



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 007



1^{re} SESSION



42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 18 avril 2016

—
Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le lundi 18 avril 2016

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)):
La séance est ouverte, car il est 15 h 30.

J'aimerais accueillir nos quatre témoins distingués, qui représentent quatre organismes également distingués. Je suis sûr qu'ils nous fourniront de nombreux renseignements qui nous aideront dans notre étude sur l'élaboration d'un programme national d'assurance-médicaments.

Vous avez chacun 10 minutes pour vous présenter et présenter votre organisme et pour nous donner votre avis sur la question. Ensuite, nous vous poserons des questions. Vous pouvez déterminer l'ordre dans lequel vos exposés seront livrés.

Monsieur Kang.

M. Darshan Singh Kang (Calgary Skyview, Lib.): Monsieur le président, j'aimerais faire une suggestion. Nous pouvons obtenir des réponses à nos questions, mais la profondeur et l'étendue des connaissances communiquées pourraient être perdues, et j'aimerais donc savoir si nous pouvons obtenir des mémoires écrits, ce qui permettrait aux témoins d'approfondir leurs réponses à nos questions. Cela nous serait utile.

Le président: D'accord. Dans le cadre d'un suivi?

M. Darshan Singh Kang: Oui.

Le président: D'accord.

Le député aimerait obtenir des mémoires écrits à la suite de vos exposés, si possible.

M. Darshan Singh Kang: Sur les questions que nous posons, donc vous pouvez...

Le président: Nous recevons beaucoup d'information, et pour certains d'entre nous, ce sont de nouveaux renseignements.

M. Darshan Singh Kang: Merci, monsieur le président.

Le président: D'accord. Allez-y.

M. Steven Morgan (professeur, École de santé publique et de santé des populations, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel): Bonjour. Merci de m'avoir invité à comparaître aujourd'hui.

Je suis Steve Morgan. Je suis professeur titulaire à l'Université de la Colombie-Britannique. Au cours des 20 dernières années, j'ai publié 105 études sur des politiques en matière de produits pharmaceutiques évaluées par les pairs et 43 rapports sur des politiques en matière de produits pharmaceutiques pour des gouvernements, des centres de recherche et des organismes de réflexion au Canada et à l'étranger.

Aujourd'hui, mon exposé se fondera sur ces recherches et sur les années de recherche et de consultations qui ont servi à la rédaction du rapport *Pharmacare 2020: The Future of Drug Coverage in*

Canada, qui a été publié l'été dernier. Ce rapport décrit clairement, en se fondant sur des principes et sur des données probantes, à quoi devrait ressembler le régime d'assurance-médicaments du Canada.

Plus précisément, il recommande au gouvernement fédéral et aux gouvernements provinciaux et territoriaux de collaborer à la mise en oeuvre d'un régime universel d'assurance-médicaments financé par l'État accompagné d'un budget préétabli et transparent et dans lequel les médicaments d'ordonnance qui valent leur coût, du point de vue du régime public de soins de santé, sont offerts à tous les patients canadiens à coût peu élevé ou sans coût direct pour eux.

Les recommandations du rapport *Pharmacare 2020* ont été examinées et appuyées par 281 des meilleurs experts dans le domaine des politiques en matière de soins de santé et de pratique clinique affiliés à des universités canadiennes, notamment 12 membres de l'Ordre du Canada. Je le précise pour assurer aux membres du Comité que ces recommandations sont rigoureuses, crédibles et largement respectées par des experts impartiaux à l'échelle du pays.

Le premier point que j'aimerais faire valoir dans mon exposé d'aujourd'hui, c'est qu'un tel modèle de régime d'assurance-médicaments est un élément essentiel, mais absent, du système universel de soins de santé du Canada.

Les Nations unies et l'Organisation mondiale de la Santé ont déclaré que la santé est un droit fondamental et, par conséquent, que tous les gouvernements sont responsables de veiller à ce que leurs citoyens aient accès aux soins de santé requis, y compris les médicaments d'ordonnance médicalement nécessaires. Tous les États membres des Nations unies, y compris le Canada, ont ratifié plusieurs déclarations à cet égard au cours des 30 dernières années.

Conformément à ces recommandations, pratiquement tous les pays développés ont mis en oeuvre un système universel de soins de santé, et tous ces pays offrent également un système universel de remboursement des médicaments sur ordonnance, sauf le Canada.

Le régime de soins de santé du Canada, c'est-à-dire notre système public qui offre un accès universel et équitable aux services nécessaires sur le plan médical fournis par les hôpitaux et les médecins, cesse de s'appliquer dès qu'un patient reçoit une prescription pour des médicaments. À partir de ce moment-là, le régime d'assurance-médicaments du Canada devient un assemblage non coordonné et incomplet de régimes publics et privés. Environ 10 % des Canadiens n'ont aucune assurance-médicaments et 11 % ont une assurance-médicaments inefficace pour laquelle ils doivent payer des franchises élevées et une coassurance qui impose des fardeaux financiers continus et qui crée des obstacles à l'accès aux médicaments nécessaires.

En 2015, un sondage mené par l'Institut Angus Reid a révélé que plus d'un Canadien sur cinq avait déclaré qu'il — ou un membre de sa famille — n'avait pas pris un médicament qui lui avait été prescrit en raison du coût. Presque le tiers des Canadiens en âge de travailler indiquent qu'eux-mêmes ou les membres de leur famille font face à de tels obstacles.

Les choses ne devaient pas se dérouler de cette façon. Depuis les années 1960, les commissions nationales sur le système de soins de santé du Canada recommandent des régimes publics d'assurance-médicaments complets en se fondant sur des motifs cliniques, éthiques et économiques. Il y a 20 ans, le Forum national sur la santé a recommandé que le Canada établisse un régime d'assurance-médicaments public et universel à l'image du régime de soins de santé.

Le gouvernement n'a pas mis cette recommandation en oeuvre. Dans le cadre d'une conférence sur l'assurance-médicaments tenue en 1998, le ministre de la Santé de l'époque, Allan Rock, a résumé la réflexion de son gouvernement:

Dans un monde idéal, si on pouvait recommencer à zéro et si l'argent n'était pas un facteur, peu de gens doutent qu'un système à payeur unique et financé au premier dollar par l'État représenterait la meilleure solution. Ce serait l'option la moins dispendieuse et la plus équitable pour l'ensemble de la société. Il permettrait également de mettre en oeuvre la recommandation formulée par Emmett Hall à la Commission royale d'enquête sur les services de santé de 1964, c'est-à-dire étendre le régime national au fil du temps pour qu'il couvre notamment les médicaments sur ordonnance. Toutefois, nous ne vivons manifestement pas dans un monde idéal et nous ne disposons pas de fonds illimités.

Ainsi, même si le gouvernement a reconnu qu'un régime public d'assurance-médicaments représente, dans l'ensemble, une solution plus appropriée, plus équitable et moins dispendieuse, on a dit aux Canadiens qu'ils devraient se contenter d'un régime mixte public et privé d'assurance-médicaments. Les choses ne se sont pas améliorées. Cinq ans plus tard, en 2002, la Commission Romanow demandait encore une fois la mise en oeuvre d'un régime d'assurance-médicaments.

• (1535)

La Commission Romanow a précisément recommandé que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux commencent immédiatement à s'efforcer d'intégrer des médicaments soigneusement sélectionnés dans le système universel de soins de santé du Canada. Mais encore une fois, les responsables des politiques ont fait valoir que le gouvernement ne pouvait ou ne devrait pas mettre en oeuvre ces recommandations. Au cours des années suivantes, on nous a dit que le régime mixte public et privé d'assurance-médicaments ferait l'affaire, car les gouvernements offriraient une couverture des médicaments onéreux à tous les Canadiens. Pourtant, contrairement à ces paroles rassurantes, il y a toujours des obstacles à l'accès, et le coût des médicaments a nettement augmenté, même si presque toutes les provinces canadiennes offrent une couverture pour les médicaments onéreux.

Notre inaction à l'égard de la mise en oeuvre d'un régime public d'assurance-médicaments complet est inacceptable et, pour parler très clairement, les Canadiens décèdent littéralement en raison de cette situation. Dans une étude menée en 2012, des chercheurs de l'Université de Toronto ont estimé qu'en Ontario, de 2002 à 2008, plus de 700 patients diabétiques âgés de moins de 65 ans étaient décédés prématurément chaque année en raison d'un accès inéquitable à des médicaments d'ordonnance essentiels. Si ces données sont exactes, c'est comme si un avion rempli de Canadiens s'écrasait chaque année, peut-être même chaque mois, pendant que les gouvernements refusent d'agir pour des raisons liées aux coûts et aux politiques.

Cela m'amène au deuxième message que je souhaite communiquer aujourd'hui. Le régime universel d'assurance-médicaments est la solution économiquement responsable qu'il faut adopter au nom des Canadiens. Le régime mixte public et privé d'assurance-médicaments actuellement en place au Canada ne fonctionne pas, car il n'est ni universel ni intégré au reste de notre régime public de soins de santé.

Pas un pays offrant un régime universel de soins de santé financé par l'État ne finance son régime universel d'assurance-médicaments par l'entremise d'un système distinct d'assurance privée. Cela s'explique facilement. Dans les pays offrant un système de soins de santé financé par l'État, y compris le Canada, le régime d'assurance-médicaments financé par l'État permet la gestion prudente des dépenses dans la société et dans le système de santé. Une telle intégration des systèmes consolide le pouvoir d'achat et harmonise les motivations des fournisseurs et des gestionnaires en matière de soins de santé en intégrant la gestion des produits pharmaceutiques à la gestion d'autres éléments du système de soins de santé. Les pays qui fonctionnent de cette façon réussissent à offrir un bien meilleur accès aux médicaments que le font toutes les provinces du Canada aujourd'hui, et à un prix bien inférieur.

Le Canada dépense de 30 à 50 % plus d'argent pour les produits pharmaceutiques que 24 des pays de l'OCDE, y compris de nombreux pays dotés d'un régime de soins de santé comparable au nôtre. Ces autres régimes réussissent à réaliser des économies sur les produits pharmaceutiques en utilisant davantage les médicaments qui offrent un bon rapport qualité-prix et en ayant un meilleur pouvoir d'achat, ce qui entraîne des prix moins élevés.

Même si ces dernières années, les provinces ont réussi à coordonner leurs négociations sur le prix des produits pharmaceutiques, les régimes d'assurance-médicaments provinciaux sont loin d'avoir le même pouvoir qu'un régime à payeur unique. Un régime universel d'assurance-médicaments financé par l'État améliorerait considérablement le pouvoir d'achat du Canada sur le marché mondial des produits pharmaceutiques et permettrait aux patients, aux médecins prescripteurs et aux gestionnaires du régime de faire des choix éclairés et fondés sur des données probantes en ce qui concerne les médicaments. Des estimations crédibles fondées sur des hypothèses conservatrices pour les résultats stratégiques indiquent que cela permettrait au Canada d'épargner environ 7 milliards de dollars par année.

Cela m'amène au troisième et dernier message que j'aimerais vous communiquer aujourd'hui, et c'est que le changement transformateur dont le régime d'assurance-médicaments du Canada doit faire l'objet repose sur la participation et la contribution financière du gouvernement fédéral. C'est souvent le cas dans les politiques liées au système de soins de santé canadien. Chaque étape importante du régime universel de soins de santé du Canada a été accomplie par l'entremise de la participation du gouvernement fédéral aux coûts, ce qui a aidé les provinces à payer les changements nécessaires et à surmonter l'opposition politique au progrès. Ce sera la même chose pour le régime d'assurance-médicaments.

Seules, les provinces n'ont peut-être pas les ressources ou le pouvoir d'achat nécessaires pour mettre en oeuvre un régime d'assurance-médicaments prudent. Peu importe leur taille, toutes les provinces auront certainement besoin d'aide pour affronter l'opposition qui, on peut le prévoir, sera manifestée par certaines industries qui profitent du régime mixte public et privé d'assurance-médicaments en vigueur dans notre système et de la hausse consécutive du prix des médicaments dans notre pays. Comme ils l'ont fait à maintes reprises dans le passé, les intérêts du secteur pharmaceutique s'opposent à un régime universel d'assurance-médicaments financé par l'État, car un tel régime produira certainement de meilleurs résultats et, fait important, à un coût moins élevé.

Ainsi, les réformes liées au régime d'assurance-médicaments dont le Canada a besoin exigent de réussir le véritable test du leadership politique, à savoir la capacité de défendre les intérêts légitimes, mais plus diffus, des Canadiens ordinaires — devrais-je dire des Canadiens de la classe moyenne — contre les intérêts concentrés, et donc plus puissants, d'intervenants précis. Cela ne signifie pas que les gouvernements qui prennent des mesures ne trouveront pas d'appui auprès de la population canadienne. Au contraire, le sondage mené en 2015 par l'Institut Angus Reid mentionné plus tôt a révélé que 87 % des Canadiens appuient l'ajout des médicaments sur ordonnance à notre régime de soins de santé financé par l'État.

• (1540)

J'aimerais terminer en soulignant qu'il est important que les membres de ce Comité, et tous les intervenants du gouvernement jusqu'au premier ministre, se rendent compte qu'il est maintenant temps de réformer le régime d'assurance-médicaments. Les Canadiens attendent l'arrivée d'un tel régime depuis qu'il a été recommandé pour la première fois dans les années 1960. Des données probantes laissent croire que l'absence d'un tel régime universel d'assurance-médicaments financé par l'État est responsable de la perte de milliards de dollars et, ce qui est encore pire, de centaines de vies par année.

Contrairement à d'autres époques où le régime d'assurance-médicaments faisait partie du programme d'élaboration des politiques, la majorité des gouvernements du Canada semblent maintenant s'entendre, sur le plan politique, pour appuyer les objectifs généraux liés à la réforme du régime d'assurance-médicaments. Une telle harmonisation des politiques est une occasion qui se pointe une seule fois par génération pour les Canadiens, et il se peut qu'elle ait disparu lors des prochaines élections fédérales. C'est pourquoi il faut passer à l'action dès maintenant. C'est une occasion unique pour les dirigeants politiques qui souhaitent laisser un héritage positif durable dans le régime des soins de santé du Canada.

J'aimerais également souhaiter bonne chance aux membres du Comité dans leur étude sur cette question et vous rappeler que vous contribuez à laisser un héritage positif à tous les Canadiens.

Merci.

Le président: Merci beaucoup de nous avoir fourni ces renseignements. Ils nous seront très utiles. Vous n'êtes certainement pas indécis à l'égard de votre position dans ce débat.

La parole est au témoin suivant.

Dre Danielle Martin (vice-présidente, Affaires médicales et solutions destinées au système de santé, Women's College Hospital): Bonjour. Je tiens à vous remercier de m'avoir invitée à comparaître devant votre Comité.

Je m'appelle Danielle Martin. Je suis médecin de famille praticienne et je suis également administratrice d'hôpital. Je suis vice-présidente d'Affaires médicales et solutions destinées au système de santé au Women's College Hospital de Toronto. Je suis également professeure adjointe à l'Université de Toronto.

Aujourd'hui, j'aimerais vous parler surtout en ma qualité de médecin de famille praticienne, mais aussi à titre de personne qui tente d'aider à gérer un hôpital et un organisme dans le régime de soins de santé du Canada, et une personne qui s'efforce, chaque jour, d'améliorer les soins donnés aux patients sur le terrain. J'aimerais vous communiquer mon point de vue sur le problème qui doit être réglé en ce qui concerne les politiques en matière de produits pharmaceutiques au Canada. Le problème, c'est que le régime fragmenté actuel laisse de nombreux groupes — pas seulement un seul groupe, mais de nombreux groupes de Canadiens — passer entre les mailles du filet. Il encourage et incite les mauvais choix en matière de prescription. Il force les médecins et d'autres travailleurs du milieu de la santé à accomplir ce qu'on peut seulement décrire comme étant des pirouettes pour tenter de fournir aux patients les soins de santé de base dont ils ont besoin.

Comme les membres du Comité le savent maintenant — et je sais que vous êtes à jour en ce qui concerne ces statistiques — plus de 50 % — probablement environ 60 % — des Canadiens sont couverts par un régime privé d'assurance-médicaments, habituellement par l'entremise de leur employeur ou de l'employeur de leur époux ou de leurs parents. En général, ces régimes privés couvrent tous les médicaments prescrits par un médecin ou par un autre fournisseur de services à un patient. C'est ce qu'on appelle un régime d'assurance-médicaments à formulaire ouvert. La majorité des régimes privés d'assurance-médicaments fonctionnent de cette façon. On ne tente absolument pas de fonder la couverture sur des preuves médicales jusqu'à ce que les dépenses médicales d'une personne atteignent plusieurs milliers de dollars par année. À titre de médecin, si je donne une prescription à un patient, son régime privé couvrira presque toujours le médicament dont il est question.

Cela vous semble peut-être une bonne idée. Je sais que cela semble être une bonne idée et que des témoins qui comparaitront devant votre Comité au cours des prochains jours tenteront probablement de vous convaincre que c'est une bonne chose, mais en fait, ce n'est pas le cas. C'est mauvais pour la santé, et c'est mauvais pour l'économie. Pourquoi? Parce que de tels régimes à formulaire ouvert permettent aux médecins et à d'autres fournisseurs de services de prescrire des médicaments plus dispendieux lorsque des médicaments moins dispendieux fonctionnent tout aussi bien ou même mieux. Cela entraîne des coûts élevés non justifiés et c'est l'un des nombreux facteurs de coûts élevés que vous ont décrits Steve et d'autres témoins.

Manifestement, au bout du compte, ces coûts sont transférés, directement ou indirectement, aux Canadiens. Les régimes à formulaire ouvert encouragent également ce qu'on appelle les prescriptions à des fins autres que l'usage approuvé, ce qui mène les médecins à donner des prescriptions dans des cas où l'on n'a pas prouvé que les médicaments fonctionnent, et ils ne fournissent pas de directive aux patients ou aux médecins prescripteurs sur le choix de médicament le plus approprié pour une maladie donnée.

Cela crée une culture de prescription excessive et inappropriée qui a des effets réels sur la santé des Canadiens tous les jours et qui produit les statistiques que nous connaissons. Par exemple, une personne âgée sur cinq au Canada prend un médicament qui se trouve sur la liste de Beers, c'est-à-dire une liste de médicaments qui ne devraient pratiquement jamais être prescrits aux personnes âgées de plus de 65 ans, car les risques dépassent les avantages.

En effet, les régimes privés d'assurance-médicaments n'ont aucune motivation à réduire le nombre de prescriptions inappropriées. En fait, c'est plutôt le contraire, car plus nous donnons de prescriptions, plus ils font de l'argent.

De plus, le fait que de nombreuses personnes dépendent de ces régimes d'assurance-médicaments offerts par les employeurs cause des problèmes sur le marché de l'emploi. Par exemple, le parent d'un enfant diabétique ou une personne dont le conjoint ou la conjointe a le cancer ne peut pas se permettre de perdre l'assurance-médicaments fournie par son employeur, et cela oblige des gens à garder un emploi qui ne leur convient peut-être pas.

Plus important encore, de nombreux Canadiens qui travaillent — les travailleurs autonomes, les gens qui travaillent à forfait, ceux qui travaillent à temps partiel et les personnes qui travaillent dans les petites entreprises — n'ont pas d'assurance-médicaments privée. Ce n'est pas seulement le cas des travailleurs pauvres. La nature changeante du travail au Canada signifie que ce problème s'étend maintenant bien au-delà des gardiennes d'enfants et des chauffeurs de taxi du pays, même si nous devrions évidemment nous inquiéter pour les gardiennes d'enfants et les chauffeurs de taxi du pays. Dans ma pratique, je vois de nombreux experts-conseils autonomes et d'autres personnes à revenu moyen à élevé qui n'ont pas d'assurance-médicaments. Comme vous le savez en raison de vos interactions avec vos propres électeurs, les emplois précaires sont à la hausse dans l'économie canadienne. De plus en plus de gens travaillent d'un contrat à l'autre et occupent plus d'un emploi, et les emplois à long terme pour un seul grand employeur sont de plus en plus rares.

À mesure que notre économie se dirige vers une époque où les anciens modèles d'emploi sont de plus en plus rares, les anciens modèles d'avantages sociaux disparaissent également. Il est important de comprendre qu'un grand nombre de Canadiens de la classe moyenne ne profitent pas d'un bon régime d'assurance-médicaments ou sont à risque de perdre leur assurance-médicaments dans l'économie canadienne d'aujourd'hui.

C'est la situation des régimes privés d'assurance-médicaments. Ils ne fonctionnent pas bien pour les Canadiens.

• (1545)

Parlons maintenant des régimes d'assurance publics. Chacune des provinces, et le gouvernement fédéral, administrent au moins un régime d'assurance-médicaments public, mais la plupart des Canadiens salariés en sont exclus, même lorsqu'ils ne sont pas couverts par leur employeur, sauf si les coûts deviennent « catastrophiques ». Comme vous le savez, cette couverture de type « catastrophe » est censée éviter aux gens de choisir entre payer leur hypothèque et payer leurs médicaments. Il est très important de comprendre à quel point les régimes de type catastrophe sont inutiles pour les patients de ma pratique et de bien d'autres à l'échelle du pays: les gens souffrant de diabète, d'hypertension, d'asthme, de troubles cardiaques chroniques et de troubles pulmonaires chroniques. Par exemple, en Ontario, où j'habite, un patient qui gagne 20 000 \$ par année doit déboursier 800 \$ de sa poche avant que la couverture ne soit applicable. Les patients qui ont un salaire annuel de 20 000 \$ ne peuvent pas se permettre un tel paiement, alors ils se

passent carrément de leurs médicaments d'ordonnance. Pour quelqu'un qui ne peut pas se permettre un déductible de 3, 5, 10 ou 12 % de son salaire, avoir droit à une assurance-médicaments de type catastrophe, c'est comme n'avoir droit à aucune assurance. Dans ce contexte, cela ne devrait surprendre personne qu'un ménage canadien sur cinq affirme qu'un de ses membres doit se priver de médicaments d'ordonnance en raison des coûts.

Les effets ne se font pas seulement sentir sur les patients, mais aussi sur la pratique de la médecine et sur la pratique clinique dans l'ensemble du pays. Dans les faits, les médecins de vos collectivités doivent tous les jours faire des choses qu'ils ne devraient pas faire pour que leurs patients aient les médicaments dont ils ont besoin. Nous permettons à des représentants pharmaceutiques de nous vendre leur salade pour avoir quelques boîtes d'échantillons de médicaments. Nous prescrivons des médicaments de rechange plutôt que ceux dont les patients ont réellement besoin, de façon à ce qu'ils aient les moyens de faire exécuter leurs ordonnances. Nous admettons des patients à l'hôpital pour pouvoir leur donner des traitements qu'ils ne pourraient pas se permettre de ramener à la maison. Nous perdons du temps à supplier les compagnies de fournir à nos patients, pour des raisons humanitaires, des médicaments qu'ils ne peuvent pas se payer. Il nous arrive aussi d'acheter nous-mêmes les médicaments pour nos patients, et les pharmaciens en font parfois autant. D'autres fois, nous leur conseillons de s'inscrire à l'aide sociale pour qu'ils puissent avoir accès à la carte-médicaments qu'il leur faut.

Il est on ne peut plus clair pour tous ceux qui y travaillent que le système actuel est fondamentalement imparfait, car c'est un système qui permet aux assurances privées de faire grimper inutilement le prix des médicaments d'ordonnance et qui force un nombre effarant de Canadiens à se priver de médicaments. Vu l'importance des médicaments dans la pratique clinique moderne, il est tout simplement illogique d'exclure de manière continue des médicaments d'ordonnance de nos régimes publics de soins de santé. Nous avons plutôt besoin d'un programme national d'assurance-médicaments qui s'appuie sur cinq éléments.

Premièrement, tous les Canadiens doivent bénéficier d'une couverture publique. Tout comme nous l'avons fait pour les consultations médicales et les services hospitaliers, les médicaments d'ordonnance essentiels doivent être rendus accessibles à tout le monde.

Deuxièmement, tous les médicaments ne devraient pas être couverts pour tout le monde. Nous devons établir un processus ouvert, transparent et fondé sur des données probantes pour décider des médicaments à couvrir, et ce processus doit être indépendant du gouvernement et libre de toute influence commerciale et politique.

Troisièmement, les quotes-parts devraient être nulles ou presque, surtout pour les personnes à faible revenu, car il a été démontré très clairement que même lorsqu'elles sont très peu élevées, les quotes-parts peuvent dissuader les patients à faible revenu de faire exécuter leurs ordonnances.

Quatrièmement, les gouvernements doivent se rallier pour acheter tous les médicaments du pays. Même l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, qui s'avère peu fructueuse jusqu'à maintenant, ne nous a pas permis d'obtenir les mêmes économies que font d'autres pays sur le coût des médicaments, car même si le gouvernement fédéral y participe, les régimes publics ne représentent que 40 % du marché des médicaments au Canada.

Cinquièmement et finalement, un bon programme d'assurance-médicaments doit s'affairer à réduire les ordonnances excessives et à accroître la qualité et la sécurité. C'est une tâche critique qui ne doit pas être laissée aux compagnies d'assurance privées ni aux compagnies pharmaceutiques, qui n'ont pas de comptes à rendre au public et pour qui il n'est pas du tout avantageux de veiller à réduire la quantité de médicaments prescrits plutôt que le contraire.

En terminant, je note qu'il n'est pas nécessaire de rapatrier toutes les responsabilités confiées aux provinces dans le secteur des assurances-médicaments pour avoir un programme national efficace. Le gouvernement fédéral pourrait appeler à la collaboration sans qu'il n'ait à chambouler les principes constitutionnels ni à assumer tous les coûts à lui seul. Les tâches que suppose un programme national sont modestes et pourraient être partagées par le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires, afin que soient appliqués les cinq éléments que je viens d'énumérer.

Les Canadiens ont raison d'être fiers du principe qui sous-tend notre régime public universel de soins de santé, qui s'appuie sur l'accès aux soins et non sur la capacité de payer. Tant que nous n'aurons pas mis en place un programme national d'assurance-médicaments, c'est regrettable, mais je ne crois pas que nous pourrions nous montrer à la hauteur de ce principe.

• (1550)

Le président: Merci beaucoup. C'est tout un rapport.

À qui le tour?

[Français]

Mme Marie-Claude Prémont (professeure, École nationale d'administration publique, à titre personnel): Je vais poursuivre, monsieur le président.

Je m'appelle Marie-Claude Prémont. Je suis professeure titulaire à l'École nationale d'administration publique à Montréal où j'enseigne, entre autres, le droit de la santé et des services sociaux.

Je voudrais commencer par remercier le comité de m'avoir invitée à comparaître devant lui. C'est un plaisir pour moi de vous parler du régime du Québec en matière d'assurance-médicaments.

Au moment où le gouvernement fédéral analyse, par vos bons services, la question de la couverture des médicaments à travers le Canada, il pourrait être tentant de suivre l'exemple d'une province. C'est ce qu'a fait le gouvernement fédéral à la fin des années 1950. Il a suivi l'exemple de la Saskatchewan pour implanter le régime d'assurance-hospitalisation. Le Québec a établi un exemple qui pourrait apparaître innovant et inspirer certaines personnes.

Je vous le dis tout de suite: mon but premier aujourd'hui est de vous expliquer pourquoi je pense que le régime du Québec n'est pas un exemple à suivre. Au contraire, j'aimerais vous mettre en garde contre le genre de régime qu'a implanté le Québec, qui est en vigueur depuis 1997. L'an prochain, cela fera 20 ans qu'il sera en place. On commence à comprendre quels en sont les principes.

D'abord, il est important de comprendre qu'avec l'implantation du régime d'assurance-médicaments du Québec, un changement fondamental de paradigme est survenu. Le Canada et toutes les provinces fonctionnent selon la logique d'un régime universel avec l'assurance-hospitalisation et l'assurance médicale, tandis que le régime d'assurance-médicaments du Québec est un régime général et non pas universel, même si l'ensemble de la population est couverte. La distinction n'est pas marginale, mais plutôt fondamentale.

Je m'explique. Dans un régime universel, l'assurance primaire est une assurance publique et toutes les personnes sont couvertes selon

les mêmes modalités. Dans le cadre d'un régime universel d'assurance santé comme celui qui existe actuellement, l'assurance privée est prohibée. C'est le cas au Canada pour 90 % de la population, qui est couverte en vertu d'une loi provinciale qui prévoit un régime interdisant l'assurance privée.

Avec le régime d'assurance-médicaments du Québec, contrairement à l'assurance santé, l'assurance privée bénéficie de marchés privilégiés, tandis que l'assurance publique écope des marchés les moins rentables et les plus difficiles. Donc, dans le régime du Québec, c'est l'assurance privée qui bénéficie des premiers choix en matière de couverture d'assurance-médicaments.

Steven nous a parlé de la notion de courtépente. Danielle nous a répété qu'actuellement, on a affaire à un système de courtépentes à travers le Canada. En fait, le régime du Québec ne fait que couler dans le béton cette courtépente de régimes. C'est là la meilleure description du régime du Québec, à savoir que c'est une courtépente de régimes.

D'un côté, il y a un régime public pour les personnes les plus vulnérables, les personnes âgées et les personnes sans emploi, et de l'autre, il y a une multitude de régimes privés collectifs qui sont offerts par les employeurs ou les associations. Je le répète: le régime du Québec n'a fait que couler dans le béton ce qui existait auparavant. Il a par la suite essayé de colmater les brèches pour s'assurer que l'ensemble de la population est couverte.

Je ne vais pas insister sur les principes ou les modalités de base, mais plutôt attirer votre attention sur le fait que, dans le régime du Québec, la prime des assureurs privés n'est pas réglementée. Depuis 20 ans, on observe une augmentation graduelle des primes du secteur privé, de sorte que de plus en plus de gens quittent les régimes privés pour se réfugier dans le régime public qui, lui, est lourdement subventionné.

• (1555)

La réglementation ne tient que pour la portion publique du régime, parce que les gens ne pourraient pas payer ce que coûte réellement le système sans recevoir d'énormes subventions.

En fait, le régime du Québec comporte quatre grandes caractéristiques.

La première caractéristique est que le régime opère un triage systémique des risques. Cela veut dire que les bons risques vont à l'entreprise privée, qui représente les personnes qui sont au travail. Ces régimes privés couvrent 57 % de la population du Québec. En contrepartie, les mauvais risques vont au secteur public. On parle alors des personnes âgées ou démunies, ce qui représente 3,5 millions de personnes. Cette logique reconnaît un rôle pour le secteur public dans une conception d'assistance sociale. C'est une logique résiduelle où le secteur public n'est là que pour s'occuper des plus démunies. C'est vraiment la caractéristique fondamentale du régime du Québec.

La deuxième caractéristique concerne le financement. On observe une défiscalisation du financement. Cela veut dire qu'au lieu d'être financé par les impôts, comme c'est le cas pour le régime d'assurance-maladie, la structure de financement copie essentiellement la façon de faire de l'industrie privée de l'assurance. Il y a une prime, une franchise et une coassurance. Par ailleurs, cette imitation du financement de l'assurance privée est en fait une illusion totale.

En effet, pour la portion publique, on nous avait dit, lorsqu'il a été mis en oeuvre, que le régime allait s'autofinancer. Toutefois, on se rend compte — j'ai vérifié les derniers chiffres de la RAMQ — que les contributions, sous forme de franchise et de coassurance pour la portion publique, ne couvrent même pas 20 % du régime. De là l'idée de subventions énormes qui doivent être versées pour que le système fonctionne. Pour la portion privée du régime, on note qu'il n'y a aucune relation entre la contribution qui est faite au régime privé et le revenu des personnes. Il y a donc une défiscalisation complète du fonctionnement du régime.

La troisième caractéristique est que les outils fiscaux qui appartiennent normalement aux pouvoirs publics ont été accordés à l'industrie privée de l'assurance. On parle ici d'une assurance qui est obligatoire pour les clients et les patients dont l'employeur offre le service. On parle d'une perception à la source, comme l'impôt, qui est ensuite acheminée à l'industrie de l'assurance. Par la suite, l'assureur privé reçoit l'avantage de ne couvrir que des régimes collectifs. Dès qu'une personne n'a pas accès à un régime collectif, elle doit s'assurer auprès de la RAMQ, donc auprès du régime public.

La quatrième caractéristique — et non la moindre — du régime est que le rôle des pouvoirs publics est complètement escamoté puisque la solidarité sociale entre les segments de la population est totalement désamorcée. Le régime ne comporte aucune prévoyance contrairement à ce que l'on pourrait penser et contrairement à ce qu'un régime d'assurance public devrait faire. La personne qui contribue à un régime privé toute sa vie n'a même pas de prévoyance puisqu'elle est éjectée du régime et devient assurée par l'assurance publique dès qu'elle atteint l'âge de 65 ans. Il n'y a aucun interfinancement entre la portion privée et la portion publique du régime, et les modalités de couverture varient beaucoup entre la portion publique et la portion privée.

• (1600)

Le régime général du Québec est donc en fait un cul-de-sac, ce qui inhibe toute réforme même si ses coûts ont été soulignés à plusieurs reprises au Québec.

Je vous remercie.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup pour ce point de vue différent. C'est très rafraîchissant.

[Français]

M. Marc-André Gagnon (professeur agrégé, École d'administration et de politique publique, Université Carleton, à titre personnel): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie également tous les membres du comité de cette invitation.

Je m'appelle Marc-André Gagnon. Je suis professeur agrégé à l'École d'administration et de politique publique de l'Université Carleton, à Ottawa. Aujourd'hui, je vais vous parler du problème, des solutions et de la façon dont on pourrait financer un régime public.

Mes collègues ont déjà parlé de la question de l'anomalie canadienne. Le Canada est le seul pays de l'OCDE qui a un régime public universel d'assurance-maladie qui n'inclut pas les médicaments, comme si les médicaments ne constituaient pas un élément essentiel des soins de santé au Canada. Notre système est fragmenté et il repose d'abord et avant tout sur une prééminence des régimes privés, le secteur public devant s'occuper de ceux qui n'ont pas accès aux régimes privés.

Ce système devient extrêmement coûteux. En 2012, on dépensait en médicaments au Canada 771 \$ par habitant. La moyenne pour les pays de l'OCDE est de 498 \$. Au Canada, on paie donc 55 % de plus que la moyenne de l'OCDE. Non seulement on paie plus cher, mais il y a une plus forte croissance des coûts à long terme. Entre 2000 et 2012, les coûts par habitant au Canada ont augmenté de 96 %. Ils ont donc presque doublé, alors que dans des pays comme le Royaume-Uni ou la France, qui ont des régimes publics universels d'assurance-médicaments, la croissance était plutôt de l'ordre de 55 %.

Certains pays se sont attardés beaucoup plus à la question de l'usage approprié, comme le Danemark, qui a connu une croissance de 36 %. Aux États-Unis, qui demeurent le modèle du gaspillage et de l'inefficacité, la croissance a quand même été de 87 %, ce qui est moins que ce que ce qui a été observé au Canada. Pour vous donner un ordre de grandeur, si le Canada avait été en mesure de limiter la croissance des dépenses comme l'ont fait le Royaume-Uni et la France, cela signifierait en ce moment des économies de l'ordre de 5,8 milliards de dollars par année. Si on avait fait aussi bien que le Danemark, on aurait des économies annuelles de 8,3 milliards de dollars, et ce, si on avait fait en sorte de se doter des capacités institutionnelles nécessaires pour mieux contenir les coûts, tout en s'assurant d'avoir des ordonnances plus appropriées et de meilleurs résultats en santé.

Les autres régimes sont plus efficaces parce qu'il s'agit de régimes publics structurés pour maximiser la valeur thérapeutique pour la population, ce qui manque clairement au Canada. La croissance des coûts au Canada n'est pas viable à long terme, c'est-à-dire que des réformes majeures vont devoir arriver d'une façon ou d'une autre. La question est de savoir quel type de réformes on va mettre en place. Une possibilité serait de remettre les risques sur le dos des patients en augmentant les primes, les coassurances et les franchises. L'autre possibilité serait de commencer à faire des réformes en s'inspirant des meilleures pratiques que l'on retrouve ailleurs.

Le problème du système actuel est sa fragmentation. Dans un système fragmenté, il est toujours plus facile de pelleter les coûts ailleurs dans le système plutôt que d'essayer de mettre en place une façon de les contenir. Il y a, au Canada, une prééminence des régimes privés. Par définition, ces derniers sont beaucoup moins efficaces pour contenir les coûts. C'est normal parce que les régimes privés reposent sur une logique d'avantages sociaux négociés dans le cadre de conventions collectives où on détermine les modalités pour, grosso modo, faire plaisir aux employés. Nous sommes dans une logique de privilèges offerts par les employeurs aux employés. Nous ne sommes pas dans une logique d'assurer un maximum de résultats en matière de santé à la population.

Le résultat est cette sorte de culture qui a été développée au Canada où un bon régime d'assurance-médicaments couvre tout à n'importe quel prix et où le résultat est du grand gaspillage à bien des égards. J'aimerais citer Express Script Canada, le plus important gestionnaire de régimes de soins de santé privés au pays. Rappelons que les régimes privés remboursent environ 10 milliards de dollars par année. Express Script Canada nous dit qu'on estime à 5,1 milliards de dollars le montant gaspillé dans les régimes privés. Il s'agit d'argent qui est dépensé sans obtenir de bienfaits thérapeutiques supplémentaires par rapport à ce qu'on aurait pu payer s'il y avait eu des solutions de rechange moins coûteuses.

En 2013, l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes avait produit un rapport fort intéressant.

• (1605)

Ce rapport indiquait qu'il y avait des problèmes d'équité et que les régimes n'étaient pas viables à long terme. On a besoin d'interventions gouvernementales. Les régimes privés n'ont pas, par eux-mêmes, les outils nécessaires pour s'autoréformer. On a besoin de l'intervention du gouvernement. Malheureusement, les solutions préposées vont dans des directions qui sont parfois assez problématiques.

Si on essaie de penser les solutions à partir du système fragmenté actuel, on finit par penser le régime public comme étant une espèce de poubelle des mauvais risques. Cela veut dire que ce que les régimes privés ne sont pas en mesure de prendre, on va les donner au régime public. Ainsi, l'État canadien devrait s'occuper de ceux qui n'ont pas de couverture et offrir peut-être une couverture au chapitre des traitements onéreux ou peut-être couvrir certains médicaments plus problématiques que les régimes privés n'arrivent pas à couvrir, comme par exemple en oncologie.

Si on fait cela, on pense le régime public en fonction des besoins commerciaux des régimes privés et non pas en fonction des besoins en santé de la population canadienne. L'exemple typique de cela est le modèle québécois, qui est parfois vanté. Ce ne devrait pas être le cas parce que le modèle québécois ne fait que rendre obligatoire la structure inefficace des régimes privés pour l'ensemble de la population. On institutionnalise un système qui se définit par son inefficacité à contenir les coûts. Au bout du compte, il n'est pas surprenant que, si on compare les coûts par habitant québécois aux coûts par habitant pour le reste du Canada, on dépense en moyenne au Québec 20 % de plus par habitant que dans le reste du Canada.

Que disent les employeurs à cet égard?

Ce qu'ils disent est intéressant. La revue *Benefits Canada*, la plus importante publication portant sur les régimes privés d'avantages sociaux, a publié en décembre dernier un sondage auprès de ses membres, soit plus de 200 gestionnaires de régimes privés d'avantages sociaux. On a demandé aux employeurs ce qui devait être fait pour assurer une plus grande viabilité des régimes d'assurance-médicaments. On a demandé si les répondants étaient favorables à la mise en place d'un régime public universel d'assurance-médicaments. Treize pour cent des répondants étaient opposés à la mesure, 33 % d'entre eux étaient indécis ou incertains et 53 % des répondants y étaient favorables. On voit donc que pour les employeurs, un régime public universel d'assurance-médicaments serait une solution qui serait aussi intéressante pour les entreprises.

On a aussi demandé à ceux qui y étaient favorables s'ils appuyaient l'idée d'un régime public universel d'assurance-médicaments même si cela devait signifier des frais supplémentaires pour les entreprises afin de financer le programme, comme par exemple une augmentation de l'impôt sur les sociétés. Soixante-dix pour cent d'entre eux étaient en faveur de cette mesure, puisque cette augmentation de frais serait quand même moindre que ce qu'on paie actuellement pour des régimes inefficaces.

On a besoin d'une solution publique en s'inspirant des meilleures pratiques. Quelle forme devrait prendre un régime public universel? Il faut faire attention à cet égard. Il ne faut pas penser à un régime public universel uniquement en termes de transferts de financement. Un régime public ne doit pas être un bar ouvert. Si on est dans la logique de tout rembourser à n'importe quel prix, je m'oppose à ce type de régimes. Il faut mettre en place un système qui soit

structurellement organisé autour de données probantes afin de maximiser la valeur thérapeutique de chaque dollar dépensé.

Prenons l'exemple des services sanguins. La Société canadienne du sang est une agence indépendante financée à la fois par les provinces et par le fédéral. Avec son budget, elle doit gérer les services sanguins au pays en maximisant les bienfaits thérapeutiques de chaque dollar dépensé. Un régime public universel d'assurance-médicaments pourrait reposer sur les mêmes bases. On pourrait avoir une agence indépendante dépolitisée qui fonctionnerait à partir de données probantes. On pourrait fusionner, par exemple, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé et l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. Cette agence pourrait gérer le formulaire national, c'est-à-dire la liste des médicaments remboursés, mais toujours avec l'idée de maximiser la valeur thérapeutique de chaque dollar dépensé.

On pourrait penser que ce genre de formulaire national réduirait le choix des patients, mais ce n'est pas du tout le cas, car on réduirait le gaspillage. Si des patients voulaient, malgré tout, obtenir des traitements pour lesquels il n'y aurait pas de données probantes en ce qui a trait à leur efficacité ou s'ils voulaient des traitements plus chers et qu'une solution de rechange moins chère existait, à ce moment-là, ils pourraient se les procurer, mais en payant de leur poche.

• (1610)

De cette façon, ils ne compteraient pas sur la solidarité des autres contribuables ou des collègues de travail.

J'aimerais traiter de la manière dont on peut financer un tel régime. Je serai heureux de vous en parler si vous le souhaitez. Si vous me demandez un avis d'expert, je vous dirai qu'un régime public universel est non seulement la meilleure façon d'améliorer l'accès aux traitements médicaux à un moindre coût pour les Canadiens, mais qu'il permettrait aussi de réduire significativement le coût de la main-d'oeuvre au Canada, ce qui ferait en sorte par le fait même d'accroître la capacité concurrentielle des entreprises canadiennes.

Quant au financement, j'aimerais en dire un peu plus à ce sujet, mais disons qu'il n'y a aucun obstacle économique réel à la mise en oeuvre d'un tel système. Tout ce dont on a besoin, c'est d'un peu de volonté politique.

Merci beaucoup.

• (1615)

[Traduction]

Le président: Merci à vous tous pour vos exposés. Vous nous donnez amplement matière à réflexion.

Nous allons entamer la période de questions. Pour le premier tour, ce sera des interventions de sept minutes. Je crois, madame Sidhu, que vous allez partager votre temps avec M. Oliphant. Vous avez donc trois minutes et demie.

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

Merci à tous les témoins d'être ici avec nous et de nous faire part de vos grandes connaissances.

Comme le président l'a mentionné, je vais partager mon temps avec Rob.

Ma première question porte sur le financement.

Selon votre étude, l'établissement d'un régime public universel d'assurance-médicaments au Canada permettrait au gouvernement, dans le meilleur des cas, de réduire ses dépenses de 2,9 milliards de dollars. Dans le pire des cas, le gouvernement pourrait voir ses dépenses grimper de 5,4 milliards de dollars. Pour que nous puissions mieux comprendre d'où vient cet écart important, pourriez-vous nous parler des éléments qui mèneraient au meilleur scénario possible, celui qui permettrait de réduire les dépenses du gouvernement, et de ceux qui mèneraient à la hausse des dépenses?

M. Steven Morgan: Merci de me poser la question.

Il serait important que les membres du Comité, et les autres, aient la version intégrale de l'article du *Journal de l'Association médicale canadienne*, y compris les annexes qui présentent des analyses de sensibilité détaillées. On y trouve les paramètres ayant la plus grande incidence sur les coûts pour le gouvernement.

Pour avoir un portrait clair de la direction à donner au régime d'assurance-médicaments pour arriver au meilleur des scénarios, nous avons appliqué un modèle s'appuyant sur l'hypothèse prudente que le programme public allait financer pratiquement tous les médicaments de presque toutes les catégories de médicaments, ce que ne fait aucun régime de santé comparable dans le monde. Nous avons décidé de tout englober sous les indemnités de ce régime public. En réalité, il faudrait décider judicieusement des médicaments à couvrir dans le cadre de ce régime. On pourrait employer les listes courantes de médicaments assurés comme point de départ, ou du moins les médicaments courants qui figurent sur ces listes à l'échelle du Canada. Déjà là, on réduit les coûts marginaux du gouvernement relatifs à l'administration d'un régime national et à l'expansion de sa couverture à l'ensemble des citoyens.

Nous avons aussi présumé, surtout en ce qui a trait au pire scénario qui soit pour le gouvernement, qu'il n'y aurait à peu près pas de quotes-parts, ce qu'aucune province du Canada ne fait actuellement pour l'ensemble des bénéficiaires. En fait, seuls quelques pays au monde le font, notamment l'Écosse et le Pays de Galles, qui offrent une couverture universelle sans exiger de quotes-parts. Si vous voulez limiter les dépenses associées au régime universel public d'assurance-médicaments, vous devez choisir soigneusement les médicaments qui seront assurés et exiger une certaine contribution de la part des patients, sauf pour les personnes à faible revenu et les patients souffrant de maladies chroniques. Dans le cadre du régime universel, les personnes à revenu moyen ou modeste pourraient devoir déboursier entre 15 \$ et 25 \$ par ordonnance, et il se pourrait très bien qu'on conserve un régime d'assurance privé en parallèle pour couvrir ces coûts. Cela permettrait ainsi au gouvernement de limiter ses dépenses, tout en laissant place à un marché viable pour les assureurs privés qui pourraient couvrir les quotes-parts de 15 \$ ou 20 \$ ou les médicaments qui ne figurent pas sur la liste, parce que pas suffisamment rentables.

Mme Sonia Sidhu: Pouvez-vous nous parler davantage des programmes d'assurance-médicaments qui sont les plus efficaces, à votre avis, à l'échelle internationale? Quelles sont quelques-unes des pratiques exemplaires liées à l'administration de tels programmes?

Vous avez parlé du Danemark et de la France. Est-ce que les modèles qu'ils ont choisis posent certains problèmes?

M. Marc-André Gagnon: Les pratiques varient d'un pays à l'autre. Il faut être prudent, parce que parfois, il faut tout prendre d'un bloc.

Ce qui est intéressant, c'est que l'absence de quotes-parts fait des merveilles dans certains pays pour améliorer l'accès. En Australie et

aux Pays-Bas, par exemple, on insiste beaucoup sur l'utilisation appropriée des médicaments. Le Danemark pousse peut-être cette idée à l'extrême, ayant mis en place un organisme voué précisément à l'utilisation appropriée des médicaments, qui tente d'influer sur les habitudes d'ordonnance des médecins.

J'aime aussi le principe derrière le régime de la Nouvelle-Zélande, qui mise sur une agence nationale dépolitisée. Son mandat est simple et clair et axé sur le budget qu'elle reçoit: maximiser les avantages thérapeutiques pour chaque dollar dépensé par l'agence.

Puis, il y a tout un système qui emploie tous les trucs possibles et imaginables, mais pour chaque dollar dépensé, on veut en tirer le maximum, alors on réduit les coûts et les gaspillages.

Ce sont là quelques exemples intéressants de pratiques.

• (1620)

M. Steven Morgan: Très rapidement, j'ajouterais qu'on peut tirer plusieurs leçons de divers régimes qui ont fait leurs preuves un peu partout dans le monde. Le facteur clé est qu'il faut établir un budget pour le régime d'assurance-médicaments.

En fait, les meilleurs régimes au monde sont utilisés dans tous les hôpitaux canadiens, et la population du Canada en profite régulièrement. Nos hôpitaux ont des budgets de médicaments qui sont gérés soigneusement. Ils ont des comités qui ont la tâche ardue de décider des médicaments à inclure aux listes de médicaments couverts et ceux à exclure des budgets des hôpitaux. Ils achètent tous les médicaments en vrac, car c'est ce que dicte le budget. Cela force aussi les fabricants à leur offrir des prix plus avantageux; autrement, cela pourrait se traduire par l'absence de ventes à un hôpital en particulier ou dans une certaine province.

Prenez exemple sur les hôpitaux canadiens. Regardez du côté de l'administration de la santé du département des Anciens Combattants des États-Unis, qui a un des régimes d'assurance-médicaments les mieux administrés au monde. Et cela se passe aux États-Unis, un des marchés où la concurrence est la plus féroce dans le secteur pharmaceutique. Et pourtant, les dépenses par bénéficiaire n'ont pratiquement pas bougé depuis une vingtaine d'années.

Prenez exemple sur l'Australie, la Nouvelle-Zélande, la Suède et le Royaume-Uni. Il y a des choses à apprendre de tous ces pays. Nous pourrions certainement vous donner plus de détails sur chacun de ces modèles plus tard si vous le souhaitez.

Le président: Monsieur Oliphant, vous avez environ deux minutes.

M. Robert Oliphant (Don Valley-Ouest, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci. Nous avons vraiment une équipe de rêve avec nous.

Je veux seulement m'assurer, monsieur le président, que le rapport *Pharmacare 2020* est consigné en référence. Je vous le demande officiellement, de façon à ce que le Comité puisse s'y référer dans le cadre de son étude.

Je ne suis qu'un remplaçant, ici. Je serai heureux de remplacer n'importe qui n'importe quand au comité, et des deux côtés, si vous le voulez.

Des voix: Oh, oh!

M. Robert Oliphant: C'est une question qui me tient grandement à coeur.

Je veux gratter un peu plus, et je commence avec une anecdote. Une infirmière de Vancouver m'a téléphoné il y a un an et demi. Elle prenait un médicament appelé Xolair, un médicament biologique pour traiter l'asthme. BC PharmaCare a pris la décision bureaucratique de lui imposer un substitut, en enlevant le médicament de la liste de médicaments couverts. Elle a été forcée de déménager en Alberta, car le régime d'assurance-médicaments des infirmiers et infirmières suit celui de la province. BC PharmaCare devait couper dans ses dépenses, mais cela l'a obligée à déménager.

Ce qui est bien avec votre rapport, c'est qu'il préconise un régime d'assurance-médicaments qui n'est pas disparate et qui offrira la même chose à tous les Canadiens. Ce qui est plus compliqué, c'est comment s'assurer que les Canadiens ont accès aux médicaments dont ils ont besoin, et que ces médicaments seront offerts à prix abordable?

Je ne sais pas qui veut répondre à la question.

Dre Danielle Martin: Je peux peut-être d'abord aborder l'aspect clinique. Je ne peux évidemment pas parler des détails de ce cas précis.

Une question importante à se poser constamment est si les habitudes d'ordonnance s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles, et si les listes de médicaments assurés s'appuient aussi sur ces données. Personne au Canada ne veut que les décisions ne se fondent uniquement sur les coûts. Il n'y a pas âme qui vive qui défendrait cette position.

Nous devons seulement nous assurer de payer des médicaments qui sont les bons, c'est-à-dire des médicaments dont l'efficacité optimale a été démontrée.

M. Robert Oliphant: Alors il n'est pas question des coûts. Cela m'inquiétait un peu. Dans votre exposé, vous sembliez surtout parler des coûts.

Est-ce qu'un régime d'assurance-médicaments peut offrir aux Canadiens les meilleurs soins de santé qui soient?

Dre Danielle Martin: C'est une très bonne question.

Non seulement un régime d'assurance-médicaments peut offrir aux Canadiens les meilleurs soins qui soient, mais il pourrait aussi leur offrir des soins bien supérieurs à ceux qu'ils reçoivent actuellement.

Il est extrêmement important pour moi que le message passe bien cet après-midi: donner accès à tout le monde à tous les médicaments tout le temps, ce n'est pas offrir des soins de santé de qualité. Cela mène à des pratiques d'ordonnance inappropriées, qui peuvent s'avérer réellement néfastes pour la santé des gens. Nous devons moduler notre mentalité et celle des Canadiens, car il faut comprendre que l'accès aux médicaments dont on a besoin et qu'on mérite, c'est l'accès aux médicaments qui sont soutenus par des preuves médicales concluantes.

C'est pourquoi l'idée de dépolitiser le processus d'établissement de la liste de médicaments assurés, d'écarter l'industrie et les acteurs politiques — bien respectueusement — de ce processus décisionnel et de le remettre dans un contexte qui s'appuie entièrement sur des données médicales probantes... Il y aura tout de même des choix difficiles à faire en ce qui concerne la rentabilité et l'efficacité clinique des médicaments, et le nombre de succédanés à inclure dans une catégorie donnée. Bien des discussions devront avoir lieu pour déterminer tout cela.

Les médicaments inclus dans la liste devraient être ceux qui sont étayés par des preuves médicales concluantes, et il devrait y avoir un processus d'appel transparent et juste à la suite de cette détermina-

tion. Si cette infirmière a essayé les 14 médicaments qui figurent dans la liste de médicaments couverts, et qu'elle souffre d'une forme d'asthme inhabituelle qui ne peut être contrôlée que par ce médicament précis, nous devons pouvoir compter sur un processus d'évaluation qui permettrait aux personnes dans de telles situations, et à leur médecin, de faire valoir leur point. Nous ne devrions pas devoir payer les traitements de cinquième ligne qui coûtent 10 fois plus cher que les traitements de première ligne pour absolument tout le monde. Ce n'est pas sensé sur le plan économique, pas plus que sur le plan de la santé.

• (1625)

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Carrie, c'est à vous.

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

Je veux tout d'abord remercier les témoins. Quand nous avons commencé cette étude, je pense que nous pensions tous que le régime était... Après avoir entendu les témoins, nous commençons un peu à brosser un tableau de la situation. De prime abord, je pensais que les Canadiens n'avaient pas accès aux produits pharmaceutiques, que c'était le principal problème. Toutefois, après avoir entendu les témoins qui ont comparé la semaine dernière, et en consultant ensuite M. Google, j'ai appris que les Canadiens sont les deuxièmes consommateurs de produits pharmaceutiques au monde.

J'aime ce que Mme Martin a dit. Nous nous classons dans les 10 % supérieurs des grands pays consommateurs de benzodiazépines, d'opioïdes et de stimulants. Nous figurons au quatrième rang pour ce qui est des antidépresseurs et au deuxième pour les opioïdes, ce qui, en soi, coûte très cher aux contribuables. Avec tout le respect, madame Martin, il n'est pas seulement question des médicaments que l'on choisit, car, au bout du compte, quelqu'un prescrit ce genre de produits.

Je sais que nous essayons de nous faire une idée du rôle du gouvernement fédéral. Je sais également que différents gouvernements ont adopté différentes approches, et je me rappelle que l'une d'elles était controversée pour ce qui est des opioïdes. Je me souviens de Deb Matthews en Ontario il y a quelques années, de la frustration... Elle exhortait l'ensemble des provinces et des territoires à faire front commun pour convaincre Santé Canada d'interdire les opioïdes génériques. Elle est sur le terrain en tant que politicienne. Elle est beaucoup plus proche des gens que nous le sommes. Elle a dit que l'Ontario affiche le plus haut taux de consommation abusive de médicaments d'ordonnance, un taux qui est de deux à quatre fois plus élevé que celui des autres provinces. Elle a mentionné le défi que présentent les collectivités des Premières Nations, où les frais liés aux ordonnances sont couverts par le gouvernement. Elle a dit que de nombreuses collectivités ont été ravagées ainsi, notamment une petite réserve du Nord où 85 % des résidents ont une dépendance aux opioïdes. Nous avons le coeur brisé lorsque nous entendons ce genre de choses, car nous voulons faire de notre mieux. Tous les Canadiens veulent avoir accès aux produits pharmaceutiques et aux traitements dont ils ont besoin. Elle aurait déclaré que, pour améliorer les soins, nous n'avons tout simplement pas besoin de médicaments à action prolongée contenant de l'oxycodone, un produit qui peut facilement mener à des abus.

Voici ma question: jusqu'où les gouvernements vont-ils? Madame Martin, vous êtes sur le terrain. Souscrivez-vous à l'analyse de Deb Matthews pour ce qui est de certains groupes de médicaments d'ordonnance?

Dre Danielle Martin: Merci de poser la question.

J'ai deux ou trois observations à faire. La première est que vous avez parfaitement raison. Dans notre pays, ce n'est essentiellement pas le gouvernement qui prescrit des ordonnances aux patients; ce sont les médecins. Je suis certain que le Comité peut comprendre que la décision de prendre un stylo et de rédiger une ordonnance est l'aboutissement d'un grand nombre de facteurs complexes.

Que pouvons-nous faire pour améliorer la pertinence des prescriptions? Il n'y a pas de solution miracle.

Ce que vous voulez, tout d'abord, c'est un système dans lequel on donne les meilleurs conseils possible en s'appuyant sur des données probantes. Nous savons qu'il est efficace d'avoir une liste des médicaments assurés qui s'appuie sur des données probantes. De façon générale, les médecins prescrivent aux patients des médicaments assurés. C'est ce que les patients demandent. L'utilisation d'une liste des médicaments assurés... Même au Canada, il y a des exemples de listes à deux vitesses qui indiquent, par exemple lorsqu'un traitement de première intervention a échoué, quel est le prochain traitement, qui coûte plus cher et ainsi de suite. Le recours à la liste pour orienter les prescriptions est un important outil à la disposition des gouvernements — que ce soit à l'échelle provinciale ou pancanadienne, ou parce que nous décidons ensemble de laisser ces décisions à un organisme indépendant — pour définir les prescriptions parmi les fournisseurs.

• (1630)

M. Colin Carrie: Pensez-vous que les gouvernements devraient aller jusqu'à interdire certains médicaments?

Dre Danielle Martin: C'est intéressant. Le gouvernement peut entre autres... Je ne pense certainement pas qu'il lui revient de prendre seul les décisions. Je préférerais que le gouvernement ne se mêle pas de la prise de décisions, car nous avons vu que des pressions sont parfois exercées et que les décisions peuvent aller dans les deux sens.

À mon avis, le gouvernement devrait respecter les décisions prises par une entité indépendante, un organisme indépendant, lorsque les données les plus fiables sont utilisées et que le processus décisionnel est transparent.

M. Colin Carrie: Je pensais que nous avions en place un système dans lequel une certaine surveillance était exercée. Les chiffres que nous voyons ici...

Dre Danielle Martin: Conformément au système en place, pratiquement tout ce qui est prescrit dans le cadre de régimes privés est assuré. C'est un régime ouvert fondé sur une liste des médicaments assurés. Si l'on observe les incitatifs dans un régime d'assurance privé — plus je prescris, plus il y a d'ordonnances provenant de l'industrie et plus c'est rentable —, on constate qu'ils sont l'inverse de ce qu'on pourrait vouloir ou espérer. De cette façon, on n'est pas encouragé à écrire des ordonnances pertinentes.

M. Colin Carrie: Je devrais peut-être passer à une autre question, car j'en ai quelques-unes, mais je vous remercie de vos réponses.

Monsieur Morgan, pour aller de l'avant, vous avez parlé de la création de cet organisme, ou d'un régime gouvernemental, afin de négocier avec les sociétés pharmaceutiques. Lorsqu'on examine l'Alliance pancanadienne pharmaceutique — et cela fonctionne —, on constate qu'il faudrait probablement des années pour que le gouvernement négocie des milliers de contrats avec les sociétés pharmaceutiques. Avez-vous estimé à combien se chiffrait le coût initial que le gouvernement devrait assumer dès le premier jour s'il mettait en oeuvre un programme national d'assurance-médicaments? Que coûterait-il le premier jour?

M. Steven Morgan: Je n'ai pas estimé les coûts administratifs exacts de la mise sur pied d'un programme, en partie parce que le Canada — ce qui surprendra probablement les membres du Comité — a une douzaine de régimes d'assurance-médicaments, des régimes provinciaux, territoriaux ou fédéraux. Les responsables de ces régimes gèrent leur propre liste des médicaments assurés; ils prennent leurs propres décisions; et, dans l'éventualité où ils se joindraient à l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, ils signent leurs propres contrats. Nous avons énormément d'infrastructures redondantes pour ce qui est de la négociation de contrats avec les fabricants de médicaments. Tous les médicaments qui figurent dans une liste provinciale des médicaments assurés doivent faire l'objet d'un processus d'inscription officiel et d'une entente concernant la liste des produits, ou d'un accord sur la gestion de l'utilisation, comme on les appelle au Manitoba.

Nous le faisons déjà à grande échelle, mais nous ne le faisons pas au nom de l'ensemble de la population. Nous le faisons au nom de segments privilégiés de la population qui sont bénéficiaires des régimes publics d'assurance-médicaments.

Je pense que l'Alliance pancanadienne pharmaceutique est un exemple remarquable de provinces qui se réunissent volontairement pour travailler ensemble afin d'augmenter leur pouvoir d'achat. Leurs efforts sont entravés par une ou deux choses, notamment le fait que les régimes d'assurance-médicaments provinciaux financent moins de 40 % du coût des médicaments dans chaque province, ce qui fait d'eux des payeurs minoritaires sur le marché. Cela signifie que s'ils donnent le feu vert à un médicament, environ 40 % du marché est concerné par l'entente négociée par l'Alliance pancanadienne pharmaceutique.

M. Colin Carrie: Si vous aviez un négociateur, pourriez-vous, dans le système que nous avons maintenant, permettre également aux sociétés privées de profiter des prix négociés? Je pense que des témoins qui ont comparu la semaine dernière ont dit que les contributeurs privés assument, je crois, 10 milliards de dollars des coûts, ce qui laisse une quote-part de 5 milliards de dollars. On parle donc de 15 milliards de dollars que les régimes publics ne payent pas actuellement...

M. Steven Morgan: Oui. Majoritairement, il y a...

M. Colin Carrie: ... et si un programme est créé, les coûts seront de toute évidence assumés par un payeur public, n'est-ce pas?

M. Steven Morgan: Deux choses nuisent au pouvoir de négociation des provinces. La première est leur situation de payeur minoritaire. La deuxième est que « non » ne signifie pas nécessairement « non », et que « oui » ne signifie pas nécessairement « oui ». Quand une province approuve un médicament, c'est excellent; une entente est signée si l'offre du fabricant est acceptée. En revanche, quand une province refuse un médicament parce qu'il n'offre pas un bon rapport qualité-prix aux Canadiens, il arrive souvent que des assureurs privés le financent quand même. Donc, essentiellement, ils affaiblissent le pouvoir de négociation dans le cadre du processus de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, car, par défaut, la présomption des assureurs privés est qu'ils assumeront les frais.

Or, si le Canada avait un régime dans lequel tous les assureurs étaient légalement tenus d'approuver le médicament lorsque le gouvernement l'approuve et vice versa, il serait possible d'avoir un pouvoir de négociation universel. Bien entendu, dans cette situation, les assureurs privés ne sont plus que des organismes de traitement des demandes, comme c'est le cas dans certaines provinces, dont l'Alberta et la Nouvelle-Écosse. Les assureurs privés s'occupent du traitement des demandes au titre des programmes privés, et le gouvernement gère la liste des médicaments assurés et non assurés, de même que les prix.

Il serait formidable que les assureurs privés veuillent être des organismes de traitement des demandes dans le cadre d'un programme universel d'assurance-médicaments géré par le secteur public. Toutefois, le marché est que tout le monde doit s'entendre pour avoir...

• (1635)

M. Colin Carrie: Qu'en est-il des médicaments qui ne seraient pas remboursés? Des fonctionnaires à Ottawa pourraient décider, par exemple, qu'ils financent les médicaments génériques. J'ai parlé de l'OxyContin parce que c'est un dossier politique controversé. Une sorte de médicament ne peut pas être contrefait, tandis qu'un autre médicament peut l'être et être facilement détourné. C'est juste un exemple.

Si vous avez un monopole, il faudra alors une sorte d'assurance privée dans les cas où les médicaments des patients ne peuvent pas être assurés, n'est-ce pas? Dans de telles circonstances, n'y aurait-il pas des pénuries et ce genre de choses?

M. Steven Morgan: Eh bien, non. En soi, les pénuries ne sont pas fonction des décisions liées à l'assurance. Dans les marchés auxquels nous nous comparerions, les gouvernements prennent des décisions pour déterminer ce qui sera remboursé et ce qui ne le sera pas dans le cadre des régimes d'assurance-médicaments. Dans certains cas, il est possible de souscrire une assurance privée supplémentaire pour ce genre de choses. Le Royaume-Uni a une assurance privée supplémentaire pour les soins de santé. Une très petite partie de cette assurance sert à rembourser des médicaments de prescription, car, dans l'ensemble, les Britanniques comprennent qu'ils ont accès aux médicaments dont ils ont vraiment besoin, et les cas où ces médicaments ne figurent pas sur la liste des médicaments assurés sont rares.

Vous pourriez essentiellement avoir un régime privé d'assurance supplémentaire ou parallèle, comme je l'ai dit plus tôt, pour ce qui est des choses comme les quotes-parts — il va probablement y en avoir dans un régime universel d'assurance-médicaments au Canada — et les médicaments qui ne sont tout simplement pas inscrits sur la liste. À titre d'exemple, les opioïdes pourraient ne pas être les premiers médicaments remboursés dans le cadre d'un régime universel, en partie parce que nous tentons désespérément de gérer une épidémie de surutilisation de ces médicaments. Les seules décisions liées au remboursement ne régleront pas le problème. La cause profonde du problème est la dépendance et les troubles de santé mentale; des interventions complexes seront nécessaires. Ce n'est donc pas une bonne raison de renoncer à un programme d'assurance-médicaments, mais, de toute évidence, les opioïdes ne seraient pas nécessairement la catégorie prioritaire de médicaments.

Le président: Votre temps de parole est écoulé. Je vous en ai donné un peu plus étant donné que c'est également ce que nous avons fait de ce côté-ci.

Allez-y, madame Sansoucy.

[Français]

Mme Brigitte Sansoucy (Saint-Hyacinthe—Bagot, NPD): Merci, monsieur le président.

J'aimerais remercier les témoins qui ont comparu devant nous aujourd'hui. Ces informations sont très utiles.

Madame Prémont, j'ai vraiment compris de façon claire le bilan de l'expérience québécoise des 20 dernières années et les raisons pour lesquelles le régime est si coûteux comparativement à d'autres régimes des pays de l'OCDE. J'ai aussi compris, dans le cas d'un système comme celui du Québec, quelles lacunes pourraient être comblées par un régime public universel destiné à l'ensemble du Canada.

Monsieur Gagnon, vous avez dit qu'il n'y avait aucun obstacle économique à la mise en oeuvre de ce régime. Or, dans le cadre de travaux de ce comité, la ministre a dit la semaine dernière qu'un régime d'assurance-médicaments serait selon elle trop coûteux. Par conséquent, vous comprendrez pourquoi la question des coûts est une préoccupation pour notre comité.

Je ne sais pas si l'un d'entre vous pourrait me dire combien d'argent dépense déjà chaque année le gouvernement du Canada pour les crédits d'impôt destinés aux entreprises qui offrent un programme de remboursement des médicaments à leurs employés.

M. Marc-André Gagnon: C'est une question très intéressante.

Il faut comprendre que les régimes privés actuels sont en fait déjà généreusement financés en partie par le gouvernement, par les budgets publics. Pour le gouvernement du Canada, on estime que les subventions à caractère fiscal du fédéral représentent 13 % de l'ensemble des dépenses des régimes privés. Pour ce qui est des provinces, bien que ce ne soit pas toutes celles-ci qui les offrent, c'est 7 % ou 8 %. On peut estimer, grosso modo, qu'à peu près 20 % des dépenses des régimes privés sont payées par les subventions à caractère fiscal de la part des différents gouvernements.

Cependant, j'ajouterais une chose importante. Il ne faut pas oublier que 30 % des dépenses des régimes privés servent à la couverture privée des employés de la fonction publique. C'est donc déjà payé à partir des budgets publics, pour maintenir des régimes qui ne sont pas très efficaces pour ce qui est de contenir les coûts.

Donc, on se retrouve déjà ici avec presque la moitié des dépenses des régimes privés qui est financée par des budgets publics d'une façon ou d'une autre. En fait, on parle de 10 milliards de dollars de remboursements par les régimes privés. Par ailleurs, on estime à 5,1 milliards de dollars les montants des régimes privés qui sont dirigés vers ce qu'on appelle le gaspillage et vers la mise en place d'un régime public universel pour assurer un meilleur usage approprié et pour maximiser les bénéfices thérapeutiques, justement pour viser à minimiser le gaspillage.

Pour ce qui est du problème des coûts économiques, il faut comprendre une chose. La population peut se diviser en deux: les gens qui travaillent et les gens qui ne travaillent pas. En ce moment, les provinces allouent déjà un financement pour les gens qui ne travaillent pas, par exemple les personnes âgées et les bénéficiaires de l'assistance sociale. Toutes les provinces offrent des régimes publics pour couvrir ces gens. Qu'est-ce qu'on fait des gens qui travaillent, donc ceux qui sont couverts par les régimes privés? Justement, quand on se penche sur les chiffres et qu'on creuse un peu, on s'aperçoit que le financement public est essentiel à l'organisation des régimes privés. Selon moi, il faudrait simplement prendre cet argent public et l'utiliser de manière plus efficace, de façon à mieux desservir les besoins de la population.

• (1640)

Mme Brigitte Sansoucy: Merci.

Souhaitez-vous apporter un complément d'information à ce sujet, madame Prémont?

Mme Marie-Claude Prémont: Oui, j'ajouterais peut-être quelque chose, madame Sansoucy.

En fait, sans donner de chiffres, j'aimerais qu'on comprenne une chose. Si un régime universel d'assurance-médicaments est instauré, cela ne coûtera pas nécessairement plus cher au gouvernement. D'abord, la portion publique, comme vient de le dire Marc-André, est déjà largement subventionnée ou financée par le public. Pour ce qui est de la portion privée, comme l'ont expliqué aussi mes deux collègues, il y a des contributions importantes qui sont faites par les assurés qui ne sont pas efficaces.

D'ailleurs, au Québec, avant l'instauration du régime général d'assurance-médicaments, un rapport avait été déposé au gouvernement selon lequel l'instauration d'un régime public ne coûterait pas un sou supplémentaire si on récupérait les primes qui sont actuellement versées à l'assurance privée et si l'on se servait de ces primes non pas pour générer des bénéfices pour les compagnies de médicaments ou les compagnies d'assurance, mais plutôt pour financer un régime pour l'ensemble de la population.

Alors, il est faux de dire que l'instauration d'un régime public universel coûterait de l'argent. Il suffit simplement de mieux utiliser les énormes montants d'argent qui sont actuellement gaspillés dans un régime à formulaire ouvert, à liste ouverte, comme nous l'a expliqué Mme Martin.

Mme Brigitte Sansoucy: Merci.

Ma prochaine question s'adresse à M. Morgan.

Dans quelle mesure les coassurances, quotes-parts ou franchises créent-elles des barrières pour des personnes cherchant à accéder aux médicaments dont elles ont besoin? Est-ce que vous recommanderiez une couverture à partir du premier dollar dépensé?

[Traduction]

M. Steven Morgan: Grâce à de nombreuses études — littéralement des douzaines d'études menées au Canada, aux États-Unis et ailleurs dans le monde —, nous savons que l'imposition de frais aux patients, même s'ils sont relativement faibles, peut nuire à la prise de médicaments. Il est important de comprendre que les patients n'agissent pas comme nous le voulons en tant que gestionnaires d'un système de santé.

Si l'on impose aux patients des frais de 10 \$ pour un médicament d'ordonnance, ils seront nombreux à se dire que c'est préventif, que c'est pour réduire leur taux de cholestérol, traiter leur hypertension ou gérer leur glycémie parce qu'ils souffrent de diabète de type 2. Ils diront: « Je ne pense pas que je vais prendre le médicament; je vais m'en passer, car je n'ai pas l'impression que c'est bénéfique. »

Ce choix personnel du patient, qui est plutôt rationnel, finit à long terme par coûter de l'argent à notre système de santé. Ce sont ces mêmes médicaments, ces médicaments préventifs, que les patients arrêteront de prendre avant de finir à l'hôpital, où cela nous coûtera beaucoup plus cher que ce que nous aurions économisé à long terme grâce au paiement d'une quote-part.

J'ai souvent fait valoir que nous avons besoin d'une sorte de couverture au premier dollar pour ce qui est des médicaments d'ordonnance. Je n'ai pas nécessairement tendance à la qualifier de « au premier dollar », car, dans le contexte canadien, l'idée de donner des médicaments sans exiger le paiement d'une quote-part est

actuellement indéfendable sur le plan politique. Je ne pense pas que ce soit une chose qu'une province ou le gouvernement fédéral accepte. Les Canadiens se procurent tellement de médicaments d'ordonnance que même des frais de 2 à 5 \$ imposés aux patients augmenteraient les coûts du programme de milliards de dollars.

Par conséquent, je crois qu'un modèle idéal d'assurance-médicaments comprendrait le remboursement de la première ordonnance. Il ne devrait pas y avoir de franchise, car elle constitue le pire obstacle à la prise des médicaments d'ordonnance dont les patients ont besoin. À partir de la toute première ordonnance, selon la sorte de médicaments, il pourrait y avoir une très petite quote-part, et peut-être aucune s'il s'agit d'un traitement préventif que le patient devrait suivre selon nous, ou il pourrait y avoir une quote-part modeste ou élevée lorsque nous savons qu'il s'agit davantage d'un bienfait privé, comme dans le cas d'un analgésique que le patient aurait pu remplacer par un médicament en vente libre. On peut imaginer un régime d'assurance-médicaments qui comporte une sorte de quote-part harmonisée en fonction de données probantes, pas seulement une quote-part uniforme pour l'ensemble des médicaments d'ordonnance.

• (1645)

Le président: Votre temps de parole est écoulé.

Monsieur Ayoub, j'ai cru comprendre que vous allez partager le vôtre.

M. Ramez Ayoub (Thérèse-De Blainville, Lib.): Oui, peut-être.

Le président: Je vois. Vous dites « peut-être » parce que le temps file.

M. Ramez Ayoub: Cela dépendra de la réponse à ma question.

Le président: Très bien.

M. Ramez Ayoub: Je vais peut-être partager mon temps de parole avec Rob.

[Français]

Monsieur Gagnon, votre témoignage est captivant, d'autant plus qu'au départ, le sujet m'intéresse déjà beaucoup. Il y a plusieurs questions que j'aimerais vous poser. La première est la suivante.

J'ai cru comprendre que, compte tenu des coûts et du temps, il devrait y avoir une hiérarchie dans les traitements. Quelles sont vos solutions à cet égard? Vous semblez beaucoup critiquer le fait que ceux qui sont assurés puissent obtenir n'importe quel médicament à n'importe quel coût. Vous avez parlé à ce sujet du choix des médecins. Selon vous, quelle devrait être cette hiérarchie de traitement? Si j'ai bien compris, il faut opter pour ce genre de solutions. Quel lien y a-t-il entre le traitement, le coût et le temps?

M. Marc-André Gagnon: Je peux peut-être répondre à votre question, du moins en partie.

On estime qu'environ 80 % des nouveaux médicaments qui arrivent sur le marché ne comportent aucun avantage thérapeutique par rapport aux médicaments déjà existants. Or si notre système accepte de tout couvrir et à n'importe quel prix, il en découle que les firmes mènent d'importantes campagnes promotionnelles pour convaincre les médecins de toujours prescrire le médicament le plus nouveau qui est protégé par un brevet et qui coûte plus cher. Nous nous retrouvons alors avec une médecine fondée sur le marketing plutôt que sur des données probantes.

En fin de compte, c'est souvent le médicament le plus récemment arrivé sur le marché qui est prescrit. Or on le paye plus cher alors qu'il existe dans bien des cas des médicaments génériques reconnus qui sont beaucoup moins coûteux et dont on a pu, avec le temps, bien connaître les effets secondaires. On n'a pas développé cette culture.

Pour ce qui est de la hiérarchisation, il y a ce qu'on appelle les prix de référence. Dans le cas des inhibiteurs de la pompe à protons contre le reflux gastrique, par exemple, il y en a 13 différents sur le marché. Pour un seul d'entre eux, chaque pilule coûte 2,50 \$, alors qu'elle ne coûte que 40 ¢ ou moins dans le cas de tous les autres. Selon ce système, on établit le plafond à 40 ¢ ou moins la pilule et on n'accepte de prescrire celles qui coûtent 2,50 \$ qu'aux gens pouvant démontrer qu'ils en ont besoin pour des raisons thérapeutiques précises.

M. Ramez Ayoub: Nous savons que des médicaments génériques sont disponibles. Vous dites qu'il faudrait imposer un règlement aux médecins ou mieux les encadrer pour qu'ils considèrent en premier lieu une hiérarchie de modes de traitement. Si jamais un patient n'est pas d'accord avec cela ou veut essayer un autre médicament — avec l'accord du médecin, bien évidemment, puisque c'est lui qui va le prescrire —, est-ce que le choix revient au patient?

M. Marc-André Gagnon: Il y a deux façons de fonctionner. S'il y a une raison médicale d'utiliser un médicament qui coûte plus cher, il existe actuellement un système de dérogation qui permet son remboursement.

Supposons que le pendant générique du médicament existe, mais que le patient veut continuer à utiliser le médicament de marque à cause de la couleur, du goût ou quoi que ce soit d'autre. S'il n'est pas démontré que, médicalement, le médicament de marque apporte des bénéfices thérapeutiques supplémentaires, la personne devrait pouvoir l'obtenir quand même, mais c'est elle et non les contribuables qui devrait absorber la différence de coûts.

• (1650)

M. Ramez Ayoub: Nous avons parlé de la situation au Québec et dans d'autres pays, comme la Nouvelle-Zélande, par exemple. Dans le cadre de vos études et de vos recherches, avez-vous pu établir des coûts en fonction des options qui s'offrent au Canada? Quels pourraient être les coûts selon que l'on opte pour tel ou tel modèle?

Également, vous êtes d'avis que la décision ne devrait pas être politique. Que vouliez-vous dire au juste à ce sujet?

[Traduction]

M. Marc-André Gagnon: Voulez-vous commencer?

M. Steven Morgan: Oui, si vous le permettez.

J'ai deux ou trois choses à mettre en lumière pour ce qui est de la probabilité ou de la possibilité d'aller de l'avant. Nous pouvons apprendre certaines choses de pays qui ont réorganisé ces dernières années la façon dont ils remboursent les médicaments.

La Nouvelle-Zélande a créé en 1993 un organisme d'achat appelé PHARMAC. Il n'existait pas au cours des décennies précédentes.

Depuis la guerre, tous les autres pays offrent une assurance-médicaments universelle dans le cadre de leur régime d'assurance-maladie. Tous les pays qui ont amélioré leurs régimes ont revu en même temps l'assurance-médicaments et l'assurance-maladie. Le Canada fait figure d'exception à cet égard.

Nous pouvons nous inspirer de l'organisme d'achat de la Nouvelle-Zélande, de l'administration de la santé au département des Anciens Combattants des États-Unis. Il y a environ 20 ans, ce

ministère a lui aussi revu sa façon d'acheter des médicaments. La Suède en a fait autant plus récemment.

Pour vous donner une idée de l'importance d'apaiser les tensions politiques attribuables aux prix fixés par les fabricants de médicaments, qui pourraient parfois ne pas être justifiés, un nombre croissant de pays de partout dans le monde achètent leurs médicaments ensemble en transcendant les frontières nationales. Nous ne pouvons même pas le faire au Canada entre les provinces. Les pays scandinaves ont pourtant réussi à mettre sur pied un consortium d'achat qui passera à l'action au cours de la prochaine année et qui achètera des médicaments au nom de nombreux pays nordiques.

Un certain nombre d'États russophones créent actuellement un marché unique pour les produits pharmaceutiques, notamment au moyen de processus réglementaires et de processus décisionnels uniques, pour déterminer ce qui est assuré.

Même les Néerlandais et les Belges s'unissent pour acheter des médicaments, c'est-à-dire qu'ils prennent ensemble ces décisions difficiles et utilisent la même liste de médicaments assurés. C'est justement parce qu'ils ne veulent pas de tensions politiques, de pressions politiques, qui les obligent à financer un médicament tout simplement parce que leur voisin le fait. Ils veulent financer les médicaments de manière à en avoir pour leur argent, pas en fonction des pressions exercées par des pairs.

Le président: Monsieur Oliphant, vous avez le temps de poser une petite question.

M. Robert Oliphant: Je vais donc vous demander rapidement si vous avez eu la chance de réagir officiellement à la réponse de l'APhC, l'Association des pharmaciens du Canada, dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*.

Si vous n'en avez pas eu la chance et que vous voulez le faire, particulièrement au sujet de la sous-estimation des coûts et des préoccupations relatives à la lenteur de l'approbation des médicaments et aux choix des patients qu'on limite... Si nous n'avons pas le temps, vous pourriez leur répondre par écrit. Ils aiment toujours recevoir des réponses.

M. Steven Morgan: Merci.

En fait, j'ai choisi de ne pas réagir, en partie parce que cela n'a pas fait l'objet d'un examen par des pairs. Ce n'est pas du travail de recherche crédible.

M. Robert Oliphant: C'est un article d'opinion, en réalité.

M. Steven Morgan: Notre article est un document de recherche évalué par des pairs et publié dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*. Il a été publié il y a plus d'un an, alors d'autres universitaires ont eu tout le temps qu'il fallait pour y répliquer, le critiquer ou le mettre en miettes d'une façon officielle et disciplinée, mais personne ne l'a fait. Cet article a récemment remporté un prix national pour son programme de bourses d'études et pour sa contribution importante aux politiques du pays. Je suis convaincu que c'est un article solide.

La critique que l'Association des pharmaciens du Canada a commandée à un cabinet d'experts-conseils de l'industrie pharmaceutique comporte un certain nombre d'hypothèses erronées au sujet de l'article, notamment celle selon laquelle nous n'avons fondé nos estimations de coûts que sur une comparaison entre les prix au Canada et ceux du Royaume-Uni alors que c'est faux. Nous avons regardé un vaste éventail de prix, et les données récentes du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés indiquent qu'environ 26 pays de l'OCDE se situent dans l'éventail que nous avons utilisé pour notre analyse.

Ils ont soutenu que nous n'avions pas tenu compte des 490 millions de dollars en rabais négociés que nos provinces obtiennent grâce à des contrats négociés avec les fabricants de médicaments. Nous avons expliqué dans l'article que nous avons choisi de ne pas le faire parce que les rabais au Canada sont moindres et qu'ils s'appliquent à une plus faible proportion de notre marché, par rapport aux marchés de pays comparables comme le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande, la Suède ou l'Australie. Si nous avions fait ce qu'ils disent que nous aurions dû faire, nous aurions ajouté 1,5 milliard de dollars en économies dont notre étude ne tient pas compte.

• (1655)

M. Robert Oliphant: Si vous faites de l'insomnie, ce dont je doute, vous pouvez toujours...

Dre Danielle Martin: J'aimerais ajouter quelque chose à cela.

Quelqu'un a posé une question très sensée au sujet du rôle politique. J'implore le Comité de s'arrêter à la très grande importance politique de ce que vous faites en ce moment. Vous ne pensez pas qu'à la situation au final, mais aussi aux obstacles que comportera la transition.

S'il est une chose que vous pouvez comprendre, vous qui travaillez aussi bien à la politique en général qu'aux politiques avec un petit « p », c'est la façon de repérer les intérêts dans cette conversation. Il ne faut pas avoir peur, au Canada, de parler de ces intérêts et des raisons pour lesquelles certains groupes vont venir présenter au comité des choses qui ne sont pas de la science, mais qui sont déguisées en propos scientifiques, afin de mettre en avant leurs propres intérêts.

Je sais que de nombreux pharmaciens comprennent les faits, et je sais que de nombreux pharmaciens travaillent chaque jour à défendre la santé des patients canadiens. Cependant, en tant que membre d'une profession de la santé réglementée, je peux vous dire que si mon association avait présenté une critique contredisant aussi manifestement l'esprit scientifique, elle aurait entendu parler de moi en tant que membre. Je pense que si vous demandiez à l'Association des pharmaciens du Canada si elle a eu des échos de ses membres au sujet de cet article, vous entendriez des réponses intéressantes.

Je crois qu'il est important que nous nous comportions tous comme des adultes. Nous devons comprendre qu'il y a beaucoup d'argent dans l'industrie des médicaments au Canada et que toute transition fait des gagnants et des perdants.

Nous devons pouvoir compter sur vous en tant que leaders politiques pour faire preuve de leadership concernant les aspects politiques de la transition. Personne n'est mieux placé que nos élus pour le faire. C'est difficile à faire pour ceux d'entre nous qui se trouvent en première ligne du système de soins de santé et dans le milieu universitaire, mais c'est là où vous excellez vraiment.

Le président: Merci.

Madame Harder.

Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC): Monsieur Morgan, dans votre exposé, vous avez mentionné une étude Angus Reid selon laquelle 91 % des Canadiens appuient le principe d'un programme national d'assurance-médicaments au Canada.

La deuxième partie de cela, dont vous n'avez pas parlé dans votre exposé, c'est que la question suivante portait sur le soutien à une augmentation de la TPS, de 5 % à 6 %, pour le paiement d'un tel programme. Soixante-dix pour cent des répondants ont dit être complètement contre une augmentation de la taxe.

Si on ne peut réaliser cela en augmentant la taxe, où croyez-vous que nous pourrions trouver l'argent pour un tel programme?

M. Steven Morgan: En fait, l'enquête Angus Reid posait diverses questions sur l'appui au système, puis demandait aux répondants la mesure dans laquelle ils appuyaient divers instruments et non seulement l'augmentation de la TPS.

Les Canadiens veulent un programme universel public.

Je serai clair: j'ai aidé Angus Reid à concevoir l'enquête et j'ai assumé la responsabilité d'une partie de l'analyse. Ils ont posé diverses questions sur les modes de financement ou les augmentations de taxe qui donneraient entre 5 milliards et 10 milliards de dollars en revenus additionnels à l'appui d'un programme, ce qui dépasse nettement ce qu'il faut pour administrer le programme. L'augmentation de la TPS est la solution la moins populaire, si je me souviens bien des réponses.

Les Canadiens préféreraient généralement l'idée de ramener l'impôt des sociétés aux taux de 2012, comme moyen d'obtenir un montant suffisant pour avoir un programme d'assurance-médicaments. Je suppose que dans l'esprit des Canadiens qui ont répondu à l'enquête, les employeurs vont profiter de la réduction des coûts liés aux régimes d'assurance liés aux emplois, alors pour compenser cela, ils pourraient bien contribuer au programme davantage au moyen de l'impôt des sociétés.

Mme Rachael Harder: Merci.

Les Canadiens peuvent bien appuyer une chose. Je pense que nous allons tous être d'accord pour avoir des médicaments gratuits — cela semble formidable —, mais au bout du compte, ce n'est pas gratuit. Il faut que cela vienne des poches du contribuable. Si la grande majorité du public canadien n'appuie pas cela, je ne sais pas comment nous pouvons mettre en place un tel programme.

C'est un énoncé; pas une question. J'ai une autre chose à dire.

Monsieur Morgan, quand nous avons demandé le rôle que les politiciens doivent jouer à ce sujet, vous avez mentionné le programme pour les anciens combattants. Je trouve préoccupant que vous parliez de cela comme d'un modèle à suivre, parce qu'il y a eu des problèmes avec le programme pour les anciens combattants. D'abord, il y a une très longue liste d'attente, au point où des gens meurent avant de pouvoir obtenir les produits pharmaceutiques qu'il leur faut. Si c'est le modèle que nous voulons utiliser ici, au Canada, je trouve que c'est problématique. Ensuite, il y a des gestionnaires — c'est prouvé — qui falsifient l'information pour bien se protéger et éviter d'être congédiés. C'est une autre raison pour laquelle je pense que ce programme ne devrait pas servir de modèle.

Ceci étant dit, je vais adresser ma question à Mme Martin ou, je suppose, à M. Morgan. Quand on dit que les politiciens doivent s'enlever du chemin, à qui envisage-t-on de confier la responsabilité d'un tel programme?

• (1700)

M. Steven Morgan: Je vais parler des développements.

Premièrement, si vous avez une citation concernant les patients du programme pour les anciens combattants qui meurent alors qu'ils sont en attente de médicaments en particulier, j'aimerais voir cela.

En ce qui concerne la responsabilité, nous voulons que les organismes qui prennent les décisions relatives à la protection rendent des comptes publiquement. Ils doivent rendre des comptes au moyen de processus justes et transparents. Je pense que le Canada est en fait un exemple sur la scène mondiale. Je donne beaucoup de crédit à l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé et à la collaboration fédérale-provinciale concernant le Programme commun d'évaluation des médicaments. Ils ont en ce moment un processus raisonnablement solide et transparent. Un processus semblable comportant l'ajout de nouveaux éléments au mandat serait possible. Encore une fois, le processus incombe à une agence ne subissant aucune influence politique.

Cela ne se trouve pas qu'au Canada. D'autres pays ont une infrastructure semblable en place. L'Allemagne, la Suède, les Pays-Bas, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni ont tous des agences qui ont une certaine distance par rapport aux politiciens. C'est précisément pour vous protéger des pressions que les fabricants de médicaments en particulier pourraient vouloir exercer sur vous afin d'obtenir que leurs médicaments soient inscrits sur la liste de médicaments à un coût qui ne se justifie pas, compte tenu des autres façons d'améliorer la santé de la population.

Le président: Vous pouvez poser une très brève question.

Mme Rachael Harder: D'accord.

J'aimerais simplement qu'on m'aide à comprendre. En ce moment, les soins de santé relèvent bien sûr des provinces, alors j'aimerais comprendre comment le gouvernement fédéral peut imposer aux provinces un système unique. Dans le respect de la façon dont les responsabilités sont réparties dans notre pays, comment pouvons-nous aller de l'avant avec un régime national d'assurance-médicaments si c'est ce que nous décidons de faire?

M. Marc-André Gagnon: Quand il est question de compétences, les produits pharmaceutiques sont un peu problématiques parce que les établissements de soins de santé relèvent des provinces. En ce qui concerne les médicaments, la Constitution ne dit rien, outre que la décision de déterminer si une substance est légale ou illégale relève du gouvernement fédéral. Il incombe à Santé Canada d'approuver les nouveaux médicaments. La question des prix des médicaments, elle, est liée à la propriété intellectuelle, au régime de brevets, qui est aussi de compétence fédérale. Donc, qu'on le veuille ou non, le gouvernement fédéral est déjà bien engagé sur le plan de la compétence relative aux produits pharmaceutiques. Mais, oui, à n'en pas douter, pour aller de l'avant, il faudra la collaboration des provinces. En ce moment, nous progressons très bien avec l'Alliance pharmaceutique pancanadienne, qui est essentiellement une création des provinces, et qui veut aller de l'avant. Les provinces ont actuellement la main tendue, et je pense que le contexte est propice à cette collaboration avec les provinces.

Mme Rachael Harder: Merci.

Le président: Le temps est écoulé.

Monsieur Kang.

M. Darshan Singh Kang: Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins d'être venus aujourd'hui nous renseigner sur des choses que nous ne connaissons probablement pas.

Docteur Martin, vous parliez de patients qui réclamaient des médicaments aux médecins. J'ai un médecin de famille, et quand un patient entre dans son bureau et lui dit qu'il lui faut un médicament en particulier, il répond: « C'est moi, le médecin. Vous n'êtes pas médecin, alors ne me dites pas quoi vous donner. »

Je crois qu'il y a de l'abus en ce qui concerne la prescription de médicaments. Quel genre d'abus y a-t-il quand les médecins cèdent aux exigences des patients et leur prescrivent quelque chose dont ils n'ont même pas besoin ou qui coûte cher? Quel genre d'abus croyez-vous qu'il y a?

• (1705)

Dre Danielle Martin: Je vous remercie de votre question.

Beaucoup d'études ont été menées sur ce qui influence les décisions des médecins quant aux ordonnances ainsi que sur ce qui influence les demandes des patients. En fait, l'influence de l'industrie est l'un des facteurs les plus puissants en matière d'ordonnances, de nos jours en Amérique du Nord.

Ceux d'entre vous qui ont suivi les actualités récemment savent peut-être que les relations entre l'industrie pharmaceutique et les médecins, et les façons dont l'industrie peut influencer les décisions des médecins sont la cause de beaucoup de controverse, à tel point que dans le milieu médical — et moi en particulier qui suis enseignante dans le domaine de la médecine, je sais qu'il en est ainsi pour nos programmes d'enseignement —, nous essayons de permettre de moins en moins à l'industrie d'exercer une forte influence sur la façon dont nous donnons notre enseignement sur la prescription de médicaments. Encore là, nous voulons que les décisions soient prises en fonction des preuves médicales plutôt qu'en fonction du marketing. On peut faire des liens entre une partie du marketing et l'enseignement, dans les deux sens, et je pense que ces liens rendent les gens de la profession de plus en plus mal à l'aise.

De même, il y a beaucoup de preuves concernant la publicité adressée directement au consommateur. Comme vous le savez probablement, les compagnies pharmaceutiques n'ont pas le droit, en ce moment au Canada, de faire de la publicité s'adressant directement aux patients canadiens, mais les patients canadiens ont tendance à consommer une grande partie de cette publicité sur la télévision américaine et au moyen d'autres sources, ce qui peut également les influencer.

En fait, l'habitude est l'un des nombreux facteurs d'influence des décisions des médecins quant aux ordonnances. Il y a sur le marché des milliers de médicaments, et nous nous habituons à prescrire plus souvent certains d'entre eux. Nous comprenons vraiment bien leurs effets secondaires, les mécanismes et la façon dont ils interagissent avec d'autres médicaments, par exemple. La plupart des médecins ont tendance à constamment prescrire le même petit nombre de médicaments. C'est la raison pour laquelle nous devons nous assurer que l'éducation que nous recevons dès le début se fonde sur des faits solides et que nous utilisons la liste de médicaments afin de vérifier que nos décisions initiales sont les bonnes, puis éduquer les patients. Je pense en réalité que les échanges entre médecins et patients sur les médicaments d'ordonnance sont une bonne chose. J'invite mes patients à me poser des questions au sujet de ce qu'ils veulent avoir, mais il faut que ces conversations se fondent sur les meilleures preuves médicales qui existent, et non sur la publicité que fait l'industrie, et je pense qu'il y a des améliorations à apporter.

M. Darshan Singh Kang: J'en aurais long à dire à ce sujet.

Ma question suivante s'adresse à M. Morgan.

Disons que nous mettons en oeuvre le programme d'assurance-médicaments. Tout le monde devrait être couvert. Il ne devrait pas y avoir de franchise. Vous avez parlé de permettre aux gens d'avoir aussi une assurance privée, au cas où le médicament qu'il leur faut n'est pas couvert par le programme d'assurance-médicaments. Nous essayons d'établir une protection universelle, mais en même temps, nous ouvrons la porte à une petite protection privée en plus.

Est-ce que nous devrions avoir cette petite protection privée en plus? C'est ma première question.

Ma deuxième question est: devrions-nous avoir une évaluation des moyens pour empêcher les abus? Si c'est gratuit, les gens vont penser qu'ils devraient pouvoir avoir n'importe quel médicament.

Je viens de discuter avec Dre Martin des médecins qui cèdent aux pressions des patients, n'est-ce pas? Il y aura des abus du système. Ne pensez-vous pas qu'il faudrait une évaluation des moyens?

M. Steven Morgan: Absolument pas dans le cas d'un régime d'assurance-médicaments universel. Je suis totalement en désaccord.

Si un médicament est sûr, efficace et rentable pour le système de santé public, on ne devrait aucunement tenir compte de l'endroit où vit le patient, de son travail ni du revenu qu'il gagne pour déterminer s'il peut avoir accès à ce médicament.

Ces dernières années, plusieurs provinces ont mis en place des régimes d'assurance-médicaments fondés sur le revenu, que l'on appelle également régimes de couverture des médicaments onéreux, derrière l'idée que nous ne devrions pas offrir gratuitement des médicaments aux personnes qui gagnent un revenu plus élevé.

Il y a deux problèmes ici. Tout d'abord, comme je l'ai indiqué plus tôt, cela signifie que tout le monde devra assumer des frais, ce qui pourrait dissuader les personnes ayant un revenu plus élevé de prendre les médicaments qui les empêcheront d'être malades ou hospitalisés. Ensuite, les gens à revenu moyen et élevé seront moins enclins à appuyer un régime d'assurance-médicaments universel : ils paient davantage d'impôts, alors ne devraient-ils pas bénéficier des mêmes avantages que tout le monde? Pour des raisons cliniques, économiques et même peut-être éthiques, on ne devrait pas se fonder sur une évaluation des moyens dans le cas d'une assurance-médicaments.

Il faut réfléchir au fait qu'il s'agit d'un changement de paradigme pour le Canada. Notre dialogue sur l'assurance-médicaments évolue. Au lieu de se demander quels sont les Canadiens qui auront accès à

pratiquement tous les médicaments, on veut plutôt savoir quels sont les médicaments auxquels tous les Canadiens devraient avoir accès.

Dans cette optique — et je sais que Danielle a écrit au sujet des diverses options —, nous pourrions envisager d'établir un régime d'assurance-médicaments par étapes, en prévoyant une augmentation du budget graduelle. On pourrait commencer à 10 milliards de dollars pour le programme national, dont 2 milliards proviendraient du gouvernement fédéral et le reste des provinces et d'autres contributions, comme les quotes-parts, et passer ensuite à un programme de 20 ou de 25 milliards de dollars pour assurer une couverture globale.

Au cours de cette mise en oeuvre graduelle, évidemment, les assurances privées pourraient continuer de rembourser les médicaments qui ne feraient pas partie des premières phases.

Si toutes les données provenant d'autres pays sont exactes, je pense que les Canadiens constateront qu'un programme peut faire la preuve de sa valeur au fur et à mesure de sa mise en oeuvre. Par conséquent, selon moi, les Canadiens continueront d'appuyer le programme et son expansion.

• (1710)

Le président: Monsieur Webber.

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

Merci à tous d'être venus aujourd'hui. Je remercie tout particulièrement M. Gagnon pour le résumé qu'il nous a distribué avant la séance.

C'est très apprécié, monsieur le président, et si je puis me permettre, je proposerais que nos futurs témoins, dans la mesure du possible, nous remettent leurs documents ou leurs rapports de cette façon.

Robert a parlé du rapport *Pharmacare 2000* rédigé par M. Morgan. Il aurait été bien de le recevoir au préalable.

Je serais donc très heureux qu'à l'avenir, nous puissions obtenir le plus de documentation possible à l'avance.

Le président: Je l'ignore. J'aimerais avoir une copie de leurs exposés si c'est possible, parce qu'ils étaient vraiment... C'est un début.

M. Len Webber: Oui, exactement.

Encore une fois, merci à vous d'être des nôtres aujourd'hui.

Monsieur Morgan, j'ai écouté avec intérêt vos observations au sujet du nombre de diabétiques qui meurent parce qu'ils ont choisi de ne pas prendre leurs médicaments. S'ils gagnent un faible revenu, ils n'ont peut-être pas les moyens d'acheter leurs médicaments.

Je ne connais pas grand-chose aux régimes de couverture des médicaments onéreux ni à la façon dont ils fonctionnent, mais chacune des provinces est responsable de son propre régime. Pourriez-vous nous expliquer comment ces régimes de couverture des médicaments onéreux ont été mis en oeuvre?

M. Steven Morgan: Tout à fait. Chaque province est responsable de son propre régime d'assurance-médicaments. Il n'y a aucun engagement exécutoire entre les gouvernements fédéral et provinciaux en ce qui a trait aux normes nationales, alors les provinces gèrent leurs propres programmes, qui sont bien différents.

L'Ontario, où on a réalisé cette étude, offre une couverture relativement intégrale — en fait, du type de Pharmacare 2020 — pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Dans cette province, les gens de moins de 65 ans combinent l'assurance publique et l'assurance privée, ce qui est la norme au Canada depuis de nombreuses années: une assurance privée volontaire pour les gens qui occupent un emploi qui offre un régime d'assurance-maladie complémentaire, puis la couverture des médicaments onéreux financée par la province pour ceux qui ne bénéficient pas d'un régime privé.

Le régime de couverture des médicaments onéreux qu'a décrit Danielle propose un déductible de 4 % du revenu du ménage, ce qui représente des milliers de dollars. C'était une étude très intéressante du point de vue scientifique. Dans cette étude menée en Ontario, on a comparé les diabétiques de moins de 65 ans avec les diabétiques de plus de 65 ans, et on s'est servi du fait que ces derniers sont désormais admissibles au régime public pour démontrer à quel point un régime public peut améliorer l'accès aux médicaments. C'est ainsi qu'on a pu déduire le nombre de diabétiques de moins de 65 ans qui ne prennent pas leurs médicaments en raison de leur coût trop élevé. Les personnes âgées de 65 ans et plus ne se heurtent plus à ces obstacles. C'est également à partir de ces données qu'on a pu conclure le nombre de décès prématurés.

Je me penche actuellement sur une méthodologie semblable en Colombie-Britannique — et les résultats de mon étude devraient être rendus publics cet été — axée sur notre régime d'assurance-médicaments fondé sur le revenu, qui correspond à un accident de l'histoire. Les gens nés en 1939 ou avant disposent d'une meilleure couverture que les gens nés après cette date, car ils bénéficient de droits acquis, c'est-à-dire de la couverture plus globale que la Colombie-Britannique offrait auparavant aux aînés.

• (1715)

M. Len Webber: C'est intéressant. Dépêchez-vous de terminer ce rapport pour que nous puissions l'avoir.

M. Steven Morgan: Je suis pas mal sûr que nous pourrions vous en faire parvenir une demi-douzaine d'exemplaires au cours des prochains mois.

M. Len Webber: Très bien.

J'aimerais parler des provinces et du fait que chacune d'entre elles travaille en vase clos au sein du système de santé. J'estime qu'en réunissant toutes les provinces et tous les territoires dans le cadre d'un régime d'assurance-médicaments universel, nous disposerions d'un plus grand pouvoir d'achat, ce qui serait sans doute très avantageux.

Monsieur Gagnon, d'après vos statistiques, le Canada occupe une piètre position relativement au coût des médicaments et ainsi de suite, alors il serait tout à fait logique de nous unir pour acheter nos médicaments.

J'aimerais maintenant parler du don d'organes et de tissus. Il est clair que nos provinces et nos territoires travaillent chacun de leur côté lorsqu'on parle du partage d'organes et de tissus, et je trouve cela très frustrant. Le gouvernement fédéral devrait également mettre en place un système global pour le don d'organes et de tissus. Je sais qu'il est question ici d'assurance-médicaments, mais il faut adopter la même attitude. Monsieur Gagnon, vous avez dit qu'il était constitutionnel que les provinces aient leurs propres sphères de compétence et que le gouvernement fédéral ne devrait pas s'y ingérer, mais je considère que c'est quelque chose dont devraient discuter l'ensemble des provinces et territoires. Et surtout, ils devraient envisager de maximiser le pouvoir d'achat grâce à l'achat en masse.

Je pense notamment au Québec qui gère son propre — je reviens encore au don d'organes et de tissus. Il y a beaucoup de cloisonnement au Québec lorsqu'il s'agit des dons d'organes et de tissus. Je ne comprends tout simplement pas.

Madame Prémont, d'après votre expérience au Québec, pourriez-vous nous dire pourquoi on trouve autant de cloisons partout au pays, en particulier au Québec?

Dre Marie-Claude Prémont: C'est une question très importante que vous posez. C'est d'ailleurs une question qu'on se pose depuis longtemps au pays. Il ne faut pas oublier qu'en vertu de la Constitution, les hôpitaux relèvent de la compétence des provinces. La Constitution le mentionne explicitement, n'empêche que nous avons réussi à mettre en place un système de santé public à l'échelle du pays, en respectant la Constitution et la compétence des provinces.

Je ne vois pas ce qui pourrait nous empêcher d'en faire autant avec les médicaments. Il suffit d'avoir un peu — peut-être beaucoup — de volonté politique, selon moi, pour surmonter les difficultés auxquelles chaque province est confrontée en ce moment et ainsi remédier à la situation difficile dans laquelle se trouvent les Canadiens. J'inclurais le Québec, parce que les gens reconnaissent de plus en plus que le système n'est pas viable. Son coût n'a pas cessé d'augmenter depuis son instauration. La partie qui devait s'autofinancer ne s'est manifestement pas autofinancée; c'est nettement inférieur à 30 %.

Je suis d'accord avec Steven; il est temps que tous accordent leurs violons, y compris le Québec. Évidemment, je ne m'exprime pas au nom du Québec. Je parle seulement en mon nom ici, mais j'estime que le moment est venu de réexaminer la question et de voir comment toutes les provinces et tous les territoires devraient unir leurs efforts pour améliorer la situation de chacun.

M. Len Webber: Absolument.

Le président: Le temps est écoulé.

Docteur Eyolfson.

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

Merci à vous tous. Vous nous avez présenté des exposés remarquables. Vous avez confirmé des choses que j'avais devinées lorsque j'exerçais la médecine. J'ai plusieurs anecdotes, et docteur Martin, vous l'avez peut-être vécu également, il m'est arrivé de soigner à l'urgence un patient atteint d'une acidocétose diabétique qui n'avait pas les moyens de s'acheter de l'insuline. Si ce patient se retrouve aux soins intensifs, le coût de son hospitalisation dépassera probablement le coût de son insuline à vie. Cela dit, nous savons également que les anecdotes n'équivalent pas à des données statistiques.

Bien des médecins sont convaincus que l'investissement initial d'un programme d'assurance-médicaments serait tôt ou tard compensé par la réalisation d'économies, l'amélioration de la santé et la diminution des coûts hospitaliers. Vos rapports font-ils mention des coûts initiaux d'un tel programme, des coûts permanents et des économies qui pourraient être réalisées à long terme pour les contribuables?

• (1720)

M. Steven Morgan: Dans le cadre de l'étude que nous avons publiée dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*, nous avons évalué combien coûterait la mise en oeuvre d'un régime d'assurance-médicaments raisonnablement exhaustif pour les Canadiens. Cela n'inclut pas les hôpitaux ni les soins de longue durée, mais dans les pharmacies de détail, nous avons estimé qu'il y aurait une hausse des coûts de 3,4 milliards de dollars pour le gouvernement, dont 2,4 milliards, si ma mémoire est bonne, seraient en quelque sorte récupérés par une réduction des coûts liée à l'assurance-maladie complémentaire financée par les contribuables pour les employés de la fonction publique, dont vous et moi. On parle donc de 3,4 milliards de dollars pour élargir le programme et permettre au secteur privé de réaliser des économies de l'ordre de 8 milliards de dollars par une réduction des dépenses en médicaments ou une baisse de la demande pour une assurance privée.

Bref, le programme se paiera de lui-même. Toutefois, nous n'avons pas — et nous en parlons dans notre article paru dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* — abordé le deuxième argument que vous avez invoqué, qui est très important, au sujet de l'incidence progressive sur notre système de santé. On a démontré qu'en abaissant les quotes-parts même pour les bénéficiaires d'une assurance privée bien nantis aux États-Unis, on améliore l'accès aux traitements préventifs et on réduit la demande pour des soins médicaux et hospitaliers à tel point que, sur le marché américain, c'est sans incidence sur les recettes, sans compter les économies réalisées sur les prix.

Il est pratiquement certain que ce programme sera rentabilisé une fois grâce à un meilleur pouvoir d'achat, et deux fois grâce à l'amélioration de la santé de tous les Canadiens et à une diminution de la demande sur le système de santé.

Est-ce que j'entrevois des économies dans le système de santé? Non. Toutefois, je pense que les ressources en soins de santé pourront répondre à d'autres besoins en matière de santé, ce qui serait très avantageux pour les Canadiens.

M. Doug Eyolfson: Très bien, merci. Je suis content de voir que mon hypothèse était fondée.

Docteur Martin, l'une des choses que j'ai remarquées dans ma pratique, c'est que lorsque les médecins rédigent une ordonnance, ils savent souvent que leurs patients vont avoir du mal à payer leurs médicaments. J'ai travaillé au service d'urgence d'un hôpital, au coeur de Winnipeg, où on trouve beaucoup de gens défavorisés.

Diriez-vous que les médecins passent beaucoup de temps à essayer de trouver des solutions de rechange pour s'assurer que leurs patients peuvent acheter les médicaments dont ils ont besoin?

Dre Danielle Martin: Merci pour votre question.

En fait, nous venons tout juste de terminer une étude qui fait actuellement l'objet d'un examen par les pairs, et nous espérons qu'elle sera publiée bientôt. Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes uniquement penchés sur les médecins de famille, y compris ceux qui pratiquent la médecine d'urgence, mais je présume que les

données se rapportant aux spécialistes ne seraient pas tellement différentes. Nous avons appris, sans surprise, que les médecins consacrent beaucoup de temps à la recherche de solutions plus abordables pour leurs patients. C'est complexe et, à mon avis, inutile.

Les exemples que j'ai donnés dans mon exposé sont non seulement tirés de ma pratique, mais aussi de recherches qualitatives et d'entretiens que j'ai eues avec des médecins de famille partout au pays. Les médecins donnent des échantillons et communiquent avec les représentants de compagnies pharmaceutiques pour en obtenir davantage; ils modifient les ordonnances, de sorte que les patients n'ont pas forcément les médicaments dont ils ont besoin, mais ceux qu'ils ont les moyens de se procurer; ils présentent des demandes au nom de leurs patients pour qu'ils puissent avoir accès à des médicaments pour des raisons humanitaires et ils achètent les médicaments eux-mêmes. Il est ahurissant de constater combien de médecins ont fait cela au cours de leur carrière; ils ont tout simplement acheté le médicament pour leur patient. Je sais que les pharmaciens font la même chose. On a tous déjà entendu l'histoire: « Je dirai simplement à mon patron que j'ai fait tomber le flacon par terre et que j'ai dû le jeter. Ne vous inquiétez pas. Prenez les pilules. »

Les professionnels de la santé de partout au pays agissent avec les meilleures intentions et utilisent toutes sortes de moyens pour permettre à leurs patients d'avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin. Songez à toute l'énergie — sans parler de l'argent — qui est gaspillée et qui pourrait être mieux orientée vers les soins aux patients. Je pense que cela démontre encore plus l'importance de cette conversation.

• (1725)

M. Doug Eyolfson: Merci beaucoup.

Merci, monsieur le président.

Le président: Madame Sansoucy, encore une fois, vous disposez de trois minutes.

[Français]

Mme Brigitte Sansoucy: Merci, monsieur le président.

Ma question s'adresse à M. Gagnon.

Nous savons que certaines personnes ne font pas remplir leurs ordonnances parce que les médicaments coûtent trop cher. Cela entraîne nécessairement chez elles d'autres problèmes de santé. Est-ce qu'on sait quels coûts cela impose au système lui-même?

M. Marc-André Gagnon: C'est une question qui a été très peu étudiée. Des estimations ont été faites, mais, jusqu'à présent, les résultats à cet égard diffèrent de beaucoup.

Par exemple, aux États-Unis, certaines études concluent que si davantage de médicaments étaient couverts par le régime, il y aurait moins d'hospitalisations. En fait, on se sert de cet argument pour dire qu'il faut couvrir de plus en plus de nouveaux médicaments. Cependant, la réalité est toute autre. C'est lorsqu'on donne un plus grand accès aux médicaments, particulièrement aux gens à faible revenu, que les hospitalisations sont réduites de manière beaucoup plus considérable.

Il est clair que les coûts vont diminuer avec une meilleure adhérence aux traitements. Nous le constatons de manière assez systématique, même si cela signifie parfois moins de choix quant aux médicaments. Une nouvelle étude, dont je pourrai vous faire parvenir copie, vient d'être publiée par la chaîne américaine de pharmacies CVS. Elle démontre que, sur le plan des résultats en santé, la mise en place d'un formulaire plus restreint en vue de réduire les coûts peut rendre des médicaments plus difficiles d'accès pour certains patients. Cela crée un problème. Par ailleurs, les résultats en santé s'en trouvent améliorés grâce à la meilleure adhérence aux traitements que cela entraîne pour d'autres patients.

En définitive, un formulaire plus restreint n'a pas d'impact sur l'ensemble de la population, mais peut faire une différence dans des cas particuliers.

Mme Brigitte Sansoucy: Certains sont contre la mise en place d'un régime d'assurance-médicaments...

[Traduction]

M. Steven Morgan: À titre d'information, sachez qu'en 2013, la British Columbia Pharmacy Association a examiné la littérature portant sur l'impact financier des obstacles à l'accès attribuables aux coûts du système de santé canadien, et comme Marc-André l'a indiqué, il n'existe pas beaucoup de documentation là-dessus, mais on estime que cela représenterait entre 1 et 9 milliards de dollars par année. Même si on prend le chiffre le plus bas, il s'agit d'un fardeau considérable pour notre système de santé. Pour ce qui est du chiffre le plus élevé, c'est tout de même réaliste, si on se fie au nombre de décès de diabétiques répertoriés en Ontario qui seraient survenus en partie à cause de ces obstacles. Cela pourrait aller jusqu'à 9 milliards de dollars par année.

[Français]

Dre Marie-Claude Prémont: J'aimerais ajouter qu'une étude a été faite au Québec au moment où le régime a été implanté en 1997. En fait, dans sa première mouture, le régime prévoyait que les gens qui avaient droit à un accès gratuit aux médicaments, notamment les prestataires de l'aide sociale, devraient dorénavant payer la franchise et la coassurance requises.

Entre autres, la professeure Robyn Tamblyn, de l'Université McGill, a mené des études pour mesurer l'impact sur le nombre d'hospitalisations occasionnées par le fait que des gens ne pouvaient pas acheter les médicaments dont ils avaient besoin. Donc, des études précises ont été faites sur cette question.

Mme Brigitte Sansoucy: Certaines personnes opposées au projet d'un régime d'assurance-médicaments croient que cela va entraîner des pénuries de médicaments. Est-ce possible?

M. Marc-André Gagnon: J'aimerais répondre à cette question.

J'ai donné mon avis au gouvernement du Québec, qui est à mettre en place un système d'appel d'offres auprès des fabricants de

médicaments génériques. Il faut dire que c'est de ce côté qu'il y a le plus de pénuries.

Il est vrai que certains sont d'avis que, si on baisse les prix, il y aura davantage de pénuries. Il faut être prudent face à cette affirmation. D'une part, en ce qui a trait aux médicaments génériques, l'organisation du système d'approvisionnement est importante. Par exemple, si on lance des appels d'offres pour les médicaments génériques et qu'on inscrit des dispositions spécifiques pour assurer la sécurité de l'approvisionnement, cela va permettre de réduire les coûts tout en améliorant la sécurité de l'approvisionnement. C'est le cas en Suède et en Nouvelle-Zélande. Dans ce pays, les médicaments génériques coûtent le tiers de ce qu'ils coûtent au Canada. Pourtant, malgré cela, il y a beaucoup moins de pénuries de médicaments dans ce pays.

En ce qui concerne l'accès aux médicaments, certains croient que si on accepte de payer plus cher pour un médicament, on va y avoir plus facilement accès. Ce n'est pas du tout le cas. Des normes sont utilisées, par exemple, celle des années de vie pondérées par la qualité.

● (1730)

Je vous donne un exemple à ce sujet.

Un gouvernement accepte de payer 50 000 \$ pour un médicament à cause des années de vie pondérées par la qualité. Le fabricant d'un nouveau médicament décide de fixer plutôt le tarif à 100 000 \$. Si le gouvernement en question accepte de verser ce montant, toutes les compagnies vont ensuite demander 100 000 \$. En fait, ce n'est pas parce que l'on accepte de payer plus cher que le problème de l'accès sera réglé. Cela ne fait que repousser le problème qui surgira de nouveau par la suite.

Si l'on continue à accepter les hausses, on encourage des gens comme Martin Shkreli, qui vend un médicament 50 fois plus cher qu'il le devrait parce qu'il se dit que les gens sont assez fous pour payer autant. On crée ainsi davantage de problèmes d'accès et de pénurie de médicaments. Le géant pharmaceutique Valeant suit sensiblement le même modèle d'affaires. Ce sont des dynamiques prédatrices au sein du système contre lesquelles le Canada n'est pas du tout protégé.

[Traduction]

Le président: Nous n'avons plus de temps.

C'est ce qui met fin à la séance d'aujourd'hui.

Je tiens à remercier tous nos témoins. Vous nous avez donné une foule de renseignements utiles.

J'aimerais également remercier tous les députés pour leurs questions pertinentes et la façon dont le Comité a procédé aujourd'hui.

Tout le monde a dépassé le temps qui était prévu et a enfreint les règles, mais ça en a valu la peine.

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>