



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 074 • 1<sup>re</sup> SESSION • 42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le jeudi 19 octobre 2017**

**Président**

**M. Bill Casey**



## Comité permanent de la santé

Le jeudi 19 octobre 2017

• (1530)

[Traduction]

**Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)):**  
Je déclare la séance ouverte.

Il s'agit de la 74<sup>e</sup> réunion du Comité permanent de la santé.

Je tiens à tous vous souhaiter la bienvenue. Aujourd'hui, nous allons avoir une discussion générale en table ronde pour déterminer là où nous en sommes après toutes les réunions que nous avons eues et pour obtenir les avis de nos invités.

Nous allons procéder à des séries de questions comme d'habitude, puis, selon la façon dont vont les choses, nous aurons le temps pour un deuxième tour avant d'avoir à aller voter.

Avant de commencer, je tiens à souligner que M. Davies a soulevé un enjeu la semaine dernière au sujet du directeur parlementaire du budget et il avait raison. Je n'aime pas avoir à le dire, mais vous aviez raison. Nous avons bel et bien demandé au DPB de réaliser l'étude fondée sur l'OMS. Il l'a reconnu, mais l'étude n'a pas été faite.

Cependant, nous lui avons demandé, et il l'a reconnu. Je veux simplement que vous le sachiez. Merci d'avoir porté cela à notre attention.

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

**Le président:** D'accord. Maintenant que cette petite question est réglée, je veux souhaiter la bienvenue à nos témoins aujourd'hui.

Nous accueillons M. Marc-André Gagnon, professeur agrégé de l'École d'administration et de politique publique de l'Université Carleton. Bienvenue. Nous accueillons aussi à nouveau M. Steven Morgan, qui est professeur à l'École de santé publique et de santé des populations de l'Université de la Colombie-Britannique.

De plus, nous entendrons le Dr Danyaal Raza, président de Médecins canadiens pour le régime public. Merci d'être là. Nous accueillons finalement Stephen Frank, président et directeur général, et Karen Voin, vice-présidente, Assurance collective et lutte contre la fraude, de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

Nous vous demandons de présenter une déclaration préliminaire de 10 minutes. Je vous demande de vous limiter à 10 minutes. Nous allons ensuite passer à une période de questions.

Nous allons commencer par M. Marc-André Gagnon.

[Français]

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

Merci au Comité de me donner l'occasion de lui faire part de mon expertise sur la question.

J'ai envie de parler de deux choses avec vous aujourd'hui. Je vais commencer par faire quelques commentaires sur le rapport du directeur parlementaire du budget, le DPB. Ensuite, je vais faire une analyse du régime québécois d'assurance-médicaments.

En ce qui concerne le rapport du DPB, j'ai beaucoup apprécié la qualité du travail des analystes. La question de l'assurance-médicaments est extrêmement complexe, il est très difficile de naviguer dans les données, et il me semble que l'équipe a réussi à contourner les principaux écueils. Je suis relativement satisfait du rapport du DPB.

Toutefois, j'ai des questions quant à certains éléments du rapport.

J'aimerais tout d'abord parler du mandat de ce rapport en ce qui concerne la notion de copaiements. On demande des copaiements de 5 \$ pour les médicaments de marque, et on inclut la liste des personnes exemptées qui n'auraient pas de copaiements à verser.

Premièrement, pourquoi la liste d'exemptions n'inclut-elle pas les personnes à faible revenu? Il me semble que cela pose problème.

Ensuite, je ne comprends pas pourquoi on impose un copaiement de 5 \$ uniquement dans le cas des médicaments de marque. Si c'est pour encourager l'utilisation de génériques, je rappelle que tous les régimes publics contiennent ce qu'on appelle la substitution générique obligatoire. Un encouragement financier pour l'utilisation de médicaments génériques n'a donc pas lieu d'être offert.

Par ailleurs, les copaiements sont un très mauvais outil de financement pour un régime d'assurance-médicaments, parce qu'ils peuvent empêcher le patient d'utiliser le traitement optimal, ce qui peut occasionner des coûts plus importants pour le reste du système de santé.

J'ai publié un article dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* sur le rôle des copaiements. Cela me fera plaisir de soumettre l'article au Comité s'il le désire. Dans cet article, je propose d'utiliser les copaiements de la meilleure façon, c'est-à-dire sur la base du modèle néerlandais.

Les copaiements peuvent être utilisés pour guider le choix des médicaments d'ordonnance de manière optimale. Les Pays-Bas recourent aux copaiements dans le cadre d'un système de prix de référence. Un prix de référence est un plafond imposé pour le remboursement de médicaments, dans certaines catégories thérapeutiques, de manière à couvrir les coûts des traitements optimaux. Pour toutes les catégories thérapeutiques, des médicaments sont donc entièrement couverts, jusqu'au premier dollar dépensé. Toutefois, afin d'assurer un plus large choix au patient, on offre à ce dernier la possibilité de choisir des médicaments qui coûtent plus cher sans pour autant apporter une valeur thérapeutique supplémentaire, même s'il n'y a pas de justification médicale. À ce moment-là, c'est au patient de payer la différence. Le copaiement sert donc à payer cette différence.

Non seulement ce type de copaiement basé sur les prix de référence assure un meilleur accès aux traitements nécessaires, mais il permet également de recourir à un système de prix de référence qui va réduire considérablement les coûts d'un régime d'assurance-médicaments, en même temps qu'il permet aux patients d'avoir un plus grand choix de traitements.

Un deuxième élément me pose problème dans le rapport du DPB. C'est la notion du pouvoir d'achat d'un régime unique qui va permettre des rabais de 25 % sur l'ensemble des médicaments. En plus, ce chiffre a parfois été critiqué parce qu'on l'estimait trop optimiste.

Je voudrais rappeler que le Québec est la seule province qui peut se doter d'un système d'appel d'offres pour les génériques pour l'ensemble de son marché, c'est-à-dire pour les régimes publics et pour les régimes privés. En juillet dernier, le Québec a menacé de recourir à un système d'appel d'offres. J'ai longtemps plaidé en faveur d'un système d'appel d'offres, puisque cela réduit les coûts et pourrait réduire les pénuries de médicaments. À peine le Québec venait-il de menacer de recourir à des appels d'offres pour les génériques que les fabricants ont offert un rabais de 38 % en moyenne sur l'ensemble des médicaments génériques. Ce rabais de 38 % n'a pas été pris en compte par le DPB, parce que le rapport était déjà rédigé quand l'entente a eu lieu.

Tout cela pour dire qu'un rabais de 25 % sur les médicaments est un chiffre extrêmement modeste, étant donné le pouvoir d'achat que nous pourrions développer. Nous pourrions aller chercher beaucoup plus.

Finalement, plusieurs économies ont été exclues du calcul. Rappelons-nous que les coûts administratifs des régimes privés sont en moyenne 10 fois plus élevés que ceux des régimes publics.

Le rapport ne prend pas en compte le fait que 30 % des coûts des régimes privés correspondent à la couverture privée des employés du secteur public. C'est donc le gouvernement qui dépense cet argent. On parle d'environ 3 milliards de dollars dépensés par le gouvernement pour la couverture privée en médicaments des employés du secteur public.

• (1535)

Ensuite, les subventions à caractère fiscal pour les régimes privés ainsi que les crédits d'impôt pour les soins médicaux représentent une dépense fiscale de 1,4 milliard de dollars pour le gouvernement fédéral. Ce sont des éléments que j'aurais voulu voir apparaître dans le rapport, mais je comprends qu'on ait décidé de mettre l'accent sur un autre modèle plus restreint. Si on étend le modèle un peu plus loin, si on a une vision plus macroéconomique, on renforce les conclusions du rapport du directeur parlementaire du budget.

Cette semaine, avec le professeur Morgan, nous avons publié une analyse du régime québécois d'assurance-médicaments. Je me ferai un plaisir de vous soumettre une copie de cette analyse. Dans celle-ci, nous essayons de voir quels sont les résultats de ce modèle.

Il faut comprendre qu'au départ, lorsqu'on étudiait la question de la réforme de l'assurance-médicaments au Québec, toutes les recommandations allaient dans le sens de la création d'un régime public universel. Cependant, dans le contexte d'austérité budgétaire, il y a eu une forte pression des assureurs privés, une forte pression des chaînes de pharmacies et des entreprises pharmaceutiques, et on en est arrivé à un régime de compromis, qui est axé davantage sur une logique du secteur privé. On a donc mis en place un système basé sur l'assurance privée obligatoire, et en plus on a inclus une logique du privé. De fait, au lieu d'utiliser les outils institutionnels pour mieux contrôler les coûts, par exemple au moyen de la gestion active d'un formulaire de médicaments ou encore d'un système de prix de référence comme l'avait recommandé le rapport Gagnon, on a préféré essayer de contrôler les coûts en augmentant les coassurances et les franchises.

Si on mesure les résultats en ce qui touche l'accès aux médicaments au Québec, on peut effectivement affirmer que le régime québécois a permis d'étendre la couverture, puisque plus de gens ont accès aux médicaments, mais, en même temps, on a gardé des barrières financières importantes.

Si on mesure l'accès aux médicaments en utilisant comme indicateur le pourcentage de la population adulte qui n'a pas fait remplir au moins une ordonnance pour des raisons financières dans les 12 derniers mois, au Québec, cela touche 8,8 % des Québécois et Québécoises. C'est beaucoup mieux que dans le reste du Canada, où c'est 10,7 %. Toutefois, la moyenne pour les pays dotés d'un régime public universel est de 3,7 %. Comparativement à des pays qui possèdent un régime public universel, le Québec fait donc figure de cancre sur le plan de l'accès aux médicaments.

Nous avons aussi mesuré la question de l'équité. Nous avons montré que le régime québécois était très inéquitable de différentes manières. Tout d'abord, ce n'est pas un régime universel, donc ce n'est pas tout le monde qui a le même accès aux médicaments de la même façon. Ensuite, les primes pour les adhérents au régime public, calculées selon le revenu, sont relativement régressives. Un ménage dont le revenu est de 40 000 \$ par année doit payer la prime annuelle maximale de 1 334 \$, ce qui représente 3 % de son revenu. Un ménage dont le revenu est de 180 000 \$ par année paie la même prime maximale, mais cela correspond à 0,8 % de son revenu. Du côté des primes privées, il n'y a aucun lien avec le revenu, alors on se retrouve avec des iniquités très grandes.

La prime est obligatoire, et celle d'un travailleur à temps plein va souvent être équivalente à celle d'un travailleur à temps partiel. Pour un travailleur à temps partiel ou un travailleur précaire, les primes peuvent atteindre de 10 à 15 % du revenu. On a même vu des cas où la prime d'assurance-médicaments représentait 35 % du revenu.

Aussi, suivant la logique du secteur privé où les gens mutualisent les risques de milieu de travail en milieu de travail, certains milieux de travail vont payer des primes plus élevées si on consomme plus de médicaments. Par exemple, une association de chauffeurs de taxi va se retrouver à payer des primes plus élevées que celles que paiera une association de professeurs d'université.

C'est sur le plan des coûts que l'analyse devient pour moi très importante. En 2014, ses dépenses élevées en médicaments par habitant plaçaient le Canada au deuxième rang parmi tous les pays de l'OCDE, après les États-Unis, et ce, malgré le fait que le Canada fait très mauvaise figure quant à l'accès aux médicaments.

Au Canada, on dépense annuellement 952 \$ par habitant en médicaments. Le Québec est la province qui, de loin, dépense le plus en médicaments par habitant. Le Québec dépense 1 087 \$ par habitant, alors que le reste du Canada dépense 912 \$ par habitant. La médiane des pays de l'OCDE dotés d'un régime public universel d'assurance-médicaments est de 603 \$ par habitant, et de plus, ces pays offrent un bien meilleur accès aux médicaments. Un montant de 603 \$ par habitant, c'est 45 % de moins qu'au Québec.

• (1540)

Le régime hybride du Québec, qui comprend une assurance privée obligatoire, a été mis sur pied dans l'intention de faire diminuer les dépenses publiques en médicaments. Comparativement au reste du Canada, il n'y a pas eu de baisse des dépenses publiques en médicaments.

Toutefois, notre analyse démontre aussi que, sur le plan des dépenses financées par les ménages et les employeurs, le Québec dépense 205 \$ de plus par habitant en médicaments.

[Traduction]

**Le président:** Je dois vous demander de conclure.

[Français]

**M. Marc-André Gagnon:** D'accord.

Bref, il existe un problème de contrôle des dépenses en ce qui a trait aux régimes privés.

En conclusion, au-delà de la question des coûts, l'assurance publique universelle pour les médicaments est une question de principe. Pendant trop longtemps, on a pensé l'accès aux médicaments en tant que privilège offert par les employeurs aux employés. Il semble maintenant évident que tous les Canadiens et toutes les Canadiennes doivent pouvoir avoir accès à ce soin de santé essentiel, peu importe leur code postal ou l'endroit où ils travaillent.

Merci beaucoup.

• (1545)

[Traduction]

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à M. Morgan. Heureux de vous revoir.

**M. Steven Morgan (professeur, École de santé publique et de santé des populations, University of British Columbia, à titre personnel):** Merci beaucoup de m'avoir invité à comparaître à nouveau devant le Comité.

Plutôt que de fournir une introduction complète, je vais simplement mentionner que, depuis ma dernière comparution devant le Comité, en avril 2016, j'ai publié 22 autres documents de recherche soumis à un comité de lecture sur les enjeux liés à l'accessibilité, l'abordabilité et la pertinence des médicaments sur ordonnance utilisés au Canada et dans des pays comparables.

Je suis heureux de dire que mes analyses économiques de l'assurance-médicaments universelle au Canada m'ont permis de rapporter deux prix du meilleur article de l'année, un des Instituts de recherche en santé du Canada, et l'autre, du *Journal de l'Association médicale canadienne*.

Je vais appuyer ma déclaration sur les recherches importantes publiées depuis ma dernière comparution devant le Comité. Le premier article dont je veux vous parler n'est pas le mien; c'est plutôt celui du directeur parlementaire du budget.

Je crois que l'estimation du DPB fournit au Comité une analyse raisonnablement solide de ce que j'appellerais le pire scénario possible d'un programme national d'assurance-médicaments, qui, malgré tout, reste une option intéressante du point de vue éthique et économique.

Le DPB a estimé que les Canadiens renoncent actuellement à environ 50 millions d'ordonnances de médicaments qui pourraient être couverts par un programme universel d'assurance-médicaments en raison des coûts qu'ils doivent payer de leurs poches, soit parce qu'ils ne sont pas assurés, soit en raison des règles sur le partage des coûts de leur régime d'assurance. Le DPB estime qu'un programme d'assurance-médicaments universel pourrait aider les Canadiens à obtenir ces médicaments sur ordonnance et à profiter des avantages connexes sur la santé. Même si les Canadiens présenteraient 50 millions d'ordonnances supplémentaires dans le cadre d'un système universel d'assurance-médicaments, le DPB a estimé qu'un régime public universel d'assurance-médicaments permettrait aux Canadiens d'économiser 4 milliards de dollars par année.

Soyons clairs: le DPB a utilisé un certain nombre d'hypothèses susceptibles de surévaluer les coûts publics d'un régime universel d'assurance-médicaments au Canada. Ce peut être une bonne stratégie du point de vue budgétaire, pour le gouvernement, d'envisager le pire scénario, pour ensuite s'efforcer d'offrir le programme bien en dessous du budget prévu, mais il s'agit d'une estimation conservatrice en raison des hypothèses sous-jacentes du type de modélisation effectué.

Certaines des hypothèses, comme l'idée que le programme couvrirait les coûts de tous les médicaments figurant sur le formulaire québécois, ont été utilisées à la demande du Comité. D'autres hypothèses, comme la décision de ne pas regarder ce qui se fait à l'étranger pour déterminer ce que les systèmes de payeurs uniques paient pour les médicaments, découlaient probablement des contraintes temporelles auxquelles était soumise l'équipe chargée des analyses. Cependant, de façon générale, les estimations du DPB sont quasiment identiques au pire scénario possible tiré de mes modèles économiques publiés en 2015.

Vu l'alignement du cadre de modélisation du DPB avec les cadres de modélisation universitaires indépendants sur le même sujet, cette question peut maintenant être considérée comme close. Le Canada peut se permettre un système universel public d'assurance-médicaments, parce qu'il améliorera l'accès aux médicaments tout en nous permettant simultanément d'économiser des milliards de dollars par année. Quiconque dit le contraire est mal informé ou tente de mal informer d'autres personnes.

J'aimerais maintenant vous communiquer certaines constatations d'une recherche comparative sur les politiques que j'ai réalisées avec mes collègues de la Harvard University. Ces travaux concernent la façon dont les structures des cadres de couverture des médicaments et les politiques d'établissement des prix influent sur les coûts des médicaments et les coûts généraux pour la société.

La première chose que nous avons démontrée dans le cadre de cette recherche, c'est que la couverture importe. Les pays qui fournissent une assurance-médicaments universelle à peu ou pas de coûts directs pour les patients obtiennent de meilleurs résultats au chapitre de l'accès aux traitements nécessaires. En utilisant des données de sondages internationaux de 2015 et 2016, nous avons constaté que les Canadiens sont entre de deux à cinq fois plus susceptibles de déclarer ne pas avoir fait remplir une ordonnance en raison des coûts que les citoyens de neuf pays comparables offrant une assurance-médicaments universelle. C'est parce que des millions de Canadiens ne sont pas assurés ou ont une assurance assortie de modalités de partage des coûts assez brutales, comme des franchises et une coassurance, des mesures dont il a été prouvé qu'elles réduisent l'accès aux médicaments nécessaires.

Malgré les beaux discours des fabricants des médicaments et des groupes de réflexion qu'ils peuvent embaucher, le Comité ne doit pas être berné par les affirmations selon lesquelles il y a un manque d'accès aux médicaments novateurs dans les pays adoptant des modèles d'assurance-médicaments universelle. Tous les pays comparables à haut revenu offrant une assurance-médicaments universelle donnent un accès à des médicaments dont l'innocuité, l'efficacité et la rentabilité ont été prouvées dans leur système de soins de santé. Ce que ces pays ne font pas, c'est de fournir aux fabricants de médicaments l'accès aux marchés à des prix qui ne peuvent pas être justifiés par des données scientifiques de qualité concernant les comparaisons coûts-efficacité. C'est la raison pour laquelle les intervenants de l'industrie n'aiment pas les systèmes universels d'assurance-médicaments qui sont bien intégrés dans le système global de financement des soins de santé.

À ce sujet, la deuxième constatation découlant de notre recherche comparative sur les politiques dont je veux vous faire part, c'est que la façon dont les médicaments sont financés a un impact majeur sur le contrôle des coûts. Dans un article récent, nous avons montré que les systèmes avec un payeur unique pour financer les médicaments sur ordonnance obtiennent de meilleurs résultats en ce qui a trait au contrôle des coûts que les systèmes à payeurs multiples. En moyenne, les systèmes à payeur unique en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Norvège, en Suède et au Royaume-Uni coûtent 20 % de moins par habitant que les systèmes à payeurs multiples en Suisse, en Allemagne, en France et aux Pays-Bas.

● (1550)

Malheureusement pour les Canadiens, nous avons constaté que le système de financement fragmenté du Canada était associé aux coûts les plus élevés de tous ces pays comparables tout en étant celui qui incite le moins à tenir compte des coûts au moment d'offrir une couverture et de prendre des décisions en matière de prescription.

Si le Canada devait intégrer les médicaments dans un système d'assurance-médicaments à payeur unique d'une façon comparable à ce qui se fait en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Norvège, en Suède ou au Royaume-Uni, nous pourrions économiser au moins 7 milliards de dollars par année tout en améliorant de façon marquée l'accès aux médicaments.

Cela m'amène à la dernière constatation pertinente de nos travaux sur la structure de financement des médicaments, c'est-à-dire qu'aucun des pays comparables dotés des systèmes à payeur unique pour les soins de santé n'utilise un système privé distinct pour financer les médicaments sur ordonnance. Tous les pays comparables intègrent les médicaments dans leurs systèmes d'assurance généraux et, par le fait même, fournissent aux gestionnaires du système des mesures incitatives et l'autorité morale de tenir compte minutieusement des coûts et des avantages des médicaments

comparativement aux autres formes de soins pour les populations qu'ils servent. C'est l'une des raisons pour lesquelles les autres pays peuvent gérer efficacement les coûts des médicaments tout en conservant le soutien du public lorsqu'ils prennent des décisions difficiles, mais nécessaires au sujet des médicaments qui seront couverts et non couverts.

Le dernier domaine de recherche que je veux souligner concerne notre obligation de fournir une assurance-médicaments universelle et l'importance du rôle du gouvernement fédéral dans cette entreprise. Le Canada a ratifié des déclarations des Nations unies qui établissent le droit aux soins de santé, y compris le droit d'avoir accès à des médicaments essentiels sans obstacle financier, qui constitue un droit de la personne fondamentale. Les États membres des Nations unies ont l'obligation d'assurer les droits fondamentaux de tous leurs citoyens, ce qui signifie que le gouvernement fédéral a la responsabilité précise de le faire, au Canada.

Malgré le caractère complexe de notre fédération, le Canada a réussi à respecter des normes nationales en matière d'assurance publique universelle pour les soins de santé et les services hospitaliers, ce qu'il a fait dans les années 1950 et 1960. Il l'a fait grâce à un système de partage des coûts visant à s'assurer que toutes les provinces pouvaient et allaient fournir les soins nécessaires à leurs résidents. Franchement, le Canada doit faire la même chose pour les médicaments sur ordonnance, ou au moins pour les médicaments essentiels.

Comme dans les chapitres précédents de l'histoire du régime d'assurance-maladie canadien, le gouvernement fédéral devra fournir un soutien pour que cela se produise. Certaines provinces ne peuvent pas offrir un système d'assurance-médicaments par elles-mêmes en raison de contraintes liées aux ressources. D'autres provinces ne peuvent pas le faire en raison d'intenses pressions régionales que les intervenants exercent sur les gouvernements qui veulent intégrer les produits pharmaceutiques dans le système de soins de santé de façon à réduire les coûts excessifs des médicaments dans notre système actuel. Les gouvernements sont plus forts lorsqu'ils agissent à l'unisson, et je crois que le contexte canadien exige du gouvernement fédéral qu'il crée un partenariat avec les provinces et les territoires.

La question deviendra peut-être ensuite celle de savoir par où il faut commencer. Plus tôt cette année, avec le Dr Nav Persaud et d'autres collègues de l'Université de Toronto, j'ai publié un article montrant que l'établissement d'une couverture publique universelle d'un ensemble limité de médicaments essentiels est un bon point de départ pour les gouvernements qui veulent adopter un système d'assurance-médicaments universel plus complet. Dans cette analyse, nous avons montré de quelle façon le fait de couvrir une liste d'un peu plus de 100 médicaments pourrait permettre de répondre aux besoins pharmaceutiques des trois quarts des Canadiens.

Même si une couverture publique plus complète reste l'objectif d'un programme national d'assurance-médicaments, le fait de commencer par les médicaments essentiels signifie qu'on n'aurait pas besoin de remplacer d'entrée de jeu les régimes d'assurance-médicaments privé et public déjà en place. Pendant que d'autres régimes sont éliminés progressivement, le programme des médicaments essentiels pourrait permettre de définir le processus canadien de couverture publique, peu importe le nombre de médicaments qu'il faut couvrir au départ vu le budget initial.

Plutôt que d'adopter l'approche historique qui consiste à définir quels Canadiens sont couverts pour quasiment tous les médicaments, cette approche permettrait de déterminer quels médicaments devraient être couverts pour chaque Canadien. On aiderait ici à respecter le droit à la santé des Canadiens, puisque l'obligation d'un État consiste non pas à fournir des médicaments à n'importe quelle fin et à n'importe quel prix, mais plutôt à assurer un accès universel aux médicaments qui répondent de façon sécuritaire et efficace aux besoins légitimes liés à la santé tout en le faisant à un coût qui peut être justifié et durable, vu les besoins divergents en matière de santé de notre population et les différents moyens de répondre à ces besoins en fonction des budgets disponibles.

Si le gouvernement fédéral fournissait, par exemple, 3 milliards de dollars par année, il pourrait financer jusqu'à 50 % des coûts associés à une liste raisonnablement complète des médicaments essentiels qu'on pourrait fournir à tous les Canadiens en un an. Durant ce temps, la liste des médicaments pourrait être dressée par un comité consultatif d'experts. Un processus d'appel d'offres pourrait être établi et appliqué pour les quelque 100 médicaments qui seraient retenus, et les provinces accepteraient assurément de participer en raison des économies budgétaires qu'elles pourraient réaliser et des avantages dont bénéficieraient leurs résidents.

Même s'il était limité à un petit nombre de médicaments, un tel programme serait susceptible de faire économiser aux ménages canadiens et aux entreprises canadiennes environ 6 milliards de dollars, générant des économies nettes de 3 milliards de dollars pour le Canada.

• (1555)

À mesure que le programme prend de l'expansion, on pourrait l'élargir jusqu'à ce qu'il soit aussi complet que le modèle d'assurance-médicaments dont le DPB a estimé les coûts. S'il est fondé sur les meilleures pratiques en matière d'approvisionnement dans le secteur pharmaceutique, le programme pourrait assurément entraîner des économies nettes supérieures à l'estimation de 4 milliards de dollars par année calculée par le DPB.

Je terminerai en disant qu'il y a des options évidentes et convaincantes pour adopter un système universel d'assurance-médicaments équitable et durable au Canada. Je vous remercie beaucoup de m'avoir invité à nouveau afin de vous fournir les éléments probants dont vous avez besoin pour déterminer quelle sera la meilleure option pour les Canadiens.

Merci.

**Le président:** Merci beaucoup. Je suis heureux que vous soyez venu.

Nous passons ensuite au Dr Raza.

**Dr Danyaal Raza (président, Médecins canadiens pour le régime public):** Merci, monsieur le président.

Merci aussi aux membres du comité de la santé de m'avoir invité à comparaître aujourd'hui.

Je suis ici non seulement en tant que président de Médecins canadiens pour le régime public, mais aussi en tant que médecin de famille à Toronto. En effet, je travaille dans les quartiers défavorisés du centre-ville de Toronto et je rencontre tout le spectre des patients, depuis les bénéficiaires d'aide sociale qui ont de la difficulté à joindre les deux bouts jusqu'aux travailleurs pauvres en passant par ceux qui sont solidement ancrés dans la classe moyenne. Eh oui, je vois même quelques banquiers et consultants de Bay Street. Ma salle d'attente est toujours animée.

Fondé en 2006, Médecins canadiens pour le régime public représente des médecins de partout au pays et prône des réformes fondées sur des données probantes et des valeurs dans le cadre de notre système de soins de santé public.

En guise de contexte à ma déclaration d'aujourd'hui, je présenterai des copies d'un bref rapport que l'organisation Médecins canadiens pour le régime public a publié en partenariat avec le Centre canadien de politiques alternatives avant la parution du récent rapport du DPB sur les coûts de l'assurance-médicaments. Dans ce document, nous brossons un aperçu des dépenses publiques et privées actuelles consacrées aux médicaments sur ordonnance et certaines des économies potentielles auxquelles les Canadiens pourraient s'attendre grâce à la mise en place d'un programme universel d'assurance-médicaments.

Nous avons la chance aujourd'hui d'être en présence d'experts bien connus du domaine économique qui ont une grande expertise du dossier, et, même si je vais volontiers parler d'argent, je veux aussi axer ma déclaration sur les répercussions positives pour la santé que générerait un tel programme.

J'ai été très chanceux d'être né au Canada, d'y avoir grandi et d'y avoir fait tout mon cheminement scolaire, jusqu'à l'université. Et maintenant, j'ai la chance incroyable de pratiquer la médecine familiale dans notre système public universel à payer unique. En tant que Canadiens, c'est quelque chose dont nous sommes vraiment fiers, et avec raison. Malheureusement, en tant que médecin de famille qui possède une pratique très diversifiée et travaille auprès d'un ensemble très diversifié de patients, je vois aussi de première main dans quelle mesure le même système public ne va pas assez loin. Chaque jour que je passe à la clinique, je constate de quelle façon les lacunes liées à la couverture et aux soins de santé font en sorte que de nombreux Canadiens passent entre les mailles du filet au sein de notre système incomplet.

Chez Médecins canadiens pour le régime public, nous sommes, bien sûr, fiers de notre système, et c'est la raison pour laquelle nous travaillons inlassablement, non seulement pour défendre les principes sur lesquels le système est fondé et sur lesquels il s'appuie, mais aussi pour trouver des façons de l'améliorer. Cela signifie bien sûr qu'il faut chercher des innovations qui rendront le système plus efficient et plus accessible tout en s'assurant d'obtenir les meilleurs résultats pour les Canadiens. Lorsque nous parlons d'assurance-médicaments, nous parlons d'un tel programme. Lorsque nous abordons cette question, nous la percevons comme la composante inachevée de l'assurance-maladie.

Lorsque je suis avec un patient et que j'exerce la médecine, il n'y a rien de pire que de réussir à poser un diagnostic, de discuter avec mon patient, de mettre au point un plan de traitement qui est sensé pour lui et pour moi, qui suis son médecin de famille — et cela exige souvent des médicaments sur ordonnance — seulement pour me rendre compte qu'il n'est pas admissible à un régime public fondé sur les revenus ou l'âge, qu'il n'a pas d'assurance liée à son emploi et que, s'il veut obtenir les médicaments en question, il devra puiser dans ses économies pour obtenir des soins médicaux nécessaires.

En fait, c'est une situation qui se produit si souvent que j'inclus des questions au sujet de l'assurance lorsque je rencontre un nouveau patient durant les rencontres d'accueil. Je pose ces questions, parce que je dois être au courant de la situation, je dois savoir en quoi cela sera un obstacle à des traitements et en quoi cela influera sur les soins que je peux ou non lui offrir. Lorsque la seule option d'un patient est de payer lui-même, le coût des médicaments commence aussi à influencer sur d'autres décisions budgétaires, y compris le loyer, des aliments sains, de l'électricité et, bien sûr, les médicaments sur ordonnance nécessaires pour des raisons médicales.

C'est une situation qui s'applique tout particulièrement aux travailleurs pauvres et aux personnes qui ont un emploi précaire. Cela signifie que les patients vivent un phénomène qu'on appelle la « non-observation liée aux coûts », qui entraîne des hospitalisations inutiles et peut mener à des maladies. Cela signifie que des troubles médicaux chroniques, comme l'hypertension, ou un taux élevé de cholestérol, ne sont pas traités jusqu'à ce que des complications aiguës apparaissent, ce qui crée un fardeau inutile sur le patient en tant que tel, sa famille, ses êtres chers et l'ensemble de notre système de soins de santé.

On estime qu'entre 5 et 6 % des hospitalisations au Canada découlent du non-respect d'ordonnances, et que cela nous coûte environ 1,6 milliard de dollars par année. Même si nous ne connaissons pas le pourcentage de ces cas qui sont imputables au fardeau financier de l'achat des médicaments, nous savons que c'est un problème souvent mentionné, pas seulement par les médecins, mais par les patients. Par exemple, la non-observation liée aux coûts a été rapportée par 9,6 % des répondants ayant reçu une prescription de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007. Les obstacles financiers à l'accès aux prescriptions nécessaires pour des raisons médicales sont surtout ressentis de façon marquée par les Canadiens à faible revenu, 20 % de ces répondants déclarant des problèmes de non-observation liée aux coûts.

• (1600)

Ici, en Ontario, où j'exerce, si une personne est assez vieille ou assez pauvre, elle peut être admissible à un régime public d'assurance-médicaments complet. Cependant, pour les Ontariens contractuels ou qui occupent des emplois précaires et qui ont peut-être exactement les mêmes maladies que leurs pairs admissibles en raison de leur revenu ou de leur âge, l'accès aux médicaments dépend entièrement de leur régime d'assurance privé ou du solde dans leur compte bancaire.

Par exemple, en 2015, le Wellesley Institute a déclaré qu'un Ontarien gagnant 100 000 \$ ou plus par année avait plus de 90 % de chances d'avoir accès à un régime d'assurance-médicaments à son travail. Cependant, pour ceux gagnant moins de 10 000 \$ par année, le pourcentage tombait à 20 %. Nous savons aussi, à la lumière de la littérature médicale, que la santé est associée à la richesse et au revenu et, bien sûr, ceux qui sont les moins susceptibles d'avoir accès à un régime d'assurance-médicaments sont aussi ceux qui sont les plus susceptibles d'en avoir besoin.

Si, plutôt, nous examinons les maladies non pas en fonction du revenu d'emploi, mais en tant que telles, une autre étude récente estime que la disparité liée à l'accès aux traitements chez les Ontariens en âge de travailler aux prises avec le diabète entraîne 700 décès prématurés par année. On parle de 700 décès prématurés liés à une maladie chaque année dans une province, en raison du manque d'accès à des traitements. Et là, on ne tient même pas compte des coûts ou des répercussions sociales associés aux complications du diabète, comme une insuffisance rénale chronique, des problèmes de vision, une cicatrisation défectueuse, la neuropathie périphérique

et le risque accru de crises cardiaques et d'accidents vasculaires cérébraux.

Lorsque je parle à des collègues d'autres pays des raisons pour lesquelles je suis fier d'être un médecin au Canada, je mentionne le soulagement de savoir que le coût n'entre pas en ligne de compte lorsque les patients ont accès à des services hospitaliers ou aux services d'un médecin dont ils ont besoin pour des raisons médicales. Les faillites pour raisons médicales comme on en voit aux États-Unis sont heureusement rares, ici, mais nous ne pouvons pas faire fi du fardeau financier important associé à un diagnostic, lorsque nous n'avons pas accès aux médicaments sur ordonnance nécessaires.

J'ai été heureux de voir dans le récent rapport du DPB la reconnaissance des économies potentielles qu'un programme national d'assurance-médicaments pourrait générer au Canada, surtout lorsque j'ai vu les économies estimées à 4 milliards de dollars qui ont été calculées malgré des estimations prudentes et conservatrices des économies liées à l'administration et à la réduction du prix des médicaments.

Des économistes et des experts du DPB vous ont parlé du nombre de facteurs dont on tient compte lorsqu'on détermine les coûts potentiels de la mise en oeuvre d'un programme universel d'assurance-médicaments à payeur unique, ici, au Canada. Vous avez aussi, bien sûr, entendu parler des possibles économies financières qui découleraient d'un accès universel.

Ce que mes collègues de Médecins canadiens pour le régime public et moi ainsi que des médecins de partout au pays peuvent vous dire avec un fort niveau de certitude, c'est qu'un tel programme aurait un impact majeur et positif sur la santé des Canadiens ordinaires, sur les patients que nous voyons tous les jours dans notre cabinet. Sachez que, lorsqu'un Canadien se rend chez le médecin, les soins ne prennent pas fin lorsqu'il quitte le cabinet, et que les ordonnances nécessaires pour des raisons médicales qu'il a en main sont les médicaments les plus appropriés et les meilleurs médicaments disponibles à la lumière de ses besoins, et pas de sa capacité de payer.

L'heure est venue de combler cette lacune flagrante de notre système de soins de santé.

Merci.

**Le président:** Merci de votre contribution. Je vous suis très reconnaissant.

Monsieur Frank, heureux de vous revoir. Je vois que vous étiez ici en mai 2016 pour parler du même enjeu.

**M. Stephen Frank (président et directeur général, Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes):** Merci de m'avoir invité à nouveau.

• (1605)

[Français]

Je m'appelle Stephen Frank et je suis président-directeur général de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, l'ACCAP. Je suis accompagné aujourd'hui de Karen Voin, vice-présidente, Assurance collective et Lutte antifraude, également de l'ACCAP.

[Traduction]

Au nom de l'industrie de l'assurance-vie et de l'assurance-maladie, je tiens à vous remercier de nous donner l'occasion de nous adresser à vous encore une fois alors que vous terminez vos consultations sur cet important sujet qu'est l'assurance-médicaments.

[Français]

Notre association représente des sociétés détenant 99 % des régimes d'assurance-vie et d'assurance-maladie en vigueur au Canada. Dans tout le pays, 24 sociétés offrent de l'assurance-maladie complémentaire à plus de 28 millions de personnes. Notre industrie comprend des organismes sans but lucratif, comme la Croix Bleue, des sociétés de secours mutuel et de plus grandes entreprises. Nous travaillons de concert avec les employeurs pour offrir aux travailleurs canadiens une protection maladie complémentaire couvrant une large gamme de médicaments sur ordonnance, des services paramédicaux, comme les traitements de psychologues, de physiothérapeutes ou de chiropraticiens, de même que les examens de la vue, les lentilles et verres correcteurs et les soins dentaires, pour ne nommer que quelques-unes de nos garanties.

[Traduction]

L'industrie canadienne des assureurs de personnes du Canada croit que tous les Canadiens devraient avoir accès à des médicaments sur ordonnance abordables. Aujourd'hui, les coûts des médicaments sur ordonnance sont trop élevés, et nous savons qu'il y a des lacunes en ce qui a trait à la couverture. Cependant, d'importantes réductions des prix et un meilleur accès pour tous les Canadiens peuvent être réalisés aujourd'hui grâce au système actuel.

Les assureurs canadiens veulent vraiment aider et croient avoir beaucoup à offrir. Plusieurs initiatives mises en place par les gouvernements fédéral et provinciaux pourront changer la situation.

[Français]

Les modifications proposées au règlement du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, le CEPMB, sont importantes, car elles fourniront au CEPMB les outils nécessaires pour réduire les coûts. Nous appuyons sans réserve l'orientation prise par le CEPMB et nous continuerons à collaborer avec les autorités afin de mieux les aider.

[Traduction]

De plus, par l'intermédiaire de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique ou APP, on pourra aussi réduire les coûts des régimes publics. Nous croyons que les gouvernements fédéral et provinciaux sont sur la bonne voie, mais ils doivent aller plus loin. L'approche actuelle tire seulement parti de la moitié du pouvoir d'achat du marché canadien dans le cadre des négociations, et cela fait en sorte que les Canadiens qui ont des assurances privées ou qui doivent payer de leur poche doivent se défendre par eux-mêmes. Cette situation entraîne des prix qui sont plus élevés qu'ils ne devraient l'être, et cela contribue aussi à des prix inégaux pour les mêmes médicaments un peu partout au Canada.

La bonne nouvelle, c'est qu'il y a une façon facile de régler ces deux problèmes. Les régimes privés doivent être inclus dans l'APP. Cela permettrait aux gouvernements de négocier les meilleurs prix possible, en misant sur l'ensemble du volume du marché canadien, tout en s'assurant que tous les Canadiens seront traités équitablement et qu'ils payent le même prix pour les mêmes médicaments.

Au bout du compte, l'industrie canadienne des assureurs de personnes croit que la meilleure solution pour assurer une couverture durable des médicaments sur ordonnance en est une qui réunit les forces des systèmes public et privé. Nous travaillons en collaboration avec les employeurs pour offrir un accès à un large éventail de médicaments sur ordonnance grâce à des régimes d'assurance-médicaments des employeurs. Les Canadiens aiment leurs régimes d'avantages sociaux, qui leur fournissent un accès rapide à plus de 12 000 médicaments sur ordonnance. Le sondage de Sanofi,

en 2016, souligne l'importance que les employés accordent à leur assurance-médicaments: 94 % d'entre eux ont indiqué que leurs régimes d'assurance-médicaments sont très importants ou assez importants. L'une des raisons pour lesquelles les employés aiment autant leurs régimes d'assurance-médicaments, c'est que les nouveaux médicaments sont approuvés plus rapidement que dans les régimes privés, ce qui donne aux Canadiens un accès plus rapide aux médicaments nouveaux et novateurs et qu'il y a, généralement, moins de restrictions.

Cependant, il y a des lacunes dans le système canadien, et il est crucial de comprendre ces lacunes si nous voulons trouver des solutions appropriées et ciblées. Il y a des Canadiens qui n'ont pas accès à un régime public ou privé ou qui ne bénéficient peut-être pas d'une couverture adéquate. Nous devons cibler et coordonner nos efforts pour comprendre où sont ces lacunes afin de trouver des solutions réalisables et ciblées.

Le rapport que le Bureau du directeur parlementaire du budget a présenté au Comité il y a quelques semaines présente les coûts liés à l'adoption d'un système universel à payeur unique ainsi que les économies qu'on pourrait tirer de l'achat en masse. Même avec des hypothèses optimistes, les coûts seraient de près de 20 milliards de dollars pour le gouvernement fédéral. Pour ce qui est des économies estimées, on prévoit qu'elles découleront principalement d'une meilleure négociation des prix des médicaments grâce au pouvoir d'achat total du marché canadien. Comme je l'ai décrit plus tôt et comme je tiens à le souligner, rien ne nous empêche d'aller dans cette direction dès maintenant en incluant les assureurs dans le giron de l'APP.

Au bout du compte, les économies prévues liées aux dépenses générales pour des médicaments peuvent être réalisées aujourd'hui avec un minimum de perturbations et sans retirer l'accès à un large éventail de régimes d'assurance des médicaments sur ordonnance que les employés canadiens apprécient autant.

• (1610)

[Français]

Pour terminer, je dirai que notre industrie tient à collaborer étroitement avec les gouvernements et ainsi contribuer à l'amélioration du système de santé canadien.

Je vous remercie du temps que vous nous avez accordé aujourd'hui. Je serai heureux de répondre à toute question que vous pourriez avoir.

[Traduction]

**Le président:** Merci beaucoup. Il vous reste encore un peu de temps. Madame Voin, voulez-vous formuler quelques commentaires ou est-ce que tout est beau?

**Mme Karen Voin (vice-présidente, Assurance collective et lutte contre la fraude, Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes):** Non.

**Le président:** Nous allons passer directement aux questions, alors, en commençant par M. Oliver, qui a sept minutes.

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

Encore une fois merci à certains d'entre vous qui se présentent à nouveau devant le Comité.

Monsieur Gagnon, docteur Raza et monsieur Morgan, je vous remercie de votre leadership dans ce dossier. Si je ne m'abuse, certains d'entre vous s'intéressent à cette question depuis des années et des années. Monsieur Morgan, vous avez dit vous intéresser à la question depuis près de 20 ans, et vous avez donc fait preuve d'un excellent leadership dans la mesure où vous avez approfondi la question au point où nous pouvons maintenant, en tant que Comité, profiter des travaux que vous avez réalisés.

Nous terminons l'étude. Je crois qu'il s'agit de notre dernière réunion avec témoins avant que nous ne commençons à donner des directives aux analystes afin qu'ils rédigent le rapport du Comité. Mes questions porteront sur certains domaines qui, selon moi, n'ont pas encore été abordés et n'ont pas fait l'objet de témoignages. Mes questions ne seront donc pas de nature très générale. Elles portent principalement sur des aspects fédéraux, provinciaux et nationaux de la façon dont on fait les choses.

Vu les défis liés à l'élaboration d'un formulaire fondé sur la science et des données probantes et à la détermination des meilleures stratégies de négociation possible dans le cadre des processus d'achat, j'ai l'impression qu'un formulaire national — qui serait créé en collaboration, de toute évidence, par les provinces, les territoires et le fédéral — serait la meilleure façon de procéder. Êtes-vous d'accord avec cette affirmation?

**M. Marc-André Gagnon:** La réponse, c'est oui. Cependant, en même temps, il peut y avoir une liste différente d'exemptions dans différentes provinces en fonction des besoins précis, mais...

**M. John Oliver:** Mais, de façon générale, il faut commencer à l'échelon national...

**M. Marc-André Gagnon:** ... un formulaire national, oui.

**M. John Oliver:** Voulez-vous ajouter quelque chose, monsieur Morgan?

**M. Steven Morgan:** On peut dire sans se tromper que tous les pays qui ont des systèmes efficaces de gestion des coûts et de l'accès de façon à offrir un accès équitable tout en contrôlant les coûts utilisent un genre de formulaire national.

**M. John Oliver:** Merci.

**Dr Danyaal Raza:** Ce n'est pas seulement une bonne chose du point de vue du rapport coût-efficacité. C'est aussi une façon de s'assurer que nous payons seulement pour les médicaments qui fonctionnent vraiment, et pas seulement pour les médicaments qui sont approuvés.

**M. John Oliver:** Dans ce cas-là, la question suivante consiste à savoir qui administrera le formulaire. Si on envisage un modèle à payeur unique, un formulaire sera administré à l'échelon fédéral, ou est-ce que le système sera administré par les provinces et les territoires, comme c'est le cas pour le reste du régime d'assurance-maladie?

Ma conclusion, c'est que les provinces ont dépensé 13,1 milliards de dollars pour les régimes publics l'année dernière pour offrir une couverture à leur population assurée; elles ont donc déjà de solides mécanismes de paiement aux pharmaciens et aux autres intervenants pour soutenir ce système public.

C'est une chose que je n'aime pas dans le rapport. On indique que les coûts pour le gouvernement fédéral s'élèveraient à 20,4 milliards de dollars, mais, en fait, 13,1 milliards de dollars sont déjà dépensés à l'échelon provincial. Si l'on pense à qui paye et comment nous pouvons nous le permettre, il y a d'autres niveaux de paiement. Du côté des assurances privées, le montant s'élevait à environ 9 milliards de dollars, mais, de ce nombre, près du quart étaient destinés aux

municipalités, aux universités, aux écoles, aux hôpitaux et aux gouvernements, qui, là aussi, relèvent du contrôle provincial, et il a été possible de payer.

Selon mes calculs, si on regarde ce que comprennent déjà les régimes publics et vu que le quart des milieux de travail sont assurés, la couverture s'élève déjà à 15,8 milliards de dollars, et, en fait, il reste seulement environ 3,5 ou 3,7 milliards de dollars à l'échelon fédéral. Et là, c'est si on présume qu'on libère tous les employeurs afin que tous leurs employés soient maintenant assurés sans qu'ils n'aient à leur payer des avantages sociaux.

Est-ce que ce que je dis est logique selon vous? Ces chiffres représentent-ils selon vous fidèlement ce à quoi on peut s'attendre?

**M. Marc-André Gagnon:** Ça me semble logique, mais, comme je l'ai mentionné dans ma déclaration, vous ne comptez pas la subvention fiscale fédérale dépensée actuellement pour les régimes privés. Elle s'élève à plus ou moins 1,4 milliard de dollars par année, alors, en fait, le montant serait encore plus bas pour le gouvernement fédéral.

**M. John Oliver:** Je n'ai pas non plus mentionné les frais qui sont payés pour gérer plus d'une centaine de régimes d'assurance privée. Ces frais s'élèvent à environ 4 ou 5 % et n'ont pas été comptabilisés ici comme des économies.

**M. Marc-André Gagnon:** Absolument.

**M. Steven Morgan:** Pour répondre à votre question, si l'on regarde la logique qui sous-tend la façon dont le système de soins de santé canadiens devait fonctionner, la façon dont notre système était censé être construit progressivement, pour inclure les médicaments sur ordonnance et, plus tard, des choses comme les soins à domicile et les soins de longue durée, le système devait être géré par les provinces et les territoires, et les frais devaient être partagés avec le gouvernement fédéral.

Le montant d'argent nécessaire pour obtenir l'adhésion des provinces devra probablement venir du gouvernement fédéral, alors il faudra mettre en place un nouvel outil générateur de revenus, mais il y a beaucoup de payeurs qui en bénéficieront grandement.

• (1615)

**M. John Oliver:** Pourquoi dites-vous que de nouveaux fonds seront nécessaires?

**M. Steven Morgan:** Il faut les trouver. On ne peut pas nécessairement les tirer immédiatement, par exemple, de l'assurance-maladie prolongée dont les employés du secteur public bénéficient actuellement. Un jour, le système générera des économies pour ces employés et leurs employeurs, mais, à court terme, pour promouvoir le programme, il faut trouver un outil générateur de revenus pour injecter de l'argent dans le système.

L'une des choses que vous avez entendues des employeurs du secteur privé dans le cadre des travaux du Comité, c'est qu'ils sont prêts à adopter un modèle d'assurance-médicaments. Il y a eu des sondages auprès des employeurs au Canada au cours des dernières années qui montrent qu'un nombre surprenant d'employeurs canadiens seraient prêts à contribuer d'une façon ou d'une autre à un régime public, parce qu'un régime public est préférable pour ce qui est de la gestion des coûts. Cela signifie entre autres que les employeurs ne paieront pas pour tout à n'importe quel prix, parce qu'aucun pays rationnel à l'échelle internationale ne procède ainsi. Les seuls intervenants qui le font, malheureusement, ce sont les assureurs privés canadiens, et, au bout du compte, cela nous coûte cher.

**Dr Danyaal Raza:** La seule autre chose que j'ajouterais, c'est que les provinces commencent déjà à passer à l'action dans le dossier, parce que beaucoup de provinces reconnaissent que c'est une lacune majeure de notre système de santé. On a vu l'Ontario lancer l'Assurance-santé Plus à l'intention des personnes de 25 ans et moins pour augmenter le nombre de médicaments sur ordonnance payés par l'État. Le programme entrera en vigueur en janvier. Pour mes plus jeunes patients qui travaillent dans une économie à la demande ou qui occupent des emplois contractuels, qui ne peuvent pas trouver du travail et qui, plutôt, travaillent pour Uber ou livrent des pizzas, ça fera une énorme différence.

**M. John Oliver:** Merci. Est-ce qu'il me reste du temps?

**Le président:** Il vous en reste, mais M. Frank voulait dire quelque chose.

**M. John Oliver:** L'option logique serait alors de modifier la Loi canadienne sur la santé et d'ajouter dans la définition ce que les provinces et les territoires doivent couvrir. Il s'agirait d'un énoncé concernant la couverture des médicaments qui sont prescrits par...

**M. Steven Morgan:** Je peux répondre rapidement à cette question. Je ne suis pas tout à fait convaincu qu'il faut rouvrir la Loi canadienne sur la santé, ce que Roy Romanow a recommandé comme objectif à long terme pour les médicaments sur ordonnance. Il y a certains principes dans la Loi canadienne sur la santé qui ne sont peut-être pas conformes à la façon dont il faut gérer un programme d'assurance-médicaments, comme le fait qu'il n'y ait pas de frais d'utilisation pour les patients concernant tous les médicaments admissibles couverts. En fait, comme M. Gagnon l'a souligné, la plupart des systèmes misent sur un certain partage des coûts avec les patients pour les inciter, au moins, à utiliser les traitements les plus économiques avant de passer aux autres.

Vous pourriez décider d'intégrer tout cela dans la Loi canadienne sur la santé, mais il faudrait certains rajustements. On pourrait créer une loi canadienne sur l'assurance-médicaments, qui serait similaire, qui aurait le même objectif et qui expliquerait de façon plus précise de quelle façon le régime fonctionnerait, le genre d'organisme national qui serait chargé de la gestion du formulaire, la façon dont on imposerait certaines contraintes budgétaires. Je crois que les experts s'entendent, par exemple, sur le fait que le programme doit être assorti d'un budget afin qu'il ne devienne pas un « éléphant blanc ».

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

Monsieur Frank, vous vouliez dire quelque chose.

**M. Stephen Frank:** Oui, je voulais aborder la notion de la réduction des coûts d'administration, dont, si je ne m'abuse, quelqu'un a parlé.

Je tiens à rappeler à tous les membres du Comité que nous n'administrons pas les régimes d'assurance-médicaments. Nous administrons tout ce qui concerne les prestations supplémentaires, qui incluent un large éventail de choses: l'assurance dentaire, les soins paramédicaux, les soins de la vue et les hôpitaux. On ne peut pas présumer que, si le gouvernement s'occupait des médicaments sur ordonnance, les coûts payés par les employeurs qui fournissent ces services disparaîtraient. Je crois qu'il faut faire attention lorsqu'on parle, ici, d'économies de milliards de dollars.

L'autre chose que je veux souligner, c'est que, généralement, lorsqu'on passe d'un régime privé à un régime public, beaucoup de personnes qui, aujourd'hui, sont couvertes pour certaines choses ne seront plus couvertes par un régime public.

C'est quelque chose qui est mentionné dans le rapport du DPB. C'est dit presque en passant, lorsqu'il est question des 3,9 milliards de dollars dépensés. On présume tout simplement que ces coûts continueront d'être assumés par les employeurs. Je crois que le Comité doit réfléchir à ce que signifient ces 3,9 milliards de dollars. Il s'agit de centaines de milliers de personnes qui sont actuellement remboursées pour des traitements, et le modèle présume qu'elles ne seront plus couvertes à l'avenir, et qu'elles devront trouver une couverture d'une façon ou d'une autre.

Franchement, lorsque nous parlons aux employeurs — et nous avons beaucoup d'expérience, particulièrement auprès des syndicats du secteur public et auprès de quiconque est couvert par une convention collective —, c'est la plus importante réticence à l'égard du changement. Les assureurs veulent fournir des outils de gestion des médicaments vraiment solides et de pointe. Ce sont les employeurs qui hésitent à le faire. Dans certains cas, ce sont les personnes visées par des conventions collectives et les agents de négociation qui seront les plus difficiles à convaincre, parce qu'ils savent très bien ce à quoi ils devront renoncer.

Le Comité doit comprendre qu'il y a des coûts associés au fait de passer d'un régime privé à un régime public. Des gens seront laissés pour compte, et le processus ne sera pas si facile que le décrivent les nombreuses personnes qui le proposent.

**Le président:** Merci beaucoup.

Madame Gladu, vous avez sept minutes.

**Mme Marilyn Gladu (Sarnia—Lambton, PCC):** Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins d'être revenus. Je suis nouvelle, ici, et je n'étais pas là la dernière fois que vous êtes venus. Je vous remercie de vos témoignages.

Je veux vraiment obtenir une réponse au sujet du problème des 12 % de personnes qui, selon le directeur parlementaire du budget, ne peuvent pas, actuellement, obtenir des médicaments sur ordonnance, soit parce qu'ils ne sont pas couverts, soit parce qu'ils ne peuvent pas payer. Lorsque nous avons choisi le Québec comme modèle d'établissement des coûts, c'est parce qu'on estimait qu'il s'agissait du régime le plus généreux.

Je suis un peu troublée d'entendre M. Gagnon dire que, au Québec, 8,8 % des adultes ne peuvent pas obtenir leurs médicaments sur ordonnance pour des raisons financières, parce que, lorsque je compare ce pourcentage aux 12 % qui n'ont pas de couverture, le problème que nous tentons de régler, cela signifie qu'on réglerait seulement le tiers du problème.

Avez-vous des renseignements sur les raisons pour lesquelles ils ne peuvent pas payer? Est-ce une question de copaiement? De déductions? Une combinaison des deux ou un autre facteur?

● (1620)

**M. Marc-André Gagnon:** Oui, absolument.

Il faut savoir que, lorsque nous avons mis en place le régime au Québec, l'objectif était d'offrir une couverture aux travailleurs à faible revenu qui n'avaient aucune couverture privée. Nous avons élargi la couverture. Pour ce qui est des travailleurs, ils ont un bien meilleur accès au Québec.

Les aînés, par exemple, ont de très importantes quotes-parts et franchises à payer aussi, et une contribution maximale annuelle pouvant dépasser les 1 000 \$ par année maintenant. En réalité, lorsqu'on compare les aînés au Québec et les aînés en Ontario, par exemple, les aînés en Ontario ont un bien meilleur accès que les aînés du Québec.

Nous avons un meilleur accès pour les travailleurs, mais la situation de ceux qui ne travaillent pas au Québec est beaucoup plus problématique. En fait, on imposait aussi une quote-part aux personnes recevant de l'aide sociale, au Québec, mais, à ce moment-là, les coûts que cette mesure générait ailleurs dans le système de soins de santé étaient tellement élevés qu'on a décidé d'éliminer la quote-part des personnes sur l'aide sociale. C'est la raison principale.

**Mme Marilyn Gladu:** Oui, je comprends et je suis d'accord, parce que, ce qu'on constate, c'est que les 12 % qui n'en ont pas les moyens, ne peuvent vraiment pas payer fût-ce un ticket modérateur de 5 \$ ou encore une franchise ou je ne sais quoi d'autre.

Monsieur Morgan, allez-y.

**M. Steven Morgan:** Je crois qu'une des faiblesses du modèle québécois, c'est qu'il est fondé sur un modèle de l'industrie de l'assurance de ce en quoi consiste l'assurance-médicaments, plutôt que sur le modèle intégré des services de santé, qui inclut les médicaments d'ordonnance.

Les systèmes à l'échelle internationale qui intègrent les médicaments dans un système de soins de santé équivalent au nôtre s'assurent que les médicaments préventifs sont gratuits pour le plus grand nombre de personnes possible, de façon à ce que, au moins, ceux qui aident les gens à ne pas se retrouver dans les hôpitaux sont utilisés lorsqu'ils sont prescrits de façon appropriée.

Il faut savoir que, au Québec, le bénéficiaire moyen, quel que soit le régime accessible, a des franchises et des frais de coassurance mensuels élevés qui ne sont tout simplement pas logiques si l'on veut inclure l'assurance-médicaments dans le régime d'assurance-maladie. Si on adopte un système d'assurance-médicaments au Canada, je crois que les experts s'entendent pour dire qu'il faut s'assurer que des médicaments choisis de façon minutieuse sont accessibles à tous sans obstacle financier. Pour d'autres médicaments, il peut y avoir des quotes-parts ou des frais de coassurance, mais il y aurait ce qu'on appelle des paliers dans le formulaire ou concernant les frais que doivent payer les patients.

**Mme Marilyn Gladu:** Très bien.

Il y a autre chose que j'aimerais voir. J'ai de la difficulté à croire que le gouvernement, si nous lui donnions la responsabilité d'administrer le programme d'assurance-médicaments national, ne finirait pas par revenir au même genre de services que ceux qu'on obtient actuellement de l'ARC, du ministère de l'Immigration et d'un certain nombre d'autres ministères. J'ai moi-même tenté d'interagir avec ces ministères en tant que bénéficiaire. J'aimerais que ce régime soit mis en oeuvre rapidement.

Je suis très intéressée par l'idée dont M. Frank a parlé. Je ne comprends pas très bien de quelle façon les provinces payent pour leur régime d'assurance. Dans le cas des bénéficiaires de l'aide sociale et je ne sais qui d'autre qui sont couverts, la province paye l'assurance. La province procède-t-elle par l'intermédiaire d'une des 24 entreprises de l'APP? De quelle façon paie-t-on pour cette couverture actuellement?

**M. Stephen Frank:** C'est un régime public d'assurance-médicaments, mais il est financé à même le Trésor. Un aîné en

Ontario visé par le PMO destiné aux aînés doit présenter sa carte de la RAMO à la pharmacie. La décision est prise par les services administratifs, et les médicaments sont payés à même les fonds du gouvernement de l'Ontario.

**Mme Marilyn Gladu:** D'accord, alors ce n'est pas vraiment une compagnie d'assurance, dans ce cas-là. Ce sont les compagnies privées qui...

**M. Stephen Frank:** Cela n'a rien à voir avec l'assureur. Un employé de la province de l'Ontario est couvert par l'intermédiaire d'un assureur. Tout dépend de la province dont on parle. Dans cette situation, la façon dont le paiement serait réglé est différente. Parfois, on passe par une compagnie d'assurance, parfois, le paiement est direct. C'est compliqué.

**Mme Marilyn Gladu:** Les coûts sont-ils différents pour un régime d'assurance fourni par la province comparativement au régime fourni par des entreprises comme la Sun Life, la Great-West, la Croix-Bleue et ainsi de suite?

**M. Stephen Frank:** Oui. C'est ce que je disais dans ma déclaration.

Actuellement, on se retrouve dans un scénario où les gouvernements se sont réunis. Ils ont négocié des prix inférieurs pour les nouveaux médicaments qui arrivent au Canada, mais ils le font seulement au profit de leurs propres bénéficiaires, leurs employés. Tous les autres, dans la province, qui sont visés par un régime privé sont, essentiellement, laissés à eux-mêmes.

Je me répète: lorsque vous regardez les économies que tout le monde estime pouvoir tirer d'un programme d'assurance-médicaments, vous constatez que le gros des économies découle d'une meilleure mise en commun de nos ressources et de la négociation de prix plus bas grâce au volume entier du marché canadien. Il y a une façon très simple de le faire: il faut tout simplement accepter de commencer à procéder ainsi. Il faut inviter tout le monde à la table de l'APP, et on pourra commencer à bénéficier de ces économies.

• (1625)

**Mme Marilyn Gladu:** Pour composer avec les 12 % qui ne sont pas couverts actuellement, recommanderiez-vous qu'on les intègre immédiatement dans les régimes provinciaux actuels? Nous pourrions tout simplement dire: « D'accord, nous allons couvrir tous ceux qui n'ont pas actuellement de couverture grâce à ces régimes provinciaux. » Serait-ce un point de départ?

**M. Stephen Frank:** Franchement, je ne sais pas si nous comprenons bien qui sont ces 12 %. Je ne crois pas que nous comprenons les raisons pour lesquelles ils ne font pas remplir leur ordonnance. Est-ce une certaine catégorie de médicaments qui est problématique? Y a-t-il une certaine répartition régionale qui est problématique? Nous n'en savons pas assez pour que je puisse affirmer pouvoir vous aider à trouver une solution ciblée.

Dans un environnement normal, où 95 ou 96 % des personnes obtiennent tout ce qu'elles veulent et qu'il y a un manque à gagner de 4 ou 5 %, on tente de trouver des solutions pour combler la lacune. On ne suggère pas nécessairement de tout jeter pour recommencer à zéro.

À court terme, c'est de cette façon que nous proposerions de procéder; ce serait la façon dont il serait logique d'aller de l'avant.

**Mme Marilyn Gladu:** J'ai une question rapide au sujet des médicaments prescrits hors des hôpitaux.

Dans le formulaire du Québec, je n'ai pas très bien compris si les médicaments prescrits hors des hôpitaux pour lutter contre le cancer et liés aux soins palliatifs sont couverts. En raison de l'important vieillissement de la population, je crois que ce sera là un coût énorme.

Avez-vous des renseignements à ce sujet, monsieur Gagnon ou monsieur Morgan?

**M. Marc-André Gagnon:** Le problème, actuellement, en raison de la fragmentation entre la façon dont nous payons pour les médicaments et la façon dont nous payons pour les autres services de santé en établissement, dans les hôpitaux, c'est qu'il y a beaucoup de déplacements de coûts. Grâce aux nouveaux médicaments anticancéreux à prendre par voie orale, par exemple, il n'est plus nécessaire de traiter les gens à l'hôpital, mais il faut alors payer pour les médicaments anticancéreux en tant que tels.

Bon nombre des cas qu'on rencontre... La semaine dernière, nous avons vu une étude montrant que la moitié des nouveaux médicaments anticancéreux qui percent le marché n'avaient pas d'avantages thérapeutiques comparativement à ceux qui existent déjà. Ce qui se produit, c'est que, par exemple, si on a un nouveau traitement qui, plutôt qu'exiger 10 injections par mois, en exige seulement quatre, soyez assuré que, pour les patients, c'est beaucoup plus intéressant, mais si la différence de prix entre 4 et 10 injections est 60 000 \$ par mois, il convient de se demander si on devrait payer pour ça. Puis, on peut se dire: « Eh bien, c'est fantastique. Les assureurs privés acceptent de payer pour ça. » D'un point de vue du rapport coût-efficacité, ce n'est peut-être pas la meilleure solution.

**Le président:** M. Davies est le suivant.

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

Merci d'être là.

Nous voilà revenus là où nous avons commencé. Monsieur Gagnon et monsieur Morgan, nous vous avons demandé de revenir en cette fin d'étude parce que vous avez témoigné au tout début du processus, il y a environ 18 mois. Je vais vous poser mes questions, si vous me le permettez, puisque vous êtes deux des plus éminents chercheurs à l'échelle internationale dans le domaine des politiques pharmaceutiques.

J'ai l'impression, actuellement, que chaque étude examinée par des pairs sérieuse et non biaisée sur l'assurance-médicaments universelle au Canada tire les conclusions suivantes: premièrement, que des millions de Canadiens ne peuvent pas se payer les médicaments prescrits par leurs médecins; deuxièmement, que les Canadiens comptent parmi ceux qui payent le plus cher pour leurs produits pharmaceutiques à l'échelle internationale; troisièmement, qu'on peut offrir une couverture universelle à tous les Canadiens grâce à un système public, et quatrièmement, que nous économiserions des milliards de dollars collectivement si nous procédions ainsi.

Ma première question est donc la suivante, monsieur Gagnon et monsieur Morgan: est-ce que j'ai bien compris ces points?

**M. Marc-André Gagnon:** Oui, absolument.

**M. Steven Morgan:** Oui. J'imagine que le rapport du DPB n'est que le dernier en date à le dire.

**M. Don Davies:** Monsieur Morgan, je veux répéter ce qui suit: j'ai l'impression, à la lumière de ma lecture du rapport du DPB que la conclusion du directeur, c'est que nous économiserions 4,2 milliards de dollars par année, chaque année pour les 5 prochaines années, et ce, en utilisant le formulaire le plus généreux du pays — c'est le formulaire du Québec — et en formulant l'hypothèse la plus conservatrice possible, soit que nous économiserions 25 % grâce à

l'achat en masse, alors qu'il semble, selon moi, que chaque autre administration comparable que nous avons examinée fait des économies plut élevées que ça grâce à l'achat en masse. De plus, le DPB n'a même pas calculé les économies de coûts liées à un certain nombre de facteurs qui entraîneront des économies, comme les coûts liés au non-respect des ordonnances ou la rationalisation de l'administration. Est-ce un bon résumé?

• (1630)

**M. Steven Morgan:** Oui, on a utilisé un formulaire extrêmement ouvert dans le contexte des régimes publics canadiens d'assurance-médicaments. Le rapport s'appuie sur des hypothèses conservatrices quant aux économies de coûts, alors que même notre analyse comparative avec l'organisme gouvernemental américain responsable des anciens combattants, juste ici, en Amérique du Nord, tout juste au sud de la frontière, révèle que cette organisation fait des économies d'environ 50 % comparativement au Canada, dans le cas des médicaments génériques, et d'environ 40 % comparativement au Canada pour ce qui est des médicaments de marque. Nous savons que les estimations de prix étaient conservatrices.

De plus, les auteurs n'ont pas tenu compte de certains effets de la substitution thérapeutique qui pourrait survenir si on utilise un formulaire fondé sur des données probantes. C'est en partie parce qu'ils ont présumé qu'il allait s'agir du formulaire du Québec. Si on mise sur un formulaire fondé sur des données probantes, on peut s'attendre à des milliards de dollars d'économies supplémentaires.

C'est le travail d'un régime public d'assurance-médicaments de mettre l'accent sur l'optimisation des ressources. Nous allons accepter de couvrir tout le monde lorsqu'on obtient le médicament au bon prix et que sa valeur est bonne, et nous dirons non lorsque la valeur du médicament n'est pas appropriée. C'est là que le pouvoir d'achat entre en ligne de compte.

Pour ce qui est des affirmations de l'industrie de l'assurance selon laquelle les compagnies d'assurance devraient bénéficier des ententes négociées par les régimes publics d'assurance-médicaments, lorsqu'une partie de l'équipe de négociations affirme être prête à acheter n'importe quoi à n'importe quel prix, elle n'augmente pas le pouvoir de négociation. C'est comme aller voir un concessionnaire automobile avec son partenaire, qui affirme vouloir telle ou telle voiture immédiatement peu importe le prix. On ne sortira pas de là en faisant une bonne affaire.

Il faut avoir un pouvoir d'achat. Il faut des partenaires d'achat qui sont prêts à dire non lorsque les conditions liées au prix ne sont pas bonnes.

**M. Don Davies:** Monsieur Morgan, je crois que c'est évident, mais je vais vous poser la question. Vu la nature du fédéralisme canadien et le fait que les soins de santé relèvent du pouvoir des provinces au titre de la Constitution, j'ai l'impression que toute tentative pour mettre en place un système national universel d'assurance-médicaments exigera des discussions entre le gouvernement fédéral et les provinces et les territoires. Ai-je raison?

**M. Steven Morgan:** Oui. Quasiment sans aucun doute, les provinces devront soit céder un pouvoir d'une façon ou d'une autre — et certains avocats du domaine de la santé et d'autres secteurs se sont penchés sur cette question — ou devront s'asseoir pour négocier.

C'est conforme à ce qui se passe relativement au cadre national canadien des programmes de santé et des programmes sociaux, par l'intermédiaire duquel nous devons garantir certains droits de la personne fondamentaux. Le gouvernement fédéral permet à toutes les provinces de respecter ces droits parce que nous fournissons des subventions, mais nous veillons aussi à ce que les provinces respectent ces droits en assortissant ces subventions de conditions liées au rendement.

**M. Don Davies:** C'est vrai. Je suppose qu'en plus d'un programme indépendant financé par les fonds fédéraux, il faudrait également entamer des discussions entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, n'est-ce pas?

**M. Steven Morgan:** Oui.

**M. Don Davies:** D'accord.

Avons-nous oublié quelque motif ou quelque information que ce soit ou existe-t-il des obstacles ou des problèmes complexes sur le plan des politiques qui pourraient nous empêcher d'engager ces discussions, disons, au cours de l'année prochaine, monsieur Gagnon?

**M. Marc-André Gagnon:** Pas du tout. Le Conseil de la fédération a pris des mesures importantes dans l'objectif de renforcer l'APP et d'intensifier la collaboration entre les provinces. Ce que j'aimerais vraiment voir, par exemple, c'est une fusion entre l'APP, l'ACMTS et le CEPMB afin de créer une organisation nationale pour assurer la gestion du régime national d'assurance-médicaments, en collaboration avec les provinces. Incidemment, nous avons déjà quelque chose de similaire avec la Société canadienne du sang, et ses résultats incroyables illustrent de façon exemplaire ce qu'on peut obtenir grâce à ce genre de collaboration.

**M. Don Davies:** Oui, mais quelque chose me laisse perplexe.

L'idée d'un régime d'assurance-médicaments avait été proposée par Tommy Douglas il y a des décennies. Je crois que le rapport Hall, à moins que je ne me trompe, comprenait des recommandations en vue de l'établissement d'un régime d'assurance-médicaments sous une forme ou une autre. Je crois que la création d'un régime d'assurance-médicaments universel a fait partie, à un moment ou à un autre au cours des 20 dernières années, des campagnes électorales des libéraux et du NPD, mais il semble que des obstacles finissent toujours par se dresser pour empêcher sa mise en oeuvre, et ce sont ces obstacles que je veux éliminer.

J'aimerais que vous présentiez une recommandation à notre comité.

Monsieur Morgan, disons que vous êtes le premier ministre, et vous, monsieur Gagnon, disons que vous êtes le ministre de la Santé. Comment concevez-vous le régime d'assurance-médicaments universel? Qui s'occupe du formulaire, qui paie, comment est-ce que ça fonctionne?

**M. Steven Morgan:** Je pense que nous disposons déjà des moyens institutionnels pour administrer de façon très compétente un régime d'assurance-médicaments. Rendons-nous à l'évidence: nos provinces assument déjà une grande partie du travail, et nous pouvons aussi compter sur des experts et des organisations de renommée internationale comme l'ACMTS. L'APP a les moyens d'entreprendre de très bonnes négociations de prix.

Conformément à ce qui est proposé dans le rapport *Pharmacare 2020* — le résumé de nos recommandations issues de maintes années de recherches —, nous concevons ce régime comme étant un programme à frais partagés entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Une organisation nationale disposerait

d'un budget précis pour gérer le programme et le formulaire en fonction du budget au nom des partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux. La majeure partie des fonds proviendrait du gouvernement fédéral.

Dans le cadre du régime public d'assurance maladie actuel, le gouvernement fédéral assume environ 25 % des frais associés aux services liés au régime. Ce pourrait être un bon point de départ pour négocier le cofinancement d'un régime d'assurance-médicaments.

Vous pouvez préparer un formulaire national qui deviendra la norme pour les avantages dont vont jouir l'ensemble des Canadiens. Les provinces auront ensuite la possibilité de compléter le formulaire, indépendamment de l'organisation nationale, avec leur propre argent. Bien entendu, les employeurs et les syndicats qui souhaitent négocier un régime d'assurance-médicaments en or pour des médicaments non rentables pourront le faire sans problème.

Nous sommes convaincus de l'utilité d'un programme national assorti d'un budget et fondé sur des données probantes qui servira, à tout le moins, à gérer le formulaire qui offrira à tous les Canadiens des avantages de base. Nous croyons aussi qu'il est important que ce formulaire soit raisonnablement exhaustif, comme c'est le cas dans d'autres pays du monde.

• (1635)

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

Monsieur Eyolfson, c'est à vous.

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

Merci à tous d'être venus. C'est bon de tous vous voir à nouveau.

Monsieur Frank, à propos de la différence entre les montants... les montants diffèrent selon la source. Un grand nombre des études que nous avons consultées, en particulier celle de M. Morgan, comprennent de nombreuses sources, s'appuient sur des données probantes et ont fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Le montant que vous avez mentionné — qu'il nous en coûterait 20 milliards de dollars par année — ne correspond pas à ce qu'indiquent les études. D'où avez-vous tiré ce montant? Votre source a-t-elle fait l'objet d'une évaluation par les pairs?

**M. Stephen Frank:** Le montant de 20 milliards de dollars était indiqué dans le rapport du directeur parlementaire du budget.

**M. Doug Eyolfson:** Donc, vous dites que cela ne nous permettrait pas d'économiser 4 milliards de dollars par année.

**M. Stephen Frank:** Je crois que si vous arrivez à réduire, comme vous le supposez, le coût de chaque médicament au Canada de 25 %, il suffit de faire le calcul pour voir que c'est beaucoup d'argent.

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

**M. Stephen Frank:** Oui, il y a des économies à réaliser si vous pouvez réduire le coût des médicaments, c'est évident, il n'y a pas matière à débat. La façon dont vous allez réaliser la majeure partie des économies est en achetant les médicaments en masse et en faisant un bon travail de négociation.

**M. Doug Eyolfson:** Je sais, mais vous ne répondez pas à ma question.

**M. Stephen Frank:** Ce sont les faits. C'est tout ce que j'ai mentionné.

**M. Doug Eyolfson:** D'accord, vous vous en êtes tenu à ce fait, mais encore une fois, le montant de 20 milliards de dollars ne concerne pas la totalité des économies nettes relativement à ce qui est indiqué dans le rapport du directeur parlementaire du budget. Selon le rapport, on estime des économies de l'ordre de 4 milliards de dollars annuellement — nous sommes d'accord sur ce point —, et il y a encore beaucoup d'inconnues. Comme c'est une estimation très prudente, les économies réalisées pourraient être encore plus grandes.

**M. Stephen Frank:** L'estimation du DPB est de 4,2 milliards de dollars. Je crois qu'en réalité l'estimation devrait correspondre à 28 ou 30 %. Ajoutez les sensibilités, et vous obtiendrez des chiffres différents.

Je crois cependant que tout le monde serait d'accord pour dire que nous saurions quoi faire de ces milliards de dollars d'économies si on se prenait en main et qu'on commençait à travailler efficacement pour réduire le prix de ces médicaments. Nous pouvons collaborer à cette fin, et commencer le travail très rapidement.

**M. Doug Eyolfson:** D'accord. Merci.

Monsieur Morgan, vous avez dit qu'il faudrait utiliser un ensemble de médicaments essentiels comme point de départ.

Existe-t-il une base de données que nous pourrions utiliser comme point de départ pour décider, disons, d'une centaine de médicaments essentiels. Est-ce qu'il existe déjà un ensemble que nous pourrions utiliser?

**M. Steven Morgan:** De façon générale, oui. L'Organisation mondiale de la Santé administre ce qu'elle appelle une liste modèle des médicaments essentiels pour le monde entier. Selon l'OMS, l'accès à ces médicaments pour chaque être humain sur terre est un droit fondamental. C'est un point de départ.

Des cliniciens de Toronto, sous la direction du Dr Nav Persaud et ses collègues de l'hôpital St. Michael's, ont adapté cette liste à la réalité canadienne en retirant les médicaments qui ne sont pas nécessaires dans un pays riche comme le Canada. Ils ont ajouté à la liste des médicaments que nous avons la chance de pouvoir nous permettre. Au final, la liste compte de 120 à 130 médicaments. Elle définit de façon raisonnable les médicaments essentiels pour répondre aux besoins courants des Canadiens: on parle de médicaments pour le VIH, la polyarthrite rhumatoïde et d'autres affections sérieuses. La plupart des médicaments de la liste sont cependant des choses que la plupart des Canadiens sont susceptibles d'utiliser: des médicaments pour des traitements cardiovasculaires, etc.

Donc, le Canada pourrait obtenir l'une de ces listes et l'adapter assez rapidement en fonction de son budget, ou du budget dont nous disposerions si nous décidions d'aller de l'avant avec ce programme pour assurer tous les Canadiens.

**M. Doug Eyolfson:** Si nous décidions d'utiliser ce formulaire au lieu de celui du Québec, et que nous prenions cet ensemble de médicaments essentiels et tous ceux qui se trouvent dans le formulaire du Québec, quelle serait, de façon générale, la différence de prix? Nous pourrions nous attendre à payer combien de plus? Nous savons déjà qu'il serait plus onéreux d'utiliser le formulaire du Québec.

**M. Steven Morgan:** Selon le document qui a été publié plus tôt cette année — et je devrai le consulter pour vous donner des chiffres précis —, nous estimons que le coût marginal pour un régime national qui rendrait accessibles tous ces médicaments s'élèverait à

1 milliard de dollars de plus que les dépenses actuelles liées aux régimes publics d'assurance-médicaments.

Le montant total pour la liste des médicaments essentiels du Dr Persaud s'élevait, je crois, à 6 ou à 7 milliards de dollars environ, mais la majeure partie de ce montant était déjà payée dans le cadre de régimes publics ou compensée par d'autres économies réalisées grâce au régime.

Selon notre analyse, le secteur privé économiserait environ 4 milliards de dollars si les dépenses publiques augmentaient de 1 milliard de dollars. Cela veut dire que les économies nettes seraient de 3 milliards de dollars. C'est beaucoup d'argent.

• (1640)

**M. Doug Eyolfson:** Bien sûr, c'est beaucoup d'argent. Je suis tout à fait d'accord.

La prochaine question est ouverte à tous ceux qui ont une idée des tendances à venir.

Docteur Raza, vous êtes clinicien. Vous voyez des patients qui peuvent se payer des médicaments, et d'autres qui ne le peuvent pas.

Savez-vous s'il y a des tendances similaires à ce qui se passe présentement aux États-Unis? Nous voyons cela de plus en plus par rapport à l'assurance-maladie: soit tout est payé par l'utilisateur, soit c'est par l'assurance fournie par l'employeur. Les médias parlent de plus en plus du phénomène des employeurs qui décident d'embaucher des gens à temps partiel pour éviter d'avoir à leur offrir une assurance-maladie, ou alors ils les embauchent seulement comme entrepreneurs indépendants. Ils ne sont pas considérés comme des employés; puisque ce ne sont que des entrepreneurs, les employeurs n'ont pas à leur offrir d'avantages sociaux. Ce genre de choses se produit de plus en plus.

La situation évolue-t-elle dans la même direction au Canada?

Je demanderai au Dr Raza de répondre en premier, puis à M. Frank.

**Dr Danyaal Raza:** Oui, tout à fait. À l'échelle du pays, on discute de la croissance du travail à contrat, de l'économie à la demande et de la précarité des emplois. Je vois l'incidence que cela a sur les patients qui viennent dans mon cabinet.

Il s'agit de patients qui ont perdu leur emploi normal — un emploi avec des avantages sociaux — lorsque leur poste est devenu contractuel. Ils ne savent pas quand le contrat va finir, et, bien sûr, ils ne sont plus inscrits à un régime d'assurance-médicaments.

**M. Doug Eyolfson:** D'accord.

**Dr Danyaal Raza:** C'est quelque chose qui se passe dans les entreprises à l'échelle du pays, absolument.

**M. Doug Eyolfson:** Monsieur Frank, avez-vous des commentaires à faire?

**M. Stephen Frank:** Nous recueillons des données à ce sujet, bien sûr, puisque c'est notre travail. En réalité, la proportion de Canadiens qui sont couverts est plus élevée que jamais. La tendance est à la hausse, et non à la baisse. Vous n'avez qu'à consulter les données sur notre page Web.

Rien ne nous laisse croire que les régimes des entreprises sont à la baisse ou qu'il y a moins de travailleurs assurés. Ce n'est tout simplement pas vrai.

**M. Doug Eyolfson:** Monsieur Morgan, monsieur Gagnon, avez-vous quelque chose à dire pour conclure?

**M. Steven Morgan:** Je suis au courant de deux ou trois sondages réalisés auprès d'employeurs. Ceux-ci se disent très intéressés par un régime d'assurance-médicaments national, vu l'immense pression à laquelle ils sont soumis.

Je crois que vous avez déjà reçu des témoins représentant les employeurs du Canada; essentiellement, ils affirment que le coût des médicaments dans le secteur privé augmente à un rythme effréné et qu'ils n'ont pas les moyens de composer avec la situation. Ils ne sont pas non plus investis de l'autorité morale qui leur permettrait de décider qui devrait avoir droit à une assurance, selon la nature de la maladie et les médicaments sur le marché.

À mon avis, nous subissons beaucoup de pressions. Il est aussi vrai que des groupes de retraités ont commencé à douter de la pérennité des régimes d'assurance-médicaments. C'est probablement la raison pour laquelle, par exemple, le Congrès du travail du Canada s'est engagé corps et âme à promouvoir la création d'un régime public d'assurance-médicaments. C'est parce que ses membres commencent à ressentir la pression.

**M. Doug Eyolfson:** Merci.

**M. Marc-André Gagnon:** J'aimerais ajouter que l'une des tendances auxquelles nous assistons présentement, par rapport à ce que nous voyons dans les conférences données par des responsables des ressources humaines et des gestionnaires des régimes d'assurance collective, c'est qu'il y a beaucoup de coordination — appelons cela ainsi — entre les régimes publics et privés.

Un grand nombre de provinces offrent une couverture liée aux médicaments onéreux, et les employeurs peuvent en tirer parti. Quand vous avez un employé atteint d'une maladie rare, par exemple, cela coûte beaucoup d'argent, alors ce que vous faites, essentiellement, c'est les inscrire au régime d'assurance public couvrant les médicaments onéreux.

À dire vrai, on semble croire que les régimes publics ont le devoir, en gros, de fournir une couverture aux gens à haut risque. Le problème, c'est que, ce faisant, nous obtenons un système où le régime public d'assurance-médicaments est au service des intérêts commerciaux des régimes privés au lieu de fournir un accès raisonnable à tous les Canadiens.

**M. Doug Eyolfson:** D'accord. Merci beaucoup.

**Le président:** Voilà qui met fin à notre période de questions de sept minutes. Nous allons maintenant passer à la période de questions de cinq minutes. Monsieur Webber, vous commencez.

**M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC):** Merci, monsieur le président. Je tiens aussi à remercier nos analystes de nous avoir préparé de bonnes questions pour la période de questions d'aujourd'hui. Je vais m'appuyer un peu sur vous et lancer le tour de table avec ma première question.

Le docteur Thomas Perry est le président du Groupe de travail sur l'éducation de l'Université de la Colombie-Britannique. Il a expliqué au Comité que l'industrie pharmaceutique exerce une forte influence sur les pratiques en matière d'ordonnance en faisant de la publicité, en soutenant les initiatives en matière d'éducation et en payant les médecins pour qu'ils prodiguent des conseils sur les médicaments. De même, Independent Patient Voices Network of Canada a souligné que les organisations de patients reçoivent souvent du financement de la part de l'industrie pharmaceutique, ce qui les place dans une situation de conflit d'intérêts lorsqu'ils défendent l'accès à des médicaments sur ordonnance.

Ma question est ouverte à tous. Selon vous, quelles mesures pourraient être prises pour limiter l'influence des sociétés pharma-

ceutiques sur les pratiques en matière d'ordonnance et sur les organisations de patients?

• (1645)

**M. Marc-André Gagnon:** La première chose dont vous avez besoin est un formulaire fondé sur des données probantes. Les habitudes des médecins prescripteurs doivent s'appuyer sur la médecine factuelle, et non sur la promotion faite par les sociétés pharmaceutiques. C'est très important.

En ce qui concerne ces conflits d'intérêts, on pourrait prendre par exemple la crise des opioïdes qui fait couler beaucoup d'encre actuellement. Souvenez-vous qu'une société pharmaceutique avait lancé une grande campagne promotionnelle qui était fautive sur toute la ligne. Parce qu'elle a fait des allégations fallacieuses, la société a dû acquitter une amende de 20 millions de dollars. Quand l'OxyContin est arrivé, les régimes privés ont décidé de ne mener aucune étude clinique. C'était approuvé par Santé Canada, alors ils se dépêchaient de couvrir ce médicament le plus rapidement possible. Formidable.

C'est quand les problèmes surviennent qu'on se demande ce qu'il faut faire. À l'heure actuelle, nous ne disposons même pas des bases de données nécessaires pour avoir un portrait de ce qui est prescrit, ou, par qui et pour quelles affections; il s'agit d'outils essentiels si notre objectif est d'avoir un régime fondé sur la médecine factuelle et non sur les campagnes promotionnelles des sociétés pharmaceutiques.

Selon moi, un régime d'assurance-médicaments universel nous aiderait également à élaborer les outils institutionnels dont nous avons besoin pour surveiller ce qui se passe, au lieu de nous précipiter pour couvrir les nouveaux médicaments afin d'offrir les remboursements. Ce n'est pas ça. Il faut comprendre les effets des médicaments. Est-ce qu'un médicament est bénéfique ou néfaste? Quel est son prix? En l'absence de plafond ou de normes pour prendre ce genre de décision, on se retrouve avec une situation anarchique.

Reprenons l'exemple de Steve avec les deux personnes qui vont acheter une voiture au concessionnaire d'automobiles. Qu'arrive-t-il si ces deux mêmes personnes se rendent chaque jour au même concessionnaire? Le concessionnaire d'automobiles va-t-il, au bout du compte, leur offrir une bien meilleure voiture à bas prix, ou va-t-il plutôt leur donner un tas de ferraille au prix fort? C'est exactement la même chose qui se produit actuellement. Certaines sociétés pharmaceutiques ne se préoccupent que des régimes privés, par exemple la société Valeant: il ressort clairement chaque année dans son rapport annuel qu'elle se soucie davantage des régimes privés, et puisqu'il n'y a aucune évaluation des technologies de la santé, elle ne ressent essentiellement aucune pression financière. La société axe ses activités sur les régimes privés parce qu'elle sait qu'elle n'aura pas à s'embarrasser de la sensibilité au prix.

Voilà donc exactement le type de marché qui est en train d'émerger pour les sociétés pharmaceutiques, et cela pose un énorme problème. Si nous voulons un régime qui fonctionne bien, si nous voulons que les sociétés pharmaceutiques entreprennent des études sur les nouveaux produits qui aideront de façon réelle la population, nous avons besoin d'un formulaire fondé sur des données probantes qui s'applique à tous.

**M. Steven Morgan:** Très brièvement, je veux ajouter que l'utilisation appropriée des médicaments serait le pilier central d'un régime d'assurance-médicaments national. Cela est indiqué dans le rapport *Pharmacare 2020* ainsi que dans un autre rapport publié l'année dernière par notre propre réseau de recherche national, intitulé *A Better Prescription*. La clé tient à l'accès à des médicaments appropriés, abordables et accessibles. Je crois qu'un régime raisonnable d'assurance-médicaments pourrait comprendre une stratégie nationale sur l'usage approprié et sécuritaire des médicaments. Comme M. Gagnon l'a dit, le point de départ pour cela serait de veiller à ce que les couvertures soient vraiment fondées sur des données probantes.

**Dr Danyaal Raza:** J'allais justement mentionner qu'un régime d'assurance-médicaments pourrait promouvoir concrètement l'usage sécuritaire des médicaments. Nous n'en avons pas parlé jusqu'ici, mais je crois que c'est un élément important. Je voulais aussi vous donner un exemple qui illustre l'argument que vous avancez dans votre question.

Il y a une catégorie particulière de médicaments qu'on appelle les inhibiteurs de la pompe à protons. Ces médicaments sont utilisés pour traiter le reflux gastro-oesophagien pathologique — c'est-à-dire les brûlures d'estomac —, et de temps en temps, il arrive que le brevet pour l'un de ces médicaments expire. Dans ce cas, la société pharmaceutique qui perd le brevet finit par inventer une molécule biosimilaire qui est tout juste assez différente pour étendre la durée du brevet, sans toutefois offrir de véritables avantages sur le plan clinique. Malgré tout, c'est le médicament que ces sociétés vont vendre sur le marché. Elles vont faire pression afin que les divers régimes couvrent le médicament, et la plupart du temps, les régimes d'assurance-médicaments privés vont refuser. C'est la même chose du côté des régimes d'assurance-médicaments publics, ce que la plupart de mes clients à faible revenu et les personnes âgées en Ontario utilisent, parce que la décision est prise en fonction de mécanismes existants, par exemple le Programme commun d'évaluation des médicaments, dans le cadre du processus de l'ACMTS. La décision en question est que les médicaments seront seulement couverts s'ils sont rentables et présentent des avantages concrets sur le plan clinique. Dans le cas contraire, pourquoi paierait-on pour un médicament qui coûte plus cher, mais qui n'offre rien de nouveau?

**Le président:** Allez-y, monsieur McKinnon.

**M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Monsieur Frank, dans mon esprit, j'imagine un régime national universel à payeur unique, comme ce qui se fait en vertu de la Loi canadienne sur la santé. J'ai de la difficulté à m'imaginer comment les régimes privés comme le vôtre s'inséreront dans ce modèle.

Serez-vous en mesure de vous adapter à ce modèle, et si oui, comment?

• (1650)

**M. Stephen Frank:** Si le modèle que vous avez en tête est un régime public au premier risque, alors j'imagine que le rôle des régimes privés va essentiellement disparaître. Vous allez devoir préciser un peu plus le modèle que vous proposez pour que je puisse vous répondre.

Il y a eu des discussions très intéressantes sur l'utilisation d'un formulaire national utilisant pour base la définition de l'OMS pour les médicaments essentiels et d'autres choses du genre. Je crois que tout le monde serait prêt à approuver un concept de ce genre. Je serais surpris de voir qu'un régime d'assurance-médicaments privé au Canada n'offre pas de couverture pour ces médicaments.

Si nous voulons faire avancer les choses, c'est ce genre de discussions concrètes que nous devrions tenir; nous pourrions tous en venir à un consensus, et faire bouger les choses rapidement. Cela pourrait aider considérablement les gens. C'est justement ce dont je parlais plus tôt. Nous devons agir de façon pratique et commencer à améliorer le système d'une façon qui concorde avec le système actuel.

**M. Ron McKinnon:** Il est question ici d'assurance-médicaments, mais les régimes privés pourront continuer de fournir une couverture pour l'hygiène dentaire et les services d'optométrie, etc. Croyez-vous que vous pourrez vous spécialiser là-dedans?

**M. Stephen Frank:** Absolument.

Les employeurs vont probablement vouloir continuer d'offrir à leurs employés des prestations pour d'autres services de santé. Nos activités diffèrent sensiblement dans chaque province du Canada. Chaque régime provincial est différent. Nous devons donc nous adapter. Nous complétons ce qu'offre le régime public.

Nous structurons notre offre aux employeurs en fonction de ce qui est couvert dans les régimes publics. Je ne sais pas quelle forme le modèle va prendre, mais nous allons le prendre en considération et étudier ce que nous pouvons offrir de plus, parallèlement, ou de toute autre façon.

**M. Steven Morgan:** Puis-je faire un bref commentaire?

Je crois que le Comité a également reçu la directrice générale de la Surrey Board of Trade. C'est une Chambre de commerce dans ma province, et elle a présenté à notre chambre de commerce provinciale une motion en faveur d'un régime public d'assurance-médicaments universel. La motion a été adoptée.

L'un des arguments avancés en faveur d'une politique officielle ou d'une demande de l'organisation était qu'un régime d'assurance-médicaments public rend les prestations d'assurance maladie complémentaires plus abordables pour un plus grand nombre de petites entreprises, présentement le moteur de l'économie au Canada. Les petites entreprises ont de la difficulté à acquitter les prestations d'assurance maladie complémentaires vu le coût élevé des médicaments. Pour certains patients avec des besoins particuliers, le coût des médicaments peut grimper jusqu'à des dizaines de milliers de dollars.

Si l'employeur peut rayer cela du budget, cela lui permettra d'offrir une meilleure assurance en ce qui concerne les services de santé mentale, les soins dentaires, les services d'optométrie, etc.

**M. Ron McKinnon:** Monsieur Morgan, vous avez mentionné qu'il est préférable de créer un régime d'assurance-médicaments canadien au lieu d'élargir ou d'améliorer la Loi canadienne sur la santé. Pourriez-vous préciser un peu les raisons pour lesquelles vous croyez que c'est la voie à suivre?

**M. Steven Morgan:** Les principes qui sous-tendent la Loi canadienne sur la santé, en particulier en ce qui concerne l'accessibilité, interdisent la surfacturation ainsi que tous frais imposés aux usagers pour ce qu'on appelle « les services assurés en vertu de la loi ». Si vous voulez ajouter les médicaments aux services assurés, il faudra les définir sous une forme ou une autre dans un formulaire national, c'est-à-dire un ensemble de médicaments essentiels accessibles aux Canadiens.

Les modalités de la loi ont pour effet de prohiber les quotes-parts pour ces médicaments, et dans un bon nombre de cas, ce que vous voudrez probablement faire serait de mettre en place un système de quotes-parts ajustables en fonction de la valeur de façon à pouvoir offrir gratuitement aux patients les médicaments préventifs les plus rentables pour notre système de santé. Pour les médicaments à usage discrétionnaire, ou alors pour les médicaments de deuxième ou de troisième intention, les formulaires axés sur la valeur dans d'autres pays font probablement qu'un patient doit payer 50 \$ ou même 100 \$ pour un médicament d'ordonnance qui n'est pas de première intention.

La Loi canadienne sur la santé empêcherait cela, à moins qu'on ajoute à la loi des dispositions de dérogation précises. Je ne veux pas vous dissuader de suivre cette voie, mais vous m'avez demandé de faire une recommandation. C'est simplement que vous pourriez adopter une loi parallèle avec essentiellement le même objet, les mêmes visées et qui offrirait les mêmes résultats que la Loi canadienne sur la santé, sans avoir à appliquer exactement au régime d'assurance-médicaments les normes de la LCS.

**M. Ron McKinnon:** Merci.

**Le président:** La parole va maintenant à M. Van Kesteren.

• (1655)

**M. Dave Van Kesteren (Chatham-Kent—Leamington, PCC):** Merci, monsieur le président, et merci à tous d'être ici.

Quelqu'un pourrait-il me dire quels sont les cinq principaux médicaments utilisés? Quelqu'un est-il au courant? Si nous avions un système de soins de santé de ce genre, quels seraient les cinq principaux médicaments? Monsieur Frank, puisque vous faites partie du secteur des assurances, peut-être le savez-vous.

**M. Stephen Frank:** Voulez-vous connaître les médicaments ou la catégorie de médicaments?

**M. Dave Van Kesteren:** Quelqu'un a mentionné les médicaments pour les brûlures d'estomac. Vous n'êtes pas obligé de nommer la marque, mais qu'est-ce que ce serait? Est-ce que ce serait un médicament pour traiter l'hypertension?

**M. Steven Morgan:** Les catégories de médicaments les plus utilisés sont celles qui traitent les risques de maladie cardiovasculaire, l'anxiété et la dépression, le diabète et les maladies des voies respiratoires, comme l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique. Il y a une poignée de catégories de médicaments qui sont très utilisés.

**M. Dave Van Kesteren:** Quels médicaments sont les plus utilisés? Docteur, vous le savez sûrement. Quels sont les médicaments que vous prescrivez le plus dans le cadre de votre pratique?

**Dr Danyaal Raza:** Je peux seulement vous parler de ma propre expérience. Je ne peux pas vous dire hors de tout doute quels sont les cinq types de médicaments les plus utilisés.

**M. Dave Van Kesteren:** Et si je vous demandais seulement les trois principaux?

**Dr Danyaal Raza:** Je dirais que ce sont les problèmes de santé des gens qui ont changé. Lorsque l'assurance-maladie a été créée et qu'elle ne couvrait pas les médicaments d'ordonnance, les gens se cassaient les os, faisaient des crises cardiaques, se rendaient à l'hôpital, se faisaient rafistoler et retournaient chez eux. Mais il s'est passé bien des choses depuis la fin des années 1960 et les années 1970. Aujourd'hui, quand les Canadiens tombent malades, ils ont des maladies chroniques, par exemple une maladie cardiovasculaire, un

taux de cholestérol élevé, une hypertension artérielle, de l'arthrite rhumatoïde, de l'arthrose.

Toutes ces maladies chroniques exigent des médicaments particuliers. Il ne s'agit plus tout simplement de prendre des antibiotiques pendant 7 à 10 jours; aujourd'hui, les médicaments d'ordonnance sont administrés différemment. Bien des gens ont besoin de prendre des médicaments tous les jours. Mes patients et les patients de toutes les régions du pays doivent absorber des coûts toujours plus élevés et se voient prescrire parce qu'ils en ont besoin un nombre toujours plus grand de médicaments. Notre système d'assurance doit lui aussi évoluer afin de s'adapter aux changements de l'état de santé des Canadiens.

**M. Dave Van Kesteren:** Je suis d'accord avec vous quand vous dites que les choses ont changé. On disait autrefois: mieux vaut prévenir que guérir. Pas l'inverse. Que se passerait-il si nous avions mieux contrôlé la consommation de sucre, si nous connaissions mieux les effets des aliments transformés? J'ai parlé de la surconsommation d'alcool, de la sédentarité, du tabagisme. Que se passerait-il dans le secteur pharmaceutique, selon vous, si nous pouvions mieux contrôler tout cela?

**Dr Danyaal Raza:** Je ne sais pas exactement quelles seraient les répercussions pour l'industrie pharmaceutique, mais vous avez mis le doigt sur un problème, et c'est que la santé des gens est influencée par bien des choses, par exemple les déterminants sociaux de la santé, leur revenu, leur statut professionnel. Je crois que c'est le statut professionnel qui a le plus d'influence sur l'accès des gens à une assurance.

**M. Dave Van Kesteren:** C'est votre avis. Nous aurions besoin d'une étude.

**M. Stephen Frank:** L'une des raisons pour lesquelles les gens attachent tant d'importance à leur police d'assurance privée, c'est que nous sommes axés sur le bien-être, qui est aujourd'hui la principale tendance et la plus grande motivation pour bien des régimes offerts par les employeurs. Il nous faudrait faire davantage d'études pilotes sur les meilleures façons de traiter le diabète, l'hypertension, les problèmes de santé mentale, sur les conseillers en santé et sur d'autres types de soutien. Regardez les régimes d'assurance privés, ils sont innovateurs, ils proposent des choses vraiment intéressantes.

**M. Dave Van Kesteren:** Je siégeais avant au comité des finances, et nous avons entendu bien des exposés. Les intervenants avaient toujours des recommandations à faire lorsque le ministre des Finances préparait son budget. Au sein du Parti conservateur, nous nous demandions toujours comment nous allions nous y prendre pour payer toutes ces choses extraordinaires. Devions-nous retrancher quelque chose du budget et, le cas échéant, comment allions-nous le faire? Comment allions-nous arriver à tout payer?

Allez-y, monsieur Morgan.

**M. Steven Morgan:** Nous le payons déjà. En fait, nous payons déjà des milliards de dollars de plus que...

**M. Dave Van Kesteren:** Si cela va coûter des milliards de dollars de plus, comment allions-nous payer toutes ces choses, selon vous?

**M. Steven Morgan:** Ce programme coûtera des milliards de dollars de moins que ce que les Canadiens paient actuellement pour les médicaments d'ordonnance. Ce qu'il nous reste à trouver, c'est un mécanisme financier qui nous permettra de verser dans ce système une partie de l'argent qui se trouve dans le secteur privé, c'est-à-dire une partie de l'argent utilisé par des gens comme moi, des fonctionnaires, pour financer à l'aide des deniers publics un régime d'assurance-médicaments privé. Le Canada n'a pas besoin de trouver une nouvelle source de revenus pour mettre sur pied un système d'assurance-médicaments; il a tout simplement besoin d'un nouveau mécanisme qui lui permet de transférer l'argent qu'il consacre déjà à ce système de façon que ce système fonctionne de manière plus équitable et plus efficiente.

**M. Dave Van Kesteren:** C'est ce que tout le monde veut; tout cela, c'est magnifique, mais je parle en tant que membre du Parti conservateur. C'est la tâche qui m'a été confiée. J'aimerais rappeler à tous que la tâche qui nous a réellement été confiée, c'est celle d'équilibrer les comptes.

Êtes-vous en train de dire que, en se dotant d'un programme d'assurance-médicaments, notre pays pourrait en fait réaliser des économies? C'est bien ce que vous dites?

• (1700)

**M. Steven Morgan:** Il ne fait aucun doute que les Canadiens économiseront de l'argent, au bout du compte, étant donné qu'il n'existe qu'un seul contribuable. Tout l'argent qui sert à acheter des médicaments, aujourd'hui, vient du même endroit.

Dans les provinces, on a discuté de la possibilité de faire de la couverture des médicaments onéreux un des éléments du filet de sécurité de base. C'est que, chaque année, tous les gens qui sont affectés d'une maladie chronique doivent payer pour les médicaments d'ordonnance une somme équivalant à 3 à 10 % du revenu de leur ménage avant d'avoir droit à ces prestations.

Les coûts d'un système d'assurance-médicaments public, si l'on transférait de l'argent dans un tel système, en se servant du financement fédéral, représenteraient approximativement l'équivalent de moins de un demi pour cent du revenu imposable, c'est-à-dire le sixième du montant que nous estimons être une franchise raisonnable, lorsqu'il s'agit d'un programme d'assurance-médicaments public. Ce ne serait pas si dramatique que cela, transférer de l'argent dans ce but.

**M. Marc-André Gagnon:** Quant aux répercussions macroéconomiques de la création d'un système d'assurance-médicaments universel, pour ce qui est des dépenses publiques supplémentaires, on pourrait pour ce faire augmenter l'impôt des sociétés, étant donné les économies au chapitre des coûts de la main-d'oeuvre. Vous pourriez le faire en recourant à un impôt sur la masse salariale ou réserver une partie des recettes à cette fin particulière, la solution importe peu, mais, pour ce qui est des répercussions macroéconomiques, le revenu disponible des ménages canadiens augmentera, et les coûts de la main-d'oeuvre diminueront, pour les employeurs.

J'ai discuté hier avec un actuaire; au Québec, les prestations pharmaceutiques représentent entre 2 et 5 % du total des salaires des employeurs qui offrent une assurance de groupe à leurs employés. Tous les manuels d'économie le disent, c'est en réduisant le coût de la main-d'oeuvre assumé par les employeurs que l'on crée de l'emploi, ce qui fait que les répercussions macroéconomiques seront tout à fait positives. Cette mesure aurait le même effet qu'une diminution d'impôt très importante.

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

Nous passons à M. Oliver.

**M. John Oliver:** Merci.

Merci beaucoup. Je peux reprendre la parole.

J'aimerais revenir au point dont nous discutons, le fardeau pour le gouvernement fédéral, puisqu'il ne s'agit pas d'une somme de 20,4 milliards de dollars ni de 19,3 milliards de dollars. Les régimes publics vont s'appliquer, et les coûts sont déjà couverts à hauteur de 13,1 milliards de dollars. Je ne pense pas qu'une transformation radicale soit nécessaire. Ces patients sont déjà des usagers du système. Ils consultent déjà leurs médecins, ils font déjà exécuter leurs ordonnances dans les pharmacies. Ils se font déjà rembourser par les provinces et territoires. Le problème, à mon avis, a trait aux 15,6 millions de personnes qui ont un emploi aujourd'hui, en 2017 — leur nombre a considérablement augmenté depuis octobre 2015, permettez-moi de le dire — qui bénéficieraient pour la plupart d'une certaine assurance-médicaments, grâce à leurs employeurs. Les employeurs publics et privés dépensent 9 milliards de dollars pour assurer ces travailleurs.

Que recommanderiez-vous? Le directeur parlementaire du budget a dit que, malgré les régimes publics, il y avait un écart de 7,3 milliards de dollars, et pourtant, les employeurs dépensent 9 milliards de dollars. Je suis assez âgé pour me souvenir du moment où nous sommes passés de Green Shield et de la Croix Bleue pour tous les soins assurés, et, en Ontario, l'Assurance-santé et le régime de santé ont été créés; les employeurs devaient cotiser, mais devaient en échange s'assurer que leurs employés cotisaient.

Avez-vous des conseils ou des commentaires à formuler à ce propos? Est-ce que cette somme de 9 milliards de dollars que les employeurs dépensent aujourd'hui devrait rester là comme une aubaine ou est-ce que nous devrions essayer d'en reprendre une partie, en leur laissant une partie de l'aubaine mais en en utilisant une partie pour couvrir cette partie de la population?

**M. Steven Morgan:** Je vais essayer de répondre. Je crois que c'est un dossier dont vous devriez discuter avec les représentants des employeurs et des syndicats pour chercher à conclure une entente équitable.

Eric Hoskins et Kathleen Wynne se sont proposé de procéder de cette manière, en Ontario, avec l'Assurance-santé Plus. C'est une véritable aubaine pour le secteur privé, étant donné que les enfants et les jeunes qui seront assurés auraient autrement été assurés au moyen des régimes familiaux ou des régimes d'assurance-maladie complémentaires.

Si je me fie à ce que me disent les employeurs et les syndicats au sujet de l'assurance-médicaments, depuis plusieurs années — des décennies, en fait —, les deux groupes semblent disposés à s'asseoir à la même table pour trouver une sorte de mécanisme mixte qui permettrait de faire passer une partie — pas la totalité, une partie — de cet argent dans le système, étant donné qu'ils en tireront un avantage financier.

**M. John Oliver:** J'ajouterais qu'un certain nombre d'intervenants du domaine de l'assurance des travailleurs m'ont dit que ce type de couverture change et évolue rapidement. Étant donné le coût élevé de certains médicaments, de nombreux employeurs ont réduit de 50 ou 60 % leur couverture, et le coût vraiment très élevé de certains médicaments, des médicaments biogénétiques, font exploser certains petits régimes; il y a donc un besoin évident. Les Canadiens qui pensent être en sécurité parce qu'ils ont un emploi et sont déjà couverts par leur propre régime... Je crois que le changement est déjà amorcé, dans le secteur.

Le pire des scénarios est celui assorti d'une somme de 20,4 milliards de dollars. C'est comme si l'on pouvait assurer tous les employés et leur famille en s'appuyant en quelque sorte sur la masse salariale tout en accordant des bénéfices inattendus aux compagnies privées. À votre avis, qu'est-ce que cela coûtera vraiment au gouvernement fédéral?

• (1705)

**M. Steven Morgan:** Si je reprends la formule de l'assurance-maladie, selon une cotisation de 25 %, le gouvernement fédéral devrait verser 5 milliards de dollars dans un programme de 20 milliards de dollars, et les provinces fourniraient le reste, à hauteur de 15 milliards de dollars, et voilà.

En réalité, je crois que le rapport du directeur parlementaire du budget sous-estime la somme que pourrait représenter un ticket modérateur. Ce rapport a omis de calculer ce ticket modérateur pour une proportion extraordinaire du nombre des médicaments d'ordonnance, étant donné qu'ils avaient été prescrits à des personnes de plus de 65 ans. Mais les gens de plus de 65 ans sont nombreux, quand même, à pouvoir payer 5 \$ pour les médicaments d'ordonnance, et cela pourrait constituer une source de revenus, surtout si l'argent sert aux traitements discrétionnaires qui ne relèvent pas de la prévention.

La limite maximale avoisinerait les 5 milliards de dollars, une somme qui permettrait de mettre en place un programme relativement complet. Les données recueillies auprès d'autres pays, du département des anciens combattants des États-Unis et du système d'assurance-médicaments de la Nouvelle-Zélande révèlent que ces organismes établissent leur budget en fonction d'estimations conservatrices, tout comme le directeur parlementaire du budget, parce qu'ils savent au départ qu'ils doivent respecter ce budget. Cela aura en fait pour conséquence de permettre à ce système de faire face aux pressions liées aux coûts, du moins pendant plusieurs années, puisqu'il réalisera au fil du temps des économies sur le dos des anciens médicaments et, ainsi, pourra intégrer de nouveaux médicaments au programme dans le respect presque parfait du budget.

**M. John Oliver:** Monsieur Gagnon, à combien estimeriez-vous le coût que devra assumer le gouvernement fédéral?

**M. Marc-André Gagnon:** Comme je l'ai indiqué, nous devons aussi tenir compte des subventions fiscales. Tout dépend de la façon dont vous affecterez les différentes sommes. Comme je l'ai déjà dit, vous pourriez créer un impôt sur la masse salariale. Notre taux d'imposition des sociétés est l'un des plus faibles, mais, en même temps, la mise en oeuvre d'un programme d'assurance-médicaments universel diminuerait énormément les coûts de la main-d'oeuvre qu'assument les entreprises canadiennes. Si vous augmentez de 1 % l'impôt des sociétés, qui restera néanmoins l'un des plus bas, vous pourriez offrir aux employeurs du Canada des coûts de main-d'oeuvre bien moins élevés et, en même temps, combler l'écart pour la population active qui bénéficiait jusque-là de régimes privés.

**M. John Oliver:** Il semble bien en effet que si les employeurs étaient déchargés du fardeau de payer 9 milliards de dollars pour assurer leurs employés et leur famille, tout montant inférieur à cette somme sera pour eux pour une économie et une aubaine, sans parler des frais d'administration de 4 à 5 % que les compagnies d'assurance privées facturent pour la gestion de ces comptes. Ce serait pour eux une aubaine à de nombreux égards. Ce n'est pas une augmentation de leur fardeau. C'est un allègement du fardeau des employeurs.

**M. Marc-André Gagnon:** Tout à fait.

**M. Steven Morgan:** Selon les meilleures estimations, le secteur privé récupérerait 2 \$ chaque fois qu'il investirait 1 \$ dans un

système public, géré de manière plus efficace. Ce qu'il y a, c'est que si nous faisons ce qu'il convient de faire et que nous établissons un budget approprié — sans lésiner et en nous assurant que le système est raisonnablement exhaustif —, le secteur privé deviendra à l'avenir notre allié, et il comprendra ce que vous lui offrez, en soulageant les pressions auxquelles il fait face.

**M. John Oliver:** Oui, et je crois que tout employeur progressiste répartit de façon distincte les coûts des prestations de l'assurance-médicaments et des prestations d'assurance-maladie complémentaire. Je ne suis pas d'accord avec votre réponse, monsieur Frank.

**Le président:** Vous n'avez plus de temps.

Vous aviez demandé une brève réponse; alors, monsieur Frank, vous pourriez peut-être donner une brève réponse?

**M. Stephen Frank:** Je crois que les gens tournent un peu au tour du pot sur la question de savoir si vous devrez hausser les impôts pour arriver à payer cette somme de 9 milliards de dollars. Il est important de savoir qu'il y aura une période de transition, et c'est l'une des raisons pour lesquelles je dirais que le directeur parlementaire du budget est excessivement optimiste. Il en est question, dans le document. Les gens supposent qu'entre le 31 décembre à minuit et le 1<sup>er</sup> janvier à minuit une seconde, le coût de tous les médicaments d'ordonnance au Canada diminuera comme par magie de 25 %. Mais cela n'arrivera pas. Il y aura une période de transition. Vous allez devoir hausser les impôts et trouver un moyen de le justifier.

**Le président:** Merci.

**M. Stephen Frank:** Écoutez, nous pouvons réaliser ces économies sans avoir à repenser l'ensemble du système et sans devoir acquitter tous ces frais; nous avons expliqué aujourd'hui tout ce qui était à notre avis sensé.

• (1710)

**Le président:** Merci beaucoup.

**M. Steven Morgan:** Les compagnies qui font partie de votre association n'ont pas réalisé ces économies depuis des décennies, alors comment pouvez-vous affirmer qu'elles pourront les réaliser aujourd'hui? Qu'attendez-vous?

**M. Stephen Frank:** Nous attendons une invitation...

**Le président:** Votre temps est écoulé. Je suis désolé. Nous devons laisser la parole à M. Davies pour trois minutes.

**M. Don Davies:** Merci. Je dispose de trois minutes, et je veux tout simplement clarifier certaines choses.

Si l'on procède de la façon appropriée, le gouvernement fédéral n'aura aucuns coûts à assumer, puisqu'il s'agit d'un transfert de coûts. Le pays dépense aujourd'hui 24 milliards de dollars. Nous proposons des dépenses de 20 milliards de dollars. Tout l'argent qui est aujourd'hui dépensé serait versé dans un système rationalisé et centralisé. Les provinces paient aujourd'hui 13 milliards de dollars. Le secteur privé paie aujourd'hui 9 milliards de dollars. Si cette somme de 9 milliards de dollars était plutôt versée au gouvernement fédéral, cela ne devrait rien coûter au gouvernement fédéral, si l'on fait les choses de la bonne façon, sauf pour les coûts de démarrage initiaux.

C'est bien ça, monsieur Morgan?

**M. Steven Morgan:** Oui. J'aimerais clarifier quelque chose et corriger une erreur de M. Frank. Si vous pouviez ramasser 9 milliards de dollars de nouveaux impôts pour payer ce système, le gouvernement fédéral serait gagnant et il pourrait toucher 5 milliards de dollars de plus par année grâce à ce système. Ce serait une source d'argent qui pourrait profiter à d'autres programmes fédéraux.

**M. Don Davies:** En effet. Ce pourrait être une source de revenus, ou encore mieux, le profit pourrait être redistribué à tous les contribuables, de façon que les économies réelles tirées d'un système universel d'assurance-médicaments profiteraient aux gens qui y cotisent actuellement, c'est-à-dire les contribuables canadiens.

**M. Steven Morgan:** Oui. Au bout du compte, toutes les analyses raisonnables disent que vous allez économiser des milliards de dollars. Cela ne fait aucun doute. Fait plus important encore, pour en revenir à l'objectif initial, vous allez permettre aux Canadiens d'avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin. C'est un droit fondamental des personnes, et le Canada est le seul pays riche, doté d'un système d'assurance-maladie universel, qui n'offre pas cela.

**M. Don Davies:** Je voulais justement en parler. Docteur Raza, nous parlons de chiffres; parlons plutôt des gens.

Il y a au Canada entre trois et sept millions de citoyens qui ne peuvent pas obtenir les médicaments dont ils ont besoin pour rester en santé, voire, dans certains cas, pour rester en vie. C'est de cela dont il est question.

Quels seraient les coûts, en termes de santé, de l'absence d'un système universel d'assurance-médicaments?

**Dr Danyaal Raza:** Nous n'évitons aucuns coûts en nous privant de ce programme, nous ne faisons que les remettre à plus tard. Je pense à mes patients d'aujourd'hui, qui ne peuvent pas payer eux-mêmes leurs médicaments et qui n'ont pas d'assurance: leurs maladies ne disparaîtront pas, elles vont les affliger sans être traitées. Par exemple, j'ai des patients diabétiques qui ne peuvent pas acheter leurs médicaments oraux, par exemple la metformine. Leur glycémie ne disparaîtra pas toute seule et va continuer à provoquer des problèmes de santé chroniques et à augmenter leur risque d'infarctus et d'AVC. Plutôt que de payer aujourd'hui des médicaments efficaces par rapport à leur coût, nous attendons que ces gens subissent un infarctus et soient obligés de se présenter à l'urgence. Nous aurons à ce moment-là à payer des traitements d'un coût faramineux, et les patients devront supporter les conséquences sur leur santé.

**M. Don Davies:** Je ne veux pas tomber dans le mélodrame, mais est-ce qu'il arrive dans notre pays que quelqu'un meure parce qu'il n'a pas pu acheter les médicaments dont il avait besoin?

**Dr Danyaal Raza:** Il est certain que des gens meurent des complications de leurs problèmes de santé, car il arrive souvent que ce problème ne soit pas traité parce qu'ils n'ont pas accès...

**M. Don Davies:** Monsieur Morgan, j'ai répété devant la Chambre et j'ai aussi entendu la ministre de la Santé actuelle et la ministre libérale précédente le dire, qu'il nous est impossible de mettre en place un programme d'assurance-médicaments universel. Nous devons d'abord limiter les coûts. Nous pourrions ensuite seulement proposer un programme d'assurance-médicaments.

Qu'avez-vous à dire à ce sujet?

**M. Steven Morgan:** On le dit depuis longtemps: pas d'assurance-médicaments tant que les coûts ne seront pas contrôlés.

Je crois que les données probantes vont toutes dans le même sens, qu'elles soient tirées des analyses réalisées par le directeur parlementaire du budget ou des universitaires indépendants ou

qu'elles reflètent l'expérience internationale, c'est-à-dire l'expérience du ministère des anciens combattants aux États-Unis, le NHS du Royaume-Uni, le PBS de l'Australie ou PHARMAC en Nouvelle-Zélande: il est impossible de contrôler les coûts sans un programme d'assurance-médicaments.

Il faudra bien un jour reconnaître qu'il s'agit d'améliorer le système afin que tous les Canadiens soient assurés. C'est de cette façon que vous allez augmenter les économies dont nous parlons dans ces modèles. Vous ne pourrez pas réaliser ces économies. Aucun fabricant ne nous accordera un rabais de 25 % si un joueur important du même système paiera le prix demandé sans poser de questions. Fondamentalement, il est impossible de contrôler les coûts sans un système d'assistance-médicaments.

**Le président:** Votre temps est écoulé. Merci beaucoup de cette toute dernière question... officiellement, du moins.

Je dois maintenant demander aux membres du Comité s'ils sont tous d'accord pour que nous fassions un dernier tour de table en posant des questions de trois minutes; la sonnerie d'appel va en effet retentir dans quelques instants, et je dois avoir un consentement unanime.

Y a-t-il consentement unanime pour trois questions de plus?

**Des députés:** D'accord.

**Le président:** D'accord.

Juste avant de poursuivre, nous avons une petite affaire à régler. Nous n'avons pas encore l'ordre du jour des séances du 2, du 7 et du 9 novembre. Nous avons déjà prévu une étude sur la résistance aux antimicrobiens. J'aimerais que le Comité me donne la permission d'aller de l'avant et d'inviter les témoins. Nous nous sommes déjà entendus sur l'horaire des séances.

Nous allons maintenant commencer la série de questions de trois minutes.

Nous allons commencer par M. Fraser. Bienvenue au sein du Comité.

**M. Colin Fraser (Nova-Ouest, Lib.):** Merci beaucoup, monsieur le président, et merci également aux témoins de s'être présentés. Je ne fais pas habituellement partie du Comité, et je m'excuse d'avance si je pose une question à laquelle vous avez déjà répondu pendant la première partie de votre témoignage.

En ce qui concerne la participation aux coûts, monsieur Morgan, comment est-ce que cela fonctionne exactement dans les autres pays? Que se passerait-il si quelqu'un n'arrivait pas à payer sa quote-part d'un système universel d'assurance-médicaments? Est-ce que les autres pays qui ont adopté un régime de ce type, celui dont nous discutons aujourd'hui, ont prévu des dispositions à ce sujet?

• (1715)

**M. Steven Morgan:** La plupart des systèmes publics universels avec lesquels nous pouvons établir une comparaison — les systèmes du Royaume-Uni, de la Suède, de la Norvège, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande — n'ont prévu qu'une participation limitée aux coûts, à l'exception de l'Australie. En Australie, les bénéficiaires ordinaires doivent payer une part d'environ 35 \$ par ordonnance. Les personnes handicapées, les personnes à faible revenu et les personnes de plus de 65 ans doivent payer un prix qu'on dit de faveur, bien moins élevé.

Malheureusement, dans les pays où la participation au coût des médicaments est très élevée, par exemple l'Australie, il arrive en effet que les patients se passent de médicaments, tout comme le font les Canadiens qui doivent acquitter une franchise et une participation aux coûts.

C'est pour cette raison que certains pays comme les Pays-Bas, la plupart des organismes de prise en charge ou de maintien de la santé des États-Unis ainsi que d'autres systèmes utilisent un mécanisme de participation au coût qu'on appelle progressif. Seuls les médicaments véritablement vitaux, dont l'efficacité a été prouvée en clinique, qui offrent un bon rapport coût-efficacité et qui sont associés à la prévention sont complètement gratuits.

Les médicaments associés à des thérapies discrétionnaires ou secondaires peuvent faire l'objet d'une participation aux coûts. Encore une fois, dans la plupart des systèmes comparables, cette quote-part est relativement modeste; il y a une exception lorsqu'il s'agit véritablement d'un traitement de troisième ligne qu'un patient ne devrait pas suivre sauf s'il a déjà suivi les traitements précédents. Encore une fois, dans la plupart des pays comparables qui ont un système universel, les obstacles à l'accès sont très faibles, et 4 % ou moins de leur population fait état de problèmes de ce type.

**M. Colin Fraser:** D'accord. Merci.

Au comptoir de la pharmacie, lorsqu'une ordonnance est exécutée au titre d'un programme d'assurance-médicaments universel, voyez-vous une différence dans la façon dont les gens font remplir leur ordonnance, selon ce type de programme, aujourd'hui, la façon dont les médicaments sont payés, par rapport à ce que les gens doivent faire lorsqu'ils font affaire avec une compagnie d'assurances ou doivent payer les médicaments de leur poche?

**M. Steven Morgan:** Cela se passerait à peu près de la même manière que dans la plupart des provinces où il y a un programme d'assurance-médicaments pour les citoyens admissibles au régime public actuel. La plupart d'entre eux n'ont qu'à présenter leur carte d'assurance et à verser leur quote-part. S'ils sont exemptés, ils n'ont rien à payer pour obtenir leurs médicaments d'ordonnance. Cela se passerait à peu près comme avec les systèmes d'aujourd'hui. En fait, je crois que les régimes s'ajouteraient aux systèmes actuels, car les provinces conserveront ces systèmes. Certaines provinces confient d'ailleurs à des tiers, par exemple Green Shield ou la Croix-Bleue certaines activités de traitement des régimes provinciaux. Cela pourrait peut-être ne pas changer.

**M. Colin Fraser:** D'accord.

Je peux aussi poser une question à M. Gagnon.

Avez-vous relevé des problèmes dans les autres pays? Je sais qu'il existe des programmes d'assurance-médicaments universels dans d'autres pays. Quels problèmes avez-vous relevés dans leurs programmes que nous pourrions éviter, ici, au Canada, advenant que nous mettions en oeuvre un programme d'assurance-médicaments?

**M. Marc-André Gagnon:** Il existe toutes sortes de régimes avec [Français]

des modalités très différentes.

[Traduction]

Au bout du compte, en ce qui concerne par exemple les mécanismes de participation graduelle aux coûts, le problème de la France est qu'il y existe des régimes d'assurance complémentaire. Il y a un système qui favorise ou encadre l'utilisation des médicaments d'ordonnance les plus efficaces par rapport à leurs coûts, mais il y a

aussi un régime d'assurance complémentaire qui réduit à néant tout le travail accompli avec ce système de participation graduelle, puisqu'il rembourse absolument tout. C'est l'un des problèmes.

Nous devons absolument éviter tous les mécanismes de participation aux coûts ou de franchises fondés sur le prix affiché des médicaments, qui ne veut plus rien dire, aujourd'hui, étant donné que tout tourne autour des rabais confidentiels. Il faut éviter des mécanismes de participation aux coûts fondés sur les prix affichés. En même temps, il nous faut un régime d'assurance qui ne couvre pas tous les médicaments sans distinction et qui permette de créer des outils institutionnels pour promouvoir une utilisation plus rationnelle des médicaments. C'est ainsi que fonctionne l'Australie, par exemple, avec son régime NPS MedicineWise. C'est ainsi que fonctionnent les Pays-Bas, avec leur institut de la consommation rationnelle des médicaments. Nous aurions besoin de ce type d'outil pour nous assurer que le programme d'assurance-médicaments public fonctionne de manière efficiente et profite à l'ensemble de la population tout en permettant de contrôler ce qui se passe afin de garantir que nous suivions toujours les normes les plus élevées qui soient en matière de médicaments d'ordonnance.

**Le président:** D'accord. Merci beaucoup.

Votre temps est épuisé. Je vais vous demander à tous de ne pas dépasser vos trois minutes.

C'est au tour de Mme Gladu.

**Mme Marilyn Gladu:** Cette question s'adresse à M. Frank.

Ce qui m'inquiète, c'est que si nous prenons l'ensemble des régimes privés aujourd'hui et que nous les déployons tous dans le régime public, je présume que toutes les personnes qui travaillent pour la Sun Life, la Great-West et toutes ces entreprises différentes perdront leur emploi.

Savons-nous combien de personnes travaillent dans ces industries aujourd'hui?

• (1720)

**M. Stephen Frank:** Non, et je pense que cela renvoie au commentaire que j'ai fait plus tôt au sujet des frais administratifs. Nous ne vendons pas d'assurance-médicaments. Nous avons une force de vente, une équipe de direction, du personnel administratif et des gens qui appuient tout un ensemble de choses.

À titre d'analogie, si Canadian Tire cessait demain de vendre des accessoires d'automobile et que toute cette section du magasin disparaissait, l'entreprise ne congédierait pas chaque employé du magasin, n'est-ce pas? La taille de l'entreprise change, mais vous devez tout de même soutenir toutes les autres choses que vous faites. C'est difficile d'évaluer les effets possibles. Il y aurait assurément là quelques pertes d'emploi, mais les coûts pour le système ne s'évaporent pas. La plupart des personnes resteraient en place; elles seraient simplement réaffectées à d'autres services que nous continuerions d'offrir aux employeurs.

**Mme Marilyn Gladu:** D'accord. Très bien. Merci.

Je pense que c'est M. Gagnon qui a parlé de la façon dont le Canada est le deuxième consommateur de médicaments d'ordonnance au monde. Si nous pensons à la somme d'argent que nous payons par personne pour nos médicaments, c'est la plus élevée au monde. C'était peut-être M. Morgan.

L'exemple donné, c'est qu'il y a d'autres endroits, comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande et la Norvège, où le coût est beaucoup plus bas. J'aimerais savoir ce que ces pays font de différent. J'imagine qu'ils ne misent pas sur le volume, parce qu'il n'y a que 24 millions de personnes en Australie, 5 millions en Nouvelle-Zélande et 5 millions en Norvège.

Comment font-ils pour obtenir un coût des médicaments si bas par habitant? Quelqu'un le sait?

**M. Marc-André Gagnon:** En ce qui concerne le coût des médicaments, il y a deux choses: le prix et le volume. Pour ce qui est du prix, nous ne faisons pas un bon travail quant à l'établissement des prix, donc nous pourrions réduire ces prix. Pour ce faire, essentiellement, le meilleur outil pour établir ce pouvoir de négociation est un formulaire national. Quant au volume, il s'agit de promouvoir une consommation rationnelle des médicaments. C'est exactement ce que j'ai mentionné avec l'Australie, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et le NICE, par exemple. Ce sont les outils absolument nécessaires pour qu'on puisse s'assurer... Il y a un problème de prescription insuffisante de médicaments au Canada, il y a un problème de prescription abusive de médicaments et un problème de prescription erronée également, et nous n'avons aucun outil pour donner suite à ces questions en ce moment. Le but d'un programme d'assurance-médicaments est non seulement de garantir que ceux qui n'ont pas accès aux médicaments dont ils ont besoin puissent y avoir accès maintenant, ce qui est essentiel, mais c'est aussi une façon de promouvoir la consommation rationnelle de médicaments, d'éviter la prescription abusive et d'éliminer la prescription erronée également.

**Mme Marilyn Gladu:** Quelqu'un a déclaré que nous ignorons qui sont les personnes qui n'ont pas les moyens de souscrire une assurance. L'ignorons-nous vraiment? Ne s'agit-il pas des personnes à faible revenu et des aînés ayant un revenu fixe?

**M. Steven Morgan:** Je pense qu'il est juste de dire que nous avons une assez bonne idée des personnes qui ne peuvent accéder aux médicaments. Ce sont les personnes qui ont un revenu faible, et le fait de ne pas avoir une assurance est le déterminant le plus important pour ce qui est de savoir si vous allez faire exécuter une ordonnance. De fait, une personne à revenu élevé qui n'a pas d'assurance est plus susceptible de ne pas faire exécuter une ordonnance qu'une personne à faible revenu qui a une assurance. C'est une grande question.

J'ai un article du *Journal de l'Association médicale canadienne* de cette année, que les analystes seraient peut-être intéressés à voir, qui porte sur les différences de volume dans les traitements achetés par des pays comparables. Ce volume n'est pas si grand. La différence tient aux prix et aux décisions relatives à la sélection des produits. Il s'agit de savoir si des options à faible coût sont utilisées plus souvent que celles à coût élevé.

**Le président:** Allez-y, monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Monsieur Gagnon, vous avez déjà parlé des inefficacités que vous observez dans le régime privé. Vous avez dit que « [...] 5 milliards de dollars par année sont gaspillés parce que les régimes privés d'assurance-médicaments paient des sommes inutilement élevées pour des médicaments et des honoraires professionnels », sans qu'il y ait de données probantes à l'égard d'une efficacité accrue, je suppose. Vous avez parlé des « frais d'administration liés aux régimes privés à but lucratif ». Vous les avez décrits comme étant « [...] énormes, environ 15 %, alors que les frais d'administration des régimes publics sont inférieurs à 2 % ».

Compte tenu de ces inefficacités associées à l'assurance privée, est-ce qu'un programme d'assurance-médicaments public à payeur unique serait, à votre avis, préférable à un régime mixte privé-public d'un point de vue financier?

**M. Marc-André Gagnon:** Oui, absolument. Les 5 milliards de dollars gaspillés par les régimes privés sont un chiffre fourni par un gestionnaire de régimes d'assurance-médicaments, Express Scripts Canada. Par rapport aux frais administratifs, vous avez parlé de 9 milliards de dollars. Rappelez-vous que vous avez 5 milliards de dollars qui sont gaspillés et 1,4 milliard de dollars en subventions à caractère fiscal; c'est donc essentiellement de l'argent public dépensé pour des régimes privés. Vous avez les différences des frais administratifs, soit 1,6 milliard de dollars, et 30 % supplémentaires pour l'assurance privée des fonctionnaires. Si vous faites le calcul, nous sommes au-delà de 9 milliards de dollars.

**M. Don Davies:** Monsieur Morgan, pour ce qui est des calculs, dans votre étude de 2015, vous avez dressé un éventail des meilleurs et des pires scénarios et des scénarios moyens.

Vous avez dit ce qui suit:

Un régime d'assurance-médicaments public et universel permettrait de réduire les dépenses totales en médicaments d'ordonnance au Canada de 7,3 milliards de dollars (4,2 milliards de dollars dans le pire scénario et 9,4 milliards de dollars dans le meilleur scénario). Le secteur privé économiserait 8,2 milliards de dollars (6,6 milliards de dollars dans le pire scénario et 9,6 milliards de dollars dans le meilleur scénario), tandis que les coûts pour le gouvernement augmenteraient d'environ 1 milliard de dollars (augmentation nette de 5,4 milliards de dollars dans le pire scénario et économies nettes de 2,9 milliards de dollars dans le meilleur scénario).

Si nous adoptions l'assurance-médicaments universelle, à votre avis, que pourrions-nous économiser annuellement en tant que pays, après la période de déploiement?

• (1725)

**M. Steven Morgan:** Je pense que, selon les meilleures estimations, nous économiserions environ 30 % de ce que nous dépensons en ce moment, et, à l'époque où nous avons mené l'étude du *Journal de l'Association médicale canadienne*, cela correspondait à environ 7 milliards de dollars des médicaments admissibles à une assurance. Au moment où le Canada aura déployé un tel programme, le chiffre sera différent. Il sera supérieur à 7 milliards de dollars ou d'environ 7 milliards, selon notre capacité de garder constants les niveaux de dépenses en ce moment malgré les pressions auxquelles nous faisons face.

**M. Don Davies:** À votre avis, combien de temps faudra-t-il environ avant que nous ne commençons à réaliser des économies nettes?

**M. Steven Morgan:** Je pense que, particulièrement grâce à une liste des médicaments essentiels, vous pourriez en réaliser en une année, parce que c'est intrinsèquement faisable de commencer à exécuter un programme de ce type, puis il faudra quelques années pour aller de l'avant avec un formulaire plus grand. Rappelez-vous que notre modèle de comparateur en Amérique du Nord pourrait être l'USVA. Les États-Unis ont nationalisé leur système de prestations pharmaceutiques en adoptant un formulaire national qui contient des stratégies nationales en matière d'achat. À l'origine, ils ont été en mesure de générer des économies au cours de la toute première année, puis il a fallu quelques années avant qu'ils déterminent jusqu'où ils étaient prêts à aller ensemble en tant que région...

**M. Don Davies:** Y a-t-il une raison pour laquelle nous devrions attendre?

**Le président:** Désolé, le temps est écoulé. Nous avons 19 minutes avant le vote.

Allez-y, monsieur Eyolfson. Vous avez trois minutes.

**M. Doug Eyolfson:** Docteur Raza, on vous a posé une question plus tôt. Voici quelque chose sur quoi M. Van Kesteren et moi-même nous entendons, ce qui n'arrive pas très souvent.

Nous savons que nous pourrions diminuer les coûts si les maladies étaient mieux contrôlées, si le poids des gens était contrôlé et si leur régime alimentaire était contrôlé, s'ils faisaient plus d'exercice et s'ils s'abstenaient de fumer.

Dans quelle strate économique les gens pour qui ces choses ne sont pas bien contrôlées s'inscrivent-ils? Les gens riches sont-ils plus susceptibles d'être obèses, ou bien est-ce les gens pauvres?

**Dr Danyaal Raza:** Ces genres de facteurs sont plus répandus chez les gens ayant un faible revenu.

**M. Doug Eyolfson:** Le tabagisme?

**Dr Danyaal Raza:** Les gens à faible revenu.

**M. Doug Eyolfson:** Le diabète non contrôlé?

**Dr Danyaal Raza:** Les gens à faible revenu.

**M. Doug Eyolfson:** Le manque d'exercice?

**Dr Danyaal Raza:** Les gens à faible revenu.

L'autre chose que je vais ajouter, c'est que ce sont certains facteurs, mais qu'il y a aussi de nombreux aspects sous-jacents mis à part le revenu, puisque les gens comme les Canadiens racialisés et les femmes font face à des obstacles systémiques à l'éducation. Il y a une foule de ces facteurs sociaux, de ces déterminants sociaux de la santé, qui se traduisent par des Canadiens qui tombent malades et par différents types de Canadiens qui sont plus malades que d'autres.

**M. Doug Eyolfson:** Monsieur Morgan, ce sujet revêt un grand intérêt pour moi, comme vous le savez d'après les réunions précédentes. Je suis urgentologue. Je voyais directement ces gens qui ne peuvent pas se permettre leurs médicaments. Un patient atteint d'acidocétose diabétique se présentait et finissait au service de soins intensifs. Vous pouviez avoir une admission au coût de 50 000 \$. Chaque patient sous dialyse coûte à notre système environ 70 000 \$ par année. Tous ces exemples s'additionnent.

À la lumière de vos recherches, quelle serait votre meilleure estimation du coût annuel en raison de la non-conformité imputable aux coûts?

**M. Steven Morgan:** Les estimations qui sont fournies pour le Canada ne sont pas excellentes. Nous n'avons pas de norme de référence pour les données scientifiques en ce moment, donc les coûts varient de 1 à 9 milliards de dollars, selon l'étude que vous examinez.

À l'aide des études qui ont été effectuées aux États-Unis concernant l'effet qu'a l'obtention de l'accès à des médicaments préventifs pour les patients assurés aux États-Unis, on constate en réalité que vous économisez autant d'argent dans le reste du système que ce que vous dépensez pour l'assurance. Cela se chiffrerait aussi dans les milliards de dollars. Nous ne parlons pas de petites sommes d'argent pour ce qui est des économies relatives au système de santé; ou du moins, en réalité, il s'agit de pressions réduites sur un système de santé déjà surchargé.

**M. Doug Eyolfson:** Merci. Je n'ai pas d'autres questions.

**Le président:** Merci beaucoup. Nous avons 17 minutes avant le vote.

Je souhaite de nouveau remercier nos témoins. Notre comité a assurément les meilleurs témoins de tous les comités du Parlement.

Au nom de l'ensemble des membres du Comité, je souhaite vous remercier tous d'être restés avec nous. Certains d'entre vous ont été ici pendant 18 mois, tandis que nous passons à travers ce processus, mais c'est un excellent processus. Nous avons obtenu des points de vue différents, et nos témoins ne sont pas toujours d'accord, mais nous obtenons les meilleurs points de vue qui soient. Nous sommes chanceux.

C'est la dernière réunion du Comité qui porte sur l'assurance-médicaments. La prochaine chose qui suivra sera notre rapport.

Je tiens aussi à remercier tous les membres du Comité de leur excellent travail. C'est une question importante, peut-être la plus importante dont on discute sur la Colline. De nouveau, merci beaucoup aux témoins.

La séance est levée.







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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

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 de la Chambre des communes à l'adresse suivante : <http://www.noscommunes.ca>

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

The proceedings of the House of Commons and its Committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its Committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

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 House of Commons website at the following address: <http://www.ourcommons.ca>