



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA



NUMÉRO 033



1<sup>re</sup> SESSION



42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 29 novembre 2016**

**Président**

**M. Bill Casey**



## Comité permanent de la santé

Le mardi 29 novembre 2016

•(0845)

[Traduction]

**Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)):**  
La séance est ouverte.

Je souhaite la bienvenue à nos invités. Nous poursuivons notre étude sur un éventuel programme national d'assurance-médicaments.

Nous commencerons par le Dr Thomas Perry, parce qu'il a un exposé avec une présentation visuelle, et le technicien ne sera pas avec nous longtemps. Nous voulons être sûrs que tout fonctionnera bien.

Avant qu'il commence son exposé, comme il nous a remis son mémoire en anglais seulement, j'ai besoin de votre consentement unanime pour en distribuer une copie à chacun de vous. Ai-je votre consentement unanime?

**Des voix:** D'accord.

**Le président:** Très bien. Le greffier va vous les distribuer.

Si vous nous donnez une petite seconde, docteur Perry, nous allons entendre votre allocution.

Le Dr Perry représente la University of British Columbia Therapeutics Initiative. Il est président du Groupe de travail sur l'éducation.

Docteur Perry, vous avez 10 minutes pour présenter votre allocution. Nous serons heureux d'entendre vos observations.

**Dr Thomas Perry (président, Groupe de travail sur l'éducation, University of British Columbia Therapeutics Initiative):** Monsieur Casey et membres du comité, je vous remercie beaucoup de m'avoir invité.

Vous aurez déjà entendu ce que je vais vous dire sous différentes formes d'autres témoins, alors je vais vous présenter cet exposé aussi rapidement que possible pour vous laisser le temps de me poser des questions.

Je vous présente cet exposé au nom de notre groupe, un groupe indépendant de l'Université de la Colombie-Britannique. Nous avons reçu une subvention du ministère provincial de la Santé. Je ne voudrais pas manquer de modestie, mais nous sommes réputés dans le monde entier pour la qualité de notre travail, et nous n'avons pas de conflits d'intérêts. Nous avons souligné cette politique en créant notre groupe, en 1994 — nous ne voulions absolument aucun conflit. Mes collègues m'ont enjoint de ne pas divulguer mes propres conflits, parce qu'aucun d'eux n'a de conflits liés à l'industrie pharmaceutique et au sujet dont nous traitons ici.

Je vais vous décrire certaines leçons que nous avons tirées de notre expérience au cours de ces 22 dernières années. Je vais vous expliquer pourquoi je suis convaincu qu'un programme national d'assurance-médicaments doit reposer sur les meilleures données probantes si l'on veut en retirer les meilleurs résultats possible. Je vous expliquerai aussi pour quelles raisons l'évaluation des

médicaments doit se faire indépendamment de l'industrie pharmaceutique. Ce sera beaucoup plus difficile qu'on serait porté à le croire, mais c'est la seule façon de protéger l'intérêt public lié non seulement à la santé, mais à l'argent des contribuables.

La Colombie-Britannique a instauré son programme PharmaCare en 1973. Il s'agissait d'une innovation du gouvernement, qui venait d'être élu en 1972. Cette politique était appréciée du public, mais on n'avait pas établi de liste des médicaments admissibles, alors tous ceux qui sortaient étaient automatiquement couverts. En 1989, les coûts de ce programme s'accumulaient au rythme de 16 % par année; par conséquent, ils doublaient tous les quatre ans ou quatre ans et demi. Le gouvernement avait perdu tout contrôle, et il était illogique d'affirmer que les avantages de ce programme doublaient tous les quatre ans et demi. Certains politiciens promettent de faire doubler les avantages tous les quatre ans et demi, mais tout le monde sait que c'est impossible.

En 1994, comme ces pressions se doublaient d'un grand déficit budgétaire provincial, le ministère de la Santé a reconnu qu'il lui faudrait des conseils impartiaux pour décider s'il devait payer les nouveaux médicaments. Il a créé notre groupe en nous imposant une politique sévère interdisant tout conflit d'intérêts. Nous ne devons pas détenir d'actions dans des compagnies pharmaceutiques, participer à des dîners organisés par ces compagnies et entretenir des contacts avec elles. Le ministère voulait ainsi nous protéger et nous isoler, non pas des enjeux intellectuels, mais de tout compromis éventuel.

Le ministère de la Santé a alors eu le courage de déterminer le financement en fonction des résultats de ce processus; cette façon d'agir était très novatrice en Colombie-Britannique.

Nous étions principalement chargés de préciser les données scientifiques et de les libérer de tout conflit et tout parti pris. Nous allions évaluer les faits avec un esprit ouvert, mais rigoureux, puis en résumer les résultats et remettre nos conclusions au gouvernement de la Colombie-Britannique pour éclairer ses décisions en matière de financement.

Nous devons présenter des preuves, et non des opinions. Par exemple, si je dis à un médecin que j'ai remarqué que les opioïdes atténuent très efficacement la douleur chronique de certains de mes patients, je ne fournis pas de preuves qui éclaireraient une décision politique gouvernementale. Il faut pour cela des essais cliniques randomisés qui produisent des conclusions efficaces.

Par conséquent, en 2007 — je mentionne l'année, parce que le *Canadian Rx Atlas* produit par le professeur Steve Morgan l'indique — les coûts des médicaments par habitant avaient suffisamment baissé en Colombie-Britannique. S'il s'était agi de la dépense moyenne du Canada, nous aurions dépensé 701 millions de dollars de plus chaque année à partir de 2007. Ces dépenses seraient beaucoup plus élevées à l'heure actuelle.

De cette somme, le gouvernement avait économisé 208 millions de dollars en choisissant des médicaments moins chers et en établissant les prix en fonction de produits de référence. Le reste de la somme totale économisée provenait du fait que PharmaCare ne couvrait pas plusieurs médicaments coûteux que d'autres gouvernements provinciaux remboursaient. J'ai choisi deux exemples pour vous démontrer cela. Le premier concerne les médicaments prescrits contre la maladie d'Alzheimer, et l'autre porte sur les soi-disant inhibiteurs COX-2 qui faisaient concurrence à l'ibuprofène et au naproxène et que l'on avait lancés sur le marché dès 1999 pour soigner principalement l'arthrose et l'arthrite rhumatoïde.

Aucune donnée probante n'indiquait que ces médicaments étaient plus efficaces. Le programme PharmaCare de la Colombie-Britannique a refusé de les couvrir. Les résultats d'études de recherche universitaire menées après cela ont indiqué que cette décision n'avait nui à personne, mais qu'elle avait assurément sauvé la vie de centaines de résidents de la Colombie-Britannique et épargné une bonne partie de l'argent des contribuables.

● (0850)

Cet incident a déclenché la création du Programme commun d'évaluation des médicaments dont vous ont parlé certains témoins.

Je vais vous donner un exemple. Les soi-disant inhibiteurs du COX-2, que Santé Canada a été le premier à homologuer en 1999, étaient censés être beaucoup plus sécuritaires. Certains d'entre vous se souviendront des publicités sur Célebrex et sur Vioxx. Mais quelques années plus tard, on a retiré presque tout de suite du marché les deux médicaments de la marque Vioxx, le Rofécoxib et le Valdécoxib. C'est pourquoi la plupart d'entre vous n'en auront pas entendu parler. Plus tard, on a retiré du marché le lumiracoxib parce qu'il causait une toxicité du foie. Vous n'aurez donc probablement pas entendu parler de ce médicament non plus. Mais tous ces médicaments avaient été homologués au Canada.

En examinant soigneusement les données, nous avons constaté que ces médicaments n'étaient clairement pas plus efficaces que les autres. De ce temps-là, on nous accusait d'être un groupe universitaire; même les dirigeants hauts placés de l'université nous critiquaient. Je sais ce qu'on ressent quand le chef du département vous dit qu'il tolérera votre présence à son dîner de gala même si vous participez à l'initiative de thérapeutique. Pourtant, nos conclusions étaient justes.

Nos conclusions étaient correctes parce que nous avons lu avec attention les données des expériences — sur lesquelles nous avons pu mettre la main. S'inspirant de nos conclusions, PharmaCare n'a pas couvert ces médicaments. Par conséquent, nous en avons beaucoup moins consommé que l'Ontario, qui en a consommé énormément. Nous n'avons pas eu l'augmentation du nombre d'ordonnances que l'on a vue en Ontario. Nous avons hospitalisé moins de patients souffrant d'hémorragie intestinale. Nous avons eu beaucoup moins de frais. La Colombie-Britannique y est parvenue parce que son gouvernement avait écouté nos conclusions scientifiques, ce que les autres gouvernements n'avaient pas fait.

Mon deuxième exemple est celui du Donépézil, de la rivastigmine et de la galantamine. Quiconque a un membre de la famille atteint d'Alzheimer ou de démence connaît les noms de ces médicaments. Ils étaient censés redonner l'espoir à ceux qui l'avaient perdu. On en a fait une publicité à tout casser. Mais les données probantes ont démontré — et elles le démontrent encore — que ces médicaments n'ont aucune efficacité. Même André Picard le mentionne dans son article publié dans le *Globe and Mail* d'aujourd'hui. Ils étaient dangereux pour certains patients. Ils auraient certainement causé des

chutes, des effondrements, des évanouissements, de la diarrhée, de l'incontinence urinaire, etc.

PharmaCare ne les a pas couverts. Une fois de plus, les gens ont blâmé le gouvernement et l'organisme qui avait effectué l'examen scientifique de ces médicaments à cause de l'incroyable publicité que l'on avait faite sur leur efficacité. Je pense qu'aucune personne sérieuse au monde ne dirait que ces médicaments sont efficaces, à quelques exceptions cliniques près. Par conséquent, la Colombie-Britannique a consommé moins de ces médicaments que les autres provinces. Je crois que le monde entier s'entend pour dire que la Colombie-Britannique n'a rien perdu.

Les résultats d'autres études sur l'initiative d'établissement des prix à partir de produits de référence ont indiqué que Pharmacare a économisé énormément d'argent. Cette initiative découle du fait que nous n'avons décidé de payer que pour les médicaments les moins chers de la catégorie de ceux qui ont des effets similaires. Cela comprend les médicaments inhibiteurs de l'enzyme de conversion pour la tension artérielle, les statines — comme on le fait en Nouvelle-Zélande — et les antagonistes de canaux calciques. Les résultats d'études menées en partie par notre groupe et en partie par l'Université Harvard ont démontré que cette décision n'aurait pas de conséquences néfastes.

Alors pourquoi sommes-nous ici? Je souligne ceci pour vous rappeler que ce n'est pas notre but. Le but n'est pas d'offrir un plus grand nombre de médicaments. En lisant certaines questions auxquelles a répondu le Dr Eyolfson pendant son témoignage, j'ai constaté qu'il reconnaît que les médecins sont de moins en moins renseignés sur les médicaments. La Dre Anne Holbrook a aussi souligné cela dans son témoignage. Nous ne voulons pas voir un étudiant — comme celui que vous voyez dans cette photo — faisant face à un bureau couvert de médicaments et essayant de distinguer lesquels de ses patients devront payer de leur poche et lesquels seront payés par le gouvernement — certainement pas par le gouvernement.

Nous ne voulons pas non plus ce que vous voyez dans la photo suivante... celle-ci date de septembre, il y a deux mois. Cette femme est sous sédation excessive; on lui a administré trois antidépresseurs, et elle prend des médicaments contre le diabète. L'un de ces médicaments, le long stylo injecteur d'insuline que vous voyez ici, est une nouvelle version d'injection à action prolongée qui n'offre absolument aucun avantage. Le Programme commun d'évaluation des médicaments l'a évalué et a recommandé qu'on ne l'ajoute pas à la liste des médicaments admissibles. Les contribuables ne paient pas ce stylo, elle le paie de sa poche. Cette femme dirige un foyer d'accueil; elle a donc élevé de nombreux enfants qui ont le syndrome d'alcoolisation foetale et d'autres dont la mère était dépendante de l'héroïne. Elle a besoin d'argent, mais elle paie ces médicaments pour rien. L'assurance-médicaments nationale ne vise pas à créer de telles situations, mais à les éviter dans toute la mesure du possible.

Nous arrivons ainsi à ce qui est vraiment nécessaire. La Dre Monica Dutt a souligné cela en parlant d'un jeune garçon qui vit avec le diabète de type 1. Sans insuline, il meurt. Si j'ai bien compris le témoignage de la Dre Dutt, la mère la suppliait de lui donner des échantillons d'insuline parce qu'elle n'avait pas assez d'argent pour en acheter.

•(0855)

Voilà le type de situations pour lesquelles il faut créer l'assurance-médicaments. Nous avons ici le même principe que lors de la création de l'assurance-maladie au Canada. Tommy Douglas ou Emmett Hall — ou la personne qui, selon vous, a conçu l'assurance-maladie — visait justement à dispenser des traitements aux personnes qui en avaient réellement besoin.

Voici donc les objectifs à viser — et je reprends l'opinion de plusieurs autres témoins. D'abord, nous voulons améliorer la santé des Canadiens. Nous voulons éviter d'accroître les effets néfastes et nous voulons réduire le coût des médicaments — et faire tout cela avec fierté. Cela assurerait la durabilité du programme, et nous pourrions financer les autres déterminants de la santé comme l'eau potable, l'alimentation saine, l'éducation, le logement, la condition physique. Tous ces déterminants sont en très mauvais état dans ma province. Nous dépensons tellement en soins de santé — médicaments inclus — que nos écoles n'offrent plus de programmes de musique, par exemple. Vous savez aussi que dans notre pays, de nombreuses réserves autochtones n'ont pas d'eau potable.

Du point de vue technique, nous devons fonder cette politique sur les meilleures données probantes, et les créateurs du programme devront être exempts de tout conflit d'intérêts. C'est ce que soulignent les États-Unis dans le cadre de la rédaction des lignes directrices. Nous sommes en retard sur eux au Canada, mais nous commençons à les rattraper.

De plus, le groupe indépendant devra se composer d'experts. J'ai relu le témoignage qu'Anne Holbrook vous a présenté ce matin, et elle a souligné qu'il ne reste que peu de pharmacologues cliniciens au Canada. Nous aurons besoin d'éducateurs et d'experts indépendants pour faire cela.

Je vais conclure là-dessus. Je crois que dans votre trousse, vous avez la liste des autres membres de notre groupe universitaire qui ont collaboré à notre initiative thérapeutique.

[Français]

Merci beaucoup.

[Traduction]

**Le président:** Merci beaucoup pour cette allocution et pour les explications que vous nous avez données.

Nous allons passer la parole à Janet Yale, présidente et chef de la direction de la Société de l'arthrite.

Vous avez 10 minutes.

**Mme Janet Yale (présidente et chef de la direction, Société de l'arthrite):** Bonjour.

[Français]

Je suis heureuse de comparaître devant le Comité.

[Traduction]

Je suis vraiment heureuse d'être ici ce matin. Je remercie le comité permanent de m'avoir invitée à comparaître aujourd'hui.

Je vais commencer par vous présenter quelques faits. D'abord, l'arthrite est une maladie. Je dis cela parce que bien des gens ne la reconnaissent pas. C'est une maladie, et non un aspect inévitable du vieillissement. L'arthrite réagit au traitement, et non à la thérapie, et comme nous sommes ici pour en parler aujourd'hui, elle réagit aux médicaments.

Deuxièmement, l'arthrite est une maladie chronique. Cet aspect est crucial. La médecine s'est beaucoup concentrée sur les maladies graves, et c'est tout à fait normal. Mais nous devons aussi nous

occuper des patients qui vivent avec une maladie chronique et avec des douleurs chroniques. Leur qualité de vie dépend d'un accès abordable aux médicaments qui leur conviennent.

Combien de Canadiens se trouvent dans cette situation? Ils sont 4,6 millions, et leur nombre ne cesse d'augmenter. Si ces tendances se poursuivent, d'ici à 2030 ce nombre aura doublé pour atteindre près de 10 millions de Canadiens. Non seulement ce bilan dévastateur entraîne des répercussions en matière de santé, mais il nuit à l'économie. L'arthrite est la deuxième des principales causes d'invalidité. Les gens qui en souffrent doivent cesser de travailler. Nous avons estimé qu'elle coûte ainsi 33 milliards de dollars par année; les deux tiers de cette somme représentent la perte de productivité. D'ici à 2040, ces effets économiques auront doublé. Nous appelons cela la « taxe de l'arthrite ».

Cela ne compte même pas les coûts intangibles et très humains de l'arthrite, comme les jeunes enfants atteints d'arthrite juvénile qui ne peuvent pas jouer dehors avec leurs amis, la jeune mère dont l'état est tellement avancé qu'elle ne peut plus prendre ses enfants dans ses bras, les grands-parents qui ont tant de douleur qu'ils ne vont plus rendre visite à leur famille.

Ce sont là les coûts intangibles, mais très humains de l'arthrite. J'en parle, parce que je tiens à souligner tout le bien que l'on ferait en offrant un accès aux médicaments plus complet, plus abordable et plus équitable.

Je vais vous présenter la première de mes recommandations principales en disant qu'en effet, la Société de l'arthrite appuie fortement l'assurance-médicaments universelle. Ce programme comblera les lacunes, le manque terrible de couverture auxquels les gens atteints d'une maladie chronique se heurtent à l'heure actuelle. Ce programme étendra l'accès aux médicaments, stimulera la productivité et atténuera les douleurs.

Je vous assure que selon les gens auxquels je parle régulièrement, ce besoin est énorme. Comme nous le savons tous, les coûts de ces médicaments sont couverts dans les hôpitaux; mais les gens qui vivent avec l'arthrite ne vont presque jamais à l'hôpital, et les assurances ne couvrent pas tout le monde de façon égale. En 2013, nous avons mené un sondage auprès de plus de 1 000 Canadiens atteints d'arthrite. Nous avons découvert que 63 % d'entre eux ont l'assurance de leur lieu de travail. Autrement dit, quatre sur dix des arthritiques n'ont pas d'assurance. Un grand nombre d'entre eux doivent cesser de travailler ou prendre une retraite anticipée parce que leurs traitements les empêchent de demeurer productifs. Quant à ceux qui ont un régime d'assurance privée, ils ont une foule de problèmes: certains médicaments sont couverts et d'autres non, leurs primes augmentent, les prestations plafonnent toujours plus. Nous nous inquiétons surtout du fait que leurs options sont limitées à cause de l'accès restreint aux nouvelles thérapies.

J'en arrive ainsi à ma deuxième recommandation principale. Oui, nous voulons un programme d'assurance-médicaments universel, mais il ne doit pas viser uniquement à réduire les coûts. Il faut aussi s'engager à offrir un bon choix. Je vais vous expliquer pourquoi.

Je sais que bien des gens pensent que l'un des avantages d'un programme d'assurance-médicaments sera de réduire le coût des médicaments les plus chers. En allongeant la liste des médicaments admissibles plus longue, ou même en dressant une liste nationale, nous renforcerons notre pouvoir de négociation collective pour réduire les prix, ce qui nous permettra d'acheter les médicaments en vrac et ainsi d'économiser considérablement. C'est excellent, mais nous ne devrions pas établir une liste trop limitée en n'offrant pas toute la gamme des médicaments disponibles. En effet, chaque personne qui vit avec l'arthrite réagit différemment aux médicaments.

Il est donc important d'offrir le choix d'une gamme de médicaments. Cela s'applique particulièrement aux nouveaux médicaments biologiques que l'on appelle les « produits biologiques ». Cette nouvelle catégorie de médicaments contient des organismes vivants. Ce sont des composés biologiques, et non chimiques. C'est pourquoi les gens y réagissent différemment en fonction de leur constitution biologique. Ces médicaments transforment souvent la vie des patients de façon miraculeuse.

● (0900)

Je vais vous parler d'un cas en particulier. Il s'agit d'un jeune homme qui s'appelle Matthew. Il était en bonne voie vers une carrière d'athlète quand il a contracté l'arthrite rhumatoïde. Il est devenu complètement invalide. Il a quitté l'école, il ne pouvait plus fonctionner, sa douleur était constante. Maintenant, grâce aux produits biologiques, sa vie s'est transformée. Sa douleur a presque disparu. Il va terminer ses études universitaires et s'engager dans une carrière. Évidemment qu'il ne peut plus se lancer dans l'athlétisme.

Mais son vrai problème est celui des coûts. Ses médicaments lui coûtent entre 20 000 \$ et 25 000 \$ par année. Comme il n'est plus étudiant, l'assurance de son père ne le couvre plus. Cette famille est prête à se ruiner financièrement pour que leur fils puisse obtenir les traitements qui transforment sa vie.

Nous avons besoin de l'assurance-médicaments universelle. De cette façon, les gens comme Matthew seraient couverts. Mais ce programme ne sera pas efficace si nous le structurons trop étroitement. Comme je vous l'ai dit, les gens réagissent différemment aux produits biologiques, alors si le programme ne couvre qu'un seul médicament de cette catégorie contre l'arthrite, bien des gens comme Matthew ne recevront pas d'aide. De même, en forçant les patients à changer de traitement pour prendre des médicaments moins chers — comme les produits biosimilaires qui apparaissent sur le marché — on risque de leur imposer des traitements beaucoup moins efficaces.

À notre avis, on devrait laisser aux patients le soin de décider, en consultant leur médecin traitant, quel traitement et quels médicaments leur conviennent le mieux. Je sais que ce choix n'est pas simple. En offrant plus de choix ou en laissant les patients en décider, l'assurance-médicaments risque de ne pas produire autant d'économie qu'on le voudrait. Mais à mon avis, il est crucial d'établir un système équilibré qui réponde vraiment aux besoins des Canadiens, surtout ceux qui sont atteints d'une maladie chronique comme l'arthrite.

L'assurance-médicaments universelle est vraiment nécessaire. Nous avons 4,6 millions de personnes qui vivent avec l'arthrite et qui ont une peine folle à payer les médicaments qu'il leur faut. Je supplie le comité d'établir deux priorités, et non une seule. Pour instaurer un programme vraiment efficace, il faudra viser non seulement la réduction des coûts, mais un choix plus étendu.

Sur ce, je conclus mon allocution. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

● (0905)

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous passons maintenant la parole à la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, avec Linda Silas, présidente, et Anil Naidoo, agent des relations gouvernementales. Anil est notre témoin le plus loyal.

**Mme Linda Silas (présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers):** Merci beaucoup, monsieur Casey et mesdames et messieurs du comité.

Vous avez reçu une copie de chacun de nos mémoires et de mon allocution, alors je vais essayer de m'en tenir à ce que j'ai écrit.

Tout d'abord, je remercie profondément M. Gagnon et son équipe. J'étais censée comparaître le 17 mai, et nous avons dû jongler avec les dates parce que nous désirions vraiment venir vous parler.

Je suis donc présidente nationale des syndicats des infirmières et des infirmiers. Nous représentons près de 200 000 infirmières et infirmiers actifs partout au pays, ainsi que les étudiants en sciences infirmières. Nous comptons parmi les défenseurs les plus convaincus de la création d'un programme national d'assurance-médicaments.

Nous sommes heureux que ce comité ait assumé ce mandat d'élaborer un programme national d'assurance-médicaments. Il ne s'agit pas d'une autre étude; vous allez présenter une liste des mesures à prendre pour créer ce programme.

Nous avons fait pression sur le Conseil de la fédération; je vous expliquerai cela dans quelques instants. Nous avons parlé de ce programme directement aux ministres des gouvernements fédéral et provinciaux et avons reçu beaucoup de soutien. Puis, bien entendu, nous avons défendu cette cause pendant la campagne électorale fédérale et pendant des campagnes électorales provinciales.

Nous avons aussi publié le document de recherche de M. Marc-André Gagnon, de l'Université Carleton, intitulé *Vers une politique rationnelle d'assurance-médicaments au Canada*. Dans le passé, vous en auriez reçu un exemplaire.

Vous vous demandez peut-être pourquoi les infirmières et infirmiers défendent la création d'un programme national d'assurance-médicaments avec tant d'ardeur. C'est tout simple: pendant chacun de nos quarts de travail, nuit et jour, nous constatons les répercussions que les patients subissent en ne prenant pas leurs médicaments d'ordonnance. Nous voyons aussi les provinces et les territoires essayer désespérément d'équilibrer leurs budgets de soins de santé en faisant des compressions. En effet, le Canada dépense 30 milliards de dollars en médicaments d'ordonnance. Ce chiffre a quadruplé au cours de ces 20 dernières années — euh... oui, j'étais déjà infirmière il y a 20 ans.

Nous sommes sur le point de publier un nouvel article sur le coût des médicaments, mais sous un angle économique un peu différent. Nous parlerons des milliards que notre pays gaspille. Cet article sortira en début décembre. Je suis sûre que vous en recevrez tous une copie. Nous veillerons à l'imprimer sur du papier laminé avec de belles images pour être sûrs que vous le lirez.

Nous avons entendu dire que les médicaments d'ordonnance sont plus chers au Canada que partout ailleurs au monde. On prévoit que ces coûts grimperont plus encore à cause des nouvelles thérapies qui sont toujours plus complexes, du vieillissement de la population et des régimes de protection de brevets établis en toujours plus grand nombre.

Nous savons que grâce au Conseil de la fédération, les provinces et les territoires ont réduit les coûts des médicaments en les achetant en vrac. Nous savons aussi qu'ils ont moins de marge de manœuvre et d'efficacité qu'un programme national de médicaments d'ordonnance. Incapables de contrôler directement les coûts des médicaments, les provinces et les territoires réduisent automatiquement leurs budgets de soins de santé.

Les infirmiers et infirmières de notre pays sont découragés en voyant les gouvernements dépenser beaucoup plus que nécessaire en médicaments d'ordonnance, puis réduire leurs budgets de soins de santé. Les patients s'en trouvent toujours plus vulnérables, car ils reçoivent des soins de moins bonne qualité. En écoutant les témoignages que le comité a déjà entendus, on en conclut qu'il n'y a qu'une solution possible, et elle est très claire.

Aux membres de votre comité et à tous les élus, au nom des infirmières et infirmiers de première ligne que je représente, je dis qu'il est grand temps d'agir. Les preuves sont puissantes et claires. La plus grande difficulté sera de mobiliser la volonté politique de le faire. Il faut que nous nous demandions non pas si, mais comment mettre sur pied la structure d'un programme national d'assurance-médicaments pour le Canada.

Pour ce faire, nous devons examiner les meilleures pratiques exemplaires au monde et concevoir un système qui s'insérera bien dans le contexte canadien. Il est tout à fait possible de le faire. Ceux qui disent le contraire ne connaissent pas l'histoire de notre pays. Nous avons toujours su établir des politiques publiques solides qui servent tous les Canadiens.

Hier, j'ai rencontré la ministre Philpott. Un membre de son équipe m'a dit d'un air malicieux que je demandais le modèle de la Nouvelle-Zélande. Je lui ai répondu très simplement qu'il nous faut un modèle canadien élaboré à partir de toutes les données probantes que nous trouverons dans le monde. Notre façon de faire actuelle est inefficace et coûte trop cher, et je vous dirai honnêtement qu'elle n'est pas très judicieuse.

Plus exactement, nous devrions réformer le système de soins de santé de manière à répondre aux besoins de tous les patients. Nous économiserions ainsi des milliards de dollars. Nous nous devons de réinvestir ces milliards de dollars afin de répondre aux priorités des soins de santé des Premières Nations, d'établir une stratégie sécuritaire pour les aînés, de renforcer les ressources humaines en soins de santé ainsi que de soutenir les soins de santé mentale, les soins de longue durée et les soins à domicile, pour ne nommer que quelques-unes des priorités.

● (0910)

Les libéraux ont promis d'investir 3 milliards de dollars en soins à domicile. Selon les résultats d'études menées à ce sujet, un programme national d'assurance-médicaments coûterait entre un et quatre milliards de dollars et générerait des économies de 7 à 11 milliards de dollars. Il s'agit là d'un excellent rendement sur notre investissement. Ces économies pourraient financer les soins à domicile, les besoins en soins de santé mentale et tous les problèmes dont nous entendons parler en matière de soins de santé.

Il est évident que pour établir un programme national d'assurance-médicaments, il faudra suivre des étapes clairement définies. Nous espérons justement que le comité pourra proposer au gouvernement les étapes claires à suivre pour mettre sur pied un programme national d'assurance-médicaments. Il faudra pour cela que tous les gouvernements du pays et les professionnels de la santé collaborent.

Il faudra aussi examiner les assurances offertes dans les lieux de travail. En instaurant l'assurance-médicaments, on limiterait la liste

ouverte des médicaments admissibles qu'utilisent à l'heure actuelle les compagnies d'assurance. Je suis chef de syndicat et négociatrice, alors je le sais et je suis d'accord avec cela. Mais comme elles l'ont toujours fait, les compagnies d'assurance s'adapteront et offriront des produits différents. Je ne m'inquiète pas du tout pour elles.

Les assurances privées joueront encore un rôle dans notre système de soins de santé. Mais nous n'agissons pas dans l'intérêt supérieur du pays en laissant des compagnies privées contrôler 60 % de la couverture des médicaments que les Canadiens paient très cher sans couverture universelle. N'oublions pas que le rôle d'un gouvernement est de répondre aux besoins de ses citoyens. Les grandes entreprises ont toujours su s'adapter aux changements de politiques publiques.

Nos membres désirent un programme national d'assurance-médicaments fondé sur des données probantes et sur une liste de médicaments admissibles dressée en fonction des données probantes. Il n'est pas vrai que les travailleurs vont se révolter. De nombreux syndicats, dont le mien, ont adopté des résolutions soutenant un programme national d'assurance-médicaments. Nous continuons à le soutenir. Il est grand temps que l'on élabore les politiques gouvernementales en tenant compte des soins de santé, et la meilleure façon de commencer est de prendre en charge les médicaments d'ordonnance.

Je me souviens du jour où les provinces et les territoires ont conclu leur première entente de coopération pour acheter en vrac. Ils épargnent environ 490 millions de dollars par année. Cette économie va augmenter, mais ce n'est presque rien. N'oublions pas que notre pays n'est pas très peuplé. Notre population est à peu près égale à celle de la Californie. Nous devons en faire plus que d'acheter en vrac. Il faut que nous changions la façon dont nous utilisons nos médicaments d'ordonnance, c'est aussi simple que cela.

Je me souviens aussi de la dernière négociation sur l'Accord sur la santé. Nous ne voulons pas que cela se reproduise. Nous n'avons pas besoin d'une autre étude en comité sur les produits pharmaceutiques du pays. C'est le message que j'ai transmis à la ministre Philpott hier. Il faut agir sans tarder. Les provinces et les territoires ne peuvent pas attendre que l'on mène une autre étude sur ce qu'il faudrait faire de l'Accord sur la santé ou sur l'assurance-médicaments.

Je vais conclure sur une note personnelle. Il y a des années, j'étais une jeune infirmière militante qui tapait de ses petits pieds et qui s'époumonait contre les compressions que subissaient les soins de santé de sa belle province du Nouveau-Brunswick. Certains d'entre vous s'en souviendront; notre premier ministre était McKenna, le Parti libéral avait pleins pouvoirs, il gouvernait sans parti d'opposition. Le premier ministre McKenna m'a dit: « Linda, arrête de te plaindre. Trouve des solutions. Je n'ai plus d'argent ».

Les premiers ministres Gallant, Notley, Wynne — je connais les noms des 13 premiers ministres — disent tous la même chose aujourd'hui: nous n'avons plus d'argent pour les soins de santé. Il faut trouver une solution. Nous savons que la solution consistera à cesser de gaspiller des milliards de dollars pour payer les coûts gonflés de médicaments d'ordonnance mal prescrits. Maintenant, nous devons commencer par instaurer un programme national d'assurance-médicaments, réinvestir dans la santé de nos collectivités et enfin faire notre travail — votre travail de députés.

Enfin, parlons commerce. Comme je n'ai que 10 minutes, je vais terminer sur ce sujet. Vous devez exclure les soins de santé et les nouveaux programmes quand vous négociez des transactions commerciales avec d'autres pays.

Merci beaucoup.

● (0915)

**Le président:** Merci pour ce message très, très clair.

Nous passons maintenant la parole à M. Doug Coyle, professeur et directeur par intérim de l'École de santé publique et de médecine préventive de l'Université d'Ottawa.

Monsieur Coyle, vous avez 10 minutes.

**M. Doug Coyle (professeur et directeur par intérim, École d'épidémiologie, de santé publique et de médecine préventive de l'Université d'Ottawa, À titre personnel):** Merci. Je tiens aussi à remercier les autres témoins.

Je m'appelle Doug Coyle. Je suis professeur et directeur par intérim de l'École d'épidémiologie à l'Université d'Ottawa. Je suis économiste de la santé. Je travaille dans ce domaine de recherche depuis 26 ans. Comme le Dr Perry, je n'ai aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Je siège au Comité d'examen des médicaments du ministère de la Santé de l'Ontario. J'y aide à présenter des recommandations sur le financement des nouveaux médicaments. Avant cela, j'ai siégé au Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments, qui présente des conseils similaires au niveau national. J'ai aussi siégé au Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, qui présente des recommandations sur le financement de nouvelles technologies à installer dans les hôpitaux.

Je vous remercie de m'avoir offert cette occasion de présenter mes opinions. À l'Université d'Ottawa, j'enseigne aux étudiants de deuxième cycle les méthodes d'évaluation des coûts et des avantages des nouvelles technologies afin de déterminer si leur utilisation est la plus judicieuse pour les maigres ressources de notre système de soins de santé. J'ai mené plusieurs études dans ce domaine sur des médicaments, des appareils, des vaccins, des programmes de dépistage et des programmes d'exercice.

Je suis passionnément convaincu de la nécessité de maintenir un système de soins de santé financé par les deniers publics. Cette conviction est fondée premièrement sur le fait que l'égalité d'accès aux soins de santé devrait être un droit. Deuxièmement — ne l'oublions jamais —, la prestation de soins de santé sous forme de denrée commerciale est inefficente.

On m'a demandé de présenter aujourd'hui mes opinions sur une stratégie nationale d'assurance-médicaments. Avant de le faire, je tiens à vous rappeler que quand je me suis installé au Canada, en 1995, on parlait déjà avec passion d'une stratégie nationale d'assurance-médicaments. Malheureusement, on n'a pas fait beaucoup de progrès en 21 ans.

On a établi le Programme commun d'évaluation des médicaments et le pan-Canadien oncology drug review pour aider les ministères provinciaux à examiner les données sur les coûts et sur les avantages des nouveaux médicaments. Cependant, bien que ces deux organismes présentent des recommandations, ils n'ont pas de pouvoir de décision sur les remboursements.

On a récemment mis sur pied l'Alliance pancanadienne pharmaceutique dans toutes les provinces pour les aider à fixer, avec l'industrie, des prix qui permettraient de couvrir les nouveaux médicaments. Le gouvernement fédéral vient de se joindre à cette Alliance. Le reste de mon allocution portera sur les problèmes qui entravent cet arrangement.

À mon avis, pour assurer la durabilité de notre système de soins de santé, nous devons établir un processus pancanadien équitable et transparent de prise de décisions sur le remboursement des interventions en soins de santé. Bien que les derniers développe-

ments semblent positifs, je vais souligner certaines préoccupations liées au financement actuel des médicaments.

Mes préoccupations découlent de trois principes fondamentaux sur lesquels devrait reposer la stratégie nationale d'assurance-médicaments: l'équité, la transparence et la cohérence de la prise de décisions sur les interventions en soins de santé.

Toutes les décisions liées aux soins de santé devraient reposer sur un principe d'équité. Par conséquent, pour décider de ce que le programme couvrira ou non, il faudra suivre un processus qui reconnaisse la nécessité de traiter les gens de façon égale. Malheureusement, toutes les technologies ne présentent pas un bon rapport qualité-prix. Malgré les prétentions de l'industrie, la plupart des nouvelles technologies, sinon toutes, ne produisent pas d'économies à long terme. Les coûts que l'on évite en les adoptant ne suffisent pas à compenser leur coût d'achat.

Il faut évaluer les prix pour déterminer si les avantages potentiels des technologies que l'on adopte les compensent. En fin de compte, comme nous examinons un système dont le budget est restreint, nous ne devrions pas mesurer la technologie en dollars, mais en avantages qu'une technologie apporte à la prestation des soins de santé par rapport aux autres technologies que nous ne pouvons plus financer. Pendant trop longtemps, au Canada, les décisions sur le remboursement des médicaments n'ont pas tenu compte de cet aspect fondamental de la prise de décisions.

Pour en revenir à notre problème, l'Alliance pancanadienne pharmaceutique cause de graves préoccupations. Elle entame des négociations, mais ne conclut que rarement une entente avec une compagnie sur un médicament bien précis. Nous savons tous que si nous entrons dans le bureau d'un concessionnaire d'automobiles en lui annonçant que nous allons conclure un marché, nous n'obtiendrons pas le meilleur prix qu'il pourrait nous offrir.

Ensuite — et ceci est crucial pour la prise de décisions future —, l'Alliance ne semble pas avoir déterminé les offres minimales à accepter. Pour apporter une contribution utile à la stratégie nationale d'assurance-médicaments, l'Alliance doit établir un cadre définissant les bons et les mauvais résultats des transactions qu'elle conclut afin de quitter la table de négociation lorsque la partie opposée n'offre rien d'avantageux.

● (0920)

Heureusement, certaines techniques de recherche soutiennent la prise de décisions difficiles. L'Alliance se doit de les adopter.

Je vais vous présenter l'exemple de Soliris. Vous en aurez peut-être entendu parler: Soliris est un médicament administré contre une maladie qui s'appelle hémoglobinurie paroxystique nocturne. Heureusement, on l'appelle aussi HPN — je n'arrive même pas à prononcer ces mots —, ce qui nous aidera à en parler sans trop de peine.

La HPN est un trouble sanguin rare. Le Soliris est efficace. Il réduit les risques de thromboembolie, la cause principale de décès de cette maladie, et il réduit la nécessité d'effectuer des transfusions sanguines, qui constituent le coût principal de la gestion de cette maladie.

Cependant, le Soliris coûte 500 000 \$ par patient par année. C'est probablement la raison pour laquelle vous avez entendu parler de ce médicament. Les résultats d'une analyse indépendante indiquent qu'il vaudrait la peine de le financer sur une base d'équité si l'on en réduisait le prix de 98,5 %.

Le financement du Soliris à sa valeur marchande coûterait presque 25 millions de dollars par année, même si on ne l'administrerait qu'à 20 % des patients admissibles. Ces 25 millions de dollars pourraient financer de nombreux autres services de santé qui avantageraient beaucoup plus la santé des Canadiens.

L'Alliance a réussi à conclure une entente avec le fabricant de Soliris pour traiter la HPN. Vu l'immense réduction du prix qu'il faudrait obtenir, il est très improbable que cette entente découle d'une décision équitable et raisonnable.

Nous devrions soutenir l'innovation en ne finançant que les technologies qui présentent un bon rapport qualité-prix, y compris celles qui ne sont pas commanditées par des entités commerciales. En garantissant le financement des nouvelles technologies, nous n'aidons pas les industries. Les industries qui comptent trop sur des subventions gouvernementales et sur des ententes d'approvisionnement préférentielles tombent dans la stagnation et le déclin. À mon avis, nous décrivons ici le destin de l'industrie pharmaceutique.

Si vous décidez d'instaurer une stratégie nationale d'assurance-médicaments, elle devra reposer sur le principe fondamental de la transparence. Il nous faut un processus de prise de décisions beaucoup plus transparent ainsi que des ententes transparentes entre les fabricants et les bailleurs de fonds du système de soins de santé.

L'Alliance pancanadienne pharmaceutique est principalement chargée de faciliter ces ententes entre les ministères et les fabricants. Ces ententes sont généralement confidentielles; personne ne peut donc déterminer si elles servent les intérêts supérieurs des Canadiens. L'ouverture encourage l'innovation et assure l'équité pour tous les Canadiens.

Finalement, voici mon message le plus important: il est important de financer toutes les interventions de soins de santé offertes aux Canadiens.

Nous nous concentrons aujourd'hui sur les produits pharmaceutiques. Cela correspond très bien à l'objectif type du financement des nouvelles technologies commanditées par des entités commerciales. Cela incite à favoriser le financement de ces technologies sur d'autres interventions de soins de santé desquelles les personnes qui en défendent la couverture ne tirent pas profit.

Nous devons cependant examiner toutes les technologies qui s'offrent à nous. Nombre d'entre elles sont sous-financées malgré notre preuves de leur efficacité et de leur bon rapport qualité-prix. Plusieurs d'entre elles ne sont pas commanditées par des entités commerciales.

Vu le changement de démographie dans notre pays et le besoin croissant de soins à long terme à domicile et en établissement, notre concentration sur l'assurance-médicaments nous incite de bien des façons à ignorer le problème primordial auquel se heurte notre système de soins de santé et de services sociaux. La prestation de soins en établissements de soins palliatifs, à domicile et dans les foyers pour personnes âgées ne reçoit aucune promotion commerciale. Les sociétés qui défendent la cause des soins de santé l'ignorent souvent. On ne mène pas beaucoup de recherche pour en souligner les avantages et on ne la défend pas souvent, car elle n'a pas de commanditaires commerciaux.

Permettez-moi de résumer mon message en répétant les observations suivantes.

Pour que notre système de soins de santé financé par l'État soit durable, les décideurs doivent être prêts à prendre les décisions difficiles de ne pas financer certaines des nouvelles technologies. En ne prenant pas ces décisions avec constance et équité, les décideurs actuels n'agissent pas comme ils le devraient. Cela nuit à tous les Canadiens. L'équité doit faire partie des principes de base. Il n'est pas équitable de financer des technologies qui nous empêchent d'offrir celles qui nous apportent plus d'avantages. C'est une chose courante dans le domaine des produits pharmaceutiques.

La transparence est cruciale. Il est scandaleux de décider en cachette des soins de santé que l'on va financer, surtout lorsqu'il s'agit de médicaments, et de conclure des ententes confidentielles. C'est une faille qu'il faut absolument corriger.

● (0925)

Enfin, et bien que nous nous concentrons aujourd'hui sur une stratégie nationale d'assurance-médicaments, je tiens à souligner l'importance de prendre constamment des décisions judicieuses et logiques sur le financement de toutes les interventions en soins de santé et non uniquement de celles qui sont commanditées par des instances commerciales. Seulement sous de telles conditions la stratégie nationale de soins de santé pourra-t-elle profiter à long terme aux Canadiens et assurer la durabilité du système de soins de santé que nous appuyons tous avec passion.

Je vous remercie de m'avoir consacré de votre temps.

**Le président:** Merci d'être venu nous faire part de votre expérience et de vos connaissances. Elles nous seront très précieuses.

Nous allons entamer notre première ronde de questions maintenant. Ce sont des périodes de sept minutes de questions et réponses, et nous commençons par M. Oliver.

**M. John Oliver (Oakville, Lib.):** Merci beaucoup pour votre témoignage. Pour que vous le sachiez, j'appuie fortement la création d'un programme national d'assurance-médicaments.

Linda et Janet, merci beaucoup d'appuyer aussi cela et d'avoir enrichi nos connaissances à ce sujet.

Mes questions porteront sur la mise sur pied de ce programme, sur l'atteinte de ses objectifs et sur les meilleurs moyens d'en assurer la réussite. Ma première question s'adresse surtout à Thomas et à Doug.

D'après les conseils que nous avons reçus, il semblerait que le moyen le plus facile d'instaurer ce programme serait de modifier la Loi canadienne sur la santé pour qu'elle régisse aussi les médicaments prescrits hors des hôpitaux, au lieu de créer une toute nouvelle instance fédérale-provinciale qui surveille un régime national. On élargirait l'application de la Loi canadienne sur la santé. Qu'avez-vous à dire à ce propos et sur la meilleure façon de concevoir un régime?

**M. Doug Coyle:** Je ne suis pas du tout d'accord avec vous. À mon avis, l'approche que les provinces suivent à l'heure actuelle pour décider du financement des technologies est très mauvaise. Si nous permettons — ou si nous les chargeons de le faire — aux provinces de fournir les médicaments à tous les Canadiens en vertu de la Loi canadienne sur la santé, nous garantirons ce que je considère comme une couverture inéquitable des personnes. On ne corrigera pas le problème fondamental, le fait que nous prescrivons inutilement trop de médicaments chers qui nous empêchent de fournir aux Canadiens des soins de santé que nous pourrions leur offrir si nous décidions d'une manière plus judicieuse et logique de ce que nous allons financer ou non dans tout le système de soins de santé.

**Dr Thomas Perry:** Je suis tout à fait d'accord avec cela. Je ne prétends pas être expert en la matière, mais j'ai été ministre du Cabinet de ma province pendant une certaine période, et j'ai observé plusieurs de ces difficultés.

Je crois qu'à l'heure actuelle, le problème réside dans le fait que l'industrie attise la concurrence entre les provinces. Je suis sûr que vous l'avez vous-même remarqué dans le cadre de votre travail en soins de santé. Si nous voulons instaurer un système assez efficace pour répondre aux besoins dont Janet Yale a parlé, il semble évident que si un médicament s'avère extrêmement efficace contre une maladie dévastatrice, nous voudrions tous l'offrir au patient à un prix abordable. L'administration d'un médicament efficace est souvent plus importante que les visites chez le médecin. En fait elle l'est, il n'y a pas de doute, mais il faut que le médicament soit abordable. Le professeur Coyle nous a donné l'excellent exemple de Soliris, mais il est un peu extrême. Je vous recommande fortement de regarder le documentaire de Kelly Crowe à la CBC. Regardez-le au moins deux fois, parce qu'elle souligne que l'élaboration de ce médicament n'a pour ainsi dire rien coûté, peut-être à peine 1 % de son prix de vente actuel.

• (0930)

**M. John Oliver:** Monsieur Perry, le Programme commun d'évaluation des médicaments que dirige l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, l'ACMTS, se fonde en grande partie sur un modèle de la Colombie-Britannique. Qu'en pensez-vous? Ce programme nous a entraînés à payer très cher pour les médicaments. Je crois que nous sommes au deuxième rang des pays qui paient le plus cher. Pourriez-vous nous suggérer des moyens de corriger cela et nous dire ce qui réussit et ce qui ne va pas dans ce modèle?

**Dr Thomas Perry:** Merci d'avoir posé cette question.

N'oublions pas que l'établissement des prix relève en partie du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, qui a toujours agi avec beaucoup de douceur. À ma connaissance, il n'a jamais vraiment essayé de contrôler sérieusement le prix des médicaments au Canada.

À ce que je sache, la conception de l'ACMTS s'inspire du processus que nous suivons en Colombie-Britannique; malheureusement, il perpétue l'une des erreurs qu'a commises le gouvernement de la province en 1994-1995, qui était de garantir la confidentialité à l'industrie pharmaceutique sous prétexte de protéger ses secrets commerciaux. Par exemple, le rapport que j'ai produit sur le Donépézil — de la marque Aricept — n'a jamais été divulgué en public, parce que le gouvernement de la Colombie-Britannique avait promis à la société Pfizer de ne pas le publier.

En ce qui concerne le Programme commun d'évaluation des médicaments, je vais vous donner un exemple. On m'avait demandé de participer à l'examen de deux médicaments. Je n'ai pas le droit de

vous les nommer, alors je ne vous les nommerai pas. Mais les médicaments que nous examinions étaient la Prégabaline — de la marque Lyrica — contre la douleur ainsi qu'une forme de Fantanyl que l'on laisse fondre sous la langue ou dans la bouche.

J'ai reçu pour ce travail des honoraires de 10 000 \$ en vertu d'un contrat que j'ai signé avec l'Université de la Colombie-Britannique. J'ai été obligé de signer une entente de confidentialité indiquant que je ne divulguerais pas ce que je découvrirais à quiconque, y compris au peuple canadien. J'ai reçu l'approbation de l'université et de son comité de déontologie; à mon avis, c'est scandaleux. Je suis vraiment heureux que la réunion d'aujourd'hui soit ouverte à tous les Canadiens dans les deux langues.

Voici ce que j'ai appris de cet examen et ce que je ne vous dis pas: la Prégabaline soigne moins efficacement la douleur neuropathique — la douleur que les diabétiques ressentent dans les pieds — qu'un médicament plus ancien, l'Amitriptyline; la Prégabaline n'a pas beaucoup plus d'effet qu'un placebo. Reconnaissons cependant que le Programme commun d'évaluation des médicaments n'a pas recommandé qu'on l'ajoute aux listes provinciales des médicaments admissibles. Mais qui a payé tout le travail d'évaluation honnête de ce médicament? Pourquoi les résultats des études que la compagnie pharmaceutique a menées sont-ils demeurés secrets? Voilà la faille à corriger dans le Programme commun d'évaluation des médicaments.

**M. John Oliver:** C'est vrai. Merci beaucoup.

Alors, Doug et Thomas, nous avons le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés et l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. Si nous décidons de dresser une liste commune de médicaments admissibles abordables, à qui confieriez-vous cette tâche?

**M. Doug Coyle:** Je recommencerais à zéro. L'Alliance pancanadienne pharmaceutique n'a pas l'expertise nécessaire pour évaluer l'efficacité et la rentabilité des thérapies, et le Conseil ne possède pas non plus cette expertise. Je crois qu'il nous faudrait une instance nationale similaire à NICE, au Royaume-Uni. Cet organisme mène des évaluations globales indépendantes des nouvelles technologies — et non uniquement des médicaments — et permet qu'on évalue aussi leur rapport qualité-prix.

NICE a établi des critères. Ils regardent combien on a dépensé en soins de santé...

**M. John Oliver:** Excusez-moi, que signifie NICE?

**M. Doug Coyle:** C'était le National Institute for Health and Clinical Excellence, mais je suis sûr qu'il a encore changé de nom.

**Dr Thomas Perry:** C'est le National Institute of Clinical Excellence.

**M. Doug Coyle:** C'était son ancien nom — c'est pour cela qu'on l'abrégeait NICE — mais on le renomme très souvent. Il a de nouveau changé de nom.

**M. John Oliver:** Donc vous nous recommandez d'examiner cet organisme?

**M. Doug Coyle:** Oui, je vous le recommande fortement. Les dirigeants de cet organisme ont fixé un seuil de financement. Ils ont calculé les dollars — ou plutôt les livres — dépensés en soins de santé et ont examiné les avantages qu'ils produisent; ils ont ensuite calculé combien on perdrait en finançant une technologie plutôt qu'une autre. Ils ont ainsi calculé la valeur que devrait avoir une technologie de soins de santé. Ils ne financent pas les technologies qui ne génèrent pas cette valeur.

C'est ce qui me préoccupe au sujet de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. Elle n'a pas fixé de seuil. Ses représentants entrent en négociation en étant prêts à accepter n'importe quel résultat en espérant obtenir un rabais de 25 %, ou même de 30 % avec un peu de chance. Ils n'ont pas établi d'approche globale qui suggère que si l'on finance un médicament qui n'atteint pas le seuil fixé, ce médicament ne servira pas l'intérêt des Canadiens. C'est l'approche de NICE.

● (0935)

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

Monsieur Carrie, vous avez sept minutes.

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

Je remercie les témoins d'être venus participer à cette réunion importante. Avant de poser mes questions, je voudrais demander un consentement unanime sur la motion que je dépose, monsieur le président. Comme nous avons étudié la crise des opioïdes et que nous avons travaillé très fort pour produire le rapport provisoire, je voudrais demander un consentement unanime sur une motion qui, selon moi, vient fort à propos.

Je propose que conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le comité demande à la ministre de la Santé de comparaître sans délai pour témoigner sur le Sommet sur les opioïdes et sur les mesures à prendre pour résoudre cette grave crise.

Je n'ai pas déposé cette motion avant cela, parce que nous débattions du projet de loi sur l'Alzheimer. Tout d'abord, je remercie les membres du comité d'avoir collaboré à la production d'un rapport sur cette crise qui est tellement grave qu'il est urgent d'intervenir. Je crois qu'au cours des 24 heures qui viennent de s'écouler, sept ou huit Canadiens sont morts d'une surdose d'opioïdes. Comme la ministre sort de ce sommet, il me semble qu'il serait bon de lui demander de venir témoigner pour que nous puissions ajouter cet important témoignage à notre rapport. Je ne pense pas que cette crise se résoudra d'elle-même. C'est vraiment une crise, tout le monde le reconnaît.

Je remercie les membres du comité qui ont participé à la visite non officielle de cette clinique. J'ai été profondément touché en parlant à une personne dépendante de ces opioïdes et en apprenant qu'il y a de l'espoir et que nous pouvons aider ces gens. Je crois que la ministre aura d'excellents renseignements à nous transmettre, puisque le sommet vient de se terminer. Avant de laisser trop de temps s'écouler, nous apprécierions beaucoup le témoignage de la ministre aussitôt que possible pour compléter et achever ce rapport important.

C'est pourquoi je demande un consentement unanime. Je crois que c'est assez évident.

**Le président:** Vous avez la parole, monsieur Ayoub.

[Français]

**M. Ramez Ayoub (Thérèse-De Blainville, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Avec tout le respect que j'ai pour mon collègue et surtout avec tout le respect que j'ai pour les témoins, et en dépit du problème important qu'il aborde, je tiens à souligner que nous avons passé beaucoup de temps à étudier la crise des opioïdes. Il ne me semble pas à-propos d'en discuter maintenant et de demander le consentement unanime au sujet d'une motion, alors que nous avons des témoins qui attendent pour être interrogés.

Je suggère fortement que nous reprenions plus tard et de façon spécifique le débat à ce sujet pour que nous puissions vraiment prendre le temps d'en discuter. Je me sens coincé relativement à la

manière de poursuivre les discussions. Cela me semble un aspect important à examiner. Cependant, j'ai beaucoup de respect pour les gens qui se sont déplacés. J'ai des questions à leur poser et certains autres collègues en ont sûrement eux aussi. Comme nous le savons, le temps est limité et il passe vite.

[Traduction]

**Le président:** À vous la parole, monsieur Oliver.

**M. John Oliver:** Je propose que nous suspendions le débat sur cette question.

**Le président:** Nous devons voter sur la motion de suspendre le débat. Il n'y a pas de débat sur cette motion. Nous pouvons voter à l'instant sur la motion de suspendre le débat, et il n'y a pas de discussion.

(La motion est adoptée.)

**Le président:** Nous suspendons cette motion. Je ne dis pas que nous n'allons pas la reprendre éventuellement, mais pour le moment, elle...

**M. Colin Carrie:** C'est extrêmement important. Je pensais que nous pourrions obtenir un consensus anonyme très rapidement.

**Le président:** Je ne sais pas comment les choses vont se dérouler, mais notre visite à la clinique du Dr Ujjainwalla m'a beaucoup impressionné.

Nous reprenons notre ronde de questions.

**M. Colin Carrie:** Merci beaucoup.

Ma première question s'adresse à Doug. Vous avez soulevé une question d'éthique extrêmement complexe.

**M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD):** Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

Excusez-moi. Avec tout le respect que je dois à M. Carrie, comptez-vous le temps qui s'est écoulé pendant qu'il déposait sa motion?

**Le président:** Oui, il a utilisé une partie de son temps de parole.

**M. Don Davies:** Merci.

**M. Colin Carrie:** Merci beaucoup.

Vous avez soulevé une question d'éthique très complexe en parlant d'un programme pancanadien de type pharmaceutique. Vous parliez du rapport qualité-prix. Évidemment, vous avez mentionné le Soliris, le nom que l'on n'osait pas prononcer dans cette salle.

Alors voici ma question: si le Canada adoptait ce programme sous une forme ou une autre, qui choisirait les médicaments qu'il couvrirait? C'est une question très délicate, parce que si vous faisiez partie des patients qui bénéficieraient beaucoup d'un médicament qu'ils désirent instamment, mais auquel le système ne leur donne pas accès, qu'auriez-vous à suggérer au comité pour contourner ce problème?

● (0940)

**M. Doug Coyle:** Nous traitons toutes les technologies du système de soins de santé de la même façon. Nous déterminons lesquelles nous allons couvrir et lesquelles nous allons exclure.

J'ai un trouble chronique de la hanche. Mes traitements de physiothérapie ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie de l'Ontario. Nous avons décidé que nous n'avions pas davantage à couvrir ces traitements. La seule raison pour laquelle nous semblons nous arrêter sur les médicaments est le fait que l'industrie pharmaceutique insiste pour que nous couvrions ses produits.

Notre prise de décisions doit être cohérente. C'est le travail des décideurs. Si un produit n'en vaut pas la peine — non pas en termes de dollars, mais sur le plan du financement de cette technologie — nous refusons à une autre personne une intervention médicale efficace. Si dans votre rôle de décideur vous êtes incapable de prendre de telles décisions, cherchez-vous un autre emploi.

**M. Colin Carrie:** Vous citez l'exemple de la physiothérapie. Je ne pense pas qu'une seule personne présente dans cette salle affirmera que l'on ne peut pas évaluer la physiothérapie de manière scientifique. Mais certains décideurs ont décidé que l'Ontario ne la couvrirait pas. Je suis chiropraticien, et ma profession fait face à ce même problème.

Les Canadiens peuvent bien sûr contracter une assurance privée. Il est donc possible de souscrire à une assurance qui couvre la physiothérapie, la chiropraxie, les soins de la vision, l'audiologie, bref, tout ce que les régimes provinciaux ne couvrent pas. Mais certains témoins ont suggéré que ce système d'assurance privée n'existe pas dans le cas des médicaments. Nous faisons face à un genre de monopole. Si nous apportons une solution à cela, recommanderiez-vous que les Canadiens aient le choix de contracter une forme d'assurance privée?

**M. Doug Coyle:** Je pense que ça ne concerne pas vraiment le sujet d'aujourd'hui. Je pense que la question, aujourd'hui, est de savoir comment nous allons prendre des décisions à l'échelle nationale sur ce qui est effectivement couvert par le système de santé financé par les fonds publics. La question de savoir si les gens auront ou non accès à d'autres soins par le biais des assurances privées est une décision distincte.

Il faut se rappeler que le système de santé canadien est en fait un accident historique. La couverture applicable aux médecins hospitaliers découle de décisions anciennes, prises en Saskatchewan, où l'on voulait s'assurer d'avoir suffisamment de médecins. Notre système de santé est un accident qui remonte au début des années 1920.

Franchement, si vous voulez un système durable, qui soit bénéfique pour les Canadiens, il faut considérer que toutes les interventions médicales comme des interventions possibles et susceptibles d'être financées et on devrait arrêter de faire valoir seulement celles pour lesquelles il existe un promoteur commercial disposé à en tirer du profit.

**M. Colin Carrie:** Je suis désolé, je me suis mal exprimé. Je voudrais savoir si les Canadiens devraient être autorisés à acheter aussi de l'assurance privée pour les produits pharmaceutiques, avec ce qu'il convient de...

**M. Doug Coyle:** Je crois que j'ai répondu à la question.

**Le président:** Eh bien, c'est terminé, votre temps est écoulé. Merci beaucoup.

Monsieur Davies, vous avez sept minutes.

**M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC):** Excusez-moi. Je voudrais faire un rappel au Règlement, monsieur le président, au sujet du temps du Dr Carrie: on a mentionné que vous alliez lui retirer une partie de son temps pour sa motion. Est-ce que ça inclut aussi la réponse de nos homologues libéraux? Est-ce que ça fait partie de son temps de parole?

**Le président:** Bonne question. Tout est inclus dans le temps accordé au Dr Carrie au sujet de cette question, et je lui ai donné...

**M. Len Webber:** Franchement, je trouve ça injuste, parce qu'ils n'ont pas arrêté de parler en sachant qu'ils utilisaient son temps. Je

ne sais pas, mais je crois qu'il devrait avoir plus de temps pour poser ses questions, parce qu'on a pris beaucoup de temps à...

**Le président:** Nous appliquons simplement le règlement, et nous sommes en train d'utiliser du temps en ce moment même. Je comprends bien votre souci, mais c'est le règlement.

**M. Len Webber:** Nous sommes en train d'emprunter du temps à qui en ce moment, monsieur le président?

**Le président:** En fait, le décompte est suspendu.

**M. Len Webber:** D'accord, on aurait dû suspendre là aussi, c'est ce que je voulais dire.

**Le président:** D'accord.

Allez-y, monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins de leurs témoignages parfois très éloquentes et incisifs.

Madame Silas et monsieur Naidoo, je voudrais commencer par vous. D'après vous, est-ce qu'on devrait élaborer un programme d'assurance-médicaments national? Pensez-vous qu'on devrait créer un programme autonome distinct qui serait géré en collaboration par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux ou, sinon, est-ce qu'on devrait plutôt élargir les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux actuels pour qu'ils couvrent les médicaments d'ordonnance fournis hors établissements hospitaliers dans le cadre des dispositions de la Loi canadienne sur la santé?

• (0945)

**Mme Linda Silas:** Je pense que vous avez entendu le professeur Perry dire que ça devrait être s'appuyer sur les faits et encore les faits. Évidemment que, dans notre pays, à cause de son étendue et de sa démographie, nous avons besoin d'un système géré en collaboration avec le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires. À l'heure actuelle, il y a 13 royaumes qui décident des médicaments admissibles. Il faut rassembler cette expertise au même endroit et économiser de l'argent, mais il faut aussi élever cette expertise pour avoir le meilleur système au monde.

**M. Don Davies:** Est-ce que vous voulez dire qu'on devrait créer une liste nationale de médicaments admissibles, mais avec la participation des provinces, des territoires et d'experts indépendants?

**Mme Linda Silas:** Oui, et que ça devrait être enlevé des mains des responsables politiques.

J'irai plus loin que le professeur Coyle. En janvier dernier, nous avons eu une réunion avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé. Ils étaient tous là. L'idée qui a eu le plus de succès est celle d'un comité indépendant chargé de déterminer le contenu de la liste des médicaments admissibles.

Enlevez ça des mains des responsables politiques. Quels que soient leurs antécédents, ils ne veulent pas que ce soit une décision politique ou commerciale. Ça doit être décidé en fonction de données probantes, et il faut s'assurer que ce soit fait par les experts, pas les Linda Silas ou les ministres Philpott de ce monde, mais bien les experts.

**M. Anil Naidoo (agent des relations gouvernementales, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers):** Il y a un autre aspect qui va encore plus loin et qui est encore plus préjudiciable. Il y a des gestionnaires de prestations dans des entreprises qui demandent: « Pourquoi est-ce que je m'occupe de programmes de médicaments? » Une partie de l'absurdité du système actuel est qu'une grande partie en est gérée par des entreprises qui n'ont aucune expertise, et nous sommes des preneurs de prix, et même au-delà de ça, peu importe les médicaments approuvés, ils sont inscrits dans la liste. Ces listes sont ouvertes. Ça fait beaucoup de tort sur le plan financier et du point de vue des services de santé.

**M. Don Davies:** J'ai une autre question pour vous, madame Silas. Vous avez dit tout ce qu'il faudrait élaborer un modèle canadien en fonction des pratiques exemplaires. Vous avez rappelé dans votre mémoire que le Canada est le seul pays au monde dont le système de santé hospitalier et ambulatoire n'est pas associé à une forme d'assurance-médicaments et qu'on n'est pas en train de réinventer la roue ici.

Sur quelles pratiques précises est-ce qu'on devrait, d'après vous, fonder le modèle canadien?

**Mme Linda Silas:** Il faut qu'il soit universel, c'est sûr, et il faut s'appuyer sur des données probantes. Je pense que, si on s'en tient à ces deux principes, on économisera l'argent qu'on a besoin de réinvestir dans le système de santé.

Notre système de santé est universel. Le Dr Carrie a parlé des physiothérapeutes ou des chiropraticiens. Ils continueront d'exister. Il y aura toujours des compagnies d'assurance, mais la base que nous devons améliorer doit être couverte par un programme universel, et c'est là qu'on doit trouver les médicaments d'ordonnance.

**M. Anil Naidoo:** Je voudrais ajouter que...

**M. Don Davies:** Désolé, monsieur Naidoo, j'ai deux ou trois autres questions, et je n'ai que sept minutes.

Docteur Perry, j'ai une question pour vous. En fait, tous les témoins, mais vous en particulier, ont souligné qu'on avait grandement besoin d'un système indépendant et fondé sur des données probantes. Si on crée un système d'assurance-médicaments universel nationale avec une liste nationale de médicaments admissibles, quels conseils pourriez-vous nous donner précisément pour l'élaborer? Comment élaborer la liste nationale en toute indépendance?

**Dr Thomas Perry:** La Colombie-Britannique nous a montré la valeur de l'indépendance, et on sait très bien qu'une personne sans parti pris et sans conflit d'intérêts portera inévitablement un jugement différent de celui d'une personne compromise.

Les Américains l'ont appris. Il y a cinq ans, l'Académie nationale de médecine a recommandé que des directives fiables soient élaborées par des gens sans conflits d'intérêts.

Le professeur Gord Guyatt, de l'Université McMaster, qui est un scientifique canadien de renommée internationale, a souligné la nécessité de réviser les directives médicales canadiennes selon les mêmes principes, pour qu'on puisse dire à un cardiologue: « Vous êtes un merveilleux médecin, et tout le monde sait que vous avez une grande expérience clinique, mais, comme vous avez été le porte-parole d'une compagnie pharmaceutique, vous ne pouvez pas faire partie du comité d'élaboration des directives. »

Je crois que le Dr David Juurlink a expliqué — en tout cas il l'a fait au sommet sur les opioïdes — que, avec une directive sur les opioïdes, les gens qui pourraient être en conflit d'intérêts en sont

exclus. C'est un peu comme le meilleur de notre système judiciaire. C'est le seul moyen de porter le meilleur jugement.

Je pense que l'autre réponse importante est qu'on a besoin de plus d'éléments d'information. Par exemple, il y a presque sûrement parmi les plus vieux d'entre nous, ici, quelqu'un qui a une fibrillation auriculaire, et, si ce n'est pas encore le cas, ça arrivera à l'un d'entre nous d'ici cinq ou dix ans. Quand ça arrive, on ne sait pas quel est le meilleur traitement anticoagulant. Il existe actuellement cinq médicaments oraux possibles au Canada. Personne ne peut vous dire quel est le meilleur traitement — aucun cardiologue, aussi expert qu'il soit —, et selon la Société canadienne de cardiologie, on ne le saura jamais parce que personne ne fera jamais d'expériences pour le savoir.

Non, bien sûr que non. Les entreprises pharmaceutiques qui fabriquent le produit A ne vont pas faire un essai comparatif honnête avec les produits B et C pour le savoir, mais si nous, les Canadiens, nous voulons savoir — et je suis de ceux à qui ça risque d'arriver étant donné mes antécédents familiaux — quel est le meilleur traitement, il va falloir procéder à un essai financé par le gouvernement, sur le modèle de l'administration des anciens combattants des États-Unis ou des instituts nationaux de santé des États-Unis, ou encore du conseil de recherches médicales d'Angleterre. Même au Canada, dans le temps, le Conseil de recherches médicales faisait certains essais. On pourrait se renseigner, et ce serait un élément crucial de la recherche d'information nécessaire à l'élaboration d'un programme rationnel.

• (0950)

**M. Don Davies:** Docteur Perry, je voudrais poser rapidement une question sur la transparence et les lois du soleil, parce que c'est ce que vous semblez souligner.

Avez-vous des suggestions? Peut-être que vous, mais aussi le Dr Coyle, pourriez nous dire comment éclairer un peu plus tout ça.

**Dr Thomas Perry:** Oui. Merci de votre question.

Nous en avons terriblement besoin. Dernièrement, j'ai montré à un de mes étudiants une opinion manifestement orientée sur les opioïdes dans un article paru en 2009 dans la revue *Mayo Clinic Proceedings*, qui a l'air d'une publication très prestigieuse. Cet article, visiblement, a été écrit par un rédacteur anonyme et non pas par le professeur dont le nom apparaît dans la revue. Il a été rédigé par une compagnie de communications médicales et payé par un fabricant d'opioïdes. Il y a deux semaines, j'ai demandé à mon étudiant de quatrième année d'essayer de savoir combien cet homme avait été payé. Quelques minutes plus tard, il m'écrivait un e-mail pour me dire que l'intéressé avait touché 500 000 \$ américains en 2015.

Les États-Unis ont cms.gov, la loi du soleil des Centers for Medicare & Medicaid Services. On ne peut rien savoir au Canada, je veux dire rien sur les sommes versées aux médecins ou à d'autres dispensateurs de soins, qu'on parle d'infirmières ou de travailleurs sociaux. D'un seul coup, si le Parlement du Canada adoptait une loi du soleil, on saurait brusquement qui sont les leaders d'opinion et combien ils sont payés pour transmettre le genre de messages qui ont, en grande partie, donné lieu à la crise des opioïdes.

**Le président:** Ce que vous dites est fascinant, mais malheureusement votre temps est écoulé.

Allez-y, monsieur Ayoub.

[Français]

**M. Ramez Ayoub:** Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins d'être parmi nous aujourd'hui.

Nous allons continuer la discussion. Mes questions vont justement porter sur les conflits d'intérêt.

Cela me semble intéressant, parce que la notion de conflit d'intérêts était présente à cet égard il y a quelques années et pourrait continuer de l'être à l'avenir, mais avec des paramètres, des points de vue et des façons de juger ces aspects qui seraient différents.

J'ai bien entendu le témoignage de Mme Silas en ce qui concerne l'indépendance des décisions d'un comité ou d'un groupe indépendant relativement à leur imputabilité.

À mon avis, il est pertinent qu'un comité soit complètement indépendant, libre de ses actions et de ses choix. Cependant, il demeure qu'il y a des choix à faire et que l'imputabilité à cet égard revient toujours à un gouvernement, que ce soit au palier provincial ou fédéral. Le financement provient des gouvernements.

En définitive, en ce qui a trait aux conflits d'intérêts et à l'imputabilité, quelle relation voyez-vous entre ces deux concepts? Mme Silas peut d'abord répondre et, par la suite, je céderai la parole au Dr Coyle et au Dr Perry.

**Mme Linda Silas:** Je vous remercie de la question.

Quand on parle d'une preuve probante, on parle de toute la preuve. Il s'agit non seulement de l'impact médical que le médicament pourrait avoir, mais aussi de ses coûts.

En tant que politiciens, quand les recommandations vous sont soumises, comme cela est fait aujourd'hui, vous allez tenter d'atteindre un équilibre. Des recommandations fortes seront présentées. Bien entendu, l'aspect des coûts doit faire partie de toutes les décisions qui sont prises.

Toutefois, la question du conflit d'intérêts doit primer dans la façon dont la preuve est recueillie pour ceux et celles qui vont prendre ultimement les décisions.

• (0955)

**M. Ramez Ayoub:** J'avais cru comprendre que vous vouliez qu'on exclut l'aspect politique de la prise de décisions.

**Mme Linda Silas:** Oui, et c'est ce que la majorité des ministres de la Santé aimeraient voir se produire. À l'heure actuelle, ce n'est pas la preuve médicale ni la preuve liée aux coûts qui prévalent. C'est surtout le lobbying politique, et j'admets cette réalité. Je fais aussi du lobbying, mais en faveur d'un système général.

En ce qui concerne les politiciens, pour déterminer ce qui est le plus efficace, il n'y a que la preuve médicale scientifique et la relation avec les coûts qui devraient être considérées. De cette manière, les politiciens seraient en mesure de prendre une décision.

**M. Ramez Ayoub:** Merci.

[Traduction]

**M. Doug Coyle:** Merci beaucoup de votre question.

Je vais répondre en anglais, parce que l'accent écossais en français, ce n'est pas une expérience que vous voulez faire.

Je crois que le principe d'indépendance est crucial, mais la transparence l'est tout autant. On a besoin d'un système élaboré par les décideurs et les responsables politiques, mais qui représente les valeurs du Canada, qui soit transparent et qui soit dans l'intérêt de la société en général. Ensuite, on laisse des gens indépendants prendre les décisions individuelles portant sur les interventions admissibles

et non admissibles. On désigne un autre organisme, un organisme de surveillance, qui s'assurera que l'organisme indépendant respecte les principes élaborés par le Parlement ou les décideurs. Ça fonctionne bien. Ça permet de créer un système adopté par les législateurs.

On trouve des experts qui ne sont pas en conflit d'intérêts pour participer à ça. Ne croyez pas l'argument des entreprises pharmaceutiques qui disent que ceux qui investissent dans les produits pharmaceutiques sont évidemment les experts du domaine. Le secteur pharmaceutique crée des experts et des leaders d'opinion. En allemand, on dit: « Je mange ton pain, je chante ta chanson ». C'est très courant parmi les médecins de nos jours. On a besoin de garder notre indépendance, mais la transparence est le principe fondamental.

Au final, c'est aux décideurs d'élaborer le processus qui représentera les valeurs du Canada et de laisser ensuite des gens indépendants le faire fonctionner.

[Français]

**M. Ramez Ayoub:** Merci.

Je vais poursuivre sur la question de l'éthique et des conflits d'intérêts, mais plus précisément en ce qui touche l'éthique professionnelle.

Le sujet n'a rien de nouveau. Nous avons déjà entendu des médecins et des pharmaciens nous dire qu'ils subissent une influence quotidienne de la part de compagnies pharmaceutiques. Je dirais même que certains reçoivent une formation de ces compagnies. C'est un fait en ce qui concerne les chirurgiens et nous en avons recueilli des exemples. Il y a des pharmaciens qui sont sollicités de façon régulière afin qu'ils fassent la promotion de certains médicaments ou qu'ils offrent des médicaments de remplacement plutôt que de suivre les ordonnances des médecins.

C'est utile d'avoir un comité qui recommande une liste de médicaments disponibles aux fins d'un remboursement de la part des compagnies d'assurances mais, par la suite, il faut s'assurer de faire le bon choix de médicaments parmi les milliers d'options possibles, tout en tenant compte de l'influence et de la pression qu'exerce l'industrie pharmaceutique.

Comment voyez-vous cette situation?

[Traduction]

**M. Doug Coyle:** C'est une excellente question. Comme je l'ai dit, je siège au comité de l'Ontario chargé d'évaluer les médicaments et de recommander des mesures de financement. Nous sommes censés avoir le pouvoir de demander de la formation pour les médecins dans le cadre de nos décisions. Il n'y a pas de budget pour la formation des médecins concernant les produits pharmaceutiques.

Nous pouvons décider de financer un médicament susceptible de coûter 8 ou 10 millions de dollars de plus au régime d'assurance-médicaments de l'Ontario. On n'aurait même pas besoin d'une fraction de cette somme pour publier de la documentation et obtenir de l'information pour informer les médecins des répercussions de ces nouveaux médicaments.

Si on adopte une stratégie nationale d'assurance-médicaments, il faut comprendre qu'elle doit comprendre un élément essentiel, la formation des médecins, à mesure que nous inscrirons d'autres médicaments dans la liste des produits admissibles.

**Le président:** Le Dr Perry voudrait ajouter quelque chose.

[Français]

**Dr Thomas Perry:** J'apprécie aussi la question, mais il est peut-être préférable que je réponde en anglais.

[Traduction]

Comme dirait Mike Harcourt, je suis un politicien en convalescence. J'ai donc vu les deux côtés du problème, et je suis fier d'être un bon médecin spécialiste. Les médecins sont formés et dressés, comme le savent trop bien les infirmières, à penser qu'ils sont spéciaux et qu'ils sont des êtres supérieurs aux autres. Les infirmières ont un peu cette mentalité aussi. Notre espèce a beaucoup de difficulté à penser qu'elle pourrait être achetée, en contradiction ou influencée par un conflit d'intérêts.

**Une voix:** C'est partout pareil.

**M. Thomas Perry:** C'est partout pareil, en effet, et j'en ai pris l'habitude, puisque, en tant qu'élu, j'ai été chargé de m'occuper de la première loi très stricte sur les conflits d'intérêts en Colombie-Britannique, à cause d'une situation de corruption évidente. Quand je suis revenu à l'université, je me suis rendu compte que mes collègues n'étaient pas habitués à déclarer leurs conflits d'intérêts.

Voici un numéro récent du Canadian Medical Association Journal. Je serais heureux de le faire circuler si le comité le permet. C'est en partie en français. Je l'avais apporté pour le lire dans l'avion. L'article principal porte sur l'augmentation affolante de l'incidence du diabète parmi les peuples autochtones, et puis je me suis rendu compte que, sur la couverture, il était écrit « Happy Januversary », qui est une publicité pour la marque Januvia, qui est de la sitagliptine, médicament vendu pour traiter le diabète.

Je ne vais pas être trop précis, mais un responsable très important de mon université a distribué des questionnaires sur la couverture de ce médicament en Colombie-Britannique en utilisant du papier à entête Merck. Est-ce que c'est acceptable de la part d'un médecin occupant un poste important dans une université? Son prédécesseur il y a plusieurs années a distribué le même genre de questionnaires sur du papier à entête Merck au sujet de médicaments contre le cholestérol.

C'est un exemple de... ce n'est pas quelqu'un de mauvais. C'est un excellent médecin, mais je dis que c'est un exemple de l'étendue du problème de l'impuissance à reconnaître les conflits d'intérêts, et la seule solution est une indépendance vraiment absolue et l'insistance du gouvernement, qu'il soit fédéral, provincial ou territorial, à ne pas permettre ça, pas plus que vous ne le permettez ici au Parlement.

• (1000)

**Le président:** Monsieur Perry, votre temps est écoulé.

Quel est le nom de la publication?

**Dr Thomas Perry:** C'est le numéro du Canadian Medical Association Journal du 1<sup>er</sup> novembre 2016. Ça me fait plaisir de le faire circuler, mais j'aimerais le récupérer parce que je n'ai pas encore lu l'article.

**Le président:** Vous ne pouvez pas faire ça officiellement.

**Dr Thomas Perry:** Est-ce que je peux le faire non officiellement?

**Le président:** C'est à vous de voir.

Très bien. Passons à la deuxième série de questions, à raison de cinq minutes à la fois. Nous allons commencer par M. Webber.

**M. Len Webber:** Merci, monsieur le président.

Si vous permettez, je vais adresser un certain nombre de mes questions à Linda Silas.

Si j'ai bien compris, vous représentez 200 000 infirmières. Cinq d'entre elles font partie de la famille de mon épouse, et tout ce que je peux dire, c'est que les soupers de Noël ne sont pas très heureux, parce que quatre d'entre elles sont libérales et l'autre est néo-démocrate. En tout cas, il y a de la dinde, et je suis content.

**Une voix:** Tout un plat...

**M. Len Webber:** Tout un plat, oui.

Premièrement, je voudrais que vous nous parliez de ce document de recherche qui va être publié et que vous allez nous donner, plastifié, en décembre. J'ai tellement hâte à décembre, madame Silas. Mais j'ai besoin de savoir tout de suite s'il y a dans ce rapport de l'information sur ce que coûterait aux Canadiens un programme national d'assurance-médicaments.

Vous avez parlé de milliards gaspillés. Et combien va nous coûter un programme national d'assurance-médicaments au Canada? Est-ce que le syndicat des infirmières a fait une recherche à ce sujet?

**Mme Linda Silas:** Non, le syndicat des infirmières n'a rien fait de ça. Nous nous sommes intéressées au gaspillage. Mais le CMAJ a fait une recherche il y a à peine deux ans, et c'était entre un et quatre milliards de dollars. Il y en aura d'autres, et on s'en occupera.

Pour que vos infirmières gardent le sourire, je vous donnerai un petit paquet de guirlandes du syndicat pour Noël.

**M. Len Webber:** Fantastique. Plus besoin d'aller magasiner, merci.

M. Davies y a fait allusion. Il vous a demandé si on devrait avoir une liste de médicaments admissibles, et vous avez dit que oui. En fait, j'ai fait une petite recherche. Il y a des gens qui font des recherches pour moi, des infirmières en particulier, et je crois savoir que le syndicat des infirmières de la Colombie-Britannique est maintenant contre cette idée après avoir été pour.

Pouvez-vous nous dire comment les syndicats en général et celui des infirmières en particulier réagiraient à un programme national d'assurance-médicaments et s'ils accepteraient une liste nationale plus restrictive que ce à quoi leurs membres ont accès en vertu d'assurances privées?

• (1005)

**Mme Linda Silas:** Je fais ce travail depuis 13 ans, et je dois dire que, au début, les négociateurs n'étaient pas aussi favorables à une liste nationale qu'ils le sont aujourd'hui. Quand on calcule toutes les cotisations, pour les soins de santé et les soins dentaires, ça représente environ 6 % de la feuille de paye.

Quand on examine ça du point de vue des négociateurs, on se dit que ce 6 % pourrait être mis ailleurs. Comme je l'ai dit dans mes remarques préliminaires, nous négocierons les régimes quels qu'ils soient. Mon régime personnel est très pauvre comparativement à d'autres pour ce que je peux obtenir de remboursement de traitements en chiropratique et physiothérapie. Le plafond est de 500 \$, alors que d'autres ont 2 000 \$. On négocie ce qu'on a.

Les infirmières du BCNU ont négocié et elles ont changé les négociations. Au lieu de demander une augmentation de salaire, elles ont préféré obtenir une meilleure protection. C'est leur choix, et c'est le choix des autres syndicats. Selon Unifor, qui est le syndicat privé le plus important du pays, il y aurait une économie de 1 \$ d'assurance-médicaments nationale pour 2 \$ l'heure par travailleur, parce que l'assurance-maladie coûte 5 ou 6 \$ l'heure.

**M. Len Webber:** Intéressant.

Je voudrais parler un peu des problèmes juridictionnels dans la province. Si j'ai bien compris, grâce aux syndicats d'infirmières, vous avez beaucoup de contacts avec les provinces et territoires et avec leurs gouvernements.

D'après votre expérience, quelle est la position des gouvernements provinciaux et territoriaux concernant l'assurance-médicaments?

**Mme Linda Silas:** Ils ont besoin d'aide. Il n'y a pas une seule province, pas un seul territoire, qui n'ait pas besoin d'aide en matière de santé. Ils sont aussi frustrés que nous quand ils s'aperçoivent qu'ils doivent se débrouiller tout seuls. Quand 40 % du budget provincial est consacré à la santé et que plus de 30 % de ce budget va aux médicaments d'ordonnance, on a un problème.

Il y a deux ans, on payait plus pour les médicaments d'ordonnance que pour les médecins au Canada. C'est un problème. Ils ont besoin d'aide, mais ils savent qu'ils ne peuvent pas se débrouiller tout seuls. Ils ont besoin du leadership fédéral, et nous espérons que la liste des choses à faire sera dressée par votre comité.

**Le président:** Docteur Eyolfson, vous avez cinq minutes.

**M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.):** Merci beaucoup.

Merci à tous d'être venus nous voir.

Docteur Perry, j'ai bien aimé votre description de vous-même comme politicien en convalescence. Je parle de moi-même comme d'un « médecin urgentiste en convalescence ». C'est à cause de mon expérience, de tout ce qu'on ne pouvait pas faire dans mon département, que j'ai pensé à faire ce que je fais maintenant.

Comme Mme Silas, je suis extrêmement conscient de ce qui se passe quand les gens n'ont pas les moyens de se payer leurs médicaments. J'ai passé la plus grande partie de ma carrière dans un hôpital de centre-ville, où il y avait beaucoup de pauvreté. Certains patients qui arrivaient étaient en danger de mort parce qu'ils n'avaient pas les moyens de se payer leur insuline. Certains finissaient sur dialyse parce qu'ils manquaient chroniquement des moyens de se payer leur insuline. C'était le genre de situation.

Je sais qu'il y a une belle occasion d'améliorer la situation et de faire des économies. On parle beaucoup de faire des économies dans le système de santé. Quelqu'un a dit qu'on ne devrait pas discuter du montant des économies, mais se demander si c'est la chose à faire. Je suis le premier à être d'accord avec ça, mais on a quand même un système financé par le gouvernement qui ne dispose que d'un budget déterminé. Il faut que ça soit rentable, et, d'après ce que j'ai entendu aujourd'hui, on dirait bien que c'est le cas, en fait. On dirait bien que les économies qui pourraient être faites permettraient dans une grande mesure de compenser les coûts de ce programme.

Je voulais juste confirmer ce que vous avez dit, madame Yale, au sujet du choix laissé aux patients concernant ce qui fonctionne le mieux. Sur le choix des médicaments, ne pensez-vous pas que, s'il s'agissait d'un médicament plus coûteux, il faudrait avoir la preuve scientifique qu'il est plus efficace et entraîne moins d'effets secondaires ou des effets secondaires comparables?

**Mme Janet Yale:** Absolument. On a beaucoup parlé de l'importance d'une base d'information factuelle élaborée par le biais d'une évaluation indépendante de l'efficacité comparative des produits. Je voulais simplement rappeler que certaines thérapies biologiques nouvelles ne se substituent pas parfaitement l'une à l'autre. Ce sont des formules biologiques. Le problème, c'est que c qui fonctionne pour une personne ne fonctionnera pas nécessairement pour une autre. Et même quand quelqu'un suit un traitement efficace, ça peut ne plus fonctionner au bout de quelques années, et le problème, c'est qu'il n'y a pas de substituts parfaits, auquel cas, on peut, comme vous le dites, faire une évaluation fondée sur des données factuelles. La question est alors de savoir comment s'assurer, grâce à des données factuelles, que nous comprenons les cas où ces médicaments sont indiqués au lieu de simplement classer un médicament dans une catégorie. C'est surtout ça qui me tient à coeur. Et, oui, absolument, il doit toujours y avoir des données probantes à l'appui.

Ce qui complique les choses actuellement, c'est que, comme dans le cas des composés chimiques, on a trouvé des substituts génériques. Les formules biologiques, ce qu'on appelle des « produits biosimilaires » sont en train de gagner le marché, et ils sont généralement beaucoup moins chers que le médicament d'origine. Après Remicade, qui existe depuis un certain temps, il y a maintenant un médicament du nom d'Inflextra qui est en train d'entrer sur le marché. Les grandes questions sont 1) est-ce que le médicament moins cher devient le médicament de choix à prescrire aux nouveaux patients et 2) est-ce que les gens qui suivent un bon traitement avec le médicament d'origine sont forcés de changer?

Faute de données probantes, et pour répondre à votre remarque, notre position est que les gens ne devraient pas être forcés de changer, mais que nous avons besoin de meilleures données sur l'efficacité relative de ces solutions de rechange.

J'espère avoir clarifié les choses.

•(1010)

**M. Doug Eyolfson:** Oui, merci.

C'est presque hors sujet, docteur Coyle, mais votre remarque sur la technologie médicale en général est très intéressante. Au cours de ma formation en obstétrique, j'ai appris ce que la plupart des obstétriciens reconnaîtraient aujourd'hui comme moi, à savoir que les échographies effectuées régulièrement sur les femmes enceintes n'ont jamais rien changé à l'issue de la grossesse.

Quand je dis ça, des gens froncent les sourcils, d'autres se fâchent, mais, en fait, rien n'indique que ça améliore l'issue de la grossesse. Il faut s'appuyer sur des données probantes. Imaginez l'argent qu'on pourrait économiser si on arrêtait de faire quelque chose qui ne sert à rien. Je pense qu'il faut réfléchir de cette façon au sujet de tous les médicaments et encore plus au sujet des médicaments très coûteux.

Docteur Perry et docteur Coyle, je ne sais pas si vous le savez, on commence à avoir certains éléments d'information sur une catégorie de médicaments qui semble être une source majeure de revenus pour le secteur pharmaceutique actuellement, je parle des statines. Certaines données semblent confirmer que toute la catégorie de ces médicaments pourrait bien, en fait, ne pas améliorer la situation des patients.

**Le président:** Il a besoin d'une réponse concise.

**M. Doug Eyolfson:** Oui, juste une réponse concise.

Ne pensez-vous pas qu'on devrait commencer à examiner les données relatives aux médicaments qui absorbent une énorme partie de nos dépenses?

**Dr Thomas Perry:** Eh bien, c'est un bon exemple de conflit d'intérêts qui empêche de comprendre réellement les choses et de travailler scientifiquement. Notre groupe universitaire continue de penser que les statines, en prévention secondaire pour les gens qui souffrent de troubles cardiaques ou qui ont eu une crise cardiaque, ont probablement...

**M. Doug Eyolfson:** Oui, absolument, mais je parlais de prévention primaire, excusez-moi.

**Dr Thomas Perry:** En prévention primaire, pour quelqu'un comme moi, par exemple, c'est-à-dire avec un taux de cholestérol assez élevé, mais en forme par ailleurs, nous pensons que les inconvénients risquent de l'emporter sur les avantages.

Il n'y a pas à discuter. Je suis sûr que vous l'avez probablement constaté aussi, docteur Carrie. Tous ceux qui ont une pratique clinique et qui exercent les yeux ouverts, et c'est le cas aussi des infirmières ici, savent que les statines entraînent souvent des troubles musculaires, de la faiblesse et de la douleur.

Les experts officiels, même à l'Université d'Oxford, en Grande-Bretagne, continuent de dire que c'est exceptionnellement rare. Ils ne savent pas ce qu'ils disent. Et la raison en est la façon dont ils définissent la maladie musculaire, ou myopathie, par une élévation folle du taux de CK. Si vous ou moi souffrons d'une myopathie associée aux statines, mais que notre taux de CK n'est pas de 10 fois la limite supérieure de la normale, ils estiment que nous n'avons pas de problèmes musculaires, même si je ne suis pas capable de rentrer à pied à mon hôtel aujourd'hui.

**M. Doug Eyolfson:** Merci beaucoup.

**Le président:** Merci.

Madame Harder, vous avez cinq minutes.

**Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC):** Ma première question s'adresse à Mme Silas. Vous avez dit que, à l'heure actuelle, nous payons plus pour les médicaments que pour les médecins. Est-ce que cette situation ne serait pas amplifiée par un programme d'assurance-médicaments? Est-ce qu'on ne paierait pas encore plus pour les médicaments que pour les médecins?

• (1015)

**Mme Linda Silas:** Le rapport de l'ICIS d'il y a deux ans disait qu'on payait plus pour les médicaments d'ordonnance que pour les médecins. Aujourd'hui, les médecins coûtent un peu plus cher, mais on parle encore de 30 % et de 32 %.

Non, on ne paierait pas plus pour les médicaments que pour les médecins si on avait un programme national d'assurance-médicaments, parce que le programme s'appuierait sur des données scientifiques probantes concernant l'efficacité des médicaments et sur de bonnes habitudes de prescription. Ça et le fait qu'on achèterait de grandes quantités permettraient de réduire les coûts. Il y aurait plus d'un volet, et c'est ce qui permettrait de réduire les coûts.

L'objectif est d'instaurer des habitudes de prescription efficaces, de protéger tous les Canadiens et de réduire les coûts. Pour ça, il faut plus d'un volet.

Comme je l'ai signalé dans mes notes, les coûts enregistrés depuis 20 ans sont passés de 5 à 25 milliards de dollars en médicaments.

**Mme Rachael Harder:** D'après vos estimations, diriez-vous qu'un programme national d'assurance-médicaments permettrait aux

patients plus de choix dans les médicaments? Est-ce qu'ils auraient accès à plus de médicaments?

**Mme Linda Silas:** Comme l'a dit Mme Yale, les patients doivent être au centre des préoccupations, mais on doit leur donner le bon choix. Ça dépendrait de ce que le médecin ou l'infirmière prescrit et conseille de prendre. Ça dépendrait aussi de la liste des médicaments admissibles si on veut que ce soit universellement accessible. Vous n'aurez peut-être pas besoin d'un comprimé par jour, mais, si vous pouvez vous le permettre, allez-y, prenez votre comprimé par jour. Ce dont on a besoin, en fait, c'est d'améliorer le médicament en question, et ça, c'est quelque chose qui devrait être couvert. Ce n'est pas un choix.

Je suis d'accord avec le docteur Perry: si mon taux de cholestérol est un peu élevé et que je ne veux pas prendre de médicament pour ça, c'est mon choix. Ça dépend de ce qu'on entend par choix ici.

**Mme Rachael Harder:** Mon autre question s'adresse aussi à vous, madame Silas. Personne ici n'a pu donner une réponse claire, et on ne vous a pas encore posé la question. J'espère donc que vous allez pouvoir clarifier un peu les choses. Comment travailler avec l'ensemble des provinces et territoires pour créer un programme national d'assurance-médicaments?

En fait, je vais poser ma question précédente avant ça. Est-ce que le Québec est inclus dans l'organisme que vous représentez?

**Mme Linda Silas:** Non, mais nous collaborons avec eux. C'est comme n'importe quelle autre entente nationale: il y a toujours un petit astérisque excluant le Québec.

J'ai déjà dit à une conférence où le Québec était très bien représenté que nous pensons, parce que les chiffres sont clairs, que le Québec devrait être inclus. Le Québec n'a pas un système d'assurance-médicaments parfait. La Colombie-Britannique non plus. Les coûts sont astronomiques. Ils auront leur place à la table des négociations. Car c'est bien de négociations qu'il s'agit. Si on ne peut pas négocier à 13 ou 14, y compris le gouvernement fédéral, on est vraiment dans le caca.

**Mme Rachael Harder:** D'après vos estimations, quel est le meilleur moyen de s'y prendre? Les provinces jouissent d'une souveraineté et de pouvoirs propres. Il ne faut donc pas empiéter sur leurs prérogatives, il faut être respectueux.

D'après vous, comment créer des relations positives dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme national d'assurance-médicaments?

**Mme Linda Silas:** Examinons la Loi canadienne sur la santé. Nous avons une seule et même Loi canadienne sur la santé pour les 13 provinces et territoires et pour le gouvernement fédéral. Donc tout le monde y est. Ce dont s'occupent les provinces et territoires, c'est de la prestation des soins. C'est très spécifique. Il n'y a pas un seul des ministres fédéraux de la Santé que j'aie rencontrés au fil du temps qui ait voulu se mêler de la prestation des soins.

Pour le mode de financement et la couverture des principaux programmes, voyez toutes les discussions que nous avons en ce moment dans le domaine de la santé mentale. Tout le monde est d'accord pour dire qu'il faut faire quelque chose. Il faudra faire quelque chose ensemble dans ce domaine. Tout le monde est d'accord pour dire qu'il faut faire quelque chose dans le domaine de la santé des Autochtones. Il faudra faire quelque chose ensemble à cet égard aussi. Le Québec est inclus dans ces perspectives.

**Mme Rachael Harder:** D'accord, merci beaucoup, madame Silas.

**Le président:** Docteur Perry, vous semblez un peu impatient de parler.

**Dr Thomas Perry:** Je me disais simplement que les questions posées par Mme Harder et ses collègues sont tellement importantes. Je pense que l'objectif réel, dans l'intérêt des Canadiens, est qu'un programme national permette de donner de meilleurs résultats, avec éventuellement de meilleurs choix dans certains cas, et c'est ça qui fait faire des économies.

Le fait d'avoir trop de choix est parfois néfaste. Je ne sais pas si vous avez essayé d'acheter un sofa, mais ma femme et moi en cherchons un petit depuis plusieurs années. Nous les essayons et nous n'arrivons jamais à décider. Quand j'étais étudiant en médecine, dans la circonscription de M. Tootoo, il y avait une seule chemise dans le magasin de la Baie d'Hudson à Pond Inlet. Je l'ai achetée, et aussi une veste de jean. C'était une bénédiction de n'avoir qu'une seule possibilité.

C'est un contre-exemple extrême, mais, pour revenir à la remarque de Mme Silas au sujet de la santé mentale, voyez le nombre d'antidépresseurs approuvés au Canada. Si vous voulez voir comment Santé Canada nous trahit, il suffit de consulter le résumé des motifs de la décision d'approuver un médicament appelé vortioxétine, qui est le plus récent antidépresseur au Canada. Si on approfondit un peu, on s'aperçoit que Santé Canada l'a approuvé parce que, dans une expérience, le médicament a donné de meilleurs résultats qu'un placebo, même si, dans toutes les autres expériences, il ne donnait pas de meilleurs résultats qu'un placebo et que les résultats étaient même pires que ceux d'autres antidépresseurs. Personne n'a besoin de ce genre de choix, et on ne devrait certainement pas payer ça à même les fonds publics. Si quelqu'un veut s'en procurer en payant de sa poche, c'est légal, mais, en tant que contribuable, je suis un néo-démocrate financièrement très conservateur. Ça peut vous surprendre, mais je ne veux pas gaspiller mon argent de contribuable. Je veux qu'il serve à des patients comme ceux dont a parlé Mme Yale, qui ont vraiment besoin de traitements qui sauvent des vies.

• (1020)

**M. Anil Naidoo:** Il y a juste une chose que je dirais à Mme Harder. En fait, ce sont les provinces qui ont demandé une intervention concernant le programme d'assurance-médicaments. Ce sont elles qui ont demandé au gouvernement fédéral de participer. Rappelez-vous les dernières négociations en 2004. Ce n'est pas quelque chose qui leur est imposé.

**Le président:** Merci beaucoup, tout ça est très intéressant.

Madame Sidhu, c'est à vous.

**Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.):** Merci, monsieur le président. Merci à tous les témoins des renseignements très instructifs qu'ils nous ont donnés.

Nous avons tous entendu que 20 % des Canadiens ne peuvent pas acheter leurs médicaments d'ordonnance. Comme éducateur sur le diabète, j'ai pu voir l'impact du diabète non traité et ses graves conséquences.

Ma question s'adresse à Mme Yale. Il y a 4,6 millions de Canadiens souffrant d'arthrite. Vous avez parlé dans votre témoignage de coûts moindres et d'un plus large choix. Pourriez-vous nous parler de votre point de vue sur les médicaments rares ou sur les médicaments orphelins pour les maladies rares?

**Mme Janet Yale:** Certainement. Merci de cette question.

Ce qu'il y a d'intéressant dans le cas de l'arthrite, c'est que sur les 4,6 millions de Canadiens qui en sont atteints, environ un million de

personnes souffrent d'arthrite inflammatoire, auxquelles sont applicables les thérapies biologiques dont je parlais. La plupart des Canadiens souffrent d'ostéo-arthrite, qui consiste en une détérioration progressive des articulations, et le seul traitement, actuellement, est le remplacement de l'articulation, en dehors du contrôle de la douleur et, comme vous l'avez signalé, des solutions non pharmacologiques. On ne devrait jamais perdre de vue l'importance des solutions non médicales, qu'il s'agisse de physiothérapie, d'exercice, de régime alimentaire, de nutrition, etc., pour prévenir la progression de la maladie.

En règle générale, les gens atteints d'arthrite ne sont pas nécessairement bien servis par les médicaments disponibles de nos jours, et pourtant on parle d'un très grand nombre de gens... On ne parle pas d'une maladie orpheline touchant un petit nombre de gens ayant besoin de médicaments très coûteux, mais de millions de Canadiens atteints d'ostéo-arthrite progressive et attendant des années que leur maladie atteigne le seuil où un remplacement d'articulation pourrait — ou non — être une solution. Nous pensons qu'on a besoin de beaucoup plus de nouveaux traitements pour atténuer les effets de cette maladie et la douleur qu'elle provoque et pour éviter la chirurgie, qui coûte très cher au système de santé et qui est la seule solution parce qu'il n'y a pas d'autres traitements pour prévenir la progression de la maladie.

Quant aux maladies orphelines, je n'ai pas l'expertise nécessaire pour me prononcer sur le fait qu'on devrait fournir ou non ces médicaments ou dire à partir de quelle base on pourrait fournir des traitements pharmacologiques essentiels pour les maladies orphelines.

Je suis sûre que c'est dans vos cordes, Doug.

**M. Doug Coyle:** Oui, j'ai fait pas mal de travail dans le domaine des médicaments destinés aux maladies rares, et je vous recommanderais, si vous avez un moment, de consulter le site Web intitulé Million Dollar Meds, auquel j'ai travaillé avec des collègues d'UBC.

C'est curieux que la question de la rareté soit toujours soulevée dans des discussions comme celle-ci. Il y a eu des enquêtes auprès des Canadiens et des enquêtes dans le monde entier sur ce qui importe aux gens. Et ce qui revient tout le temps, c'est que les gens veulent que les fonds publics consacrés à la santé soient dépensés de façon à maximiser les avantages généraux pour tous les Canadiens et que la rareté n'est pas un facteur qui mérite qu'on s'y attarde.

La raison pour laquelle cette question revient systématiquement sur la table est que des fabricants de produits pharmaceutiques en tirent profit. C'est pour ça que la rareté est devenue un vrai problème dans les dernières années. Si on tient compte des valeurs et préférences réelles de la société, les gens ne pensent pas que les maladies rares devraient être traitées comme des cas spéciaux plus importants que les besoins généraux des Canadiens en matière de santé.

• (1025)

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Docteur Coyle, quelles autres mesures est-ce qu'on pourrait prendre pour aider les médecins qui prescrivent des médicaments à réduire le risque d'abus de médicaments parmi leurs patients?

**M. Doug Coyle:** Je crois qu'il vaut mieux vous adresser au Dr Perry.

**Mme Sonia Sidhu:** Le Dr Perry ou d'autres peuvent répondre.

**Dr Thomas Perry:** C'est une excellente question.

Je crois qu'une partie de la réponse se trouve dans ce que j'ai lu dans la transcription d'une réunion antérieure. Je crois que c'était le Dr Eyolfson qui disait que les étudiants en médecine et les médecins en savent beaucoup moins sur les médicaments qu'il y a 20 ou 30 ans. La Dre Anne Holbrook l'a également dit à votre comité. J'en suis bien content parce que c'est quelque chose dont ceux d'entre nous qui travaillent dans le domaine de la pharmacologie clinique — j'ai reçu le même genre de formation que les Drs Holbrook et Juurlink — se plaignent depuis des années. Nous sommes impuissants à changer la tendance du programme de formation. Je ne crois pas que ce soit un complot du secteur pharmaceutique. Je pense que le mal vient de l'intérieur des facultés de médecine.

Avant de venir ici, j'ai demandé à quelques-uns de mes étudiants de quatrième année de médecine s'ils avaient quelque chose à dire au comité. Et ils disent qu'ils ont besoin d'être mieux informés de l'usage des médicaments, qu'ils veulent que ce soit réintégré à leur programme de formation et qu'ils ont besoin de professeurs libres de tout conflit d'intérêts. On ne peut pas accepter que nos professeurs refusent de déclarer leurs conflits d'intérêts et se fassent les porte-parole d'une compagnie pharmaceutique, comme l'annonce que je vous ai montrée tout à l'heure. Ça devrait être élémentaire dans une université moderne en 2016, et pourtant ce n'est pas le cas pour les raisons dont j'ai parlé tout à l'heure.

J'ai eu l'occasion de faire valoir cet argument directement, en face à face, auprès près que je suis de Mme Silas, au doyen de notre faculté de médecine il y a dix ans, et je pense qu'il a cru que je délirais. Eh bien non, je ne délire pas. Parlez à mes étudiants ou venez à certaines de mes conférences. Les thérapies pharmacologiques sont devenues beaucoup plus compliquées, comme l'a expliqué Mme Yale, mais le savoir, lui, a diminué. Il va falloir faire un travail énorme pour régler ce problème, et ça suppose aussi une éducation de la population.

Une autre mesure serait également très utile: Santé Canada pourrait être plus transparent, les examens des médicaments courants pourraient être plus transparents et mieux communiqués, afin que des profanes intelligents, comme vous, non formés en médecine, puissent en prendre connaissance et tirer leurs propres conclusions. Il n'y a aucune raison qu'une personne intelligente et suffisamment instruite, ayant fait des études secondaires ici, ne puisse pas comprendre si un médicament est utile ou non.

**Le président:** Merci beaucoup.

Vous avez trois minutes, monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Merci.

Nous avons commencé par une motion visant à discuter l'assurance-médicaments. Ce que nous sommes en train de découvrir, c'est le vilain ventre mou du système actuel au Canada. On entend dire que des fonds publics considérables sont dépensés pour acheter des médicaments qui sont prescrits, mais ne sont pas utilisés, peut-être même des médicaments qu'on n'aurait jamais dû prescrire. Il semble y avoir du gaspillage dans le système. Je me demandais si quelqu'un avait une idée de la façon dont on pourrait régler ça.

Je ne dis pas que j'y crois, mais est-ce qu'il ne faudrait pas envisager de faire payer une quote-part au patient, pour qu'il assume sa part de risque? Est-ce que c'est une bonne idée, une mauvaise idée?

**M. Doug Coyle:** Je crois qu'il faut être très clair. Beaucoup de Canadiens vivent dans un environnement assez pauvre. N'importe quelle quote-part entravera vraiment leur accès aux soins de santé. Je trouve scandaleux qu'on facture maintenant les gens qui ont besoin

d'une ambulance pour se rendre aux services d'urgence. C'est atroce de penser qu'une personne puisse se demander si elle devrait appeler ou non quand un de ses proches est en crise, et ce parce qu'on va lui facturer des centaines de dollars pour l'emmener à l'hôpital. Il ne faut pas croire que nous avons un système de santé complet au Canada. Je comprends le principe de la quote-part, je comprends le désir de décourager le gaspillage, mais je crois qu'il faut trouver des solutions plus judicieuses. Peut-être qu'il faut raccourcir la période pour la première ordonnance afin de voir si le patient va bien suivre son traitement, et ensuite continuer.

Je n'aime absolument pas l'idée de la quote-part du patient.

• (1030)

**M. Don Davies:** Madame Yale, qu'en pensez-vous?

**Mme Janet Yale:** Je suis entièrement d'accord.

Comme on vient de vous le dire, je pense que beaucoup des problèmes ont trait à l'éducation du médecin qui prescrit le médicament. Je pense que ce dont on nous parle a beaucoup plus à voir avec le fait que des gens se passent d'autres choses pour pouvoir acheter leurs médicaments.

Je ne pense pas que les gens veulent se surmédicamenter. Je crois que les gens, surtout ceux qui souffrent d'une maladie chronique, veulent vivre sans douleur. Avec la crise actuelle des opioïdes et du fentanyl, et c'est tout à fait normal, on risque de voir des gens souffrant de douleur non diagnostiquée et insuffisamment traitée hésiter à suivre des thérapies pharmacologiques de crainte de tomber dans la dépendance. Je crois que la plupart des gens ne veulent pas de ça, et je pense que la quote-part n'est pas la réponse qui convient.

**M. Anil Naidoo:** On a déjà essayé cette solution au Canada — c'était au Manitoba, dans les années 1970 je crois —, et ça a simplement changé les catégories de gens qui avaient accès au système. Les gens pauvres l'utilisaient moins, et les gens riches l'utilisaient plus. Le système était toujours utilisé cumulativement.

**Dr Thomas Perry:** Je n'ai pas de point de vue idéologique à ce sujet, mais je vais vous donner un exemple précis du problème avec un médicament.

La gabapentine est un médicament commercialisé sous le nom de Neurontin, dont on vantait les vertus contre la « douleur neuropathique » chronique. De 2000 à 2004 environ, c'est devenu une superproduction de 3 milliards de dollars par an aux États-Unis. L'entreprise Pfizer a été poursuivie et condamnée pour racket et fraude par une cour fédérale des États-Unis pour la promotion de ce médicament, parce qu'il n'existait quasiment aucune preuve qu'il était efficace et qu'il existait par contre beaucoup de preuves qu'il ne l'était pas.

Ils ont pu dissimuler ce fait en recrutant des leaders d'opinion parmi les médecins, qui ont dit qu'il fallait commencer par une petite dose, puis en prendre de plus en plus sur une longue période, et rien de ça n'était vrai. Il n'y avait pas de réaction claire à un certain seuil. Le médicament n'était pas du tout efficace. On pouvait parfaitement se rendre compte en quelques heures, et évidemment en un jour ou deux, si le médicament atténuait la douleur, et pourtant ils ont réussi à vendre pour 3 milliards de dollars de ce produit.

Le résultat, comme le Dr Eyolfson pourra sûrement vous le confirmer, est que les gens croient qu'il faut prendre de la gabapentine pendant un an ou deux. En tant que médecin, on peut se demander pourquoi les gens continueraient de payer pour ça même de leur propre poche — ou pour du Lyrica, qui n'est pas couvert dans la plupart des provinces — et la réponse est: « Eh bien, mon médecin m'a dit de continuer parce que ça finira par fonctionner. »

Ça semble grotesque, mais je n'aurais pas fini de remplir cette salle de toutes les larmes de mon corps si je vous disais le nombre de fois que j'ai vu cette situation et que j'ai vu des gens gaspiller leur argent, qu'ils auraient pu utiliser à des fins plus utiles, ou les fonds publics gaspillés.

**M. Don Davies:** Monsieur Naidoo, je voudrais terminer en vous laissant le dernier mot. Comme l'a dit le président, vous avez passé votre temps à écouter les témoignages. J'aimerais vous donner le dernier mot.

Quelle est la chose la plus importante que vous souhaitez dire au comité au sujet d'un programme national d'assurance-médicaments?

**M. Anil Naidoo:** Je pense que le travail de ce comité a une importance historique. J'espère que vous vous rendez compte que ce que vous êtes en train de faire va produire les fondements de ce qui sera fait dans l'avenir, parce que, à ma connaissance, on n'a jamais fait d'étude aussi approfondie.

Maintenant, est-ce que vous serez en mesure de produire ce rapport... je regarde autour de la table, et j'espère que oui.

Je suis désolé que vous n'ayez pas pu voyager dans le pays pour poser la question: « Quelle sorte de système pourrait-on utiliser? ». L'avantage d'être le dernier à y venir, et le Canada est une aberration, c'est que beaucoup de pays ont mis en place des systèmes très différents et que nous avons largement de quoi élaborer un très bon système ici. Il y faut seulement une volonté politique.

Nous avons rencontré la ministre de la Santé hier et nous avons rencontré d'autres responsables politiques, mais je ne suis pas sûr qu'il y ait de volonté politique. Je crois que, d'une certaine façon, ça

doit partir d'ici. Un rapport convaincant pourra servir de fondement pour l'avenir, mais notre créneau est très étroit. Des accords commerciaux nous limitent, les coûts augmentent, le système est fragmenté, il y a toutes sortes d'intérêts en jeu... ce sera difficile, mais nous comptons sur vous pour clarifier les choses.

● (1035)

[Français]

**Dr Thomas Perry:** Je vous invite à venir en Colombie-Britannique. Vous y êtes toujours les bienvenus.

[Traduction]

**Le président:** Merci beaucoup. Je tiens à remercier les témoins. À chaque réunion, nous arrivons et nous ne savons pas ce que nous allons entendre, mais vous êtes tous si engagés et passionnés que je tiens à vous dire que nous vous sommes très reconnaissants. Nous avons beaucoup appris, et je suis sûr que certains d'entre vous reviendront de temps en temps pour nous aider à clarifier encore un peu la situation.

J'aimerais que vous restiez, parce que je tiens à vous saluer avant de partir, mais nous avons quelques petites choses à régler d'abord.

Je vais demander au Dr Carrie de proposer la motion qu'il a présentée tout à l'heure.

**M. Colin Carrie:** Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le comité appelle la ministre de la Santé à comparaître immédiatement comme témoin pour discuter du sommet sur les opioïdes et des mesures qui seront prises pour faire face à cette grave crise.

**Le président:** Est-ce qu'il y a débat?

(La motion est adoptée.)

**Le président:** La motion est adoptée à l'unanimité. Merci beaucoup.

Voilà qui conclut notre réunion. Merci à tous.

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>