



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA



NUMÉRO 035



1<sup>re</sup> SESSION



42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 6 décembre 2016**

**Président**

**M. Bill Casey**



## Comité permanent de la santé

Le mardi 6 décembre 2016

• (0850)

[Traduction]

**Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)):** Bienvenue à nos témoins et à vous, mesdames et messieurs. Nous poursuivons notre étude sur l'élaboration d'un programme national d'assurance-médicaments.

Ce matin, nous avons le Groupe consultatif de citoyens sur l'assurance-médicaments publique au Canada. Peter MacLeod en est le président, et Jean-Pierre St-Onge en est membre. De la Fondation des maladies du cœur du Canada, nous avons Lesley James, gestionnaire principale, Politique de la santé. Enfin, à titre personnel, nous avons M. Larry Lynd, professeur, Sciences pharmaceutiques, Université de la Colombie-Britannique.

Nous commencerons par une allocution de 10 minutes. La plupart de nos témoins trouvent que cela leur suffit. Si je vous fais signe, vous saurez que vos 10 minutes sont écoulées et qu'il est temps de conclure votre présentation.

Nous commencerons par le Groupe consultatif de citoyens sur l'assurance-médicaments publique au Canada. Monsieur MacLeod, vous avez la parole.

**M. Peter MacLeod (président, Groupe consultatif de citoyens sur l'assurance-médicaments publique au Canada):** Merci, monsieur le président, et bonjour.

Je suis très heureux de cette occasion de comparaître devant vous pour vous présenter un rapport spécial qu'en fait, nous publions aujourd'hui.

Comme vous le savez bien, on considère depuis longtemps le fait d'étendre l'assurance-médicaments à tous les Canadiens comme l'initiative qui compléterait enfin notre régime d'assurance-maladie. Notre système d'assurance-maladie universel et global est tellement morcelé — un Canadien sur cinq est soit protégé de manière inadéquate, soit pas du tout — que le Canada est tout au bas de l'échelle des pays de l'OCDE qui ont un régime de soins de santé universel et global comparable. Depuis un certain temps, les experts en politique, les cliniciens et les défenseurs de l'assurance-médicaments demandent au gouvernement d'agir, mais on a peu entendu les opinions et les préférences des Canadiens eux-mêmes.

Le rapport que je vous présente aujourd'hui contient des lignes directrices du public canadien que l'on n'avait encore jamais entendues. Il s'adresse aux ministres de la Santé et aux décideurs de toutes les régions du Canada. Je vais d'abord vous présenter notre processus et nos recommandations, puis j'inviterai un membre du Groupe consultatif de citoyens sur l'assurance-médicaments publique au Canada, M. Jean-Pierre St-Onge, de Dieppe, au Nouveau-Brunswick, à vous décrire son expérience de participant.

Le Groupe consultatif de citoyens sur l'assurance-médicaments publique au Canada, dont j'étais président, s'est efforcé de fournir aux Canadiens de l'information et du contexte qui leur permettrait de

se former une opinion sur le modèle d'assurance-médicaments qui conviendrait le mieux au Canada. Un comité consultatif composé de 11 cliniciens et de dirigeants politiques en matière de santé de grande réputation au Canada surveillait nos travaux. Nous disposions aussi de subventions de recherche des Instituts de recherche en santé du Canada, de la Mindset Social Innovation Foundation, de la Michael Smith Foundation for Health Research et des universités de Toronto et de la Colombie-Britannique. Nous avons regroupé 36 Canadiens pour leur donner l'occasion très spéciale d'influencer l'élaboration des politiques du Canada en matière de santé.

Comme l'ont fait les nombreux groupes de référence qui ont contribué à influencer les politiques publiques du Canada, nous avons envoyé au hasard 10 000 lettres par la poste à des ménages situés partout au pays pour les inviter à participer aux discussions d'un groupe de réflexion ou d'une assemblée publique. Dans ces lettres, nous invitions les destinataires à venir passer cinq jours à Ottawa. J'ai le plaisir de vous annoncer qu'à notre époque où l'on a tendance à sous-estimer le désir des citoyens de participer aux affaires publiques, près de 400 Canadiens ont accepté notre offre. Ils sont arrivés de tous les coins du pays et de tous les contextes imaginables.

De ce groupe, nous avons sélectionné 36 personnes au hasard. Malheureusement, l'une d'elles a dû se retirer juste avant le début du processus pour des raisons médicales. Comme je vous l'ai dit, les membres du groupe de référence ont aussi été sélectionnés au hasard, mais de manière à représenter la population canadienne, la prévalence de l'assurance-médicaments et les dépenses personnelles.

Je vous demanderais de passer à la page 10 du rapport. Vous y verrez une carte des endroits d'où viennent ces participants, suivie d'une brève biographie de chacun. Nous avons donc réuni une bonne représentation du public canadien. Nous travaillions au Musée canadien de l'histoire avec une vue splendide du Parlement et sur l'autre organe de représentants des citoyens ici à la Chambre des communes.

Du mercredi au dimanche, les participants se sont réunis pour de longues séances qui commençaient à 9 heures et qui se sont parfois terminées à 21 heures. Mon équipe d'animateurs avait préparé un programme détaillé. Pendant les premières journées, nous avons entendu 20 conférenciers. Il s'agissait de cliniciens, de décideurs, de fabricants de produits pharmaceutiques, d'assureurs, de représentants de patients et d'économistes. Chacun d'eux ajoutait une facette aux nombreux angles de notre discussion.

Les participants se sont plongés dans ce domaine politique extrêmement difficile et complexe. Ces 35 personnes avaient tout laissé en suspens chez elles pour venir servir bénévolement leurs concitoyens et pour donner les meilleurs conseils possible au gouvernement.

Cette question d'assurance-médicaments touche différemment chacun de nos participants. Ils n'étaient pas toujours d'accord, mais ils ont trouvé moyen d'aborder ces différences d'opinions avec grâce et enthousiasme. Le groupe a cerné neuf problèmes, ou domaines de préoccupation, qu'ils ont consignés dans le rapport. Ils ont mentionné entre autres les domaines suivants :

Premièrement, le système est morcelé et n'assure pas à des millions de Canadiens la protection qu'il leur faudrait. Cela entraîne des résultats de santé médiocres et accroît les coûts des soins de santé.

Deuxièmement, notre pouvoir d'achat est faible; nous payons donc plus que nécessaire pour nos médicaments.

Troisièmement, les systèmes de traitement des données ne surveillent pas adéquatement l'utilisation des médicaments d'ordonnance.

Quatrièmement, l'établissement de prix abusifs et la prolongation des brevets font grimper les coûts, et cela s'accompagne d'un manque de transparence sur les coûts réels de la recherche et du développement des médicaments.

• (0855)

Cinquièmement, les Canadiens connaissent mal ces problèmes et cherchent donc à s'adapter à leur manque de protection.

Pour aborder ces préoccupations, le groupe a produit une série de principes dont les décideurs pourraient s'inspirer. Les participants ont aussi présenté des recommandations détaillées soulignant cinq principes : toutes les mesures que l'on prendra devront reposer sur le principe de l'universalité; elles devront être axées sur les patients, assumer une responsabilité face au public, se fonder sur des données probantes et être durables.

Après avoir beaucoup délibéré, les participants se sont entendus pour demander au gouvernement de collaborer avec les provinces et les territoires pour instaurer une protection publique universelle des médicaments inscrits dans une nouvelle liste de médicaments assurés. Ils recommandent que cette liste soit assez étendue pour couvrir tout l'éventail des besoins individuels des patients, y compris les maladies rares. Ils recommandent aussi que tous les médicaments couverts subissent une évaluation rigoureuse pour garantir l'efficacité et la rentabilité des traitements ainsi financés.

Comme première étape importante vers l'établissement d'une assurance-médicaments publique globale, les participants demandent au gouvernement d'établir dans l'immédiat une liste de base contenant les médicaments les plus souvent prescrits. Cette liste de base ouvrirait la voie vers une assurance-médicaments globale et universelle et constituerait le fondement de la nouvelle liste nationale des médicaments assurés.

Le groupe appuie aussi l'importance de confier aux compagnies d'assurance privées le rôle continu de compléter cette assurance publique. Dans le cadre de ce nouveau système, les employeurs, les syndicats et les particuliers pourraient continuer à contracter de l'assurance privée pour les médicaments qui ne figureront pas à la liste publique et pour d'autres services paramédicaux.

Enfin, le groupe ne s'oppose pas à ce que le gouvernement finance ce programme en augmentant modestement l'impôt sur le revenu des particuliers et des entreprises. Selon les participants, ce serait le moyen le plus équitable de le faire. Ils nous exhortent aussi à examiner plus en profondeur les modèles de quote-part s'ils ne posent pas d'obstacles déraisonnables aux personnes à faible revenu.

En conclusion, comme le système de soins de santé se fonde en grande partie sur les soins axés sur les patients, je suis convaincu que

les lois fédérales profiteront d'une approche à l'élaboration des politiques plus centrée sur les citoyens. J'espère que vous reconnaîtrez la contribution très particulière des membres du Groupe consultatif de citoyens sur l'assurance-médicaments publique au Canada à ce débat important et le service qu'ils ont ainsi rendu au nom des Canadiens.

Je vais maintenant passer la parole à un membre de ce groupe de référence, Jean-Pierre St-Onge, qui vous décrira son expérience.

[Français]

**M. Jean-Pierre St-Onge (membre, Groupe consultatif de citoyens sur l'assurance-médicaments publique au Canada):**  
Merci, monsieur MacLeod.

Monsieur le président, je suis honoré de comparaître devant ce comité aujourd'hui.

La lettre que j'ai reçue a vraiment attiré mon attention sur trois points, à savoir une occasion spéciale, une aide à la création et le coût des médicaments sur ordonnance.

J'ai passé ma vie à travailler dans le secteur des assurances et des services financiers. Je suis au courant des lacunes des assurances en ce qui concerne les gens ayant une condition préexistante. Lorsqu'ils apprennent que les médicaments sont exclus, la grande majorité d'entre eux décident de ne pas se les procurer.

C'est la raison pour laquelle j'ai été heureux de constater, quand j'ai reçu un appel me disant que j'allais participer au groupe consultatif après que j'eus répondu à l'invitation, que les petites connaissances acquises au cours de ma vie allaient servir à quelque chose, surtout au gouvernement.

Le 19 octobre et le jour suivant, les 20 experts auxquels M. MacLeod a fait allusion nous ont donné tellement d'informations que cela débordait, mais nous avons aussi l'occasion de leur poser des questions. Après deux jours, notre conscience s'est éveillée et nous nous sommes par la suite mis en mode travail.

J'ai remarqué que le groupe de participants avait le désir d'aider les gens. Lorsqu'on réalise qu'il y a des problèmes, on dirait que les gens se mettent dans un mode de solutions. Les participants ont tous apporté leur contribution. Nous étions divisés en sous-groupes et nous échangeons tous ensemble.

J'ai été très impressionné par le processus. Il y avait 50 % d'hommes et 50 % de femmes. Il y avait des gens de toutes les classes de la société, des jeunes et des moins jeunes, des vieux et des plus vieux. Il y avait des gens de différents groupes ethniques, de différentes cultures et de nouveaux Canadiens. La diversité était incroyable et j'ai été impressionné par la participation de tous ces gens. Nous étions guidés par une équipe chevronnée. Je dois vous avouer que j'ai été impressionné par tout ce processus. Cela avait été pensé à l'avance.

Nous avons fondé nos recommandations sur des valeurs fondamentales. Notre système a besoin d'être mis à jour. Lorsqu'on utilise toujours la même façon de travailler, on obtient les mêmes résultats.

Nous avons consacré cinq jours à tenter de trouver des pistes de solution. Il y a d'autres façons de faire. Inévitablement, si nous voulons accomplir quelque chose à cet égard, il faudra prendre des décisions. Le statu quo n'est plus une option, car des millions de Canadiens sont affectés chaque jour.

Nous avons confiance que nos recommandations vous aideront à atteindre votre but.

● (0900)

[Traduction]

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous allons maintenant entendre Mme Lesley James, de la Fondation des maladies du cœur du Canada.

**Mme Lesley James (gestionnaire principale, Politique de la santé, Fondation des maladies du cœur du Canada):** Merci.

Monsieur le président, mesdames et messieurs, au nom de la Fondation des maladies du cœur, je vous remercie de m'offrir cette occasion de vous présenter notre point de vue sur l'élaboration d'un programme national d'assurance-médicaments pour le Canada. Je m'appelle Lesley James, et je suis gestionnaire principale, Politique de la santé de la Fondation des maladies du cœur du Canada.

Tout d'abord, je tiens à remercier le Parlement d'avoir reconnu l'importance de cet enjeu. L'accès aux médicaments demeure l'une des plus grandes difficultés de la prestation de soins de santé de qualité partout au Canada. Le problème de l'accès inéquitable aux médicaments et le besoin d'y apporter une solution nationale figurent parmi les priorités principales non seulement de la Fondation des maladies du cœur, mais de la Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé, qui dirige la collaboration de 30 organismes du domaine de la santé avec lesquels la Fondation des maladies du cœur est fière de travailler. L'accès aux médicaments est lié à tous les problèmes auquel le Canada fait face dans le domaine de la santé. Il crée des obstacles communs à tous les troubles de santé et des difficultés particulières à certaines maladies.

Nous discutons aujourd'hui d'un problème qui provient d'une lacune dont notre système de soins de santé universel a toujours souffert. Nous les Canadiens sommes très fiers de notre système de santé de classe mondiale et des principes sur lesquels il repose. Il garantit à tous les Canadiens l'accès à des soins de santé, quelle que soit leur capacité de les payer et où qu'ils se trouvent dans notre pays. Ces principes nous sont précieux, car ils représentent la justice et l'équité. Malheureusement, ils ne s'appliquent pas aux médicaments administrés hors des hôpitaux.

L'accès aux médicaments est empreint d'iniquité, il est fragmenté et assujéti aux défaillances du système. Il fait défaut à 10 % des Canadiens. Si nous n'améliorons pas le système d'assurance-médicaments, les Canadiens n'auront pas vraiment d'assurance-maladie universelle. La Fondation des maladies du cœur voit de nombreux aspects du système à améliorer. Soulignons avant tout l'importance de continuer à renforcer le comportement et le style de vie de la population pour prévenir la maladie et maintenir la santé du cœur et du cerveau. Nous remercions le gouvernement — et tout particulièrement ce comité — de s'être engagé et de diriger les initiatives de prévention des maladies en soutenant les stratégies du programme *Vivre en santé*. Mais nous devons en faire plus pour que les Canadiens aient accès à des aliments sains, qu'ils mènent une vie active et qu'ils s'écartent du tabagisme, ce qui réduira leurs risques de contracter des maladies chroniques.

La Fondation reconnaît également que les médicaments d'ordonnance constituent un élément crucial au traitement d'un vaste éventail de troubles cardiovasculaires et autres. Utilisés avec sagesse, ces médicaments aident à prévenir les maladies, ils sauvent des vies et ils améliorent la qualité de vie des patients. Ils contribuent aussi à raccourcir les séjours à l'hôpital et à réduire le nombre de consultations médicales ce qui, à long terme, réduit les coûts qu'assume notre système de soins de santé.

L'innovation dans le domaine pharmaceutique a suscité de grandes découvertes médicales et amélioré l'état de santé de nombreux Canadiens. Toutefois, nous nous fions toujours plus aux médicaments. Bien des gens craignent que notre système ne puisse bientôt plus en assumer les coûts. Les médicaments d'ordonnance, qui en 1975 constituaient 6,3 % des dépenses totales en santé au Canada, représentaient 13,4 % de ces dépenses en 2014.

Il est clair que nous nous fions beaucoup aux médicaments d'ordonnance, et rien ne laisse prévoir une diminution de cette tendance. Environ la moitié des adultes canadiens prennent au moins un médicament d'ordonnance, et 15 % d'entre eux en prennent quatre ou plus. Autrement dit, au moins cinq personnes dans cette salle prennent chaque jour un médicament. Près de 98 % des Canadiens atteints d'une maladie chronique prennent au moins un médicament d'ordonnance, et 54 % des Canadiens atteints d'un trouble chronique en prennent quatre ou plus.

En 2014, les pharmacies du Canada dispensaient environ 87 000 ordonnances de médicaments traitant une maladie cardiovasculaire. Cela représente 2,5 % de plus que l'année précédente, et il s'agit de la catégorie de médicaments la plus dispensée au Canada. Lorsqu'on prend des médicaments d'ordonnance pendant longtemps, leurs coûts s'accumulent. En termes généraux, bien que la majorité des Canadiens aient une assurance-médicaments, l'accès aux médicaments n'est ni universel ni équitable. Bien des gens vivent sans prendre les médicaments qu'on leur prescrit parce qu'ils ne peuvent pas les payer. Il arrive aussi bien souvent que l'achat de leurs médicaments aggrave dangereusement la situation financière des gens. La prochaine fois que vous irez chercher un médicament d'ordonnance à la pharmacie, comparez le coût initial au coût que vous payez après la déduction de votre assurance. Vous serez surpris d'en constater la différence.

Entre 60 et 75 % des Canadiens ont contracté une assurance privée, et entre 9 et 43 % d'entre eux sont admissibles à une assurance gouvernementale selon la région où ils habitent. Malheureusement, 3,4 millions de Canadiens n'ont pas assez d'assurance — ou n'en ont pas du tout — pour les médicaments d'ordonnance qu'ils doivent acheter hors d'un hôpital. Les résultats d'un sondage auprès de Canadiens souffrant de comorbidités — dont une maladie cardiaque — indiquent que 14 % des répondants n'ont pas d'assurance qui couvre les médicaments qu'ils doivent prendre.

● (0905)

L'accès pose un problème majeur. Plus d'un Canadien sur cinq indiquent qu'ils auraient de la difficulté à payer leurs médicaments d'ordonnance sans assurance, et un Canadien sur 10 dit avoir de la difficulté à les payer même avec l'aide de son assurance. En 2010, 12 % des Canadiens ont indiqué qu'ils payaient plus de 1 000 \$ de leur poche pour leurs frais médicaux, et 10 % ont dit qu'ils n'achètent pas leurs médicaments d'ordonnance ou qu'ils sautent des doses parce que ces médicaments leur coûtent trop cher. Ces chiffres soulignent que le Canada est en une position très inférieure à celle des pays qui offrent une assurance-maladie comparable.

Le fait de ne pas prendre les médicaments qu'on leur prescrit cause de graves problèmes. Il en découle une augmentation considérable des taux de mortalité, des hospitalisations et des frais de soins de santé. Si nous voulons garantir la durabilité de notre système de soins de santé, nous devons résoudre ces problèmes.

Pourquoi 10 % des Canadiens n'ont-ils pas une couverture suffisante ou pas d'assurance du tout? Bon nombre d'entre eux n'ont pas d'assurance parce qu'ils sont travailleurs autonomes ou que leur emploi est contractuel ou à temps partiel. Un tiers des Canadiens qui ont un emploi à temps plein et les trois quarts des employés à temps partiel n'ont pas d'assurance sur les médicaments d'ordonnance. De plus, de nombreux régimes fournis par les employeurs ont un seuil de couverture maximale et n'offrent qu'un nombre d'options limité. Donc même les Canadiens protégés par une assurance privée n'y trouvent pas les options qu'il leur faut.

Comme le nombre de Canadiens qui travaillent à temps partiel augmente et que de nombreux employeurs réduisent la couverture des médicaments des régimes d'assurance qu'ils fournissent, l'assurance des lieux de travail offre de moins en moins la couverture des médicaments nécessaires aux Canadiens. Il faut absolument que nous sauvions les Canadiens qui se voient obligés de choisir entre leur alimentation quotidienne et les médicaments que leur médecin leur a prescrits.

Le système d'assurance-médicaments au Canada n'est pas égal dans toutes les régions du pays. La disponibilité des médicaments diffère d'une province à une autre, parce que nous n'avons pas une liste nationale de médicaments assurés. Il faut que les médicaments nécessaires et essentiels soient couverts par une assurance universelle qui ne varie pas en fonction des régions.

Enfin, il faut que nous parlions du coût des médicaments au Canada. L'expiration de certains brevets et le virage vers les produits génériques ont produit quelques économies. Mais les résultats de recherche démontrent qu'au Canada, les médicaments génériques sont plus chers que dans des marchés comparables. Seuls les prix de la Suisse sont plus élevés que ceux du Canada.

Reconnaissant l'importance d'ouvrir l'accès aux médicaments, l'Organisation mondiale de la santé a déclaré que tous les pays doivent garantir un accès équitable aux médicaments nécessaires dans le cadre de leurs programmes de santé universels. Le Canada est le seul pays industrialisé qui ait un système de santé universel sans assurance-médicaments. En 2012, les Nations unies ont adopté à l'unanimité une résolution conseillant aux gouvernements de garantir un accès universel à des soins de santé de qualité sans que cela n'entraîne de difficultés financières pour les usagers. Pourtant, le Canada continue à faire face à des difficultés financières pour l'accès aux médicaments.

Il est grand temps que le Canada comble les lacunes de son système de santé en fournissant à tous des soins de santé réellement universels. La Fondation des maladies du cœur s'attache profondément aux valeurs de l'universalité, de l'équité et de l'égalité du système de santé. Toutes les personnes qui vivent au Canada devraient avoir un accès équitable et rapide aux médicaments qui leur sont prescrits selon les meilleurs résultats de santé possible plutôt que selon leur capacité de les payer. La solution devra être adaptée au Canada afin de répondre aux besoins propres à son contexte tout en tirant des leçons du succès des assurances-médicaments d'autres pays. Ce programme national d'assurance-médicaments incitera les Canadiens à se conformer aux ordonnances de leurs médecins, réduira le fardeau qu'assume notre système de soins de santé et améliorera la santé et la productivité de la population.

Nous exhortons le gouvernement du Canada à diriger la résolution des problèmes que nous venons de décrire. Nous avons quelques recommandations à présenter pour l'aider à le faire. Nous lui recommandons tout particulièrement de créer un groupe consultatif

qui éclaire l'élaboration de normes pancanadiennes complètes et fondées sur des données probantes sur une assurance-médicaments qui garantisse un accès universel et équitable aux médicaments essentiels.

Deuxièmement, nous recommandons aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de se réunir pour négocier la réduction des coûts du système de soins de santé et l'ouverture de l'accès aux médicaments nécessaires. Troisièmement, nous recommandons au gouvernement du Canada de diriger la mise en oeuvre de normes d'assurance-médicaments dans les provinces et d'en partager les frais. Quatrièmement, nous recommandons que l'on invite les organismes caritatifs du domaine de la santé et les Canadiens qu'ils représentent à participer à des consultations menées par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux visant à appuyer l'élaboration de normes d'assurance-médicaments qui répondent aux besoins de tous les Canadiens.

En conclusion, nous sommes convaincus que si tous les secteurs et les ordres gouvernementaux collaborent et écoutent les opinions des patients, nous créerons un système d'assurance-médicaments universel, équitable qui ne négligera personne au Canada. La Fondation des maladies du cœur continuera à encourager le progrès dans ce domaine. Nous sommes prêts et capables de collaborer avec le gouvernement fédéral et avec les autres organismes caritatifs du domaine de la santé pour garantir aux Canadiens de tous les contextes un accès abordable aux médicaments d'ordonnance dont ils ont besoin.

Je vous remercie de nous avoir consacré de votre temps aujourd'hui.

● (0910)

**Le président:** Merci.

Monsieur Lynd, vous avez 10 minutes.

**M. Larry Lynd (professeur, Sciences pharmaceutiques, Université de la Colombie-Britannique, À titre personnel):** Bonjour, monsieur le président. Je vous remercie beaucoup de m'avoir invité à comparaître devant vous aujourd'hui. Je suis chercheur principal d'une équipe des IRSC chargée des politiques d'évaluation des subventions et de la prise de décisions sur le remboursement des frais aux personnes atteintes de maladies rares. Je siège aussi au comité consultatif du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique sur les médicaments chers prescrits pour le traitement des maladies rares.

Je vais vous décrire mes opinions et mon expérience sur les médicaments orphelins et sur les maladies rares.

Les agents-payeurs de Colombie-Britannique — puisque j'ai acquis mon expérience dans cette province — avec lesquels j'ai discuté de cet enjeu ont soulevé quatre préoccupations. Ils ont mentionné particulièrement les données probantes, les prix, l'accès ainsi que la communication et la transparence des décisions, notamment sur le remboursement des médicaments qui servent à traiter les maladies rares.

Nous traversons un changement de paradigme, une perturbation de l'élaboration des médicaments, en passant des produits vedettes et biologiques à des produits plus spécialisés visant les médicaments orphelins et les maladies rares. Cette perturbation a créé les prix exorbitants des médicaments pour maladies rares, qui peuvent atteindre des millions de dollars par année par patient pour des traitements à vie. D'autres de ces médicaments arrivent sur le marché, pouvant coûter jusqu'à 2 à 3 millions de dollars, et ce coût ne semble qu'empirer.

Les nouvelles technologies et les incitatifs encouragent la production de nouveaux médicaments, et celle des médicaments orphelins continue à augmenter — c'est bien d'offrir de nouveaux traitements à nos patients —, mais cette production ajoutera aux pressions que subit notre système. Il est évident que les Canadiens ne peuvent pas payer de tels traitements de leur poche sans assurance. Je suis donc convaincu que nous devons déclencher un changement de paradigme, une perturbation de l'élaboration de nos politiques et de notre prise de décisions sur le remboursement de ces médicaments.

À l'heure actuelle au Canada, nous avons mis sur pied le Programme commun d'évaluation des médicaments et, plus récemment, l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. Le Programme commun d'évaluation des médicaments a été créé afin de fournir des données sur la valeur, sur l'efficacité et sur la cohérence de l'évaluation des données probantes dans toutes les provinces. L'Alliance pancanadienne pharmaceutique a pour objectif d'établir une stratégie pour la négociation des provinces sur le prix des médicaments à la suite de l'examen commun des médicaments. On vise ainsi à améliorer l'équité dans tout le pays. Mais ce n'est pas toujours le cas. Même lorsque l'Alliance n'a pas encore établi d'entente sur le prix et sur la liste des médicaments avec les fabricants de produits pharmaceutiques, les provinces décident de financer certains médicaments, ce qui crée un accès inéquitable.

Nous venons de mener une étude auprès de 2 600 Canadiens, auxquels nous avons demandé de quels facteurs on devrait avant tout tenir compte en décidant de financer de nouveaux médicaments. Les cinq facteurs principaux que les répondants ont nommés étaient l'effet du médicament sur la qualité de vie, son effet sur la longévité des patients, l'innocuité du médicament, son efficacité réelle et la gravité de la maladie qu'il traite. Ce sont les cinq facteurs principaux mentionnés tout particulièrement sur le médicament et sur la maladie qu'il traite.

Le sixième facteur cité, cependant, était l'équité d'accès pour les populations minoritaires, et les résultats d'une étude plus récente nous ont appris que les répondants considéraient l'équité entre les provinces comme étant aussi très importante. Par conséquent, nous savons que malgré les efforts du Programme commun d'évaluation des médicaments et de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, les Canadiens n'ont pas un accès égal à tous les traitements. Nous savons cependant que dans le cas des maladies communes et même des cancers, il existe généralement certaines thérapies que l'on peut administrer pour que la plupart des patients reçoivent au moins un traitement, malgré les observations que nous avons entendues ce matin au sujet de la capacité de payer et de contracter une assurance. Je ne parle ici que du principe de l'équité.

Mais une bonne partie des maladies rares ne réagissent qu'à une seule thérapie. Par conséquent, comme les provinces assurent différents médicaments, l'accès au traitement est très inéquitable. Je ne propose pas que l'on offre tous les traitements à tous les patients dans toutes les provinces, qu'il s'agisse de maladies rares ou communes, mais j'affirme que l'on éviterait cette iniquité en établissant un programme national d'assurance-médicaments. Tous les patients au Canada auraient accès aux traitements — ou n'y auraient pas accès — en fonction d'un processus de prise de décisions transparent, cohérent et fondé sur des données probantes. Nous assurerions ainsi l'équité d'accès fondée sur des données probantes dans toutes les provinces.

Nous savons déjà que ce type de programme est efficace dans le cas d'une maladie rare. Il s'agit de l'Initiative canadienne de dépistage de la maladie de Fabry. Cette initiative a été créée parce que la

Nouvelle-Écosse faisait face à une incidence élevée de cas et se trouvait dans l'incapacité d'en payer le traitement.

● (0915)

Si je comprends bien, cette initiative était initialement financée en un partenariat entre les provinces, le gouvernement fédéral et l'industrie pharmaceutique. Elle se composait de deux volets : l'approvisionnement des médicaments dans tout le pays ainsi que l'évaluation et la collection de données en vue de dresser un registre des patients. Cette initiative est un excellent exemple d'accès équitable. Seuls les patients admissibles reçoivent ce traitement; on les choisit en fonction des lignes directrices et des excellentes données sur les effets du traitement et sur les antécédents naturels de la maladie de Fabry. Cette initiative a considérablement réduit l'anxiété et l'incertitude au sujet de la couverture des frais de traitement.

À mon avis, cette initiative pourrait servir de modèle pour d'autres maladies rares dans le cadre d'une stratégie nationale d'assurance-médicaments. En effet, ce modèle fournit une plateforme de collecte de données qui éclaire la recherche, l'évaluation et la prise de décisions et il soutient la prise de décisions sur des données probantes. Il favorise aussi les négociations sur l'approvisionnement et sur l'établissement des prix. Il pourrait aussi favoriser les avis de conformité aux conditions ou aux remboursements en produisant des données probantes. Nous savons que bien des gens en parlent, mais on ne les a encore jamais appliqués dans une situation réelle.

Cela indique aussi ce qu'il faudrait inclure dans un programme national d'assurance des médicaments orphelins. Il faudrait surtout un plan d'autorisation post-commercialisation qui, selon moi, est crucial puisqu'on n'obtient que peu de preuves de l'efficacité de ces médicaments lorsqu'on les évalue avant leur commercialisation. Jusqu'à présent, je doutais qu'il soit possible de le faire dans le contexte actuel de réglementation, de remboursement et de séparation des responsabilités fédérales et provinciales. Toutefois, une stratégie nationale comprenant un plan actif de surveillance et d'autorisation des médicaments contribuerait à la croissance de la base de données probantes. L'économie d'échelle d'un système unique favoriserait le traitement de nombreuses maladies rares, ce qui améliorerait le rendement du système.

En conclusion, je suggère qu'une stratégie nationale de remboursement, qui ouvrirait la voie à une stratégie nationale d'assurance-médicaments, favoriserait l'équité d'accès — ou de non-accès — en fonction des données probantes. Elle favoriserait aussi le rendement du système à différents niveaux ainsi que la possibilité d'accéder plus rapidement aux traitements. C'est ce que favoriseraient les avis de conformité aux conditions ou aux remboursements dépendant de la production de données probantes. Une telle stratégie soutiendrait la cohérence d'une politique de remboursement et de prise de décisions fondée sur des données probantes. On n'effectuerait que les dépenses prouvées nécessaires et l'on améliorerait la transparence et la communication sur les systèmes et sur les décisions liées au remboursement.

Je vous remercie encore de m'avoir invité. J'espère que je vous ai présenté des observations qui éclaireront vos délibérations.

● (0920)

**Le président:** Je remercie beaucoup tous les témoins. Je suis sûr que nous avons de nombreuses questions à vous poser.

Nous commencerons notre première ronde de questions en donnant la parole à M. Erskine-Smith pour sept minutes.

**M. Nathaniel Erskine-Smith (Beaches—East York, Lib.):** Merci beaucoup.

Je n'ai que deux ou trois questions et je vais partager mon temps avec Doug.

En espérant nous diriger vers la création d'une assurance-médicaments universelle, nous parlons non seulement de faciliter l'accès aux médicaments, mais de réduire nos dépenses en médicaments. Il me semble qu'il serait bon d'atteindre ces deux objectifs, mais nous n'y parviendrons pas du jour au lendemain.

Pourriez-vous indiquer les premières étapes que le gouvernement devrait suivre pour établir une assurance-médicaments nationale? Par exemple, j'ai lu beaucoup de documentation sur les listes nationales de médicaments assurés. Pourriez-vous suggérer les deux ou trois étapes principales que le gouvernement devrait suivre pour lancer cette initiative?

**M. Larry Lynd:** Bien sûr. Je vais commencer.

C'est le domaine que je connais le mieux. Je vous suggère cela comme une sorte de fruit presque mûr, si vous voulez. L'initiative canadienne de dépistage de la maladie de Fabry nous fournit déjà un modèle, même s'il n'est pas parfait. À mon avis, c'est un excellent point de départ pour élaborer un modèle sur les médicaments orphelins qui traitent les maladies rares et peut-être aussi pour les groupes les plus vulnérables. Ensuite, on pourrait continuer graduellement à développer le programme.

J'ai trouvé de bonnes recommandations dans d'autres rapports. Par exemple, commencer à établir un programme plus complet en dressant une première liste des médicaments courants. Je pense que nous reconnaissons tous la difficulté de nous lancer tout de suite dans l'élaboration d'un vaste programme. Je suggère de commencer par de petits succès rapides pour voir ce qui réussit bien.

**M. Nathaniel Erskine-Smith:** Y a-t-il d'autres observations?

**M. Peter MacLeod:** Notre groupe de référence s'est préoccupé de cette question. Les membres demandaient souvent quel serait l'échéancier des réformes éventuelles et combien de temps il faudrait pour les effectuer. Ils exhortent le gouvernement à agir aussi rapidement que possible. C'est en fait la raison pour laquelle ils ont suggéré de commencer le plus tôt possible en établissant cette courte liste des médicaments de base. Selon moi, cette liste constituerait un acompte important sur le programme global.

**Mme Lesley James:** À mon avis, il faut y appliquer une approche graduelle. Nous ne réglerons pas le problème du jour au lendemain. Il est important de créer une vision qui définit les principes que nous désirons établir. L'élément de consultation est lui aussi important, car nous obtenons les opinions des patients et nous apprenons ce que veulent les Canadiens, parce que notre contexte est très différent du leur.

Nous devons aussi apprendre d'autres pays qui ont suivi cette voie et déterminer ce qui réussirait et ce qui échouerait au Canada. Selon moi, nous avons là une approche à court, à moyen et à long terme qui nous permettra de définir les principes que nous allons instaurer ensemble.

**M. Nathaniel Erskine-Smith:** La documentation mentionne des milliards de dollars d'économie aux consommateurs si nous établissons un tel programme. Je ne vois pas clairement à combien s'élèveraient les coûts initiaux du gouvernement. Si les consommateurs économisent moins que ce que le gouvernement devra y investir... Les résultats de l'étude menée à l'Université de la Colombie-Britannique indiquent que les consommateurs pourraient économiser jusqu'à 8 milliards de dollars, je crois.

En examinant ce qu'ont fait les autres pays qui ont déjà suivi cette voie et en envisageant d'y lancer le Canada sans tomber dans le rouge, est-ce que d'autres pays ont réussi à utiliser une part des économies aux consommateurs afin de ne pas tomber dans le déficit tout en permettant aux consommateurs d'économiser?

**M. Larry Lynd:** Je n'ai pas de réponse à cette question, je ne sais pas ce que les autres pays ont fait. Je sais que nous avons des preuves des deux côtés de la situation. Dans son article, Steve prédit des économies de 8 millions de dollars, et nous avons vu d'autres preuves indiquant que ces économies ne seront pas tout à fait aussi élevées.

Il y a tout un débat sur le montant réel de ces économies. Je comprends tout à fait l'importance des coûts de mise en oeuvre et de développement. C'est pourquoi je pense qu'il sera crucial de développer ce programme graduellement, parce que nous ne savons pas exactement combien nous économiserons et quels seront les résultats.

**M. Nathaniel Erskine-Smith:** Je ne sais pas si certains d'entre vous pourraient suggérer un moyen, pour le gouvernement, de partager ces économies en fin de compte.

**M. Peter MacLeod:** Si vous me permettez, je vais juste ajouter brièvement qu'évidemment, le comité comprend qu'en fin de compte, les paiements ne viendront que d'une seule source. Les membres de notre groupe de référence ont bien compris que si le gouvernement gère ce programme, il créera un meilleur rendement économique en achetant et en fournissant ces médicaments.

**M. Nathaniel Erskine-Smith:** Doug, à vous la parole.

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

Je vous remercie tous d'être venus.

Ma première question s'adresse à M. St-Onge. Vous avez parlé d'assurances-médicaments privées et de conditions préexistantes. Avez-vous une idée du pourcentage d'employés auxquels l'assurance de leur lieu de travail refuse de couvrir les médicaments parce qu'ils ont un trouble de santé préexistant?

● (0925)

**M. Jean-Pierre St-Onge:** C'est l'avantage des assurances de groupe. Elles ne font pas de distinction entre les particuliers. Je disais que les particuliers n'ont pas... Une assurance de groupe couvre tout le monde. Est-ce que j'ai bien répondu à votre question?

**M. Doug Eyolfson:** Je me demandais si vous aviez une idée des tendances. Au cours de vos discussions — monsieur MacLeod, vous aurez peut-être une réponse à ce sujet —, est-ce que les membres du groupe de référence ont discuté de cela?

**M. Jean-Pierre St-Onge:** Non. Je vous présentais simplement mes antécédents professionnels.

**M. Doug Eyolfson:** Ah, je comprends.

**M. Jean-Pierre St-Onge:** Je pensais qu'en reconnaissant cela...

**M. Doug Eyolfson:** Bien sûr, d'accord.

**M. Peter MacLeod:** Les membres du groupe s'inquiétaient surtout du fait — comme le leur ont présenté les représentants de compagnies d'assurance —, des conséquences que subissent, particulièrement dans les petites entreprises qui ont des régimes d'assurance de petits groupes, les employés qui développent une maladie rare. Le coût des médicaments submerge l'entreprise, qui ne réussit plus à conserver son régime d'assurance privée.

Nous nous inquiétons beaucoup de cela, et je crois que l'on s'en inquiète aussi beaucoup dans les petites entreprises et dans les compagnies d'assurance.

**M. Doug Eyolfson:** Merci.

Madame James, vous avez mentionné ce que coûte la non-observance, surtout dans le cas des médicaments cardiovasculaires. Les taux de morbidité et de mortalité sont plus élevés chez les gens qui ne prennent pas leurs médicaments. Est-ce que la Fondation des maladies du cœur du Canada a des statistiques sur ce que cela coûte à la société, au système de santé, ou sur les coûts que le système doit assumer chaque année à cause des gens qui ne prennent pas leurs médicaments?

**Mme Lesley James:** Je n'ai pas de chiffres à vous présenter, mais les résultats d'études menées au Canada et ailleurs dans le monde indiquent que les problèmes de coût entraînent souvent la non-observance, ce qui augmente le nombre de patients qui arrivent à l'urgence en pleine crise cardiaque.

Nous constatons qu'à long terme, il coûte plus cher au système de santé de traiter les maladies cardiaques que de fournir aux patients des médicaments contre la haute tension et autres.

**M. Doug Eyolfson:** Merci.

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

Madame Harder.

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

Ma première question s'adresse à M. MacLeod. Monsieur MacLeod, vous avez dit que vous aviez choisi au hasard les membres de votre groupe de référence. Ils semblent être très bien renseignés pour présenter de telles recommandations. Pourriez-vous s'il vous plaît m'expliquer le processus de sélection au hasard que vous avez suivi?

**M. Peter MacLeod:** Bien sûr. Ce processus est ce qu'on appelle une « loterie civique ». On l'a utilisé pour choisir les membres de près de 30 groupes de réflexion partout au pays, aux niveaux municipal, régional et national. Jusqu'à présent, nous avons choisi plus de 1 000 Canadiens, et un ménage sur 60 au Canada a reçu une invitation similaire pour participer à des groupes de réflexion sur des enjeux liés à la santé, comme des centres d'injection de drogues. Des municipalités ont aussi suivi ce processus pour choisir les participants à des groupes de réflexion sur la planification des transports en commun.

Dans notre cas, nous avons reçu la réponse de 378 bénévoles, je crois. Nous les avons inscrits dans une base de données de manière à ne pas pouvoir en contrôler les résultats. Comme nous connaissons la démographie de la population canadienne, nous avons un algorithme qui trie ces candidats et qui les choisit au hasard d'après une série de caractéristiques — le sexe, l'âge, la région géographique. Dans notre cas, nous avons ajouté le montant qu'ils paient de leur poche en achetant leurs médicaments et s'ils avaient contracté une assurance-médicaments ou non.

À partir de cet ensemble de caractéristiques, nous avons sélectionné au hasard un groupe de candidats, puis nous avons tiré un nom au hasard. Ensuite, nous avons communiqué avec cette personne pour l'inviter à participer.

**Mme Rachael Harder:** D'accord, merci.

J'étudie la question de l'assurance-médicaments avec ce comité depuis assez longtemps. La terminologie que vous utilisez dans ce rapport est à la hauteur de mes connaissances, et j'étudie ce sujet depuis six à huit mois. Mais ces participants n'y ont passé que cinq

jours, alors parlez-moi un peu de la manière dont vous dirigiez leurs discussions pour qu'ils arrivent à formuler ces recommandations. Leur avait-on présenté toutes les facettes de la question? Leur avait-on expliqué les conséquences d'améliorer notre système de soins de santé privés tout en maintenant notre système de santé public, ou leur avez-vous présenté un seul côté de la médaille?

• (0930)

**M. Peter MacLeod:** Les concepteurs de ce processus se sont aussi posé cette question. C'est pourquoi nous avons créé un comité composé de 11 membres. Vous trouverez leurs noms à l'annexe du rapport. Nous avons discuté longuement des moyens de créer, du mieux que nous le pouvions, un programme équilibré afin que nos 20 conférenciers leur présentent un bon éventail de points de vue.

Je vais demander à mon collègue, qui était membre de ce groupe de référence, de vous dire ce qu'il pense de l'équité et de l'équilibre du processus. Mais j'ajouterais que quand on passe cinq journées pleines à se concentrer sur un sujet avec des gens, avec l'aide de tous les documents que vous avez devant vous, il ne faut pas sous-estimer les capacités qu'ont les membres du public de jouer un rôle plus raffiné et éclairé dans la prise de décisions politiques.

Soulignons aussi que ce rapport se divise en deux sections. Nous avons rédigé les pages bleues, mais les pages blanches vous présentent exclusivement les paroles des membres du groupe de référence.

**Mme Rachael Harder:** Merci.

Ma prochaine question s'adresse donc à la Fondation des maladies du cœur, à Mme James.

Vous avez dit que la consommation de médicaments d'ordonnance a considérablement augmenté au fil du temps au Canada. Est-ce que vous pourriez nous expliquer pourquoi, selon vous?

**Mme Lesley James:** Je pense que la consommation de médicaments d'ordonnance augmente dans le monde entier et que ce n'est pas propre au Canada. Ça coûte de plus en plus cher et ça représente une proportion croissante des dépenses en soins médicaux. C'est ce qui inquiète la Fondation des maladies du cœur.

**Mme Rachael Harder:** Merci, mais pourquoi?

**Mme Lesley James:** Je ne saurais dire. Je crois que c'est une question d'ordre clinique.

**Mme Rachael Harder:** D'accord.

Vous avez dit que, d'après vos recherches, un certain nombre d'autres pays se sont dotés d'un système d'assurance-médicaments. Dans quel pays, est-ce que le système est le meilleur?

**Mme Lesley James:** Je ne veux pas me prononcer sur le meilleur et le pire. Je pense que la meilleure solution pour le Canada est d'examiner nos besoins et notre contexte et de tenir compte du fait que nous avons déjà de l'assurance privée.

Je pense que le Royaume-Uni a un modèle intéressant qui couvre les médicaments d'ordonnance pour tout le monde, avec des assurances privées complémentaires. Peut-être que ça vaudrait la peine d'examiner cette solution, parce que le contexte est très semblable au Canada.

**Mme Rachael Harder:** D'après vous, est-ce qu'on devrait aussi protéger les assureurs privés, comme les assureurs publics?

**Mme Lesley James:** Je pense qu'il faut un équilibre. Comme ce système existe depuis très longtemps, il faut consulter pour voir ce qui fonctionnerait le mieux dans l'avenir.

**Mme Rachael Harder:** D'accord.

La raison pour laquelle vous attirez l'attention sur le modèle britannique est le fait qu'ils ont conservé leur système privé en plus, en complément, comme vous dites, du système public. Vous semblez dire que c'est une bonne chose.

**Mme Lesley James:** Je parle à titre personnel. J'ai étudié à temps partiel au Royaume-Uni. Je pense que c'est formidable d'avoir accès à tous les médicaments sans frais pour les principaux services. Il y a une option d'assurance privée complémentaire par le biais des employeurs.

**Mme Rachael Harder:** Est-ce que vous voyez des inconvénients au système du Royaume-Uni?

**Mme Lesley James:** Pas que je sache, non.

**Mme Rachael Harder:** Monsieur Lynd, j'aimerais vous poser la même question.

Si on examine le contexte international, d'autres pays qui ont un système d'assurance-médicaments universel, quelles seraient vos observations? De quel pays est-ce que nous pourrions nous inspirer?

**M. Larry Lynd:** Je vais vous parler des médicaments orphelins, parce que c'est dans ce domaine que j'ai travaillé le plus. Il y a eu une étude effectuée à Ottawa sur les maladies et les médicaments orphelins ou rares et les décisions prises par différents pays à cet égard. Ce qui est intéressant, c'est que beaucoup de pays ont des processus, mais nous n'avons pas réussi à... Ils ont au moins des cadres décisionnels en place, comme en Colombie-Britannique...

**Mme Rachael Harder:** Je suis désolée, monsieur Lynd, nous n'avons pas beaucoup de temps. Vous avez environ 20 secondes.

Pourriez-vous parler d'un pays en particulier, s'il vous plaît?

**M. Larry Lynd:** Non, je ne peux pas. Je pense que personne n'a vraiment de bon processus en place.

**Mme Rachael Harder:** D'accord, merci.

**Le président:** Monsieur Davies.

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

Merci à tous les témoins d'être parmi nous aujourd'hui.

Monsieur MacLeod, je vais citer un extrait du préambule de votre rapport :

Un sentiment d'urgence est derrière nos recommandations et des actions doivent être entreprises immédiatement. Des personnes souffrent et meurent alors que notre système actuel ne répond pas à leurs besoins. Notre population vieillit et de nouveaux besoins font surface. Nous devons prendre soin de tous les Canadiens, jeunes ou vieux, peu importe leur statut socioéconomique. (...)

Nous nous attendons, en tant que groupe consultatif, à ce que nos représentants politiques fédéraux, provinciaux et territoriaux écoutent et révisent notre recommandation.

Étant donné qu'il reste trois ans au mandat actuel du gouvernement fédéral, puisqu'on est en 2016 et que les prochaines élections sont en 2019, est-ce que vous recommanderiez que ce gouvernement fédéral, ce Parlement, donne suite aux recommandations?

● (0935)

**M. Peter MacLeod:** Je suis convaincu que c'était l'intention des membres du groupe de signaler au gouvernement qu'ils s'attendaient à des mesures durant cette législature.

**M. Don Davies:** Merci.

Je vais passer à la première étape recommandée par le groupe. Il invite le gouvernement à prendre des mesures immédiates pour mettre en œuvre un système d'assurance public couvrant une petite liste de médicaments de base fréquemment prescrits. Je crois que vous avez parlé d'acompte sur la liste nationale de médicaments admissibles que vous recommandez au final.

Est-ce que vous pourriez expliquer un peu plus votre point de vue au Comité? À combien de médicaments pensez-vous et quels médicaments est-ce que le gouvernement pourrait couvrir immédiatement pour les Canadiens?

**M. Peter MacLeod:** L'idée d'une liste de base est une notion évolutive. En général, on parle de 100 à 200 médicaments qui, au meilleur de ma connaissance, représentent environ 40 à 50 % des ordonnances. Ces médicaments servent souvent à traiter des maladies chroniques et sont souvent très coûteux pour ceux qui en ont besoin, mais qui ne sont pas couverts par une assurance. Ceux qui ont un emploi précaire, qui n'ont pas d'assurance, qui ont un faible revenu, etc, sont ceux qui profiteront le plus d'une liste de base. Évidemment, ça permettrait aussi de normaliser l'idée d'une assurance publique dans l'esprit de tous les Canadiens.

Dans un sens, c'est la meilleure façon d'optimiser l'investissement en termes de santé publique et d'équité en matière de soins.

**M. Don Davies:** Donnez-nous quelques exemples de médicaments d'ordonnance auxquels vous pensez.

**M. Peter MacLeod:** Attention, je ne suis ni médecin ni pharmacien.

Mais il s'agirait des médicaments traitant les maladies chroniques ordinaires, par exemple l'hypertension ou les troubles gastro-intestinaux. Ce sont des médicaments courants que les médecins, et à coup sûr les patients, connaissent bien.

**M. Don Davies:** Pour être clair, la seule ordonnance que je demande ici est d'ordre politique.

**M. Peter MacLeod:** Merci.

**M. Don Davies:** Votre groupe a recommandé d'élargir le système pour en faire un système d'assurance public universel couvrant les médicaments énumérés sur une nouvelle liste nationale de médicaments admissibles. Vous avez recommandé que cette liste soit suffisamment longue pour englober tout l'éventail des besoins, y compris les maladies rares.

Je rappelle également que les principes énoncés par le groupe sont les principes mêmes de la Loi canadienne sur la santé ou des principes compatibles.

J'aimerais savoir si votre groupe souhaite la création d'un système d'assurance public national autonome, avec une liste administrée à titre distinct, ou une expansion des services assurés en vertu de la Loi canadienne sur la santé dans le cadre du système de prestation actuel. Est-ce qu'il y a une grande différence entre les deux solutions?

**M. Peter MacLeod:** Je ne suis pas sûr qu'il y ait une grande différence entre les deux. Je sais que, selon le groupe, le nouveau système, quel qu'il soit, devrait être administré hors de toute influence politique pour qu'il puisse être fondé sur des données probantes et qu'il rende des comptes directement aux Canadiens, c'est-à-dire aux patients et aux contribuables.

Mais je pense qu'il est important qu'un nouveau système d'assurance public soit fidèle à l'intention et à l'esprit de la Loi canadienne sur la santé, et je crois que les membres du groupe ont été surpris de constater que notre patchwork actuel n'est pas conforme à ces principes. Peut-être que, en plus de l'universalité, il faudrait se poser la question du degré de variation d'un bout à l'autre du pays. C'est pour cette raison qu'ils recommandent une action nationale fédérale en collaboration avec les provinces et territoires.

**M. Don Davies:** Monsieur MacLeod, j'ai déjà cité des extraits de votre rapport, et on y trouve des termes assez durs, comme « des personnes souffrent et meurent » dans le cadre du système actuel.

Madame James, est-ce que votre organisation pense que, dans le système éclaté actuel où les gens ne sont pas nécessairement assurés, des personnes meurent au Canada à cause du manque d'accessibilité des médicaments d'ordonnance?

● (0940)

**Mme Lesley James:** J'ai donné des exemples de gens qui n'ont pas accès aux médicaments d'ordonnance nécessaires pour le traitement de maladies cardiovasculaires et qui sautent des doses ou ne respectent pas la posologie, et ça entraîne une augmentation du nombre de crises cardiaques et d'hospitalisations en salle d'urgence.

Nous avons réussi à réduire le risque de mortalité associé aux crises cardiaques, mais, malheureusement, beaucoup de gens ne s'en sortent pas, et ça pourrait être évité grâce à un meilleur accès aux médicaments d'ordonnance préventifs.

**M. Don Davies:** Est-ce que la morbidité est une conséquence de cette lacune?

**Mme Lesley James:** Oui, la morbidité et la mortalité, les deux.

**M. Don Davies:** Merci.

Monsieur MacLeod, des chercheurs ont déclaré à ce comité et ailleurs qu'on pourrait faire des économies globales au Canada en instaurant un système d'assurance-médicaments national universel qui coûterait de 4 à 11 milliards de dollars par an, selon la structure du système et les paramètres adoptés.

Selon votre rapport, un groupe d'experts a, je crois, fourni une évaluation plus conservatrice des économies qui pourraient être faites grâce à un système d'assurance-médicaments. Est-ce que le groupe de référence est toujours favorable à un système d'assurance-médicaments universel si la couverture est universelle, mais que le gouvernement n'en tire pas d'économies? Est-ce qu'on devrait donner suite quand même?

**M. Peter MacLeod:** Je tiens à ce qu'on n'aille pas au-delà de ce que dit le rapport. Je crois que le souci d'améliorer les résultats en matière de santé publique et de régler les inégalités financières entre les Canadiens l'emportait probablement pour eux sur toute autre préoccupation.

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

Monsieur Kang.

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

Je tiens à remercier les membres du groupe d'être venus nous voir aujourd'hui.

Monsieur MacLeod, votre recommandation est la suivante :

Ce système national d'assurance-médicaments devrait être offert à travers une assurance publique permettant ainsi à tous les Canadiens d'avoir le même accès à une couverture d'assurance-médicaments. Le pouvoir d'achat sera unifié pour le pays (...). Un système d'assurance offert par le gouvernement serait responsable envers les gens grâce à une agence de surveillance indépendante et non motivée par le profit.

Au paragraphe suivant, vous dites : « Ce système doit aussi permettre aux individus et aux employeurs de continuer de souscrire à une assurance-médicaments privée optionnelle. »

Quand nous aurons un système national couvrant tous les Canadiens, quel besoin est-ce que nous aurons de systèmes privés? Si le système national laisse la porte ouverte aux entreprises, quel rôle joueront les assurances privées?

**M. Peter MacLeod:** C'est une excellente question, merci.

Le groupe de référence n'avait pas en tête de couvrir tous les médicaments disponibles. La liste doit être dressée en fonction de données probantes et les médicaments couverts doivent être ceux qui sont jugés le plus aptes à traiter la maladie à un prix raisonnable, comme c'est le cas des listes de médicaments admissibles dans d'autres pays. Mais il lui semblait important de préserver la possibilité pour les patients d'avoir le choix des médicaments qu'ils veulent employer. Le marché de l'assurance privée est un moyen d'accès à ces autres médicaments grâce à une couverture complémentaire.

**M. Darshan Singh Kang:** Nous essayons ici de créer un système d'assurance-médicaments national. Vous avez dit qu'un Canadien sur cinq n'a probablement pas d'assurance ou pas suffisamment. On va avoir un système à deux vitesses. Qu'est-ce qui va arriver aux gens qui n'ont pas les moyens d'avoir une assurance privée? Comment est-ce qu'on va les couvrir?

**M. Peter MacLeod:** Je ne crois pas que les deux idées soient mutuellement exclusives. Dans beaucoup d'autres pays, il y a un système public très solide, mais il y a aussi un système privé, comme ce que nous avons ici, quand même avec un système d'assurance-médicaments, où beaucoup de gens, individuellement ou par leur employeur, cotisent à une assurance privée, qui, évidemment, leur donne accès à des services paramédicaux.

● (0945)

**M. Darshan Singh Kang:** Je ne suis pas vraiment satisfait par cette réponse, parce que je sais qu'il y a probablement des gens qui ont un revenu fixe, mais qui ne pourraient probablement se payer une assurance privée s'ils le voulaient. Ils ont déjà du mal à joindre les deux bouts. Je voudrais qu'on laisse la porte ouverte à ceux qui sont défavorisés et ne sont pas couverts.

**M. Peter MacLeod:** Je tiens à préciser clairement qu'on ne parle pas d'accès préférentiel ni de créer des obstacles à l'accès aux médicaments nécessaires dans le cadre de l'assurance publique. On parle, par exemple, de la différence entre un médicament générique et un médicament de marque. Certaines personnes continuent de préférer les marques reconnues, mais, comme la plupart des cliniciens le savent, ces médicaments sont en fait identiques.

**M. Darshan Singh Kang:** D'accord, ma prochaine question était justement sur les médicaments génériques. Est-ce qu'il existe des études sur, par exemple, les économies enregistrées grâce aux médicaments génériques comparativement aux médicaments de marque? Est-ce qu'on a des chiffres?

**M. Peter MacLeod:** Je vous renvoie à l'association du secteur manufacturier, qui a fait des études approfondies permettant de répondre de façon plus définitive à votre question.

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

Ma prochaine question s'adresse à M. Lynd. Au cours de son témoignage devant le Comité, une représentante du CEPMB a souligné plusieurs difficultés de l'association, dont le contrôle du coût élevé des médicaments, surtout les produits biologiques, les médicaments oncologiques et les médicaments orphelins. Selon elle, le cadre juridique et réglementaire du Conseil devrait être adapté à cette évolution, et il faut prendre des mesures adaptées et efficaces pour protéger les consommateurs contre les prix excessifs.

À votre avis, dans quel sens est-ce que le Conseil devrait s'orienter pour mieux contrôler les prix, notamment les prix des produits biologiques, des médicaments oncologiques et des médicaments orphelins?

**M. Larry Lynd:** C'est encore une fois une question qui a trait au contrôle international des prix, et ce n'est pas mon domaine d'expertise. Quand on voit ce qui se passe au Conseil et ses difficultés judiciaires actuelles et quand on voit comment il essaie de contrôler les prix et les contestations qui s'ensuivent, on comprend ma proposition concernant la perturbation du processus de remboursement et d'établissement des prix ici au Canada. La solution, en fait, je ne la connais pas.

**M. Darshan Singh Kang:** Est-ce qu'on devrait créer un système d'assurance-médicaments national? Est-ce qu'on a toujours besoin du CEPMB? Oui ou non et pourquoi?

**M. Larry Lynd:** Oui, je pense qu'on devrait, parce que je crois qu'il faut contrôler les prix. Si on observe l'évolution des prix des produits pharmaceutiques, compte tenu surtout du changement de paradigme dans le développement des médicaments, on constate qu'il y a un développement de traitements personnalisés et de précision avec des médicaments qui seront à des prix orphelins. Ça va faire augmenter la nécessité d'un contrôle des prix pendant que ceux-ci vont être poussés aux limites, d'après moi.

**M. Darshan Singh Kang:** Pensez-vous que le pouvoir d'achat de notre système d'assurance-médicaments national pourra faire baisser les prix des médicaments, probablement avec l'aide du CEPMB?

**M. Larry Lynd:** C'est ce que je pense, oui. C'est exactement ce qui a présidé à la création de l'alliance pancanadienne pharmaceutique : on voulait un consortium pour accroître le pouvoir d'achat. C'est ce que je pense.

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

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

Cela termine notre série de questions de sept minutes. Nous allons passer à la série des questions de cinq minutes.

La parole est à M. Carrie.

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

Merci aux témoins d'être venus nous voir aujourd'hui.

Beaucoup de témoins sont favorables à un modèle particulier, de style monopolistique, pour le Canada. J'ai eu quelques difficultés

avec l'étude que nous faisons parce que je n'entends pas beaucoup d'opinions contraires, mais je vois que vous avez soulevé quelques aspects intéressants que j'aimerais approfondir un peu.

Ma première question s'adresse à M. Lynd. Mon collègue a demandé s'il existe ailleurs un système qui pourrait nous inspirer. Au Canada, nous essayons de définir qui sont les Canadiens qui ont vraiment des problèmes à cet égard.

Si on observe ce qui se passe dans le monde, on voit que le Royaume-Uni a mis en place un système qui ressemble à un monopole, mais, au final, il y a certaines restrictions sur certains médicaments qui sont disponibles ailleurs en Europe. C'est au Royaume-Uni qu'on enregistre le pire taux de survie au cancer de tous ces autres pays. La Nouvelle-Zélande a aussi un système monopolistique. Il y a des Néozélandais qui déménagent en Australie pour pouvoir avoir les médicaments dont ils ont besoin.

Vous avez dit que, si nous adoptons un système comme ça, il y aura des répercussions sur le choix. Autrement dit, tout le monde l'a ou personne ne l'a. En tant que Canadien, si je cotise à un système pendant des années et que j'ai besoin de médicaments à un moment donné — c'est vous l'expert en maladies rares —, est-ce que vous diriez vraiment que c'est juste qu'un bureaucrate décide que je ne peux pas avoir des médicaments couverts par un système auquel j'ai cotisé toute ma vie?

● (0950)

**M. Larry Lynd:** Je voulais dire que, eh bien, je ne dis pas que tous les médicaments devraient être couverts. Quand je dis que personne n'y a accès, je veux simplement dire que les données probantes indiquent que le médicament n'a pas d'effet suffisant sur la qualité ou la quantité de vie du patient ou que le coût est tel que ça ne justifie pas un remboursement. Cette décision est prise, et pas nécessairement par un bureaucrate. Je pense que le processus décisionnel engage de multiples participants. Autrement dit, tout le monde a le même degré d'accès, qu'il s'agisse de médicaments auxquels tout le monde a accès ou de médicaments auxquels on ne devrait pas avoir accès.

**M. Colin Carrie:** Si on envisage un système monopolistique et, comme je disais, si on se pose la question de l'équité, tous les Canadiens devront y cotiser. Dans ce cas, est-ce qu'ils pourront cotiser à un régime privé? Autrement dit, s'il y a ces médicaments uniques et qu'on envisage un système monopolistique pour essayer d'aider tous les Canadiens, mais qu'il y a une partie des Canadiens qui ne peuvent pas obtenir certains médicaments, est-ce qu'on n'est pas simplement en train de remplacer un système qui ne couvre pas les gens à un système qui ne les couvrira peut-être pas si on ne leur permet pas de cotiser à un régime privé?

**M. Larry Lynd:** Je ne dis pas qu'il ne faut pas donner accès à une assurance privée, mais je pense aussi qu'on peut observer ce qui se passe dans les compagnies d'assurance privée. Je pense qu'il y a un changement de paradigme aussi, en ce moment, parce qu'elles ont toujours tout couvert et que c'est en train de changer. On a pu voir aux nouvelles, dernièrement, qu'elles ont cessé de couvrir les produits biologiques à cause de la pression des employeurs.

Je pense que les deux systèmes peuvent fonctionner ensemble, et les deux sont en train d'examiner leurs politiques et procédures de remboursement.

**M. Colin Carrie:** C'est ce que nous devons faire aussi.

Encore une fois, j'aime bien connaître les opinions contraires. Je pense, madame James, que vous êtes un des rares témoins ici à... Vous avez parlé des maladies cardiovasculaires et de l'importance que vous accordez aux interventions sur les comportements et le mode de vie, je crois que vous avez parlé de stratégies pour un mode de vie sain.

Ce que je trouve problématique... Dans une des opinions contraires signalées dans vos annexes, monsieur MacLeod, quel qu'un dit qu'on devrait parler d'assurance-santé et pas nécessairement d'assurance-médicaments.

Madame James, dans le cadre d'un système d'assurance-médicaments national, on couvrir les statines à vie. On couvrirait les anticoagulants. On couvrirait les médicaments contre l'hypertension. Est-ce que votre organisation a déjà fait une étude sur les économies qui pourraient être faites si on arrivait à convaincre les gens de prendre des mesures préventives, sous la forme d'exercice et de bonnes habitudes alimentaires? Parce que, si on veut offrir une meilleure santé aux Canadiens, je pense qu'il faudrait adopter une perspective plus holistique.

Je suis chiropraticien de formation. Je pense qu'il faudrait envisager d'abord des interventions naturelles avant de passer aux médicaments, mais, si on a un système comme ça, le médicament sera la solution de facilité.

Est-ce que votre organisation a déjà fait une étude coûts-efficacité sur l'alternative non pharmaceutique, par exemple en payant pour les interventions susceptibles de changer le mode de vie, par exemple de faire perdre du poids à une personne? Est-ce que vous avez fait quelque chose dans ce genre-là?

**Mme Lesley James:** Voilà une question extrêmement intéressante. Nous avons fait ce genre de recherches. Quatre-vingts pour cent des maladies cardiovasculaires sont évitables grâce à la transformation du mode de vie, par exemple en changeant le degré d'activité physique, en continuant de ne pas fumer et en changeant les habitudes alimentaires. Il faut veiller à ce que les aliments sains, frais et non transformés soient abordables pour tous les Canadiens, et c'est un énorme défi à l'heure actuelle.

Cela dit, les produits pharmaceutiques ont un rôle à jouer dans la prévention et le traitement des maladies cardiovasculaires, mais nous pouvons contrôler une grande partie de cet aspect. Personnellement, je pense que nous avons besoin d'un système qui permette aux Canadiens de faire plus facilement des choix sains.

• (0955)

**Le président:** Monsieur Oliver.

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

Je tiens d'abord à remercier le groupe de citoyens du travail qu'ils ont fait. Vous avez pris sur vous de faire cette étude comme bénévoles, et c'est un merveilleux accomplissement. Merci beaucoup du temps et de l'énergie que vous y avez mis.

Le Comité discute de ce sujet depuis déjà un certain temps. Je me demandais comment faire les choses aussi simplement que possible. D'après moi, la donnée de base est le moment où un Canadien rencontre un dispensateur de soins, qu'il s'agisse d'un médecin ou d'une infirmière, et où il reçoit une ordonnance qu'il va porter au pharmacien pour obtenir un médicament. Il peut y avoir de modestes frais de service fixes, peut-être une quote-part à déterminer, mais il obtient son médicament, rentre à la maison et le prend, et, aussitôt, 25 % des Canadiens obtiennent ce que les autres 75 % ont, à savoir un accès aux médicaments.

Pour les pharmaciens, c'est gagnant. Au lieu de traiter avec des centaines de systèmes privés, ils ont une seule organisation à contacter pour le remboursement de leurs frais. Mais la première difficulté serait de déterminer ce qui serait permis et les ordonnances qu'ils pourraient accepter. Il me semble que Larry et Peter n'ont pas tout à fait le même point de vue ici.

L'Organisation mondiale de la santé a déjà produit une liste de médicaments essentiels. Je crois que vous avez recommandé que les médicaments essentiels soient dans la liste. C'est très simple. Ça s'appelle le principe de Pareto. Quatre-vingts pour cent des ordonnances concernent environ 20 % de la réserve de médicaments disponibles. La plupart de ces médicaments sont déjà des génériques. La plupart d'entre eux sont déjà assujettis à des modèles d'établissement des prix agressifs. On devrait commencer par cette simple liste.

Ensuite, on ajoute les médicaments traitant les maladies rares et les autres à mesure, et on réfléchit aux moyens d'équilibrer le tout. La première chose à faire est de dresser cette liste de médicaments essentiels. L'ACMMS a dit qu'elle pensait pouvoir s'en occuper. Est-ce que vous pensez créer une nouvelle agence ou confier cette responsabilité à l'ACMMS?

**Mme Lesley James:** Excellente remarque. Je pense que la liste des médicaments recommandés par l'Organisation mondiale de la santé n'est pas là pour rien. Ce sont des médicaments rentables, ils sont susceptibles d'améliorer la santé de la population à long terme, et c'est le premier tremplin pour nous, Canadiens. Je suis très contente que vous en ayez parlé.

Je crois que, quel que soit le système que nous adopterons, il faut qu'il soit transparent. Il faut tenir compte de l'administration publique et des économies pour les Canadiens. Je ne sais pas si l'ACMMS est l'agence qui convient, mais il y a d'autres solutions à envisager en s'inspirant de ce qui se fait ailleurs. Il y a le système NICE au Royaume-Uni. D'autres pays ont des organismes de réglementation différents aussi.

**M. John Oliver:** Merci.

**Mme Lesley James:** Peut-être que nous avons déjà ce qu'il faut au Canada ou peut-être qu'il y a autre chose.

**M. Peter MacLeod:** Nous n'avons pas pensé à une agence en particulier, mais je crois que le groupe a entériné l'idée d'une agence autonome. Ce qu'ils veulent, c'est que le système soit fondé sur des données probantes et que les citoyens aient un rôle à jouer à titre distinct.

**M. John Oliver:** Exactement.

Ça doit être fondé sur des données probantes, sur des données cliniques...

Pour les Canadiens qui regardent peut-être nos délibérations, je dois dire que c'est déjà en place. Si on va dans un laboratoire privé ou que le médecin nous a demandé un test de laboratoire, ou si on demande un diagnostic privé, il existe déjà des mécanismes dans toutes les provinces qui permettent au laboratoire ou au centre de diagnostic de facturer la province. Les Canadiens ne paient pas pour ces services. Nous sommes en train d'élargir ce système pour englober les produits pharmaceutiques, mais les structures de facturation sont déjà en place dans tous les ministères. Certains de ces laboratoires et tests ne sont pas assurés, et dans ce cas vous payez de votre poche, mais la plupart d'entre eux sont assurés. Le consommateur a donc le choix : payer pour quelque chose d'un peu différent ou rester dans le cadre du système public.

Comment allons-nous payer une fois décidés les médicaments à inscrire dans la liste des médicaments admissibles? Je vois que vous avez des suggestions concernant la possibilité d'apporter des changements aux impôts sur le revenu et aux impôts sur les sociétés. À l'heure actuelle, quarante pour cent des Canadiens sont assurés par des systèmes privés par le biais de leur employeur. Est-ce qu'il ne serait pas logique que ces coûts soient récupérés par le biais d'une sorte d'impôt sur les sociétés? De cette façon, ça ne coûterait pas plus cher à l'employeur, et on pourrait utiliser ces fonds pour financer l'administration du système public.

**M. Peter MacLeod:** C'est ça. Exactement.

**M. John Oliver:** Ensuite, pour ce qui est des médicaments spéciaux ou des médicaments traitant les maladies rares, est-ce qu'il y a quelque chose qui pourrait... Je comprends bien que ces questions sont très complexes. Il y a beaucoup de diversité. Nous avons entendu énormément de témoins représentant des groupes défendant les droits des personnes atteintes de maladies rares, qui s'inquiètent de l'accès aux nouveaux traitements et aux traitements émergents et de la possibilité d'approuver rapidement ces médicaments pour les inscrire dans une liste restreinte.

Qui, à votre avis, devrait s'en charger? Avez-vous des recommandations à ce sujet?

• (1000)

**M. Larry Lynd:** Nous en avons une expérience, ça se fait en Colombie-Britannique. Ça se fait en Ontario. Ça se fait dans d'autres pays. Nous les évaluons différemment. Des groupes spéciaux dotés d'une expertise spécifique sont chargés d'évaluer les médicaments orphelins. C'est tout à fait faisable.

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

Monsieur Webber, vous avez cinq minutes.

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

Je voudrais poser des questions au groupe de citoyens, dont les membres sont ici. J'ai lu votre rapport et l'ai trouvé très intéressant. J'ai aussi lu les noms des membres du groupe et leurs antécédents, et, bien sûr, vos recommandations concernant un système d'assurance-médicaments public universel et obligatoire qui fournirait la protection dont tous les Canadiens ont besoin.

Ce serait merveilleux, n'est-ce pas, d'avoir au Canada un système qui paierait tous les médicaments et qui permettrait à tous les Canadiens d'avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin? Mais il y a un prix à payer, et vous le savez, bien sûr. Vous avez parlé d'outils de revenus équitables dans votre document. M. Oliver en a parlé en mentionnant l'impôt sur le revenu, l'impôt sur les sociétés, etc.

Dans vos discussions, quand vous avez reçu des experts, est-ce que vous avez parlé des coûts et de ce que coûterait l'application de vos recommandations? Avez-vous des chiffres précis? J'aimerais simplement en savoir plus sur le coût réel de la mise en œuvre de ce que vous recommandez.

**M. Peter MacLeod:** Certainement. Nous avons envisagé cette question dans une perspective comparative: combien ça coûte d'obtenir le même genre de couverture dans d'autres pays offrant un système de soins universel.

Comme vous le savez très bien, il n'y a pas de chiffres précis au Canada parce qu'on n'a pas décidé du modèle qui convient au pays. Nos efforts ne portaient pas sur l'élaboration d'un modèle financier,

mais de réfléchir à certaines sources de revenus qui nous semblaient productives.

**M. Len Webber:** Encore une fois, j'aimerais bien conduire une superbe voiture, mais il y a un prix à payer. Même chose pour le système d'assurance-médicaments universel, il y a un coût. Les gens doivent en être conscients. Je sais qu'ils le savent, mais il m'a semblé que votre groupe voulait couvrir tout le monde. J'aimerais bien que ce soit possible, mais il y a un coût à ça.

**M. Peter MacLeod:** Oui, bien sûr, les membres du groupe étaient très conscients de cet aspect. Pour dire les choses clairement, leur intention était de couvrir tout le monde, mais pas tous les produits. D'où l'importance d'une liste de médicaments admissibles fondée sur des données probantes permettant d'identifier les médicaments jugés à la fois efficaces sur le plan médical, mais aussi rentables.

Quoi qu'il en soit, nous avons été frappés de constater que le Canada continue de payer plus par habitant pour répondre aux besoins de produits pharmaceutiques de la population que tous les pays de l'OCDE, exception faite des États-Unis et, comme l'a dit mon collègue, de la Suisse.

**M. Len Webber:** Est-ce que vous pourriez nous parler un peu de la solution de la quote-part du patient, c'est-à-dire que la portion que paierait le patient au lieu que les frais soient récupérés par des impôts sur le revenu ou des impôts sur les sociétés? Est-ce que vous pouvez nous en dire un mot?

**M. Peter MacLeod:** Il est clair que beaucoup de membres du groupe estimaient qu'il serait avantageux d'envisager un système de quote-part. C'est une perspective fondée sur les valeurs et sur la conviction que ceux qui peuvent payer devraient contribuer plus directement aux frais associés aux soins qu'ils reçoivent. Mais nous avons hésité à en faire une recommandation claire parce que nous n'étions pas sûrs des conséquences que ça pourrait avoir sur les personnes à faible revenu et que nous ne savions pas si cette quote-part, même si c'était d'un ou deux dollars, ne serait pas un obstacle. Et c'est là que des gens ne prennent pas leurs médicaments et coûtent finalement encore plus cher au système.

• (1005)

**M. Len Webber:** Madame James, vous avez parlé de comportement, de vie active, d'éviter le tabagisme et d'avoir de bonnes habitudes alimentaires. Est-ce qu'on devrait penser à récompenser ces gens-là, sous la forme, par exemple, d'un allègement fiscal? Qu'en pensez-vous?

**Mme Lesley James:** Je pense que les Canadiens qui font ça sont déjà récompensés par une bonne santé, et c'est ça la récompense.

La Fondation des maladies du cœur estime qu'il y a des causes à la mauvaise santé de la population, par exemple le tabac, les boissons sucrées et les aliments transformés. On devrait peut-être augmenter le prix de ces produits pour financer le système d'assurance-médicaments universel. On pourrait compenser l'écart en taxant ces produits plutôt que leurs consommateurs.

**Le président:** Votre temps de parole est écoulé. C'était une bonne question.

Monsieur Ayoub, c'est votre tour.

[Français]

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

[Traduction]

Je vais poser ma question en français.

[Français]

On parle évidemment beaucoup de coûts et d'efficacité. Dans un monde idéal, si on n'avait pas besoin de parler de questions économiques, les choix seraient faciles.

Ma question s'adresse au groupe de bénévoles. Ceux-ci méritent d'ailleurs nos félicitations pour le temps qu'ils ont consacré à l'étude.

Il a été question de la couverture universelle, du rapport entre les coûts et l'efficacité, du choix de la liste des médicaments et d'une combinaison de couverture privée et publique. Tout cela résume bien le fait d'avoir un choix, de tracer une ligne entre ce qui est acceptable pour un grand nombre de Canadiens et ce qui devient exceptionnel pour d'autres. Où se situe cette ligne? Êtes-vous prêts à la tracer? Vous n'en suggérez pas une en particulier, car elle est assez large. J'aimerais citer un extrait de votre mémoire. Vous disiez ce qui suit :

Cette liste devrait offrir une flexibilité pour tenir compte des circonstances individuelles des patients, s'assurant ainsi que le système est centré sur le patient. Cette liste devra inclure les médicaments les plus appropriés pour toutes les maladies, incluant les maladies orphelines et catastrophiques.

Vous ne faites pas de choix. Ce n'est probablement pas non plus le but que vous poursuivez. Toutefois, quel serait le rôle du gouvernement et quelle serait sa responsabilité ultime face aux coûts économiques et ceux au chapitre de la santé?

Monsieur MacLeod, vous pouvez répondre dans un premier temps.

[Traduction]

**M. Peter MacLeod:** J'allais justement inviter Jean-Pierre à répondre. Je parlerai après.

**M. Ramez Ayoub:** Allez-y, je vous en prie.

[Français]

**M. Jean-Pierre St-Onge:** La question est très intéressante.

En effet, au cours de ces cinq jours, j'ai constaté que, d'une province à l'autre, il n'y avait pas d'uniformité. J'ai pris conscience de la situation des gens à faible revenu et des personnes âgées qui bénéficient de l'aide aux familles. Cela m'incite à conclure que les gens de 55 à 65 ans qui sont les plus vulnérables sont ceux qui n'ont pas d'assurances collectives ou qui perdent leur travail.

À titre d'exemple, dans mon propre environnement, c'est arrivé à trois couples de mon âge. J'ai 63 ans et je suis triste de voir qu'ils sont en train de liquider toutes leurs économies pour payer leurs médicaments parce qu'ils n'ont pas d'assurances. Je suis un simple individu et j'observe la situation dans mon milieu. Il y a trois couples que je connais qui se retrouvent dans cette situation.

Si on pense à tout le Canada, cela me tracasse. C'est triste de voir des gens qui ont travaillé toute leur vie arriver à l'âge de la retraite en pensant pouvoir vivre mieux et tomber malades. On ne peut pas prévoir cela. Comme l'a dit M. James, les gens peuvent faire des activités pour s'aider, mais je crois que l'on peut faire quelque chose pour trouver une solution à cet égard. Si la volonté existe, nous allons trouver les moyens appropriés.

• (1010)

**M. Ramez Ayoub:** Voulez-vous élargir la base de la couverture pour la majorité des maladies chroniques ou celles qui sont les plus fréquentes? La couverture pour les maladies plus spécifiques et moins répandues coûtent plus cher. Moins le nombre de patients est élevé, plus le coût du médicament et de la recherche est élevé. C'est en fait une question mathématique. La population canadienne compte 36 millions de personnes. Les États-Unis en comptent plus de 300 millions. Quand on fait de la recherche, le marché est donc

carrément différent. Comment régler cet aspect? Quelle est votre solution à cet égard?

Qu'en pensez-vous, monsieur MacLeod?

[Traduction]

**M. Peter MacLeod:** Merci.

Les deux extrémités du spectre étaient en fait ce qui nous intéressait le plus. Il faut d'abord permettre l'accès ces médicaments essentiels grâce à une liste de base. Ça concernerait les médicaments traitant beaucoup de maladies chroniques et envahissantes et permettrait d'atténuer la pression exercée sur les Canadiens qui ne sont pas suffisamment couverts. Nous pensons également, et je crois que c'est la raison pour laquelle beaucoup de provinces ont décidé de couvrir une partie des médicaments très chers, nous pensons qu'il faut, aussi rapidement que possible, prendre des mesures pour absorber ces coûts et soulager les Canadiens du fardeau associé aux maladies rares.

**M. Ramez Ayoub:** Je crois que je n'ai plus de temps. Merci beaucoup.

**Le président:** Votre temps de parole est écoulé, en effet.

Et c'est ce qui termine la série de questions de cinq minutes.

Monsieur Davies, vous avez maintenant trois minutes.

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

Monsieur MacLeod, je reviens à votre rapport, où vous dites ceci :

Un système national d'assurance-médicaments devrait offrir une couverture pour les médicaments à partir d'une liste complète basée sur des données factuelles. Les médicaments devant apparaître sur la liste devraient être évalués en fonction de leur efficacité et de leur rapport coût-efficacité. Les nouveaux médicaments seront évalués en utilisant ces mêmes critères avant d'être ajoutés au formulaire. Cette liste devrait offrir une flexibilité pour tenir compte des circonstances individuelles des patients, s'assurant ainsi que le système est centré sur le patient. Cette liste devra inclure les médicaments les plus appropriés pour toutes les maladies, incluant les maladies orphelines et catastrophiques.

Vous dites ensuite : « Ce système national d'assurance-médicaments devrait être offert à travers une assurance publique (...). Par contre, tous les médicaments essentiels et nécessaires seront couverts par le système public. »

Vous avez également dit qu'il y a place pour une couverture privée pour l'achat de médicaments facultatifs. J'aimerais savoir quels médicaments seraient couverts par le système privé compte tenu des résultats du rapport.

**M. Peter MacLeod:** On sait bien que, selon la maladie, il y a beaucoup de produits pharmaceutiques différents. Parfois, c'est la différence entre un produit générique et un produit de marque. Je pense que le groupe voulait faire passer les médicaments génériques dans le système public et peut-être en garder l'exclusivité tout en offrant aux patients une certaine latitude quant au choix de médicaments de marque dans le cadre d'un système privé.

**M. Don Davies:** Est-ce que j'ai raison de penser que le fondement du rapport du groupe est que tous les médicaments d'ordonnance fondés sur des données probantes devraient être couverts par le système public?

Si quelqu'un veut acheter un médicament de marque en plus du générique ou une sorte de médicament expérimental, il est libre de le faire. Le but étant de s'assurer que tous les Canadiens ont accès aux médicaments d'ordonnance essentiels grâce au système public. C'est bien ça?

**M. Peter MacLeod:** C'est exactement ça.

**M. Don Davies:** Vous avez probablement entendu mes collègues du Parti conservateur dire qu'il y a une certaine division philosophique dans ce comité au sujet des dépenses, et ce que propose votre groupe est très semblable au système de l'assurance-maladie.

J'ai parfois l'impression d'être ramené en 1962, quand les gens disaient : « Ça coûte trop cher de couvrir les frais médicaux de tous les Canadiens. Évidemment, ce serait bien que tout le monde puisse aller voir le médecin ou aille à l'hôpital et que tous ses frais soient couverts, mais on n'a pas les moyens. » Je pense que, actuellement, l'assurance-médicaments est l'une des choses auxquelles les Canadiens tiennent le plus et que peu d'entre eux suggéreraient de démanteler notre système de santé public.

Est-ce que j'ai raison de considérer que c'en est une extension naturelle? L'assurance-maladie va naturellement se prolonger en une assurance-médicaments universelle?

**M. Peter MacLeod:** C'est ce que je crois. Le fait que le Canada soit une aberration dans ce domaine doit être souligné. D'autres pays n'auraient pas adopté de systèmes publics universels si les résultats

en matière de santé étaient inférieurs et si les coûts étaient supérieurs. Le Canada est un pays très décentralisé où la santé est du ressort des provinces, et c'est peut-être ce qui rend les choses difficiles et ce qui diffuse la responsabilité de cette initiative entre les divers gouvernements.

• (1015)

**Le président:** Votre temps de parole est écoulé. Désolé que ce soit si court.

Voici qui termine vos témoignages. Nous tenons à vous remercier tous d'être venus nous voir et de nous avoir proposé une nouvelle perspective à envisager. Si vous pouvez nous laisser quoi que ce soit, ça nous serait utile. Nous avons déjà le rapport de M. MacLeod. Si d'autres témoins peuvent nous laisser des documents, nous aimerions les avoir.

Merci encore une fois d'être venus témoigner devant le Comité.

Nous allons prendre une pause de cinq minutes avant de continuer notre travail à huis clos.

*[La séance se poursuit à huis clos.]*

---







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>