



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 020



1^{re} SESSION



42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 27 septembre 2016

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le mardi 27 septembre 2016

● (0845)

[Traduction]

Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)): Je déclare la séance ouverte.

Comme il est 8 h 45, nous allons commencer la séance. Nous allons écouter un certain nombre de témoins aujourd'hui, et ensuite, nous allons passer aux travaux du comité.

Nous accueillons aujourd'hui M. Ake Blomqvist, chercheur sur les politiques de santé à l'Institut C.D. Howe ainsi que Victor Elkins et Chandra Pasma, du Syndicat canadien de la fonction publique. Nous recevons également Colleen Flood, professeure et titulaire de la chaire de recherche universitaire et directrice du Centre de droit, de politique et d'éthique de la santé de l'Université d'Ottawa ainsi que Mélanie Bourassa Forcier, professeure et directrice des programmes de droit et politique de la santé à l'Université de Sherbrooke. Elles comparaissent à titre personnel.

J'invite M. Blomqvist à faire son exposé de cinq minutes. Suivront ensuite les autres témoins, puis nous passerons aux questions.

M. Ake Blomqvist (chercheur sur les politiques de santé, Institut C.D. Howe): Bonjour. Je m'appelle Ake Blomqvist. Je suis professeur auxiliaire de recherche à l'Université Carleton et coauteur du document publié par l'Institut C.D. Howe intitulé *Feasible Pharmacare in the Federation*, dont nous avons remis un exemplaire au Comité. Je suis chercheur à temps partiel sur les politiques de santé à l'Institut C.D. Howe, mais je témoigne aussi aujourd'hui au nom de l'autre coauteur du document, Colin Busby, qui est directeur associé de la recherche à l'Institut. Il est responsable des travaux sur les soins de santé et il était censé faire l'exposé, mais il ne peut pas être présent en raison d'une maladie très grave et soudaine dans sa famille, alors je vais présenter l'exposé en son nom également.

Cela fait environ 35 ans que j'écris au sujet de la politique canadienne en matière de santé et j'appuie largement le point de vue énoncé dans le document, c'est-à-dire que la mesure la plus constructive que le gouvernement fédéral peut prendre à l'égard d'un régime d'assurance-médicaments, c'est se concentrer sur ce qu'il peut faire de façon indépendante pour appuyer les réformes qui sont en cours dans les provinces.

Nous ne pensons pas qu'il serait utile à cette étape-ci d'essayer de créer un régime universel à payeur unique. Bien entendu, nous croyons qu'un trop grand nombre de Canadiens affirment ne pas remplir leurs ordonnances ou ne pas mener à bien leurs traitements pour des raisons financières et nous sommes d'avis que les prix des médicaments au Canada demeurent encore très élevés par rapport aux normes internationales. En outre, il existe des problèmes importants en ce qui a trait à la qualité des prescriptions dans diverses régions. Nous croyons que la création d'un régime national

d'assurance-médicaments pour régler ces problèmes donnerait lieu à de sérieuses difficultés.

Il ne serait pas judicieux de créer un régime distinct géré par le gouvernement fédéral, à notre avis, car cela nuirait à la gestion intégrée de l'ensemble du système de soins de santé et ne favoriserait pas les décisions rentables en ce qui concerne les médicaments et les intrants. Par exemple, un régime fédéral d'assurance-médicaments ne pourrait pas avoir une incidence sur la manière dont les médecins prescrivent les médicaments, un élément qui a d'importantes répercussions sur les coûts et l'efficacité de tout régime d'assurance-médicaments.

Nous sommes également d'avis que l'approche selon laquelle les transferts seraient conditionnels n'est pas judicieuse. Amener les provinces à mettre sur pied des régimes publics à payeur unique donnerait lieu selon nous à un affrontement entre le fédéral et les provinces au sujet des fonds. Ce qui compliquerait les choses, c'est le fait que les régimes publics d'assurance-médicaments qui existent dans diverses provinces sont très différents les uns des autres.

Au lieu de fournir de gros efforts pour réformer notre système public-privé, nous estimons que le gouvernement fédéral devrait travailler avec les provinces pour continuer à faire avancer les programmes d'assurance-médicaments que plusieurs d'entre elles ont déjà commencé à mettre en place. Au bout du compte, nous croyons que les réformes provinciales devraient mener à une sorte de programme d'assurance-médicaments universel au Canada.

Plus précisément, nous préconisons une stratégie qui comporte plusieurs volets. Il y a des mesures que le gouvernement fédéral peut prendre de façon indépendante sur le plan national pour faire baisser le coût des médicaments au Canada. Il faudrait le féliciter de s'être joint à l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, mais il pourrait en faire plus et assumer un rôle de leadership au sein de cette alliance. Il pourrait aussi faire en sorte que des compagnies d'assurance privées fassent partie de l'Alliance pour qu'elles négocient conjointement avec les régimes publics.

Le gouvernement fédéral pourrait aussi modifier les règles selon lesquelles le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés réglemente les prix. Il pourrait le faire en adoptant le modèle de prix fondé sur la valeur.

Deuxièmement, le gouvernement fédéral peut travailler de concert avec les provinces pour renforcer l'usage des formulaires pharmaceutiques utilisés par les régimes publics et renforcer l'utilisation des évaluations économiques dans le cadre de la conception de ces formulaires.

Troisièmement, le gouvernement fédéral peut demander aux provinces, comme nous le proposons, de faire en sorte que chaque citoyen bénéficie d'un régime par défaut prévoyant un plafond pour le pourcentage du revenu qu'une famille doit consacrer aux médicaments. Le gouvernement fédéral pourrait appliquer cette idée de la même façon qu'il applique l'idée de la tarification du carbone, c'est-à-dire en fixant une norme minimale raisonnable pour les régimes provinciaux et en offrant un soutien financier partiel aux provinces qui respectent cette norme.

• (0850)

En résumé, nous croyons qu'il y a plusieurs façons dont le gouvernement fédéral peut accélérer les processus de réforme des régimes d'assurance-médicaments qui sont déjà en cours dans les provinces. Nous croyons que cette approche est beaucoup plus susceptible d'entraîner des progrès considérables que l'approche de la réforme radicale que de nombreuses personnes préconisent.

Le Canada ne s'est pas bien classé dernièrement à l'échelle internationale en ce qui concerne le rendement de son système de soins de santé. À mon avis, un grand nombre des lacunes de notre système actuel est attribuable à tout le moins en partie à notre modèle complexe de répartition des compétences en matière de santé entre le gouvernement fédéral et les provinces. Nous estimons que les relations fédérales-provinciales dans le domaine des soins de santé sont déjà très compliquées, et que le fait de réformer entièrement notre système de financement des médicaments ne ferait qu'amplifier cette complexité.

Je vous remercie.

Le président: Je vous remercie beaucoup.

La parole est maintenant à Mme Flood pour cinq minutes.

Mme Colleen Flood (professeure et titulaire de la chaire de recherche universitaire, directrice du Centre de droit, de politique et d'éthique de la santé, Université d'Ottawa, À titre personnel): Bonjour à tous.

Je suis directrice du Centre de droit, de politique et d'éthique de la santé de l'Université d'Ottawa. Je vous remercie de prendre le temps de m'écouter aujourd'hui. Je vous remercie également pour le travail que vous effectuez dans le cadre de la présente étude et de façon générale. Mon beau-frère est député en Nouvelle-Zélande, alors je comprends votre réalité.

Je suis tout à fait en désaccord avec le témoin précédent, et je crois que c'est une bonne chose. Peut-être que c'est la raison pour laquelle nous comparaissons en même temps. Je vais vous expliquer pourquoi en effet nous avons besoin d'un régime universel d'assurance-médicaments, pas nécessairement un régime national, mais certainement un régime universel.

Pour aller droit au but, je dirais essentiellement que, dans la plupart des provinces, les régimes qui existent sont calqués sur le modèle américain. Les démunis bénéficient d'une couverture, les travailleurs sont en majorité couverts par un régime d'assurance privé et les aînés sont couverts par le régime provincial. Toutefois, les aînés sont de moins en moins couverts par leur régime provincial, particulièrement ceux qui sont considérés comme étant riches. Ainsi, seuls les aînés à faible revenu sont couverts.

Il y a toujours bien entendu une partie de la population qui ne bénéficie d'aucune assurance-médicaments au Canada. Le pourcentage s'élève à environ 18 %. Cette proportion est constante, et les réformes provinciales ne contribuent pas à la faire diminuer; au contraire, elle augmente. C'est le problème auquel nous sommes confrontés.

Je vais vous parler d'une étude en profondeur qui a été menée sur la question. Il s'agit d'une étude effectuée par l'Institute of Clinical Evaluative Sciences de l'Ontario, qui est probablement le meilleur institut de recherche qui existe au pays. Les recherches du Dr Gillian Booth sur l'accès aux médicaments sur ordonnance pour les jeunes et les personnes âgées de moins de 65 ans en Ontario ont démontré que près de 1 000 personnes de ce groupe qui souffrent de diabète meurent chaque année faute de pouvoir se procurer un produit pharmaceutique aussi essentiel que l'insuline, qui, soit dit en passant, a été découverte au Canada. Les médecins Banting et Best sont à l'origine de l'une des plus grandes découvertes canadiennes, et pourtant, nous ne pouvons pas faire en sorte, par l'entremise de nos systèmes de gouvernance et d'assurance, que les gens aient accès à ce médicament fondamental.

Nous savons aussi que le modèle américain est très coûteux. Ake a souligné le fait que nous dépensons beaucoup pour les médicaments par rapport à d'autres pays.

Le juge Emmett Hall, un homme brillant, a dit en 1964 que les médicaments sur ordonnance devraient être couverts et que cela devrait être un des principaux objectifs du Parlement canadien. C'était il y a 52 ans. Il n'a pas proposé qu'ils fassent partie de la couverture de base à l'époque, car il estimait que cela coûterait trop cher et que nous devrions attendre que le coût des médicaments diminue.

Peut-être qu'il n'était pas aussi brillant qu'on le croyait: les prix des médicaments n'ont pas baissé, et c'est pourquoi ils ne sont pas inclus dans un régime à payeur unique. Le gouvernement ne vise pas, dans le cadre d'un effort concerté, à assumer le coût des médicaments.

Nous savons que dans tous les autres pays développés qui se sont dotés d'un régime universel, les médicaments sur ordonnance font partie de la couverture de base. Nous faisons figure d'exception dans le monde parce que ce n'est pas le cas au Canada, alors je ne suis pas du même avis que Ake. Je crois que notre rendement est relativement médiocre en ce moment précisément parce que nous ne faisons pas un bon travail sur le plan de l'assurance-médicaments, des soins communautaires et des soins à domicile, ce qui cause beaucoup d'autres problèmes relativement aux hôpitaux et aux services médicaux.

Que pouvons-nous faire? Je conviens avec Ake qu'il est important de veiller à ne pas alourdir le fardeau des provinces et de respecter les relations fédérales-provinciales ainsi que la Constitution. Il existe deux options selon moi.

La première est d'inclure dans la Loi canadienne sur la santé les produits pharmaceutiques communautaires. Vous allez me dire que cela va coûter les yeux de la tête. Non, pas nécessairement, si on précise dans la Loi que les provinces doivent déterminer par un processus équitable quels médicaments feront partie de la couverture de base. Ce sont elles qui feraient le choix. Par exemple, elles pourraient décider que le remboursement de l'insuline a la priorité sur le remboursement du traitement des oignons. Je peux obtenir ce traitement — en fait mon médecin me l'a prodigué en l'espace de quelques semaines, et ce gratuitement — mais, faute d'insuline, des gens meurent. Il ne fait aucun doute que dans tout système de soins de santé raisonnable c'est une situation inacceptable.

Je crois que si on modifiait la Loi canadienne sur la santé pour inclure les produits pharmaceutiques communautaires et l'exigence que les provinces déterminent dans le cadre d'un processus équitable et transparent ce qui serait couvert ou non. Elles seraient alors libres de décider. Elles pourraient décider de rembourser l'insuline, mais pas les traitements pour les oignons. C'est tout à fait réaliste.

• (0855)

L'autre option est celle de la réforme radicale, j'imagine, c'est-à-dire que le gouvernement prendrait tout cela en main.

Pardonnez-moi, je devrais d'abord mentionner que nous sommes préoccupés actuellement parce que nous bénéficions de régimes d'assurance privés, que nous ne voulons pas perdre. La Loi canadienne sur la santé n'exige pas nécessairement que tout soit financé par l'État. Les provinces exigent actuellement des cotisations, et c'est ce que vous pourriez faire. Vous pourriez financer cela en partie par l'entremise de cotisations au RPC.

Vous pourriez également obtenir du financement auprès des régimes d'assurance privés par l'entremise d'un régime central. Les assureurs privés verseraient essentiellement une cotisation au régime central pour les achats de médicaments. C'est ce qu'a proposé Aidan Hollis de l'Université de Calgary, et j'estime que c'est une très bonne suggestion, que je décris d'ailleurs un peu plus en détail dans mon document.

Enfin, le gouvernement fédéral pourrait prendre tout cela en main. C'est ce qu'on appelle l'approche de la réforme radicale. J'ai un chiffre à vous donner; nous avons fait un calcul un peu improvisé. Pour la somme d'environ 5 milliards de dollars, on pourrait couvrir 150 médicaments essentiels pour tous les Canadiens.

Je pourrais parler un peu de cette proposition, mais voilà les deux options viables. Je pense qu'aucune d'entre elles ne ferait sauter la banque, et elles nous permettraient de rattraper les autres pays concurrentiels et faire en sorte de fournir à la population les soins de santé dont elle a besoin.

Je vous remercie de m'avoir écoutée.

Le président: Je vous remercie beaucoup.

Vous avez parlé de 1 000 personnes... quelle était cette statistique?

Mme Colleen Flood: Il s'agissait de 1 000 personnes diabétiques âgées de moins de 65 ans en Ontario qui meurent chaque année.

Le président: En Ontario. Je vous remercie.

La parole est maintenant à Mme Forcier.

• (0900)

[Français]

Mme Mélanie Bourassa Forcier (professeure et directrice des programmes de droit et politique de la santé, Université de Sherbrooke-CIRANO, à titre personnel): Bonjour.

Je m'appelle Mélanie Bourassa Forcier et je suis professeure agrégée à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke où je dirige les programmes de maîtrise en droit et politiques de la santé. Je tiens à remercier le Comité pour l'invitation qu'il m'a faite de venir donner mes impressions sur l'élaboration d'un régime national d'assurance-médicaments.

Suis-je pour ou contre un régime national d'assurance-médicaments? Dans les faits, j'adhère aux deux positions qui vous ont été présentées aujourd'hui. Je crois qu'elles peuvent être conciliables dans une certaine mesure. Je suis évidemment en faveur d'un accès pour tous aux médicaments. Toutefois, dans l'éventualité où le gouvernement fédéral ne souhaiterait pas revoir l'assiette fiscale des provinces afin d'assurer leur autonomie dans leur champ de compétence, je suis en faveur d'un accroissement des transferts fiscaux fédéraux vers les provinces. Ces transferts permettraient aux provinces, premièrement, d'assurer à tous un accès aux médicaments, deuxièmement, d'accroître leur couverture respective d'assurances-médicaments et, troisièmement, d'assurer la pérennité de leur régime

qui pourrait être menacée par l'arrivée des médicaments biologiques qui sont particulièrement dispendieux.

Par ailleurs, j'ajoute que je suis en faveur d'une augmentation des transferts fédéraux dans le but d'assurer des services de santé qui iraient au-delà de la philosophie archaïque du service médicalement nécessaire comme étant celui qui est hospitalo-médico centré. Il m'apparaît donc important d'élargir la définition de ce qui peut être considéré comme médicalement nécessaire. Je suis également en faveur d'une réduction des dépenses de médicaments. On ne peut être contre la vertu. Toutefois, vous aurez compris que je suis en faveur du respect des champs de compétence fédéral et provinciaux.

Parlons des économies alléguées dans les études contemporaines portant sur la mise en place d'un régime national d'assurance-médicaments — il s'agit essentiellement d'économies mentionnées dans des études contemporaines. Les plus anciennes études qui portaient sur le sujet, les rapports Hall, Kirby et Romanow, mettaient l'accent sur la notion d'accès pour tous et non sur les économies pouvant découler de la mise en place d'un système national d'assurance-médicaments. Donc, les économies alléguées dans les études contemporaines portant sur la mise en place d'un régime national d'assurance-médicaments résultent essentiellement — comme Mme Flood l'a mentionné — de l'effet de volume. Nécessairement, un seul grand assureur a un pouvoir de négociation beaucoup plus important qu'une multiplication d'assureurs. Il s'agit des lois du marché.

Évidemment, l'unification des pouvoirs a des avantages: des économies considérables en raison d'un volume d'achat important, une unification des règles, un accès équitable pour l'ensemble des Canadiens et des Canadiennes. Toutefois, unifier veut aussi dire laisser tomber l'autonomie décisionnelle et, parfois, cette autonomie a un coût. Si elle n'en avait pas, il y a longtemps que nous aurions vu un avantage à nous unir aux États-Unis pour accroître notre volume d'achat de biens variés. Si le gouvernement fédéral n'avait pas tenu à cette autonomie, il y a longtemps que Santé Canada aurait accepté la mise en marché de médicaments ayant fait l'objet d'approbations dans d'autres juridictions plutôt que de procéder à sa propre évaluation sanitaire. Alors oui, il y a un coût à l'autonomie, mais l'autonomie a une valeur.

Ainsi, je suis contre un régime national d'assurance-médicaments qui serait mis en place par le truchement d'une loi fédérale autre que la Loi canadienne sur la santé. D'ailleurs, je souhaite vous rappeler la décision de 2011 de la Cour suprême du Canada concernant le renvoi relatif à la Loi sur les valeurs mobilières. Certains se souviendront que ce renvoi portait sur la constitutionnalité d'une loi qui avait pour objet de créer un régime national complet de réglementation des valeurs mobilières. L'article 9 précisait que cette loi avait pour objectifs de protéger les investisseurs, de favoriser l'existence de marchés des capitaux équitables, efficaces et compétitifs, et de contribuer à l'intégrité et à la stabilité du système financier canadien. Bref, des objectifs louables et difficilement contestables.

Comme la Cour suprême l'a fait remarquer, la loi, telle que libellée, ne visait pas à imposer unilatéralement un régime unifié de réglementation des valeurs mobilières pour l'ensemble du Canada. Elle donnait plutôt aux provinces le libre choix de participer au régime si elles le souhaitaient et quand elles le souhaitaient. La Cour a conclu que la loi était inconstitutionnelle parce qu'elle excédait les pouvoirs du gouvernement fédéral et qu'elle représentait une ingérence dans les champs de compétence provinciaux. Je vous rappelle que cette même cour, dans sa décision concernant l'affaire Eldridge en 1997, a confirmé à nouveau la compétence des provinces en matière de santé.

• (0905)

Toutefois, cette même cour, toujours dans la décision portant sur les valeurs mobilières, a insisté sur la possibilité pour les provinces de collaborer par voie de contrats à la création d'un régime de valeurs mobilières de niveau national.

À mon avis, l'Alliance pancanadienne pharmaceutique est la voie pour atteindre un tel consensus quant à l'offre et à la couverture des médicaments au Canada.

Je conclurai en insistant toutefois sur l'importance pour le gouvernement fédéral de maximiser le développement de ses propres compétences, qui ont une incidence certaine sur les dépenses des Canadiens et des Canadiennes en matière de médicaments.

À mon avis, le gouvernement fédéral devrait ainsi intervenir plus largement dans le domaine de la santé publique. Quant au prix des médicaments brevetés, le gouvernement fédéral a le pouvoir d'intervenir — et nous l'avons mentionné — par l'entremise du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Le Conseil est présentement en train de revoir son mandat, mais il importe néanmoins d'agir rapidement, notamment en ce qui concerne la réglementation du prix des médicaments biologiques. Il s'agit également d'éviter des augmentations soudaines du prix des médicaments.

Malheureusement, comme vous le savez, le Conseil n'est pas habilité à régir le prix des médicaments non brevetés. Toutefois, la compétence du gouvernement fédéral en matière de concurrence peut ici entrer en jeu. Le mandat du Bureau de la concurrence est trop limité, à mon avis. Un registre de l'ensemble des fusions et acquisitions au sein de l'industrie pharmaceutique ainsi qu'un examen de l'impact des ententes entre les compagnies pharmaceutiques sur la concurrence au sein du marché pourraient certainement assurer une meilleure compétitivité et des prix plus bas.

Je vous remercie de votre attention.

[Traduction]

Le président: Je vous remercie beaucoup.

La parole est maintenant à M. Elkins, du Syndicat canadien de la fonction publique.

M. Victor Elkins (vice-président régional pour la Colombie-Britannique, Syndicat canadien de la fonction publique): Bonjour.

Je m'appelle Victor Elkins et je suis président du Syndicat des employés d'hôpitaux et vice-président régional pour la Colombie-Britannique. Je siège aussi au conseil exécutif national du SCFP.

Je suis ravi de m'adresser à vous aujourd'hui au nom des 630 000 membres du SCFP de partout au pays, dont 150 000 membres travaillent dans le secteur des soins de santé, dans des hôpitaux, dans des résidences de soins de longue durée et dans des centres de santé communautaires ou fournissent des soins à domicile.

J'aimerais vous expliquer pourquoi les membres du SCFP sont en faveur d'un régime de soins de santé national et pourquoi ils s'opposent entièrement à l'idée de simplement rapiécer le système actuel.

Vous avez déjà entendu de nombreux témoins vous parler des lacunes qui existent dans notre régime actuel d'assurance-médicaments. Les Canadiens paient beaucoup trop cher pour les médicaments sur ordonnance et un trop grand nombre de personnes ne bénéficient d'aucune couverture ou bénéficient d'une couverture qui est tout simplement inadéquate.

Certains ont affirmé que tout ce que nous avons à faire c'est d'élargir le régime actuel pour que chacun bénéficie d'une certaine couverture, que ce soit par un régime public ou privé. Ce type de modèle existe au Québec actuellement, mais un modèle hybride n'est pas la solution, car si nous nous en remettons uniquement aux régimes d'assurance privés, il sera tout simplement impossible de continuer d'assumer les coûts d'une couverture des médicaments. Les régimes privés sont largement inéquitables, inadéquats et inutilement dispendieux.

Examinons en détail chacun de ces points.

Les régimes privés sont fondamentalement inéquitables. Les personnes à faible revenu et qui occupent un emploi précaire sont moins susceptibles de bénéficier d'un régime d'assurance offert par leur employeur. En effet, d'après une analyse effectuée par l'Institut Wellesley, presque tous les employés au Canada dont le revenu annuel s'élève à 100 000 \$ ou plus bénéficient d'une couverture des soins de santé, mais parmi ceux qui gagnent 10 000 \$ ou moins, seulement 17 % bénéficient d'une couverture. Étant donné que les personnes à faible revenu sont également plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé, comme des maladies cardiovasculaires, la dépression et le diabète, cela signifie que ceux qui sont plus susceptibles d'avoir besoin de médicaments sur ordonnance sont ceux qui bénéficient le moins d'une couverture offerte par leur employeur.

Les travailleurs syndiqués sont également plus susceptibles que les travailleurs non syndiqués d'avoir droit à une couverture. Cependant, malgré les efforts fructueux du SCFP et d'autres syndicats pour obtenir une couverture des médicaments sur ordonnance et d'autres soins de santé pour leurs membres, la solution aux problèmes des médicaments sur ordonnance au Canada ne se trouvera pas à la table de négociation. Bien entendu, nous voulons que nos membres et tous les Canadiens bénéficient d'une bonne couverture des médicaments, mais idéalement, les décisions quant à savoir à quel type de médicaments les gens auront accès ne devraient pas être prises en fonction du résultat des négociations entre les employeurs et les syndicats: il devrait s'agir de décisions prises par les patients et leurs médecins.

Nous voulons que tous les Canadiens aient accès aux soins de santé nécessaires médicalement, y compris aux produits pharmaceutiques, peu importe où ils travaillent ou qu'ils occupent un emploi ou non. Les médicaments sur ordonnance devraient être offerts au même titre que tout autre traitement recommandé par un médecin. Nous faisons cette recommandation par principe, mais aussi parce qu'on ne pourra pas continuer d'assumer la hausse du coût des médicaments sur ordonnance et qu'on ne pourra pas y remédier sans un régime d'assurance-médicaments national.

Les médicaments sur ordonnance représentent la plus grande part des cotisations payées par les employés, et la hausse du coût des médicaments sur ordonnance alourdit le fardeau qui pèse sur les employeurs et les employés. Le système disparate qui existe actuellement ne pourra pas continuer d'assumer ces coûts. Le problème réside en partie dans le fait que la nature même du système fait en sorte qu'il n'existe aucun mécanisme ou incitatif pour limiter les coûts. Au total, 24 compagnies d'assurance distinctes négocient individuellement avec les grandes sociétés pharmaceutiques le prix de chaque médicament, et le coût de ces médicaments est tout simplement refilé aux employeurs et aux employés, alors rien n'incite à limiter les coûts.

Le système actuel donne aussi la possibilité aux sociétés pharmaceutiques de créer des iniquités au sein de la population canadienne. Par exemple, des preuves indiquent que les baisses de prix exigées par les régimes publics sont compensées par les régimes privés. Au Québec, des documents qui ont fait l'objet de fuites ont permis d'apprendre que, lorsque le régime public négocie une baisse du prix des médicaments génériques, les sociétés pharmaceutiques compensent en faisant payer les régimes privés. Ainsi, le coût moyen assumé par un régime public pour des médicaments génériques diminue de 5,5 %, mais le coût moyen assumé par des régimes privés augmente de 6,4 %.

Les régimes privés sont également plus coûteux en raison des coûts d'administration élevés et de la nécessité de faire des profits pour le compte des actionnaires. En raison de ces deux éléments, il existe un écart considérable entre ce que les Canadiens versent en primes d'assurance aux compagnies privées et les sommes qui leur sont remboursées. En 2011, cet écart atteignait presque 6,8 milliards de dollars.

Cet écart s'accroît avec le temps. Si cet écart entre les primes versées et les sommes remboursées était demeuré le même qu'en 1991, les Canadiens auraient épargné 3,2 milliards de dollars en 2011. L'écart sert à couvrir les frais d'administration et à enrichir les actionnaires, non pas à améliorer la couverture des médicaments pour les Canadiens.

• (0910)

Enfin, à mesure que les coûts augmentent, les régimes privés ne font rien pour les limiter, ils se contentent plutôt de refile la facture aux travailleurs. Le nombre de régimes qui fixent des plafonds annuels ou un plafond à vie continue d'augmenter. Trente pour cent des employeurs ont fixé un plafond dans le cadre de leurs régimes d'assurance-médicaments. Cela signifie que les personnes qui ont le plus besoin de médicaments sont celles qui atteignent le plafond et qui sont alors forcées de se tourner vers un régime public pour la couverture des médicaments onéreux ou de payer de leur propre poche. De plus en plus d'employés sont maintenant aussi forcés de payer une coassurance ou des frais d'exécution d'ordonnance.

Certains employeurs offrent des régimes comportant différents niveaux de couverture, ce qui signifie que les travailleurs doivent estimer le niveau dont ils auront besoin et donc payer de leur poche s'ils ont eu la malchance de faire une mauvaise estimation. Dans certains cas, les employeurs ont éliminé complètement la couverture pour certains employés ou pour les retraités, comme l'a fait récemment l'entreprise U.S. Steel Canada à l'égard de ses retraités d'Hamilton.

La solution à toutes ces difficultés que vivent les Canadiens, les travailleurs et les employeurs consiste à mettre en place un régime public d'assurance-médicaments qui offre une couverture à tous les Canadiens, peu importe où ils habitent, où ils travaillent, leur âge ou leur revenu.

Cependant, nous craignons que les récents accords commerciaux que le gouvernement canadien a négociés, bien qu'ils n'aient pas encore été ratifiés, restreignent la capacité du gouvernement fédéral de limiter les coûts et d'assurer la sécurité des Canadiens. Le PTP et l'AECG sont des ententes qui pourraient coûter annuellement aux Canadiens entre 850 millions de dollars et 1,6 milliard de dollars en coûts supplémentaires pour les médicaments sur ordonnance. Les provinces seront remboursées pour ces coûts supplémentaires, mais les régimes privés et les Canadiens qui paient de leur poche devront les absorber.

Notre mémoire contient des détails au sujet de nos recommandations, mais je peux vous dire brièvement que le SCFP recommande que le gouvernement fédéral mette sur pied un régime national d'assurance-médicaments qui offre aux Canadiens une couverture équitable et universelle des médicaments sur ordonnance, sans coassurance ni franchise. La gestion et la prestation du programme devraient être assurées par l'État. Nous vous exhortons également à ne pas ratifier le PTP et l'AECG.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de nous écouter. Je suis prête à répondre à vos questions.

Le président: Je vous remercie beaucoup.

Je crois que nous avons entendu les déclarations de 48 témoins jusqu'à maintenant, mais je peux dire que vous avez réussi à apporter des éléments nouveaux. Je tiens à vous remercier pour votre contribution. Vos exposés ont tous été très utiles.

Nous allons maintenant passer aux questions. Nous allons commencer avec un tour de sept minutes.

Monsieur Kang, allez-y.

• (0915)

M. Darshan Singh Kang (Calgary Skyview, Lib.): Je vous remercie, monsieur le président.

Je tiens à remercier les témoins pour leur présence et pour nous avoir éclairé davantage sur ce grand dossier que nous examinons.

Ma première question s'adresse à la professeure Bourassa Forcier.

La mise en œuvre de l'assurance-maladie au Canada a obligé le gouvernement à amalgamer les régimes d'assurance pour en faire un système à payeur unique. D'autres témoins ont affirmé qu'un processus similaire devrait avoir lieu pour mettre en place un régime national d'assurance-médicaments à payeur unique.

Compte tenu du partage des pouvoirs constitutionnels entre le gouvernement fédéral et les provinces, quel est le rayon d'action du gouvernement fédéral dans le cadre de la mise sur pied d'un régime national d'assurance-médicaments, qui pourrait être un régime à payeur unique assorti d'un formulaire unique?

[Français]

Mme Mélanie Bourassa Forcier: En fait, j'ai dit être favorable à l'intervention du gouvernement fédéral afin de favoriser un accès aux médicaments pour tous. J'ai l'impression que cette intervention, pour qu'elle soit légitime d'un point de vue constitutionnel, doit se faire en vertu de la Loi canadienne sur la santé. Or celle-ci doit être modernisée.

Comme vous l'avez déjà entendu ou lu dans les mémoires qui vous ont été présentés, lorsque la Loi canadienne sur la santé a été adoptée, les médicaments les plus coûteux étaient offerts au sein des centres hospitaliers. Maintenant, nous observons un déplacement de cette situation. La plupart des médicaments, même ceux destinés à traiter des cancers, sont offerts dans un milieu ambulatoire et sont donc exclus de l'application de la Loi canadienne sur la santé.

Évidemment, si le gouvernement fédéral élargit les transferts fiscaux et la définition du terme « médicalement nécessaire », qui figure dans la Loi canadienne sur la santé, des conditions additionnelles devront être incluses à cette loi pour que les provinces puissent obtenir les nouveaux transferts fédéraux. Ces conditions pourraient, par exemple, viser à assurer à tous les résidents de chacune des provinces un accès raisonnable aux médicaments. Grâce à la condition de transférabilité qui est prévue dans la loi, on assurerait une certaine constance dans l'offre de médicaments, ce qu'il est possible de faire par l'entremise de la Loi canadienne sur la santé.

On opérerait donc pour un régime flexible et acceptable d'un point de vue constitutionnel. Vous avez certainement pris connaissance des dernières positions de notre ministre de la santé, le Dr Barrette. C'est donc dire que les provinces n'accepteraient pas nécessairement automatiquement d'adhérer aux nouvelles conditions portant sur les médicaments. Il reste que les provinces pourraient à tout le moins bénéficier de transferts fédéraux qui permettraient un élargissement de leur couverture d'assurance-médicaments.

[Traduction]

Mme Colleen Flood: Puis-je répondre également?

M. Darshan Singh Kang: Oui.

Mme Colleen Flood: Je crois que la Cour suprême a affirmé à plusieurs reprises ces derniers temps que les transferts aux provinces assortis de conditions sont acceptables. Comme je l'ai dit, il est tout à fait possible d'inclure les produits pharmaceutiques communautaires dans la Loi canadienne sur la santé et de demander aux provinces de dresser une liste des médicaments essentiels. Il ne s'agit pas de créer un seul long formulaire national.

Si le gouvernement fédéral souhaite créer un seul formulaire national et un seul acheteur national, il lui faudrait obtenir le consentement des provinces, ce qui est une toute autre histoire. Habituellement, nous avons recours à la Loi canadienne sur la santé ou à un transfert assorti de conditions, ce qui donne aux provinces la liberté de concevoir leur régime comme elles le souhaitent. Cela pourrait permettre, par exemple, le transfert des primes d'assurance des régimes privés ou autres au moyen du RPC. Le modèle que vous avez au Québec pourrait fonctionner avec cette approche, pourvu qu'il respecte certaines conditions, à savoir aucun paiement aux points de service et aucun frais pour les médicaments essentiels, comme c'est le cas pour les services fournis par les hôpitaux et les médecins. Cela respecterait l'esprit de la Loi canadienne sur la santé. Je crois que c'est tout à fait possible en vertu de la Constitution.

Si le gouvernement fédéral souhaite gérer un très gros programme fédéral, je crois que c'est possible, mais il faudrait que la participation soit volontaire. Les provinces devraient accepter ou non d'y participer. Étant donné leur situation financière actuelle, je suppose que la plupart d'entre elles choisiraient d'y participer. Peut-être que le Québec en déciderait autrement, mais je pense que la plupart d'entre elles y participeraient. Je crois qu'un tel modèle serait tout à fait acceptable.

● (0920)

[Français]

Mme Mélanie Bourassa Forcier: Est-ce que je pourrais ajouter quelque chose?

[Traduction]

J'aimerais simplement faire un rapprochement.

[Français]

Nous avons créé l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, qui représente chacun des premiers ministres des provinces et, maintenant, le gouvernement fédéral. L'Alliance a notamment comme fonction de négocier le prix des médicaments génériques. Du fait que le Québec ait adhéré à l'Alliance et que ce soit maintenant le cas du gouvernement fédéral également, nous disposons d'un pouvoir de négociation beaucoup plus important. En ce qui concerne le prix des médicaments génériques, l'effet positif du volume peut se refléter dans les prix obtenus dans le cadre de ces négociations.

En ce qui a trait au prix des médicaments novateurs, la négociation de prix plus bas est difficile, ne serait-ce que parce qu'ils sont brevetés. C'est néanmoins possible au moyen d'ententes d'inscription confidentielle. Ces dernières sont de plus en plus fréquemment conclues, notamment par les assureurs privés.

Je suis d'accord avec Mme Flood. Il avait d'ailleurs été suggéré que les assureurs privés se joignent à l'Alliance pour accroître le pouvoir de négociation. Tout en conservant un régime public-privé, hybride, il est possible de susciter l'adhésion des assureurs privés de façon à favoriser une négociation permettant d'obtenir un volume d'achat plus important et, par conséquent, de réduire le prix des médicaments.

[Traduction]

Le président: Merci.

Le prochain intervenant est M. Carrie.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président. Je remercie également tous les témoins présents aujourd'hui.

Comme le président l'a souligné à juste titre, nous obtenons sans cesse de nouvelles informations, et mes questions visent à vérifier si vous avez d'autres renseignements à nous donner.

Madame Flood, vous avez dit que les provinces seraient emballées de recevoir plus d'argent en échange d'un genre de programme national d'assurance-médicaments, mais le ministre a très bien dit qu'il n'allait pas augmenter les paiements de transferts. Même les 3 milliards de dollars promis pour les soins palliatifs ne sont pas prévus au budget.

Des témoins crédibles disent très clairement que si nous adoptons un système monopolistique, celui-ci coûterait entre 10 et 14 milliards de dollars dès le premier jour. Nous savons que les compagnies d'assurance privées couvrent une partie considérable du coût des soins de santé au Canada.

Voici l'un des défis. Nous entendons des gens dire qu'ils souhaitent adopter un système à payeur unique, mais le problème n'est pas vraiment défini. Vous avez quelques chiffres. Vous dites que 18 % des Canadiens ne sont pas couverts, mais à quel pourcentage d'entre eux la situation pose-t-elle même un problème? Vous avez parlé des milliers de personnes qui meurent chaque année en Ontario de complications du diabète. Mon père en est mort, mais il avait pourtant une couverture complète qui était excellente. Nous avons du mal à définir le véritable problème. Les chiffres ne sont pas à jour.

Ma question s'adresse aux représentants de l'Institut C.D. Howe, car bon nombre de nos témoins affirment que les chiffres sont très vieux. Certains prétendent qu'ils ne sont même pas assez récents pour être pertinents, compte tenu des changements des dernières années sur les plans de l'emploi et de la couverture.

Avez-vous du mal à trouver des chiffres et des études récents pour appuyer les enquêtes? Le gouvernement fédéral devrait-il mettre à jour ses chiffres avant de prendre toute décision définitive? Je pose la question parce qu'il s'agit d'un programme énorme et que le budget du gouvernement est limité; je pense que le déficit atteint 30 milliards de dollars, mais ce poste budgétaire représenterait à lui seul 14 milliards de dollars.

Commençons par les représentants de C.D. Howe: sur quels chiffres pouvez-vous vous appuyer? Sont-ils récents?

M. Ake Blomqvist: Tout ce que je sais, c'est que la plupart des preuves citées voulant que les Canadiens ont difficilement accès aux soins de santé sont fondées sur les réponses aux questions de différents questionnaires. J'ignore dans quelle mesure ces données sont fiables, ou comment elles doivent être interprétées, en fait.

Colleen a donné des chiffres sur le nombre de personnes qui sont décédées. J'ignore comment vous pouvez présumer de la cause d'un décès et dans quelle mesure c'était attribuable au manque d'accès aux médicaments requis. Il est un peu difficile de dire quel genre d'études il faudrait réaliser pour bien répondre à la question. Par exemple, quelles sont les conséquences sur la santé d'un manque d'accès aux médicaments? J'ignore comment on pourrait s'y prendre, mais il est évidemment possible de faire mieux.

● (0925)

M. Colin Carrie: Connaissez-vous même des études qui donnent des chiffres à jour sur ces questions?

M. Ake Blomqvist: Je suis d'avis que le principal problème ne concerne pas la mise à jour des données, mais plutôt la façon d'interpréter les réponses des gens aux questions de sondage.

Je suis persuadé que vous avez tous déjà répondu à divers sondages. On vous demande d'indiquer, sur une échelle de zéro à cinq, si vous avez eu de graves difficultés, certaines difficultés, ou quoi que ce soit d'autre. Vous savez à quel point les réponses données à ce genre de questions sont arbitraires.

Je doute qu'il soit si important d'obtenir des données sur le problème. Les provinces pourraient adopter des règles assez simples pour s'assurer que personne n'est incapable, pour des raisons financières, d'obtention des médicaments requis au comptoir.

Un des rares points sur lesquels Colleen et moi sommes d'accord, c'est que chaque province devrait probablement garantir que toute personne peut obtenir des médicaments d'ordonnance sans frais au moment d'exécuter son ordonnance. Nous sommes toutefois en désaccord sur la question de déterminer s'il serait bon, au moment de la déclaration de revenus, de récupérer une partie des paiements qui ont été versés.

M. Colin Carrie: Des témoins ont cité des chiffres qui datent de 30 ans. Ils disent qu'il y a eu une importante évolution démographique au cours des 30 dernières années et qu'un nombre grandissant de Canadiens atteignent l'âge d'or.

Il y a certaines initiatives improvisées. Par exemple, l'Ontario offre la prestation Trillium pour donner accès aux gens. Nous assistons également à un délaissement des emplois à temps plein. Il y a beaucoup plus d'emplois à temps partiel qu'avant. Je pense que les représentants du syndicat sont au courant du phénomène. Je trouve vraiment important d'avoir des chiffres à jour. Comment pouvons-nous résoudre un problème qui n'est même pas défini comme il se doit?

Ma question s'adresse à Mme Flood, peut-être, ainsi qu'à Mme Bourassa Forcier.

Connaissez-vous des études à jour qui nous offriraient une analyse statistique et nous permettraient de définir le problème? Il y a eu de grands changements au cours des 20 ou 30 dernières années, et il y en aura d'autres dans la prochaine décennie.

Mme Colleen Flood: Je suis persuadée que vous devrez synthétiser les différents éléments de preuve des divers témoignages. Il ne fait aucun doute que les résultats confirmeront la présence de problèmes majeurs d'accès aux médicaments essentiels pour les Canadiens d'un bout à l'autre du pays, et que ce manque d'accès est une cause de morbidité, et même de mortalité dans certaines circonstances.

L'étude dont j'ai parlé remonte à environ six ans. Elle montre clairement la différence entre les Ontariens de plus de 65 ans qui ont une assurance-médicaments et ceux de moins de 65 ans. Dans ces situations, il est question de jeunes et de personnes d'âge moyen qui sont diabétiques, et qui sont touchés par la morbidité et la mortalité.

Mes collègues ont réalisé d'autres travaux qui montrent que les personnes sans assurance-médicaments ne vont pas consulter leur médecin de famille parce qu'elles savent qu'elles auront fort probablement besoin d'une prescription. Elles n'ont donc aucune raison d'aller voir leur médecin de famille. Une telle situation entraîne aussi de mauvais résultats en matière de santé. Cette étude a été réalisée il y a quelques années.

Comme l'a dit le représentant du SCFP, ce que nous observons ailleurs nous permet de savoir que les assureurs privés chercheront fort probablement à cesser d'assurer les personnes âgées compte tenu du vieillissement de la population. Les États-Unis offrent aux personnes âgées un plan du nom de Medicare. Ce plan couvrirait tout le monde, en raison de l'effondrement du marché qui est survenu. Les assureurs privés ne couvriraient plus les personnes âgées pour ce dont ils avaient besoin. Or, la couverture de base du plan comprend des produits pharmaceutiques pour tous. En fait, nous n'arrivons même pas à la cheville de ce système.

M. Colin Carrie: Je suis tout de même curieux. Vous avez dit que votre seule étude date de six ans, et qu'elle portait sur une maladie chronique, le diabète. Il existe peut-être des similitudes entre le Canada et les États-Unis, mais il y a des différences aussi.

Quant au fait de passer à un monopole...

Mme Colleen Flood: Il n'y a pas vraiment de divergence quant au fonctionnement des marchés de l'assurance-maladie privée.

À mon avis, n'importe quel chercheur qui s'intéresse aux politiques en matière de santé vous dira que les marchés de l'assurance-maladie fonctionnent ainsi, à moins que le gouvernement n'oblige les assureurs à agir autrement. C'est donc ce qui va se passer, à moins que le gouvernement régleme les assureurs privés et les empêche de laisser tomber les personnes âgées et malades.

Ma tante vit en Nouvelle-Zélande, mon pays d'origine. Cette professeure d'école a payé une assurance-maladie privée toute sa vie. À 80 ans, elle a fini par se retrouver à l'hôpital. On lui a demandé à quand remontait son dernier séjour en milieu hospitalier, et elle a répondu en 1928, au moment de sa naissance. Aujourd'hui, ma tante a finalement besoin de son assurance-médicaments et de son assurance-maladie privée, mais elle n'a plus les moyens de les payer parce que les cotisations sont trop dispendieuses. Elle y a donc contribué toute sa vie pour rien.

● (0930)

Le président: Merci, monsieur Carrie.

Monsieur Davies, vous pouvez y aller.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NDP): Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins d'être ici aujourd'hui.

J'ai quelques données sous les yeux. Un Canadien sur quatre affirme que lui ou une personne de son ménage n'a pas les moyens de payer ses médicaments prescrits, de sorte que des doses sont sautées ou divisées, et que des prescriptions ne sont pas exécutées. Ces informations proviennent d'une enquête que l'Institut Angus Reid a réalisée l'année dernière, soit en juillet 2015.

En deuxième lieu, il y a chaque année environ 1 Canadien sur 10 qui n'exécute pas du tout ses prescriptions pour une question d'argent. Ce renseignement est tiré d'un article que Michael Law et al. a publié en février 2012 dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*, c'est-à-dire il y a quatre ans.

Enfin, les Canadiens payent 6 milliards de dollars de leur poche par année pour des médicaments d'ordonnance. Ce chiffre représente 22 % de l'ensemble des dépenses pour tous les médicaments. Cette information est tirée d'un article revu par les pairs et assez connu de Pharma 2020, qui a été rédigé en juillet 2015 par quelques éminents économistes canadiens de la santé.

Ma question est la suivante: est-ce que l'un d'entre vous doute qu'il y ait actuellement des Canadiens incapables d'exécuter leurs prescriptions pharmaceutiques en raison du coût? Quelqu'un remet-il cela en question?

En doutez-vous, madame Pasma?

Mme Chandra Pasma (agente de recherche principale, Syndicat canadien de la fonction publique): Non, mais j'aimerais répondre à votre intervention, si vous me le permettez.

M. Don Davies: Je vais revenir à vous.

Monsieur Elkins, en doutez-vous?

M. Victor Elkins: Non, pas le moins du monde.

M. Don Davies: Madame Forcier? Madame Flood?

[Français]

Mme Mélanie Bourassa Forcier: Non.

[Traduction]

Mme Colleen Flood: [Note de la rédaction: inaudible]

M. Don Davies: Monsieur Blomqvist?

M. Ake Blomqvist: Non, je suis persuadé que c'est le cas.

M. Don Davies: Madame Pasma, je vais vous laisser élaborer un peu, si vous le souhaitez.

Mme Chandra Pasma: Merci, monsieur Davies.

Je vous remercie de me donner l'occasion de répondre, car vous soulevez un bon point. Nous savons que certains Canadiens ne peuvent pas payer leurs médicaments d'ordonnance. Nous savons que certains meurent parce qu'ils n'ont pas les moyens de payer. Je ne vois pas vraiment quel est l'intérêt de connaître le chiffre exact à la décimale près. Qu'il s'agisse de 25 ou de 25,5 %, c'est du pareil au même.

Le fait est que des gens vivent une telle situation, ce qui va tout simplement à l'encontre des valeurs canadiennes. Notre système est fondé sur le concept que ceux qui ont besoin de soins de santé peuvent en recevoir. Pourtant, il y a en ce moment des gens qui ont besoin de médicaments d'ordonnance, mais qui ne peuvent pas nécessairement se les procurer. Une personne qui a besoin d'une intervention chirurgicale peut être opérée; une personne qui a besoin des conseils d'un spécialiste peut en recevoir; pourtant, une personne

peut mourir parce qu'elle a besoin d'insuline. C'est contraire aux valeurs canadiennes.

M. Don Davies: Je revenais sur les questions de M. Carrie.

La meilleure donnée que j'ai entendue au Comité, c'est que, à l'heure actuelle, 10 % des Canadiens n'ont pas d'assurance. Je n'en doute aucunement. Je n'ai aucune difficulté à croire que c'est vrai pour les chômeurs, les personnes à faible revenu, les personnes dont les employeurs n'offrent pas d'assurance avec prestations complémentaires, les employés à temps partiel et les jeunes. J'arrive facilement à croire que 3,5 millions de Canadiens n'auront pas accès à des médicaments s'ils tombent malades aujourd'hui.

Une autre donnée qui a été présentée au Comité, c'est qu'environ 10 % des gens ont une assurance intermittente ou instable. Ils sont peut-être assurés lorsqu'ils travaillent. Ils ont peut-être des quotes-parts ou des franchises élevées. Ainsi, en réalité, 20 % des Canadiens n'ont pas d'assurance régulière, stable et complète pour les médicaments sur ordonnance. Cette affirmation est fondée sur des données récentes que j'ai vues.

Je veux revenir sur ce que vous avez dit, madame Pasma, parce que je veux aussi demander l'avis des autres témoins. Je vais vous lire un extrait du mémoire du SCFP, qui est excellent, soit dit en passant.

On y déclare:

Depuis près de 50 ans, grâce au précieux système de santé publique du Canada, les Canadiens ont pu avoir accès aux soins médicaux dont ils ont besoin, sans frais, peu importe où ils habitent, où ils travaillent ou combien d'argent ils ont. Le système de santé publique du Canada a fourni des soins de grande qualité et offert des résultats concrets aux patients. Les Canadiens sont, à juste titre, fiers de notre système et de ses valeurs d'universalité, d'accessibilité et d'équité.

Cependant, il continue d'y avoir une exception surprenante à ces valeurs — soit l'accès aux médicaments sur ordonnance. Lorsque vous consultez votre médecin et que vous recevez un diagnostic, tous les traitements qui sont jugés « médicalement nécessaires » — comme un plâtre, une intervention chirurgicale, une hospitalisation ou une recommandation vers un spécialiste — sont financés par le réseau public parce qu'ils sont couverts par la Loi canadienne sur la santé. Cependant, lorsque le traitement prescrit est un médicament, il n'y a pas de couverture universelle. L'accès aux médicaments sur ordonnance au Canada est plutôt fondé sur un ensemble de mesures disparates qui varient selon l'endroit où vous vivez, l'endroit où vous travaillez, votre âge et votre revenu.

J'ai une proposition simple à vous faire. La Loi canadienne sur la santé couvre les services médicalement nécessaires. Pourquoi établissons-nous une limite lorsque le traitement prescrit n'est pas de recoudre un doigt, mais plutôt d'aller à la pharmacie pour se procurer des pilules? Ne devrions-nous pas simplement élargir la portée de la Loi canadienne sur la santé pour fournir l'accès aux médicaments sur ordonnance médicalement nécessaires?

● (0935)

Mme Colleen Flood: J'appuie cette proposition. D'après moi, c'est ce que nous devrions faire. Il faut que ce soit clair que cela ne signifie pas que tout sera couvert. Selon moi, cela signifie que certains soins qui sont couverts actuellement ne le seront plus afin que nous ayons les moyens de payer l'élargissement de la couverture. C'est la contrepartie, à mon avis, et il faut que ce soit clair pour les Canadiens et les provinces.

Je pense aussi que la Loi canadienne sur la santé donne beaucoup de latitude. Elle permet, par exemple, aux provinces d'imposer des cotisations aux particuliers. Un modèle comme le RPC représente une façon de recueillir des fonds. Il y a même la possibilité, comme je l'ai déjà dit, que les compagnies privées d'assurance-maladie versent des cotisations à un acheteur provincial, à un assureur provincial. On canaliserait l'argent ainsi. Ce serait une façon d'aller de l'avant financièrement si on avait de la difficulté à payer. Cet arrangement pourrait être temporaire ou permanent.

M. Don Davies: J'ai peine à comprendre pourquoi ce concept pose problème pour certains.

Nous avons parlé des questions fédérales-provinciales, des questions constitutionnelles et des questions économiques. Au Canada, nous avons la Loi canadienne sur la santé et nous avons le régime d'assurance-maladie. Si vous pensez que ce dossier est épineux, nous avons obtenu cela dans les années 1960. L'assurance-médicaments n'est-elle pas un prolongement mesuré naturel du système même qui a réglé tous ces problèmes?

Le gouvernement fédéral met de l'argent à la disposition des provinces, en respectant la compétence provinciale. Les provinces ont droit à cet argent tant qu'elles acceptent de respecter les principes énoncés dans la Loi canadienne sur la santé.

Mme Colleen Flood: Dans les années 1960, on planifiait inclure l'assurance-médicaments. Malheureusement, le processus s'est arrêté en 1966, au moment où la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et la Loi sur les soins médicaux ont été fusionnées.

Le problème pour les provinces, c'est qu'elles consacrent jusqu'à 50 % de leurs budgets aux soins médicaux. C'est pour cette raison qu'elles commencent à retirer l'assurance aux aînés dits « riches », à instaurer des quotes-parts et à prendre d'autres mesures du genre. Elles ont besoin de l'appui du gouvernement fédéral pour augmenter le soutien.

M. Don Davies: Madame Forcier, puis-je vous poser une question au sujet du modèle québécois?

Le président: Désolé, monsieur Davies, votre temps de parole est écoulé.

C'est au tour de M. Oliver.

M. John Oliver (Oakville, Lib.): Merci beaucoup.

Je vous remercie pour vos exposés. Comme d'autres l'ont déjà dit, nous avons appris beaucoup de choses encore aujourd'hui. C'est incroyable à quel point plus nous examinons le dossier, plus il se complexifie.

Sur le plan des données et des statistiques, c'est dommage que nous ayons perdu le sondage détaillé de Statistique Canada et que nous n'ayons pas de données fiables aujourd'hui sur les situations économiques principales que vivent les familles canadiennes. C'est regrettable, mais je suis heureux que le questionnaire détaillé du recensement ait été rétabli.

Ma première question s'adresse à M. Blomqvist.

Différents groupes nous ont parlé de la méthode-choc et de l'approche progressive. Évidemment, vous recommandez l'approche progressive, avec un régime par défaut pour les familles à faible revenu basé sur le pourcentage du revenu du ménage et les coûts des médicaments qui l'excèdent.

Je cite un bref extrait de l'exposé du SFCP: « Notre système disparate actuel permet également aux entreprises pharmaceutiques et aux pharmacies d'opposer des acteurs individuels entre eux. »

En adoptant l'approche progressive, nous allons simplement pérenniser l'inefficacité actuelle du régime canadien et ses coûts.

Je me demandais si vous aviez jeté un coup d'œil à ce qui se passe en Europe. Il existe des modèles de concurrence gérée, en Suède, par exemple. Là-bas, les gens sont obligés d'avoir une assurance privée, mais le marché privé est fortement réglementé. Avez-vous des observations à faire sur un modèle progressif fondé sur un meilleur contrôle du marché privé?

• (0940)

M. Ake Blomqvist: Notre exposé comprend une liste des secteurs dans lesquels le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer, selon nous, et le prix des produits pharmaceutiques en est un.

Il est vrai que la raison principale pour laquelle les produits pharmaceutiques, surtout les médicaments de marque, sont si coûteux, c'est le système des brevets. Le système des brevets est une disposition législative que nous avons créée pour donner un monopole aux entreprises pharmaceutiques et aux titulaires de brevets. Des vendeurs ciblés qui se voient accorder un monopole légal devraient sans doute accepter qu'ils soient réglementés.

D'après nous, le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de premier plan au sein de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. Il peut inclure les assureurs privés dans les négociations pour faire baisser les prix et exercer son pouvoir d'achat au nom non seulement des régimes publics, mais aussi des régimes privés, afin d'obtenir de meilleurs prix de la part des entreprises pharmaceutiques.

En outre, il y a des possibilités pour le CEPMB...

M. John Oliver: Pardonnez-moi. J'ai lu votre document. J'aimerais vous entendre plutôt sur les mesures prises par la Suède et par d'autres territoires par rapport à la concurrence gérée.

M. Ake Blomqvist: Je suis tout à fait pour la concurrence gérée en ce qui touche l'établissement de limites fournissant des règles que les entreprises pharmaceutiques peuvent suivre, y compris les questions d'inscription obligatoire aux régimes d'assurance collective, comme ce qui forme la base du système de la Hollande, par exemple. Les États-Unis en font aussi la base de leur système.

M. John Oliver: Merci beaucoup.

Mme Mélanie Bourassa Forcier: Je pourrais ajouter une brève observation.

[Français]

Je viens d'entreprendre un projet qui a pour but d'évaluer la transparence du marché des assurances privées. L'étude n'est pas encore terminée, mais on se rend compte que, comparativement aux autres pays occidentaux, le marché des assureurs privés du Canada est le moins réglementé, même si nous le réglementons de plus en plus sur le plan des obligations de conformité. Cependant, il n'y a aucune obligation de reddition de comptes et les raisons pour lesquelles les primes augmentent sont d'une grande opacité.

Lorsque les employeurs reçoivent les informations sur la consommation de soins de santé de leurs employés, ils ont le chapitre des dépenses, mais on n'a aucune idée de la marge de profit des compagnies d'assurance. On ne sait pas quelles seront les futures augmentations pour les employés. Cela fait en sorte que plusieurs petits employeurs doivent laisser tomber leur assurance privée et poussent les employés vers le régime public du Québec, qui est obligatoire lorsqu'on n'a pas accès à un régime privé, ou vers rien du tout lorsqu'on vit dans d'autres provinces.

[Traduction]

M. John Oliver: Merci. Votre observation concorde avec ce que je disais au sujet du problème posé par l'approche progressive, puisque nous pérennisons l'inefficacité actuelle du marché par rapport à l'obtention de médicaments abordables.

Ma deuxième question porte sur la relation fédérale-provinciale. Je vous remercie donc d'avoir parlé de la Loi sur les valeurs mobilières et de la décision de la Cour suprême dans cette affaire. C'était très utile, à mon avis.

Si je comprends bien, une liste nationale devrait faire l'objet d'une entente volontaire de la part des provinces. Dans ce cas, qu'est-ce que le gouvernement fédéral intégrerait à la Loi canadienne sur la santé? Jusqu'où pouvons-nous aller pour mettre en place...

Mme Colleen Flood: La Loi canadienne sur la santé pourrait exiger que chaque province établisse une liste de médicaments essentiels qui seraient gratuits au point d'accès, ce qui est semblable à l'exigence de base prévue actuellement par la Loi. Le prix ne serait donc pas un obstacle à l'obtention de médicaments importants.

En ce qui touche la façon dont les provinces décident ce qu'elles placent dans leur panier, la Loi canadienne sur la santé devrait les obliger à être transparentes et à fonder leurs décisions sur des données probantes. Ainsi, les Canadiens pourraient comprendre le processus juste employé pour choisir ce qui est inclus; on comparerait donc des pommes et des oranges. Ce serait aussi une bonne approche pour les services hospitaliers et les services des médecins.

Cette façon de faire donnerait beaucoup de flexibilité aux provinces. Le gouvernement pourrait offrir, comme il le fait actuellement, la possibilité d'acheter en vrac avec son appui, ce qui pourrait permettre d'obtenir de meilleurs prix pour le Canada. Toutefois, on n'a pas à être grand pour négocier durement. Mon pays d'origine, la Nouvelle-Zélande, compte quatre millions d'habitants, et il est reconnu pour les dures négociations qu'il mène avec les entreprises pharmaceutiques. Il a les prix de l'OCDE les plus bas au monde.

• (0945)

M. John Oliver: Merci.

Madame Bourassa Forcier, avez-vous quelque chose à ajouter concernant jusqu'où nous pouvons aller dans la LCS?

[Français]

Mme Mélanie Bourassa Forcier: Je suis favorable à l'option qui est proposée. Par ailleurs, il faut aussi voir s'il est faisable de se baser sur la notion de transférabilité. Si un résident d'une autre province vient dans notre province, à quoi aurait-il accès? A-t-on le même accès que dans sa province d'origine?

Je crois qu'il faudrait évaluer deux options à cet égard. L'établissement d'une liste de médicaments essentiels évaluée par chacune des provinces est une option.

On avait d'ailleurs fait cela dans un contexte tout à fait différent. Vous vous rappellerez l'engagement de Jean Chrétien envers l'Afrique, alors qu'on avait permis l'exportation de médicaments dans des cas de santé publique. L'OMS avait établi une liste générale de ce que l'on considérait des médicaments essentiels. À mon avis, cela ne devrait pas susciter d'opposition de la part des provinces, dans la mesure où cela résulterait d'un consensus.

En ce qui a trait à l'établissement d'un formulaire national, on y est presque, en fait, par l'exercice du Programme commun d'évaluation des médicaments. Il reste évidemment que le Québec n'est pas de la partie, encore une fois, mais nous suivons quand même de plus près ce qui se fait. On n'est donc quand même pas si loin d'un formulaire national, qui n'est pas officiel.

[Traduction]

Le président: Madame Harder, nous passons à la série de questions de cinq minutes.

Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC): Merci. Ma première question s'adresse à l'Institut C.D. Howe.

J'aimerais avoir votre avis. Des gens ont affirmé que si le Canada adoptait un système à payeur unique, certaines entreprises pharmaceutiques arrêteraient simplement de nous vendre leurs produits. Croyez-vous que ce soit possible? Est-ce que cela pourrait nous nuire?

M. Ake Blomqvist: Non, je ne crois pas. Il arrive sans doute qu'on découvre des médicaments permettant de traiter des problèmes de santé pour lesquels il n'existait pas de traitement auparavant, et dans de telles situations, les entreprises pharmaceutiques pourraient faire chanter les acheteurs individuels, y compris les pays. Or, dans la plupart des cas, les nouveaux médicaments sont des versions améliorées de médicaments déjà offerts. La possibilité pour un acheteur de conclure un bon marché dépend de la mesure dans laquelle il tente d'obtenir des médicaments indispensables qui sont les seuls à pouvoir traiter certains problèmes de santé.

Mme Rachael Harder: Si je vous ai bien compris, durant votre exposé, vous avez dit qu'il faudrait que les provinces instaurent un régime. Vous en avez parlé comme d'une taxe sur le carbone, en quelque sorte: le gouvernement fédéral établirait une attente, et les provinces auraient à combler la différence entre l'attente et leur système actuel.

Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur le régime que vous créeriez ou la façon dont le système fonctionnerait selon vous?

M. Ake Blomqvist: Lorsqu'il est question de systèmes mixtes publics-privés, le modèle que nous recommandons généralement, c'est d'offrir un régime public par défaut afin que tout le monde soit automatiquement assuré, mais de permettre aux gens qui le souhaitent de choisir un régime privé.

Pour répondre à la question que M. Oliver a posée plus tôt, afin d'avoir droit à une subvention, la personne qui déciderait de ne pas participer au régime public par défaut serait obligée de choisir un régime privé approuvé. Il faudrait que l'approbation comprenne des éléments comme les listes de médicaments à couvrir et l'interdiction de refuser d'assurer quelqu'un en raison de maladies ou de problèmes de santé antérieurs, par exemple.

Nous croyons le principe selon lequel il faut établir, plus clairement qu'à l'heure actuelle, quel ordre de politiciens est responsable de trouver l'équilibre entre le désir de la population d'avoir accès à de bons soins de santé et son désir de ne pas payer des impôts très élevés. Il faut régler cette question.

Le Canada est plongé dans une situation dans laquelle le fardeau de payer les frais d'un système de soins de santé coûteux est placé tantôt sur les épaules des politiciens provinciaux, tantôt sur celles des politiciens fédéraux. Je ne crois pas que les Canadiens soient bien servis par un tel système. Nous soutenons l'imposition de certaines conditions quant aux transferts du gouvernement fédéral aux gouvernements provinciaux, mais il faudrait leur donner le plus de flexibilité possible. Par rapport à l'assurance-médicaments, nous approuvons tous le modèle québécois, fondé sur le concept d'un régime public par défaut auquel tout le monde est inscrit à moins de participer à un régime privé approuvé. Le gouvernement du Québec fait respecter certaines règles relatives à ce que le régime privé doit comporter.

Ce que nous ne comprenons pas, c'est pourquoi, au Canada, nous croyons que les politiciens provinciaux, qui sont élus par les mêmes citoyens et les mêmes contribuables que les politiciens fédéraux, sont incapables de satisfaire le désir de la population d'avoir accès à un meilleur système de soins de santé sans que cela coûte les yeux de la tête.

• (0950)

Mme Rachael Harder: Madame Flood, la question suivante s'adresse à vous.

Vous avez parlé de ce qui serait couvert et de ce qui ne le serait pas. Vous avez déclaré que ce serait aux provinces de décider. Ensuite, vous avez dit que si les produits pharmaceutiques sont couverts, d'autres soins de santé pourraient être exclus.

Vous semblez reconnaître que les fonds sont limités et que nous devons prendre des décisions difficiles. Selon vous, que pourrait-on choisir d'exclure?

Mme Colleen Flood: Selon moi, certaines décisions ne seraient pas si difficiles à prendre. Je vous ai déjà donné un exemple. Je ne crois pas que soigner ma bursite soit aussi important que de fournir de l'insuline; êtes-vous d'accord?

Mme Rachael Harder: Cette décision ne m'appartient pas.

Mme Colleen Flood: Bien sûr.

D'après moi, si nous demandions aux gouvernements provinciaux de faire des compromis justes entre les services hospitaliers, les services des médecins et les médicaments, nous verrions une amélioration de l'éventail de soins couverts pour tous. Certains soins seraient peut-être retirés de la liste, mais je pense qu'aux endroits dans le monde qui ont des politiques transparentes et fondées sur des données probantes concernant ce qui est inclus dans le régime d'assurance-maladie et ce qui ne l'est pas, la plupart des soins que la population considère comme justes et équitables sont inclus.

Mme Rachael Harder: D'accord.

Mme Colleen Flood: Ce qui se produit, c'est que l'argent qu'on épargne en négociant de meilleurs prix pour les produits pharmaceutiques sert à autre chose. Nous avons déjà parlé du fait que les gens incapables d'obtenir leurs médicaments congestionnent les salles d'urgence. Nous devons régler ce problème.

Le président: Madame Sidhu, vous avez cinq minutes.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins. Vos exposés sont enrichissants. En Ontario, 1 000 personnes diabétiques âgées de moins de 65 ans sont décédées. C'est une situation très difficile.

Ma première question s'adresse à M. Blomqvist.

Pouvez-vous nous en dire plus au sujet de l'établissement de prix en fonction de la valeur? Vous en avez parlé tout à l'heure.

M. Ake Blomqvist: L'établissement de prix en fonction de la valeur est un concept un peu technique qui plaît aux économistes de la santé.

Une des quelques façons que nous avons pour essayer de quantifier l'amélioration de la santé, c'est le concept des années de vie ajustées en fonction de la qualité. Partout dans le monde, dans les établissements où on décide de refuser de payer certaines procédures ou certains médicaments dont les bienfaits sur la santé sont limités, étant donné le coût, la méthode de mesure la plus souvent utilisée est le concept des années de vie ajustées en fonction de la qualité.

Le concept de l'établissement de prix en fonction de la valeur signifie simplement que lorsque nous négocierons avec les entreprises pharmaceutiques, elles auront déjà soumis des données à des organismes comme le National Institute for Clinical Excellence au Royaume-Uni ou le conseil du régime d'assurance-médicaments de l'Australie, qui auront produit des données sur l'amélioration de la santé comparativement au meilleur traitement de rechange selon les années supplémentaires de vie ajustées en fonction de la qualité. Si un pays utilise cette méthode de mesure et établit que le prix maximal qu'il est prêt à payer pour une année supplémentaire de vie ajustée en fonction de la qualité est de x dollars, cela peut servir de base aux négociations avec les entreprises pharmaceutiques par rapport au prix le plus élevé que le Canada serait prêt à payer.

• (0955)

Mme Sonia Sidhu: Merci.

La question suivante s'adresse à Mme Flood.

Je suis d'accord avec vous en ce qui touche l'importance des modèles d'accès à l'insuline. Connaissez-vous des modèles internationaux que nous pourrions examiner? Est-ce que certaines provinces, par exemple, ont de meilleurs systèmes que d'autres pour l'insuline?

Mme Colleen Flood: Oui, les provinces ont adopté des approches différentes, et cela contribue au problème. En effet, un large éventail d'approches ont été adoptées à l'échelle du pays, et les conditions changent selon le lieu de résidence. Par exemple, la Colombie-Britannique assure tout le monde, mais presque tous les habitants de cette province doivent payer une quote-part de 30 %, ce qui représente manifestement un obstacle de taille pour les personnes à faible revenu. Cela crée également des problèmes liés à l'accessibilité.

Il faut préciser que le Québec — et c'est tout à son honneur — a un régime de médicaments d'ordonnance universel. Nous n'aimons pas nécessairement tous les détails de ce modèle, mais la province l'a adopté. Toutefois, encore une fois, les gens doivent payer une quote-part importante aux points de service. Selon moi, c'est le problème de fond. Peu importe le modèle de système de soins de santé ou le programme national d'assurance-médicaments utilisé, il faut veiller à ce que les contraintes financières n'empêchent pas les gens d'avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin.

Je ne suis pas d'accord avec Ake lorsqu'il affirme qu'on peut y arriver en optant tout simplement pour le statu quo. La grande réforme liée à la concurrence dirigée, même dans les modèles dont il parle, a nécessité, dans une large mesure, l'intervention du gouvernement. Par exemple, aux Pays-Bas, on a réglementé les sociétés d'assurance-maladie privées, afin qu'elles se fassent concurrence. Le régime privé d'assurance-maladie est en fait le régime public. Tout le monde y participe, et tout est rajusté en fonction des risques. La cotisation de chaque participant est calculée en fonction de ses moyens et il réclame selon ses besoins. Les participants paient une très petite quote-part — ou même aucune — pour leurs médicaments aux points de service. On est très loin du statu quo.

Le modèle Obamacare présente les mêmes caractéristiques. Il a fait des progrès, mais pas seulement en maintenant le statu quo. Au fil des années, il a grugé un peu les marges, par exemple en ajoutant des prestations pour les enfants de moins de cinq ans, etc., mais il n'a pris aucune mesure durable pour couvrir les gens qui n'ont pas d'assurance-maladie privée.

M. Ake Blomqvist: J'aimerais préciser qu'à mon avis, il n'est pas juste de dire que nous recommandons le maintien du statu quo. Nous recommandons la mise en oeuvre d'initiatives comme la concurrence dirigée, par exemple dans le secteur pharmaceutique, mais nous recommandons également la concurrence dirigée dans le cadre des services offerts par les hôpitaux et les médecins.

Nous pensons qu'actuellement, la Loi canadienne sur la santé est interprétée d'une manière contre-productive, car le gouvernement fédéral tient à participer de façon visible dans le secteur des soins de la santé, ce qui empêche les provinces d'entreprendre certaines réformes. Nous ne recommandons pas le statu quo, mais nous recommandons un système qui représente le statu quo, car c'est un régime mixte privé-public, mais auquel sont intégrées des réformes visant non seulement le régime d'assurance-médicaments, mais aussi tous les volets du système de soins de santé.

Mme Colleen Flood: Nous attendons depuis 52 ans que la réforme graduelle produise des résultats. C'est très long. C'est plus long que toute ma vie.

M. Ake Blomqvist: Si notre système ne divisait pas les compétences en matière de soins de santé entre le gouvernement fédéral et les provinces, l'approche graduelle aurait peut-être mieux fonctionné.

Le président: Allez-y, monsieur Webber.

M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC): Merci, monsieur le président.

Je ne remercie pas les témoins présents aujourd'hui, car presque tous les autres intervenants l'ont déjà fait. Par contre, j'aimerais remercier nos analystes et notre greffier du travail extraordinaire qu'ils accomplissent. Nous vous sommes reconnaissants de tout le travail que vous effectuez pour nous.

J'aimerais parler un peu de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, car le gouvernement du Québec est récemment devenu membre de cette association. Est-il trop tôt pour déterminer si la décision du Québec de se joindre à l'APP a eu des répercussions? Quelqu'un peut-il répondre à cette question?

Je vais donner la parole à Mme Bourassa Forcier.

• (1000)

[Français]

Mme Mélanie Bourassa Forcier: Depuis l'adhésion du Québec à l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, il n'y a pas nécessairement eu plus de négociations qui ont poussé à la baisse le prix des médicaments génériques. Nous avons suivi le cours des négociations prévues. Toutefois, depuis cette adhésion du Québec, de plus en plus d'ententes d'inscription avec des compagnies novatrices ont été conclues. Évidemment, ces ententes sont conclues avec les différents représentants des différentes provinces qui participent à l'Alliance. Maintenant, le Québec conclut ce genre d'ententes, qui font en sorte qu'il y a davantage de médicaments inscrits sur la liste des médicaments remboursables. Sans entente, ces médicaments n'auraient pas été inscrits en raison de leur caractère coût-efficacité négatif.

Lorsqu'on utilise les années de vie ajustées par la qualité, les AVAQ, un mécanisme économique pour déterminer quels médicaments sont remboursables, souvent, on en arrive à la conclusion qu'un médicament trop cher par rapport à l'efficacité accrue qu'il apporte sur le marché ne devrait pas être remboursé.

Je vais profiter de l'occasion pour amener un élément en ce qui concerne les AVAQ.

On a beaucoup parlé de l'accès aux médicaments pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Au Québec, il y a eu plusieurs menaces de recours. Le gouvernement du Québec utilise les AVAQ, et on allègue que c'est inéquitable pour les personnes âgées. Vous comprendrez que, lorsqu'on utilise les AVAQ, on utilise le nombre d'années de vie gagnées et la qualité de vie augmentée à la suite de l'administration du médicament. Nécessairement, plus on est âgé, moins on a d'années de vie gagnées et l'amélioration de la qualité de vie est moindre. Donc, le ratio coût-efficacité pourra se retrouver réduit du fait de l'utilisation des AVAQ, ce qui limite, selon les allégations des représentants des personnes âgées, l'accès de ces personnes aux médicaments.

C'est un élément qu'il faut prendre en considération, lorsqu'on veut pousser l'utilisation du *value based* pour l'inscription des médicaments.

[Traduction]

M. Len Webber: Madame Flood, vous avez dit que les quatre millions d'habitants de la Nouvelle-Zélande négocient férocelement les prix. Vous disiez essentiellement que l'achat en gros ne se traduit pas nécessairement par des prix moins élevés. Pourriez-vous nous donner plus de détails?

À mon avis, le Québec ne serait pas d'accord avec vous, car la province vient de devenir membre de cette alliance canadienne.

Mme Colleen Flood: Selon moi, si les provinces le souhaitent, elles pourraient négocier avec les sociétés pharmaceutiques beaucoup plus férocelement qu'elles le font maintenant et obtenir de meilleurs prix. Toutefois, il est utile d'avoir un régime universel auquel tout le monde contribue, car cela évite de déplacer les coûts du secteur public au secteur privé. Dans ce cas-là, la mission du gouvernement est clairement énoncée; il achète des produits pharmaceutiques pour son système de soins de santé.

Mon mari a dirigé PHARMAC en Nouvelle-Zélande. Il était premier dirigeant de l'organisme avant que je l'importe au Canada. Il est tout près si vous avez besoin de lui.

Il m'a donné l'exemple suivant: en 2013, la Nouvelle-Zélande payait 2,4 ¢ comparativement aux 62,5 ¢ payés par l'Ontario pour la simvastatine, un médicament qui fait baisser le taux de cholestérol. Ce prix a été obtenu à la suite de négociations très serrées; il s'agissait essentiellement de négociations commerciales. Le régime d'assurance public de la Nouvelle-Zélande négocie féroce, tout comme les OSSI aux États-Unis. En effet, les OSSI américaines ne paient pas du tout les prix indiqués sur la liste. Ces prix font l'objet de négociations serrées, afin d'obtenir des accords commerciaux qui assurent des prix très bas.

Au Canada, on s'est essentiellement contenté de subventionner indirectement les sociétés pharmaceutiques. Cela revient au point que vous faisiez valoir, car nous pensons que nous créons des emplois. Si nous souhaitons subventionner les sociétés pharmaceutiques, nous devrions le faire de façon transparente et ouverte, et non par l'entremise des prix élevés que les patients doivent payer aux points de service. Nous pouvons leur accorder des transferts si nous jugeons que c'est important, mais comme nous le faisons pour les sociétés d'automobiles, etc. Ces subventions ne devraient pas être cachées dans des prix élevés que les gens doivent payer pour obtenir les soins de santé dont ils ont besoin.

Nous pouvons faire beaucoup mieux que cela. Nous pourrions même utiliser un modèle canadien, si c'est ce que les provinces souhaitent. Je crois que c'est tout à fait acceptable. Autrement, les provinces pourraient le faire par elles-mêmes, mais cela pourrait créer un problème de surenchère si certaines provinces signaient un accord entre elles. Il faudrait exercer une surveillance pour s'assurer que les sociétés pharmaceutiques ne cherchent pas à tirer profit de cette situation. La meilleure façon de fonctionner consisterait à adopter une approche canadienne, mais il faudrait que les provinces signent une entente volontaire.

•(1005)

Le président: La parole est à M. Eyolfson.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): Merci, monsieur le président. J'aimerais également remercier les témoins d'être ici. Cette réunion a été très informative. Je suis d'accord avec notre président lorsqu'il affirme que même si nous étudions ce sujet depuis très longtemps, nous apprenons toujours de nouvelles choses.

Monsieur Blomqvist, j'aimerais revenir sur un point que vous avez soulevé. Vous avez dit que dans le cadre d'un vaste régime universel, on ne pourrait pas exercer un grand contrôle sur les pratiques d'ordonnance des médecins, mais Mme Forcier vient de faire référence à un élément connexe.

Une méthode rigoureuse qui s'appuie sur des données probantes et sur une liste de médicaments couverts par le régime ne permettrait-elle pas d'exercer le contrôle voulu sur les pratiques d'ordonnance?

M. Ake Blomqvist: Manifestement, il serait utile d'imposer des restrictions sur les médicaments couverts, mais en même temps, nous ne croyons pas que cette méthode représente la meilleure façon de pousser les médecins à se préoccuper davantage de la rentabilité lorsqu'ils prescrivent des médicaments. Dans les systèmes fondés sur la concurrence dirigée, il existe des façons de déléguer aux cliniques de soins primaires, par exemple, la responsabilité d'une partie du prix des médicaments prescrits aux patients.

Cela revient à l'idée à laquelle j'ai fait référence, c'est-à-dire que selon nous, à moins d'avoir un système qui définit clairement l'instance décisionnelle responsable de tous les éléments liés aux coûts des soins de santé — notamment les services fournis par les médecins, les services fournis par les hôpitaux et les produits

pharmaceutiques —, le système ne fonctionnera probablement pas très bien.

Toutefois, vous avez manifestement raison lorsque vous soutenez que les listes de médicaments couverts permettent d'exercer un certain contrôle sur les décisions en matière d'ordonnance.

M. Doug Eyolfson: Je sais à quel point il est difficile de dicter aux médecins les médicaments qu'ils peuvent prescrire. Je suis moi-même médecin. Je pratique la médecine depuis 20 ans. Je vois souvent des enfants se présenter à l'urgence pour une infection d'oreille qui aurait pu être traitée avec Amoxil, mais on leur a prescrit un antibiotique très dispendieux appelé gorillacillin, et je ne peux pas comprendre pourquoi on leur a prescrit ce médicament. J'aimerais beaucoup qu'on prenne une mesure qui permettrait d'éviter que ces médicaments soient prescrits à ces patients.

M. Ake Blomqvist: Puis-je vous demander si vous aimez l'idée d'établir des budgets de médicaments dans les cliniques de soins primaires?

M. Doug Eyolfson: J'aimerais mieux qu'on établisse une liste des médicaments qui doivent être prescrits, afin d'indiquer clairement aux gens qu'ils ne peuvent pas prescrire un médicament très dispendieux qui ne se trouve pas sur la liste.

Je travaille dans une clinique en milieu hospitalier, et cela se produit tout le temps. Je commande des médicaments et la pharmacie m'informe que je ne peux pas prescrire un médicament, car je dois choisir parmi ceux inscrits sur leur liste.

Mme Mélanie Bourassa Forcier: Puis-je ajouter quelque chose à la réponse?

[Français]

Je suis en faveur de la mise en place d'un formulaire pour informer les médecins sur ce qui représentent des bonnes pratiques de prescription, comme je l'ai affirmé lors d'une commission parlementaire du Québec qui visait à mettre en place le projet de loi 81. Toutefois, cela ne doit pas empêcher le médecin de prescrire un autre médicament qui ne figure pas sur le formulaire, s'il considère que le patient doit y avoir accès. Je ne l'ai pas mentionné tantôt, mais le Québec vient d'adopter un projet de loi qui permet les appels d'offres pour les médicaments.

Sans doute qu'une étape administrative est requise pour prendre en compte le coût et la valeur du médicament. Cependant, je ne suis pas favorable à ce qu'on réduise la possibilité, pour le médecin, de prescrire ce qu'il considère être le bon médicament pour son patient.

[Traduction]

M. Doug Eyolfson: Je comprends, mais je le répète, puisque je suis médecin et que je connais bien les pratiques d'ordonnance des médecins, je suis réellement pour cela, car on ne parle pas suffisamment de ce que les médecins prescrivent. Je crois qu'il faut exercer un plus grand contrôle à cet égard.

•(1010)

[Français]

Mme Mélanie Bourassa Forcier: Vous savez que les médecins n'ont aucune formation sur le fonctionnement de l'assurance-médicaments dans leur province.

[Traduction]

Ils ne reçoivent aucune formation sur la couverture en vigueur dans leur province.

M. Doug Eyolfson: Je suis d'accord.

Il me reste 30 secondes. J'aimerais poser une brève question à Mme Flood.

Vous avez mentionné que votre estimation s'élevait à environ 5 milliards de dollars. Encore une fois, c'est une estimation. Cela représente-t-il les dépenses brutes ou les dépenses nettes qui tiennent compte des économies potentielles attribuables à l'amélioration des résultats, par exemple ne pas devoir se présenter à l'urgence...

Mme Colleen Flood: Cela représente seulement les dépenses brutes. Il s'agit simplement du résultat d'un calcul rapide effectué par quelques économistes du secteur de la santé et quelques médecins et d'autres intervenants lors d'une discussion sur le régime d'assurance-maladie public; selon eux, cette somme suffirait à couvrir 150 médicaments essentiels. Cela n'inclut pas ce qu'on pourrait extraire par l'entremise de subventions à caractère fiscal pour les régimes privés d'assurance-maladie et cela n'inclut pas les autres avantages.

En ce qui concerne votre dernière question, j'aimerais souligner qu'en ce moment, les régimes privés d'assurance-maladie n'ont pas la capacité de mettre en oeuvre des mesures d'intégration et de contrôle ou de tenter de réduire les budgets d'ordonnance des médecins.

M. Doug Eyolfson: Je dois clarifier un point: la liste n'indique pas les médicaments qu'un médecin peut prescrire, mais les médicaments qui sont couverts.

Mme Colleen Flood: D'accord. Selon moi, les régimes d'assurance-maladie provinciaux n'ont pas très bien réussi sur ce plan de toute façon. Mais ce n'est pas comme si nous avions le moyen idéal d'exercer un meilleur contrôle sur les activités des médecins et que nous étions sur le point de le fracasser. Je crois aussi qu'étendre la couverture aux gens très vulnérables qui ne sont pas couverts améliorera les choses. C'est tout.

M. Doug Eyolfson: Je suis d'accord avec vous. Merci.

Le président: Monsieur Davies, vous avez trois minutes.

M. Don Davies: J'aimerais revenir sur l'exemple du Québec, car c'est un exemple de système hybride public-privé au Canada. J'aimerais vous citer des extraits d'un article de Marc-André Gagnon:

En 1997, le Québec a créé un système de couverture de médicaments qui oblige les travailleurs à souscrire à un régime de soins de santé privé lorsqu'un tel régime est offert. Les gens qui n'ont pas accès à un régime privé doivent participer au régime public. Ainsi, tous les Québécois sont couverts par un régime d'assurance-médicaments.

Voici ce qu'il dit ensuite:

Quel a été le résultat du modèle hybride adopté par le Québec? La mise en oeuvre du régime a amélioré l'accès aux médicaments, mais en conservant un système fragmenté et fondé sur de multiples régimes publics et privés, le Québec n'a pas développé la capacité institutionnelle nécessaire pour limiter les coûts. Le Canada occupe le deuxième rang en ce qui concerne le prix payé par habitant pour les médicaments sur ordonnance (après les États-Unis), et le Québec est la province où l'on paie le prix le plus élevé par habitant au pays.

Voici un autre extrait:

Il y a 20 ans, le système du Québec représentait un grand pas en avant, mais il n'est certainement pas un modèle à suivre au XXI^e siècle. Même s'il a amélioré l'accès aux médicaments sur ordonnance, le système demeure inéquitable, inefficace et non durable, selon un rapport officiel récemment publié par le Commissaire à la santé et au bien-être.

Il poursuit en ces termes:

Les inégalités persistent dans le système du Québec, car le prix des médicaments varie entre les régimes publics et privés (...) En fin de compte, qui paie la note? Les employeurs et les employés paient des cotisations très élevées, ce qui accroît

les coûts liés à la main-d'œuvre et diminue la compétitivité des entreprises québécoises.

Et il ajoute ceci: « L'obligation de souscrire à un régime d'assurance privé ne dépend pas du revenu, et les coûts peuvent être assez élevés pour certaines personnes — surtout les travailleurs pauvres. »

Il souligne qu'une étudiante qui travaille à temps partiel lui a dit que sur son revenu mensuel net de 514 \$, elle doit payer 190 \$ en cotisations au régime d'assurance-médicaments. Il y a également le problème systémique de l'écrémage institutionnel entre les bons et les mauvais risques, c'est-à-dire que les personnes âgées, les gens qui ont recours à l'aide sociale ou les chômeurs doivent participer au régime public, alors que les personnes qui ont un bon emploi — en général des gens plus riches et en meilleure santé — participent à un régime privé.

J'en conclus que nous avons, au Canada, un exemple du modèle hybride dont vous vantiez les mérites, monsieur Blomqvist, mais qu'il ne s'agit pas d'un modèle que nous devrions tenter de reproduire.

Madame Forcier, avez-vous des commentaires à formuler à cet égard?

[Français]

Mme Mélanie Bourassa Forcier: Oui, tout à fait.

Je considère que ce n'est pas le modèle hybride qui est problématique, mais ce qui y est inclus. Je trouve que ce modèle voulant que tout le monde est couvert et que tous bénéficient d'une assurance-médicaments doit être suivi. À mon avis, c'est bien qu'il y ait un assureur public et des assureurs privés, pourvu qu'on s'assure qu'il y a une compétitivité positive et efficace entre les assureurs privés et qu'on limite les inégalités et les iniquités entre assurés du secteur public et du secteur privé.

Cela fait des années que j'allègue exactement la même chose que mon collègue Marc-André Gagnon. Toutefois, je n'irai pas jusqu'à dire que le modèle n'est surtout pas un exemple à suivre. Je pense qu'il y a beaucoup de corrections à y apporter. Présentement, c'est le fait que les obligations qui incombent aux assureurs privés en vertu de notre régime soient limitées qui génère plusieurs iniquités, et cela doit être corrigé. Toutefois, je ne suis pas favorable à une réforme complète du système. On doit d'abord y aller avec des modifications graduelles. Si, au final, cela ne fonctionne pas, on aura la réponse à la question de savoir si le système est inefficace, mais pour l'instant, je n'en suis pas du tout convaincue.

• (1015)

[Traduction]

M. Don Davies: Madame Pasma, pouvez-vous répondre brièvement?

Mme Chandra Pasma: Avec tout le respect dû à Mme Bourassa Forcier, je ne suis pas d'accord. Je crois que le modèle du Québec représente un exemple de mauvaise concurrence, car il permet aux différents intervenants de réaliser des profits en refilant les coûts à la population.

Le système public a négocié une diminution du prix des médicaments génériques. Comment les sociétés pharmaceutiques récupèrent-elles leurs coûts? En refilant ces prix aux assureurs privés. Ces derniers ne sont pas très inquiets, car ils peuvent tout simplement refiler ces coûts aux employeurs et aux employés qui leur permettent de réaliser des profits de toute façon.

Je crois qu'il nous faut un modèle qui élimine la motivation du profit et qui se concentre seulement sur les bons résultats pour les patients. Nos 50 ans d'expérience dans le système de soins de santé du Canada démontrent que le modèle de prestations public est celui qui permet d'y arriver.

Le président: Merci beaucoup. Notre temps est écoulé.

J'aimerais remercier chaleureusement les témoins, car nous avons eu droit à quelques premières aujourd'hui. En effet, nous n'avons jamais parlé de bursite des orteils auparavant. C'était la première fois.

C'est également la première fois, à ma connaissance, monsieur Blomqvist, qu'un témoin pose une question à un membre du Comité, et que ce dernier y répond. C'était très informatif et très utile. Il ne fait aucun doute que j'ai appris beaucoup de choses aujourd'hui.

J'aimerais poser une brève question à M. Elkins.

Dans votre exposé, vous avez dit que près de 94 % des employés qui gagnent plus de 100 000 \$ reçoivent des prestations de maladie, comparativement à 32 % de ceux qui gagnent de 10 000 \$ à 20 000 \$ et à 17 % de ceux qui gagnent 10 000 \$ ou moins. Avez-vous observé une tendance? Les employeurs offrent-ils ou ajoutent-ils moins d'indemnités de maladie?

M. Victor Elkins: Selon mon expérience à la table de négociation, les employeurs tentent certainement d'offrir moins d'avantages sociaux. Nous sommes constamment en train de négocier et de nous battre pour conserver nos acquis et nous avons eu très peu d'occasions de tenter d'améliorer les avantages sociaux de nos membres lors de ces négociations. Les coûts continuent de grimper et nous devons évidemment continuer d'améliorer et de perfectionner nos compétences en matière de négociations, car nous devons nous battre pour protéger les acquis de nos membres.

Le président: Il me semble vraiment que ces chiffres reflètent une injustice dans le système, c'est certain.

Merci beaucoup. Nous vous sommes très reconnaissants de votre contribution.

Nous allons faire une courte pause et nous devons ensuite régler certaines affaires du Comité.

• (1015) _____ (Pause) _____

• (1025)

Le président: Nous devons régler certaines affaires du Comité.

Le premier point à l'ordre du jour est l'approbation d'un budget pour nos audiences concernant le projet de loi sur les bons samaritains. Six témoins ont comparu et demandé le remboursement de dépenses. Nous avons tenu deux vidéoconférences. La facture se chiffre à 8 400 \$.

Les membres du Comité acceptent-ils de payer cette facture?

(La motion est adoptée.)

Le président: C'est réglé. Merci beaucoup.

Nous avons ensuite une motion de M. Kang visant à convier le directeur parlementaire du budget à étudier le coût et les répercussions budgétaires de la mise en oeuvre d'un régime national d'assurance-médicaments.

Monsieur Kang, pouvez-vous présenter votre motion?

M. Darshan Singh Kang: Monsieur le président, je propose que le Comité demande au directeur parlementaire du budget de lui fournir une analyse des éléments suivants d'ici la fin de l'étude du Comité sur l'assurance-médicaments.

Il y a toute une liste d'éléments ici. Je pense que les députés ont une copie de la motion. Je peux tout lire si vous le voulez. Voici ce que stipule le dernier paragraphe:

Dans le cadre de cette analyse, le directeur parlementaire du budget travaillera de concert avec l'Institut canadien d'information sur la santé, avec Statistique Canada, avec l'Agence canadienne de médicaments et des technologies de la santé, avec IMS Brogan et d'autres sources pour obtenir des données appropriées, sans accorder crédit à des analyses préparées par ou pour des tiers partis. Dans son rapport, le DPB doit dévoiler en détail les sources de données, la qualité des données et les méthodes d'analyse utilisées.

Le président: Avez-vous un échéancier?

M. Darshan Singh Kang: L'analyse doit être terminée d'ici la fin de l'étude du Comité sur l'assurance-médicaments.

Le président: Bien.

M. Darshan Singh Kang: Au début de la motion, il est écrit que « le Comité demande au directeur parlementaire du budget de lui fournir une analyse des éléments suivants d'ici la fin de l'étude du Comité sur l'assurance-médicaments. »

Le président: La motion dit « d'ici au 9 septembre 2016. »

M. Darshan Singh Kang: La motion a été amendée, monsieur le président.

Le président: Donc, maintenant, elle dit seulement que c'est d'ici la fin de notre étude. Sur ma copie, il est écrit « des éléments suivants d'ici au 9 septembre 2016. »

M. Darshan Singh Kang: La motion est amendée, monsieur le président.

Le président: Pour dire « d'ici la fin de »...

M. Darshan Singh Kang: Il est écrit « d'ici la fin de l'étude du Comité sur l'assurance-médicaments. »

Le président: Je me demande s'il ne serait pas préférable de plutôt donner une date au directeur parlementaire du budget.

Y a-t-il débat?

M. Colin Carrie: J'aime l'idée d'obtenir de plus amples renseignements.

J'ai posé à maintes reprises des questions pour savoir si nous pouvions obtenir des données à jour pour aider à cerner avec précision le problème auquel nous faisons face et à trouver la meilleure façon de le régler. Nous avons obtenu de très bons renseignements aujourd'hui.

Est-ce que cela signifie que nous voulons interrompre notre étude maintenant? Nous entendons une foule de témoins et nous devrions peut-être attendre que le directeur parlementaire du budget nous donne de plus amples renseignements, et passer à d'autres études que nous avons jugées prioritaires. Nous pourrions interrompre celle-ci d'ici à ce que nous obtenions l'information du directeur parlementaire du budget, qui pourrait peut-être nous permettre de peaufiner la liste de témoins dont nous avons besoin.

Je pense qu'il pourrait nous fournir de très bons renseignements. Je n'ai pas lu toute la motion; nous pourrions peut-être même en dire davantage sur les renseignements qu'il pourrait nous donner.

J'aime certainement où vous voulez en venir au moyen de cette motion.

• (1030)

Le président: Quelqu'un a-t-il quelque chose à ajouter?

Allez-y, monsieur Davies.

M. Don Davies: Je tiens à remercier M. Kang de son travail. Je pense que c'est un très bon départ. Comme M. Carrie, je suis moi aussi en train de lire la motion.

Je conviens comme vous, monsieur le président, que nous devrions avoir une date. Si nous disons « d'ici à ce que l'étude soit terminée », personne ne sait quand. Nous devrions avoir une date.

Je commence déjà à modifier un peu le libellé. Je pense que c'est très utile pour le directeur parlementaire du budget et qu'il serait grandement avantageux de lui poser des questions supplémentaires très précises pour obtenir l'information.

Le président: Le directeur et ses collaborateurs seront ici à la prochaine réunion.

M. Don Davies: Je sais.

À titre d'exemple, au point a., il est écrit « Le pourcentage de Canadiens », et vous ne l'avez pas ventilé. Juste pour vous donner une idée de ce que je modifierais, j'aimerais qu'il soit écrit « Le pourcentage de Canadiens n'ayant pas accès à une assurance-médicaments et le pourcentage de Canadiens ayant un accès intermittent à une assurance-médicaments ». Je ne pense pas que ce soit clair aux points a.i. et a.ii., même si je crois que c'est peut-être là qu'on veut en venir.

Je me demande si nous aurons le temps jeudi de poser au directeur parlementaire du budget ce genre de questions, le genre de questions que le Comité veut poser et dont il a besoin. Je pense que la motion est un très bon départ, mais qu'il faut y apporter quelques améliorations.

Le président: Je pense qu'il faut l'étoffer un peu. Nous avons vu toutes sortes d'estimations des répercussions et de ce que cela coûtera. Je pense que c'est nécessaire.

M. Don Davies: Eh bien, je vais peut-être juste...

Le président: Comment allons-nous procéder? Allons-nous l'adopter maintenant ou attendre d'avoir entendu le directeur parlementaire du budget?

M. Don Davies: Je vais illustrer mon propos. Au point a., il est écrit « Le pourcentage de Canadiens [...] qui ne sont pas admissibles à une assurance publique pour les médicaments d'ordonnance ». D'une certaine façon, ce n'est pas la même chose que de demander quels sont ceux qui n'y ont pas accès.

Tout ce que je dis, c'est que cette motion est probablement à 80 % de ce qu'elle devrait être. Je pense qu'il nous faut du temps pour travailler les questions afin d'en poser des bonnes au directeur parlementaire du budget. Je ne sais pas si nous pouvons le faire d'ici jeudi.

Le président: Allez-y, monsieur Kang.

M. Darshan Singh Kang: Nous pourrions peaufiner un peu la motion, mais je pense que c'est un point de départ. Les témoins qui ont comparu jusqu'à maintenant nous ont fourni beaucoup de données. On ne dirait pas que nous allons en obtenir davantage. Je pense que nous ne faisons que nous répéter. Chaque fois que nous écoutons un nouveau témoin, il nous donne les mêmes données que nous avons déjà. Nous pourrions sans aucun doute imposer un délai aux délibérations après la comparution du directeur parlementaire du budget. Cette motion lui donne une orientation pour qu'il revienne avec toute l'information dont nous avons besoin.

Merci, monsieur le président.

M. Doug Eyolfson: J'ai écouté ce que M. Davies a dit au sujet du premier passage: « qui ne sont pas admissibles à une assurance publique pour les médicaments d'ordonnance ». À la fin du point i.,

il est toutefois écrit ceci: « et qui n'ont pas d'assurance privée ou offerte par l'employeur. » Je pense que ce passage apporte des précisions et, à moins que je me trompe, qu'il aide à éclaircir la notion de personnes dans le besoin. J'estime que ces deux passages — le premier et ensuite celui qui dit « et qui n'ont pas d'assurance privée ou offerte par l'employeur » — répondent bien à la question.

Je tenais juste à le souligner.

Le président: Nous sommes saisis d'une motion. Je vais passer au — oh, désolé... Allez-y, monsieur Kang.

M. Darshan Singh Kang: Monsieur le président, je pense que nous pouvons la mettre de côté jusqu'à jeudi et revenir...

Le président: Vous voulez la mettre de côté jusqu'à jeudi?

M. Darshan Singh Kang: Oui. Nous pourrions alors nous pencher de nouveau sur la question.

Le président: Bien.

Allez-y, monsieur Oliver.

M. John Oliver: Au sujet de la marche à suivre, plutôt que de consacrer au contenu de la motion la première demi-heure du temps du comité jeudi, je me demande si nous pourrions plutôt nous servir de cette demi-heure pour formuler des observations et voir si nous pouvons atteindre un consensus relativement à une motion ou à la mise aux voix d'une motion. Nous pourrions ainsi avoir quelque chose à remettre au directeur parlementaire du budget, peut-être une demi-heure après le début de la réunion. En procédant ainsi, tout le monde aurait la chance de préparer quelques modifications d'ici là.

Je ne sais pas comment nous consoliderions la motion dans une demi-heure de débat. C'est ce qui me pose problème.

• (1035)

M. Colin Carrie: Comme le disait Don, je pense que c'est un bon départ, mais une des choses que même la représentante du Québec a mentionnées aujourd'hui concernait les questions de compétence, le fait que les provinces aient préséance dans la prestation de soins de santé et qu'elles utilisent différentes listes de médicaments assurés. C'est beaucoup d'information que nous demandons au directeur parlementaire du budget de nous donner dans les 48 heures.

C'est de la bonne information, et je pense que nous en avons besoin. Comme je le disais, nous avons besoin de chiffres à jour, nous avons besoin de données démographiques, nous avons besoin de déterminer quels Canadiens sont les plus touchés, et je pense que c'est une bonne idée, mais nous pourrions demander au directeur parlementaire du budget une estimation des coûts, et nous pourrions alors interrompre l'étude jusqu'à ce que nous ayons obtenu l'information. Nous commencerions alors sans tarder notre étude sur les opioïdes, car je sais que nous avons été en mesure d'avoir des témoins de vendredi dernier. Nous pourrions mettre en veilleuse notre étude sur l'assurance-médicaments jusqu'à ce que le directeur parlementaire du budget remette au Comité son rapport, qui nous permettrait de peaufiner l'orientation de l'étude que nous entreprenons.

Le président: C'est une bonne proposition. Nous commencerons l'étude sur les opioïdes mardi prochain. Plus tard, après cette discussion, nous allons également parler du plan de travail concernant l'assurance-médicaments. On a parlé de la possibilité de vouloir tenir moins de réunions, et nous allons en parler.

De plus, notre déplacement a été refusé. J'ai également reçu un avis disant que les déplacements de l'ensemble des comités seront refusés à partir de maintenant et pendant une bonne partie de 2017. Je ne pense donc pas que nous puissions traverser la rue, encore moins nous rendre aux endroits auxquels nous pensions aller. Les analystes nous ont proposé d'autres témoins qui pourraient donner la même information, ou une partie de cette information, que nous aurions obtenue en nous déplaçant. Nous allons parler de ce plan de travail dans une minute.

M. Darshan Singh Kang: Monsieur le président, pendant la comparaison du directeur parlementaire du budget, je ne pense pas que nous pourrions lui poser toutes les questions ni obtenir toutes les réponses. Grâce à cette motion, nous obtiendrons tout ce qu'il est possible d'obtenir de la part du directeur, et si c'est nécessaire, nous pouvons aller plus loin et recevoir plus tard toute l'information par écrit.

Le président: Bien. La dernière proposition de M. Oliver était qu'après y avoir réfléchi pendant deux jours, la première demi-heure de la prochaine réunion servirait à en parler et à apporter des modifications si quelqu'un pense que c'est nécessaire. Je détecte un consensus en ce qui concerne le principe de la motion. Il faudra peut-être en modifier certains aspects, mais c'est ce que nous ferons.

M. Don Davies: Je veux être certain de bien comprendre.

Si je ne m'abuse, le directeur parlementaire du budget ne nous donnera aucune réponse à la prochaine réunion. Nous parlons de préparer une série de questions que nous pourrions lui remettre, peut-être de discuter de la méthodologie des questions et de lui dire ensuite au revoir pendant un certain temps.

Le président: C'est exact.

Allez-y, monsieur Oliver.

M. John Oliver: Je veux revenir au déroulement des délibérations. Je me demande si nous pouvons adopter la motion afin d'aller de l'avant. Toutefois, s'il faut y apporter des amendements, nous devons le faire en premier. Nous pourrions nous pencher sur les amendements jeudi matin. Je suppose que cela signifie que la motion devra être revue, mais nous aurions quelque chose de concret.

Le président: Quelqu'un vient de me dire que nous devrions probablement entendre le directeur parlementaire du budget avant d'apporter les amendements, car il pourrait y avoir certaines choses que ses collaborateurs et lui ne peuvent pas faire et ne feront pas. Ils pourraient également avoir des idées.

M. John Oliver: Nous proposons cette motion pour lui indiquer l'orientation que nous voulons donner à l'étude. Il s'agirait d'une orientation générale, et nous la confirmerions après l'avoir rencontré.

M. Colin Carrie: Je ne pense pas que cela doit vraiment faire l'objet d'une motion. Pour revenir au conseil qui vous a été donné, nous pourrions peut-être les laisser comparaître et voir ce qu'ils ont à nous présenter. Certaines des lacunes de cette motion pourraient être comblées. Nous aurions sans aucun doute une liste de questions à leur remettre par la suite. Je pense que le temps qu'ils passent ici est très utile. Je ne pense pas que nous devrions nous pencher sur des modifications à ce moment-là. Pourquoi ne pas laisser la motion telle quelle et suivre le bon conseil que vous venez tout juste de recevoir?

Le président: Allez-y, monsieur Davies.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Je veux encore une fois m'assurer de bien comprendre. Je ne pense pas que le directeur parlementaire du budget vienne ici pour parler d'un sujet précis. Il vient, à notre demande, pour discuter de dossiers

et de méthodologie. L'idée est vraiment de lui donner des directives, en le consultant, je suppose, au sujet de l'information qu'il pourra étudier et nous présenter ultérieurement. Si c'est le cas, je pense alors que les analystes ont bien raison.

Quand j'y pense, John, peut-être que la demi-heure devrait venir après. Nous pouvons adopter cette motion, la soumettre au directeur parlementaire du budget, et chacun de nous aura la chance de discuter avec lui de méthodologie et de dossiers. Nous aurions ainsi quelques jours pour voir si nous voulons ajouter quelque chose. La motion me semble très complète, mais il pourrait y avoir une ou deux autres choses que nous voudrions soumettre au directeur.

Après son départ, nous pourrions décider si nous voulons y apporter des modifications, et les lui transmettre.

• (1040)

Le président: Proposez-vous que nous l'adoptions maintenant, et que nous la modifions après avoir rencontré le directeur?

M. Don Davies: Oui. Gardons une demi-heure à la fin de notre rencontre avec le directeur. Après son départ, nous pourrions discuter d'éventuelles modifications à la liste de questions, s'il y en a, en fonction de ce qu'il a dit. Cette façon de procéder donnerait également à ceux d'entre nous qui n'ont pas vu cette motion la chance d'y réfléchir un jour ou deux pour penser aux modifications que nous pourrions vouloir y apporter.

Le président: Je vais soumettre la question au Comité. Nous allons mettre la motion aux voix, mais il est entendu que nous voudrions peut-être la modifier après notre rencontre avec le directeur parlementaire du budget.

Ceux qui sont pour?

(La motion est adoptée.)

Le président: Nous avons adopté la motion, sachant que nous aurons les commentaires du directeur parlementaire du budget. Si nous devons la modifier... oui, monsieur Davies?

M. Don Davies: Je ne voulais pas vous interrompre, mais je sais que nous allons manquer de temps et je voulais demander aux membres du Comité le nombre de réunions que nous devrions consacrer à l'étude sur les surdoses aux opioïdes.

J'ai essayé d'être aussi précis que possible, et je pense que nous avons conclu à six réunions, mais je pourrais facilement ajouter quatre ou cinq témoins. Je ne voulais pas en inclure trop, car je ne sais pas combien de temps durera cette étude. J'allais dire qu'après avoir discuté avec mes collègues, il semble qu'il nous faudrait au moins quatre séances pour entendre les témoins.

Je vais vous dire comment je vois l'étude. Je ne dis pas que nous devrions prendre le temps de rédiger un long rapport pour résumer les témoignages. Ce que nous devrions faire après avoir entendu les témoins, c'est peut-être consacrer la moitié d'une séance — ou même le faire par écrit —, et dire que le Comité recommande au ministre de prendre les mesures suivantes, qui seraient énumérées. Je ne crois pas que nous ayons besoin d'une longue introduction. Notre but devrait être de donner des recommandations précises et utiles au gouvernement sur ce qu'il devrait envisager de faire pour enrayer la crise.

Si c'est le cas, nous pourrions avoir besoin d'une cinquième séance, ou d'une partie seulement de la cinquième séance.

Le président: J'ai une proposition de plan de travail pour l'étude sur les opioïdes, mais il me faut le consentement unanime pour le distribuer. Il est en anglais seulement.

Ai-je le consentement unanime pour le distribuer?

Des voix: Oui.

Le président: D'accord. Nous avons un plan de travail.

Je vais demander à nos analystes d'en donner les grandes lignes.

Mme Karin Phillips (attachée de recherche auprès du comité):

Nous avons de nombreux témoins qui nous ont été proposés par tous les membres. En ce moment, j'ai...

Le président: Un instant, s'il vous plaît. Allons-nous nommer les témoins?

Mme Karin Phillips: Je pourrais le faire, mais je pensais en parler généralement, puis...

Le président: Parlons-en généralement, sans nommer personne, car nous ne sommes pas à huis clos. Si nous devons parler de témoins possibles, qu'ils viennent ou non, nous devons poursuivre à huis clos. Donc, ne nommez personne, je vous prie.

Mme Karin Phillips: Cinq séances sont prévues. Il pourrait y en avoir plus, car nous avons reçu de nombreux noms de témoins. Les témoins que j'ai inclus dans les groupes sont ceux que les membres ont indiqués comme étant prioritaires.

En général, cela commence par des fonctionnaires fédéraux, qui nous donneront la mesure des choses concernant la réaction actuelle et ce qui se passe. Viendront ensuite les intervenants. C'est à peu près tout.

Comme vous pouvez le voir, le nombre de témoins potentiels dépasse ce que vous seriez en mesure d'entendre. J'ai essayé d'équilibrer les perspectives, et je n'ai donc pas inclus deux témoins du même genre. Il appartient au Comité de déterminer le nombre de séances voulues pour cette étude.

• (1045)

Le président: Il y en a cinq, ici.

Mme Karin Phillips: Oui, cinq, en effet. Je vous dirais de regarder les autres témoins possibles; vous pourrez ainsi voir si vous voulez en entendre davantage.

Le président: Est-ce que vous voulez en discuter?

Personne n'a rien à dire...

M. Len Webber: Je vais faire un bref commentaire sur certains des témoins possibles.

Nous avons tous entendu des cas de familles et de particuliers qui ont été touchés par cette crise des opioïdes. Avons-nous besoin d'en entendre davantage à nos séances? Je dirais que non. J'aimerais mieux entendre des personnes qui auraient des solutions à proposer à cette crise. Je serais ravi que la Gendarmerie royale du Canada et l'Agence des services frontaliers du Canada viennent nous parler des façons de faire obstacle à l'introduction en contrebande de ces drogues, et ainsi de suite.

Ça me brise le cœur d'entendre les témoignages de personnes qui souffrent à cause de la toxicomanie, je pense que nous savons déjà qu'il y a une crise et que nous devrions les éliminer de la liste.

Le président: Ces noms ont-ils tous été proposés par des membres du Comité?

Mme Karin Phillips: Oui. Il n'y en a qu'un qui a demandé de comparaître, et c'est l'APN, l'Assemblée des Premières Nations. Elle est sur la liste de la dernière réunion, qui se concentrera sur les collectivités des Premières Nations.

M. Doug Eyolfson: J'aimerais simplement confirmer ce que M. Webber a dit. Je suis d'accord. Nous savons que des familles ont été touchées et dévastées par cela. Je ne suis pas sûr de la valeur

ajoutée: nous avons besoin de données et de solutions. Ce n'est pas que je ne suis pas intéressé par leur perspective. Nous savons qu'elles vivent des tragédies et nous essayons de prévenir de telles tragédies. Je pense que la meilleure façon de faire, comme vous le dites, c'est d'entendre des témoins objectifs ayant des données en main.

Le président: Allez-y, monsieur Kang.

M. Darshan Singh Kang: Je pense que plus nous parlons de cela, plus cela causera de la confusion.

Premièrement, M. Webber voulait que nous entendions des témoins, et nous aurions dû nous pencher sur la cause profonde du problème très rapidement. Si nous connaissons les solutions, nous n'aurions pas dû faire l'exercice de trouver tous ces témoins, alors je ne sais pas si M. Webber veut cela.

Je pense que nous devrions inviter les témoins et très rapidement aller à la source du problème, de manière à pouvoir orienter le ministre sur les façons d'enrayer cette crise. Je ne sais pas combien de membres ont déjà les solutions ou les données.

Le président: Allez-y, monsieur Carrie.

M. Colin Carrie: Monsieur le président, pour commencer, je vous remercie de nous permettre de jeter un coup d'oeil là-dessus. C'est un problème très complexe. La dépendance est énormément complexe. Je crois, cependant, que certaines des personnes et des familles touchées siègent en ce moment à des conseils dans le but de donner leur perspective. Je pense que leur contribution est très précieuse, parce que ces gens se penchent sur la façon dont cela touche les familles et les collectivités, et cela donne une perspective concernant ce que le gouvernement peut faire pour aider à résoudre cela.

Le temps prévu pour nos travaux est déjà écoulé. Je dois me rendre ailleurs. Nous pourrions mettre fin à la séance maintenant et finir de discuter de cela à la fin de la prochaine réunion.

Le président: Je n'ai qu'une autre personne sur ma liste d'intervenants, monsieur Davies, après quoi nous ferons ce que vous dites.

M. Don Davies: Je suis d'accord avec M. Carrie. Je pense que nous devrions prendre cela et le regarder. Je pense que c'est une très bonne liste, mais je pense qu'il y a des ajustements à faire. Par exemple, à la troisième séance, nous avons l'Association canadienne des chefs de police. Nous aurons déjà entendu la Gendarmerie royale du Canada à la première réunion, et j'aimerais mieux entendre les pompiers de Vancouver, qui sont les premiers répondants. Je préférerais cela, par exemple.

J'aurais quelques ajustements à proposer, alors si nous pouvons prendre cela et finaliser...

• (1050)

Le président: C'est ce que nous allons faire, à huis clos, afin de pouvoir donner des noms à la prochaine réunion.

À la prochaine réunion, nous allons avoir les commentaires du directeur parlementaire du budget. Après cela, nous parlerons de la motion de M. Kang, ainsi que de ce plan de travail. Nous devons aussi parler du plan de travail relatif au régime d'assurance-médicaments et nous occuper de deux motions d'initiative parlementaire, soit celle de M. Webber et celle de M. Davies.

Vous avez la parole, monsieur Oliver.

M. John Oliver: Après jeudi, nous devons entendre des témoins pour l'étude sur les opioïdes, alors pouvons-nous demander au greffier de commencer à confirmer les témoins des deux premières séances, de sorte que nous ayons des témoins qui savent qu'ils s'en viennent à Ottawa la semaine prochaine?

Le président: Est-ce que tout le monde est d'accord pour que nous organisions les deux premières séances?

Des voix: Oui.

Le président: Merci.

M. Don Davies: Pour la première séance, c'est sûr. À la deuxième, nous avons cette Marie Agioritis, mère d'une victime de surdose. Je ne pense pas que nous devrions l'inclure...

Le président: Nous n'allons nommer personne. Pas de noms.

M. Don Davies: Oh, pardonnez-moi. Je suis désolé.

M. John Oliver: Lors des deux premières réunions, nous n'aurons pas de membres de familles touchées par des surdoses comme témoins.

M. Don Davies: Oui.

Le président: C'est possible. Il n'y aura aucun cas lié à des familles particulières.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

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 de la Chambre des communes à l'adresse suivante : <http://www.noscommunes.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its Committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its Committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

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 House of Commons website at the following address: <http://www.ourcommons.ca>