique pharmaceutique à l'Université McMaster. Elle a dit ceci: « Or, il faut savoir que le Royaume-Uni et l'Australie possèdent tous les deux des régimes d'assurance-médicaments universels à payeur unique et qu'ils arrivent mieux à limiter les coûts que les régimes canadiens actuels. »

Êtes-vous en désaccord avec cette déclaration?

**M. W. Neil Palmer:** Je conviens que les coûts sont moins élevés sur ces marchés. Ce qu'il faut savoir, c'est s'il y a des médicaments qui sont accessibles ici, mais pas là-bas. Il faut examiner les deux éléments, mais les coûts sont certainement moins élevés sur ces marchés — encore une fois, en raison du recours aux budgets.

•(1640)

**M. Don Davies:** Monsieur Sher, il semble que vous ayez réussi à offrir un système universel financé par les fonds publics grâce à l'achat en masse de certains produits particulièrement importants pour les Canadiens — des produits plasmatisques. À votre avis, y a-t-il une raison qui empêcherait ce succès d'être répété à l'échelle nationale avec un plus grand nombre de médicaments?

Autrement dit, vous avez réussi à fournir ces produits gratuitement et universellement aux Canadiens grâce à l'achat en masse de produits plasmatisques. Y a-t-il quelque chose qui nous empêcherait d'utiliser ce processus pour d'autres produits?

**Dr Graham Sher:** C'est une très bonne question, monsieur Davies. Très brièvement, je ne suis certainement pas un spécialiste de tous les éléments d'un régime national d'assurance-médicaments, mais je crois que le modèle que nous utilisons mérite d'être analysé et de faire l'objet de recherches approfondies. Je crois qu'il est possible de l'utiliser pour certaines classes de médicaments. Il ne résout pas tous les problèmes liés à un programme national d'assurance-médicaments, et il ne s'agit pas seulement d'acheter en masse et de profiter de réductions de prix. Il s'agit également de ces autres éléments dont j'ai parlé, c'est-à-dire de veiller à la sécurité de l'approvisionnement, d'offrir des choix aux patients, d'obtenir l'avis des médecins, et d'assurer un accès équitable à l'échelle du pays.

Je crois qu'il y a plusieurs possibilités. Nous offrons simplement notre modèle, et il est ouvert à tous ceux qui souhaitent l'analyser. Je crois que certains de ses éléments peuvent servir aux débats sur la possibilité d'un régime national d'assurance-médicaments.

**M. Don Davies:** Très bien. Je comprends lorsque vous dites qu'on ne peut pas l'imiter pour tout, mais il est sûr que vous pouvez envisager la couverture d'autres médicaments nécessaires aux Canadiens, par un système semblable.

**Dr Graham Sher:** Absolument, et particulièrement pour les médicaments coûteux, destinés aux maladies moins banales. Je pense que, pour ces cas-là, notre modèle mérite examen.

**M. Don Davies:** Je vois. Je crois que, mercredi, des témoins viendront nous parler de maladies rares.

**Dr Graham Sher:** Je pense que oui.

**M. Don Davies:** Nous leur poserons la question.

**Le président:** Monsieur Oliver.

**M. John Oliver:** Monsieur Palmer, revenons à ce que vous avez dit déjà. La couverture incomplète, à laquelle M. Davies a aussi fait allusion, est l'un de mes principaux sujets de préoccupation. Nous n'avons pas de couverture universelle pour les médicaments, et des Canadiens, qui dépendent de leur emploi, ont soit de l'assurance, soit ils n'en ont pas. Environ 6 millions de Canadiens, actuellement, c'est-à-dire 22 % d'entre eux, sont assurés au privé. Ils paient leur assurance de leurs propres poches. Une autre fraction importante n'est pas assurée et comme beaucoup d'entre eux ne font pas exécuter leurs ordonnances, faute d'argent, nous ne connaissons pas vraiment le nombre de ceux qui sont sous-assurés ou qui sont incapables de se payer des médicaments.

D'après d'autres témoignages, excellents et convaincants, les programmes de couverture des médicaments onéreux ne fonctionnaient pas vraiment, ni la mixité, la coexistence d'un régime public et d'un régime privé. Que répondez-vous? Vous avez sévèrement critiqué un programme global d'assurance-médicaments. Vous l'avez critiqué, mais il n'avait pas de réponse à la couverture incomplète. Comment, en fait, y remédieriez-vous?

**M. W. Neil Palmer:** D'après mon témoignage, le premier problème à résoudre est celui des non-assurés. La plus grande partie des renseignements rassemblés jusqu'à maintenant provient soit d'un sondage d'opinions ou d'une question supplémentaire ajoutée à certaines enquêtes sur la santé pour laquelle il n'y a pas eu beaucoup de suivi pour comprendre qui étaient ces personnes et de quel genre d'assurance étaient-elles privées. C'est souvent une question comme: « Avez-vous omis de faire exécuter une ordonnance à cause du coût du médicament? » Ce genre de questions, posées en Nouvelle-Zélande, où existe un régime universel, a obtenu un taux de réponse positive de 6 %,

Il faut savoir quels sont les médicaments que le régime ne couvre pas et pour qui. Si vous demandiez à la moitié des étudiants ici s'ils ont l'assurance-médicaments, beaucoup répondraient peut-être par la négative, alors que, en fait, ils en ont une, mais ils l'ignorent. Alors, qui sont ces personnes? Nous devons le savoir.

Ensuite, il faut mettre des programmes en place. Cela pourrait aller du programme de l'Île-du-Prince-Édouard, pour les médicaments génériques pour tous les habitants de la province possédant une carte provinciale d'assurance-santé jusqu'au... C'est au moins plus que la couverture de base. Ensuite, nous devons examiner les régimes de couverture de médicaments onéreux comme Trillium, qui, essentiellement, impose une franchise de 4 % du revenu, et rendre ce taux plus abordable.

Quel est ce pourcentage? Je l'ignore. C'est ce qu'il faut faire. Nous devons faire ce travail pour comprendre ce dont il s'agit.

**M. John Oliver:** Je dois vous dire que tout ce que vous décrivez aboutit néanmoins à une couverture inéquitable pour les Canadiens, selon leur situation d'emploi et leur assurance privée. Cela concerne donc la couverture.

**M. W. Neil Palmer:** Je ne suis pas sûr de savoir comment c'est inéquitable. C'est, d'une façon ou d'une autre, excellent...

**M. John Oliver:** D'autres témoins nous ont dit que la couverture de médicaments onéreux se traduit encore par des coûts incroyables pour les assurés sans travail, chômeurs ou pauvres.

Ma deuxième question concerne un passage de votre rapport selon lequel les syndicats ne seront pas heureux d'échanger leur régime privé d'assurance-médicaments contre un régime public inférieur. J'étais curieux de savoir pourquoi vous avez conclu qu'un régime public serait inférieur.

J'ai un deuxième volet à cette question. Je suppose que, pour vous, un régime privé à formulaire ouvert serait meilleur, mais d'autres témoins nous ont dit que ces régimes conduisent à la prescription excessive ou inappropriée de médicaments. Je me demande comment vous conciliez cela avec l'infériorité des régimes publics et, en ce qui concerne l'accès amélioré aux médicaments, comment vous réagissez aux formulaires ouverts et aux problèmes qu'ils engendrent.

•(1645)

**M. W. Neil Palmer:** Permettez-moi de commencer par répondre au premier élément de votre question, pourquoi les syndicats le rejetteraient.

Il suffit de voir l'exemple de la Colombie-Britannique. Certains des syndicats, là-bas, les syndicats de la fonction publique, ont accepté ce qu'ils appelaient un régime d'assurance-médicaments avec liaison avec un autre régime, et tout ce qu'ils s'étaient fait dire était que le régime était aussi bon que celui qu'ils avaient déjà, mais ils ont rapidement déchanté. Le prétendu régime d'assurance-médicaments a fait l'objet de plaintes, de paiements et d'exceptions nombreux, parce que des membres n'y étaient pas inscrits.

Je veux dire que la suppression du régime fera simplement des mécontents.

Dans certains cas, les régimes privés permettent-ils des prescriptions plus appropriées? Certainement, et on peut dire la même chose du régime public. Ce n'est pas nécessairement déterminé par la nature publique ou privée du régime.

Pour revenir à votre question antérieure, je pense que, privé ou public, le régime d'assurance-médicaments auquel chaque Canadien devrait avoir accès doit être abordable. Je laisse au Comité le soin de faire les recommandations ou aux provinces de s'unir, mais elles doivent s'attaquer aux lacunes manifestes des couvertures. Je pense que les assureurs privés ont raté une excellente occasion, comme les régimes publics, d'offrir un plan de base.

En Alberta, n'importe qui peut adhérer au régime d'assurance-médicaments de la province en payant les primes. Le Québec s'est donné un régime. Ils ont actuellement des problèmes avec le modèle, mais... Avec les modèles qui existent, je pense que nous pouvons protéger tout le monde.

**M. John Oliver:** Dans votre analyse des coûts, vous avez notamment omis d'intégrer les frais que les sociétés privées versent à leurs assureurs ou à leurs agents pour gérer les comptes pour eux. À combien estimeriez-vous ces frais et quel pourcentage du coût total des médicaments au Canada correspond en fait à ces frais d'administration?

**M. W. Neil Palmer:** Nous n'en avons pas tenu compte; la plupart des autres études ne le font pas vraiment de manière significative. Mais ça équivaut à quelques points de pourcentage; ce n'est pas un chiffre important.

**M. John Oliver:** J'ai entendu que des majorations de 12 à 14 % sur le coût des médicaments constituent les frais d'administration que...

**M. W. Neil Palmer:** Ça semble très élevé.

**M. John Oliver:** D'accord. Alors vous ne savez pas à quoi elles correspondent?

**M. W. Neil Palmer:** Les taux seraient inférieurs à 10 %.

**M. John Oliver:** Dans votre rapport, vous avez aussi dit que l'étude à l'horizon de 2020 n'a pas envisagé d'autres conséquences qualitatives que la perte de couverture d'un régime privé d'assurance-médicaments aurait sur les Canadiens, y compris — et vous avez alors précisé —, la capacité des pharmaciens de servir les patients. Pourquoi concluriez-vous que ce à partir de quoi on calcule le remboursement du pharmacien, que ce soit dans un régime public ou privé... que le régime public diminuerait sa capacité de servir les Canadiens?

**M. W. Neil Palmer:** Actuellement, les régimes publics versent dans la plupart des provinces des honoraires inférieurs à ceux des régimes privés; ce pourrait être 7 \$ au lieu de 10. Même si l'étude de Morgan a reposé sur l'hypothèse que les revenus seraient tous les mêmes, en pratique ils versent des frais d'exécution plus élevés pour les régimes privés, et il est sûr que les clients qui paient comptant paient davantage. Les revenus des pharmaciens diminueront donc.

**M. John Oliver:** Ai-je le temps pour une autre question?

**Le président:** Non. Votre temps est écoulé. Je suis désolé.

Monsieur Webber, vous disposez de cinq minutes.

**M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC):** Monsieur le président, dans ma générosité, je vais céder à mon honorable collègue médecin le droit de poser les premières questions.

**Le président:** Vous êtes très généreux. Il a cependant besoin de toute l'aide qu'on peut lui offrir.

**M. Len Webber:** Exactement.

**M. Colin Carrie:** Je tiens à dire, moi aussi, que je vous remercie de vos réponses, monsieur Palmer, sur les coûts administratifs des régimes privés par rapport aux régimes publics, parce que je n'ai vraiment jamais entendu parler de beaucoup d'économies réalisées par les administrations publiques sans concurrence avec le privé. Il est bon d'entendre des chiffres réalistes.

•(1650)

**M. W. Neil Palmer:** Si vous me permettez de préciser, la plupart des régimes des provinces font appel, la plupart du temps, à des administrateurs privés.

**M. Colin Carrie:** D'accord. Je vous en remercie.

Vous avez dit quelque chose au sujet du privé par rapport au public. Je pense que vous avez mentionné que, en ce moment même, la couverture privée s'élève à environ 8 milliards de dollars, de sorte que la création d'un monopole déplacerait 8 milliards vers le régime public. Est-ce exact, que les gouvernements au Canada ou les contribuables devraient trouver 8 milliards de dollars?



**M. W. Neil Palmer:** C'est en supposant que la totalité de la couverture privée suivrait. Il y aurait plus d'économies, parce que certains médicaments cesseraient d'être couverts par les régimes privés. Selon le modèle national d'assurance-médicaments que vous mettriez en place, environ 8 milliards de dollars, en dollars de 2015, devraient être assumés par le gouvernement fédéral. Dans la mesure où il peut trouver des économies, il se peut que ce chiffre diminue, mais ce serait un changement notable, à supposer que ce soit le gouvernement fédéral. Je pense qu'on pourrait se demander quels résultats on obtiendrait, sur le plan de la santé, par ce changement. Il s'agit tout simplement d'un déplacement de fonds et de coûts, mais le régime reste le même pour tous. Ça peut répondre à la question de l'équité, mais ça n'améliore certainement pas les résultats pour la santé en général des personnes déjà assurées.

**M. Colin Carrie:** Je voudrais notamment savoir ce qu'il en coûterait si nous adoptions cette solution. Quand vous parliez de définir le problème, vous avez mentionné le formulaire national. Je pense que vous avez dit qu'il y avait déjà un taux de similitude de 90 % et que cela répéterait quelque chose qui existe déjà. Quel serait le coût pour les contribuables si nous reproduisions une chose comme celle-là? En avez-vous une idée?

**M. W. Neil Palmer:** Je pense que vous pourriez créer le formulaire national. Il faut alors se demander ce qu'on peut en faire.

**M. Colin Carrie:** Est-ce que ça coûterait plus cher ou, comme vous l'avez dit, est-ce que ça répéterait ce qui existe déjà en place?

**M. W. Neil Palmer:** Ça présente beaucoup de problèmes concrets. Par exemple, en ce qui concerne les médicaments anticancéreux, chaque province a mis en place ses protocoles particuliers. En Colombie-Britannique, il y a la British Columbia Cancer Agency. En Ontario, Action Cancer Ontario. Dans les provinces de l'Est, c'est un peu différent. Si on se propose de rendre obligatoire un formulaire national — sous peine de sanctions —, certaines de ces technologies très spécialisées seront fortement perturbées, il faudra modifier les protocoles et la dispense des soins. Si, d'autre part, c'est simplement un guide de référence, les coûts seront limités. Ce sera facile à appliquer. Nous pourrions énumérer tous les médicaments que les gens ont en commun et les modalités de leur financement.

Voici un autre exemple. En Ontario, le programme d'accès exceptionnel sert à maîtriser l'accès aux médicaments très spécialisés pour le traitement de la sclérose en plaques, de l'hypertension artérielle pulmonaire et de diverses autres maladies, pour que la province puisse suivre l'évolution du dossier des patients. C'est ainsi que procède la province. En Nouvelle-Écosse, la sclérose en plaques est confiée à une clinique, à Dalhousie. La province s'y prend différemment.

Est-ce qu'un formulaire national obligera tout le monde à suivre le même protocole ou est-ce que les décisions pour traiter un tel avec tel médicament seront-elles prises à Ottawa? Je pense que ce serait important. Voici où les coûts se situeraient. Si c'était simplement un guide de référence pour recommander le remboursement de tel ou tel médicament, tout en laissant la décision aux provinces, alors ce serait assez peu coûteux. Ça pourrait même nous aider à découvrir où se trouvent certains écarts entre les provinces.

**M. Colin Carrie:** D'accord. Merci.

**M. Len Webber:** Excellent. J'ai une petite question sur les graphiques de M. Dempster. Je vous remercie pour ces graphiques, étant moi-même un amateur.

Dans un graphique, celui de la page 3, je vois que la Colombie-Britannique a sensiblement moins de nouveaux médicaments

ajoutés. Si on avait un formulaire ou un programme national d'assurance-médicaments, les provinces comme la Colombie-Britannique, pour qui le nombre de nouveaux médicaments ajoutés est faible, en profiteraient vraisemblablement le plus, n'est-ce pas?

**M. William Dempster:** Excellente question et remarque. Plus particulièrement à l'extrême gauche, à 14 %, il semble que la proportion de produits que rembourse la Colombie-Britannique n'a pas changé depuis 10 ans. Dans une conversation avec un gestionnaire supérieur du régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique, il y a quelques semaines, c'est en plein la question que je lui ai posée. Il m'a répondu que sur tous les médicaments disponibles ailleurs, près de 30 % l'étaient en fait. C'est que la liste n'était pas publique. Chaque cas est un cas d'espèce, et il exige le remplissage de formulaires particuliers par les médecins. Cependant, les médicaments sont remboursés. Ils ne paraissent pas, en fait, dans cette source de données, qui est IMS Brogan's Health Analytics, la source de données du bulletin trimestriel du PRA.

**M. Len Webber:** Merci.

**Le président:** Votre temps est écoulé. Merci beaucoup.

Docteur Eyolfson.

**M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.):** Sur les observations concernant le pourcentage de patients qui ne peuvent se payer des médicaments, mes 17 années de travail dans un service d'urgence me permettent d'estimer qu'environ 60 % des ordonnances des services d'urgence ne sont pas exécutées. Les raisons en sont nombreuses, bien sûr, mais c'est que, en grande partie, beaucoup d'indigents reçoivent leurs seuls traitements primaires dans le service d'urgence.

Que vous supposiez ou que vous croyiez que c'est dû aux coûts, je dirais que le coût, en effet, explique une grande partie du phénomène. Nous savons que la non-exécution d'une ordonnance entraîne des coûts considérables pour le système. Je cite à l'exemple suivant et, pardonnez-moi si je le dis comme ça, mais, pour quelqu'un qui ne peut pas s'offrir l'insuline, une visite à l'hôpital pour acidocétose diabétique lui permettra peut-être de payer toute l'insuline qu'il consommera le reste de sa vie. Si on ajoute le coût des amputations, de la cécité et des indispensables dialyses, les économies deviennent beaucoup plus évidentes.

Alors, lorsque vous parlez du coût, pour le gouvernement, de cette mesure, a-t-on tenu compte des économies potentielles, en reconnaissant qu'une grande partie des coûts élevés de la santé sont attribuables à ces indigents, qui constituent une faible proportion de la population?

• (1655)

**M. W. Neil Palmer:** Revenons au début de votre question, sur les indigents. Presque tous possèdent une couverture. Toutes les provinces, au Canada, leur fournissent une couverture. À leur insu peut-être, ou bien ils ne savent pas comment en profiter, mais ils en possèdent une. Si, essentiellement, vous êtes admissible aux prestations d'assurance sociale ou d'aide sociale, vous êtes couverts par l'assurance-médicaments. Vous avez droit à tous les produits figurant sur le formulaire de la province, sans presque devoir payer de franchise. Le cas échéant, elle est minimale. Une raison fait donc que ces personnes n'entrent pas... que la réponse soit que la pharmacie de l'hôpital doit dispenser le médicament à leur sortie pour qu'elles l'aient et, espérons-le, elles le prennent, ou que...

Pour les personnes qui n'entrent pas dans la catégorie des indigents, pour les travailleurs pauvres — c'est sûr qu'on peut les appeler ainsi —, il y a une barrière des coûts. Ils peuvent ne pas faire exécuter leur ordonnance ou prendre seulement une partie des médicaments prescrits ou peu importe. Il y a certainement un problème.

**M. Doug Eyolfson:** Je suis d'accord. Les travailleurs pauvres constituent une bonne partie des gens que nous voyons; ils représentent probablement une plus grande proportion que les patients indigents. Dans le cas des indigents, selon notre expérience professionnelle, il est certain que la couverture n'est pas aussi accessible que ce qu'on a parfois tendance à croire, en raison d'obstacles administratifs. Lorsqu'une personne déménage d'une province à une autre, cela peut entraîner des retards de plusieurs mois; les indigents sont donc toujours confrontés à des obstacles.

Dans une des observations que l'on trouve dans votre rapport, vous avez donné des exemples de certains médicaments couverts par certains régimes privés d'assurance-médicaments, mais qui ne sont pas actuellement inclus dans les avantages. Vous avez donné quelques exemples: Nexium; la moxifloxacine, pour les conjonctivites; l'élétriptan, pour les migraines. Avez-vous des données qui démontrent, pour chacun de ces médicaments, que les résultats sont meilleurs lorsqu'on utilise ces médicaments plus coûteux plutôt qu'une solution de rechange moins coûteuse? Y a-t-il des preuves que l'ésoméprazole donne de meilleurs résultats que l'oméprazole? Avons-nous des preuves, pour le traitement des migraines, que l'élétriptan donne de meilleurs résultats que le sumatriptan?

**M. W. Neil Palmer:** Je dirais, monsieur, que ce ne sont que des solutions supplémentaires. L'ésoméprazole est disponible sous forme de médicament générique; c'est aussi le cas de certains des autres. Ils ne sont pas remboursés dans la plupart des provinces. Il s'agit simplement de solutions supplémentaires qui pourraient être disponibles et qui ne sont...

**M. Doug Eyolfson:** Ce sont des options, mais à quoi bon offrir ces médicaments s'ils ne sont pas plus efficaces que les options moins coûteuses?

**M. W. Neil Palmer:** S'ils font partie d'un régime privé d'assurance-médicaments, les médecins peuvent les prescrire. Si les médecins jugent, à titre de professionnels, que ces médicaments pourraient être bénéfiques pour leurs patients, alors c'est raisonnable.

**M. William Dempster:** Puis-je ajouter quelque chose à ce sujet?

Pour certaines catégories de médicaments, les médecins — et vous en êtes un — doivent avoir accès à un éventail de produits. Je pense au traitement de la maladie mentale ou de la douleur, par exemple. Même si certaines statistiques démontrent que 80 % de ces produits n'offrent aucune valeur thérapeutique supplémentaire, cela s'applique à l'échelle de la population. Certains patients ont de la difficulté à tolérer un produit, de sorte qu'ils auront besoin d'essayer autre chose, en particulier en santé mentale, en gestion de la douleur, etc.

D'excellentes organisations mènent des recherches exhaustives sur des choses de ce genre. Je crois comprendre qu'on vous a parlé du Dr Dhalla, plus tôt. L'Ontario Drug Policy Research Network fait d'excellents examens des classes thérapeutiques, dont un sur les triptans. Je vous invite à regarder de ce côté. L'ACMTS le fait aussi. Voilà à qui vous adresser pour discuter de ces questions dans une perspective scientifique; vous pourrez aussi examiner les coûts.

● (1700)

**Le président:** Votre temps est écoulé.

Madame Harder.

**Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC):** Merci beaucoup d'être venus au Comité aujourd'hui. Nous vous sommes très reconnaissants de vos observations. Il ne fait aucun doute dans mon esprit que cela enrichit le dialogue.

Ma première question s'adresse à vous, monsieur Palmer. Je suis consciente que nous vous mettons quelque peu sur la sellette. Je suppose que votre entreprise conseille les fabricants sur le prix de vente d'un produit pharmaceutique. C'est ce que je crois comprendre, essentiellement.

**M. W. Neil Palmer:** Je dirais les choses autrement.

En ce qui concerne l'établissement des prix, il convient d'expliquer les règles du CEPMB. Elles ne sont pas simples, contrairement à ce qu'on pourrait espérer. De plus, dans les cas où l'on a recours à un examen commun des médicaments, au processus de l'examen pancanadien des médicaments oncologiques ou à l'INESSS, notre rôle consiste à donner des explications, à offrir de l'aide et à préparer la documentation liée à une demande. Cela comprend les analyses du rapport coût-efficacité, les sommaires des études cliniques et la préparation des mémoires détaillés qui doivent être fournis. Nous offrons des conseils sur l'ensemble du processus.

**Mme Rachael Harder:** Je pense que votre société fait l'objet de quelques allégations. L'une d'entre elles, je crois, c'est que des fonctionnaires de Santé Canada affirment ne pas comprendre sur quoi sont basés les prix des médicaments au Canada, comparative-ment aux pays étrangers. Nous avons entendu beaucoup de chercheurs et de médecins accuser vos clients de gonfler les prix.

J'aimerais avoir vos commentaires au sujet de ces allégations. Sont-elles vraies? Fausses? Pouvez-vous m'aider à comprendre?

**M. W. Neil Palmer:** Je sais que l'ancienne ministre de la Santé et actuelle chef intérimaire du Parti conservateur l'a déclaré. Je crois que l'actuelle ministre de la Santé y est allée de déclarations similaires.

S'il y a un gonflement des prix, le CEPMB, l'APP ou les dirigeants des régimes provinciaux d'assurance-médicaments doivent intervenir. Ils en ont le pouvoir et devraient agir. Nous ne conseillons pas aux clients de fixer des prix excessifs. Nous leur conseillons de respecter les règles. Certains ne suivent pas toujours nos conseils.

Nous ne leur recommandons pas de gonfler les prix. Nous expliquons le fonctionnement du Programme commun d'évaluation des médicaments, et de tout le reste. Ils veulent un prix juste et concurrentiel, dans le contexte canadien, tandis que les provinces se préoccupent de l'incidence sur leur budget. Les discussions sont fondées sur ces paramètres. Nous aidons à leur expliquer ces choses dans l'espoir qu'ils établissent des prix justes et concurrentiels. Dans le cas contraire, je suppose qu'il reviendra au CEPMB, à l'APP ou aux provinces de prendre les mesures nécessaires.

**Mme Rachael Harder:** En ce qui concerne votre relation avec les fournisseurs canadiens de médicaments, êtes-vous d'avis qu'il serait possible que les Canadiens aient moins de choix de traitement, dans le cadre d'un programme national d'assurance-médicaments, parce que les fournisseurs considéreraient que négocier avec le Canada ne vaudrait pas nécessairement la peine?

**M. W. Neil Palmer:** De temps à autre, des fabricants de produits pharmaceutiques nous disent qu'ils ne sont pas prêts à venir au Canada. Ce sont des choses que l'on entend.

Mes propos ne feront pas des heureux, mais il y a d'excellents exemples. Quant aux produits qui n'ont pas été offerts au Canada, des solutions de rechange peu coûteuses sont déjà offertes sur le marché. Je crois que la véritable raison pour laquelle ils sont absents du marché canadien, c'est qu'ils n'ont pas la possibilité d'être concurrentiels. Ils n'y sont pas prêts. Je ne pense pas qu'il y ait beaucoup d'exemples.

Si vous nous poussiez vers le modèle de la Nouvelle-Zélande, par exemple, cela pourrait poser problème. Certains médicaments très importants contre le cancer ne sont pas disponibles en Nouvelle-Zélande parce qu'ils doivent être payés en espèces. Il y a des limites.

**Mme Rachael Harder:** Croyez-vous que le mécanisme d'établissement des prix serait fortement touché par l'adoption d'un système à acheteur unique?

**M. W. Neil Palmer:** Je crois qu'il y a deux aspects à cela. Il y a le prix maximal autorisé par le CEPMB, qui est... Nous ne connaissons pas le rôle du CEPMB; cela dépendra de la façon dont il évoluera à l'avenir.

Pour la plupart des prix, qu'on ait un programme national d'assurance-médicaments ou non, il y aura une entente confidentielle concernant la liste des produits. On procède ainsi pour plusieurs raisons, en particulier pour les nouveaux produits. À mon avis, le fonctionnement sous un régime unique ne serait pas très différent du fonctionnement actuel de l'APP. Je ne pense pas qu'il y aurait une grande différence.

**Mme Rachael Harder:** Monsieur Dempster, j'ai une brève question pour vous. Je veux m'assurer d'avoir compris le point suivant. Je crois qu'un de vos commentaires portait sur une comparaison entre les régimes privés d'assurance-médicaments et les régimes publics. Votre commentaire était que les régimes privés voulaient participer, ou quelque chose du genre. Pouvez-vous m'aider à comprendre cette affirmation?

• (1705)

**M. William Dempster:** En 2013, l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes a publié un rapport dans lequel l'association disait vouloir un accès aux prix de l'APP. Je ne pense pas que l'association ait trouvé une façon de le faire, concrètement.

Il faudra surmonter deux ou trois obstacles pour le faire. L'un d'eux est la confidentialité des prix. Le deuxième est d'ordre pratique, en ce sens qu'on a déjà 14 régimes qui participent à des négociations sur plusieurs échelons. L'ajout de divers acteurs du secteur privé à ces négociations rend les choses extrêmement complexes.

Ce ne sont là que deux des obstacles. Est-ce réalisable? Possiblement, mais nous n'avons vraiment pas vu comment cela pourrait fonctionner concrètement.

**Le président:** Madame Sidhu.

**Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.):** Y a-t-il des modèles internationaux que nous devrions examiner pour ce qui est de la mise en oeuvre initiale du régime d'assurance-médicaments? Bien qu'on nous ait répété maintes fois que l'adoption d'un régime d'assurance-médicaments vraiment universel permettrait d'économiser à long terme, il doit certainement y avoir moyen de réduire le coût initial de la transition au nouveau modèle. Quels pays vous viennent à l'esprit lorsque vous pensez au lancement adéquat d'un tel régime?

**M. W. Neil Palmer:** Je pense à des pays qui ont une population assez forte, comme la France, par exemple. Beaucoup de gens n'aimeraient pas le modèle français; toutefois, si on menait un

sondage au sein de la population, on constaterait probablement que c'est un des régimes les plus populaires.

Les quotes-parts sont assez élevées, mais la majeure partie de la population est assurée par un assureur privé, la Mutuelle de France.

La couverture comprend beaucoup plus de médicaments que dans la plupart des autres marchés, mais le processus de négociation d'accords avec les fabricants est très complexe. On y négocie des accords prix-volume. À mon avis, l'une des choses qu'on fait très bien, en France — et on commence à voir la même chose en Allemagne et dans d'autres marchés —, c'est que l'évaluation de la valeur relative des médicaments se fait de deux façons.

Premièrement, on examine l'avantage de base du médicament, qu'on appelle le « service médical rendu ». Ensuite, on examine l'amélioration découlant de l'utilisation du médicament, ou « amélioration du service médical rendu ». Ces deux éléments servent à déterminer le niveau de prix qui sera accepté, ainsi qu'à décider si le médicament sera remboursé ou non. On procède ainsi depuis longtemps, et on le fait très bien. En France, la plupart des médicaments sont remboursés, sauf quelques médicaments très coûteux qui sont financés par l'intermédiaire d'un processus distinct. C'est très différent.

Les Allemands et certains autres marchés ont un système d'assurance sociale. Par conséquent, presque tous les assureurs sont des assureurs privés, et la plupart sont des organismes sans but lucratif. Il en va de même aux Pays-Bas et au Japon, je crois. Beaucoup d'autres endroits fonctionnent exclusivement selon ce modèle. En Allemagne, tout médicament approuvé par l'Agence européenne des médicaments doit être remboursé. Leur seule marge de manoeuvre est dans la négociation des prix, et c'est ce qu'ils font.

Je ne dis pas que nous devrions prendre un seul pays comme modèle. Je dis plutôt qu'on trouve dans bon nombre de ces marchés des pratiques exemplaires que nous pourrions examiner. Il s'agit non seulement d'obtenir un rapport coût-efficacité acceptable et de limiter l'incidence sur le budget, mais aussi de veiller à un accès adéquat aux médicaments. Chaque système a ses avantages et ses désavantages, ses forces et ses faiblesses.

**M. William Dempster:** J'ajouterais qu'il faut regarder du côté des pays qui ont une forte capacité de négociation et qui parviennent ainsi à négocier des accords à valeur ajoutée.

Le Dr Eyolfson a parlé des problèmes liés à l'adhérence aux traitements, à inciter les gens à continuer à prendre les médicaments. Il existe des mécanismes pour négocier la prise en compte de tels facteurs dans les contrats; cela ne se limite pas aux accords prix-volume. En ce qui concerne les médicaments pour les maladies rares ou complexes, je regarderais du côté de l'Italie.

L'Allemagne a un très bon processus de négociations par étapes; il compte six étapes, au terme desquelles on s'attend à ce qu'un accord soit conclu.

Vous devriez chercher à savoir quels régimes donnent les meilleurs résultats pour l'ensemble des populations vulnérables et non seulement pour les travailleurs pauvres, comme vous les appelez. Il convient aussi de parler de gens atteints de maladies rares et des maladies touchant une petite population de patients.

**Mme Sonia Sidhu:** Ma prochaine question est pour le Dr Sher. Vous sembliez laisser entendre qu'une collaboration entre les provinces pour les politiques en matière d'achats de produits de santé présenterait des avantages. J'ai deux questions connexes.

Premièrement, pourriez-vous nous expliquer le rôle du gouvernement fédéral dans le financement et l'administration de la Société canadienne du sang, et dans le financement du coût des services et des produits connexes que les provinces achètent par l'intermédiaire de la Société canadienne du sang?

• (1710)

**Dr Graham Sher:** Le gouvernement fédéral ne joue pratiquement aucun rôle dans le financement des activités de la Société canadienne du sang. Tous les produits et services que nous offrons aux patients canadiens sont financés par l'ensemble des provinces et des territoires. La seule exception, c'est que le gouvernement fédéral a conclu un accord de partage des coûts avec les provinces pour le programme national de dons et des greffes d'organes que nous administrons pour l'ensemble du pays. Il y a un accord de financement à égalité de parts entre le gouvernement fédéral et les provinces et les territoires concernant un budget total d'environ 7,5 millions de dollars par année. Tous les médicaments inscrits au formulaire de médicaments que nous achetons — 600 millions de dollars par année — sont financés par les provinces et les territoires et non par le gouvernement fédéral.

**Mme Sonia Sidhu:** Deuxièmement — et c'est lié à cela —, croyez-vous que le modèle de financement et de gouvernance de la Société canadienne du sang pourrait servir de modèle pour le régime d'assurance-médicaments?

**Dr Graham Sher:** Si j'ai bien compris votre question, je pense, comme je l'ai indiqué à M. Davies, que le modèle que nous utilisons pour l'acquisition, l'achat, la distribution et la surveillance de l'utilisation de ces produits biologiques très coûteux pourrait être utilisé pour d'autres médicaments utilisés au pays, mais pas nécessairement pour tous les produits pharmaceutiques prescrits. Je pense que le programme que nous administrons comporte des aspects uniques, mais je suis convaincu qu'il convient d'étudier cette option pour une série — ou une catégorie — de médicaments qui présentent des similitudes avec les 45 médicaments de notre formulaire.

**M. W. Neil Palmer:** J'aimerais ajouter un commentaire. D'après ce que je comprends, la plupart des produits utilisés par la SCS ne sont pas des produits que l'on retrouve en pharmacie. Il s'agit plutôt de produits destinés aux hôpitaux qui, dans bien des cas, font déjà l'objet d'un processus d'approvisionnement spécialisé. Je ne parle pas d'un processus unique pour l'ensemble du pays, mais peut-être d'organismes de groupements d'achats ou de passation des marchés par hôpital. Cependant, je ne pense pas...

**Dr Graham Sher:** Je ne suis pas certain que ce soit tout à fait exact. Aucun de nos produits n'est vendu dans les pharmacies de détail. C'est exact, mais tous nos médicaments de chimiothérapie sont administrés à l'hôpital. Donc, je pense qu'il existe beaucoup d'autres catégories de médicaments très semblables à ceux que nous distribuons.

**M. W. Neil Palmer:** Je suis d'accord, sauf en ce qui concerne la catégorie habituellement destinée aux pharmacies de détail, parce que le mécanisme de distribution est complètement différent.

**Le président:** Le temps est écoulé.

Monsieur Davies, vous avez trois minutes.

**M. Don Davies:** Il y a un point que nous n'avons pas vraiment abordé. Nous avons parlé du problème, et la raison pour laquelle le Comité étudie l'assurance-médicaments nationale, c'est que le statu quo est inacceptable. Je le répète, au moins 20 % des Canadiens ne sont pas assurés. C'est intolérable dans un pays comme le nôtre, du

moins selon moi et selon mon parti. En plus, nous avons entendu des preuves irréfutables que le Canada occupe le deuxième rang, parfois le quatrième, des pays où le prix des médicaments est le plus élevé. Nous déboursions des sommes exorbitantes pour un régime qui ne peut pas fournir de couverture universelle. Voilà le contexte qui sous-tend notre étude. Nous avons également compris que le Canada est le seul pays au monde qui offre des soins de santé universels, mais aucune forme d'assurance-médicaments universelle.

En conséquence, nous réunissons ces faits et nous cherchons une façon d'améliorer la couverture des Canadiens et peut-être aussi de réduire les coûts. Jusqu'à maintenant, les partisans d'un régime national d'assurance-médicaments ont témoigné qu'il faut une combinaison d'éléments. Il faut faire des achats en vrac et il faut que les bas soumissionnaires retenus aient accès au marché national, comme en Nouvelle-Zélande. En Nouvelle-Zélande, un bas soumissionnaire qui obtient le contrat peut vendre son médicament dans l'ensemble du marché. Il faut également remplacer les milliers d'administrateurs de régimes privés répandus partout au pays par une administration simplifiée. En outre, nous avons besoin d'une liste établie à partir de données probantes et des économies qui découlent d'un accès rapide et universel aux médicaments, comme l'a décrit Dr Eyoifson.

Certains partisans nous ont dit qu'en réunissant tous ces éléments, en adoptant un modèle inspiré des pratiques exemplaires partout dans le monde, le Canada pourrait offrir une couverture universelle à l'ensemble de la population, tout en épargnant des milliards de dollars. De fait, M. Morgan estime qu'en adoptant le régime de l'Allemagne ou du Royaume-Uni, nous épargnerions 4 milliards de dollars ou 12 milliards de dollars, et tout le monde serait assuré.

Monsieur Dempster, je vais vous permettre de réagir. Qu'avez-vous à dire sur cette stratégie?

**M. William Dempster:** Il faut toujours examiner les résultats d'un autre programme à la lumière de sa réalité culturelle et de son régime de soins de santé. On ne peut vraiment pas simplement le reproduire au Canada et déclarer qu'il fonctionnera exactement de la même façon ici. Nous sommes juste à côté des États-Unis. Notre réalité n'est pas la même que celle de l'Allemagne, de l'Autriche, de la France ou de tout autre modèle qu'on voudrait reprendre ici.

Par rapport aux éléments précis du modèle proposé de Pharmacare 2020 — j'étais présent quand il a été lancé en Colombie-Britannique en 2013 —, avec les appels d'offres pour les produits de source unique de toute classe donnée, vous finirez par avoir seulement un ou deux choix de soumissionnaires. Ce système est très difficile à instaurer pour les produits de source unique. Je dirais que c'est infaisable. C'est possible de faire des appels d'offres pour les médicaments génériques. L'Ontario a essayé de le faire en 2008. Cette méthode fonctionne dans d'autres marchés. Aussi, je crois qu'elle peut permettre d'économiser, car on demande à différents fournisseurs de soumissionner pour les mêmes versions et on peut tenir compte des problèmes d'approvisionnement, comme Dr Sher l'a dit tout à l'heure.

Nous avons déjà abordé brièvement l'administration. Je pense que le Comité pourrait recevoir d'autres données. En ce qui touche une liste établie à partir de données probantes, on peut présumer que toutes les listes des régimes publics qui existent déjà au Canada sont établies à partir de données probantes. Elles s'appuient sur l'ACMTS et sur l'INESSS au Québec, et chaque province a sa propre liste, tout comme un grand nombre de régimes privés.

Je pense donc que cet élément est déjà présent. Je voudrais simplement voir de quoi aurait l'air la liste entière si on créait un modèle, et j'encourage les organisations comme celle de Neil et d'autres à le faire. J'encourage aussi M. Morgan à continuer de préciser ses données pour établir les conséquences. Je vous préviendrais de ne pas importer en bloc un régime entier au Canada en déclarant qu'il fonctionnerait ici.

• (1715)

**Le président:** Votre temps de parole est écoulé.

Merci beaucoup.

Qui remet des chèques aux entreprises pharmaceutiques?

**M. W. Neil Palmer:** C'est une très bonne question.

Dans le cas d'un médicament traditionnel qui passe par une pharmacie de détail, le fabricant le vend à un grossiste ou à un distributeur. Ensuite, le distributeur le vend à la pharmacie de détail. Puis, la pharmacie de détail vend le médicament au patient, et le patient est remboursé par le régime public ou privé, ou il paye comptant.

C'est le grossiste ou le distributeur qui paye l'entreprise pharmaceutique. Dans certains cas, l'entreprise fait affaire directement avec la pharmacie. Habituellement, elle fait affaire directement avec l'hôpital ou avec un groupe d'hôpitaux. Normalement, elle vend son produit dans la chaîne de distribution, et c'est un distributeur, un grossiste ou parfois un hôpital qui émet le chèque.

**Le président:** Arrive-t-il qu'un ordre de gouvernement remette un chèque à une entreprise pharmaceutique?

**M. W. Neil Palmer:** Oui, pour les hôpitaux, mais je devrais ajouter que c'est seulement indirectement. Les provinces payent certains produits qui ne sont pas approuvés dans le cadre des régimes normaux, et elles peuvent faire un chèque pour ceux-là. Il y a des maladies rares pour lesquelles les médicaments sont importés au moyen du Programme d'accès spécial. Toutefois, ce serait les exceptions.

**M. William Dempster:** Les vaccins en sont un exemple.

**M. W. Neil Palmer:** Les vaccins et la santé publique sont un bon exemple.

**M. William Dempster:** À l'échelle fédérale, l'Agence de la santé publique peut acheter non seulement des vaccins, mais aussi des antirétroviraux pour créer des réserves en cas d'urgence.

**Le président:** Le gouvernement fédéral payerait le fabricant pharmaceutique directement.

**M. William Dempster:** En ce sens, c'est un achat en vrac.

**M. W. Neil Palmer:** Nous soumissionnons tous les trois ans.

**M. William Dempster:** En réalité, il n'y aura pas beaucoup de cas dans lesquels le terme « achat en vrac » s'appliquera vraiment, peu importe ce que vous considérez. C'est une question de remboursement, ainsi que de prestations de maladie et de médicaments. Ce ne sont pas vraiment des achats en vrac.

**Le président:** Nous avons entendu différents chiffres. Quel est le coût total des achats de médicaments au Canada, et comment est-il réparti entre les provinces, le gouvernement fédéral, les compagnies d'assurance et les patients au détail?

**M. William Dempster:** Je vais vous présenter des prévisions parce que nous n'avons pas encore les chiffres exacts. En 2014, le coût total des médicaments sur ordonnance était de 28,8 milliards de dollars. Le coût augmente si on ajoute les médicaments en vente libre. La part du secteur privé est divisée entre les frais

remboursables — je crois que nous avons mentionné plus tôt 6 milliards de dollars — et les 10,1 milliards de dollars des assureurs privés. Les régimes provinciaux d'assurance-médicaments dépendent 10,4 milliards de dollars, ce qui représente 36 % du total. De son côté, le régime fédéral d'assurance-médicaments assume 2,1 % du total, ce qui totalise 600 millions de dollars. L'État paye aussi d'autres dépenses en médicaments.

De plus, nous avons examiné les données liées aux frais remboursables. Nous avons dit 6 milliards de dollars, et c'est le chiffre que nous avons vu plus tôt. Ce nombre a augmenté considérablement de 2010 à 2011, je crois. J'en ai parlé avec les gens de l'information sur la santé. Je pense que beaucoup de choses qui sont classées comme des frais remboursables viennent de l'industrie pharmaceutique, qui donne une autre forme de rabais aux consommateurs individuels afin de compenser la contribution qu'ils paieraient autrement à la pharmacie. Ce serait donc aussi intéressant de ventiler un peu plus les frais remboursables.

Désolé, je suis allé un peu plus loin.

• (1720)

**M. W. Neil Palmer:** Dans le tableau 3 à la page 20 de notre rapport, nous ventilons les données de 2015. Le tableau comprend les dépenses réelles du secteur public, du secteur privé et des SSNA, ainsi que les estimations des dépenses privées, fondées sur les données de l'ICIS. Nous ventilons ensuite les frais des pharmaciens et les contributions.

**Le président:** M. Dempster a dit 6 milliards de dollars pour le secteur privé. Est-ce que ce sont seulement les ventes au détail?

**M. William Dempster:** Ce sont 6 milliards de dollars de frais remboursables, les contributions des particuliers.

**Le président:** D'accord.

Ensuite, les compagnies d'assurance payent 10,1 milliards de dollars.

**M. William Dempster:** C'est exact.

**Le président:** Aussi, les régimes d'assurance-médicaments provinciaux dépendent 10,4 milliards de dollars.

**M. William Dempster:** Oui.

**Le président:** Il y a aussi 600 millions de dollars pour le fédéral. De quoi s'agit-il?

**M. W. Neil Palmer:** Ce serait le Programme des services de santé non assurés; le ministère de la Défense nationale; Anciens Combattants; Services correctionnels; Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada...

**M. William Dempster:** Ce sont surtout les SSNA.

**M. W. Neil Palmer:** ... et la GRC. Les SSNA, le Programme des services de santé non assurés, représentent une part énorme.

**M. Darshan Singh Kang:** Est-ce que les 6 milliards de dollars comprennent aussi les franchises?

**M. William Dempster:** Oui. La somme inclut les franchises que les gens doivent payer pour que leur police d'assurance entre en vigueur.

**M. Darshan Singh Kang:** Ce ne sont donc pas seulement les gens qui payent eux-mêmes, qui ne sont pas assurés.

**M. William Dempster:** C'est exact. Cela représente 20 %...

**M. Darshan Singh Kang:** C'est une combinaison des deux, n'est-ce pas?

**M. William Dempster:** Oui.

**M. Darshan Singh Kang:** Les gens qui ne sont pas assurés et...

**M. W. Neil Palmer:** L'autre partie comprend les franchises et les contributions.

**Le président:** Je tiens à remercier chacun de vous de votre aide, car c'est compliqué. Je regardais ce diagramme. Avant, je faisais du commerce de voitures. Il y avait l'usine; puis moi, le concession-

naire; et ensuite le client. Nous avons trois cases. Il y a neuf cases sur votre page, et c'est difficile de comprendre pourquoi ou comment elles vont ensemble, mais vous nous aidez.

**M. William Dempster:** J'ai bien peur de ne pas pouvoir simplifier davantage. C'est compliqué.

**Le président:** C'est compliqué, mais vous nous aidez et nous vous en sommes très reconnaissants.

Merci beaucoup de votre contribution.

La séance est levée.

---









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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

---

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

---

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>