



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 013 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 1^{er} juin 2016

—

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le mercredi 1^{er} juin 2016

• (1535)

[Traduction]

Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)): Nous avons le quorum. Alors ouvrons la séance et souhaitons la bienvenue à nos invités.

Nous n'avons pas trop de retard — un peu, mais pas beaucoup — alors ça devrait aller.

Merci à nos invités d'être là pour nous aider dans le cadre de notre étude. Chaque organisation aura 10 minutes pour présenter une déclaration préliminaire. Sachez que, lorsque vous aurez atteint 10 minutes, je vais soulever le maillet. Il y aura deux séries de questions. La première série des interventions sera de sept minutes, la deuxième, de cinq minutes.

Allons-y. Nous attendons encore certains membres du Comité, mais nous n'allons pas retarder la réunion plus longtemps.

Je crois savoir que nous commençons par l'exposé de l'Association canadienne des individus retraités.

Mme Natasha Mistry (directrice, Relations avec les intervenants et développement communautaire, Association canadienne des individus retraités): Bonjour, monsieur le président, et bonjour aux membres du Comité.

D'entrée de jeu, je veux vous remercier de m'offrir l'occasion de comparaître en tant que témoin dans le cadre de cette discussion importante. Je m'appelle Natasha Mistry et je suis directrice, Relations avec les intervenants et développement communautaire de l'ACIR.

L'ACIR est une organisation sans but lucratif vouée à améliorer la sécurité financière et les soins de santé des Canadiens vieillissants. Aujourd'hui, je représente les plus de 300 000 membres de l'association partout au pays et je suis ici pour faire connaître les points de vue des retraités, des aînés et des Canadiens âgés. L'ACIR croit depuis longtemps que les politiques canadiennes sur les médicaments doivent être améliorées. Le statu quo n'est plus une option viable. Une réforme est requise pour que l'on puisse s'assurer que les médicaments sont abordables et accessibles pour les Canadiens, peu importe leur âge, leur revenu et leur lieu de résidence. Lorsqu'ils sont utilisés de façon appropriée, ces médicaments aident les aînés à gérer leurs affections.

Par exemple, les médicaments à l'intention des patients atteints de sclérose en plaques ralentissent la progression de la maladie et repoussent l'apparition des incapacités physiques. Pour les personnes qui souffrent d'une maladie intestinale inflammatoire, des médicaments de spécialité, comme les médicaments biologiques, ont accru les taux de rémission, réduit les hospitalisations et repoussé le besoin de subir une intervention chirurgicale, intervention qui entraîne le retrait d'importantes sections du tractus gastro-intestinal.

Les aînés, surtout ceux qui ont des problèmes de santé chronique, des comorbidités et qui souffrent de maladie ont de la difficulté à

avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin. Parmi les membres de l'ACIR, 10 % ont admis parfois ne pas prendre leurs médicaments en raison des coûts. En 2014, un sondage de l'ACIR sur l'assurance-médicaments a révélé que 85 % des membres de l'ACIR bénéficiaient d'une protection à ce chapitre. Près de la moitié, 49 %, avaient souvent des régimes privés, et 28 % bénéficiaient d'une couverture grâce à des régimes provinciaux. Cependant, environ 700 000 Canadiens n'ont aucune assurance. Que la couverture soit privée ou publique, la majeure partie des membres de l'ACIR soutiennent l'élaboration d'un programme d'assurance-médicaments national. L'accès et l'abordabilité sont des facteurs clés pour assurer de meilleurs résultats pour tous les Canadiens en matière de santé.

L'ACIR formule les trois recommandations d'amélioration suivantes: premièrement, créer des normes nationales en matière d'assurance-médicaments, deuxièmement, faciliter l'achat en gros pour réduire les coûts, et troisièmement, veiller à ce que le gouvernement fédéral dirige ce processus.

La première recommandation concerne la création de normes nationales en matière d'assurance-médicaments. Près de 11 millions de Canadiens sont admissibles à une couverture de leurs médicaments par l'intermédiaire d'un des 19 programmes d'assurance-médicaments publics provinciaux et fédéraux. Les médicaments d'ordonnance au Canada sont actuellement financés selon un ensemble fragmenté de formulaires pharmaceutiques publics et privés qui varient d'une province à l'autre. Chaque province gère son propre programme d'assurance-maladie et d'assurance-médicaments. Cela a fait en sorte que les programmes d'assurance-médicaments varient au sein du pays, l'Ontario et les provinces atlantiques étaient les rares administrations qui continuent à fournir une assurance-médicaments publique destinée spécialement aux aînés.

Tandis que la génération du baby-boom passera de régimes privés à des régimes publics, ses membres exerceront une pression accrue sur les budgets fédéraux actuels consacrés aux médicaments. C'est l'une des principales raisons pour lesquelles la Colombie-Britannique a décidé de passer d'un programme fondé sur l'âge à un programme fondé sur le revenu. Les régimes privés aussi sont confrontés à certains défis, et il ne faut pas tenir pour acquis que les régimes d'assurance privés fournissent une couverture suffisante. Un facteur complique les choses davantage: environ 40 % des Canadiens ne bénéficient pas d'une couverture privée adéquate parce qu'ils sont travailleurs autonomes ou sous-employés. Pour ce qui est des personnes qui ont des affections ou des maladies chroniques, les compagnies d'assurance exigent souvent des primes plus élevées ou refusent même des demandes afin d'équilibrer le coût des prestations et les risques assumés par l'assureur.

La deuxième recommandation est liée à la promotion de l'achat en gros pour réduire les coûts. Les membres de l'ACIR sont favorables à l'achat de médicaments à l'échelle nationale, puisqu'il s'agit de la meilleure façon de réduire le coût des médicaments. L'ACIR soutient le travail de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, qui tente de mener des négociations conjointes afin d'aider à réduire les coûts des traitements. Nous reconnaissons la complexité de ces négociations, mais nous demandons que des décisions soient prises en temps opportun et que les problèmes de nature financière ne retardent pas l'accès. Actuellement, les coûts pharmaceutiques devraient être non pas calculés indépendamment, mais intégrés au reste du système de santé. En réalité, les programmes provinciaux de médicaments sont comptabilisés séparément des autres budgets liés aux soins de santé.

• (1540)

Cette situation fait en sorte qu'il est plus difficile d'évaluer la valeur réelle des médicaments ou les économies en soins de santé découlant de la conformité pharmaceutique. Puisque les données sur les coûts des médicaments et les coûts des autres soins de santé sont séparées, les avantages de l'accès aux médicaments ne sont pas pris en considération de façon à ce que l'on puisse comprendre leur impact et les économies générées sur le budget provincial général consacré aux soins de santé. Nous comprenons que les provinces sont confrontées à des situations financières difficiles, et nous devons tous nous assurer que les dépenses dans le domaine des soins de santé sont judicieuses et qu'elles génèrent des améliorations et des résultats manifestes.

Grâce aux nouvelles technologies, les médicaments permettent de réduire les hospitalisations, les interventions chirurgicales et les visites à l'urgence. La normalisation et la création de formulaires solides sont une façon d'offrir un accès universel peu importe le lieu de résidence des Canadiens. Sans norme, l'accès aux médicaments continuera d'être inégal.

Par exemple, la Société gastro-intestinale et Crohn et Colite Canada ont récemment produit un bulletin qui évaluait les provinces relativement à l'accès aux traitements biologiques pour les personnes affichant une maladie intestinale inflammatoire. Le bulletin a révélé que, en raison des divers critères et formulaires utilisés, l'accès était inéquitable d'une province à l'autre pour les personnes ayant une maladie gastro-intestinale. Encore pire, pour favoriser l'accès, les gastro-entérologues ont exprimé le désir de mal diagnostiquer leurs patients afin que ces derniers soient admissibles aux traitements qu'ils jugeaient favorables à leur rémission. Cet exemple révèle de quelle façon les formulaires sont déconnectés des besoins médicaux des patients.

Les mêmes médicaments au même prix devraient être couverts dans toutes les provinces et tous les territoires. Des normes uniformes doivent s'appliquer aux programmes provinciaux de médicaments onéreux, et des formulaires pharmaceutiques publics sont nécessaires pour assurer l'équité. Cependant, ces normes doivent être solides et ne pas s'en tenir uniquement aux niveaux minimaux de couverture des médicaments. Il ne faut pas procéder à un nivellement par le bas. Il faut examiner minutieusement les pratiques exemplaires, les meilleurs critères et les meilleurs formulaires pour assurer une couverture et des options adéquates. Il faut permettre aux patients de faire des choix afin que tous les Canadiens bénéficient du traitement le plus approprié.

Pour y arriver, les gouvernements des provinces et le gouvernement fédéral devraient travailler en collaboration avec les professionnels de la santé et les patients pour trouver des normes appropriées applicables aux régimes et formulaires provinciaux régissant les médicaments onéreux. Le gouvernement fédéral devrait

conclure un partenariat avec les provinces et les territoires pour créer un ensemble solide de conditions rendant les médicaments accessibles.

Voilà qui nous mène à la troisième recommandation de l'ACIR: le leadership fédéral dans le cadre d'une approche pancanadienne. L'association croit que la création d'un programme d'assurance-médicaments national exigerait des gouvernements qu'ils négocient conjointement les prix et l'accès avec les assureurs du secteur privé et les fabricants pharmaceutiques. Le gouvernement fédéral se doit de jouer un rôle important dans l'élaboration d'un programme d'assurance-médicaments national. L'ACIR recommande une assurance-médicaments universelle depuis de nombreuses années, exhortant les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral de travailler en collaboration dans l'intérêt des Canadiens. Selon nous, le gouvernement doit jouer un rôle plus important, et coopérer avec ses homologues provinciaux pour créer le meilleur régime possible.

Comme vous l'avez probablement entendu de la bouche d'autres témoins avant moi, le Canada est le seul pays doté d'un système de soins de santé universel qui n'offre pas une couverture universelle des médicaments d'ordonnance. Nous devons faire mieux, et il faut agir maintenant. Chacun d'entre vous en tant que membre du Comité a un rôle crucial à jouer pour définir l'orientation future de l'assurance-médicaments au Canada. Je vous demande instamment de formuler des recommandations qui aideront à améliorer l'assurance-médicaments et permettront aux décideurs de s'appuyer sur ces recommandations et d'apporter les changements nécessaires.

Merci.

Le président: Merci. Nous vous remercions de nous avoir présenté votre exposé; visiblement, vous avez beaucoup réfléchi à cette question.

Nous poursuivons avec l'Association médicale canadienne.

• (1545)

Dre Cindy Forbes (présidente, Association médicale canadienne): Merci, monsieur le président.

Au nom des 83 000 médecins membres de l'Association médicale canadienne, je suis heureuse de pouvoir comparaître devant le Comité et de participer à son étude de l'élaboration d'un programme national d'assurance-médicaments. Je m'appelle Cindy Forbes. Je suis médecin de famille en Nouvelle-Écosse et présidente de l'Association médicale canadienne.

Les médicaments d'ordonnance jouent un rôle crucial dans le cadre des soins de santé. Cela ne fait aucun doute. Cependant, comme vous l'ont dit le dernier invité et probablement aussi beaucoup d'autres personnes, le Canada a la particularité d'être le seul pays doté d'un régime de soins de santé universel qui n'offre pas une assurance-médicaments universelle. Par conséquent, il y a tout simplement trop de Canadiens qui ne peuvent se permettre de prendre les médicaments dont ils ont besoin.

Permettez-moi de vous fournir des exemples qui illustrent l'ampleur de ce problème. Au niveau national, l'Enquête internationale sur les politiques de santé de 2013 menée par le Commonwealth Fund a révélé que 8 % des répondants canadiens n'ont pas fait remplir une ordonnance ou ont sauté des doses à cause des coûts. Au niveau des provinces et des territoires, il y a une importante variation des dépenses personnelles moyennes par ménage. Selon l'Enquête sur les dépenses des ménages de 2014, les ménages les plus pauvres de l'Île-du-Prince-Édouard dépensaient plus de deux fois plus — c'est-à-dire 645 \$ — que les ménages les plus pauvres de l'Ontario, qui dépensaient 300 \$. On voit aussi des patients qui obtiennent leur congé de l'hôpital et qui perdent soudainement l'accès à leurs médicaments d'ordonnance ou encore des patients dont les médicaments sont couverts dans une province, mais pas dans une autre. C'est le genre de situation qu'on rencontre tout spécialement en ce qui a trait aux médicaments contre le cancer, lesquels sont particulièrement onéreux.

Nous savons tous que nous pouvons et que nous devons faire mieux. Cependant, il y a peu de chances que nous puissions combler les importants écarts en matière d'accès à une couverture des médicaments d'ordonnance sans le leadership et le soutien du gouvernement fédéral. Par conséquent, l'AMC formule trois recommandations concernant des mesures fédérales qui permettraient d'améliorer l'accès aux médicaments indispensables sur le plan médical.

Notre première recommandation au Comité est de demander au directeur parlementaire du budget d'analyser en détail le fardeau financier que représente l'assurance-médicaments d'ordonnance au Canada et élabore des méthodes possibles d'établissement du coût d'une contribution fédérale à un programme national d'assurance-médicaments.

Nous savons bien que tous les ordres de gouvernement traversent une période difficile sur le plan budgétaire. C'est la raison pour laquelle notre deuxième recommandation, une proposition liée à un programme de financement fédéral, est tout à fait échelonnable. Nous recommandons au gouvernement fédéral d'établir un programme à coûts partagés pour assurer la couverture des médicaments d'ordonnance. Il s'agirait d'une première étape positive vers une couverture universelle. Cette approche graduelle et échelonnable permettrait de s'assurer que les Canadiens ont un accès comparable aux médicaments d'ordonnance dont ils ont besoin peu importe leur capacité de payer ou l'endroit où ils vivent au Canada.

Enfin, il y a plusieurs autres éléments cruciaux qu'il faut prendre en considération pour mettre sur pied un programme d'assurance-médicaments national. Cela inclut le besoin d'influer sur les comportements des médecins prescripteurs, la promotion des ordonnances électroniques et l'atténuation des pénuries de médicaments.

Pour s'assurer qu'on tient compte de ces éléments dans le cadre des travaux futurs, notre troisième et dernière recommandation consiste à exiger des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé qu'ils ordonnent à leurs fonctionnaires de créer un groupe de travail sur une stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Ce groupe de travail pourrait procéder à des consultations générales des parties prenantes représentant les patients, les prescripteurs et les industries de l'assurance-maladie et des produits pharmaceutiques. En outre, un rapport contenant des recommandations devrait être présenté au plus tard au printemps de 2017.

Rares sont ceux qui prétendraient que les médicaments d'ordonnance sont moins vitaux que les services médicaux et hospitaliers

pour la santé et les soins de santé de la population canadienne. Le programme d'assurance-maladie que la population canadienne chérit aujourd'hui n'existerait pas sans le leadership et la contribution financière du gouvernement fédéral. Sans ces mêmes éléments maintenant, nous n'aurons pas de programme national d'assurance-médicaments à l'avenir.

Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé, et je suis prête à répondre à vos questions.

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à Produits de santé consommateurs du Canada.

M. Gerry Harrington (vice-président, Politique et affaires réglementaires, Produits de santé consommateurs du Canada): Merci, monsieur le président, et merci aux membres du Comité de permettre à Produits de santé consommateurs du Canada de contribuer à votre étude sur l'assurance-médicaments.

Je m'appelle Gerry Harrington. Je suis le vice-président, Politique, de Produits de santé consommateurs du Canada. Je suis accompagné de ma collègue, Kristin Willemsen, notre directrice, Affaires scientifiques et réglementaires.

Notre organisation représente les fabricants de médicaments en vente libre fondés sur des données probantes qu'on appelle aussi des médicaments vendus sans ordonnance, et des produits de santé naturels. Ces produits s'inscrivent dans la catégorie des produits de santé destinés aux consommateurs et sont utilisés par des millions de Canadiens chaque jour pour gérer leur santé personnelle et traiter des affections bénignes. Ce sont des produits comme les crèmes solaires, les vitamines, les analgésiques et les médicaments antiallergiques, pour ne nommer que ceux-là.

Permettez-moi de commencer en rassurant tout le monde: je ne suis pas ici pour demander l'inclusion générale des produits de santé destinés aux consommateurs dans un éventuel programme national d'assurance-médicaments. C'est un sujet dont nous parlerons peut-être un autre jour. Cet après-midi, j'aimerais parler du rôle important que jouent les produits de santé destinés aux consommateurs dans le contexte général de l'accès à des médicaments abordables et la façon précise dans laquelle ils peuvent avoir un impact sur l'élaboration d'un programme national d'assurance-médicaments.

Au fil des ans, Produits de santé consommateurs du Canada a commandé beaucoup de recherches pour examiner de quelle façon les Canadiens composent avec leurs préoccupations liées à leur santé, y compris la façon dont ils réagissent lorsqu'ils ont des affections bénignes comme des rhumes, la grippe, des allergies, des brûlures d'estomac et ce genre de choses, de quelle façon ils composent avec la douleur de l'arthrite et la façon dont ils investissent dans la prévention grâce à des choses comme des aides à la désaccoutumance au tabac. Nous avons appris — et cela est conforme aux recherches internationales — que la façon dont ils gèrent leurs préoccupations liées à la santé varie beaucoup. J'aimerais vous souligner certaines des principales constatations de nos plus récents sondages qui, selon moi, seraient intéressantes pour le Comité.

En 2015, nous avons interrogé 1 200 Canadiens qui ont déclaré avoir souffert d'un rhume ou d'une grippe, de maux de tête, d'allergies, de brûlures d'estomac ou d'indigestion au cours des 60 jours précédents. Plus des trois quarts de ces Canadiens nous ont dit qu'ils préfèrent habituellement gérer eux-mêmes ces affections sans voir un médecin, et c'est parfait. Il convient aussi de souligner que les personnes qui ont traité eux-mêmes leurs affections étaient tout aussi heureuses des résultats que celles qui ont consulté un médecin.

J'aimerais vous parler rapidement des 14 % de Canadiens qui ont préféré consulter un médecin relativement à ces affections bénignes. Les motivations de ce groupe seront, selon moi, particulièrement pertinentes au moment de l'élaboration d'un cadre d'assurance-médicaments. Lorsque nous avons examiné d'un peu plus près ce groupe, nous avons constaté que les Canadiens possédant une formation universitaire étaient 35 % plus susceptibles de consulter un médecin pour une affection mineure que ceux qui possèdent un diplôme d'études secondaires ou moins et que les salariés à revenu élevé étaient 22 % plus susceptibles de consulter un médecin. Au départ, cela semblait contre-intuitif, mais c'est tout à fait logique si l'on tient compte de la couverture des médicaments d'ordonnance, parce que le fait que 26 % de ceux qui ont consulté un médecin et reçu une ordonnance nous ont dit qu'ils l'ont fait précisément pour que celle-ci soit couverte par leur régime d'assurance-médicaments.

Voilà ce qui explique la corrélation: des niveaux de revenu et de scolarité plus élevés sont corrélés avec la couverture d'un programme d'assurance-médicaments.

Comprenez-moi bien: je ne suis pas contre le fait que des médecins soignent des affections bénignes ni même contre le traitement grâce à un médicament de ces affections, lorsque cela est approprié, comme ce peut être le cas lorsqu'un diagnostic n'est pas clair ou, peut-être, lorsque l'affection sous-jacente d'un patient est complexe. Cependant, il convient de signaler que même des modifications relativement modestes de ces genres de comportements peuvent avoir un impact majeur sur le système de santé. Par exemple, notre recherche a indiqué qu'environ 2 % des personnes qui ont souffert d'une de ces quatre affections bénignes ont dit avoir consulté un médecin même si elles avaient déterminé par elles-mêmes que leurs symptômes étaient relativement légers. Ce chiffre peut sembler peu élevé, mais 2 % de toutes les personnes qui souffrent d'affections mineures dans ces quatre catégories représentent trois millions de visites chez le médecin par année. Si nous décidions de cibler les personnes qui représentent un septième du un septième de Canadiens qui consultent un médecin, nous pourrions libérer beaucoup de médecins, et ce serait à peu près l'équivalent de ce qu'il faut pour donner accès à un médecin de famille à 500 000 Canadiens qui n'en ont actuellement pas.

Vous savez, je sais que nous sommes ici pour parler de l'assurance-médicaments et pas des pénuries de médecins ni de considérations économiques liées au système de santé, mais mon argument, c'est que la conception d'un système d'assurance-médicaments ne peut pas se faire en vase clos, parce qu'il pourrait y avoir des répercussions de grande portée sur le reste du système, surtout si le résultat pousse plus de Canadiens à obtenir des médicaments sur ordonnance alors que, sinon, ils ne l'auraient pas fait.

En même temps, nous ne demandons pas de dresser de nouveaux obstacles à l'accès aux soins d'un médecin ou à l'accès aux médicaments sur ordonnance, même pour des affections bénignes.

●(1550)

Nous vous demandons plutôt d'envisager d'inclure dans vos recommandations des mesures qui permettraient de réduire les obstacles aux soins personnels pour les Canadiens qui préfèrent gérer eux-mêmes leurs affections.

Je vais imiter mes collègues ici présents et formuler à votre intention trois recommandations sur des choses dont vous n'étiez peut-être pas conscients. En guise d'introduction, bon nombre des médicaments en vente libre sur le marché aujourd'hui étaient, au départ, des médicaments d'ordonnance. Ils ont été mis à la disposition des Canadiens grâce à un processus en vertu duquel ils sont passés du statut de « médicament d'ordonnance » au statut de « médicament en vente libre ». Je parle ici de produits comme l'ibuprofène ou Advil, les naproxènes ou Aleve, le mométasone ou Nasonex, et ainsi de suite. Même les timbres à la nicotine étaient, au départ, dispensés sur ordonnance. Malheureusement, au Canada, ce processus de changement est moins performant relativement aux processus utilisés dans d'autres administrations, ce qui fait en sorte que des Canadiens ont accès à ces produits, en moyenne, de sept à neuf ans plus tard que les Américains ou les Européens.

Notre première recommandation vise à combler l'écart et à fournir un accès plus rapide à ces médicaments pour les Canadiens. Elle vise à éliminer le fouillis de réglementation fédérale et provinciale qui encadre ce processus.

Actuellement, lorsque Santé Canada a examiné toutes les données probantes et qu'il approuve l'un de ces changements de statut, le fabricant doit ensuite négocier un processus au niveau provincial pour confirmer le changement et définir des conditions supplémentaires de vente. C'est à cette étape qu'on détermine si le produit sera seulement offert en pharmacie, peut-être seulement derrière le comptoir, etc. Ce processus peut retarder le lancement du produit pendant jusqu'à deux ans dans certaines provinces. Cela fait en sorte que les résultats sont différents d'une province à l'autre. De plus, cela décourage l'innovation parce que le processus est extrêmement lourd pour le fabricant.

Nous croyons que Santé Canada pourrait jouer un rôle de leadership en intégrant les processus de changement de statut et d'inscription des drogues aux annexes. En fait, le Canada est la seule administration actuellement qui utilise des lois pharmaceutiques provinciales pour réaliser ce processus. Selon nous, le dialogue qui aura lieu entre le gouvernement fédéral et les provinces relativement à la possible mise en place d'un programme d'assurance-médicaments est l'occasion toute désignée pour amorcer la discussion au sujet de l'intégration de ces deux processus. Voilà pour notre première recommandation.

Notre deuxième recommandation concerne le besoin d'harmoniser le traitement de la propriété intellectuelle au titre du cadre de réglementation canadien des produits de santé destinés aux consommateurs avec la façon de faire de nos principaux partenaires commerciaux.

Lorsqu'un fabricant présente des données probantes à Santé Canada à l'appui d'un de ces changements de statut et que le changement est approuvé, l'ensemble des données qui ont été fournies par le fabricant sont alors accessibles à tous les compétiteurs et, en fait, les fabricants de médicaments génériques veulent obtenir un processus d'approbation réglementaire plus court pour pouvoir accéder au marché.

Lorsqu'on combine ce problème aux retards auxquels nous sommes confrontés en ce qui a trait à l'inscription aux annexes et au processus d'avis de six mois que nous devons réaliser relativement à l'Organisation mondiale de la Santé — c'est déjà arrivé —, le produit générique arrive sur le marché avant celui de l'innovateur. Cela a un effet dissuasif important sur les fabricants qui présentent des demandes relativement à de tels changements.

Nos principaux partenaires commerciaux, comme les États-Unis, l'UE et le Japon offrent une protection de données de un à six ans, alors ce n'est pas vraiment un brevet. D'autres fabricants sont libres de mener leurs propres recherches et de présenter les résultats en appui au changement, mais les données présentées par le fabricant original sont protégées pour une période de un à six ans. Selon nous, le Canada devrait offrir lui aussi la période de trois ans offerte par les États-Unis.

Finalement, notre troisième recommandation concerne le statut fiscal de ces produits. Il est ironique que, lorsque Santé Canada approuve l'un de ces produits pour qu'il puisse être utilisé sans ordonnance — dans le but de le rendre plus accessible et plus abordable pour les Canadiens — le produit qui était exempt de la TPS et qui était admissible au crédit d'impôt pour les frais médicaux devient un produit assujéti à la TPS et non admissible au CIFM.

Selon nous, il serait très utile que le Comité recommande de réévaluer le traitement fiscal au Canada afin de mieux harmoniser les politiques fiscales et les politiques liées à la santé.

Même si je comprends que le sujet de votre étude est l'assurance-médicaments et que j'ai formulé un certain nombre de recommandations liées à des produits qui sont habituellement exclus de la plupart des régimes d'assurance-médicaments, notre argument aujourd'hui c'est que, selon nous, le Comité serait négligent s'il réfléchissait à l'assurance-médicaments sans tenir compte du contexte plus général axé sur les patients lié à la façon dont les Canadiens gèrent leur propre santé et les différentes choses qui les poussent à le faire.

Merci du temps que vous m'avez accordé. Je suis prêt à répondre à vos questions.

• (1555)

Le président: Merci de votre exposé. C'était très intéressant.

Nous allons commencer la période des questions avec la première série de sept minutes.

Nous commençons par Mme Sidhu.

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

Merci aux invités de nous avoir fourni des renseignements utiles.

Ma question est destinée à Mme Mistry.

Si nous devons adopter un programme d'assurance-médicaments, selon vous, quelle devrait être la première étape pour le gouvernement du Canada?

• (1600)

Mme Natasha Mistry: C'est une bonne question. Je crois que ce qui est vraiment nécessaire, c'est un partenariat avec les provinces, et pas seulement avec les provinces. Il faut aussi discuter avec les patients, avec les groupes qui représentent les patients et avec le milieu médical aussi. Je crois que ce type de comité consultatif aiderait à cerner les prochaines étapes de la mise en oeuvre d'un programme d'assurance-médicaments. Je ne crois pas être moi-même en mesure de vous fournir ce type d'orientation. Je crois que la première étape devrait être de faciliter une discussion entre les principaux intervenants.

Mme Sonia Sidhu: D'accord. Votre organisation a déclaré que les personnes âgées de plus de 75 ans prennent plus de 10 médicaments d'ordonnance différents. Croyez-vous qu'un programme national d'assurance-médicaments fera en sorte qu'ils auraient moins de choix à ce chapitre?

Mme Natasha Mistry: C'est un très bon point, et c'est une crainte pour beaucoup de membres de l'ACIR. Nous ne voulons pas un nivellement par le bas en ce qui a trait au programme national d'assurance-médicaments. Nous défendons ardemment le choix des patients et l'accès à une diversité de médicaments.

J'aimerais revenir sur un des exemples dont j'ai parlé durant mon exposé. Une personne qui vit avec la maladie de Crohn ou une colite, par exemple, s'en tire bien avec un médicament biologique pendant plusieurs années. Ce n'est pas un médicament qu'elle peut prendre toute sa vie, alors, lorsqu'elle développe des anticorps à ce médicament précis, elle doit passer au niveau suivant de médicament biologique. Le choix est donc très important pour les personnes qui prennent des médicaments.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Ma prochaine question est destinée à Mme Forbes.

Avez-vous des recommandations à formuler quant à savoir si nous devrions tenir compte des maladies rares dans notre stratégie pharmaceutique nationale? Avez-vous des politiques spéciales qui pourraient avoir un impact sur les maladies rares ou qui pourraient permettre de maîtriser ces maladies dans le contexte d'une stratégie pharmaceutique nationale, vu que ces médicaments coûtent très cher?

Dre Cindy Forbes: Nous n'avons pas ciblé précisément les maladies rares et les médicaments connexes. Du point de vue des patients, les enjeux sont similaires, qu'ils aient une maladie rare ou une maladie chronique qui est plus courante. Nous estimons vraiment que les patients ne devraient pas avoir à choisir entre les nécessités de la vie et leurs médicaments, et un programme à frais partagés avec le gouvernement fédéral serait une des façons de s'assurer qu'aucune personne et qu'aucune famille ne soit dévastée par la maladie et les coûts des médicaments.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Je m'adresse à M. Harrington: que voudriez-vous voir dans un système d'assurance-médicaments? Selon vous, quel rôle les produits de santé peuvent-ils jouer?

M. Gerry Harrington: L'une des choses que nous avons apprises dans le cadre de nos recherches, c'est que le comportement des Canadiens, lorsqu'ils sont atteints d'une affection bénigne, varie grandement. Pour certaines personnes, le coût du médicament est un facteur très important, qui peut influencer sur leur comportement. D'autres Canadiens préféreraient de loin avoir la possibilité de s'autotrainer.

Je pense qu'une partie de la réflexion sous-jacente au programme d'assurance-médicaments que nous voudrions obtenir, c'est la reconnaissance du fait que l'offre d'options aux Canadiens qui peuvent s'autotrainer peut fournir un meilleur accès aux Canadiens pour qui le coût peut constituer un obstacle. Ainsi, il y a une question d'équilibre qui, selon moi, est vraiment axée — comme certains de mes collègues ici présents l'ont mentionné — sur l'idée des choix offerts aux consommateurs. Un meilleur accès aux produits de santé et un système de réglementation plus efficace peuvent faire toute la différence de cette manière.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Me reste-t-il du temps, monsieur le président?

Le président: Oui.

Mme Sonia Sidhu: Les gens qui ont accès aux médicaments d'ordonnance sont plus susceptibles de consulter leur médecin que de tenter d'acheter un médicament en vente libre pour arrêter leurs symptômes. Pensez-vous qu'une personne se porterait mieux si elle avait accès à des médicaments, au besoin, plutôt que si elle tentait de traiter ses symptômes par elle-même?

•(1605)

M. Gerry Harrington: Dans le cas des personnes qui préfèrent utiliser leur assurance-médicaments, la question est de savoir si cette préférence est d'ordre économique ou si elle tient au plus grand sentiment de confiance que procure l'obtention d'un avis professionnel. Je pense qu'il importe de faire la distinction entre ces deux scénarios. Il ne faut pas décourager les gens qui ont besoin d'être rassurés par un médecin quant au fait qu'ils posent le bon diagnostic et que le produit qu'ils envisagent est le bon pour traiter l'affection en question.

En même temps, s'il ne s'agit pas du problème et que nous avons affaire à une décision motivée économiquement et qui n'a rien à voir avec le fait que la personne a l'impression qu'il s'agit du bon médicament pour elle, alors je pense qu'il y a là quelque chose d'intrinsèquement dérangeant, car des ressources qui pourraient être utilisées pour des cas plus complexes sont accaparées. On enlève du temps aux médecins de première ligne, alors que cette affaire aurait pu être réglée par le patient lui-même. Il ne s'agit pas de retirer des options; il s'agit d'abaisser les barrières. Le fait de donner des options aux personnes qui peuvent s'autotrainer efficacement libère des ressources ailleurs dans le réseau pour les personnes qui ont plus de difficulté à le faire.

Mme Sonia Sidhu: Que voudriez-vous voir dans un système d'assurance-médicaments? Selon vous, quel rôle pouvez-vous jouer des deux côtés?

M. Gerry Harrington: On a déjà tenu une discussion au sujet de l'assurance des produits de santé. Je ne pense pas qu'il s'agisse actuellement d'une priorité pour les Canadiens. Ce n'est certes pas le message que nous entendons, et je ne pense pas qu'il s'agit de ce que le Comité a entendu jusqu'ici en ce qui concerne les produits de santé.

Dans l'avenir, à mesure que le système évoluera, il se pourrait que cela devienne un plus gros problème. Certains régimes d'assurance-médicaments permettent qu'ils soient remboursés lorsqu'ils sont prescrits par un médecin. C'est un rôle potentiel.

Selon moi, la question bien plus importante porte sur le même thème: c'est l'idée selon laquelle si on offre l'accès aux personnes qui préfèrent s'autotrainer, quand Santé Canada aura déterminé que cela peut être fait de façon appropriée, ces produits pourront être étiquetés de manière à ce qu'ils puissent être utilisés sans surveillance médicale. Compte tenu du rôle très important que jouent les pharmaciens au pays, et en nous assurant que nous avons la capacité d'interagir avec eux, je pense qu'il y a là une excellente occasion de créer des conditions qui rendent l'assurance-médicaments plus abordable.

Le président: Monsieur Carrie.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie les témoins de leur présence aujourd'hui.

Monsieur Harrington, je voudrais commencer par vous, car je pense que vous avez évoqué la façon dont les Canadiens gèrent leur propre santé. Je pense que c'est ça la question, car, quel que soit le

système qu'on mettra en place, selon moi, il devrait être axé sur les patients, et nous devons défendre les intérêts des Canadiens. L'une de mes inquiétudes tient au fait que, si on met trop d'œufs dans un panier... Dans le cas d'un régime d'assurance-médicaments, par exemple, il pourrait arriver qu'un produit pharmaceutique ne soit pas le meilleur traitement pour une personne. Mon collègue, qui est un urgentologue, a soulevé la question des statines pour le cholestérol. Parfois, le traitement radical, c'est l'exercice, et peut-être un régime alimentaire. Si le gouvernement rembourse une statine, je vais emprunter cette voie. À long terme, il ne s'agirait peut-être pas de la plus avantageuse.

Une de mes préoccupations tient à la distorsion des marchés. Je l'ai observée dans ma propre collectivité d'Oshawa, où les gens jouissent d'une excellente protection. S'ils consultent leur médecin, ils obtiennent la protection pour 35 ¢, et il pourrait s'agir d'un médicament pour la toux en vente libre ou de quelque chose qui coûte beaucoup plus cher. Il y a un peu de distorsion sur ce plan, et cela me préoccupe.

Je me demandais: pouvez-vous nous donner des conseils sur les mesures qui pourraient être prises en ce qui a trait à la conception de tout régime d'assurance-médicaments afin que l'on puisse s'assurer que les patients n'obtiennent pas d'ordonnances inutiles lorsqu'ils envisagent la gestion de leurs maladies.

M. Gerry Harrington: Comme je viens d'une organisation qui se concentre sur le volet des produits de santé, je ne peux pas dire que nous ayons mis une grande part de notre accent stratégique sur la conception de régimes d'assurance-médicaments en tant que tels. Je crains de devoir encore une fois revenir à l'idée de la réduction des obstacles aux options en dehors d'un régime d'assurance-médicaments et sur la façon dont cela peut libérer de l'espace pour la conception d'un système qui va répondre aux besoins des Canadiens. Nous avons entendu dire à maintes reprises qu'il y a des Canadiens qui n'ont pas les moyens d'acheter les médicaments dont ils ont besoin. Il s'agit d'un problème de ressources.

En ce qui concerne la conception, certaines provinces et certains territoires ont adopté l'approche de la participation aux coûts, qui équivaut à peu près à la vente libre. Le seul problème que pose cette approche, c'est que la participation varie d'un patient à un autre. Si nous voulons adopter une approche vraiment axée sur les patients, nous devons nous inquiéter du fait que ce qui pourrait être une quote-part négligeable pour certains Canadiens ne l'est pas pour d'autres.

Je pense que de meilleurs experts qui ont déjà comparu devant le Comité pourraient vous en parler.

L'objectif sur lequel nous revenons consiste à nous assurer qu'il n'y a pas d'obstacles inutiles à l'option de l'autogestion de la santé. Il y a là une volonté. D'après les recherches que nous avons effectuées, nous savons que le pourcentage de Canadiens qui préfèrent réellement la gérer par eux-mêmes est très élevé: 77 % est le dernier résultat que nous avons obtenu. Les résultats se situent constamment dans cette fourchette. Ce qui est vraiment intéressant, compte tenu des changements survenus dans le domaine de la recherche au cours des 10 dernières années, c'est que nous entendons de plus en plus de Canadiens dire qu'ils sont conscients de la nécessité d'être responsables à l'égard de l'utilisation des ressources en santé, pas seulement ce qui sort de leurs poches, mais leur utilisation du réseau. Je pense qu'il s'agit là d'une autre considération également.

•(1610)

M. Colin Carrie: Merci beaucoup.

Je voudrais parler pendant un moment, ou poser quelques questions à la Dre Forbes.

Tout d'abord, merci des recommandations. L'un de vos commentaires concerne le fait d'influencer le comportement du médecin prescripteur. Ce commentaire a été formulé à quelques occasions devant le Comité, et je pense que la statistique était que 40 % des personnes âgées pourraient avoir des ordonnances inappropriées.

Nous avons entendu dire que les Canadiens sont les plus grands utilisateurs d'opioïdes, par exemple, avec les États-Unis, et qu'il y a un pourcentage très élevé d'antidépresseurs.

Je me posais des questions au sujet du défi que posait le rôle que jouerait le gouvernement à cet égard, car il y a un enjeu lié à la prescription, mais je suppose qu'il y a également l'enjeu de l'annulation d'ordonnances. Je me demandais quels conseils vous donnez à vos membres. Avez-vous des programmes à ce sujet? En tant que gardiens des médicaments, comment pouvons-nous, en tant que gouvernement fédéral, travailler avec nos médecins pour qu'ils ne recourent pas de façon excessive aux ordonnances, tout en offrant aux médecins des choix en ce qui a trait aux patients? Comment pouvons-nous établir un système dans lequel nous ne verrons pas de surprescriptions ni les coûts qui s'y rattachent?

Dre Cindy Forbes: Merci de poser cette question. Il s'agit certainement d'un enjeu qui est abordé sur de nombreuses tribunes et sous de nombreuses formes différentes au sein de la profession médicale.

Il me vient à l'esprit certains des travaux que nous avons effectués sur les soins aux aînés, et, dans notre document portant sur une stratégie relative aux personnes âgées, nous abordons l'annulation d'ordonnances et certaines des questions touchant la polypharmacie. C'est une chose dont la profession est au courant, et il y a assurément un mouvement.

Vous connaissez peut-être les programmes du genre de Choisir avec soin, dans le cadre desquels nous étudions non seulement la question des ordonnances, mais aussi la façon de s'assurer que l'utilisation des ressources en santé, des analyses et examens et des procédures est nécessaire et dans l'intérêt des patients. Au sein de la profession médicale, on se concentre beaucoup sur l'éducation en matière de prescription.

Je souscris à l'idée selon laquelle le fait d'être excessivement contrôlant, du point de vue du gouvernement fédéral, pourrait poser problème dans la pratique; les médecins doivent avoir une certaine marge de manoeuvre afin d'utiliser leur jugement clinique. Toutefois, en même temps, certains des formulaires tiennent compte des ratios coûts-avantages et peuvent contribuer à réduire certains des coûts au moment de déterminer lequel des médicaments offre la même valeur au prix le plus bas.

Il s'agit souvent d'une chose utile. J'en apprend tous les jours au sujet de notre programme provincial d'assurance-médicaments, lorsqu'un pharmacien téléphone pour dire qu'un médicament n'est pas remboursé et qu'un autre coûte beaucoup moins cher. Ce genre d'événements se produit sur le terrain tous les jours.

Cependant, l'une des choses que nous avons également mentionnées, c'était la notion des ordonnances électroniques ainsi que du soutien de la prescription électronique. C'est une chose que le gouvernement fédéral pourrait faciliter, du point de vue d'un soutien national. Cela permettrait non seulement l'établissement d'une base de données nationale, mais en plus, les médecins pourraient communiquer par voie électronique avec les pharmacies et accéder aux renseignements concernant les médicaments d'ordonnance que prennent les patients.

Parfois, en tant que médecin de famille, je ne sais pas vraiment quels sont tous les médicaments d'ordonnance que prennent mes patients parce que l'ordonnance pourrait provenir de diverses sources, comme les urgences ou une clinique sans rendez-vous, alors je pense qu'un élément clé de l'amélioration de la prescription pharmaceutique au Canada consiste à disposer d'un moyen de prescrire des médicaments par voie électronique afin que nous puissions avoir accès à des données de partout au pays.

J'espère que cela répond à votre question.

• (1615)

M. Colin Carrie: C'est bien.

Monsieur Adams, vous travaillez avec les responsables de la recherche, des politiques et de l'éthique. À votre avis, quelle est l'ampleur du problème de la surprescription ou de l'abus de médicaments d'ordonnance, et comment établissez-vous un bon équilibre entre le fait de permettre une bonne relation entre les médecins et les patients et le fait de permettre la réglementation, le contrôle par le gouvernement? Comment établissez-vous cet équilibre?

M. Owen Adams (conseiller politique principal, Association médicale canadienne): Je vais devoir m'en remettre à la Dre Forbes là-dessus, monsieur. Je ne suis pas clinicien.

M. Colin Carrie: D'accord.

Je suis curieux au sujet de l'élaboration des politiques, car il s'agit probablement de l'une des questions auxquelles nous allons devoir répondre.

Quelle est votre opinion à ce sujet, docteur Forbes?

Dre Cindy Forbes: Pourriez-vous seulement reformuler cette question pour moi? Je veux simplement m'assurer de répondre à la bonne question.

M. Colin Carrie: Comment établissez-vous le juste équilibre? Quelle est l'ampleur du problème de la surprescription ou de l'abus de médicaments d'ordonnance? Ensuite, comment peut-on équilibrer la réglementation et le contrôle gouvernementaux par rapport à la nécessité d'une bonne relation entre les médecins et les patients?

Pour nous, qui nous penchons sur cette question, nous pourrions avoir à répondre à une question concernant la façon d'établir un bon équilibre sur ce plan.

Quel serait votre avis à ce sujet?

Dre Cindy Forbes: Je pense qu'il y a deux ou trois questions mélangées.

En ce qui concerne l'abus de médicaments sur ordonnance, nous mentionnons souvent le problème des stupéfiants opiacés. Il s'agit d'un sujet sur lequel a porté notre réunion annuelle tenue l'an dernier à Halifax, lors de laquelle des médecins se sont rassemblés pour se pencher sur tous les aspects de cette question, pour l'étudier du point de vue des patients, de celui des médecins et de celui des spécialistes en toxicomanie. Nous reconnaissons qu'il s'agit d'un problème et que les médecins ont un rôle à jouer pour tenter de le régler.

Nous envisageons une formation à l'intention des médecins; comprendre d'autres façons de gérer la douleur chronique, qui est souvent ce qui mène aux prescriptions initiales d'opioïdes; et comment réduire le recours aux ordonnances d'opioïdes grâce à d'autres formes de traitement. Voilà une façon d'envisager ce problème.

Je pense que vous posez une très bonne question au sujet de l'établissement d'un équilibre à cet égard et qu'il faudra que les pharmaciens, les médecins et les patients se rencontrent pour tenir cette discussion, mais je crois que nous pouvons le faire sans être trop normatifs du point de vue du gouvernement.

Le président: Monsieur Davies.

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

Je remercie tous les témoins de leur présence aujourd'hui.

Madame Mistry, je vais commencer par vous. Selon l'enquête sur les soins de santé menée en 2013 par Aon Hewitt, le nombre d'employeurs au Canada offrant des prestations de retraite pour soins de santé aux employés est passé de 62 % en 2002 à 49 % en 2011. Une autre étude de 2011 montre que près de 80 % des employeurs canadiens n'offrent pas de prestations de retraite aux employés non syndiqués.

Votre organisation est-elle d'accord avec les conclusions générales de ces enquêtes, c'est-à-dire que les aînés canadiens tendent à être de moins en moins susceptibles de se voir offrir des prestations de retraite pour soins de santé, y compris une assurance-médicaments?

Mme Natasha Mistry: Oui, et nos membres actuels vous confirmeront cette tendance.

Nous observons une diminution au chapitre des assurances privées offertes aux personnes âgées par leurs employeurs. Ce qui est spécial au sujet de l'ACIR, c'est qu'il ne s'agit pas seulement d'un groupe veillant à son propre intérêt; ses préoccupations ne s'arrêtent pas aux citoyens âgés. Les membres se soucient de l'avenir de leurs enfants et de leurs petits-enfants.

Il s'agit d'une tendance troublante, oui.

M. Don Davies: Merci.

Docteur Forbes, je suis heureux de vous revoir.

Je vais juxtaposer deux éléments pour vous. Dans un document de politique de 2010 intitulé *Le financement du continuum des soins*, l'Association médicale canadienne recommandait que les gouvernements établissent un programme d'assurance-médicaments complet qui serait administré et remboursé par l'intermédiaire des régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux et des régimes d'assurance-médicaments privés.

Selon mes recherches, en août 2015 — c'était peut-être à Halifax, mais je n'en suis pas certain —, vos membres ont adopté une résolution à l'appui de « l'élaboration d'un programme national équitable et complet d'assurance-médicaments » lors de votre réunion annuelle.

J'essaie de faire concorder ces deux éléments. La politique actuelle de l'AMC prévoit-elle la promotion d'une assurance-médicaments universelle nationale?

• (1620)

Dre Cindy Forbes: La politique actuelle est que nous voulons que tous les Canadiens puissent accéder aux médicaments sur ordonnance nécessaires. Vous me demandez ce que nous considérons comme étant le modèle de financement pour ce régime. Nous avons recommandé que ses coûts soient partagés avec le gouvernement fédéral, et nous avons en fait évalué les coûts dans le cadre d'une étude menée avec le Conference Board du Canada, en l'envisageant du point de vue selon lequel aucune personne n'aurait à verser plus de 1 500 \$ par année ou 3 % de sa rémunération annuelle. Il s'agit là d'un exemple de proposition que nous avons faite relativement au modèle de financement partagé dont il est question.

Le reste du financement pourrait provenir de régimes privés ou de régimes provinciaux. En réalité, il ne s'agit que d'une démonstration d'un modèle qui pourrait fonctionner et qui pourrait être un pas vers l'adoption d'un régime universel fédéral. Il s'agirait d'une chose qui pourrait encore avoir lieu dans l'avenir. Nous avons proposé ce modèle d'un régime partagé entre le gouvernement fédéral et les régimes privés ou provinciaux parce qu'il est complètement échelonnable. La question de savoir combien cela va coûter est énorme, je sais. Il sera possible de fixer cette limite à un montant inférieur ou à un montant supérieur, qu'il s'agisse de 1 500, de 2 000 ou de 5 000 \$. C'est une décision que le gouvernement pourrait prendre, et le pourcentage... que ce soit 3 % de la rémunération annuelle ou non. Nous avons vraiment l'impression qu'il pourrait s'agir d'un moyen d'amorcer ce type de participation fédérale dans le paiement, qui serait assortie de certains paramètres de sécurité, comme le fait qu'il serait possible d'échelonner le programme sur une période plus longue ou plus courte.

M. Don Davies: Est-ce que...

Dre Cindy Forbes: Excusez-moi, mais je vais seulement demander si Owen... parce qu'il s'agit d'une question à laquelle il peut...

M. Owen Adams: Non, ça va.

M. Don Davies: J'essaie simplement de déterminer si l'AMC s'opposerait à un régime d'assurance-médicaments public et universel.

Dre Cindy Forbes: Non, nous ne nous y opposerions pas, si c'était votre question. Il s'agissait d'une longue réponse, alors.

M. Don Davies: Merci.

Mon collègue vous a posé des questions au sujet des pratiques de prescription, et j'ai trouvé que vous aviez présenté un témoignage intéressant. Dans « *Pharmacare 2020: the Future of Drug Coverage in Canada* », le Dr Steve Morgan et ses collègues ont fait valoir ce qui suit:

Un formulaire unique et universel permettrait aussi de mieux orienter la prescription que la formation professionnelle à elle seule et améliorerait probablement la qualité et l'innocuité des soins reçus par les patients.

Vous avez évoqué l'aide que les formulaires offrent aux médecins qui exercent. Pouvez-vous décrire l'incidence qu'ont les décisions concernant les inscriptions aux formulaires sur les pratiques de prescription? Est-ce que le Dr Morgan touche un point important?

Dre Cindy Forbes: Je pense certainement qu'un tel formulaire peut être très bénéfique. Je connais bien la situation en Nouvelle-Écosse, où je travaille. Le formulaire est déterminé par un comité qui examine les données probantes. Les membres de ce comité étudient les coûts et la valeur. Le fait que le formulaire a été élaboré en tenant compte de ces éléments nous rend confiants du fait que ces choses ont été prises en considération et offre un modèle permettant aux médecins de comprendre quelles ordonnances constituent le meilleur rapport qualité-prix pour leurs patients.

Il y a des fois où nous pourrions souhaiter prescrire des médicaments qui ne figurent pas dans le formulaire, qui ne sont pas remboursés. Parfois, les raisons sont très personnelles pour un patient. Le coût est toujours une chose que nous gardons à l'esprit, mais il ne s'agit que d'un facteur au moment de décider quel médicament prescrire. Parfois, c'est une question de conformité. Parfois, c'est en raison de la facilité d'utilisation d'un appareil ou de quelque chose du genre que nous pourrions choisir un médicament qui ne figure pas dans le formulaire. Ensuite, cela devient une discussion avec les patients concernant le fait qu'ils ont les moyens de se le procurer ou non; cela complique les choses.

M. Don Davies: Combien de temps me reste-t-il, monsieur le président?

Le président: Vous avez 17 secondes.

M. Don Davies: Je serai rapide, alors.

Monsieur Harrington, savez-vous si d'autres pays dotés d'un régime d'assurance-médicaments public et universel ont connu une augmentation du recours par les patients à des médicaments sur ordonnance aux dépens des médicaments en vente libre? Je sais qu'il s'agit là de l'une de vos préoccupations. Pouvez-vous nous parler d'une administration dans laquelle cela est arrivé?

M. Gerry Harrington: Non, je ne le peux pas, car nous n'avons observé cette transition à aucun moment récemment. Le principal argument que je ferai valoir, c'est que comme nous accusons un retard par rapport à toutes ces administrations au chapitre du processus de changement de statut des médicaments, cela pourrait avoir quelque chose à voir avec le fait que nous ne disposons pas d'un régime national d'assurance-médicaments. Autrement dit, le gouvernement ne subit pas les conséquences, car il n'y a pas de programme national d'assurance-médicaments qui paie pour toutes ces ordonnances supplémentaires.

Encore une fois, notre préoccupation... Ce n'est pas tant le fait que cela nous préoccupe que le fait que nous pensons qu'il s'agit d'une occasion de rendre l'assurance-médicaments plus abordable.

• (1625)

Le président: Merci.

Monsieur Eyolfson, allez-y, s'il vous plaît.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci à tout le monde de s'être présenté.

Docteur Forbes, comme l'a dit Don, je suis heureux de vous revoir.

Dre Cindy Forbes: Je suis heureuse de vous voir.

M. Doug Eyolfson: Nous écoutons divers points de vue sur l'élaboration d'un régime d'assurance-médicaments. Nous avons entendu dire que deux ou trois intervenants différents contestent certaines des conclusions des études de l'Association médicale canadienne, en particulier celles de l'étude du Dr Morgan portant sur les conséquences financières. Quelle est votre réaction aux critiques de l'étude du Dr Morgan à l'égard des coûts?

Dre Cindy Forbes: Je vais laisser M. Adams répondre.

M. Owen Adams: Laissez-moi d'abord vous dire que l'étude de Steve a été publiée dans le *Canadian Medical Association Journal*. Il y a un pare-feu entre nous et les responsables de cette publication, alors vous devriez en prendre note. Il est certain que j'ai examiné l'étude de Steve. Tout comme les hypothèses, la méthodologie est précisée très clairement. Dans une certaine mesure, il s'agit d'une analyse comparative de ce qui arriverait si on pouvait réduire les

coûts jusqu'à un certain niveau. Cela ressemble un peu aux conclusions de l'étude effectuée par Marc-André Gagnon, de Carleton, en 2010. Nous avons mentionné ces deux études dans notre mémoire. Je pense qu'il a été rédigé avec soin.

M. Doug Eyolfson: Très bien, merci.

Pourriez-vous formuler un commentaire sur les économies potentielles au sein des ménages et pour le secteur privé — comme les compagnies d'assurance —, s'il y avait un système d'assurance-médicaments universel? Avons-nous la moindre idée de l'échelle des économies potentielles?

M. Owen Adams: Nous savons que, selon Statistique Canada, en 2014, les dépenses moyennes des ménages s'élevaient à 408 \$. Je ne connais pas de bonnes estimations concernant les économies administratives générales qui découleraient d'un tel système, qu'il s'agisse des régimes provinciaux ou des régimes privés. Je ne le sais pas vraiment.

M. Doug Eyolfson: Bien sûr. D'accord.

J'ai l'impression, intuitivement, que ce serait le cas, mais je ne dispose pas des données nécessaires pour pouvoir l'affirmer.

Avons-nous une idée des coûts pour le réseau de santé liés à la non-conformité due à la réduction des coûts? Je présente mes excuses au Comité, car il m'a entendu donner cet exemple à maintes reprises.

Si une personne n'a pas les moyens de s'acheter son insuline, quels sont les coûts immédiats liés à chaque occurrence d'acidocétose diabétique, le coût d'une crise cardiaque, le coût lié aux patients qui reçoivent un traitement de dialyse? Avons-nous une quelconque idée des économies, des économies potentielles en aval, pour le réseau de santé, si tout le monde avait les moyens d'acheter ses médicaments?

Dre Cindy Forbes: Je pense que la réponse, c'est que nous n'avons pas cette information. Selon moi, ces renseignements seraient très utiles. Je ne suis pas certaine qu'il soit même possible de recueillir tous ces renseignements. D'après ma propre expérience, je sais que les patients ne révèlent pas souvent le fait qu'ils ne prennent pas leurs médicaments. Ils ne veulent peut-être pas que je sache qu'ils n'ont pas les moyens de se les procurer. De ce point de vue, il est vraiment difficile de savoir si le résultat était lié ou non au fait qu'ils ne prenaient pas leurs médicaments. Nous nous sommes posé la même question, c'est-à-dire si ces données probantes existent, mais nous ne les avons pas trouvées.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Vous avez parlé de la prescription optimale comme faisant partie de la solution. Je ne saurais mieux dire. Nous sommes privilégiés, dans le milieu hospitalier, du moins au Manitoba. Nous disposons d'un relevé informatique grâce à un système intégré avec les pharmacies. Si une personne se présente à l'urgence, nous imprimons une liste de tous les médicaments qui lui ont été prescrits au cours des six derniers mois, alors nous savons ce qu'elle prend.

Est-ce qu'un système d'assurance-médicaments national serait utile pour ce qui est d'assurer une surveillance et d'orienter les médecins dans leurs pratiques de prescription?

Dre Cindy Forbes: Je pense qu'il pourrait l'être. Quand nous parlons de rassembler les provinces et territoires, les intervenants et le gouvernement fédéral afin qu'ils étudient la possibilité d'établir une stratégie pharmaceutique, la détermination de la meilleure façon d'organiser cette rencontre fera partie de cette solution. Je crois que cela serait assurément utile à de nombreux égards. J'ai mentionné la prescription électronique, mais il y a aussi l'éducation concernant le choix des médicaments qui figurent dans le formulaire, qui permet d'obtenir une rétroaction sur les médicaments qui y sont remboursés au fil du temps et de faire certains choix, et j'ai également entendu d'autres témoins en parler.

• (1630)

M. Doug Eyolfson: D'accord. Merci.

Monsieur Harrington, nous avons parlé de la consommation de médicaments en vente libre. Bien sûr, leurs effets sont très différents de ceux de bien des médicaments d'ordonnance. Les antibiotiques ne sont pas en vente libre. Les médicaments contre le cancer non plus. A-t-on réuni des données montrant une possible amélioration au chapitre de la morbidité ou de la mortalité associée aux médicaments en vente libre vendus parmi les produits de santé?

M. Gerry Harrington: Il est difficile de répondre à cette question. C'est que, de manière générale, lorsqu'il existe deux produits dans une même catégorie thérapeutique, un produit sur ordonnance et un produit que l'on peut obtenir sans ordonnance, nous savons, étant donné les normes d'approbation de ces produits qu'utilise Santé Canada, que ce sont en général les produits en vente libre qui présentent le risque le moins élevé.

Mais, quant à extrapoler qu'ils entraînent de meilleurs résultats, je ne crois pas qu'il existe des données permettant de le confirmer. Nous disposons de données sur la satisfaction par rapport aux résultats des gens qui utilisent ces produits. Il s'est fait un certain nombre d'études, dans le cas de médicaments d'ordonnance qui devenaient des médicaments en vente libre, et les résultats avaient tendance à être semblables à ceux obtenus au moment où il s'agissait d'un médicament d'ordonnance. Je ne pourrais pas dire qu'une amélioration soit évidente, en cas de changement de statut.

M. Doug Eyolfson: D'accord. Merci.

Je m'adresse de nouveau à vous, docteur Forbes. Nous avons entendu parler de la disparité dans notre système actuel, où l'on trouve des régimes d'assurance privés, des régimes d'assurance publics, des personnes non assurées, et de nombreux médecins qui passent leur temps à chercher des solutions de contournement. Je crois que vous comme moi savons très bien ce qu'il faudrait faire.

Avez-vous une idée de la façon dont vos membres s'y prennent pour composer avec cette situation, de combien de temps ils doivent passer à chercher et mettre en place toutes ces solutions de contournement? Avez-vous une idée du temps et des ressources que les médecins doivent consacrer à ces solutions de contournement pour s'assurer que leurs patients pourront se payer leurs médicaments ou pour les obtenir pour eux lorsqu'ils ne peuvent pas se les payer?

Dre Cindy Forbes: Je ne suis pas certaine que nous parlions de la même chose quand nous parlons de solutions de contournement. Ce que je sais, c'est que pour moi la solution consiste généralement à remplir un formulaire d'autorisation spéciale ou à présenter des demandes spéciales pour les produits qui ne sont pas assurés, c'est-à-dire que ce sont des formalités administratives.

M. Doug Eyolfson: Ça compte.

Dre Cindy Forbes: Oui, ça compte. Il est certain que cela représente un fardeau administratif, un fardeau qui occupe le temps

d'un médecin, qui doit s'occuper des exceptions au point où cela lui semble être la règle. J'ose espérer que la vision d'un programme national d'assurance-médicaments ne suppose pas une augmentation du fardeau administratif imposé aux médecins, car on ne pourrait pas alors parler de réussite, à mon avis. Il y a également le fardeau administratif, appelons ça les complications ou les obstacles, pour les patients qui doivent souvent présenter une foule de formulaires de demande. Ces formulaires sont parfois compliqués, et certaines personnes ont de la difficulté à les remplir sans aide.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Le président: Cela met fin à la première série.

Nous commençons la deuxième série. Il s'agira d'une période de questions de cinq minutes.

Madame Harder.

Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC): Merci beaucoup.

Ma première question s'adresse à Gerry et à Kristin.

Je crois comprendre que votre organisation s'occupe uniquement du volet de l'approvisionnement de ce secteur. Est-ce bien cela? J'espère que vous pourrez nous expliquer quels sont actuellement les obstacles à surmonter pour faire inscrire un produit sur les formulaires de médicaments publics. Quels sont les obstacles par rapport au processus d'inscription auprès des assureurs privés?

M. Gerry Harrington: Je dirais que, si je me souviens bien, depuis le milieu des années 1990 environ, pratiquement tous les formulaires, surtout ceux des régimes publics, ont éliminé les médicaments en vente libre. C'est un mouvement qui avait été lancé en 1990 ou en 1991. Je crois, à l'heure actuelle, qu'il y a très peu de formulaires... Je crois que le Programme des services de santé non assurés est l'un des seuls à offrir un important programme d'assurance-médicaments qui rembourse les médicaments en vente libre.

• (1635)

Mme Rachael Harder: D'accord.

M. Gerry Harrington: C'est un obstacle assez important.

Mme Rachael Harder: Est-ce que cela veut dire que vous défendriez l'idée d'inclure les médicaments en vente libre dans un programme national d'assurance-médicaments?

M. Gerry Harrington: De manière générale, non. Je crois que les choses évolueront en ce sens et que cela serait peut-être possible plus tard. Nous avons vu dans bien des administrations que les produits qui obtiennent le statut de produit en vente libre sont des produits que l'on aimerait inclure dans un régime.

Mme Rachael Harder: D'accord.

M. Gerry Harrington: Il y a encore aujourd'hui, je crois, bien des exemples de produits — je crois que les traitements pour l'abandon du tabac sont un bon exemple — qu'il serait tout à fait souhaitable, pour des motifs économiques, de rendre accessibles.

Notre objectif, concrètement, est de nous assurer d'avoir un système de réglementation qui permet de mettre ces produits sur le marché et de les rendre accessibles aux Canadiens plus rapidement qu'aujourd'hui. Il leur faut attendre de sept à neuf ans de plus que les résidents des États-Unis ou de l'Union européenne, et de nombreux Canadiens qui préféreraient prendre en charge leur propre santé, de cette manière, arriveraient à le faire; aujourd'hui, ils n'ont pas d'autre choix que de s'adresser au médecin pour avoir un médicament d'ordonnance. Et c'est pour un problème de santé qui a déjà été clairement diagnostiqué, et on parle d'un patient qui n'aurait aucune hésitation à prendre en charge son traitement.

Nous estimons donc qu'il faut plutôt chercher à éliminer les obstacles extérieurs au système d'assurance-médicaments, de façon que le régime soit plus abordable.

Mme Rachael Harder: D'accord.

Cela laisse les portes grandes ouvertes. Ça me met très mal à l'aise.

L'image qui me vient à l'esprit, c'est celle d'une longue file de personnes qui attendent pour obtenir leurs bouteilles de Tylenol ou d'Advil gratuites, etc., parce que ces produits seraient couverts par un régime national d'assurance-médicaments.

Ai-je bien compris ce que vous voulez défendre?

M. Gerry Harrington: Je suis désolé si je ne me suis pas fait bien comprendre.

Non, nous ne disons pas qu'il faudrait inscrire ces produits sur le formulaire ou dans le régime d'assurance-médicaments, pas du tout. Les gens doivent...

Mme Rachael Harder: D'accord, merci. Je voulais tout simplement clarifier cette question. Merci beaucoup.

Ma prochaine question s'adresse à l'Association médicale canadienne.

Docteur Forbes, j'ai parcouru le mémoire prébudgétaire que vous avez présenté plus tôt, et votre organisation présentait deux recommandations sur l'assurance-médicaments. La première visait à ce que le secteur de l'assurance-santé privée participe aux travaux d'une alliance pancanadienne pharmaceutique, laquelle assure la plus grande partie des Canadiens en âge de travailler, évidemment, la deuxième visait à créer un régime national de couverture des médicaments onéreux pour tous les Canadiens.

Vous estimez que le coût d'un régime de couverture des médicaments onéreux s'élèverait à environ 1,7 milliard de dollars. Ma question est la suivante: pourquoi ne recommandez-vous pas d'emblée un programme d'assurance-médicaments universel? Pourquoi préférez-vous une approche plus progressive plutôt qu'un programme d'assurance-médicaments qui couvrirait immédiatement tout le pays?

Dre Cindy Forbes: Merci de poser la question.

Je crois avoir abordé cet aspect en répondant à une question précédente, mais en réalité, notre intention — surtout en ce qui concerne les consultations prébudgétaires — était d'envisager des mesures que nous pourrions facilement et rapidement mettre en oeuvre. Selon nous, cette recommandation est une première étape vers un programme national d'assurance-médicaments, si c'est bien ce que nous voulons, et nous estimions que c'était là une approche raisonnable. Encore une fois, ce sera échelonnable, comme je l'ai dit, et, sur le plan administratif, plus facile que certaines autres approches. Vraiment, créer de toutes pièces un programme national d'assurance-médicaments prendra probablement assez longtemps, et ce serait déjà un premier pas.

Mme Rachael Harder: Avez-vous une idée du temps que cela nous prendra?

Dre Cindy Forbes: Voudriez-vous en parler?

Owen connaît très bien l'historique de ce dossier. Beaucoup de tentatives ont déjà été faites dans le passé.

M. Owen Adams: Eh bien, je crois que c'est un défi. Si vous voulez vraiment mettre en place un régime public d'assurance-médicaments complet, vous devez examiner les dépenses privées s'élevant à 17 milliards de dollars faites en 2014.

Je suis d'accord avec les modèles selon lesquels des achats en masse et des choses de ce type permettraient de faire quelques économies, mais il reste que c'est un bon morceau à avaler, c'est le moins qu'on puisse dire. C'est pour cette raison que nous ne croyons pas que cela puisse se faire du jour au lendemain, comme cela s'est fait pour l'assurance-maladie, pendant les années 1960. C'était à ce moment-là une entreprise d'une bien moins grande envergure.

Mme Rachael Harder: Monsieur Adams, êtes-vous en train de dire que le programme d'assurance-médicaments va nous coûter de l'argent, non pas nous en faire économiser?

M. Owen Adams: Je suppose que vous parlez d'un programme public. En 2014, les dépenses totales pour le Canada s'élevaient à près de 29 milliards de dollars. De ce total, 12 milliards ont été versés par les gouvernements — fédéral, provinciaux et territoriaux — et 17 milliards de dollars provenaient du privé. C'est-à-dire 10 milliards des régimes d'assurance privés et 6,4 milliards de dollars directement de nos poches.

Cette proposition avait été présentée en 1997 dans le cadre du Forum national sur la santé. On disait que cet argent était de toute façon dépensé et qu'il pourrait provenir des coffres de l'État. La question est alors de savoir comment il faut s'y prendre. Pour l'assurance-maladie, dans les années 1960, le gouvernement fédéral a pris les devants et proposé aux provinces un partage des coûts à 50-50. Le processus a été étalé sur plusieurs années, et cela s'est fait rapidement, mais je crois qu'il est question aujourd'hui d'un morceau bien plus gros qu'à l'époque.

● (1640)

Mme Rachael Harder: Merci beaucoup.

Le président: Merci.

Monsieur Kang.

M. Darshan Singh Kang (Calgary Skyview, Lib.): Merci, monsieur le président.

J'aimerais remercier les témoins de s'être présentés devant le Comité.

Natasha Mistry, les Canadiens vieillissent, et cela leur pose de nombreux problèmes. Je suis entré dans ce club le 2 mai. L'un des problèmes, c'est le nombre croissant de produits pharmaceutiques nécessaires pour assurer la qualité de vie des personnes âgées. Pourriez-vous éclairer un peu le Comité sur l'évolution des pratiques de prescription, pour les Canadiens âgés, et expliquer de quelle manière une stratégie nationale d'assurance-médicaments pourrait pallier certaines des vulnérabilités de ce groupe de personnes?

Mme Natasha Mistry: Tout à fait. Je crois que cela répond également à bien des questions quant à la possibilité que l'adoption d'un programme national d'assurance-médicaments entraîne une hausse incontrôlable du nombre d'ordonnances. Je crois que la réponse dépasse le cadre de l'assurance-médicaments proprement dite. Je crois qu'elle a plutôt trait à l'offre de soins multidisciplinaires. Les Canadiens âgés ont souvent un problème de santé, voire plusieurs. Par exemple, une personne qui souffre d'arthrose peut également souffrir de dépression ou encore d'une maladie intestinale inflammatoire. Au Canada, où les soins multidisciplinaires sont déficients, les traitements sont offerts par des groupes de spécialistes très différents les uns des autres. Un patient âgé qui a trois problèmes distincts doit suivre trois traitements distincts.

Un programme national d'assurance-médicaments ne règlera pas tous ces problèmes, mais nous espérons qu'il entraînera une discussion sur la façon dont les Canadiens, les personnes âgées en particulier, obtiennent des soins et sur les moyens qu'il faudrait mettre en oeuvre pour que les trois médecins parlent ensemble et offrent des soins coordonnés, ce qui nous permet de nous assurer que les médicaments prescrits au patient sont le plus efficaces.

M. Darshan Singh Kang: Votre association a joué un rôle dans la remise en question des changements de l'assurance-maladie en Nouvelle-Écosse, en Ontario et dans d'autres provinces. Le problème, c'était que les personnes âgées dont le revenu était élevé auraient à payer des cotisations plus élevées. Quels changements proposés, exactement, votre association voulait-elle remettre en question? Pourquoi est-ce que l'approche d'une augmentation des cotisations des Canadiens âgés n'a pas réussi à pallier l'augmentation du coût des produits pharmaceutiques au Canada, et comment une stratégie nationale d'assurance-médicaments permettrait-elle de régler ce problème?

Mme Natasha Mistry: Nos membres contestent beaucoup de ces changements. Nous soutenons habituellement tous nos membres qui demandent que certaines mesures soient prises. Malheureusement, je ne peux pas parler de ce dossier particulier de la Nouvelle-Écosse et de l'Ontario. Cela fait seulement sept jours que je travaille pour l'Association canadienne des individus retraités, mais, de manière générale, j'ai très longtemps travaillé dans le domaine de la santé au Canada.

• (1645)

M. Darshan Singh Kang: Pourriez-vous faire parvenir un document écrit au président, à ce sujet?

Mme Natasha Mistry: Absolument.

M. Darshan Singh Kang: Merci beaucoup.

Pourquoi l'augmentation des primes pour les personnes âgées n'a-t-elle pas permis de composer avec la croissance du coût des médicaments au Canada, et en quoi une stratégie nationale d'assurance-médicaments le pourrait-elle?

Mme Natasha Mistry: Votre question m'est-elle adressée?

M. Darshan Singh Kang: Oui, je vous prie.

Mme Natasha Mistry: J'aimerais aussi répondre à cette question par écrit.

M. Darshan Singh Kang: Merci.

Je vais continuer avec vous. Nombre de vos membres ont un revenu fixe, et certaines provinces qui ont mis en oeuvre un programme d'assurance-médicaments équitable, comme la Colombie-Britannique, ont établi un paramètre propre aux personnes âgées. Selon vous, quelles approches provinciales relativement à l'assurance-médicaments se sont avérées judicieuses, et lesquelles ont entraîné davantage de difficultés pour les personnes vivant avec un revenu fixe?

Mme Natasha Mistry: Pouvez-vous répéter la question s'il vous plaît?

M. Darshan Singh Kang: Beaucoup de membres ont un revenu fixe. Certaines provinces — la Colombie-Britannique, par exemple — ont adopté une approche fondée sur le niveau de revenu. Pouvez-vous nous donner des exemples d'approches provinciales relatives à l'assurance-médicaments qui, selon vous, se sont avérées judicieuses? Quelles approches ont entraîné davantage de difficultés pour les gens ayant un revenu fixe?

Mme Natasha Mistry: Comme je l'ai dit dans mon exposé, la Colombie-Britannique est l'une des provinces où le régime d'assurance-médicaments pour les personnes âgées est en transition: on passe d'un régime axé sur l'âge à un régime fondé sur le revenu. Souvent, cela veut dire que les membres de l'ACIR n'ont peut-être pas accès au régime d'assurance-médicaments prévu spécifiquement pour les personnes âgées. Voilà un exemple d'approche qui n'a pas fonctionné.

Je crois que les aînés consacrent beaucoup de temps et d'énergie à la société canadienne, et nous savons qu'il y a de plus en plus de personnes âgées qui vivent dans la pauvreté. Je crois fermement qu'un programme national d'assurance-médicaments permettrait de soutenir ces personnes âgées en soulageant leurs inquiétudes relatives à l'achat de leurs médicaments sur ordonnance.

Nous savons — parce qu'ils nous l'ont dit — que 10 % des membres de l'ACIR n'ont pas les moyens d'acheter leurs médicaments.

Le président: Monsieur Webber.

M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC): Merci, monsieur le président. Ai-je droit à trois minutes ou à cinq minutes? Cinq minutes. Je vais peut-être partager mon temps avec mes collègues, si vous me le permettez.

D'abord, je veux offrir à toutes les personnes ici présentes mes plus sincères remerciements pour le travail que vous avez accompli, en particulier M. Harrington et Mme Willemsen de Produits de santé consommateurs du Canada. Je me fie à vous et à vos produits en tout temps. J'ai très peur des médecins et je refuse de les consulter, alors je vais toujours chez London Drugs pour obtenir ce dont j'ai besoin. Je vous en remercie.

J'ai trouvé que les statistiques dans votre recherche ainsi que vos propos au sujet de la façon dont les Canadiens comblent leurs besoins en matière de santé étaient très intéressants. Moi, bien entendu, je vais à la pharmacie.

Vous avez mentionné que, selon vos études, 2 % des gens vont chez le médecin même lorsqu'ils estiment eux-mêmes souffrir d'une affection mineure. J'ai toujours été critique à l'égard des gens qui vont consulter le médecin pour une petite toux ou quelque chose du genre; cela coûte beaucoup d'argent, et vous avez même dit combien. Vous avez dit le montant, et je n'en étais même pas certain. J'aimerais avoir plus de détails à ce sujet. Qu'est-ce qu'il en coûte à notre système de santé?

M. Gerry Harrington: Laissez-moi présenter une brève introduction, puis Kristin pourra compléter avec les statistiques.

Ce qu'il faut savoir à propos du fardeau des affections bénignes sur le système de santé est que, même lorsqu'on parle de 2 % de gens qui souffrent d'affections bénignes, le numérateur est au-dessus d'un énorme dénominateur. Les affections de ce genre sont vraiment très courantes et touchent la vaste majorité des Canadiens. Il est toujours un peu surprenant de faire le calcul et de voir à quel point cela représente une grande proportion de la charge de travail des médecins.

Je vais laisser Kristin vous en parler; elle a fait beaucoup de travail dans ce domaine.

• (1650)

Mme Kristin Willemsen (directrice, Affaires scientifiques et réglementaires, Produits de santé consommateurs du Canada): Merci.

En 2011, nous avons étudié en profondeur les données économiques connexes. Il en est ressorti que le quart des Canadiens vont effectivement chez le médecin quand ils souffrent d'une affection bénigne. Seulement pour la toux et le rhume, les visites chez le médecin comptent pour environ 625 millions de dollars annuellement. On pourrait économiser 89 millions de dollars annuellement dans le système de santé si les gens qui souffrent de symptômes bénins se soignent eux-mêmes au lieu d'aller chez le médecin.

Si nous traduisons cela en visites chez le médecin, cela voudrait dire qu'on réaliserait assez d'économies pour que 500 000 Canadiens aient accès à un médecin. On ne parle même pas du coût des médicaments d'ordonnance ou des tests. Il ne s'agit pas non plus d'autres coûts.

M. Len Webber: Je suppose que ma principale préoccupation concerne l'interaction de mes médicaments en vente libre. Disons que je prends un médicament contre le rhume la nuit ainsi qu'un somnifère; cela m'inquiète. Actuellement, la surconsommation de médicaments chez les personnes âgées est un problème. Je suis préoccupé: les Canadiens sont-ils sensibilisés et informés par rapport aux effets des divers médicaments en vente libre?

M. Gerry Harrington: Il s'agit d'un problème très important. Présentement, il y a un certain nombre d'initiatives visant à améliorer les étiquettes des produits et à informer la population.

Selon moi, il est très intéressant de constater que, sur le marché canadien — par rapport aux autres, en particulier le gros marché au sud de notre frontière —, les Canadiens sont trois fois plus susceptibles que les citoyens américains de consulter un pharmacien pour obtenir des renseignements sur les médicaments offerts sans ordonnance. Il est très important de continuer à mettre l'accent là-dessus, et je crois que l'industrie doit faire des efforts en ce sens pour s'assurer que les produits sont utilisés correctement, parce que l'utilisation correcte d'un médicament est une condition clé pour qu'il soit sécuritaire et efficace.

M. Len Webber: Merci.

Monsieur Carrie.

M. Colin Carrie: Certains de nos témoins ont parlé du système canadien. Dans l'ensemble, la couverture est assez bonne, mais il semble y avoir des lacunes pour ce qui est des petits salariés et des personnes âgées.

Je crois que c'est M. Adams qui a mentionné que, si les régimes d'assurance privés disparaissaient, le gouvernement fédéral hériterait du coup d'une facture d'environ 17 milliards de dollars ou d'une partie de cette somme. Peu importe le vrai chiffre, il serait important.

L'un de mes collègues a demandé si vous étiez contre la création d'un régime public d'assurance-médicaments. Seriez-vous contre un programme mixte ou contre l'amélioration du programme en vigueur — où se combinent le privé et le public — afin de favoriser un meilleur accès, comme vous l'avez dit, à certains médicaments qui ne sont peut-être pas couverts à cause de contraintes liées au coût?

Dre Cindy Forbes: Absolument pas. Comme je l'ai dit, le modèle que nous proposons pour un partage... Il pourrait toujours facilement être intégré aux régimes privés, alors pas du tout.

M. Colin Carrie: Est-ce qu'il me reste assez de temps pour une autre petite question?

Le président: Non, je suis désolé.

Monsieur Ayoub.

M. Ramez Ayoub (Thérèse-De Blainville, Lib.): Monsieur le président, je vais donner ma minute à M. Oliver.

Le président: D'accord. C'est très généreux de votre part.

M. Ramez Ayoub: Eh bien, je me sens généreux aujourd'hui.

Le président: Je vais m'assurer qu'il le mérite.

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

Je veux vous remercier tous de vos exposés très intéressants.

Ma première question s'adresse à M. Harrington.

Je ne veux pas vous manquer de respect par rapport à vos exposés, mais j'ai trouvé leur pertinence pour notre étude quelque peu douteuse. Je crois que vous avez dit à deux ou trois occasions dans votre exposé que vous saviez que nous nous penchions sur l'élaboration d'un programme national d'assurance-médicaments, mais que votre exposé portait davantage sur les médicaments en vente libre. Je ne veux pas que les médicaments en vente libre soient ajoutés à une liste des médicaments assurés. Votre principale préoccupation tient au fait que l'élaboration d'une liste fermée de médicaments assurés pourrait faire en sorte que des médicaments soient rapidement mis en vente libre si on pouvait le justifier. Est-ce ce que je dois retenir, en gros, de votre exposé?

M. Gerry Harrington: Ce que vous devez retenir, c'est que, oui, il y a des lacunes dans le système réglementaire en vigueur pour les médicaments en vente libre qui faciliteraient la mise en place d'un programme d'assurance-médicaments.

M. John Oliver: Alors, il s'agit de la décision initiale à savoir si un médicament peut être mis en vente libre et ne plus être couvert par le programme national d'assurance-médicaments...

M. Gerry Harrington: Ainsi que l'élimination du fardeau administratif actuel...

M. John Oliver: Merci, alors.

Docteure Forbes, je veux revenir sur ce que mon collègue, M. Davies, a dit. Nous avons entendu différents sons de cloche par rapport au programme national d'assurance-médicaments. L'Association des pharmaciens du Canada avait commandé une étude, et l'une des conclusions de l'auteur était que le fait de passer de formulaires ouverts — comme ceux que nous utilisons présentement — à des formulaires fermés réduirait les choix pour les patients et les médecins, ce qui aurait une incidence défavorable sur la santé des patients. Selon vous, les formulaires ouverts sont-ils une meilleure option qu'un modèle à formulaires fermés?

• (1655)

Dre Cindy Forbes: Avant tout, je ne crois pas que ce soit si simple. Un grand nombre de patients qui ont accès à un régime d'assurance-médicaments privé n'ont pas accès à un formulaire ouvert. De fait, chez certaines compagnies d'assurance, il y a une dizaine de régimes différents que les entreprises peuvent souscrire. Parmi ces régimes, il y en a qui sont bien plus restrictifs que les autres.

On peut concevoir un programme national d'assurance-médicaments qui n'est pas aussi restrictif que ce dont vous avez parlé. Il revient aux concepteurs du programme de se pencher sur les problèmes liés aux restrictions excessives et de trouver des façons de les régler. Actuellement, nous composons avec ces problèmes grâce à des exceptions et à des autorisations spéciales. J'ai beau m'être plainte au sujet de la paperasse, le fait est que ce processus est très utile, et je crois que nous pouvons atténuer les problèmes.

M. John Oliver: L'AMC a-t-elle des recommandations à faire au sujet d'un organisme qui serait chargé de l'élaboration responsable d'un formulaire? Nous avons reçu l'ACMTS; cet organisme est très actif partout au Canada. Croyez-vous qu'il s'agirait de l'organe le mieux placé pour élaborer un formulaire fondé sur des données probantes?

M. Owen Adams: Il faudrait certainement y songer, absolument. Il s'agit d'un organisme chevronné qui a de solides antécédents.

M. John Oliver: Très bien, merci.

J'essaie de réfléchir à d'autres avantages qu'un régime national d'assurance-médicaments pourrait offrir aux médecins. Actuellement, comme l'a dit l'un des groupes, je crois, il y a plus d'un millier de régimes d'assurance privés différents avec lesquels les pharmaciens doivent composer pour servir leurs patients. Je me demandais comment, alors, il est possible de créer un dossier de santé complet pour les patients; si un patient était couvert par un régime national d'assurance-médicaments, il serait alors évident et très simple de savoir quels médicaments il prend et comment il se les procure.

Serait-il donc plus facile pour un urgentologue ou un médecin de famille de savoir quels médicaments ont été prescrits à un patient en consultant son dossier?

Dre Cindy Forbes: C'est possible. Il y a d'autres manières de s'y prendre, et je crois que c'est ce qui arrive aux quatre coins du Canada actuellement. On conçoit de plus en plus de systèmes dans les provinces afin de pouvoir suivre toutes les ordonnances exécutées par différentes pharmacies.

Mais il y a quand même un avantage potentiel à n'avoir qu'un seul système. Je veux souligner que l'avantage le plus important à avoir un programme national d'assurance-médicaments pour les médecins est probablement le fait que nous pourrions traiter nos patients et que ceux-ci pourront avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin. Au final, c'est ça, l'avantage que nous recherchons: que les patients soient traités.

Je crois que nous savons tous que cela arrive; nous le voyons chaque jour. C'est l'une des questions que je pose quand je rédige une ordonnance sur papier ou à l'ordinateur; je demande à mes patients des questions générales au sujet de leur capacité de se payer le médicament. Je crois que c'est la grande question ici.

M. John Oliver: Est-ce qu'il y aurait des inconvénients pour un médecin de famille ou pour les médecins en général si on élaborait un régime national d'assurance-médicaments? J'ai de la difficulté à en trouver un.

Dre Cindy Forbes: Voyons voir, je suppose que cela dépendrait vraiment de la façon dont il serait administré. Si je devais absolument recommander quelque chose, ce serait que l'administration ne soit pas trop lourde. C'est quelque chose qui me paraît évident: il faut que l'administration se fasse de façon plus fluide. Entre autres avantages, on verrait de meilleurs renseignements et plus d'information pour les patients dans des formulaires fondés davantage sur des données probantes. Cela me semble évident.

M. John Oliver: Reste-t-il du temps à M. Ayoub?

Le président: Non, son temps est épuisé. C'est tout pour vous.

Monsieur Davies.

M. Don Davies: Merci.

Lundi, la Dre Robyn Tamblin, professeure à l'Université McGill, a proposé un modèle où il y aurait un formulaire national pour les médicaments essentiels et efficaces, comme l'insuline ou les médicaments pour l'asthme, dont l'efficacité est prouvée. Nous

savons que ces médicaments aident à prévenir des maladies plus graves s'ils sont pris de façon appropriée. Donc, elle a proposé un plan où ces médicaments seraient fournis gratuitement à tous les Canadiens; les médicaments qui sont plus expérimentaux ou plus coûteux et dont l'efficacité supérieure n'a pas été démontrée pourraient être offerts aux Canadiens, moyennant le versement d'une quote-part.

Ce modèle vous semble-t-il intéressant, docteur Forbes?

• (1700)

Dre Cindy Forbes: Je n'ai pas étudié la question sous cet angle précisément. D'une certaine façon, nous avons une sorte de système à deux vitesses, même avec des patients qui ont accès à un régime privé et des patients qui ont recours au régime d'assurance-médicaments. Quand leur médicament n'est pas couvert par le régime, ils ont toujours la possibilité de l'acheter par eux-mêmes.

D'une certaine façon, on prend ce genre de décisions quand, dans un formulaire donné, un médicament n'est pas couvert parce qu'il ne semble pas fonctionner. Les patients peuvent toujours l'acheter s'ils le veulent. Cela se produit actuellement, dans une certaine mesure, mais je n'avais pas vraiment songé à l'adoption d'un tel modèle dans l'avenir.

Owen, avez-vous des commentaires à faire sur ce sujet?

M. Owen Adams: Je vais répondre rapidement. Cela dépendrait d'où viendrait le reste, de l'importance du reste de la couverture et de la façon dont celle-ci serait financée. Il faudrait réfléchir à cela.

M. Don Davies: Monsieur Adams, si je vous ai bien compris, vous avez dit — et je considère qu'il s'agissait d'une déclaration passablement affirmée — que le passage à un régime d'assurance-médicaments universel aujourd'hui représente un plus gros morceau que les initiatives entreprises dans les années 1960 pour mettre en place un régime d'assurance-maladie pour les Canadiens, c'est-à-dire fournir à tous les Canadiens un accès gratuit aux médecins et aux soins hospitaliers.

Croyez-vous qu'il s'agit d'un engagement plus important — sur le plan des finances et des politiques — que ne l'était la création de l'assurance-maladie? Est-ce que je vous ai bien compris?

M. Owen Adams: Oui. Tout d'abord, je crois qu'à l'époque du rapport Hall, les médicaments d'ordonnance représentaient 6,5 % des dépenses en santé. Aujourd'hui, je crois qu'ils comptent pour 13,4 %, alors il y a une augmentation à ce chapitre. Pour ce qui est de l'assurance-maladie, le premier paiement pour ce régime a été fait en 1968-1969, et il s'élevait à 33 millions de dollars. Par la suite, ce montant a augmenté rapidement. Bien entendu, je ne me suis pas penché sur les dépenses hospitalières d'avant la création du régime, mais celles-ci ont connu une montée rapide.

Comme nous l'avons dit dans notre mémoire, le Forum national sur la santé a recommandé cette transition. À l'époque, je crois qu'on parlait de 6 milliards de dollars ou peut-être plus. Aujourd'hui, ce montant s'élèverait à 9 milliards de dollars, et les dépenses réelles seraient bien plus élevées. On observe une croissance d'environ 200 % des dépenses par rapport à une croissance de la population de 20 %. Je dis cela pour souligner à quel point la situation a changé.

M. Don Davies: Disposez-vous de données pour soutenir ce que vous dites, ou est-ce que vous...

M. Owen Adams: Tout est dans notre mémoire, monsieur.

M. Don Davies: Pouvez-vous m'indiquer une étude qui démontre que le passage à un régime d'assurance-médicaments universel aujourd'hui représenterait une transition plus importante que le passage progressif à un régime d'assurance-médicaments? Ce que je veux savoir, c'est s'il s'agit de votre opinion ou si vous avez une étude ou des données qui soutiennent ce que vous dites.

M. Owen Adams: Non, rien n'a été prouvé de façon irréfutable. Il faudrait que je réfléchisse à la façon dont cela pourrait être démontré.

M. Don Davies: D'accord, merci.

Docteur Forbes, en ce qui concerne la coexistence de régimes publics et privés, il y a actuellement au Québec un système où le régime public couvre toutes les personnes qui n'ont pas accès à un régime d'assurance privé, et les régimes d'assurance privés souscrits par les employeurs sont tenus d'offrir une couverture aux employés. Donc, il s'agit exactement d'une telle situation, et ce système a été critiqué ici à deux égards.

D'abord, il s'est avéré que le coût par habitant du régime était très élevé, à cause de la lourdeur de l'administration. Ensuite, il a été conclu qu'il y a une sélection arbitraire dans les régimes d'assurance privés. Ce qui est onéreux est laissé au régime public, alors qu'on retient ce qui est moins cher dans le régime privé. Donc, voilà les deux reproches que l'on fait à ce système, si j'ai bien compris.

L'AMC s'est-elle penchée sur le système québécois pour en évaluer les problèmes?

Dre Cindy Forbes: En vérité, je ne peux pas répondre à votre question. Je n'ai pas vu d'analyse que nous aurions menée par rapport au système québécois.

M. Don Davies: D'accord. Merci. C'est tout ce que j'avais à demander.

Le président: Nous avons terminé.

La sonnerie d'appel ne tardera pas à se faire entendre, et le Comité a encore un peu de travail à faire. Je tiens à remercier chaleureusement nos témoins.

Madame Mistry et monsieur Harrington, si vous avez des rapports écrits, nous aimerions les avoir. Pourriez-vous nous remettre des copies de vos exposés? Nous aimerions pouvoir repasser sur certains des renseignements que vous avez présentés. Nous les avons trouvés très utiles et intéressants.

Nous allons prendre une courte pause, puis nous allons reprendre.

Nous devons vous entretenir rapidement de deux questions.

● (1700)

(Pause)

● (1710)

Le président: Reprenons.

Je veux seulement discuter de deux choses. D'abord, nous avons notre liste d'invités pour notre prochaine réunion le 6 juin, mais nous n'avons pas de liste pour celle du 8 juin. Il y a le Budget supplémentaire des dépenses, que nous pourrions étudier, ou pas.

Le Comité souhaite-t-il étudier le Budget supplémentaire des dépenses le 8 juin, si les personnes concernées acceptent de venir répondre à nos questions?

M. Colin Carrie: Ce serait parfait. Pouvons-nous inviter la ministre et ses collaborateurs?

Le président: Nous pouvons les inviter. Habituellement, nous recevons la ministre, n'est-ce pas? Ou invitons-nous des fonctionnaires?

M. Colin Carrie: Nous recevons les deux.

Le président: Nous pouvons demander à la ministre de comparaître.

Je crois que tout le monde a reçu une copie du Budget supplémentaire des dépenses. Elles auraient dû être distribuées.

Avez-vous des commentaires à ce sujet? Vous ne parlez pas beaucoup.

D'accord. Nous allons inviter la ministre pour la réunion du 8 juin. Si elle ne peut pas venir, voulez-vous quand même étudier le Budget supplémentaire des dépenses?

M. Colin Carrie: Nous le pourrions, si les fonctionnaires du ministère sont là. Je préférerais que ce soit la ministre.

Le président: Donc, nous pourrions procéder si des fonctionnaires sont présents. D'accord. Nous verrons ce que nous pourrions faire.

Voilà pour mon premier point. Deuxièmement, il y aura demain une réunion du comité de liaison où seront les présidents de tous les comités. Je vais dire au comité que nous avons l'intention de nous déplacer, mais vous devez me dire où nous voulons aller.

Je crois que vous avez tous une copie des itinéraires de voyage proposés. On y retrouve deux options: l'option A et l'option B, que nous pouvons quand même modifier. Voici donc les options recommandées: le Royaume-Uni et la Suède pour l'option A; et la Nouvelle-Zélande, le Japon et l'Australie pour l'option B.

M. Colin Carrie: Monsieur le président, je me préoccupe surtout du coût. Je me demandais ce qui, selon mes collègues ici présents, serait la meilleure façon d'obtenir l'information dont nous avons besoin: nous rendre sur place ou tirer parti de la technologie pour recueillir les témoignages de ces autres organisations.

● (1715)

Le président: Voici ce que j'en pense.

Quand nous avons un témoin qui s'est exprimé depuis la Colombie-Britannique, j'avais l'impression qu'elle ne faisait pas vraiment partie de la discussion. Elle n'avait pas de présence. Nous n'avons pas été capables d'approfondir ce qu'elle disait, et elle avait beaucoup de choses à dire. J'avais tout bonnement l'impression qu'on accordait toute l'attention aux gens qui étaient présents, et pas à elle. C'est ce que je ressentais.

M. Colin Carrie: Malgré tout, il y aurait peut-être une façon de procéder un peu différemment pour sonder les gens. J'ai constaté que, même chez les témoins qui sont présents physiquement, certains ont un peu plus de présence. Ils ont déjà témoigné devant nous, et quand ils veulent contribuer, ils...

Le président: Ils doivent se préparer aussi, avant de...

M. Colin Carrie: Notre Comité peut être assez intimidant.

J'aimerais entendre ce que mes collègues pensent à propos des moyens dont nous pourrions améliorer l'étude.

Le président: En outre, les montants ne sont pas indiqués, puisque nous ne savons pas quelle option nous allons choisir, et nous ignorons quand nous allons partir. Je crois que nous devrions déterminer quelle option nous apportera le plus et laquelle est la plus opportune. Ensuite, nous allons discuter du coût, puis nos analystes pourront en déterminer la valeur. Je n'ai pas à présenter cela demain, mais la réunion est demain. J'aimerais au moins pouvoir dire que nous pensons à faire cela.

Avez-vous des commentaires à faire sur ces destinations?

Monsieur Davies.

M. Don Davies: Merci.

Pour revenir sur ce qu'a dit Colin, j'apprécie le fait qu'on cherche toujours à savoir si ce que nous faisons est nécessaire, même si c'est une question épineuse. Selon moi, c'est important, parce que je crois qu'il y a des déplacements qui sont utiles, et d'autres non, alors il est sage de se poser la question. Pour moi, il ne fait aucun doute que, pour vraiment comprendre ce qui se passe dans des endroits comme le Royaume-Uni, nous devons nous y rendre. Une personne qui témoigne à ce sujet disposerait possiblement d'une heure, et de cette heure, cinq à sept minutes seraient consacrées aux questions. Imaginez que nous nous rendons au Royaume-Uni pour deux jours; nous serons dans une pièce avec des experts et des leaders en matière de politiques de santé, et nous aurons trois heures avec eux pour qu'ils puissent présenter un exposé complet et répondre à toutes nos questions. Je suis d'avis que c'est absolument essentiel pour notre Comité. Si nous voulons vraiment et complètement comprendre ce qui se passe dans d'autres pays, nous n'avons d'autre choix que de nous rendre là-bas.

J'aimerais suggérer un compromis entre les deux options. La première option semble bonne. Tant qu'à nous rendre là-bas, j'aimerais...

Le président: Pardonnez-moi, mais la sonnerie se fait entendre, et j'ai besoin de votre consentement unanime pour poursuivre nos travaux pendant 15 minutes de plus.

M. Colin Carrie: S'agit-il de la sonnerie de 15 minutes ou celle de 30 minutes?

Le président: Trente minutes. Nous allons partir à 17 h 30. Tout le monde est-il d'accord?

La sonnerie se fait entendre à moins quart.

Une voix: Voulez-vous continuer pendant cinq minutes, peut-être?

Des voix: D'accord.

M. Don Davies: Je serai bref.

J'ajouterais les Pays-Bas à la première option, parce que les témoins nous ont dit assez souvent, quand nous leur posions la question, d'aller au Royaume-Uni, dans un des pays scandinaves et aux Pays-Bas.

J'aime l'idée d'aller en Nouvelle-Zélande. Pour le Japon, je crois que c'est exclu. D'après ce que j'ai compris, le système japonais est très différent. Son système de soins privé est très différent... Je n'ai pas eu l'occasion de vraiment lire le rapport. Je crois que notre voyage serait plus économique si nous nous rendions au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Suède.

Le président: Vous dites qu'on devrait aller au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Suède.

M. Don Davies: J'aime la première option assortie de l'ajout des Pays-Bas, parce que ce pays est tout près et que nous pourrions y obtenir beaucoup d'information.

M. John Oliver: Même son de cloche de ma part. Je crois qu'on nous a dit que le Royaume-Uni et les Pays-Bas... et je crois que la Suède pourrait s'avérer intéressante. Très rapidement, j'ai un autre point à ajouter. Je crois qu'il faut toujours garder en tête la question du coût lorsqu'on étudie ces questions, alors j'aime cette option. Bien souvent, ce qu'on gagne en faisant une visite à l'étranger — parce que je l'ai déjà fait dans ma carrière hospitalière —, c'est qu'on peut rencontrer les représentants du système de santé national et des structures politiques. Il faut comprendre comment cela est administré et exprimé sur le plan politique dans différents pays, parce que ces choses ont un impact très direct sur l'exécution et la prestation.

Ce n'est pas tout de demander « comment fonctionne votre système de formulaire »; il faut aussi déterminer comment fonctionne le système de santé en Angleterre ou au Royaume-Uni. Ainsi, on peut obtenir une meilleure compréhension de la façon dont le programme est mis en oeuvre.

Le président: Nous pourrions également parler à beaucoup plus de gens et obtenir un point de vue beaucoup plus large.

M. John Oliver: Oui.

Le président: Rachael.

Mme Rachael Harder: Je comprends l'argument de M. Davies, mais, dans les faits, je ne suis pas d'accord avec ses recommandations pour nos déplacements. Pour être honnête, je crois qu'il serait approprié d'aller au Japon justement pour la raison pour laquelle il s'y oppose. Il s'agit d'un système très différent et plus complexe. Les autres systèmes ressemblent davantage à ce que nous avons entendu jusqu'ici pendant les réunions de notre Comité, mais celui du Japon est très différent. Pour cette raison, je crois qu'il est nécessaire de nous rendre sur le terrain et de voir par nous-mêmes afin de comprendre les complexités de ce système.

• (1720)

Le président: Excellent.

Monsieur Webber.

M. Len Webber: Je crois que je vais simplement dire que nous pourrions peut-être retenir les deux options et faire des petits groupes. Certains d'entre nous iraient à un endroit, et d'autres ailleurs, et ainsi nous pourrions aller partout. Ce n'est qu'une suggestion.

Le président: Monsieur Eyolfson.

M. Doug Eyolfson: Je souscris à la suggestion de M. Davies. J'aime son idée: elle serait rentable, pour ainsi dire. J'aime également la possibilité de séparer le groupe pour que nous puissions nous rendre à différents endroits. Je crois que les deux options sont acceptables. J'aime beaucoup l'option qui nous permettrait d'étudier les systèmes en vigueur au Royaume-Uni, en Suède et aux Pays-Bas.

Le président: Monsieur Ayoub, vous êtes le prochain.

M. Ramez Ayoub: Je veux simplement résumer le fait que nous sommes tous d'accord pour dire que nous devons nous déplacer, même si M. Carrie s'est montré un peu ambivalent. En ce qui concerne l'option à choisir... Je crois que la décision peut être prise plus tard.

Le président: Est-ce que j'ai vu une main se lever?

M. Colin Carrie: Oui.

Je voulais savoir si les analystes pourraient, aux fins de la réunion, obtenir certains renseignements, parce que nous voulons surtout étudier des aspects comme le meilleur accès et le meilleur coût. Je ne sais pas si l'OCDE a fait un classement des différents pays en fonction de ces aspects. Cela pourrait éclairer davantage notre décision, si nous décidons de nous déplacer.

M. Darshan Singh Kang: Je suis réticent à l'idée de nous séparer. Si l'un des groupes va au Japon, ils ne sauront pas ce qui se passe au Royaume-Uni ou en Suède. Je ne crois pas que nous pourrions arriver à un consensus. L'idée de nous séparer ne me plaît guère.

Le président: Nous n'avons pas à prendre de décision aujourd'hui.

Revenons à la maison pour y réfléchir un peu plus. Nous allons tenir une autre discussion le 8 juin à ce sujet. Je dirai simplement au comité de liaison demain que nous envisageons de nous déplacer.

M. Darshan Singh Kang: Et souvenez-vous des 29 milliards de dollars.

Le président: Oui, d'accord... Vous avez demandé 29 milliards de dollars.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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