



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 039



1^{re} SESSION



42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 2 février 2017

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le jeudi 2 février 2017

• (1105)

[Traduction]

Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)): Nous avons deux questions à l'ordre du jour: le programme national d'assurance-médicaments et les dons de sang. Nous terminerons en discutant brièvement des travaux du Comité.

Je veux souhaiter la bienvenue à nos invités. Nous vous sommes reconnaissants d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer pour nous faire bénéficier de vos connaissances sur ce sujet de telle sorte que nous sachions mieux à quoi nous en tenir.

Nous accueillons deux représentantes d'Alberta Blue Cross, soit Dianné Balon, vice-présidente, Gouvernement; et Margaret Wurzer, gestionnaire principale, Avantages et mise au point de produits. Nous recevons également le capitaine de frégate Sylvain Grenier, officier supérieur d'état-major, Services de pharmacie, au ministère de la Défense nationale.

Nous débutons avec un premier tour de questions où chacun aura droit à sept minutes en commençant par M. Oliver... Désolé! J'essaie d'aller un peu trop vite aujourd'hui. Nous allons d'abord entendre les observations préliminaires de nos témoins.

Qui va prendre la parole au nom d'Alberta Blue Cross? Dianne, nous vous écoutons.

Mme Dianne Balon (vice-présidente, Gouvernement, Alberta Blue Cross): Merci beaucoup, monsieur le président et membres du comité, de nous avoir invités à être des vôtres aujourd'hui. Nous apprécions vivement cette invitation et nous sommes honorés d'avoir la chance de vous exposer nos points de vue sur cette question.

Je m'appelle Dianne Balon et je suis vice-présidente responsable des questions gouvernementales pour Alberta Blue Cross. Je suis accompagnée de ma collègue Margaret Wurzer qui est pharmacienne de formation.

Chef de file parmi les sociétés d'assurance, Alberta Blue Cross propose une gamme complète de prestations de santé supplémentaires. La couverture relative aux médicaments sur ordonnance est l'un des principaux avantages que nous offrons dans le cadre des régimes que nous administrons. Alberta Blue Cross est une organisation sans but lucratif à laquelle la loi a conféré le mandat spécial de contribuer à la santé et au mieux-être des Albertains.

Notre société administre des régimes de protection pour les secteurs public et privé. Nous nous occupons notamment des régimes gouvernementaux de protection financés par l'État pour l'Alberta et les Territoires-du-Nord-Ouest. Nous offrons aussi des régimes d'avantages sociaux financés par l'employeur. Nous avons actuellement plus de 5 700 régimes collectifs semblables, tant pour des organismes bénéficiant de fonds publics que pour des sociétés entièrement privées. Nous proposons en outre des programmes de prestations de santé dont les particuliers peuvent se prévaloir s'ils sont travailleurs autonomes ou s'ils ont pris une retraite anticipée.

Grâce à tous ces régimes qu'elle administre, Alberta Blue Cross offre une protection relative aux médicaments sur ordonnance à plus de 1,6 million d'Albertains.

Nous sommes également membres de l'Association canadienne des Croix Bleue, un regroupement qui constitue le plus important assureur sans but lucratif au Canada en offrant une protection à plus de sept millions de Canadiens.

Étant donné la diversité de la clientèle que nous desservons de concert avec les autres sociétés membres Croix Bleue, nous pouvons faire bénéficier le débat sur un régime public d'assurance-médicaments de notre perspective unique en la matière. Notre expérience auprès des différents promoteurs de régimes nous permet de bien connaître leurs objectifs et leurs points de vue variés qui servent de base à leurs décisions quant à la protection qu'ils offrent en matière de médicaments d'ordonnance.

Comme vous le savez, les régimes gouvernementaux financés par des fonds publics offrent une protection qui va dans le sens de l'intérêt supérieur de la société en ciblant généralement certains segments de la population comme les aînés, les bénéficiaires les plus vulnérables des programmes de services sociaux et les personnes aux prises avec un problème de santé particulier comme le cancer ou une transplantation. Les décisions relatives à la protection offerte sont guidées par les politiques gouvernementales, et la question du financement durable pose toujours problème du fait que ces programmes sont financés à même des deniers publics. La liste des produits pharmaceutiques offerts dans leurs formulaires est donc généralement plus courte.

Les employeurs offrent des régimes collectifs de prestations dans le but de garder leurs employés en santé et productifs. Ces prestations s'inscrivent dans le régime d'avantages sociaux de l'employé. La décision d'un employeur quant aux médicaments à inclure dans son régime de protection est dictée par les conventions collectives ou par sa volonté de maximiser la productivité de ses employés — en s'assurant qu'ils sont au travail et ne s'absentent pas pour cause de maladie — et de réduire au minimum les demandes de prestations d'invalidité, tout en veillant à offrir un régime d'avantages sociaux concurrentiel. En conséquence, les régimes parrainés par l'employeur donnent généralement accès à une liste assez complète de médicaments. Comme les employeurs financent directement la protection offerte, ils sont toutefois bien au fait des coûts des prestations versées et de la nécessité d'assurer la viabilité du régime.

Les régimes individuels de protection en santé sont financés directement par le bénéficiaire. Ces régimes forment un segment qui croît rapidement au sein du marché canadien de l'assurance-santé, car de plus en plus de gens sont travailleurs indépendants, travaillent à contrat ou à temps partiel, ou sont à la retraite. Ces gens-là veulent tout de même bénéficier d'une protection adéquate en mettant l'accent sur un contrôle général des coûts. Le plus souvent, leurs formulaires sont définis de façon plus étroite ou assortis de mécanismes de contrôle des coûts plus stricts que ceux d'un régime parrainé par l'employeur.

Ces trois segments du marché sont confrontés à la même problématique: la montée du coût des médicaments qui soulève de graves préoccupations quant à la viabilité de leurs régimes de protection.

Nous savons que différents facteurs contribuent à la hausse des coûts associés à la protection offerte par les promoteurs de régimes d'assurance-médicaments. Je suis persuadée que l'on vous a déjà parlé de tous ces facteurs. Il y a notamment le vieillissement de la population et la prévalence croissante des maladies chroniques en plus des nouvelles thérapies plus coûteuses pour des maladies déjà traitées ainsi que des nouvelles thérapies pharmaceutiques pour des maladies qui ne pouvaient pas être traitées par la médication auparavant.

Comme vous le savez, une proportion de plus en plus élevée des nouveaux médicaments qui arrivent sur le marché sont des médicaments spécialisés qui coûtent généralement plus de 10 000 \$ par année par patient, dans bien des cas pour traiter des maladies chroniques courantes. Il faut ajouter à cela les coûts exorbitants des médicaments orphelins pour le traitement des maladies rares.

Bien que la hausse des coûts des médicaments soit très problématique pour les régimes de protection, nous reconnaissons que bon nombre de ces traitements peuvent changer la vie des gens, améliorer leur état de santé et, bien souvent, faire en sorte que les patients n'ont pas recours au réseau des soins primaires. Il s'agit de trouver la façon de financer ces thérapies de façon durable dans le contexte d'un régime de protection.

Nous avons examiné les quelque 80 témoignages que votre comité a déjà entendus à ce sujet, et nous sommes d'accord avec bon nombre des commentaires formulés quant à la nécessité de procéder à des réformes en profondeur.

Nous estimons qu'il convient, avant de chercher à déterminer la pertinence d'un régime national d'assurance-médicaments, d'apporter certains changements stratégiques importants qui vont dans le sens des principes d'un régime d'assurance-médicaments en favorisant un accès durable et plus équitable pour tous les Canadiens.

Il faut premièrement réduire considérablement le prix des médicaments vendus sur ordonnance au Canada. Nous estimons qu'il faut agir immédiatement à ce chapitre pour assurer la viabilité à long terme des régimes de protection. Nous nous réjouissons du travail déjà entrepris par la ministre fédérale de la Santé qui a pour mission de faire en sorte que les médicaments soient abordables, accessibles et prescrits de façon adéquate. La ministre a indiqué qu'il est possible de faire chuter les coûts des médicaments en apportant quelques modifications aux mesures réglementaires et aux directives données au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Nous appuyons sans réserve son initiative en la matière.

Nous fondons beaucoup d'espoir sur les possibilités de partenariat qu'offre l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, et nous incitons cette organisation à travailler dans un esprit de collaboration pour

réduire les prix de tous les médicaments au bénéfice de l'ensemble des Canadiens.

Deuxièmement, il faut améliorer la collaboration entre les secteurs public et privé. Dans la conjoncture actuelle, nous pouvons constater que ces deux secteurs fonctionnent en vase clos à bien des égards alors que nous croyons qu'il existe de nombreuses possibilités de rationaliser l'administration et les processus en place pour réaliser des gains d'efficience.

À titre d'exemple, notre relation de collaboration avec le gouvernement de l'Alberta nous a permis d'établir un processus garantissant des prix constants pour les médicaments à tous nos régimes public et privé. En Alberta, nous avons aussi conclu une entente unique avec l'ensemble des pharmacies pour assurer la constance dans les frais d'exécution des ordonnances et les majorations des coûts des médicaments pour tous les promoteurs de régimes, aussi bien privés que publics. Les Albertains ont bénéficié de cette entente qui a aussi contribué, dans une certaine mesure, à contrôler les coûts des médicaments et à rendre les régimes plus viables dans les deux secteurs.

- (1110)

Parlons maintenant des problèmes d'accès aux médicaments. Le financement de la protection offerte à l'égard des coûts élevés des médicaments orphelins met sérieusement en péril la viabilité de tous les régimes, qu'ils soient publics ou privés. Pour ces médicaments, la collaboration entre les payeurs publics et privés sera nécessaire aux fins de l'établissement de politiques nationales de protection visant à assurer un accès équitable à ces coûteux médicaments orphelins pour le nombre relativement faible de Canadiens qui en ont besoin.

Pour les autres médicaments, il est difficile de savoir à quoi s'en tenir, car c'est l'objectif visé par la protection offerte qui peut déterminer ce qu'on entend exactement par nécessité médicale, accès approprié ou accès équitable. À titre d'exemple, si vous offrez une protection dans le but de vous assurer que vos employés ne se retrouvent pas en situation d'invalidité, vous pourrez juger qu'un formulaire proposant une courte liste de médicaments n'incluant pas ceux pouvant permettre un retour au travail accéléré n'offre pas nécessairement un niveau d'accès suffisant.

Nous savons fort bien que le Comité a pour mandat d'étudier l'élaboration d'un programme national d'assurance-médicaments en mettant l'accent sur les prestations versées à cette fin. Cependant, comme nous offrons non seulement une protection au titre des médicaments, mais aussi pour les soins de santé complémentaires, les soins dentaires, l'assurance-vie et l'invalidité, et compte tenu du mandat que nous confère la loi aux fins de la santé et du mieux-être des Albertains, nous savons très bien que la question des prestations pour médicaments ne peut pas être considérée sans tenir compte des autres aspects.

Tout changement au modèle de financement pour l'assurance-médicaments devrait être envisagé en tenant compte des répercussions possibles sur le niveau de protection offert pour les autres services de santé. Il s'agit notamment du matériel destiné aux diabétiques, des soins psychologiques, des soins en physiothérapie, des initiatives de mieux-être et de tout un éventail d'autres services médicaux s'inscrivant dans une approche holistique de la santé.

En terminant, Alberta Blue Cross tient à féliciter le Comité d'avoir entrepris cette étude sur les avantages que pourrait procurer un programme national d'assurance-médicaments. Après avoir pris connaissance de l'ensemble du dossier, nous comprenons à quel point il s'agit d'une entreprise d'envergure.

Nous vous remercions sincèrement de nous avoir donné l'occasion de vous présenter nos points de vue à ce sujet. Nous nous réjouissons à la perspective de répondre à vos questions et de contribuer concrètement à la solution qui sera mise de l'avant.

Le président: Merci beaucoup de nous avoir fourni toutes ces précisions sans dépasser le temps qui vous était imparti.

Nous passons maintenant au représentant du ministère de la Défense nationale, le capitaine de frégate Sylvain Grenier, officier supérieur d'état-major, Services de pharmacie.

Captf Sylvain Grenier (officier supérieur d'état-major, Services de Pharmacie, ministère de la Défense nationale): Merci. Je vais m'efforcer moi aussi de ne pas prendre trop de temps.

Je veux d'abord et avant tout vous remercier vivement de me donner l'occasion de comparaître devant votre comité.

Comme vous l'avez indiqué, je suis le capitaine de frégate Sylvain Grenier, officier supérieur d'état-major des Services de pharmacie pour les Forces armées canadiennes ou FAC. Je suis également pharmacien militaire à temps plein.

[Français]

Je suis l'actuel président de la section de pharmacie militaire et d'urgence de la Fédération internationale pharmaceutique. Je suis aussi professeur auxiliaire à l'Université d'Ottawa et je travaille un soir par semaine comme pharmacien communautaire à Gatineau. Je dois préciser cependant que ce qui m'amène ici aujourd'hui est ma fonction au sein des Forces armées canadiennes. Je n'ai aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Dans les 10 prochaines minutes, je vais vous donner un bref aperçu du programme de prestations pharmaceutiques des Forces armées canadiennes.

[Traduction]

L'année dernière, les Forces armées canadiennes ont dépensé 26,6 millions de dollars pour les médicaments, 90 % des ordonnances étant exécutées par nos 23 pharmaciens militaires. Ce montant est relativement bas par rapport au montant annuel de 30 milliards de dollars consacré aux médicaments sur ordonnance au Canada.

Avec un total de 71 000 patients admissibles, ce montant équivaut à un coût moyen d'environ 375 \$ par membre des Forces. Les dépenses totales sont demeurées constantes au cours des cinq dernières années.

[Français]

Dans les documents déposés, vous trouverez un graphique comparant le coût moyen des ordonnances remplies dans les pharmacies militaires comparativement à celles remplies dans les pharmacies communautaires du secteur privé.

En moyenne, les Forces armées canadiennes économisent 25 \$ ou 38 % par ordonnance remplie par une pharmacie militaire. Ce chiffre tient compte des coûts d'infrastructure ainsi que des salaires et avantages sociaux de nos militaires, des fonctionnaires et des entrepreneurs qui travaillent dans nos pharmacies militaires. Cela représente des économies de près de 14 millions de dollars par année.

[Traduction]

Les principes sur lesquels repose le Programme de prestations pharmaceutiques des Forces armées canadiennes proviennent de la Gamme de soins des Forces armées canadiennes, qui est sous l'autorité du commandant du Commandement du personnel militaire.

La gamme de soins définit quels soins sont couverts pour les patients des Forces armées canadiennes. Étant donné que les membres des Forces armées canadiennes sont exclus des soins dispensés par les provinces en vertu de la Loi canadienne sur la santé, la gamme des soins inclut plusieurs problèmes de santé autrement couverts par les provinces.

Maintenant, je vais parler brièvement du processus qui détermine quels médicaments se retrouvent sur la liste des médicaments des Forces armées canadiennes et lesquels en sont exclus.

Notre processus est fondé sur des données probantes et repose largement sur les examens effectués par le Programme commun d'évaluation des médicaments de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Une fois qu'un médicament a été examiné par ce programme, le Comité de pharmacologie et de thérapeutique des Forces armées canadiennes examine les recommandations et détermine l'applicabilité du médicament au contexte militaire.

Le Comité de pharmacologie et de thérapeutique est formé de cliniciens, notamment des médecins généralistes et des spécialistes, des pharmaciens, une infirmière praticienne, un aide-médecin et d'autres professionnels de la santé.

Après avoir été évalué, un médicament peut se retrouver dans l'une des trois catégories suivantes. Tout d'abord, il peut être ajouté à notre liste de médicaments à prestation régulière, ce qui signifie qu'aucun critère ou qu'aucune exigence particulière n'encadre son utilisation. Ensuite, il peut être inclus à titre de médicament pouvant être prescrit avec autorisation spéciale, ce qui signifie que le patient doit répondre aux critères établis par le Comité de pharmacologie et de thérapeutique pour y avoir droit. C'est un cas avec lequel les agents de thérapie de deuxième ligne sont familiers. Enfin, le médicament peut être exclu de notre liste — on l'appelle alors médicament non-formulaire —, ce qui signifie qu'il ne peut être dispensé qu'avec l'approbation de notre Centre des exceptions pour médicaments.

Pour les médicaments qui ne sont pas examinés par le Programme commun d'évaluation des médicaments, comme c'est le cas de beaucoup de médicaments en vente libre et de médicaments plus anciens, le Comité de pharmacologie et de thérapeutique effectue sa propre analyse. À l'instar des hôpitaux civils, le Programme de prestations des Forces armées canadiennes couvre également certains médicaments en vente libre qui, habituellement, ne sont pas couverts par d'autres régimes publics. Parmi ces médicaments, on retrouve les produits pour cesser de fumer, les antihistaminiques, les antibiotiques topiques et les analgésiques en vente libre, pour n'en nommer que quelques-uns. Or, bien qu'ils soient classés comme médicaments en vente libre, il faut quand même obtenir une prescription d'un prescripteur autorisé pour se les procurer.

La liste des médicaments des Forces armées canadiennes comprend 1 065 médicaments, lesquels font partie des 13 000 médicaments vendus au Canada; 68 % de ces médicaments sont couverts à titre de prestation régulière.

• (1115)

[Français]

Tel que cela a été mentionné précédemment, les patients des Forces armées canadiennes peuvent faire remplir leurs ordonnances dans les pharmacies militaires ou civiles.

Selon notre politique, les ordonnances doivent toutefois être remplies dans une pharmacie militaire, sauf les ordonnances traitées pour des questions urgentes et en dehors des heures d'ouverture, ou si le patient n'a pas accès à une pharmacie militaire, étant donné que seulement 23 bases en sont dotées.

Notre programme ne nécessite ni franchise, ni prime, ni copaiement, ni frais d'utilisation. Il n'existe pas de limite annuelle pour la couverture des soins médicaux, et cela vaut pour les ordonnances remplies aussi bien dans les pharmacies civiles que dans les pharmacies militaires.

Lorsqu'un patient se présente à la pharmacie afin d'obtenir un médicament faisant partie de la catégorie des prestations régulières ou de celle des prestations avec autorisation spéciale, et que le patient satisfait aux critères établis pour ce médicament, celui-ci peut alors lui être remis.

Si le patient ne satisfait pas aux critères ou si le médicament ne figure pas dans le formulaire, le Centre d'exception des médicaments des Forces canadiennes, situé à Ottawa, doit évaluer la demande. Les pharmaciennes qui y travaillent examineront les demandes au cas par cas et prendront une décision.

Finalement, il y aura toujours une couverture, soit parce que la demande est soutenue, soit parce qu'il existe une solution de rechange acceptable dans notre liste de médicaments. Nous ne laissons jamais nos patients payer leurs médicaments, à moins que le problème de santé ne relève pas de la gamme des soins offerts par les Forces armées canadiennes.

Dans le cadre de notre programme de médicaments, une cellule de revue d'utilisation des médicaments est responsable de produire des rapports à ce sujet. Il s'agit de rapports liés aux coûts et aux statistiques, comme ceux que j'ai présentés un peu plus tôt dans cette présentation, ainsi que de rapports cliniques conçus pour aider l'équipe soignante à prendre des décisions optimales en matière de traitement.

Par exemple, cette cellule produit des rapports relativement à des catégories précises de médicaments et vérifie par la suite que les caractéristiques appropriées en matière d'emploi militaire ont été établies pour les patients qui prennent ces médicaments.

Nous travaillons actuellement sur une série de rapports qui concernent l'utilisation des opioïdes afin de cerner les risques potentiels auxquels nos patients pourraient être exposés.

[Traduction]

Finalement, nous utilisons plusieurs stratégies de réduction des coûts, ce qui s'ajoute à la gestion rigoureuse que nous faisons du formulaire.

La politique sur l'utilisation des médicaments génériques des Forces armées canadiennes stipule qu'il faut préférer les équivalents génériques aux médicaments de marque. Puisque 90 % de nos ordonnances sont exécutées dans nos pharmacies militaires, nous procédons également à l'achat de médicaments. Nous avons donc plusieurs contrats avec des fabricants, contrats qui sont négociés par Services publics et Approvisionnement Canada dans le cadre de marchés fédéraux, provinciaux et territoriaux. Nous envisageons également la possibilité de nous joindre à l'Alliance pancanadienne pharmaceutique.

[Français]

Je vous remercie encore une fois de m'avoir invité aujourd'hui.

J'ai maintenant hâte de répondre à vos questions.

[Traduction]

Le président: Merci aussi à vous d'avoir respecté le temps qui vous était accordé et de nous avoir fourni certains renseignements très intéressants.

Nous allons maintenant passer à notre série de questions à sept minutes, en commençant par M. Oliver.

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

Merci d'avoir pris le temps de venir ici aujourd'hui pour nous faire part de votre témoignage. C'est formidable d'entendre les différentes solutions mises en oeuvre et d'en apprendre plus longuement sur le travail que vous faites dans ce domaine.

Le Comité a entendu parler d'une étude selon laquelle 10 % des Canadiens n'ont pas les moyens ou la possibilité de se procurer des médicaments. Ensuite, une enquête rapporte qu'environ 24 % des Canadiens ne peuvent pas se permettre de faire exécuter leurs ordonnances ou ne sont pas en mesure de le faire. Sachant à quel point les médicaments sont importants lors d'une thérapie, d'une convalescence ou d'un traitement, il est inacceptable qu'un nombre aussi élevé de Canadiens n'aient pas accès à une pharmacie, comme c'est le cas pour le reste de la population. Nous devons trouver une solution.

Dianne, est-ce que le programme pour les personnes ne faisant pas partie d'un groupe pourrait s'avérer utile à cet égard? Est-il conforme à l'idée que vous vous faites des personnes qui ne sont pas assurées et des personnes qui n'ont pas tout à fait les moyens d'acheter des médicaments? Est-ce quelque chose qui pourrait avoir un écho chez vous, en Alberta? L'Alberta a-t-elle trouvé un moyen original de couvrir ce segment de la population?

• (1120)

Mme Dianne Balon: Le programme pour les personnes ne faisant pas partie d'un groupe est un régime d'assurance-médicaments du gouvernement de l'Alberta qui s'adresse à tous les Albertains. Aucun problème de santé ne peut vous empêcher d'y avoir droit. Tout le monde peut présenter une demande et s'y inscrire. L'intention du régime est donc de permettre à n'importe quel Albertain — qu'il souscrive à des primes régulières ou à des primes subventionnées de la province — de se procurer la protection qu'il souhaite. Les gens n'ont qu'à présenter une demande. Je crois que c'est l'intention du gouvernement de l'Alberta, c'est-à-dire d'offrir une protection à tous ceux qui en veulent une.

M. John Oliver: Bien sûr, mais ils doivent la payer. Cela se fait par l'intermédiaire de Blue Cross, alors ils doivent nécessairement payer quelque chose pour se la procurer.

Mme Dianne Balon: C'est exact, mais les primes sont fixées par le gouvernement de l'Alberta. Le gouvernement a un contrôle absolu là-dessus.

M. John Oliver: Ces régimes ont un formulaire établi. Qui décide de ce formulaire?

Mme Dianne Balon: Encore une fois, c'est le gouvernement de l'Alberta qui décide du contenu du formulaire, ce qu'il fait par l'entremise de son comité d'experts. Margaret peut-être vous en dire un peu plus long à ce sujet. Les services de santé de la province ont leur propre formulaire provincial des médicaments, lequel est utilisé pour tous leurs régimes, dont celui pour les personnes ne faisant pas partie d'un groupe, celui des aînés et tous leurs régimes des services sociaux.

Mme Margaret Wurzer (gestionnaire principale, Avantages et mise au point de produits, Alberta Blue Cross): Le formulaire est la liste des médicaments de l'Alberta. Habituellement, lorsqu'un nouveau médicament arrive sur le marché, il est soumis au processus commun d'examen des médicaments. Ensuite, le ministère de la Santé de l'Alberta décide s'il souscrit aux résultats dudit processus. Il arrive qu'un médicament fasse l'objet d'un nouveau processus d'examen, mené cette fois par le comité d'experts sur la santé et le bien-être de l'Alberta. Des recommandations sont ensuite soumises à la ministre de la Santé, qui devra déterminer quels médicaments seront couverts par le régime albertain.

M. John Oliver: Ces choix s'appuient sur des données probantes.

Mme Margaret Wurzer: C'est exact.

M. John Oliver: Si les gens peuvent se le permettre, ils se le procurent. S'ils ne peuvent pas se permettre de payer les primes pour la protection voulue, est-ce que la province leur donne un coup de main?

Mme Margaret Wurzer: Oui, il y a des subventions.

Il y a un taux pour les familles et un taux pour les célibataires. L'État offre des subventions aux personnes dont les revenus sont en deçà d'un certain seuil, ce qui permet de faire baisser les primes.

M. John Oliver: Y a-t-il une partie résiduelle de la population qui n'a pas d'assurance et qui ne peut pas se permettre d'acheter de médicaments, ou croyez-vous que ces subventions arrivent à répondre à tous les besoins?

Mme Dianne Balon: Les services sociaux du gouvernement de l'Alberta offrent également plusieurs programmes. Les gens ont la possibilité de présenter des demandes pour un certain nombre d'entre eux qui sont liés à leur situation financière du moment. Encore une fois, le nombre de personnes qui n'ont pas de protection est très intéressant. Je crois que cela varie aussi en fonction de la situation économique de chacun. L'Alberta offre de multiples options, y compris ce que le régime pour les personnes ne faisant pas partie d'un groupe peut offrir aux personnes qui choisissent d'avoir une protection individuelle.

M. John Oliver: Vous avez parlé des efforts déployés pour faire baisser les prix, ce qui est une partie intégrante du mandat du gouvernement. C'est d'ailleurs inscrit dans la lettre de mandat du ministre. Je sais qu'il y a du travail qui se fait là-bas. Le gouvernement fédéral s'est joint aux provinces et aux territoires sous la bannière de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. Je crois que vous avez dit que vous allez vous y joindre.

En plus du travail qu'ils font là-bas, y a-t-il d'autres stratégies dont vous vous êtes servis avec le ministère de la Défense nationale? Vous avez considérablement réduit les prix. Les stratégies que vous utilisez vont-elles au-delà de ce que fait l'alliance canadienne?

Captf Sylvain Grenier: Je crois qu'il y a deux choses qui fonctionnent bien pour nous et qui nous aident à réduire les prix. D'abord, il y a les marchés que nous avons pour certains médicaments; les prix des médicaments les plus populaires sont négociés directement avec les pharmaceutiques. Ensuite, il y a notre politique sur les médicaments génériques.

Notre liste de médicaments ne contient pas de noms de marque, mais bien celui de molécules. Il y a environ 1 000 molécules qui sont sujettes à approbation. Toute marque qui fabrique cette molécule sera considérée. À l'interne, comme nous avons des marchés, nous pouvons exiger une marque particulière. Lorsque nos patients se rendent dans une pharmacie civile, nous ne pouvons pas exiger du

commerçant qu'il n'achète que d'une seule pharmaceutique, alors nous ne pouvons pas contrôler les prix.

● (1125)

M. John Oliver: En ce qui concerne les formulaires et notre approche en la matière, il ne faut pas oublier que la prestation des services de santé relève des provinces et pas du gouvernement fédéral. Croyez-vous que nous pourrions améliorer les choses s'il y avait un formulaire national pour toutes les provinces, tous les territoires et toutes les associations? Cela nous permettrait d'augmenter considérablement notre pouvoir de négociation, comme cela s'est vu en Nouvelle-Zélande et ailleurs.

Croyez-vous que cela serait difficile à réaliser? Y voyez-vous des avantages? À quel point les médicaments couverts par les différents formulaires provinciaux et territoriaux varient-ils?

Captf Sylvain Grenier: Bien entendu, comme j'appartiens à un organisme fédéral, j'ai un parti pris. Il nous faut parfois composer avec la complexité des protections offertes dans les différentes provinces. Lorsque nous envisageons différents médicaments, la gamme de soins établie par notre comité de pharmacologie et de thérapeutique nous oblige à regarder aussi ce que les autres provinces couvrent, ce qui nous permet d'offrir une certaine équité à nos membres. Certains domaines sont plus délicats que d'autres — pas tous, et je ne peux pas vraiment vous donner de chiffres là-dessus.

Par exemple, devrions-nous couvrir les inducteurs de l'ovulation? Certaines provinces les couvrent et d'autres pas. Avec les maladies plus communes comme l'hypertension ou le diabète, ce n'est pas un problème. Pour les maladies les plus courantes, les bases et les références sont déjà bien établies. Pour ces maladies, il y a le Programme commun d'évaluation des médicaments, qui est suivi par toutes les provinces et tous les ministères.

Je crois qu'il y aurait un énorme avantage à avoir une assurance-médicaments nationale ou un formulaire unique pour tout le pays. À l'heure actuelle, les hôpitaux essaient d'aligner leurs formulaires sur les prestations provinciales. Lorsque vous êtes hospitalisé, l'hôpital vous donne des médicaments, mais lorsque vous obtenez votre congé, il faut que votre protection continue à s'appliquer dans le monde ordinaire.

Si chaque province a sa propre formule, il faut que les hôpitaux en tiennent compte. Un hôpital qui a acheté des médicaments en gros dans le cadre d'un marché pourra peut-être y trouver son profit ou en a peut-être déjà profité. Si nous avions un formulaire national, ce sont tous les hôpitaux du pays qui pourraient en profiter puisqu'ils seraient en mesure de négocier avec un seul fabricant plutôt que de le faire dans un cadre provincial. Un peu comme ce que nous essayons de faire dans l'armée, les intervenants auraient un pouvoir d'achat et pourraient, comme nous, profiter des ententes obtenues par l'entremise de l'Alliance pharmaceutique pancanadienne.

Il y aurait de nombreux autres avantages à instaurer un formulaire national unique. Il y aura peut-être d'autres questions politiques à régler pour en arriver là, mais je crois que le résultat final serait une amélioration.

M. John Oliver: Merci.

Le président: Monsieur Webber.

M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC): Merci, monsieur le président, et merci à vous trois d'être ici aujourd'hui pour nous faire part de vos points de vue.

Je remercie tout particulièrement les gens d'Alberta Blue Cross pour le travail que vous faites. J'ai eu une protection d'Alberta Blue Cross durant presque toute ma vie. Je peux vous assurer que l'expérience que j'ai eue avec cet organisme a été plaisante, alors je crois que vous menez très bien votre barque en Alberta.

Madame Balon, vous avez parlé brièvement du fait que vous vouliez rationaliser votre administration en Alberta. J'aurais aimé me faire une idée plus précise des coûts administratifs associés aux régimes privés et aux régimes parrainés par le gouvernement qu'offre votre organisation. Avez-vous des chiffres à nous donner sur ce qu'il en coûte d'administrer tout cela sur une base annuelle?

Mme Dianne Balon: Je vais parler du point de vue d'un organisme sans but lucratif. Je peux affirmer qu'Alberta Blue Cross est très efficace et très efficient parce que nous offrons des services au nom du gouvernement et que nous devons constamment démontrer à ce dernier que nous lui en donnons pour son argent. Je peux vous confirmer que notre organisme ne fait aucun profit. Nous fonctionnons selon le principe de recouvrement des coûts.

Sur le plan organisationnel et en tant qu'organisme sans but lucratif, toutes les sommes qui pourraient rester de nos activités commerciales collectives doivent être réinvesties afin de maintenir nos primes à un niveau concurrentiel et de soutenir la prestation de notre programme de mieux-être destinés à promouvoir la prévention. Nous croyons que nous devons veiller à alléger le fardeau que sont les maladies et que nous devons réduire les coûts qui y seront associés dans l'avenir. Voilà un aspect dont je n'ai pas beaucoup entendu parler et qui est très important pour nous. Bien entendu, tout financement additionnel sera réaffecté à l'innovation et aux systèmes, à ces nouvelles choses pour lesquelles tout le monde aimerait avoir une application.

J'ai jeté un coup d'oeil aux moyennes publiées par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. au sujet de l'industrie. Je peux vous dire que nos coûts sont beaucoup plus bas que ce que disent ces moyennes. Comme nous sommes un organisme sans but lucratif et que nous n'avons pas d'actionnaires, notre mandat est bien différent de celui des compagnies ordinaires. Tous les surplus doivent être réinvestis, ou le coût des primes doit être diminué autant que faire se peut.

• (1130)

M. Len Webber: Dans ce cas, quels sont vos principaux inducteurs de coûts pour votre programme d'assurance pour les médicaments d'ordonnance?

Mme Margaret Wurzer: En ce qui concerne le prix des médicaments d'ordonnance, je pourrais nommer deux choses. Tout d'abord, il y a les honoraires du pharmacien pour l'exécution des ordonnances proprement dite. Nous parlons donc du coût du médicament, des honoraires du pharmacien et de notre marge de détail.

Il y a aussi un certain nombre d'éléments de gestion que nous offrons aux promoteurs de notre régime afin de garder à un niveau raisonnable le nombre d'activités entourant l'exécution des ordonnances. Par exemple, si vous prenez un médicament pour soigner une maladie chronique et que vos doses sont stables, nous avons des programmes pour vous encourager à opter pour une procédure qui demandera moins d'interventions du pharmacien, comme le fait de vous procurer vos médicaments tous les trois mois plutôt que tous les mois. Voilà certains des inducteurs de coûts en ce qui concerne les honoraires du pharmacien pour l'exécution des ordonnances.

Comme Dianne l'a mentionné, nous avons aussi une entente « pharmaceutique » avec nos pharmacies de l'Alberta, entente qui

prévoit des prix plafonds pour les honoraires et pour les marges de détail qu'elles peuvent facturer. Ces mécanismes nous permettent de contrôler les coûts.

Or, le problème avec les médicaments maintenant offerts, ce sont les médicaments à coût très élevé — les médicaments orphelins, les médicaments spécialisés. Ces produits biologiques sont de plus en plus utilisés pour traiter des maladies chroniques très communes. Des médicaments pour traiter les problèmes de cholestérol qui coûtaient autrefois quelques centaines de dollars par mois ont été remplacés par des médicaments qui vont chercher entre 7 200 et 22 000 \$ par mois par patient.

L'autre aspect qui fait augmenter les coûts, c'est vraiment la pluralité des médicaments disponibles. Comme vous l'avez sûrement entendu dire, pour traiter le diabète, certains médicaments coûtent aux alentours de 18 ¢ par jour alors que d'autres grimpent à 3 \$ par jour. L'Alberta Blue Cross a mis en place des processus semblables à ceux dont on a parlé pour les Forces armées canadiennes, des choses comme la thérapie graduelle et le recours à des autorisations spéciales. Nous nous servons de ces processus pour essayer de gérer les coûts et pour encourager la prescription de thérapies plus efficaces — du moins, c'est ce que nous espérons.

M. Len Webber: C'est formidable. Je vous remercie.

Capitaine Grenier, j'aimerais vous poser une question sur ce que vous avez dit, à savoir que les Forces armées canadiennes ont dépensé 26,6 millions de dollars l'an dernier en médicaments. Vous dites que le coût annuel moyen par membre est d'environ 375 \$, et que ces dépenses sont demeurées constantes au cours des cinq dernières années. Or, nous avons tous entendu dire par les médias et ailleurs que les anciens combattants consommaient de la marijuana à des fins médicales et que c'est un phénomène qui avait pris beaucoup d'ampleur.

J'aimerais que vous nous expliquiez comment il se fait que ces coûts soient restés les mêmes alors que la consommation de marijuana à des fins médicales a tellement augmenté.

Capitf Sylvain Grenier: Dans les Forces armées canadiennes, comme je l'ai mentionné, le formulaire pharmaceutique repose sur des données probantes. Notre régime couvre la plupart des problèmes de santé touchant nos patients. Le cas de la marijuana à des fins médicales est unique. Tout d'abord, ce n'est pas considéré comme un médicament. Si nous examinons les faits... Je ne suis pas un expert en la matière, mais je peux vous dire que j'ai assisté à une foule de conférences. Les études se contredisent chaque fois, d'une conférence à l'autre. Tant qu'on n'aura pas des preuves indubitables de l'utilité de la marijuana à des fins médicales, il sera difficile d'en déterminer la classification.

Notre formulaire comprend le nabilone, qui est un cannabinoïde synthétique. Il existe des preuves dans certains cas, et nous avons des critères d'utilisation. À l'heure actuelle, si un patient a besoin de ce médicament, il peut se le faire prescrire sans problème.

Dans le cas de la marijuana à des fins médicales, en raison de la décision rendue par la Cour suprême il y a quelques années, notre politique permet évidemment aux militaires d'en consommer s'ils en ont besoin et si c'est recommandé par leur médecin. Ils doivent ensuite se faire évaluer, comme c'est le cas pour tout autre médicament, afin de déterminer s'il faut leur imposer des contraintes à l'emploi pour raisons médicales. Bien entendu, si vous avez un patient qui consomme de la marijuana à des fins médicales, cela pourrait influencer sur sa capacité de piloter un avion, d'utiliser des armes et tout le reste. Il faut prendre ces choses en considération.

Nous n'avons pas de règles précises sur la marijuana à des fins médicales comparativement à ce qui est applicable aux autres médicaments ou problèmes de santé.

• (1135)

M. Len Webber: C'est intéressant.

Le président: Le temps est écoulé.

Allez-y, monsieur Davies.

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

Je remercie les témoins d'être des nôtres aujourd'hui.

J'ai quelques questions à poser au sujet de l'Alberta Blue Cross. Je suis né à Edmonton, et j'ai bénéficié, moi aussi, du régime albertain pendant plusieurs décennies. Merci d'être là et merci de votre travail.

J'aimerais d'abord parler des copaiements. Selon le Dr Braden Manns, un chercheur de la Cumming School of Medicine à l'Université de Calgary, jusqu'à 30 % des aînés à faible revenu en Alberta affirment régulièrement ne pas prendre de médicaments prescrits à titre préventif pour des troubles de santé comme l'hypertension artérielle ou le diabète à cause d'obstacles financiers. Je sais qu'en Alberta, Blue Cross paie 70 % des coûts des médicaments pour les aînés, mais de l'avis du Dr Manns, la quote-part de 30 % pourrait avoir une incidence. Il affirme que, dans bien des cas, les gens prennent entre 6 et 10 médicaments. D'après ce que nous croyons comprendre, le coût annuel moyen qu'une personne doit payer de sa poche s'élève à environ 300 \$.

Selon vous, quelle est l'incidence des quotes-parts sur le nombre de personnes qui ne font pas remplir leurs ordonnances en raison des coûts? Auriez-vous des conseils à donner au Comité, si nous devons établir un système universel, sur le rôle que les copaiements devraient ou ne devraient pas jouer dans le système?

Mme Dianne Balon: Tout d'abord, le Dr Manns mène actuellement un projet de recherche avec le gouvernement de l'Alberta dans ce dossier particulier. Il s'agit de recueillir des éléments de preuve, s'il y a lieu, auprès d'un groupe échantillon d'aînés à qui l'on n'impose pas de copaiements. Le projet est en cours.

Je vais céder la parole à Margaret dans un instant, mais je crois que la question des copaiements se pose depuis assez longtemps. Dans le cas des régimes collectifs, les copaiements ont certes une incidence, et la décision relève du promoteur du régime. Je travaille pour Blue Cross depuis 29 ans et je sais qu'au fil des ans, même le gouvernement devrait faire des choix, car à l'heure actuelle, il s'agit de 30 %, jusqu'à un maximum de 25 \$ par ordonnance. Dans le volet gouvernemental, plus précisément le programme pour les aînés et le programme pour les personnes ne faisant pas partie d'un groupe, personne ne paie plus de 25 \$ par ordonnance, peu importe le coût. La quote-part de 30 % est également assortie d'un plafond.

Mme Margaret Wurzer: Permettez-moi d'ajouter une observation au sujet du régime gouvernemental et de la structure de la couverture offerte aux aînés. Pour en revenir à la façon dont les copaiements sont structurés — c'est-à-dire une quote-part de 30 %, jusqu'à concurrence de 25 \$ —, j'ai expliqué tout à l'heure qu'on essaie d'encourager un approvisionnement soutenu en médicaments dans le cas de maladies chroniques. En effet, si on examine la structure des copaiements, elle encourage vraiment les aînés à se procurer une plus grande réserve de médicaments — par exemple, pour trois mois plutôt que pour un mois —, parce que leur copaiement est plafonné à 25 \$ par ordonnance. C'est un facteur dont il faut tenir compte. En ce qui concerne les régimes privés, d'après

nos entretiens, dans bien des cas, ils n'imposent pas de plafond à leur structure de copaiement. Donc, je crois qu'en réalité, l'application d'un plafond encourage les aînés à acheter moins souvent les médicaments qui leur ont été prescrits pour des maladies chroniques.

Certes, il existe des régimes privés qui offrent une couverture de 100 %, sans aucun copaiement. Toutefois, il y a aussi des régimes qui exigent des copaiements assez élevés. Je dirais que, relativement à la question du respect du calendrier posologique, le facteur financier entre en ligne de compte, mais il y a un certain nombre d'autres facteurs. Même dans le cas des régimes qui couvrent 100 % des coûts de médicaments pour des problèmes de santé comme l'hypertension artérielle ou le diabète — lorsque le patient ne ressent peut-être pas les effets de la maladie —, on voit quand même des gens qui ne renouvellent pas leurs ordonnances. Il arrive parfois que ces médicaments produisent de graves effets secondaires, si bien que les patients ne ressentent pas les effets de la maladie.

M. Don Davies: Très bien. Merci.

Je voudrais passer maintenant à la question des listes de médicaments. Comme vous l'avez dit, Alberta Blue Cross offre des régimes de soins de santé complémentaires aux particuliers et aux entreprises, en plus de gérer trois programmes d'assurance-médicaments d'ordonnance offerts par le gouvernement, à savoir le programme d'assurance-médicaments pour les personnes ne faisant pas partie d'un groupe, le programme pour les aînés et le programme de prestation de soins palliatifs. Je me demande si vous pourriez nous dire comment les listes de médicaments couverts par les régimes privés de Blue Cross se comparent à celles des régimes parrainés par le gouvernement sur le plan de leur étendue.

Mme Margaret Wurzer: Bien sûr.

Si on regarde le nombre de médicaments couverts par le régime du gouvernement de l'Alberta — ce que nous appelons les numéros d'identification de médicaments —, il y en a environ 5 000. En revanche, si on examine un de nos régimes privés types — ce que nous appelons une liste gérée de médicaments —, on y trouve, grosso modo, 8 500 numéros d'identification de médicaments. Donc, du point de vue quantitatif, les régimes privés offrent certainement une plus grande couverture.

• (1140)

M. Don Davies: Comment gérez-vous les médicaments de marque par rapport aux médicaments génériques inscrits sur la liste?

Mme Margaret Wurzer: Les promoteurs de régimes sont libres de choisir la couverture qu'ils veulent pour les médicaments de marque et les médicaments génériques. J'ajouterais que la vaste majorité des promoteurs de nos régimes — dont le gouvernement, il va sans dire — ont adopté une politique pour faire appliquer les prix des médicaments génériques. Je dirais que probablement entre 80 et 90 % de nos régimes privés suivent ce modèle.

M. Don Davies: Merci.

Capitaine Grenier, je vais vous poser la même question. Comment votre régime gère-t-il les médicaments de marque par rapport aux médicaments génériques inscrits sur la liste?

Capit Sylvain Grenier: Lorsqu'une ordonnance est exécutée dans les pharmacies militaires, nous choisissons toujours le médicament le moins coûteux. Si un médicament est prévu dans le contrat, que ce soit un médicament de marque ou un médicament générique — parce que nous réussissons parfois à obtenir des médicaments de marque qui coûtent moins cher que des médicaments génériques —, nos pharmacies sont toujours mises au courant. Nous les informons, à l'interne, de la marque à acheter. Si nous n'avons pas de contrat, le pharmacien militaire local passera en revue ce qui est disponible chez le fournisseur et il optera pour le médicament le moins coûteux sur la liste.

Dans le cas des pharmacies civiles, comme nous ne pouvons pas vraiment gérer leur inventaire, nous devons essentiellement nous en remettre à ce qui est disponible. Si elles offrent un médicament de marque plutôt qu'un médicament générique, le paiement sera quand même effectué.

D'après ce que nous avons observé, notre programme étant très modeste dans l'ensemble du pays, dès que nous mettons en oeuvre de nouvelles règles plus restrictives, le patient doit assumer lui-même les coûts parce que la pharmacie ne veut pas prendre les mesures nécessaires pour se faire payer. Le patient doit ensuite présenter une demande de remboursement, mais cela ne fait qu'ajouter une étape de plus à franchir, car on ne se fait pas rembourser immédiatement.

Le président: Monsieur Ayoub.

[Français]

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

Je vous remercie, mesdames et messieurs, d'être ici parmi nous aujourd'hui.

Je poserai peut-être une question simple pour avoir un aperçu rapide quant au processus relatif au remboursement des médicaments qui figurent sur la fameuse liste qui est acceptée par les assurances et par les Forces armées.

Du côté de l'Alberta, la version finale de cette liste est approuvée par le ministre de la Santé de l'Alberta, sur recommandation, évidemment, des spécialistes. Toutefois, le dernier mot à cet égard revient au ministre.

Comment voyez-vous l'acceptabilité de cette liste et l'évolution de celle-ci au cours des années par rapport aux médicaments? En Alberta, on voit qu'il y a quand même des programmes spécifiques touchant des médicaments onéreux et des maladies particulières. C'est un peu différent de ce que l'on a vu ailleurs et de ce que je connais au Québec.

Comment voyez-vous l'évolution de cette liste? Nous pouvons peut-être commencer par entendre Mme Balon à ce sujet.

[Traduction]

Mme Dianne Balon: Comme c'est le gouvernement de l'Alberta qui décide de ce qui est couvert, il serait malséant de ma part d'en parler, mais je me contenterais de dire que la couverture a certes évolué au fil des ans, depuis le temps que je travaille dans le domaine. Le gouvernement a ajouté différentes variations, différents produits, différents programmes.

Il ne fait aucun doute que les programmes provinciaux, surtout ceux dont vous avez parlé, ont pris de l'ampleur au cours des dernières années. Les programmes de services sociaux y sont couverts. Je n'ai pas la liste sous les yeux, mais le régime provincial comprend d'importants programmes. Je vais laisser Margaret vous

parler un peu du comité d'experts et de son mandat, mais je crois certainement qu'il est très important de dire que la situation a évolué.

Je tiens à insister là-dessus. Dans la province, les gens ont parfois une conception erronée parce que nous administrons les programmes. En effet, nous nous occupons de l'administration des programmes pour le compte du gouvernement, lequel utilise son formulaire, mais nous avons également, parmi nos 5 700 régimes collectifs, sans doute des milliers de variations de formulaires. Tous les Albertains n'utilisent pas exactement le même formulaire. Le gouvernement provincial offre ce qu'on pourrait appeler une couverture de base, comme Margaret l'a dit, ce qui comprend les 5 000 médicaments, à l'exception de quelques programmes spécialisés. En dehors de cela, les régimes privés ont leurs propres formulaires.

Mme Margaret Wurzer: Je reviens à la question sur le processus du ministère de la Santé de l'Alberta. De toute évidence, le gouvernement utilise les recommandations du Programme commun d'évaluation des médicaments, et il y a des spécialistes locaux qui siègent au comité d'experts de l'Alberta. Il s'agit de médecins, de pharmaciens, etc., qui travaillent en Alberta.

Selon moi, l'existence d'un tel comité supplémentaire aide vraiment à comprendre le contexte de l'Alberta, ce qui permet parfois de formuler, à l'intention de la ministre, des recommandations plus adaptées aux besoins de la province.

• (1145)

[Français]

M. Ramez Ayoub: Je vais vous interrompre afin d'engager la discussion.

En ce qui concerne l'étude pancanadienne menée par le Comité au sujet du programme national d'assurance-médicaments, on se rend compte évidemment qu'il existe des particularités. Certaines provinces approuvent certains médicaments et les listes ne sont pas toujours similaires. Elles ne sont pas comparables entre les provinces.

Ma question est d'ordre général. J'aimerais connaître votre évaluation des médicaments qui sont acceptés en Alberta. Je ne veux pas vous mettre sur la sellette au sujet de l'acceptation de médicaments par le gouvernement, mais il nous faut quand même avoir une vision générale à cet égard. Nous sommes ici pour observer la situation au Canada au complet, et c'est la raison pour laquelle je pose cette question.

Pouvez-vous me répondre en 30 secondes, parce que j'aimerais aussi poser une question à M. Grenier.

[Traduction]

Mme Dianne Balon: Absolument; je dirais que, d'après nos observations générales, la population est satisfaite du formulaire des régimes gouvernementaux. D'ailleurs, certains groupes privés souhaitent le reproduire parce qu'ils le trouvent efficace.

[Français]

M. Ramez Ayoub: D'accord.

Monsieur Grenier, de votre côté, la liste est établie par le Comité de pharmacologie et de thérapeutique des Forces canadiennes, soit le CPTFC, et est donc encore plus restreinte. Ce sont les Forces armées elles-mêmes qui élaborent cette liste.

Pouvez-vous m'en parler davantage? Qui prend les décisions à cet égard?

Nous parlions de science fondée sur les preuves. Comment se présente la situation de votre petit groupe comparativement à celle du reste du Canada?

Capit Sylvain Grenier: Pour l'évaluation des médicaments, nous utilisons les services de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, le ACMTS, En anglais, l'acronyme est CADTH. L'Agence se sert d'un programme intitulé *Common Drug Review*, que nous adoptons aussi. Dès que le programme formule une recommandation au sujet d'un médicament, celle-ci est envoyée au CPTFC. À ce moment-là, nous déterminons si des restrictions supplémentaires doivent être imposées pour ce qui est des médicaments recommandés dans le milieu militaire.

Nous ne tenons pas de statistiques à ce sujet. Je peux cependant vous dire, en vertu de l'expérience que j'ai, qu'environ 95 % des recommandations sont suivies dans notre cas. Un aspect que nous pourrions considérer, par exemple, est le fait qu'un médicament soit moins cher qu'un autre, mais qu'il puisse nécessiter d'être réfrigéré ce qui ne serait pas le cas pour un autre produit. Cela aurait un impact sur nos activités parce qu'on ne peut pas nécessairement assurer la réfrigération en toutes circonstances. En ce qui nous concerne, ce sont donc des éléments de ce genre que nous considérons.

M. Ramez Ayoub: Merci.

Le tableau que vous nous présentez révèle des économies intéressantes en ce qui touche le coût comparatif des ordonnances mais, évidemment, vos dépenses sont peut-être davantage surveillées.

Les Forces armées ont-elles déjà été sollicitées en vue de faire connaître cette formule, qui semble être plus efficace en matière de coûts pour les ordonnances? Vous a-t-on déjà demandé de partager cette information avec d'autres paliers du gouvernement ou d'autres instances?

Capit Sylvain Grenier: Non. Elle été communiquée uniquement au sein des Forces canadiennes.

Dans le cadre de compressions budgétaires, l'information s'est avérée un outil très utile pour démontrer qu'en offrant nous-mêmes le service, nous avons plus de contrôle et nous économisons beaucoup plus d'argent. Cependant, jusqu'à présent, ces chiffres n'avaient jamais été présentés publiquement.

M. Ramez Ayoub: Cela serait peut-être une idée à considérer éventuellement.

Capit Sylvain Grenier: En effet.

M. Ramez Ayoub: Je vous remercie.

[Traduction]

Le président: Merci.

Nous passons maintenant au deuxième tour de questions, en commençant par Mme Harder.

Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC): Merci.

Je vais d'abord m'adresser aux témoins de Blue Cross.

Je me demande si vous pouvez nous parler un peu de vos coûts administratifs en ce qui concerne vos régimes privés et vos régimes gouvernementaux. Constatez-vous une différence entre les deux sur le plan des coûts administratifs?

Mme Dianne Balon: C'est une question assez générale. Chose certaine, du côté des régimes gouvernementaux, la façon dont nous organisons... Je devrais peut-être commencer par dire que j'entends souvent des gens se demander si une baisse des recettes a une incidence sur les coûts administratifs. Notre rôle est d'aider le

gouvernement à réduire les recettes, mais cela n'a rien à voir avec la façon dont nous sommes payés par le gouvernement sur le plan administratif. Notre coût administratif total associé aux programmes gouvernementaux relève du domaine public. Il est publié en vertu de notre engagement avec le gouvernement.

• (1150)

Mme Rachael Harder: À titre de comparaison seulement avec le volet des régimes privés, lequel des deux types de régimes est moins onéreux?

Mme Dianne Balon: Je ne saurais vous dire lequel est moins onéreux, parce qu'il ne s'agit pas seulement d'un programme de médicaments. Cela dépend de la question de savoir si les régimes privés comprennent des programmes plus avantageux. Je ne ferais jamais de comparaison. Je m'en tiens à ce que nous faisons. De plus, les services que nous offrons au gouvernement de l'Alberta sont bien différents de ceux que nous fournissons...

Mme Rachael Harder: Vous ignorez donc lequel coûte plus cher sur le plan administratif?

Mme Dianne Balon: Les deux sont extrêmement efficaces, et je...

Mme Rachael Harder: Ce n'est pas ce que je cherche à savoir. Je veux simplement connaître les coûts. L'un des régimes est-il plus onéreux que l'autre, ou les deux coûtent-ils la même chose?

Mme Dianne Balon: Je dirais que nos régimes privés sont sujets à une plus grande variabilité que le régime gouvernemental.

Mme Rachael Harder: D'accord.

Vous avez parlé un peu des formulaires et de la façon dont ils sont établis. On commence par utiliser des médicaments génériques, mais si cela s'avère inefficace pour un patient, qu'advient-il alors?

Mme Margaret Wurzer: Je peux répondre à la question.

Cela nous ramène aux promoteurs de régimes. Ils peuvent décider de la manière de traiter ces exceptions. Dans le cas du gouvernement, il y a une politique de prix pour les médicaments génériques. Si la consommation d'un médicament générique produit des effets indésirables, le patient a le droit de recourir à un processus d'autorisation spéciale. Son médecin envoie alors une demande de couverture et, si on détermine que le besoin est légitime, la personne obtiendra l'autorisation.

Dans le secteur privé, là encore, les promoteurs de régimes ont adopté la même politique. On peut utiliser divers mécanismes. Par exemple, certains promoteurs de régimes permettent aux pharmaciens d'outrepasser l'ordonnance du médecin; donc, si le patient se rend à la pharmacie et qu'il présente une ordonnance sur laquelle il est indiqué « pas de substitution », le pharmacien peut entrer un code à l'étape de la réclamation, de sorte que le médicament de marque soit payé. Il y a également un processus d'autorisation spéciale, si on choisit cette option.

Mme Rachael Harder: Si on a recours au processus d'autorisation spéciale, le médicament est-il entièrement couvert ou seulement au même montant qu'un médicament générique?

Mme Margaret Wurzer: Oui, nous le payons jusqu'à concurrence du prix du médicament générique. Ensuite, le participant au régime ne paie que l'écart entre le prix du médicament de marque et celui du médicament générique.

Mme Rachael Harder: Je comprends, merci.

À votre tour, capitaine. Comment cela fonctionne-t-il dans votre...?

Capitf Sylvain Grenier: Si le médicament générique ne donne pas de bons résultats et que le médicament de marque fonctionne mieux pour le patient, comme il s'agit de la même molécule, le pharmacien de la base a le pouvoir de les substituer. La politique veut qu'on commence par le médicament générique, mais si un patient n'obtient pas les résultats escomptés, il pourra recourir au médicament de marque.

Par contre, s'il s'agit d'une modification de la molécule elle-même... Disons qu'un patient ne réagit pas bien à un médicament contre la tension artérielle et qu'il a besoin d'un traitement de deuxième intention. Si le médicament de deuxième intention n'est pas inclus dans notre liste, il faudra alors faire intervenir le Centre des exceptions pour médicaments. Le Centre examinera le dossier du patient en question — c'est au cas par cas —, et si la personne a épuisé toutes les autres options, le Centre pourra approuver le médicament.

J'ajouterais brièvement qu'il est avantageux d'avoir un solide processus de demande d'exception, car lorsque vient le temps d'accéder à un médicament... Nous évaluons les médicaments, et il faut du temps avant qu'un médicament soit inclus dans notre liste. Toutefois, dès qu'un médicament est disponible sur le marché, si un patient obtient une ordonnance parce qu'il en a clairement besoin, il pourra y avoir accès dès le premier jour, grâce à notre processus de demande d'exception.

Mme Rachael Harder: Merci.

Ma dernière question s'adresse à la Croix Bleue. À l'heure actuelle, les programmes privés de couverture des médicaments sont incapables de rejoindre l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. Selon vous, leur serait-il utile d'arriver à le faire? Cela réglerait-il le problème? Cela permettrait-il de réduire le coût de nos médicaments?

Mme Dianne Balon: Absolument.

Comme je l'ai mentionné dans mes remarques liminaires, si l'Alliance pancanadienne pharmaceutique pouvait couvrir tous les médicaments au nom de l'ensemble des Canadiens, je pense que cela ferait une différence, c'est clair. Je sais qu'il existe aussi des mécanismes que le secteur privé a tenté de mettre en place en coulisses. Je crois comprendre que certains travaux de l'Alliance avancent et je sais aussi que cela semble très difficile. Je crois qu'elle a été en mesure de réduire les prix de 129 médicaments, ou quelque chose du genre, en six ans.

Il est clair que ce serait extraordinairement utile, mais en général... les 8 000 médicaments dans le panier dont nous parlons seraient importants pour déterminer un coût de base pour tous les Canadiens.

• (1155)

Mme Rachael Harder: D'accord, merci.

Le président: Monsieur Eyolfson.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): Merci à tous d'être venus.

Capitaine Grenier, si on a déjà abordé la question, je m'excuse de l'avoir manquée, mais je crois comprendre que le 19 janvier, les programmes fédéraux de médicaments comme celui des Forces et plusieurs autres ont rejoint l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. Pouvez-vous nous donner une estimation des économies de coûts que le programme de médicaments du ministère de la Défense nationale a réalisées depuis son adhésion à l'Alliance?

Capitf Sylvain Grenier: Nous n'avons toujours pas adhéré à l'Alliance.

M. Doug Eyolfson: Non?

Capitf Sylvain Grenier: Non, les Forces armées canadiennes n'y ont pas adhéré. Il y a environ un an, Santé Canada nous a demandé de l'évaluer. L'ennui, dans notre cas, c'est que nous avons déjà passé une série de marchés étant donné que 90 % de nos médicaments sont achetés.

Comme vous le savez, le processus de l'Alliance est très secret, si bien qu'il nous a été très difficile d'obtenir les renseignements nécessaires pour nous assurer que notre adhésion n'entrerait pas en conflit avec les contrats que nous avons déjà signés avec d'autres entreprises.

Nous avons évalué la situation, et comme l'Alliance nous donne toujours l'option de nous retirer de l'entente concernant la liste des produits, nous sommes persuadés que cela sera avantageux dans le cas de certains médicaments pour lesquels nous n'avons pas passé de marché. Nous examinons actuellement le processus et y participons, alors ce n'est qu'une question de mois avant que nous y arrivions.

M. Doug Eyolfson: D'accord. Quelqu'un s'est-il penché sur les économies potentielles une fois que cela se produira ou manquons-nous toujours d'informations?

Capitf Sylvain Grenier: C'est une estimation très approximative, car il nous est impossible d'obtenir les valeurs réelles, mais dans notre cas — car, encore une fois, nous achetons 90 % de nos médicaments — il est clair que les économies de coûts ne seraient pas aussi marquées que celles de Santé Canada et d'Anciens Combattants Canada étant donné qu'ils dépendent beaucoup plus que nous des rabais qui découlent des négociations avec l'Alliance. Comme nous sommes responsables de notre propre approvisionnement, nous passons bien plus de marchés qu'eux.

M. Doug Eyolfson: D'accord, merci.

Madame Balon et madame Wurzer, en ce qui concerne la Croix Bleue et les régimes privés par rapport aux régimes publics, seriez-vous en mesure de nous donner une idée des répercussions sur l'industrie de l'assurance privée d'un éventuel régime d'assurance-médicaments national, public et universel?

Mme Dianne Balon: Dans quel contexte?

M. Doug Eyolfson: Le contexte financier. Quelles seraient les conséquences pour cette industrie au plan financier?

Mme Dianne Balon: Certainement. Je pense que la question des répercussions sur les entreprises est un exercice stratégique continu, c'est clair, car il faut déterminer le type de modèle ou de scénario dont il s'agira. Je vais vous donner des exemples.

Si on partait du principe qu'on se fondait sur un panier de médicaments exigés par les assureurs et les gouvernements partout au Canada et que les employeurs pouvaient toujours bénéficier d'une couverture globale à cet égard, cela aurait des répercussions sur les assureurs.

Évidemment, les répercussions seraient différentes si on partait du principe qu'il fallait qu'il y ait un payeur national. Il y aurait donc des répercussions majeures sur les assureurs. Je dirais que, à titre d'organisme sans but lucratif doté de capacités, la Croix Bleue le prendrait aussi comme une occasion. Encore une fois, cela dépend des scénarios et de l'orientation qu'on choisit de suivre.

M. Doug Eyolfson: D'accord, merci.

S'il existait un système national, y envisageriez-vous un rôle pour les industries de l'assurance au privé? Est-ce possible? Serait-ce une façon efficace de procéder?

Mme Dianne Balon: Absolument. Comme l'a indiqué l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, nombre d'infrastructures sont déjà en place d'un océan à l'autre. Nous sommes des professionnels en la matière et nous sommes très efficaces. Il est clair que je peux le dire de notre point de vue. Oui, il y aurait une possibilité, et il ne serait pas nécessaire de reconstruire et de reproduire les systèmes qui fonctionnent déjà au Canada.

M. Doug Eyolfson: C'est tout ce que j'ai. Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Paul-Hus, la parole est à vous.

[Français]

M. Pierre Paul-Hus (Charlesbourg—Haute-Saint-Charles, PCC): Merci, monsieur le président.

Capitaine Grenier, vous avez donné des explications sur le prix de revient des médicaments pour les Forces canadiennes. Le prix de revient des médicaments des pharmacies militaires est plus bas que celui des pharmacies civiles étant donné que les frais d'exploitation de ces dernières sont plus élevés. Il est possible de faire des économies parce que les pharmacies militaires se trouvent sur des bases militaires. Je comprends bien cela.

Vous avez dit que 71 000 militaires sont couverts. Les membres de la Force régulière et les réservistes de classe B et C sont couverts par le système, mais les réservistes à temps partiel de classe A ne sont pas couverts par le même système. Si on fait abstraction des réservistes, combien de militaires permanents sont couverts?

• (1200)

Capitf Sylvain Grenier: Présentement, environ 66 000 personnes de la Force régulière sont couvertes par notre régime.

M. Pierre Paul-Hus: Ce nombre comprend-il les réservistes de classe B et C?

Capitf Sylvain Grenier: Si on inclut ces réservistes, le chiffre est de 71 000 personnes. Ce sont tous ceux qui sont couverts.

M. Pierre Paul-Hus: D'accord. C'est le nombre total de personnes qui sont actuellement couvertes.

Capitf Sylvain Grenier: C'est exact.

M. Pierre Paul-Hus: Est-ce que les familles des militaires sont aussi couvertes?

Capitf Sylvain Grenier: Non, mais il y a une seule exception à cela. En Allemagne, nous avons une base militaire et nous fournissons des médicaments aux personnes à charge des militaires, mais ces dernières doivent les payer parce que ces frais ne sont pas couverts. C'est le seul cas où nous fournissons des médicaments aux personnes à charge.

M. Pierre Paul-Hus: Si on inclut les membres des familles des militaires, le nombre de 71 000 est multiplié par deux ou trois. Ces gens n'ont pas de couverture. Lorsqu'un militaire vit à Québec, à Valcartier ou ailleurs, ses personnes à charge ne sont couvertes par aucun système et elles doivent avoir une assurance de la Croix Bleue ou d'une autre compagnie.

Capitf Sylvain Grenier: Non, parce que les militaires ont accès au Régime de soins de santé de la fonction publique. C'est le même régime auquel les fonctionnaires ont accès. Donc, les membres des familles des militaires sont couverts en tant que personnes à charge par ce régime, qui est privé.

M. Pierre Paul-Hus: D'accord.

Ces gens font-ils leurs achats dans les pharmacies militaires?

Capitf Sylvain Grenier: Non. Ils les font dans les pharmacies civiles.

M. Pierre Paul-Hus: Ils ne peuvent pas acheter leurs médicaments dans des pharmacies militaires?

Capitf Sylvain Grenier: Non. À cet égard, comme je l'ai expliqué plus tôt, l'Allemagne est la seule exception. C'est une question d'approvisionnement. En Allemagne, les produits ne sont pas les mêmes que ceux que nous avons.

M. Pierre Paul-Hus: D'accord.

On constate que le coût de revient des médicaments est assez bas dans les Forces canadiennes. Toutefois, comme on le sait, il s'agit de gens qui sont généralement en bonne santé.

Est-ce que les Forces canadiennes fournissent plutôt des médicaments pour soigner des allergies ou d'autres problèmes du genre?

Capitf Sylvain Grenier: C'est clairement le cas. Le coût par militaire est beaucoup plus bas que la moyenne nationale. On parle en effet de 800 \$ comme moyenne nationale comparativement à 375 \$ pour les militaires. Comme vous le dites, notre population est généralement plus en santé. Elle est aussi plus jeune. Il ne s'agit donc pas de grands utilisateurs de médicaments.

Les médicaments biologiques créent toutefois présentement de la pression sur notre régime de médicaments. Même s'il s'agit d'une population en santé, un bon nombre de problèmes de santé sont maintenant traités au moyen de médicaments biologiques extrêmement coûteux. Or ces individus peuvent être tout à fait fonctionnels en tant que militaires. La part de notre budget qui est présentement allouée à ces médicaments se chiffre à 15 %.

Les autres médicaments qui sont extrêmement coûteux et dont ma collègue parlait plus tôt sont destinés à traiter des maladies rares. Comme ces dernières sont moins fréquentes dans les Forces canadiennes, cela nous touche un peu moins.

M. Pierre Paul-Hus: On parle ici de militaires actifs, mais lorsqu'ils deviennent malades, ils sont libérés des Forces canadiennes et sont alors couverts par Anciens Combattants Canada.

Êtes-vous tenus de soutenir les anciens combattants, pour ce qui est des médicaments, où est-ce totalement hors de votre responsabilité?

Capitf Sylvain Grenier: Selon la politique que nous appliquons présentement, nous octroyons à un militaire qui quitte l'armée jusqu'à trois mois supplémentaires de couverture pour lui permettre de faire la transition vers les pharmacies civiles, de se trouver un médecin et ainsi de suite.

Dans ma section, nous nous occupons également de la transition des militaires. Nous imprimons le profil complet des médicaments de tous les militaires qui sont transférés à Anciens Combattants Canada et faisons parvenir à ce ministère le profil en question. Les gens d'Anciens Combattants Canada nous indiquent alors, pour ce qui est de ces personnes qui seront désormais des vétérans, ce qui sera couvert et ce qui ne le sera pas.

Nous transmettons l'information aux patients, de façon à ce qu'ils puissent déterminer s'ils seront suffisamment couverts lorsqu'ils quitteront l'armée. Dans notre cas, il s'agit d'une couverture complète, mais elle ne l'est pas nécessairement pour les vétérans. Dans leur cas, les problèmes de santé reliés au service sont couverts. Il y en a d'autres aspects qui sont également couverts, mais je ne les connais pas exactement.

M. Pierre Paul-Hus: Y a-t-il un financement fédéral spécifique pour payer les médicaments des vétérans ou s'agit-il d'un système privé qui est associé à la fonction publique?

Captf Sylvain Grenier: Il y a un régime de médicaments pour les vétérans. Comme pour les Forces canadiennes, c'est la Croix Bleue Medavie qui gère cet aspect. Par contre, comme nous le faisons également pour la couverture, ce sont les vétérans qui prennent les décisions en ce qui a trait à la couverture.

M. Pierre Paul-Hus: Je vous remercie.

[Traduction]

Le président: C'est tout le temps que vous aviez.

Nous allons entendre Mme Sidhu, s'il vous plaît.

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

Merci à tous les témoins.

J'aimerais soulever une question qui me tient à coeur, tant à titre de coprésidente du Caucus multipartite sur le diabète qu'à celui d'ancienne éducatrice sur le diabète. J'ai entendu dire que les personnes qui servent activement dans les forces armées peuvent être libérées du service actif si elles se retrouvent avec le diabète de type 2. Est-ce exact?

• (1205)

Captf Sylvain Grenier: Cela dépend de la situation. Ce qui déterminera si le patient peut ou non rester dans les forces armées est sa capacité de répondre à l'exigence relative à l'universalité du service. Dans le cas du diabète, ce n'est pas la condition qui pose nécessairement problème, mais bien les médicaments que les diabétiques doivent prendre pour rester en santé. Si le patient peut fonctionner avec des médicaments pris par voie orale, il n'y a normalement aucun problème à moins que le patient ait d'autres conditions, mais il pourra rester dans les forces armées.

Si un patient se trouve au stade où il doit prendre de l'insuline, car les complications qu'entraîne le défaut de prendre de l'insuline peuvent être dramatiques pour un patient... Dans notre opération militaire, nous pourrions nous trouver dans une situation où le patient ne peut pas recevoir son médicament pendant des jours, ce qui pourrait faire en sorte qu'il ne puisse pas rester dans les forces. Cette règle ne s'applique pas qu'au diabète, mais bien à n'importe quelle maladie.

Dans un cas où un patient souffre d'un problème médical, les médecins examineront d'abord son état et ensuite ses médicaments. Sur cette base, ils seront en mesure de déterminer si le patient pourrait toujours répondre à l'exigence relative à l'universalité du service. Nous n'avons pas de règle tranchée. Tous les cas sont examinés individuellement.

Mme Sonia Sidhu: Il existe d'autres programmes militaires à l'étranger, comme un que gère le Center for Disease Control des États-Unis, pour aider ceux qui travaillent à prévenir le diabète. Ils parlent aux pré-diabétiques ou aux personnes à risque élevé pour qu'ils améliorent leur style de vie puisque le risque élevé peut y être attribuable.

Avons-nous ce type de programme de prévention du diabète?

Captf Sylvain Grenier: Nous avons des programmes de promotion de la santé au sein des forces, par exemple, des programmes d'abandon du tabagisme et de perte de poids, pour n'en nommer que quelques-uns. Nous offrons de multiples programmes de protection de la santé — nombre de programmes que je ne connais même pas, mais je sais qu'ils existent.

Mme Sonia Sidhu: Le ministère de la Défense nationale peut-il confirmer que sa liste de médicaments offre autant de choix aux patients que le font d'autres régimes provinciaux et territoriaux? Pouvez-vous nous dire comment vous avez consulté des groupes de patients au sein des forces pour vous assurer qu'ils avaient suffisamment de choix et pour tenir compte des problèmes relatifs aux maladies rares?

Captf Sylvain Grenier: Dans le cas de la couverture des médicaments, comme je l'ai dit, nous finissons toujours par offrir une couverture complète à nos membres. Si un médicament ne figure pas sur notre liste et que nos patients ont un besoin, le processus d'exception fera en sorte qu'on ait toujours une solution à leur offrir.

Pour ce qui concerne la façon dont nos programmes se mesurent à ceux des provinces, après notre évaluation au titre du Programme commun d'évaluation des médicaments, nous procédons à notre évaluation de pharmacologie et de thérapeutique. Nous examinons le médicament pour voir où il est couvert au pays. En fonction de cette réponse, nous déterminons s'il y a lieu ou non de l'ajouter à notre formulaire. Nous tenons compte de la couverture provinciale.

Désolé, sur quoi portait la seconde partie de votre question?

Mme Sonia Sidhu: J'ai demandé si on offrait suffisamment de choix pour tenir compte des problèmes relatifs aux maladies rares.

Captf Sylvain Grenier: Les maladies rares ne se manifestent pas très souvent dans notre population. Nous représentons vraiment une sous-catégorie de la population. Dans les cas où nous pourrions avoir un patient souffrant d'une maladie rare qui répondrait toujours à l'exigence d'universalité du service — et nous aurions à en tenir compte en raison du processus d'exception — nous prendrions des mesures pour s'assurer que le patient reçoive les médicaments dont il a besoin.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Ma question porte sur l'Alberta. Quels ont été certains des problèmes attribuables au fait qu'Alberta Health et Alberta Blue Cross ne couvrent pas les mêmes médicaments? A-t-on envisagé la consolidation?

Mme Dianne Balon: Oui et non.

En Alberta, comme dans les autres provinces, nous coordonnons les services avec les programmes. Si le gouvernement offrait un programme, nous nous assurerions que les personnes en profitent et qu'elles utilisent aussi leur assurance privée, si bien qu'on coordonnerait les services.

Du point de vue des programmes, ils sont assez distincts en ce sens que le gouvernement et le secteur privés gèrent les leurs séparément, et les programmes individuels sont distincts. Comme je l'ai mentionné plus tôt, on collabore aussi, bien sûr, dans la façon dont nous obtenons les coûts des médicaments en Alberta, tant pour le secteur public que privé, les médicaments couverts par l'Alberta Blue Cross. En outre, les pharmacies collaborent en ce qui concerne les frais d'exécution dans la province pour que les prix soient les mêmes dans les secteurs public et privé.

J'espère que cela répond à votre question concernant l'intégration. Nous prenons des mesures pour nous assurer qu'une personne ait accès à tous les programmes possibles.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Le président: Votre temps est écoulé.

Monsieur Davies.

M. Don Davies: Merci.

Si j'ai bien compris, j'ai entendu le capitaine Grenier dire qu'il était favorable à un formulaire national pour que nous puissions acheter en vrac à l'échelle nationale. Je me demande simplement si l'Alberta Blue Cross est du même avis. Est-ce que cela serait utile?

• (1210)

Mme Dianne Balon: Oui, tout à fait. Il est clair que nous approuvons les principes d'un programme d'assurance-médicaments. Nous avons besoin qu'on en clarifie la définition. Comme je l'ai mentionné, nous pensons d'abord que pour optimiser les ressources côté accès, nous devons réduire considérablement les coûts pour tous les Albertains.

M. Don Davies: De toute évidence, un formulaire national permettant l'achat en vrac à l'échelle nationale serait un facteur qui contribuerait, manifestement et logiquement, à réduire les coûts.

Mme Dianne Balon: Certainement.

M. Don Davies: Deuxièmement, une enquête sur les médicaments menée par Mercer Canada a révélé qu'il est probable que 65 % des employeurs qui continuent à offrir des avantages sociaux aux retraités arrêtent de fournir une assurance-médicaments aux futurs retraités si les coûts des médicaments et des responsabilités continuent d'augmenter. Bien entendu, il y a le vieillissement de la population et la réduction de la couverture dans les régimes d'assurance-médicaments publics. Dans cette étude, nous voyons aussi que 33 % des employeurs pourraient aussi tenter d'éliminer ou de réduire la couverture offerte aux retraités actuels.

À l'Alberta Blue Cross, avez-vous remarqué une réduction du nombre d'employeurs qui offrent une assurance-maladie supplémentaire à leurs employés depuis quelques années en raison de la hausse du coût des médicaments ou avez-vous vu les employeurs albertains opter pour des régimes d'assurance-médicaments plus restrictifs ou limités pour leurs employés en conséquence de la hausse des coûts?

Mme Margaret Wurzer: Je vais répondre à votre question dans le contexte de votre commentaire initial concernant les aînés et les employeurs qui sont susceptibles de ne plus leur offrir de couverture. Nous l'avons observé, pas tellement chez les plus de 65 ans, car les gens jouissent d'une assez bonne couverture au titre du programme de couverture des aînés en Alberta, mais plutôt chez les personnes qui prennent une retraite anticipée. Avec notre mandat législatif, nous sommes là pour aider à promouvoir la santé et le bien-être des Albertains à toutes les étapes de leur vie. En ce moment, nous élaborons des régimes pour les groupes d'employeurs ainsi que le marché des particuliers afin de donner aux personnes qui se retirent de leur régime collectif des options de couverture au titre de la couverture offerte aux aînés quand ils prendront une retraite anticipée et qu'ils ne seront plus couverts par leur régime.

Pour répondre à votre seconde question, celle de savoir si nous observons une réduction de la couverture en général, je dirais, compte tenu de la situation économique en Alberta, que nous avons des discussions difficiles avec les employeurs. Ils voient les avantages sociaux comme une dépense budgétaire et ils prennent des décisions ardues pour déterminer s'ils doivent réduire la couverture qu'ils offrent ou potentiellement licencier des employés. J'ai participé à ces discussions. Nous faisons tout ce que nous pouvons pour essayer de faire baisser les coûts de ces avantages sociaux afin que les employeurs puissent continuer à les offrir, mais les promoteurs des régimes prennent des décisions difficiles.

Le président: C'est tout le temps que vous aviez, monsieur Davies.

Cela met fin à notre série de questions. Je tiens à remercier les témoins. Vous pourriez rester quelques heures de plus et nous apprendre encore bien des choses, mais nous sommes sur le point d'entendre un autre témoignage. Je tiens simplement à vous remercier au nom du Comité d'être venus et de nous avoir fourni ces renseignements. Nous pourrions vous revenir avec d'autres questions, mais dans l'intérim, nous vous remercions.

Nous allons suspendre nos travaux pendant quelques minutes et nous entendrons ensuite le témoignage sur les dons de sang.

• (1210)

(Pause)

• (1215)

Le président: Nous allons reprendre nos travaux. Nous accueillons maintenant le très distingué député d'Edmonton-Centre qui témoigne pour la première fois en comité, M. Randy Boissonnault. Il va nous parler de ce qui s'est passé à la conférence de janvier sur les restrictions imposées aux hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes.

Randy, vous avez 10 minutes.

[Français]

M. Randy Boissonnault (Edmonton-Centre, Lib.): Merci, monsieur le président.

Mesdames et messieurs, chers collègues, cela me fait un grand plaisir d'être parmi vous aujourd'hui. C'est la première fois que, dans mon rôle de conseiller principal sur ces questions, j'ai l'honneur de prendre la parole devant un comité permanent de la Chambre des communes.

[Traduction]

Merci beaucoup de me donner la possibilité de m'adresser à vous. Je pense que je me souviendrai de ce moment pendant longtemps. Je vous remercie tous beaucoup.

Je veux vous donner un aperçu de ce qui est arrivé à la conférence de la Société canadienne du sang et d'Hémo-Québec qui s'est tenue à Toronto concernant l'interdiction pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes de donner du sang. J'ai eu l'honneur de prononcer des remarques liminaires à cette conférence au nom de la ministre de la Santé, l'honorable Jane Philpott, étant donné que Santé Canada a versé du financement aux chercheurs pour trouver des façons de combler les lacunes au sein de cette population d'hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. Cette conférence a été l'occasion de réunir d'éminents chercheurs du Canada et du monde entier pour discuter des meilleures données scientifiques.

Monsieur le président et chers collègues, j'avais pensé vous donner quelques grandes lignes des remarques et vous faire aussi part de quelques-uns des commentaires que j'ai reçus des intervenants et des personnes qui ont participé à la conférence.

L'allocation portait sur le besoin de mener des travaux de recherche pour nous assurer de disposer du système d'approvisionnement en sang le plus sécuritaire possible et d'un échantillon de donneurs aussi inclusif qu'il soit. Les Canadiens se préoccupent beaucoup de ces questions, car la sûreté du sang est primordiale. L'intérêt du gouvernement — nous avons d'ailleurs fait campagne sur cette question — est de vouloir connaître les meilleurs travaux de recherche pour cerner les connaissances manquantes sur la sélection des donneurs masculins qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. Nous allons parler de ce terme plus tard, car la collectivité y a réagi.

On appelle les gens à se mobiliser, car tout le monde a un rôle à jouer dans le processus de dépistage sanguin et doit s'assurer que nous disposions de réserves de sang suffisantes pour répondre aux besoins. Cependant, l'interdiction de donner du sang a eu des effets pervers. Nous devons mettre en balance le besoin d'assurer la sûreté de l'approvisionnement en sang au Canada et celui de veiller à ce que le système de dons de sang soit aussi inclusif que possible.

Comme le savent tous les membres du Comité et les Canadiens qui ont traversé cette épreuve, l'interdiction de donner du sang a été imposée en réponse à la Commission Krever. À ses débuts, il s'agissait d'une interdiction à vie. Tout homme homosexuel qui aurait eu des rapports sexuels avec un autre homme après 1977 était frappé d'une interdiction à vie. Récemment, cette interdiction a été réduite à cinq ans. Ensuite, le Parti libéral a milité en faveur de son élimination. À l'heure actuelle, les fournisseurs de sang, Héma-Québec et la Société canadienne du sang, ont instauré une période de report d'un an.

C'est maintenant clair pour les membres de la collectivité, bien qu'on ne fasse pas toujours la distinction, que ce n'est pas le gouvernement qui parle d'une période de report, mais bien la Société canadienne du sang et Héma-Québec qui ont imposé ces restrictions.

Le message que je voulais vous transmettre et que j'ai transmis à la conférence est que nous devons parler du rôle central que les données probantes doivent jouer pour protéger l'approvisionnement en sang, mais aussi pour faire en sorte qu'il soit aussi inclusif que possible. Sur le plan de la microbiologie, des sciences, pourquoi conserve-t-on du sang en banque pendant deux mois après les tests d'acide nucléique sachant ce qui se trouve dans l'approvisionnement en sang pour ensuite ne pas permettre aux gens d'utiliser ce sang ou de le donner pendant un an, cinq ans ou 20 ans? Les données microbiologiques ne le justifient pas.

Un des exemples que j'ai utilisés — il n'était pas dans mes remarques, mais je l'ai utilisé parce que je l'entends constamment dans la collectivité — est le suivant: comment il est possible qu'un jeune étudiant hétérosexuel qui a de multiples partenaires sexuels puisse donner du sang et que tous ses partenaires puissent en faire autant sans restriction, mais que deux homosexuels monogames vivant en couple ne puissent pas le faire, à moins de déclarer qu'ils n'ont eu aucun rapport sexuel l'un avec l'autre depuis un an? J'aimerais voir les données scientifiques qui montrent que ce raisonnement est sensé, car je n'ai pas de justification valable à donner à la collectivité.

Nous avons deux choix dans la collectivité, deux choix qui ont fait l'objet de débats passionnés entre les chercheurs et les membres de la collectivité. Nous en arrivons à une analyse fondée sur le comportement dans laquelle nous étudions les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les populations dans ce vaste échantillon de personnes — sans tenir compte des étiquettes — et les facteurs de risque, ou nous envisageons de rehausser nos mesures de sélection des donneurs pour faire en sorte que les technologies de sélection garantissent le meilleur système d'approvisionnement en sang possible, sans tenir compte de l'identité des donneurs ou des facteurs de risque. Il s'agit là des deux principales questions dont les chercheurs ont discuté. Optons-nous pour un système de sélection de calibre mondial qui n'exclut personne ou envisageons-nous d'adopter un processus axé sur le comportement?

Je viens juste de terminer ma première visite de l'Ouest comme conseiller spécial, visite pendant laquelle nous sommes allés à Winnipeg, Toronto, Vancouver, Saskatoon et Edmonton. Après avoir parlé aux membres de la collectivité, je peux vous dire qu'un certain

nombre d'hommes s'opposent à l'utilisation de l'expression « hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes ».

• (1220)

Ils ont dit: « Je suis une simple personne qui a des rapports sexuels comme tout le monde. Pourquoi fais-je partie du sous-groupe? Pourquoi ne pouvons-nous pas simplement parler de facteurs de risque pour toutes les populations sans tenir compte de leur orientation sexuelle ou de leur sexe? »

Lorsqu'on tient compte des restrictions que la Société canadienne du sang et Héma-Québec ont imposées à la communauté trans, elles sont encore plus lourdes. Dans les faits, nous forçons les gens à retourner au sexe qui était le leur à la naissance pour déterminer s'ils peuvent ou non donner du sang. J'ai rencontré une militante trans à Vancouver qui a dit que son opération remonte maintenant à 14 mois et qu'il y a deux jours, son sang ne posait pas problème, mais que si son sexe social était différent, ce serait une autre histoire. Nous avons nous-mêmes créé cette espèce de façon perverse de définir les populations et les sous-populations alors que c'est clair pour les membres de la collectivité et ce l'est aussi pour moi, en tant que parlementaire, que je veux que notre approvisionnement en sang soit sûr, mais aussi qu'il soit inclusif. Comme je suis homosexuel, je ne peux pas donner de sang à moins d'affirmer ne pas avoir eu de relations sexuelles depuis un an. J'ai vécu au Royaume-Uni de 1994 à 1996, alors il est possible que je ne puisse jamais donner de sang puisque c'était à l'époque du scandale du sang contaminé.

Nous devons prendre la question de l'approvisionnement en sang au sérieux, mais nous devons aussi faire en sorte qu'il soit le plus inclusif possible. Ceci étant dit, on a offert 3 millions de dollars pour permettre aux chercheurs de prendre des mesures afin d'étudier cette question. Je dois féliciter la Société canadienne du sang et Héma-Québec d'avoir réussi à réunir à la conférence divers organismes et intervenants de partout au pays.

Héma-Québec et la Société canadienne du sang ont fait un excellent travail pour rejoindre les membres de la collectivité, les chefs de file communautaires, dont Égale Canada, et divers organismes à la grandeur du pays. Il est très important pour nous parlementaires de connaître le rôle de partenaires, le rôle consultatif que jouent les membres de la collectivité. Ce que la collectivité veut et ce que nous aimerions voir ce sont les données qui nous aideront à privilégier une approche comportementale de façon à cesser de stigmatiser les homosexuels dans des relations exclusives, car je crois qu'il est important que nous le fassions et je vous encourage fortement à exercer des pressions en ce sens.

Je l'ai mentionné dans mes remarques liminaires. Nous savons qu'il existe des alliés, amis de longue date de membres de la communauté gay, qui refusent de donner du sang en raison de l'interdiction. C'est pervers. Lorsque les Canadiens solidaires de la communauté LGBTQ refusent de donner du sang parce qu'ils rejettent les données scientifiques et les éléments fondamentaux entourant l'interdiction et que ces unités sanguines ne sont pas en banque, nous sommes tous perdants.

Je pense qu'il existe une solution. La ministre de la Santé et moi en avons discuté. En tant que gouvernement qui privilégie les preuves, il nous importe de disposer des données probantes, mais aussi de nous assurer de ne pas prendre de mesures qui ne soient pas appuyées par des données. Voilà pourquoi le financement de 3 millions de dollars et la conférence étaient importants.

L'autre point qui a été soulevé, et j'encouragerais les membres du Comité à l'envisager, est celui d'inviter les représentants d'Héma-Québec à témoigner. Ils m'ont dit qu'ils ne l'avaient pas fait depuis un certain temps, contrairement à la Société canadienne du sang, alors c'est une possibilité que vous pourriez considérer.

• (1225)

[Français]

En ce qui a trait à tout ce dossier, je pense qu'il est possible, avec l'aide de la science, d'avoir un système canadien d'approvisionnement en matière de sang qui soit très inclusif, tout en maintenant la sécurité de ce système. Il est très important que la participation des Canadiennes et des Canadiens à leur système d'approvisionnement en matière de sang soit plus grande et que ce système soit très inclusif.

[Traduction]

Après avoir entendu les intervenants à la conférence, je pense que c'est une question qui suscite bien des émotions. Nous avons entendu les témoignages de personnes qui vivaient avec du sang contaminé avant la Commission Krever. Il nous faut absolument faire les choses dans les règles de l'art. Nous devons mettre en balance les besoins des patients qui reçoivent du sang — les Canadiens transfusés — et le désir ardent des membres de la communauté LGBTQ de contribuer à l'approvisionnement en sang.

Monsieur le président, membres du Comité, c'était un bon départ. Il reste beaucoup de recherche à faire. Je vous encourage vivement à accorder une attention soutenue au dossier. Je pense que lorsque nous pourrons travailler avec les chercheurs et les scientifiques pour montrer les véritables facteurs de risque que représentent les hommes gays dans des relations exclusives et que nous arriverons à faire en sorte que l'on réduise cette restriction d'un an, vous constaterez que l'approvisionnement en sang augmentera et que notre système d'approvisionnement est l'un des plus sûrs au monde.

[Français]

Je vous remercie de votre attention.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant procéder à une série de questions — des questions de cinq minutes — et commencer par M. Kang.

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

Je tiens à remercier le député d'Edmonton-Centre d'être venu et d'avoir jeté l'éclairage sur cette question très importante.

Vous avez soulevé ici quelques points. Ma première question porte sur le fait que la Société canadienne du sang et Héma-Québec ont instauré une politique prévoyant que les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes ne puissent donner du sang qu'après une année d'abstinence. Qu'est-ce qui a justifié pareille politique? Quelle en est l'origine? Avant, l'interdiction était de cinq ans. Comment en sont-ils arrivés à pareille décision?

• (1230)

M. Randy Boissonnault: Je crois comprendre que lorsque Héma-Québec et la Société canadienne du sang ont examiné leurs travaux de recherche les plus récents, elles ont été en mesure de justifier une réduction de cinq ans à un an.

Ma réaction, que j'ai expliquée à la conférence, a été de m'interroger sur la nature des changements au plan microbiologique. Si vous soumettez le sang à un test d'acide nucléique après deux

mois et que vous savez exactement ce qui se trouve dans la banque de sang, pourquoi est-il question d'un an? De deux mois?

La réponse est qu'on ne dispose pas des données scientifiques nécessaires pour expliquer la raison pour laquelle on impose un report d'un an plutôt que pas de report du tout. Si on opte pour une approche comportementale qui encourage les gens à remettre à plus tard l'utilisation du sang en banque pour des raisons de comportement, il est important que nous comprenions les facteurs de risque associés à cette population. J'aimerais que le gouvernement dispose des données nécessaires pour analyser toutes les populations susceptibles de poser un risque à l'approvisionnement en sang et qu'on ne mette pas tous les membres d'une communauté dans le même panier.

Il faudrait que vous demandiez à la Société canadienne du sang et à Héma-Québec pourquoi ils ont milité en faveur d'un report d'un an alors que nous avons vu que d'autres administrations dans le monde ont une période de report de deux mois ou n'en ont pas du tout.

M. Darshan Singh Kang: Merci, monsieur.

Ma seconde question est celle de savoir pourquoi vous pensez que les hommes dont les tests de dépistage ont été négatifs et qui ont dit être dans une relation à long terme avec un autre homme ne sont pas jugés être des donneurs sûrs?

M. Randy Boissonnault: En gros, nous ne disposons pas des données nécessaires pour faire la distinction entre les hommes homosexuels à haut risque à cause de leurs pratiques sexuelles risquées parce qu'ils n'utilisent pas de condoms, qu'ils consomment des drogues par intraveineuse ou qu'ils ont d'autres comportements risqués, et ceux qui sont dans des relations monogames, sûres, exclusives et à long terme.

Avec les outils dont disposent le gouvernement et la communauté scientifique, nous avons vraiment généralisé — et nous savons que la communauté est beaucoup plus diversifiée que cela — si bien que tous les hommes gay ont été logés à la même enseigne. Voilà pourquoi j'ai affirmé tout à l'heure que le report original n'était pas un report, mais bien une interdiction à vie. Comme la science a été en mesure de démontrer les facteurs de risque et de faire le lien avec les comportements, au Canada, nous avons été en mesure de réduire cette interdiction pour qu'elle n'en soit presque plus une.

M. Darshan Singh Kang: Selon vous, que pourrions-nous faire pour que l'approvisionnement en sang soit inclusif? Vous avez dit qu'il est clair qu'il augmenterait si nous levions l'interdiction, par exemple celle d'un an. Quel chiffre proposeriez-vous? De combien augmenterait l'approvisionnement en sang en l'absence d'une interdiction? Existe-t-il des données à ce sujet?

M. Randy Boissonnault: C'est une excellente question. J'ai d'ailleurs pris note à la réunion de vérifier s'il est possible de quantifier le nombre d'alliés qui refusent de faire des dons de sang. Je n'ai pas encore de réponse pour vous, mais j'y travaille.

Encore une fois, la communauté et les Canadiens ont deux choix — et il en a été question parmi les scientifiques. Nous pouvons avoir un système de sélection infaillible qui s'applique à tout le monde, sans tenir compte des facteurs comportementaux, et qui repose sur la science et les tests de vérification du sang, ou nous pouvons avoir un système qui impose d'abord une vérification fondée sur le comportement.

À l'heure actuelle, nous disposons d'un processus qui impose une vérification fondée sur le comportement, et la Société canadienne du sang et Héma-Québec ont déterminé qu'il suffisait qu'un homme s'abstienne pendant un an d'avoir des relations sexuelles avec un autre homme pour satisfaire à leurs critères de pratiques comportementales sécuritaires et faire en sorte que leurs dons de sang puissent ensuite être acceptés.

Les données scientifiques montrent-elles qu'il y a une différence entre un report de deux mois, de six mois ou d'un an? Nombre de scientifiques vous diront que non, et ils l'ont fait à la conférence. Voilà pourquoi il est important que les travaux de recherche qui découleront de cette rencontre nous montrent en quoi consistent vraiment les risques associés au comportement.

M. Darshan Singh Kang: Existe-t-il un processus de sélection en ce moment? Dans la négative, a-t-on effectué une étude pour déterminer combien coûterait la mise en place de pareils processus?

• (1235)

M. Randy Boissonnault: Tous les processus de sélection qui réglementent la sûreté de l'approvisionnement en sang ont été instaurés par la Société canadienne du sang et Héma-Québec. Ils s'inscrivent dans les principaux processus de sélection au monde en matière de sûreté de l'approvisionnement en sang. Nous pouvons toujours faire mieux.

Le président: Votre temps est écoulé.

Monsieur Webber.

M. Len Webber: Merci, monsieur le président.

Merci, monsieur Boissonnault, d'être venu aujourd'hui. Bonne chance dans vos nouvelles fonctions au sein du gouvernement. Je vous souhaite du succès dans cette démarche.

En 2013, la Société canadienne du sang a reçu l'approbation de Santé Canada pour réduire à cinq ans la période indéterminée de report visant les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. Bien entendu, dans l'intérim, des élections ont eu lieu, et je sais par expérience que le Parti libéral a promis d'éliminer complètement cette interdiction de cinq ans puisque le candidat qui a fait campagne contre moi dans ma circonscription en a parlé.

En 2016, votre gouvernement a fait passer cette interdiction de cinq ans à un an, et j'applaudis à cette décision, mais vous avez promis en campagne de lever entièrement cette interdiction. Nous sommes maintenant en 2017 et nous menons actuellement cette étude scientifique. À ce jour, nous avons consacré 3 millions de dollars à cette réunion de deux jours et aux travaux de recherche qui ont été faits. Vous avez assisté à la réunion. Nous voulions aussi participer à ces rencontres auxquelles les membres du caucus conservateur n'ont pas été conviés. Nous avons trouvé cela assez insultant, car nous travaillons aussi au dossier depuis assez longtemps.

À la lumière de la promesse que vous avez faite de lever entièrement l'interdiction, je veux connaître votre délai d'exécution. Quand croyez-vous que cela se fera? C'est une décision que votre gouvernement devra prendre. Êtes-vous en train de faire marche arrière? S'il vous plaît, dites-le nous. Dites aux Canadiens où vous allez avec cette interdiction de donner du sang. Sera-t-elle entièrement levée?

M. Randy Boissonnault: Ce qu'il importe de savoir concernant cette conférence est que les 3 millions de dollars ont servi à réunir les responsables autour de la table et à littéralement fixer le programme scientifique des travaux de recherche qui n'ont toujours pas été

menés. Nous n'avons pas encore vu ces travaux. Nous n'en connaissons pas encore les résultats.

Il est important que les Canadiens sachent qu'il existe un clivage entre les organismes de réglementation du sang et le gouvernement. Pendant la campagne — cela nous vient de notre aile jeunesse et vous l'avez vu aux portes — l'aile jeunesse et bien des coalitions de partout au pays ont exercé de très fortes pressions pour que l'interdiction soit entièrement levée, et nous avons fait campagne là-dessus. Les données scientifiques produites dans d'autres administrations dans le monde appuient cette position.

Notre gouvernement agit aussi vite et bien qu'il peut le faire. Nous ne pouvons pas dire à la Société canadienne du sang et à Héma-Québec de lever complètement l'interdiction. Ce n'est pas la façon de procéder. Les organismes de réglementation du sang se fondent sur les meilleures données scientifiques dont ils disposent pour faire des recommandations à Santé Canada, qui appuie ensuite la réduction de la durée de la période de report.

La conférence est une première étape importante pour obtenir les données. Au mieux, les Canadiens LGBTQ2 sont invisibles dans ces données. Lorsqu'il est question de sous-populations parmi ce groupe, les données sont aussi rares. Nous devons comprendre les comportements risqués des populations. Nous devons aussi appuyer les scientifiques qui croient pouvoir avoir un système de sélection des donneurs capable de nous dire sans équivoque ce qui se trouve dans l'approvisionnement en sang.

En ce qui concerne la participation, on ne m'a pas dit que les députés conservateurs ou autres auraient voulu assister à la conférence. Mon rôle comme conseiller spécial est non partisan. Je suis ici pour faire avancer les causes de la population LGBTQ2 canadienne sans tenir compte de l'allégeance politique. Je veux que tous les Canadiens, quelle que soit leur allégeance politique, donnent du sang et puissent être transfusés.

Mon but est de faire en sorte qu'on augmente la quantité de sang en banque et que celui-ci soit plus inclusif. Je peux vous dire que le ministre de la Santé agit rapidement dans ce dossier. En tant que gouvernement qui privilégie les données probantes, nous devons voir les données; voilà pourquoi c'était une première étape importante. Je vous sais gré du travail que vous faites dans le dossier.

M. Len Webber: Merci, Randy.

Je veux insister sur le fait qu'on a promis pendant la campagne électorale de lever complètement l'interdiction. Est-ce une autre des promesses de votre gouvernement que vous ne serez pas en mesure d'honorer?

• (1240)

Mme Rachael Harder: Vous faites en sorte que ce soit facile.

M. Len Webber: Cela a certes eu une incidence sur les conservateurs dans les circonscriptions que nous avons perdues. C'est troublant que vous ne puissiez pas respecter ces promesses.

Je dirais qu'en 2019, le gouvernement libéral ne devrait pas faire de promesses qu'il ne peut pas tenir.

Le président: Je vous remercie beaucoup, monsieur Webber.

Monsieur Davies.

M. Don Davies: Je vous remercie.

J'ai un peu de difficulté à comprendre, monsieur Boissonnault. J'essaie de saisir votre position. Êtes-vous d'avis que l'interdiction d'un an imposée actuellement aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en ce qui concerne les dons de sang est discriminatoire et n'est pas fondée sur des données scientifiques, ou bien n'êtes-vous pas de cet avis ou êtes-vous incertain? Quelle est votre position?

M. Randy Boissonnault: Je pense que si nous stigmatisons des groupes de personnes en fonction de leur orientation sexuelle, cela risque d'entraîner de la discrimination envers ces groupes et leur causer préjudice.

M. Don Davies: Est-ce que l'interdiction actuelle d'un an est fondée ou non sur des données scientifiques?

M. Randy Boissonnault: L'interdiction actuelle d'un an, d'après la Société canadienne du sang et Héma-Québec, est fondée sur les meilleures données scientifiques dont ils disposent. Ce qu'on a appris à la conférence, c'est qu'il existe des données scientifiques dans d'autres pays qui justifient une période d'interdiction de deux mois ou même aucune interdiction. Au Canada, nous ne disposons pas de données qui nous permettraient d'éliminer toute période d'interdiction. C'est pourquoi cette conférence était importante.

M. Don Davies: Vous avez décidé de comparaître devant le Comité, non pas en tant que député, mais bien comme témoin, de façon impartiale, alors je vous demande votre opinion. Est-ce que la période d'interdiction d'un an est discriminatoire ou non?

M. Randy Boissonnault: Je suis d'avis que c'est discriminatoire envers des groupes de la population pour lesquels nous ne disposons d'aucune donnée, alors si nous voulons maintenir une période d'interdiction, j'aimerais voir des données qui démontrent qu'il y a un motif de le faire et un risque pour les produits sanguins et qui justifient d'exclure un groupe de la population.

M. Don Davies: Est-ce que la période d'interdiction d'un an est fondée sur des données scientifiques, selon vous?

M. Randy Boissonnault: Je crois qu'Héma-Québec et la Société canadienne du sang vous diront qu'ils aimeraient obtenir davantage de données.

M. Don Davies: Je vous demande votre opinion personnelle. Je sais ce que diront Héma-Québec et la Société canadienne du sang.

M. Randy Boissonnault: Je crois que l'interdiction actuelle fait en sorte de m'exclure et d'exclure un groupe de la population canadienne qui, en raison de son orientation sexuelle...

M. Don Davies: Est-ce que c'est fondé sur des données scientifiques ou non?

M. Randy Boissonnault: Je crois que c'est fondé sur les meilleures données scientifiques dont on disposait à l'époque.

M. Don Davies: D'accord. Deuxièmement, je crois que vous avez mal interprété la situation. Il ne fait aucun doute que cette décision qu'ont prise la Société canadienne du sang et Héma-Québec peut être annulée par le ministre. Il est indéniable que le ministre de la Santé a le pouvoir d'éliminer les restrictions visant les dons de sang qui ne sont plus nécessaires. Êtes-vous d'accord?

M. Randy Boissonnault: Nous ne sommes pas d'accord.

M. Don Davies: Vous croyez que le ministre de la Santé n'a pas le pouvoir de modifier les restrictions actuelles imposées aux hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes?

M. Randy Boissonnault: Pour assurer la sécurité des produits sanguins, il est essentiel de travailler avec la Société canadienne du

sang et Héma-Québec pour recommander au gouvernement des périodes d'interdiction.

M. Don Davies: En tout respect, je dois dire que vous avez tort. La ministre de la Santé a effectivement le pouvoir d'annuler cette décision si elle le souhaite.

Savez-vous également que dans 17 pays dans le monde il n'existe aucune période d'interdiction pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes en ce qui concerne les dons de sang?

M. Randy Boissonnault: Oui, je le sais, et j'y ai fait allusion dans mon exposé.

M. Don Davies: Durant la campagne, vous avez dit ceci, comme M. Webber l'a souligné. Je cite ce qui a été publié par le Parti libéral durant la campagne:

La Société canadienne du sang et Héma-Québec interdisent actuellement aux hommes ayant eu des rapports sexuels avec des hommes au cours des cinq années précédentes de donner du sang, même dans les cas de relations sexuelles sûres et monogames. Cette politique ne tient pas compte des preuves scientifiques et doit prendre fin.

Je vous demande, monsieur, si des hommes ont eu des rapports sexuels sûrs avec d'autres hommes dans le cadre de relations monogames pendant un an, est-ce qu'on ne se trouve pas à faire fi des données scientifiques en les empêchant de donner du sang?

M. Randy Boissonnault: C'est une très bonne question que vous devriez poser à la Société canadienne du sang et à Héma-Québec. Je suis d'accord.

• (1245)

M. Don Davies: Le Dr MacPherson et le Dr Wainberg, un professeur de médecine au Centre sida de l'Université McGill, sont tous les deux d'anciens présidents de la Société internationale sur le sida. Ils estiment que la Société canadienne du sang devrait simplement inclure des questions concernant les comportements des donneurs. D'après le Dr Wainberg:

Si vous êtes un homme qui entretient une relation stable et de longue date et que vous et votre partenaire avez obtenu des résultats négatifs, alors les risques sont exactement les mêmes que pour un couple hétérosexuel...

Cela étant dit, convenez-vous que les risques sont exactement les mêmes pour les hommes qui ont des rapports avec d'autres hommes et qui sont dans une relation monogame stable que pour les hétérosexuels? Avez-vous des preuves pour réfuter cela?

M. Randy Boissonnault: Le Dr Wainberg et moi-même avons pris la parole lors de la conférence. Il a vivement insisté en séance plénière sur le fait qu'il faut se fier à la microbiologie, car une fois que le sang a été testé et qu'après deux mois on a une certitude, même si on conserve le sang pendant deux mois, cinq ans ou 20 ans, la microbiologie ne changera pas. Je suis d'accord avec le Dr Wainberg au sujet des risques liés au comportement.

Nous avons besoin de données pour appuyer les organismes de réglementation afin de garantir aux Canadiens que les produits sanguins sont sûrs et de pouvoir inclure ce groupe de la population. J'aimerais bien que dès demain on lève l'interdiction, mais lorsqu'on l'éliminera, je veux que les Canadiens sachent que les produits sanguins seront sûrs.

M. Don Davies: Le Dr Paul MacPherson, un autre chercheur sur le sida, affirme qu'il n'existe pas de données valables qui nous indiquent qu'une période d'un an est nécessaire.

Vous semblez dire qu'il nous faut des données pour prouver qu'il n'y a pas de problème, alors que je dirais le contraire. Si nous adoptons une pratique qui est discriminatoire envers des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, alors je dirais qu'il appartient à ceux qui la préconisent de fournir des données qui prouvent qu'elle est nécessaire. Tout ce que nous disent les spécialistes et les médecins, c'est qu'il n'existe aucune donnée pour appuyer cette politique, et pourtant, votre gouvernement refuse de tenir la promesse qu'il a faite durant la campagne électorale de lever l'interdiction, même lorsqu'il n'existe aucune donnée pour justifier le maintien de cette restriction discriminatoire.

M. Randy Boissonnault: Il est important de souligner, et soit dit en passant je vous félicite et je partage votre ferveur...

M. Don Davies: C'est tout simplement fondé sur la logique et les données scientifiques.

M. Randy Boissonnault: Il y a la logique, la ferveur et les données scientifiques, et l'élément le plus important, c'est que les Canadiens n'ont pas tous le même point de vue. Nous travaillons très fort pour que l'interdiction soit levée, et c'est pourquoi il est important d'obtenir les données. Les Canadiens doivent savoir que les produits sanguins sont sûrs, et il est également important de démontrer, comme le Dr Wainberg l'a dit, qu'en ce qui concerne les couples homosexuels monogames, le risque est très faible, voire nul.

M. Don Davies: Vous êtes-vous adressé à certains des 17 pays pour savoir s'ils détenaient des données?

Le président: Monsieur Davies, vous avez largement dépassé votre temps.

Monsieur Eyolfson, allez-y.

M. Doug Eyolfson: Je vous remercie, monsieur Boissonnault. Je vous remercie pour votre présence et pour votre travail dans ce dossier.

Cette question remonte à un bon nombre d'années. Nous avons parlé de la commission Krever et des recommandations qui en ont découlé. Quelles étaient les données scientifiques à l'époque qui avaient mené à la conclusion qu'il devrait y avoir une interdiction à vie?

M. Randy Boissonnault: Je ne connais pas les données qui ont laissé croire qu'il fallait imposer une interdiction à vie. Je crois qu'on voulait éliminer tout risque apparent pour la sécurité des produits sanguins. À mon avis, monsieur Eyolfson, à cette époque, tout risque apparent pour la sécurité des produits sanguins n'était pas toléré par les Canadiens, alors la Société canadienne du sang et Héma-Québec ont exclu un groupe complet de la population en s'appuyant sur les données qu'ils possédaient à l'époque. Heureusement, nous disposons aujourd'hui de davantage de données pour appuyer ce que nous préconisons maintenant.

M. Doug Eyolfson: D'accord. Je vous remercie.

La Société canadienne du sang a ses propres scientifiques, ses propres responsables de la collecte des données et ses propres analystes des données, mais on a laissé entendre que la ministre de la Santé pourrait avoir le pouvoir de donner des directives à la Société canadienne du sang et à Héma-Québec.

Si les spécialistes d'un organisme indépendant — et je devrais dire d'abord que je n'ai pas encore examiné en détail leurs données — affirment qu'à l'heure actuelle ils estiment qu'ils disposent des meilleures données et des meilleures preuves qui existent, serait-il approprié ou acceptable qu'un ministre intervienne et dise « Même si vous croyez détenir les meilleures données scientifiques qui existent,

cela importe peu, car nous avons fait une promesse électorale alors vous allez devoir reculer »?

M. Randy Boissonnault: Je crois que c'est une bonne question. Actuellement, il y a des organismes qui réglementent le système d'approvisionnement en sang et les réserves de sang pour s'assurer que nous disposions des produits sanguins qui soient les plus sûrs possible.

La conférence visait à amorcer une discussion sur l'élimination de certaines restrictions. Comment obtenir les données qui prouvent que, en ce qui concerne les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, le risque est faible, voire nul? Pour répondre à votre question, je dirais qu'actuellement, les organismes de réglementation communiquent au ministère de la Santé les données scientifiques dont ils disposent et préconisent ou non une période d'interdiction, et ensuite, le ministre donne ou non son approbation. Agir autrement constituerait de l'ingérence politique.

M. Doug Eyolfson: C'est très bien, je vous remercie. Je n'ai pas d'autres questions.

Le président: Je vous remercie beaucoup.

Cela met fin à cette partie de la réunion. Je tiens à remercier M. Boissonnault d'avoir comparu devant nous, malgré le court préavis. Nous avons invité le secrétaire parlementaire, mais il n'était pas libre. Je crois que vous avez abordé le sujet sous un angle nouveau et que vous nous avez fourni de bons renseignements. Je vous remercie.

Je crois que la motion de M. Webber avait été présentée au départ en septembre ou en octobre, il y a un certain temps, alors je vous remercie beaucoup pour votre contribution et pour les renseignements que vous nous avez transmis.

Nous allons faire une pause de quelques minutes, et ensuite, nous allons nous pencher sur les travaux du Comité liés au sujet et à d'autres choses.

● (1250)

M. Len Webber: Je tiens à préciser qu'il s'agissait de la motion de M. Davies.

Le président: Il s'agissait de la motion de M. Davies? Pardonnez-moi, j'aurais dû faire plus attention.

● (1250)

_____ (Pause) _____

● (1250)

Le président: Nous allons reprendre la séance.

Nous allons traiter rapidement des travaux du Comité. Hier soir, nous avons adopté le projet de loi C-37, Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances. Même si nous en avons parlé, nous n'avons pas décidé comment nous allons l'aborder. Est-ce que quelqu'un a des suggestions à ce sujet?

Monsieur Oliver.

M. John Oliver: Je crois que tous les membres du Comité conviennent que nous sommes confrontés à une crise nationale de santé publique attribuable au fentanyl et aux opioïdes. Le gouvernement a déjà pris des mesures.

Un plan d'action en cinq points a été élaboré pour contrer l'usage abusif des opioïdes et améliorer les pratiques en matière d'ordonnance. La naloxone a été rendue accessible, car il s'agit d'un antidote très efficace. Les communautés peuvent généralement en obtenir. Le ministre a coprésidé une conférence et un sommet sur les opioïdes, au terme desquels 42 organismes ont pris des engagements très concrets pour s'attaquer à la crise. Ensuite, le projet de loi C-37 a été présenté à la Chambre.

Cette mesure législative propose d'alléger le fardeau des communautés qui souhaitent ouvrir des centres de consommation supervisée, et prévoit aussi des mesures rigoureuses pour mettre fin au trafic de drogues illicites et renforcer le système de contrôle des installations détenant des licences pour les substances contrôlées. Je crois que nous étions tous ravis de constater hier que le NPD a appuyé le gouvernement pour renvoyer ce projet de loi à notre comité pour l'étude article par article.

Je crois que nous sommes tous d'accord pour dire que nous sommes les mieux placés pour effectuer cette étude. Nous avons entendu les témoins, nous avons étudié la crise des opioïdes et nous avons présenté un rapport et des recommandations. Les témoins nous ont dit à quel point il est essentiel que nous appliquions rapidement ces recommandations pour faciliter la tâche aux communautés.

Le projet de loi C-37 va largement dans le même sens que nos recommandations puisqu'il porte à la fois sur la réduction des méfaits et l'application de la loi à la frontière. J'ai d'ailleurs mentionné à la Chambre que les dispositions du projet de loi correspondent en majeure partie à nos recommandations.

Comme nous sommes très bien placés pour étudier ce projet de loi et qu'il est urgent pour nos communautés que nous mettions fin à cette crise, je voudrais présenter la motion suivante. Je propose:

Que, concernant le projet de loi C-37, Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant des modifications connexes à d'autres lois:

a. le greffier du Comité écrive immédiatement à chaque député qui n'est pas membre d'un caucus représenté au Comité et à tout député indépendant pour les informer que le Comité commencera l'étude du projet de loi et pour les inviter à préparer et à soumettre les amendements qu'ils veulent proposer au Comité dans son étude article par article du projet de loi; b. les membres du Comité et les députés qui ne sont pas membres d'un caucus qui y est représenté et les députés indépendants doivent soumettre leurs amendements au greffier du Comité au plus tard le mardi 7 février 2017 à 16 heures;

c. le Comité procède à l'étude article par article du projet de loi C-37 au plus tard le jeudi 9 février 2017;

d. le président ait la capacité de limiter les débats sur chaque article à un maximum de cinq minutes par parti, par article;

e. si le Comité n'a pas terminé son étude article par article du projet de loi C-37 à 17 heures le jeudi 9 février 2017, le reste des amendements ayant été soumis au Comité sont réputés présentés, le président met aux voix toute question sur-le-champ et successivement, sans autre débat ni amendement sur tous les articles et amendements soumis au Comité puis sur toute question nécessaire pour faire rapport du projet de loi à la Chambre et pour ordonner au président de faire rapport dudit projet de loi à la Chambre au plus tard le lundi 13 février 2017.

Nous devons procéder à cette étude et renvoyer le projet de loi à la Chambre pour que nous puissions contribuer à mettre fin à cette crise qui touche l'ensemble du Canada.

•(1255)

Le président: Nous sommes saisis d'une motion.

Monsieur Webber.

M. Len Webber: Monsieur le président, cette motion est très longue. Je la lis pour la première fois. Je crois que nous devons obtenir le consentement unanime pour que M. Oliver puisse déposer

cette motion. Autrement, il doit la présenter et nous donner un préavis de 24 heures, à ma connaissance. Vous pourriez peut-être clarifier cela.

Le président: Cela concerne les travaux du Comité, alors c'est légitime.

M. Len Webber: D'accord.

Le président: Nous avons dit au départ que nous allions en débattre ce jeudi de toute façon. C'est un peu plus détaillé, mais c'est à peu près ce qu'on avait convenu la semaine dernière.

Madame Harder.

Mme Rachael Harder: J'ai besoin d'une précision de la part de M. Oliver.

Proposez-vous que la durée de la réunion soit prolongée au-delà des deux heures habituelles? Vous dites que nous devons avoir terminé à 17 heures. J'aimerais simplement que vous précisiez comment vous proposez qu'on termine cette étude rapidement.

M. John Oliver: Oui, la réunion se poursuivrait jusqu'à 17 heures, et à cette heure, le président mettrait aux voix les amendements et les articles restants.

Mme Rachael Harder: D'accord, je vous remercie.

Le président: Monsieur Davies, allez-y.

M. Don Davies: Je suis tout à fait en faveur de cette motion. Il y a 20 mois, j'étais présent en Chambre lorsque le projet de loi C-2 a été présenté. Nous avons peut-être des points de vue différents au sujet de cette mesure législative, qui nous a été renvoyée. Nous avons tenu cinq réunions et entendu 20 témoins, qui ont discuté des enjeux concernant les centres de consommation supervisée. On a entendu beaucoup de témoignages sur la question des critères dont il faudrait tenir compte pour autoriser une exemption. Tout cela a été bien défini il y a moins de deux ans. Il y a quatre mois, nous avons mené une étude sur les cas de surdose d'opioïdes. Nous avons entendu de nombreux témoins sur une vaste gamme de questions concernant la crise des opioïdes, y compris la nécessité de mettre en place des centres de consommation supervisée et les répercussions de ces centres.

Nous savons que 40 à 50 Canadiens meurent toutes les semaines de surdose. J'ai déjà fait remarquer que la crise du SRAS qui a frappé notre pays a fait 40 victimes dans l'ensemble du Canada. En ce moment, nous perdons autant de personnes toutes les semaines. Nous convenons tous qu'il s'agit d'une urgence nationale en santé publique. Tous les partis utilisent ces mots. Le projet de loi C-37 propose des mesures essentielles pour s'attaquer à cette crise, non seulement l'ouverture de centres de consommation supervisée, mais aussi des dispositions législatives nécessaires visant le trafic de drogues, pour soutenir l'ASFC, la production d'opioïdes illicites et les presses à comprimés.

Je suis tout à fait en faveur de l'étude rapide de ce projet de loi. Je ne crois pas que le Comité puisse aller trop vite.

J'aimerais terminer en disant qu'hier, quelqu'un m'a transmis un article concernant la situation en Estonie, qui a été confrontée à une crise très similaire pendant quelques années. Ce pays a fait face à une crise de surdose de fentanyl. Dans l'article, on dit qu'on a consulté ce pays pour qu'il donne des conseils au Canada. Voici ce qu'il conseille: « Le plus important est de ne pas perdre de temps. Si vous voulez tirer des leçons de notre expérience, ne commettez pas cette erreur que nous avons commise... Ne cherchez pas d'autres solutions, car vous en avez déjà. »

Je sais qu'il y a beaucoup de questions à débattre, mais le moment est mal choisi pour tenir des débats et perdre du temps, car des Canadiens meurent et nous savons que nous pouvons prendre des mesures qui sauveront des vies. Je demande à tous mes collègues de voter en faveur de la motion.

• (1300)

Le président: Très bien. Nous sommes saisis de la motion, et il n'y a pas d'autres intervenants.

(La motion est adoptée.)

Le président: Nous voulions maintenant nous pencher, monsieur Davies, sur votre motion au sujet des dons de sang...

Mme Rachael Harder: Je suis désolée. J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Il est 13 heures, et la réunion est censée se terminer maintenant. Nous pourrions peut-être y revenir à la fin de notre prochaine réunion.

Le président: Je ne crois pas que c'est pressant. C'est très bien.

M. John Oliver: J'aimerais préciser que... Je crois que le Comité peut poursuivre sa réunion à moins qu'il y ait consensus pour lever la séance ou qu'une motion à cet effet soit présentée. Autrement, nous pouvons continuer notre réunion aussi longtemps que nous le souhaitons.

Mme Rachael Harder: Tant qu'on procède à un vote...

M. John Oliver: Je comprends...

Le président: Il y a consensus. Votre motion n'est pas urgente, monsieur Davies, alors nous y reviendrons. Nous allons tous travailler ensemble et continuer à aller de l'avant.

Je vous remercie beaucoup.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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