



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

44<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 1<sup>re</sup> SESSION

# Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

**NUMÉRO 116**

Le jeudi 23 mai 2024

Président : M. Sean Casey





## Comité permanent de la santé

Le jeudi 23 mai 2024

• (1535)

[Traduction]

**Le président (M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.)):** Je déclare la séance ouverte.

Bienvenue à la 116<sup>e</sup> séance du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Avant de commencer, j'aimerais demander à tous les membres de consulter les cartes sur la table pour obtenir des directives sur la façon d'empêcher les rétroactions acoustiques.

Veillez noter les mesures de prévention suivantes qui sont en place pour protéger la santé et la sécurité de tous les participants, y compris les interprètes: veuillez n'utiliser que les oreillettes noires approuvées. Les anciennes oreillettes grises ne doivent plus être utilisées. Veuillez tenir votre oreillette loin de tous les microphones en tout temps. Lorsque vous n'utilisez pas votre oreillette, placez-la face contre le bas sur l'autocollant sur la table prévu à cette fin. Merci de votre coopération.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par la Chambre des communes hier soir, le Comité commence son étude du projet de loi C-64, Loi concernant l'assurance médicaments.

Comme il était indiqué dans la note d'information envoyée ce matin, j'aimerais rappeler aux députés que les modifications du projet de loi C-64 doivent être envoyées à la greffière du Comité d'ici 16 heures, heure de l'Est, demain, le vendredi 24 mai 2024.

Il est important pour les membres de noter que, conformément à l'ordre adopté par la Chambre hier, le délai de 16 heures pour présenter les amendements est ferme. Cela signifie que tout amendement soumis à la greffière après la date limite et tout amendement déposé pendant l'étude article par article du projet de loi ne seront pas pris en considération par le Comité.

Chers collègues, nous avons également un budget pour l'étude du projet de loi C-64, que je propose de vous présenter après avoir entendu tous les témoins ce soir.

Sans plus tarder, j'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue à notre premier groupe de témoins.

Nous recevons l'honorable Mark Holland, ministre de la Santé. Il est accompagné de représentants du ministère de la Santé, soit Michelle Boudreau, sous-ministre adjointe déléguée, Direction générale de la politique stratégique et Daniel MacDonald, directeur général, Bureau des stratégies de gestion pharmaceutique, Direction générale de la politique stratégique.

Le ministre Holland sera avec nous pour une heure, et les représentants resteront jusqu'à 17 heures.

Sans plus tarder, bienvenue au Comité, monsieur le ministre. Vous pouvez maintenant présenter votre déclaration liminaire pour les cinq prochaines minutes.

**L'hon. Mark Holland (ministre de la Santé):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je suis vraiment ravi d'être ici avec le Comité.

[Français]

Je suis énormément reconnaissant du travail que fait le Comité sur cette importante question. Il est essentiel que les Canadiens aient accès aux médicaments dont ils ont besoin. C'est fondamental pour notre système de santé.

Tout d'abord, je veux remercier grandement le député de Vancouver Kingsway de son travail.

[Traduction]

Je pense qu'il s'agit d'un excellent exemple de la façon dont, lorsque nous travaillons ensemble en tant que parlementaires et cherchons des solutions aux questions difficiles qui nous sont présentées, nous pouvons trouver des solutions.

Je tiens également à remercier celui qui est devenu porte-parole de la santé, le député de New Westminster—Burnaby et leader parlementaire. J'ai eu la chance de travailler avec lui dans ses différentes fonctions, aussi bien en tant que leader parlementaire que de ministre de la Santé. Je le remercie de son travail.

Bien sûr, au sein de notre propre caucus, je tiens à remercier la députée de Brampton-Sud, qui a vraiment été extraordinaire pour défendre les intérêts.

Il sont, bien sûr, si nombreux que je pourrais utiliser toutes les cinq minutes. Cependant, je vais me concentrer aujourd'hui sur les médicaments. Nous pourrions parler de toutes les choses que nous faisons dans le domaine de la santé, mais parlons des médicaments en particulier.

À l'heure actuelle, 1,1 million de Canadiens ne sont pas assurés, et environ un Canadien sur cinq est sous-assuré. De manière très pratique, cela signifie qu'ils n'ont pas accès aux médicaments dont ils ont besoin.

Pendant la période de questions aujourd'hui, monsieur le président, nous avons parlé de votre province d'origine, l'Île-du-Prince-Édouard, et de la différence pour les gens — pour les résidents de l'île — de pouvoir payer leurs médicaments et de l'importance que cela revêt, non seulement sur le plan de l'abordabilité, mais aussi comme question de dignité et de prévention.

Prenons le diabète comme premier exemple. Certaines personnes se demandent « Pourquoi le diabète? » C'est parce que c'est fondamental pour freiner de nombreuses autres affections et maladies.

Savez-vous qu'environ 70 % des affections et maladies chroniques sont évitables? Nous prenons des mesures historiques pour faire face à la crise des soins primaires et nous assurer que les gens ont accès aux médecins et aux infirmières dont ils ont besoin.

Travailler en amont pour que les gens ne tombent pas malades en premier lieu est extrêmement important. Quand une personne a accès aux médicaments contre le diabète dont elle a besoin, qu'est-ce que cela signifie? Cela signifie qu'elle ne finira pas par souffrir d'une maladie cardiaque ou subir un accident vasculaire cérébral. Elle ne risquera pas de perdre un membre ou de mourir. C'est extrêmement important comme question de justice sociale.

C'est aussi extrêmement important pour une question d'économie. Nous savons qu'environ 25 % des personnes aux prises avec le diabète en ce moment disent que le coût est un facteur d'importance qui peut les empêcher de continuer de prendre les médicaments dont ils ont besoin.

Vous pouvez vous attarder aux problèmes et aux critiques, ou bien concentrer sur les solutions. C'est ce que fait le projet de loi. Il dit que nous travaillerons avec les provinces et les territoires pour créer une base de référence. Lorsque nous examinons cette liste de médicaments, c'est un minimum, pas un maximum. Soyons clairs: tout ce que nous faisons ici est cumulatif. Il s'agit de travailler avec les provinces. Personne ne va perdre sa couverture. Ce qu'on cherche, c'est élargir la couverture et nous assurer que les patients ont le choix et qu'ils obtiennent les médicaments dont ils ont besoin.

Parlons également de santé sexuelle un instant.

Nous devons avoir une conversation dans notre pays au sujet de la santé sexuelle et génésique, afin que chaque femme dans chaque région du pays ait la possibilité de choisir la médication dont elle a besoin pour gérer sa santé sexuelle et génésique maintenant et à l'avenir. Pour moi, c'est essentiel. J'espère que cela pourra déclencher dans le pays une conversation générale sur la santé sexuelle et le fait que la sexualité est quelque chose qui permet de s'affirmer et qui vous rend plus fort, pas quelque chose qui sert à causer de la honte et de la douleur et à blesser les autres.

Lorsque je regarde le régime, comme je le disais aujourd'hui à la Chambre, il y a des gens qui disent que c'est trop demander: N'espérez pas obtenir des soins dentaires. N'espérez pas obtenir une assurance médicaments. Laissez tomber. Allez-vous-en.

Eh bien, c'est ce qu'ils ont dit cela à propos des soins dentaires, mais hier à midi, nous avons passé la barre des 100 000 aînés qui reçoivent des soins dentaires. Pour mettre les choses en perspective, je me suis retrouvé à Vanier pour parler à un denturologue d'une patiente qui, depuis 41 ans, porte le même dentier. La semaine prochaine, elle recevra pour la première fois un nouveau dentier. Cela signifie qu'elle ne broiera pas la nourriture dans sa bouche avec des plaques de plastique. Elle se verra offrir la dignité d'avoir des dents dans la bouche. Ce que nous faisons est concret.

En ce moment, des gens attendent les contraceptifs dont ils ont besoin pour assurer leur santé sexuelle et génésique. Ils attendent la médication pour le diabète dont ils ont besoin. J'ai parlé à Sarah dans une clinique du diabète ici de ce que cela voudra dire pour les gens d'éviter la maladie, et du fait de ne pas voir de patients qui réutilisent des seringues et attrapent des maladies transmissibles par le sang parce qu'ils n'ont pas d'accès.

Cela nous donne la possibilité de négocier avec les provinces afin de veiller à ce que tout le monde obtienne cette couverture. Les répercussions seront énormes sur le plan de la dignité, de la justice sociale, de la prévention et de l'évitement de coûts. Je suis très enthousiaste d'en parler aujourd'hui.

Merci, monsieur le président.

• (1540)

**Le président:** Merci, monsieur le ministre.

Nous allons maintenant commencer les périodes de questions, en commençant par les conservateurs pour six minutes.

Allez-y, monsieur Ellis.

**M. Stephen Ellis (Cumberland—Colchester, PCC):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci, monsieur le ministre, d'être ici.

Vous avez parlé de l'accès aux soins primaires. Pourriez-vous dire au Comité combien de Canadiens n'ont pas accès aux soins primaires?

**L'hon. Mark Holland:** C'est élevé. Bien sûr, cela dépend des régions, mais beaucoup trop de Canadiens n'y ont pas accès. C'est pourquoi nous travaillons sur ces ententes.

**M. Stephen Ellis:** Juste au pays, monsieur le ministre, combien de Canadiens n'ont pas accès aux soins primaires? Vous connaissez le chiffre.

**L'hon. Mark Holland:** Eh bien, cela varie. C'est parfois difficile de le savoir, en fait, parce que les circonstances sont trop opaques. Il nous manque beaucoup de données dont nous avons besoin dans le secteur de la santé pour pouvoir fournir des chiffres précis. Il y a des suppositions éclairées, mais le chiffre est trop élevé. J'ai vu beaucoup de chiffres extrêmement variables.

**M. Stephen Ellis:** Manifestement, monsieur le ministre, vous avez trop peur de dire le chiffre, parce que sous votre gouverne, il continue d'augmenter. N'est-ce pas?

**L'hon. Mark Holland:** Eh bien, non, en fait. Au cours des dix derniers mois, nous avons fait d'énormes progrès. Sous ma gouverne en tant que ministre de la Santé, nous avons signé 26 accords, ce qui nous permet d'aller de l'avant avec un financement de 200 milliards de dollars. Je pense qu'aucune association ou organisation représentant des infirmières, des médecins ou des préposés aux bénéficiaires ne dirait que nous ne sommes pas en train de réaliser des progrès énormes et que nous n'en avons pas fait au cours de la dernière année.

**M. Stephen Ellis:** C'est toutefois intéressant, monsieur le ministre. Vous avez refusé de fournir un chiffre, mais vous dites maintenant aux Canadiens que vous avez réalisé des progrès. Si vous ne pouvez même pas dénombrer les gens, comment pouvez-vous dire que vous avez fait des progrès?

**L'hon. Mark Holland:** Une chose que nous avons faite dans l'entente qui est, je crois, extrêmement importante, c'est de mettre en place des indicateurs communs dans l'ensemble du pays et de classer par ordre de priorité les données sur la santé, pour que nous n'ayons pas ce niveau d'opacité dans notre système de santé. Nous avons des gouvernements provinciaux et territoriaux, et je pense qu'il est essentiel de mettre en place des indicateurs communs pour pouvoir fournir des réponses claires et concises à ces questions. C'est l'une des choses que nous avons intégrées.

**M. Stephen Ellis:** Revenons à la question. Donnons simplement un chiffre. Combien de Canadiens n'ont pas accès aux soins primaires? Disons simplement un chiffre: combien de millions; combien de...

**L'hon. Mark Holland:** Trop. Nous ne connaissons pas le chiffre.

**M. Stephen Ellis:** Non, non, ce n'est pas un chiffre. « Trop » n'est pas un chiffre.

• (1545)

**L'hon. Mark Holland:** Eh bien, nous ne connaissons pas le chiffre. J'ai essayé d'expliquer que nous ne pouvons pas...

**M. Stephen Ellis:** Tout le monde connaît le chiffre, monsieur le ministre, sauf vous.

**L'hon. Mark Holland:** Eh bien, si vous connaissez le chiffre, dites-le. D'où provient-il? Pouvez-vous citer la source?

**M. Stephen Ellis:** Merci beaucoup.

Je vais peut-être poser la question à l'un de vos associés ici.

Monsieur Macdonald, savez-vous combien de Canadiens n'ont pas accès aux soins primaires?

**M. Daniel MacDonald (directeur général, Bureau des stratégies de gestion pharmaceutique, Direction générale de la politique stratégique, ministère de la Santé):** Selon les commentaires du ministre, cette information est recueillie en vertu des accords qui ont été signés.

**M. Stephen Ellis:** Voilà. Nous avons...

Madame Boudreau, puis-je vous poser la même question? Combien de Canadiens n'ont pas accès aux soins primaires?

**Mme Michelle Boudreau (sous-ministre adjointe déléguée, Direction générale de la politique stratégique, ministère de la Santé):** Merci de poser la question.

Monsieur le président, je ne suis pas en mesure d'ajouter quoi que ce soit d'autre.

**M. Stephen Ellis:** Ce que vous me dites, c'est que sur les trois représentants présents, dont le ministre de la Santé, aucun ne sait combien de Canadiens n'ont pas accès aux soins primaires. Génial. Cela va beaucoup aider les Canadiens.

Qu'en pensez-vous, monsieur le ministre? Pourquoi le sémaglutide ne figure-t-il pas sur votre liste de médicaments?

**L'hon. Mark Holland:** Nous avons créé une base. L'une des choses que nous faisons dans le cadre de nos négociations avec les provinces, c'est de dire « Ce n'est qu'un plancher », de manière à nous assurer d'avoir un plancher pour les personnes qui ne sont pas assurées ou sont sous-assurées. Nous sommes tout à fait ouverts aux commentaires du Comité et disposés à négocier avec les provinces pour que la liste soit cumulative.

Je dirais que la liste que vous voyez est un minimum absolu. Je m'attends à ce que la liste finale en contienne davantage. Si vous pensez qu'il y a des choses qui devraient figurer sur cette liste, j'aimerais beaucoup avoir cette conversation. Avec un peu de chance, cela signifierait que vous soutenez le projet de loi.

**M. Stephen Ellis:** Je pense qu'il n'y a pas d'inquiétude à avoir, parce que c'est un mauvais projet de loi et que c'est une mauvaise chose pour les Canadiens.

Pouvez-vous dire aux Canadiens combien de temps il faut au Canada, en général, entre le premier lancement d'un médicament et le remboursement public?

**L'hon. Mark Holland:** Encore une fois, cela varie en fonction des provinces.

Je vais revenir en arrière. J'espère que vous ne rejetterez pas sommairement l'idée d'aider des personnes qui ne sont pas assurées à obtenir des médicaments.

**M. Stephen Ellis:** Monsieur le ministre, je ne pense pas que c'était ma question.

**L'hon. Mark Holland:** Je vous pose la question suivante: Quel est votre plan, monsieur, si vous n'adoptez pas ce régime? Il y a 1,1 million de Canadiens qui ne sont pas assurés.

**M. Stephen Ellis:** Excusez-moi, monsieur, je pense que c'est ma question...

**L'hon. Mark Holland:** Pourriez-vous nous dire ce que vous prévoyez pour assurer ces personnes et pour faire en sorte que les personnes qui n'ont pas accès aux médicaments puissent en obtenir? Quel est votre plan, monsieur?

**M. Stephen Ellis:** Savez-vous quoi, monsieur le ministre? Vous pourriez me poser des questions lorsque vous siégerez dans l'opposition.

Pouvez-vous dire à tous les Canadiens combien de jours s'écoulent entre le premier lancement global et le remboursement public au Canada?

**L'hon. Mark Holland:** Encore une fois, cela dépend du médicament et du territoire.

Je vous renvoie la question. Si vous voulez voter contre quelque chose, je vous suggérerais d'expliquer ce que vous allez faire à la place. Si toutes ces personnes n'ont ni assurance ni médication, c'est une question assez simple à vous poser: qu'allez-vous faire à la place? Si vous dites que vous n'avez pas de réponse, je vous demanderais pourquoi vous votez contre ce projet de loi.

**M. Stephen Ellis:** Non, je n'ai pas dit que je n'avais pas de réponse. C'est vous qui m'avez donné... Je vous ai posé deux questions sur des chiffres simples, des questions auxquelles vous n'avez pas de réponse, ni vos représentants d'ailleurs.

Voici une troisième question, un chiffre simple. Essayons encore une fois. Cela porte sur le pourcentage de nouveaux médicaments rendus disponibles par pays de l'OCDE.

Au total, 460 nouveaux médicaments ont été lancés de 2012 à la fin de 2021. Combien ont été approuvés au Canada? Quel est le pourcentage? Donnez-moi seulement le pourcentage.

**L'hon. Mark Holland:** Je vais être franc avec vous. Quel est votre objectif? Qu'essayez-vous de demander?

Je crois comprendre que vous essayez de me piéger, au lieu de... J'essaie de parler des gens qui n'ont pas de médicaments, et vous semblez vous perdre dans un certain type de jeu partisan étrange.

**M. Stephen Ellis:** Oh non, non. Laissez...

**L'hon. Mark Holland:** Avez-vous un plan pour que les personnes puissent obtenir des médicaments, oui ou non? Est-ce une tentative pour faire oublier que vous n'avez pas de plan?

**M. Stephen Ellis:** Si vous voulez parler des choses farfelues que vous essayez de faire, nous pouvons en parler. Je me contente de poser des questions simples au nom des Canadiens.

**L'hon. Mark Holland:** Je suis curieux. Où voulez-vous en venir? Avez-vous même quelque chose à dire?

**M. Stephen Ellis:** J'ai beaucoup de choses à dire.

Commençons par la première: vous n'avez aucune idée de ce dont vous parlez.

La deuxième est la suivante: les Canadiens sont ceux qui attendent le plus longtemps parmi les pays de l'OCDE pour obtenir l'approbation des médicaments, ce dont vous n'êtes de toute évidence pas au courant. Nous y revenons de nouveau, malheureusement. La dernière fois que vous étiez ici, vous n'en aviez aucune idée, et c'est toujours le cas, manifestement.

Le pourcentage de nouveaux médicaments offerts au Canada est de 44 % de 460 médicaments. Cela signifie que, même si vous voulez annoncer des faussetés, des choses qui ne se produisent même pas, le système — le système réglementaire que vous, monsieur, contrôlez — ne répond pas aux attentes des Canadiens. Vous avez eu la possibilité de changer la donne. Vous avez choisi de ne pas le faire. Vous avez choisi de tenter de rester au pouvoir avec vos partenaires coûteux de la coalition, le NPD, en créant quelque chose qui existe déjà à l'échelle provinciale...

**Le président:** Votre temps est écoulé. Si vous voulez une réponse...

**M. Stephen Ellis:** Merci beaucoup, monsieur le président. Je pense que nous avons déjà donné la réponse.

**Le président:** Avec un peu de chance, quelqu'un d'autre vous accordera une partie de son temps pour que vous puissiez répondre à la question. Je pense que ce serait la chose juste à faire.

Monsieur Naqvi, allez-y pour six minutes, s'il vous plaît.

**M. Yasir Naqvi (Ottawa-Centre, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Bienvenue, monsieur le ministre.

Je pense que le comportement que nous venons de voir de la part de M. Ellis est honteux. Nous essayons réellement d'avoir une conversation réfléchie au sujet d'un texte de loi très important qui aura une incidence incroyable sur la vie des Canadiens. Nous n'avons pas à être d'accord sur tout. L'idée qui sous-tend une réunion du Comité est d'analyser dans le cadre d'une discussion la façon d'améliorer un texte de loi, sans entrer dans les diatribes politiques et rhétoriques que nous avons vues.

Je suis personnellement très emballé par ce projet de loi. J'ai travaillé pendant un certain temps à l'échelle provinciale au Parlement de l'Ontario, où nous avons adopté une loi sur l'assurance médicaments, un programme appelé Assurance-santé Plus. J'ai été très déçu lorsque le gouvernement conservateur de Doug Ford a éviscéré cette loi, refusant à un très grand nombre d'Ontariens l'accès à des médicaments importants qui sauvent la vie, et c'est pourquoi je me réjouis que nous présentions à l'échelle fédérale le programme national d'assurance médicaments.

Monsieur le ministre, j'aimerais connaître les détails. Je sais qu'il s'agit d'un texte de loi réfléchi. Pouvez-vous nous dire quelles seront, si le projet de loi est adopté, les prochaines étapes concernant la collaboration avec les provinces, les territoires et les peuples autochtones pour déployer ce programme particulier? Aussi, j'aimerais savoir quel travail vous faites par rapport à ce projet de loi, s'il est adopté, pour vous assurer que tous les Canadiens obtiennent accès à des médicaments contre le diabète et à des contraceptifs.

• (1550)

**L'hon. Mark Holland:** Je pense, en premier lieu — et c'est pourquoi je résistais — que nous avons un problème très grave, à savoir qu'un très grand nombre de Canadiens n'ont pas d'assurance médicaments.

Si nous discutons de la façon de régler ce problème, je suis entièrement ouvert aux idées différentes. Je pense que le processus actuel en témoigne. Nous avons deux partis différents avec deux idées différentes qui essaient de se réunir et de trouver un terrain d'entente. Si d'autres partis ont d'autres idées, alors je pense qu'il est important d'en parler.

Franchement, s'ils n'ont aucune idée et qu'ils pensent simplement que les gens devraient continuer de ne pas être assurés, alors oui, je vais le signaler. Je pense que c'est important de le souligner et je ne crois pas qu'il soit approprié d'essayer de se cacher derrière un certain type de stratégie étrange.

Ce que je dirai pour ce qui est des prochaines étapes, parce que c'est d'une importance extrême, c'est que nous avons déjà commencé ces étapes. Il y a eu des conversations très productives avec chaque province et territoire. Ils ont vraiment mis de côté la partisanerie pour savoir, dans chaque province et chaque administration, comment nous pouvons travailler avec l'autorité compétente pour bonifier et améliorer leur offre.

Certaines provinces sont des chefs de file, alors reconnaissons le Québec, la Colombie-Britannique, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba en particulier, qui font preuve de leadership dans ce domaine. Nous voulons amener cela encore plus loin pour pouvoir travailler avec les chefs de file et élargir notre cercle d'action.

Ce qui est passionnant, c'est que c'est là un exemple de cas où les gouvernements de toutes allégeances politiques reconnaissent que le diabète et les contraceptifs ne sont pas des questions pour lesquelles nous devons croiser le fer ou essayer de marquer des points politiques, que c'est vraiment la façon dont nous acheminons les médicaments aux gens qui en ont besoin et dont nous parlons de solution qui prime. Cela pourrait être très frustrant lorsque je discute de solutions avec les provinces d'être ainsi limité.

J'ajouterais ensuite une mesure supplémentaire. Évidemment, la Chambre doit adopter le projet de loi pour que nous puissions terminer ces conversations, mais je me tournerais ensuite vers les services de santé non assurés. Vous posiez la question très importante au sujet des peuples autochtones, et je pense que c'est une occasion importante, conjointement avec ce que nous faisons dans le cas des services de santé non assurés, de tenir compte de leur efficacité et de nous assurer que tout le monde a accès aux médicaments dont ils ont besoin. C'est un processus itératif, et il faut y aller une étape à la fois.

**M. Yasir Naqvi:** Pour les prochaines étapes, vous travaillez sur ce que vous envisagez comme étant des accords bilatéraux, et je présume qu'ils prévoiraient la fourniture et le paiement de ces médicaments.

Par exemple, si je suis un Canadien non assuré et que je n'ai pas accès à ces médicaments, puis-je me rendre à ma pharmacie locale et utiliser ma carte d'assurance-maladie provinciale pour avoir accès à, disons, un médicament contre le diabète, si j'en ai besoin?

**L'hon. Mark Holland:** Je pense que cela décrit bien la situation. Nous devons trouver une solution pour chaque province, mais l'idée, c'est que vous avez un choix.

Une personne déjà couverte peut continuer d'utiliser cette couverture, mais pour quelqu'un qui n'en a pas ou qui est sous-assuré, cela lui offrirait une voie vers la couverture.

Beaucoup de personnes sont sous-assurées. Quelqu'un pourrait n'être couvert qu'à 70 % pour ses médicaments, par exemple, et ne pas avoir les moyens de verser le copaiement de 30 %. Cela signifie qu'il ne reçoit pas les médicaments dont il a besoin, qu'il n'adopte pas un régime où il prend ces médicaments, qu'il se retrouve avec une maladie chronique, qu'il finit par se retrouver dans notre système hospitalier, ce qui nous coûte énormément d'argent.

C'est plus qu'une question de justice sociale. Il est essentiel que les personnes aient accès à un choix. C'est ce que cette mesure permettra de faire. Elle ouvrira un choix pour ce qui est de savoir si vous voulez utiliser votre assurance existante ou bénéficier du système universel à payeur unique.

• (1555)

**M. Yasir Naqvi:** Parlez-moi un peu du choix. C'est important, car quelques personnes essaient de transmettre l'idée que, d'une façon ou d'une autre, les gens perdront leur assurance privée et que ce sera pour eux la seule façon d'obtenir leurs médicaments contre le diabète ou leurs contraceptifs.

Pouvez-vous rassurer les Canadiens au sujet de la nature de ce choix et de la manière dont ils pourront choisir de conserver leur assurance privée s'ils le souhaitent?

**L'hon. Mark Holland:** Oui, c'est tout à fait cela.

Il est extrêmement important de ne pas permettre que la désinformation circule dans ce domaine. Il s'agit d'ajouter des gens, d'élargir leur couverture et de s'assurer que les personnes qui sont sous-assurées ou qui doivent accéder à une assurance peuvent l'obtenir et obtenir les médicaments dont ils ont besoin. Cela peut être fait à l'aide d'un modèle à payeur unique.

**Le président:** Merci, monsieur le ministre.

[Français]

C'est maintenant au tour de M. Blanchette-Joncas, qui aura la parole pendant six minutes.

**M. Maxime Blanchette-Joncas (Rimouski-Neigette—Témiscouata—Les Basques, BQ):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je salue le ministre qui est parmi nous aujourd'hui.

Monsieur le ministre, le Bloc québécois est en faveur du principe d'aider les gens malades et les gens les plus vulnérables à obtenir des soins de santé ainsi qu'à bénéficier d'un programme d'assurance médicaments. Vous connaissez bien sûr la position du Bloc québécois et celle du gouvernement du Québec, qui sont similaires.

Monsieur le ministre, ma première question est la suivante: avez-vous eu une discussion avec le ministre de la Santé du Québec, M. Christian Dubé? Si oui, que vous a-t-il dit, concrètement?

**L'hon. Mark Holland:** Vous avez absolument raison, il est essentiel que nous travaillions en collaboration avec le gouvernement du Québec. Ce dernier a fait beaucoup de choses dans le domaine de l'accès aux médicaments pour tous les Québécois et toutes les Québécoises. Notre intention est de travailler directement avec le gouvernement du Québec pour augmenter ce qu'offre le système provincial. Nous n'avons pas l'intention de créer un autre système; l'idée est vraiment d'augmenter ce qu'offre le système actuel.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Monsieur le ministre, concrètement, quelle demande le ministre de la Santé du Québec, Christian Dubé, vous a-t-il prié de respecter?

**L'hon. Mark Holland:** Il faut nous assurer de respecter les champs de compétence. Effectivement, il nous faut respecter les compétences du Québec dans le processus. Il convient de réfléchir à la façon dont le gouvernement du Canada peut travailler avec le gouvernement du Québec pour améliorer les services visant le traitement du diabète et les contraceptifs pour les femmes. Il y a des besoins, et c'est possible de travailler dans un esprit de collaboration tout en respectant tout à fait les champs de compétence.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** On se comprend.

Pour être certain d'être bien compris, monsieur le ministre, je vais citer les paroles du ministre québécois de la Santé, Christian Dubé: « Nous n'avons aucun problème à rajouter cet argent dans le programme d'assurance médicaments. Mais il faut que ce soit sans condition. Ce n'est pas à eux de venir décider la meilleure couverture des médicaments pour les Québécois. »

Monsieur le ministre, quand vous parlez de respect, s'agit-il aussi de respecter la décision du gouvernement du Québec de ne pas se faire imposer un nouveau programme d'assurance médicaments? Celui du Québec existe maintenant depuis 30 ans.

**L'hon. Mark Holland:** Nous n'avons pas du tout l'intention de ne pas respecter les champs de compétence. Pour nous, il s'agit vraiment d'examiner la façon de garantir que chaque personne peut obtenir les médicaments dont elle a besoin, ou encore les appareils dont elle a besoin, comme dans le cas du diabète. En effet, ce n'est pas juste une question de médicaments; il faut aussi prendre des mesures pour que les gens aient accès aux appareils et aux outils nécessaires. Il y a beaucoup de besoins. Notre objectif est de nous assurer que tous les besoins sont pris en compte.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Oui, nous sommes d'accord sur les besoins. Maintenant, il faut parler de la façon de faire.

Est-ce que vous êtes d'accord pour que le Québec obtienne un droit de retrait de ce programme d'assurance médicaments, et ce, avec pleine compensation et sans condition?

• (1600)

**L'hon. Mark Holland:** Quand j'ai parlé avec le ministre Dubé, il n'y avait pas de problème.

C'était la même chose dans le cas des ententes bilatérales. Il y avait vraiment un esprit de coopération.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Je vais reformuler la question, monsieur le ministre, et le choix de réponse sera oui ou non.

Est-ce que vous êtes d'accord pour que le Québec puisse obtenir un droit de retrait de votre nouveau programme d'assurance médicaments, et ce, avec pleine compensation?

**L'hon. Mark Holland:** Pour moi, c'est...

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Monsieur le ministre, est-ce oui ou est-ce non?

**L'hon. Mark Holland:** Laissez-moi m'expliquer. Vous utilisez le mot « condition ». Pour moi, ce n'est pas une question de condition, mais une question de but commun. Il faut trouver le but commun.

Certainement, nous avons des objectifs fédéraux. Ils existent dans le projet de loi. Cependant, je cherche...

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** D'accord. La réponse est non, monsieur le ministre.

**L'hon. Mark Holland:** ... des buts communs.

Votre utilisation du mot « condition » est la raison pour laquelle j'évite ça.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Vous évitez surtout de répondre aux questions, comme vous venez de le faire encore une fois. C'est un manque de respect pour la volonté du Québec et, bien sûr, pour la demande du gouvernement du Québec.

Alors, on prend acte de la décision, et viendront ensuite les belles paroles et les négociations.

Je poursuis, monsieur le ministre. Vous devez comprendre que le gouvernement du Québec a déjà son propre programme d'assurance médicaments depuis maintenant 30 ans — oui, 30 ans. Vous savez que vous avez copié le modèle du Québec pour le système de garderies. Alors, ce que nous demandons aujourd'hui est légitime. Nous avons déjà un modèle. Nous voulons simplement obtenir notre argent et gérer notre propre programme, qui existe déjà depuis 30 ans, je vous le répète.

Les Québécois ont déjà un programme et paient pour ce programme. Ils ne veulent pas payer en double en payant aussi le gouvernement fédéral pour son nouveau programme.

Alors, la question que nous vous posons est la suivante: est-ce que vous êtes d'accord pour que les Québécois, qui ont déjà un programme, puissent obtenir de l'argent du fédéral, auquel ils paient déjà de l'impôt, et que ces fonds soient réservés par Ottawa sans condition pour bonifier le programme actuel du gouvernement du Québec?

Elle est là, la question.

**L'hon. Mark Holland:** Quand il est question de l'argent du fédéral et des buts du gouvernement fédéral, il est essentiel d'avoir une discussion pour trouver des buts communs. Ce n'est pas du tout une question de champs de compétence. Dans le cas de ce projet de loi, compte tenu de nos responsabilités et du fait qu'il s'agit de l'argent du fédéral, il s'agit plutôt de trouver des buts communs.

À mon avis, nous disons la même chose. Cette question ne pose aucun problème lorsque j'en discute avec le ministre Dubé.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** C'est parfait.

La seule chose que je veux que vous compreniez, c'est que le gouvernement du Québec a déjà son programme et que les Québécois paient pour celui-ci. Si les Québécois paient pour un nouveau programme fédéral et que cet argent ne leur est pas retourné, ils vont payer en double. C'est la seule chose que nous vous demandons de comprendre et de respecter.

**L'hon. Mark Holland:** Comprenez bien qu'il n'y a pas de programme fédéral pour ça. Nous allons travailler directement avec les provinces et les territoires afin d'utiliser les systèmes actuels pour fournir les médicaments aux personnes.

Alors, c'est impossible avec le gouvernement du Québec. Le gouvernement du Québec est vraiment un partenaire dans ce processus et il est important de trouver les buts communs.

**Le président:** Merci, monsieur le ministre.

Merci, monsieur Blanchette-Joncas. Le temps qui vous était alloué est écoulé.

[Traduction]

Monsieur Julian, vous avez six minutes, s'il vous plaît.

**M. Peter Julian (New Westminster—Burnaby, NPD):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je tiens à souligner l'importance de la nature historique de l'audience d'aujourd'hui. Cela fait 60 ans que Tommy Douglas, le premier chef du NPD et le père du régime d'assurance-maladie du Canada, a aidé à faire adopter à la Chambre — dans un gouvernement minoritaire — un régime universel de soins de santé. Nous revoici, 60 ans plus tard.

L'intention de Tommy Douglas a toujours été de passer des soins de santé universels à un régime universel d'assurance médicaments, parce que la réalité, c'est que tous les autres pays industrialisés qui possèdent des soins de santé universels ont également un régime universel d'assurance médicaments, et c'est pourquoi il s'agit d'une audience historique.

Je tiens assurément à remercier de nombreuses organisations qui ont permis que nous soyons là: la Coalition canadienne de la santé, le Congrès du travail du Canada, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, le Conseil des Canadiens et de nombreux autres groupes qui exercent depuis des années des pressions pour que l'on lance le régime universel d'assurance médicaments. C'est un jour historique.

Je tiens à vous remercier, monsieur le président, de nous avoir fourni un préavis adéquat. Nous sommes au courant de cette motion d'instruction à la Chambre depuis des semaines, bien sûr. Nous avons su grâce à votre note d'information la semaine dernière que nous avions une semaine et demie pour nous préparer à l'audience d'aujourd'hui et préparer des amendements. Je remercie le ministre d'être ici.

Je remarque que mes collègues conservateurs n'ont pas encore posé de question sur le projet de loi. J'espère qu'ils ont pris la semaine et demie que vous leur avez fournie pour lire le projet de loi.

Monsieur le président, par votre entremise, j'aimerais poser au ministre de la Santé les questions suivantes concernant certaines des dispositions du projet de loi.

Tout d'abord, la disposition 8 parle d'une liste nationale de médicaments. Comment envisagez-vous l'élaboration d'une liste nationale de médicaments qui sera mise en place dans un an, une fois que nous aurons adopté le projet de loi, comme vous le savez?

● (1605)

**L'hon. Mark Holland:** Merci beaucoup.

Bien sûr, la liste nationale de médicaments est l'une des raisons pour lesquelles le projet de loi... Nous avons également annoncé l'établissement d'une Agence canadienne des médicaments et prévu des fonds pour que la liste nationale de médicaments puisse être élaborée de manière indépendante par des experts en la matière. Je conviens que c'est extrêmement important.

J'ai été négligent dans ma déclaration liminaire. Je pense que j'ai passé une minute et demie à faire des remerciements, mais vous avez raison de dire qu'un très grand nombre d'organisations et de groupes différents ont défendu cette question. Vous avez raison de le reconnaître. Je tiens à reconnaître cette omission.

**M. Peter Julian:** J'aimerais passer à l'article 9, qui traite de la Stratégie nationale d'achat en gros.

Comme vous le savez, monsieur le ministre, nous avons vu des pays comme la Nouvelle-Zélande utiliser l'achat en gros, qui peut permettre de réduire le coût des produits pharmaceutiques et des médicaments dont les Canadiens dépendent jusqu'à 90 %.

Vous avez cette date limite d'un anniversaire de un an. Comment envisagez-vous l'élaboration de cette stratégie pour respecter ce délai de un an? Avez-vous effectué des études à l'interne pour savoir quelle serait la différence dans le coût des médicaments pour les Canadiens?

**L'hon. Mark Holland:** Nous savons que les mesures prises à ce jour ont permis d'économiser environ 300 millions de dollars par année. Nous avons coordonné l'achat en gros. Cela n'inclut pas les achats privés, mais nous avons coordonné une bonne partie des achats nationaux grâce à la collaboration avec les provinces et les territoires. Cela a permis d'économiser environ 300 millions de dollars par année. C'est une somme d'argent importante. Cette mesure a permis de rendre nos médicaments beaucoup plus compétitifs, à tel point que nous avons eu la crise avec les États-Unis, qui cherchaient à importer nos médicaments.

Toutefois, il nous reste beaucoup de pain sur la planche. Il est difficile de dire avec précision combien nous pouvons économiser. Nous avons reçu beaucoup d'estimations différentes, mais je peux dire que le montant est important. Les assureurs privés avec qui j'ai parlé ont reconnu que l'adoption d'un programme commun d'achat en gros permettrait de faire économiser aux consommateurs une somme d'argent énorme.

**M. Peter Julian:** Il est à se demander comment qui que ce soit pourrait s'opposer à des coûts plus faibles et à une plus grande disponibilité des médicaments.

Enfin, je voulais vous demander de nous parler de l'article 11, le Comité d'experts. Encore une fois, les délais sont très serrés: il est question de un an. C'est pourquoi je pense qu'un si grand nombre de gens et d'organisations d'un bout à l'autre du pays nous ont pressés d'avancer dans ce dossier. Le projet de loi a été malheureusement bloqué à la Chambre pendant des mois, mais nous allons enfin de l'avant, ce qui est fantastique.

Avec cet échéancier de un an, le délai est serré. Comment verriez-vous le Comité d'experts vous rendre des comptes et en rendre à la Chambre des communes?

**L'hon. Mark Holland:** Oui, le besoin est urgent. Bloquer le projet de loi est problématique, parce que les gens ont désespérément besoin de ces médicaments. Il est important d'agir rapidement.

En ce qui concerne le Comité d'experts, l'intention serait de nommer immédiatement les personnes qui formeraient ce comité et qu'il soit en mesure de produire des rapports pour que nous puissions obtenir des renseignements clairs et concis au sujet des coûts et des options concernant la voie à suivre.

Même si le travail que nous faisons actuellement est essentiel dans les domaines du diabète et des contraceptifs, nous savons qu'il y a beaucoup plus de travail à faire. Ce comité, selon moi, sera très important pour orienter les coûts et le processus concernant la voie à suivre.

**M. Peter Julian:** J'ai une dernière question pour ce tour-ci. Amber, une électricienne de Burnaby, en Colombie-Britannique, paye 1 000 \$ par mois pour des médicaments contre le diabète qui lui permettent de rester en vie et d'être en bonne santé. Que signifie le projet de loi pour les personnes qui, comme Amber, n'ont pas d'as-

surance et peinent à payer leurs médicaments contre le diabète? Qu'arriverait-il si le projet de loi était toujours bloqué et qu'elle n'avait pas accès aux solutions prévues dans le projet de loi?

**L'hon. Mark Holland:** Pour être très direct, vous le voyez lorsque vous allez dans des cliniques du diabète, où des patients comme Amber sont forcés de faire des choix entre payer leur loyer, leur épicerie ou leurs médicaments. Souvent, les médicaments sont ce qui tombe en premier.

Ce qui est si tragique, c'est que cette même clinique verra réapparaître beaucoup plus tard cette même personne avec une maladie mal gérée, comme le diabète, dans un terrible état, ou elle finira par souffrir d'une affection ou d'une maladie chronique terrible.

Je ne pense pas que nous voulions vivre dans le type de pays qui permet qu'une telle chose arrive à Amber. C'est une chose tout à fait évitable. Raina, qui est âgée de 12 ans, était présente lors de l'annonce. C'est une défenseuse et un enfant qui a le diabète, et elle m'a dit que personne dans le pays ne devrait ne pas pouvoir payer ses médicaments. Parfois, les jeunes arrivent à dire les choses très clairement. Il m'est difficile de ne pas être d'accord avec Raina ou Amber pour dire qu'elles méritent de pouvoir obtenir leurs médicaments.

• (1610)

**Le président:** Merci, monsieur le ministre.

**L'hon. Mark Holland:** Si la réponse est « Non, on ne veut pas cela », alors c'est une question juste pour Amber ou Raina de demander: « Eh bien, quoi alors? »

**Le président:** Merci, monsieur le ministre. C'est tout le temps que nous avons pour ce tour.

La prochaine est Mme Goodridge pour cinq minutes, s'il vous plaît.

**Mme Laila Goodridge (Fort McMurray—Cold Lake, PCC):** Merci, monsieur le président.

Je remercie le ministre d'être ici.

Y a-t-il quoi que ce soit dans le projet de loi qui empêchera les employeurs d'annuler ou de déclasser les programmes d'assurance existants?

**L'hon. Mark Holland:** Rien ne permettrait de changer cela. J'ai été à la tête de la Fondation des maladies du cœur, et je négociais donc des programmes d'assurance privés. Je peux vous dire que les compagnies d'assurance veulent vraiment poursuivre leurs activités. Le fait que les personnes sous-assurées et non assurées seront maintenant capables d'obtenir les médicaments dont elles ont besoin ne représente aucune menace pour les compagnies d'assurance. Je pense que...

**Mme Laila Goodridge:** Je ne vous ai pas demandé de parler des compagnies d'assurance. J'ai parlé des employeurs.

**L'hon. Mark Holland:** Mais j'y arrive. Je veux dire, si vous êtes un employeur... Comme je l'ai dit, je négocierais les services de santé pour les employés. Évidemment, les services de santé pour les employés comprennent beaucoup plus de choses que le diabète, les médicaments et les contraceptifs.

**Mme Laila Goodridge:** Je comprends. Je demande s'il y a...

**L'hon. Mark Holland:** Abandonner votre régime parce qu'une partie des médicaments... Ce n'est tout simplement pas logique, n'est-ce pas? Aucune compagnie ne voudrait le faire.

**Mme Laila Goodridge:** Très bien.

S'il s'agit d'un programme à payeur unique, y en a-t-il qui perdront leur couverture prévue par des régimes existants?

**L'hon. Mark Holland:** L'objectif ici... Non, nous nous assurons que les personnes peuvent choisir où elles veulent aller. Par exemple, si une personne est couverte à 70 % et qu'elle veut souscrire un régime public qui la couvre à 100 %, j'imagine qu'elle pourrait faire ce choix. Cependant, si elle préfère son régime privé, elle continuerait de l'utiliser.

**Mme Laila Goodridge:** Dans ce cas, pouvez-vous nous assurer que personne ne perdra sa couverture en raison de ce projet de loi?

**L'hon. Mark Holland:** Je peux vous assurer, oui, que...

**Mme Laila Goodridge:** Merci.

Quelles consultations avez-vous tenues en particulier avec la ministre Adriana LaGrange avant la présentation du projet de loi?

**L'hon. Mark Holland:** Je me suis entretenu avec tous les ministres, y compris avec Mme LaGrange. Il y a certainement beaucoup de points à régler. Nous savons que nous parlons seulement de diabète, de médicaments et de contraceptifs, mais il y a eu des conversations positives.

**Mme Laila Goodridge:** Elle a déclaré que vous ne l'avez pas consultée avant de présenter le projet de loi.

**L'hon. Mark Holland:** Elle et moi nous sommes parlé à maintes reprises...

**Mme Laila Goodridge:** L'avez-vous fait avant de présenter le projet de loi, par rapport à ce projet de loi?

**L'hon. Mark Holland:** Oui, mais je veux dire... Je veux faire attention, monsieur le président, si je peux être précis, parce que je ne veux pas mal caractériser la situation. Certes, avant l'introduction du projet de loi, ces conversations devaient se faire à un niveau très élevé. Pour être juste envers elle, il ne s'agissait pas de conversations détaillées, parce que, bien sûr, je n'aurais pas pu en avoir. Cependant, nous avons eu de manière générale des conversations avant et après à ce sujet, oui.

**Mme Laila Goodridge:** Et pour ce qui est d'Everett Hindley, le ministre de la Saskatchewan?

**L'hon. Mark Holland:** C'est la même chose.

Évidemment, avant l'existence d'un projet de loi, je ne peux pas communiquer quelque chose de cette nature. Ce serait violer le Parlement et lui manquer de respect, mais à un niveau très élevé, assurément, j'ai eu des conversations avec M. Hindley en Saskatchewan et ailleurs au sujet du concept général et je lui ai dit que je lui reviendrais avec plus de détails.

**Mme Laila Goodridge:** Le ministre Hindley dit que vous n'avez pas non plus eu de conversations précises avec lui avant la présentation du projet de loi.

Ma question devient donc... Si vous n'avez pas eu de conversations avec les deux ministres de l'Alberta et de la Saskatchewan, et nous savons que le Québec a fait part de certaines inquiétudes concernant la compétence provinciale, et que la Saskatchewan, l'Alberta et le Québec disent tous qu'ils veulent se retirer du programme, pourquoi n'avez-vous pas mis de côté votre ego et n'avez-vous pas travaillé avec les gouvernements provinciaux et leurs régimes existants pour fournir la couverture permettant de combler ces lacunes?

**L'hon. Mark Holland:** C'est précisément ce que nous allons faire...

**Mme Laila Goodridge:** Ce n'est pas ce qu'est ce projet de loi. Ce n'est pas ce que fait ce projet de loi...

**L'hon. Mark Holland:** Monsieur le président, si on pouvait me donner l'occasion...

Beaucoup de gens ont dit que nous n'aurions pas d'accord Vieillir dans la dignité ou d'accord Travailler ensemble avec l'Alberta ou la Saskatchewan, mais bien sûr, nous y sommes arrivés.

Je peux dire à ce sujet que nous avons eu des conversations très productives concernant les besoins dans ces provinces. Je n'ai pas pu entrer dans le niveau de détails de ce qui figurerait dans le projet de loi parce que cela aurait constitué une violation de mon privilège parlementaire, mais par la suite, nous avons eu de très constructives...

**Mme Laila Goodridge:** Avez-vous conclu des accords avec ces provinces? Avez-vous conclu un accord avec l'Alberta, la Saskatchewan, le Québec...?

**L'hon. Mark Holland:** Oui. Il y en a 26 dans l'ensemble du pays.

Oui, nous avons conclu des accords avec chaque province et chaque territoire concernant les soins de santé. Ils ont été négociés en collaboration, et je suis aussi très convaincu que nous concluons également l'accord sur l'assurance médicaments.

**Mme Laila Goodridge:** En ce qui concerne l'assurance médicaments, avez-vous conclu des accords avec les provinces à ce sujet?

**L'hon. Mark Holland:** Cela constituerait une violation du Parlement. Le Parlement doit adopter le projet de loi avant que nous puissions le faire. Je ne négocierai avec aucune autorité parlementaire, et je ne suis pas autorisé à le faire.

**Mme Laila Goodridge:** Votre comité d'experts comprendra-t-il des représentants des provinces et des territoires?

**L'hon. Mark Holland:** Je suis ouvert à vos commentaires, donc si vous...

**Mme Laila Goodridge:** Pouvez-vous vous engager à avoir...

• (1615)

**L'hon. Mark Holland:** Par rapport au comité d'experts, je pense qu'il est extrêmement important d'avoir des personnes qui comprennent le contexte actuel, et, de toute évidence, les consultations avec les provinces et les territoires seront une partie essentielle de leur processus.

**Mme Laila Goodridge:** Monsieur le ministre, je veux proposer un amendement pour m'assurer que des représentants sont nommés par chaque province et chaque territoire du pays, afin que l'on s'assure que leurs voix sont entendues en ce qui touche le comité d'experts. Permettez-vous aux députés libéraux et du NPD du Comité de soutenir cet amendement, oui ou non?

**L'hon. Mark Holland:** Je ne pense pas que d'autres consultations au-delà des consultations fédérales-provinciales soient...

**Mme Laila Goodridge:** Vous n'appuierez pas cet amendement.

**L'hon. Mark Holland:** Non, et je vais vous dire pourquoi. C'est un nombre extraordinairement élevé de personnes pour un résultat non nécessaire. En négociant avec les provinces, je parle...

**Mme Laila Goodridge:** Vous ne pensez pas que négocier avec les provinces soit une bonne idée.

**L'hon. Mark Holland:** Je le fais chaque jour.

Je veux dire, il n'y a pas une province ou un territoire à qui je ne parle pas au quotidien, et je vais continuer de le faire. Je suis allé dans chaque province et chaque territoire — au moins deux fois pour ce qui est des provinces, et une fois dans le cas des territoires — et je leur parle chaque jour, donc cette consultation est un processus continu...

**Mme Laila Goodridge:** Je pense que c'est extrêmement condescendant envers les provinces qui ont leur propre compétence sur cet...

**Le président:** Merci, monsieur le ministre.

Merci, madame Goodridge. Votre temps est terminé.

Nous passons à Mme Sidhu, s'il vous plaît, pour cinq minutes.

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

Merci à vous, monsieur le ministre et aux membres de votre équipe, d'être ici avec nous.

La discussion est très importante. Il s'agit d'un projet de loi historique qui vise à accroître l'accès équitable aux contraceptifs et aux médicaments contre le diabète.

Monsieur le ministre, comme vous le savez, d'importants progrès ont été réalisés au pays avec le cadre national de lutte contre le diabète. Puisque nous discutons du projet de loi C-64, pouvez-vous renseigner le Comité sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du cadre national sur le diabète également?

**L'hon. Mark Holland:** Merci beaucoup, madame Sidhu, et je vous remercie d'avoir défendu ce projet de loi, mais aussi le diabète en général.

Le cadre est très important, et cela en fait partie. Une chose que le cadre a permis de faire ressortir est l'accès aux médicaments, c'est donc une mesure très importante dans l'avenir, tout comme d'autres mesures dont nous parlons, comme l'établissement de l'Agence canadienne des médicaments et l'exécution d'un projet pilote dans la province d'origine du président, l'Île-du-Prince-Édouard, pour aider les gens là-bas.

Une série de mesures ont été prises. Le cadre a vraiment tracé la voie, et cela démontre notre sérieux par rapport à ce cadre.

**Mme Sonia Sidhu:** Au cours des dernières années, le gouvernement a mis sur pied plusieurs programmes nationaux pour répondre aux besoins des Canadiens vulnérables, dont les personnes âgées. De nombreux citoyens âgés à faible revenu ont maintenant accès à des soins dentaires adéquats et à des médicaments contre le diabète, et l'assurance médicaments permettra de changer la donne. Nous le savons tous.

Comment ces initiatives réunies peuvent-elles influencer la qualité de vie, notamment celle des personnes âgées? Elles touchent tous les Canadiens, et nous le savons, mais particulièrement les aînés.

**L'hon. Mark Holland:** De manière très pratique, je vais parler des soins dentaires, parce que je viens de mentionner que, hier à midi, nous avons dépassé les 100 000 aînés, ce qui, en trois semaines, est assez remarquable.

Lorsque vous rencontrez une personne âgée... Je pense à Raphael. Hier, quand j'étais à Toronto, j'ai eu l'occasion de parler avec Raphael de ce que cela signifiait. Il pouvait aller chercher ces soins et n'allait pas finir par être malade. Lorsque j'étais au Nouveau-

Brunswick la semaine dernière, j'ai parlé à des dentistes qui ont dit: « Savez-vous quoi? Je connais les gens qui n'ont pas accès aux soins dentaires, et je sais que je vais les voir dans une salle d'urgence, que je vais devoir entrer un samedi et que je ne serai pas payé, et que je vais m'inquiéter du fait de savoir s'ils perdront ou non la vie parce qu'ils n'ont pas eu accès aux soins. »

C'est la même chose pour le diabète, et nous devons réaliser avec les médicaments contre le diabète et les contraceptifs ce que nous avons réalisé avec les soins dentaires. Il s'agit d'obtenir des résultats pratiques et de travailler en amont, ce qui n'est pas simplement une question de justice sociale: comme je l'ai dit, c'est une énorme occasion d'économiser et d'éviter de surcharger notre système de santé.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Monsieur le ministre, l'accès aux dernières technologies est essentiel pour gérer le diabète. Comment ce projet de loi et les autres mesures proposées par le gouvernement permettent-ils d'améliorer l'accès à la technologie et aux appareils comme des pompes, des lancettes et des dispositifs de surveillance du glucose?

**L'hon. Mark Holland:** C'est un excellent point, parce que lorsque nous parlons de médicaments, nous devons également penser aux bandes de surveillance, aux pompes et aux seringues. Comme je l'ai dit, c'est tragique, mais les gens réutilisent des seringues et attrapent des maladies transmissibles par le sang parce qu'ils n'ont pas l'argent pour acheter des seringues neuves. Pour moi, ce n'est pas le type de pays dans lequel nous voulons vivre, et c'est pourquoi il est aussi essentiel d'avoir un fonds pour les dispositifs afin de nous assurer que les gens ont accès aux appareils dont ils ont besoin. Ce sera une partie importante de la conversation que nous aurons avec les provinces.

Pour ce qui est de la technologie, c'est la réponse plus importante. Cependant, l'établissement d'indicateurs communs, l'amélioration de l'interopérabilité, l'accent mis sur les données sur la santé — la charte des données sur la santé que nous avons signée à Charlottetown — et toute une foule d'autres mesures dans le domaine des données sur la santé sont absolument essentiels pour que nous puissions nous assurer d'avoir un système de santé moderne.

**Mme Sonia Sidhu:** Monsieur le président, ai-je le temps de poser une autre question?

**Le président:** Vous avez une minute.

**Mme Sonia Sidhu:** D'accord, merci.

Monsieur le ministre, nous savons qu'un Canadien diabétique sur quatre a déclaré avoir cessé de suivre son plan de traitement en raison du coût. Pouvez-vous expliquer à quel point il est dangereux pour les Canadiens vivant avec le diabète de ne pas avoir accès aux médicaments? Quelles sont les conséquences sérieuses? Est-ce que cela leur coûte tout, même parfois la vie? Pouvez-vous vous nous en dire plus à ce sujet?

• (1620)

**L'hon. Mark Holland:** Je peux vous dire que j'ai été le directeur de la mission de l'Ontario de la Fondation des maladies du cœur et que j'ai dirigé leur programme national destiné aux enfants et aux jeunes. Je ne peux vous dire combien de maladies du cœur et d'AVC des patients sont le résultat d'un diabète mal traité ni combien de patients se retrouvent dans les hôpitaux parce qu'ils sont aveugles, doivent être amputés ou sont mourants parce qu'ils n'ont pas accès aux médicaments dont ils ont besoin et ne respectent pas leur plan de traitement.

C'est très grave, c'est pourquoi il est très important de parler de solutions dans le cadre de ces conversations. Je n'ai pas vraiment rencontré de gens au pays qui ne veulent pas nous voir régler ce problème, et je pense qu'il est extrêmement important d'avoir une conversation axée sur les solutions.

Nous avons ici une excellente solution. J'espère que le Parlement l'adoptera. Je n'ai pas entendu parler d'une autre solution.

**Le président:** Merci, monsieur le ministre.

Merci, madame Sidhu.

[Français]

Monsieur Blanchette-Joncas, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Monsieur le ministre, nous allons nous dire la vérité, aujourd'hui. Ça fait 30 ans que les Québécois ont développé une expertise pour administrer leur propre régime d'assurance médicaments, sans l'aide du fédéral. Nous ne vous avons pas demandé une cenne et nous n'avons jamais eu besoin de votre expertise. D'ailleurs, vous n'avez pas cette expertise, puisque vous n'avez pas de régime d'assurance médicaments actuellement. Je reconnais que vous avez une bonne intention et que c'est une bonne idée. C'est parfait, nous sommes d'accord là-dessus.

Actuellement, 45 % de la population québécoise a accès à un régime public d'assurance médicaments, tandis que le reste des Québécois, c'est-à-dire 55 %, ont accès à un régime privé.

Monsieur le ministre, qu'est-ce que le gouvernement fédéral va être capable de faire mieux que le gouvernement québécois, qui a 30 ans d'expertise?

**L'hon. Mark Holland:** Laissez-moi la chance de négocier avec la province du Québec pour trouver des buts communs et augmenter ce qu'offre le système du Québec. C'est tout à fait possible et c'est mon but.

Je comprends ce que vous dites, mais le programme sera géré par le gouvernement du Québec et ne pourra exister que sur la base de la coopération. Une autre situation n'était pas possible du tout.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** D'accord. Nous voulons gérer le programme, mais nous voulons aussi un droit de retrait avec pleine compensation. C'est la demande du Québec.

Monsieur le ministre, savez-vous où se trouve le meilleur programme d'assurance médicaments au Canada? C'est au Québec. Nous avons 30 ans d'expertise.

Dites-moi concrètement ce que le gouvernement fédéral est capable de faire et que le gouvernement du Québec n'est pas capable de faire au moyen de son propre programme.

**L'hon. Mark Holland:** Il y a beaucoup de leçons tirées de la province du Québec. Je m'inspire énormément de ce qu'elle a fait. Je pense qu'en travaillant ensemble, nous pouvons améliorer la situation non seulement au Québec, mais partout au pays.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Nommez-moi une seule chose que le gouvernement fédéral peut faire et que le Québec n'est pas capable de faire.

**L'hon. Mark Holland:** Premièrement, c'est une question d'argent.

Deuxièmement, il s'agit de coopération. En travaillant ensemble, on peut toujours obtenir de meilleurs résultats.

Les Québécois et les Québécoises se soucient de leur santé, et non des champs de compétence. C'est ma responsabilité de travailler avec les provinces pour augmenter la qualité des soins de santé partout au pays, y compris au Québec.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Monsieur le ministre, si vous voulez améliorer les soins de santé au Québec, transférez-lui les sommes nécessaires pour les financer et respectez votre entente qui consiste à payer 50 % des soins de santé. Après ça, vous viendrez nous donner des leçons, d'accord?

**L'hon. Mark Holland:** D'accord. Je vais respecter le principe et nous allons travailler ensemble.

**Le président:** Merci, monsieur le ministre.

[Traduction]

Monsieur Julian, allez-y s'il vous plaît pour deux minutes et demie.

[Français]

**M. Peter Julian:** Ça me fait plaisir de prendre la parole à ce moment-ci, monsieur le président, parce que j'ai une annonce à faire. Mon collègue du Bloc québécois semble suggérer le contraire de ce que neuf grandes organisations du Québec viennent de déclarer il y a quelques heures seulement, soit l'Union des consommateurs, la Centrale des syndicats démocratiques, la Coalition solidarité santé, la Confédération des syndicats nationaux, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec, la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, et j'en passe.

Ces organisations, qui représentent plus de 2 millions de Québécois et de Québécoises, disent qu'elles saluent le projet de loi C-64 du gouvernement fédéral: « Jamais nous n'avons été aussi près de la mise en place d'un véritable régime public et universel d'assurance médicaments. Le régime hybride public-privé en place au Québec crée un système à deux vitesses non viable qui doit être corrigé. »

Dans leur mémoire soumis aujourd'hui, ces organisations rappellent que le régime d'assurance médicaments québécois actuel est loin d'avoir garanti à toutes et à tous un accès raisonnable et équitable aux médicaments comme le prévoit la Loi sur l'assurance médicaments du Québec. Elles disent que le projet de loi C-64 met en place un cadre devant mener à la création d'un régime d'assurance médicaments public et universel. Elles indiquent ceci: « Nous demandons au gouvernement fédéral de ne pas céder aux provinces et aux territoires qui demandent un droit de retrait inconditionnel avec pleine compensation financière. »

Monsieur le ministre, étant donné que cette grande coalition représentant une proportion massive de la population québécoise dit simplement qu'elle juge favorablement le projet de loi C-64, selon vous, serait-il important pour les députés du Québec de l'écouter?

• (1625)

**L'hon. Mark Holland:** Je dirais simplement oui. C'est logique pour moi. Quand on travaille dans un esprit de collaboration, tout est possible. Quand on cherche la chicane et les problèmes, c'est facile d'en trouver.

Ce ne sont pas seulement ces organisations qu'il faut écouter. Les Québécois et les Québécoises veulent simplement qu'on améliore la qualité des soins de santé, et ceci en est la preuve.

**M. Peter Julian:** Tout ça, bien sûr, vient du fait que près de 15 % de la population québécoise n'est pas couverte par le régime actuel. La réalité, c'est que les régimes publics-privés coûtent souvent beaucoup plus cher. On le sait très bien. On y trouve un profit, mais ils ne couvrent pas tout le monde. Alors...

**Le président:** Merci, monsieur Julian. Votre temps de parole...

**M. Peter Julian:** ... quels sont vos commentaires là-dessus?

**Le président:** Veuillez répondre très brièvement, monsieur le ministre.

**L'hon. Mark Holland:** Je n'ai rien à ajouter, monsieur le président.

**Le président:** D'accord, merci.

[Traduction]

Je pense que M. Ellis et M. Steinley vont se partager le prochain tour.

**M. Stephen Ellis:** C'est exact, monsieur.

**Le président:** Monsieur Ellis, la parole est à vous.

**M. Stephen Ellis:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je trouve assez intéressant que le projet de loi parle d'un système universel à payeur unique. Pouvez-vous expliquer cela un peu, et pas de votre manière habituelle? Pourriez-vous simplement expliquer aux Canadiens ce que cela pourrait signifier?

**L'hon. Mark Holland:** Bien sûr. Cela veut dire que tout le monde pourra obtenir les médicaments dont il a besoin sans devoir les payer.

**M. Stephen Ellis:** C'est formidable. C'est intéressant.

Ma collègue a parlé un peu d'une personne qui détenait une couverture préexistante par l'entremise de son employeur. Les employeurs continueraient-ils d'offrir à leurs employés un programme si ce régime est mis en œuvre?

**L'hon. Mark Holland:** Les employeurs offrent beaucoup plus de couverture que ce que nous envisageons ici. Ce n'est qu'une toute petite portion de ce que les employeurs offrent.

Je peux vous dire, d'après mes négociations, qu'il n'est pas possible d'offrir une option à la carte. Si vous essayez de retirer une petite fraction, vous n'économiserez pas beaucoup. Vous montrerez à vos employés que vous ne les prenez pas au sérieux.

Ce que j'ai vu dans l'industrie de l'assurance, c'est qu'elle tient absolument à maintenir sa couverture et son activité...

**M. Stephen Ellis:** Merci beaucoup, monsieur le ministre...

**L'hon. Mark Holland:** Ce que j'ai vu chez les employeurs, c'est qu'ils tiennent vraiment à s'assurer que leurs employés continuent d'obtenir une couverture...

**M. Stephen Ellis:** Je pense que vous avez répondu à la question que j'ai posée.

Encore une fois, vous devez toujours en rajouter. Vous pourriez peut-être juste essayer de répondre à la question au lieu de faire de la démagogie politique.

Cela dit, ce que vous venez de dire, c'est que vous avez créé un programme inférieur très élémentaire au nom des Canadiens. Je trouve cela tout à fait intéressant.

Vous avez parlé de la création de l'Agence canadienne des médicaments, intégrée dans le projet de loi, qui, d'après ce que je comprends, aurait dû être créée vers le 1<sup>er</sup> mai. Cela relève de votre compétence en tant que ministre de la Santé, alors je vous en félicite.

Étant donné que vous auriez pu créer une agence chargée d'une surveillance importante... Peut-être que vous ne vous rendez pas compte qu'elle devrait exercer une surveillance, parce que les approbations obtenues dans le cadre de ce processus, et cela comprend Santé Canada, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, la nouvelle Association dentaire canadienne, l'Alliance pharmaceutique pancanadienne, etc., comptent certainement parmi les pires au pays, ou peut-être pas les pires, et vous auriez pu changer cet état de choses avec le projet de loi, mais vous avez choisi de ne pas le faire; pouvez-vous dire aux Canadiens pourquoi ils seront laissés pour compte en attente des nouveaux médicaments?

**L'hon. Mark Holland:** Ils seront uniquement laissés pour compte en attente de nouveaux médicaments si vous réussissez à les empêcher d'obtenir leurs médicaments, dans un premier temps. Dans un deuxième temps, Santé Canada est connu dans le monde entier non seulement pour la rapidité avec laquelle il approuve les demandes, mais pour la qualité.

Les Canadiens devraient s'estimer très fiers non pas de moi, mais de nos représentants de la santé. Chaque jour, ils font un travail extraordinaire pour s'assurer que les produits, les médicaments et la nourriture que les Canadiens consomment sont sécuritaires. Je pense que semer le doute à ce sujet serait non seulement déconnecté des faits, mais...

**M. Stephen Ellis:** Merci beaucoup, monsieur le ministre.

Je pense que la question que j'ai posée portait sur l'Agence canadienne des médicaments et sur la raison pour laquelle vous n'avez pas inscrit une certaine surveillance dans le projet de loi concernant cette agence.

Je ne prévois pas d'empêcher les Canadiens d'obtenir des médicaments; vous êtes le seul responsable d'exercer une certaine surveillance de l'ADC, ce que vous n'avez pas fait.

Pourquoi avez-vous choisi de ne pas le faire au nom des Canadiens?

• (1630)

**L'hon. Mark Holland:** Je dirais que, dans le cadre de nos mécanismes existants, nous exerçons une très forte surveillance. Nous sommes reconnus comme ayant l'un des meilleurs organismes de réglementation au monde. Lorsque les gens regardent les approbations réalisées par Santé Canada, ils savent qu'il s'agit d'un étalon or vers lequel d'autres pays se tournent.

Je suis extrêmement fier des personnes qui travaillent chaque jour dans notre fonction publique pour le faire.

**M. Stephen Ellis:** Monsieur le ministre, pensez-vous qu'il est correct que, sur les 460 médicaments mis de l'avant de 2012 à 2021, les Canadiens n'aient eu accès qu'à 44 % de ceux-ci? Pensez-vous que c'est correct?

**L'hon. Mark Holland:** Je pense que nous devons être...

**M. Stephen Ellis:** C'est un simple oui ou non, monsieur le ministre. Est-ce correct, oui ou non?

**L'hon. Mark Holland:** Je ne peux pas dicter vos questions; vous ne pouvez pas dicter mes réponses...

**M. Stephen Ellis:** La réponse est un simple oui ou non.

Est-ce correct, oui ou non?

**L'hon. Mark Holland:** La réponse est que, lorsque nous approuvons des médicaments, nous devons nous assurer qu'ils sont sécuritaires et ne nuisent pas aux gens...

**M. Stephen Ellis:** Non, monsieur le ministre. Est-ce correct que les Canadiens aient accès seulement à 44 % des médicaments, oui ou non?

**L'hon. Mark Holland:** S'assurer qu'ils ne nuisent pas à la santé des gens est ce qui caractérise le système d'approbation des médicaments du Canada dont je suis extrêmement fier.

**M. Stephen Ellis:** Encore une fois, vous versez dans la démagogie, et tout ce que vous choisissez de faire, c'est de continuer de parler, ce qui est assez impressionnant...

**L'hon. Mark Holland:** Je ne sais pas; vous ne semblez pas vouloir me laisser répondre.

**M. Peter Julian:** J'invoque le Règlement.

**Le président:** Monsieur Julian, allez-y avec le rappel au Règlement.

**M. Peter Julian:** Je pense que la tradition autour de la table est que, lorsque vous posez une question, vous attendez la réponse. Je vous serais reconnaissant si nous pouvions obtenir la réponse.

**Le président:** Monsieur Ellis, M. Julian a raison, mais en toute honnêteté, il y a eu tout au long de ce tour des violations tant de la part de la personne qui pose la question que de celle qui répond aux questions.

Il vous reste environ une minute, monsieur Ellis, si vous voulez la partager avec M. Steinley ou souhaitez poursuivre.

**M. Stephen Ellis:** C'est correct, monsieur le président. Le reste de mon temps ira à M. Steinley.

**M. Warren Steinley (Regina—Lewvan, PCC):** Merci, monsieur Holland.

Le ministre de la Santé de la Saskatchewan a-t-il déjà demandé à votre gouvernement des soins dentaires ou une assurance médicaments?

**L'hon. Mark Holland:** Je pense qu'ils ont posé beaucoup de questions quant à la façon dont nous pouvons collaborer dans le dossier des soins dentaires. Ces questions ont été productives.

J'ai fait savoir aux deux administrations que si elles souhaitent exploiter ces programmes à l'échelle provinciale, tant qu'ils sont au même coût et de la même qualité, j'y serais ouvert.

**M. Warren Steinley:** Monsieur le ministre, j'ai appris du ministre de la Santé qu'ils n'ont jamais demandé au gouvernement fédéral des soins dentaires ou un régime d'assurance médicaments. C'est lui qui ne me dit pas la vérité ou bien c'est vous?

**L'hon. Mark Holland:** Vous pouvez lui demander s'il veut ou non des soins dentaires. Les soins dentaires pour neuf millions de Canadiens s'en viennent.

**M. Warren Steinley:** Non. J'ai dit, vous en a-t-il déjà demandé?

**L'hon. Mark Holland:** Je peux vous dire que nous avons eu de très bonnes conversations avec M. Hindley. J'ai énormément de respect pour lui. Lui et moi nous sommes assis et avons discuté.

La question est de savoir comment nous pouvons travailler en collaboration. Il ne m'a jamais dit qu'il ne veut pas de soins dentaires pour les personnes de la Saskatchewan. S'il vous l'a dit à vous, ce n'est pas...

**M. Warren Steinley:** Il a dit qu'il n'en avait jamais demandé.

J'ai une autre question rapide.

Savez-vous quelle couverture nous avons en Saskatchewan en ce moment pour ce qui est des programmes sur le diabète et du programme de médicaments à l'intention des aînés?

**L'hon. Mark Holland:** Je pense que la Saskatchewan a fait du bon travail. Elle a un bon programme.

**M. Warren Steinley:** Pouvez-vous me dire de quoi il s'agit?

**L'hon. Mark Holland:** Il y a encore beaucoup de lacunes et beaucoup de choses que nous pouvons faire ensemble. M. Hindley et moi avons parlé de ces lacunes et de la façon dont nous pouvons les combler pour nous assurer que tout le monde reçoit des soins et n'est pas sous-représenté.

**M. Warren Steinley:** Pouvez-vous me dire quels sont les âges visés en Saskatchewan par...

**L'hon. Mark Holland:** J'aimerais féliciter la Saskatchewan pour le travail qu'elle a fait. Je suis d'accord pour dire que M. Hindley a fait un bon travail en tant que ministre de la Santé.

**Le président:** Merci, monsieur le ministre.

Les dernières questions pour vous ce soir seront posées par M. Hanley, s'il vous plaît, pour cinq minutes.

**M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.):** Merci.

Je me réjouis également de vous voir ici aujourd'hui, monsieur le ministre, et je remercie les fonctionnaires d'être présents.

Ma première question va dans le même sens que ce que certains de mes collègues autour de la table ont demandé, mais peut-être avec une saveur un peu différente.

Je pense que les Canadiens — les gens de mon territoire au Yukon, par exemple — voient qu'un nombre important d'employés publics sont couverts par des régimes d'assurance, ainsi que par certains des grands employeurs privés. Ils souhaitent fortement que l'intégrité de ces programmes soit maintenue.

De plus, on a mentionné qu'au paragraphe 6(1), le ministre est autorisé à conclure un accord pour effectuer des paiements à la province ou au territoire « dans le but d'élargir toute couverture existante d'un régime d'assurance médicaments public — et d'offrir une couverture universelle au premier dollar à payeur unique » pour les domaines précis de la contraception et du diabète.

Envisage-t-on au final un régime universel à payeur unique? Un régime à payeur unique est souvent utilisé dans la défense des intérêts et dans divers rapports qui recommandent que nous finissions par adopter un régime universel d'assurance médicaments accessible.

Vous pouvez peut-être me dire comment vous envisagez un régime à payeur unique et comment il est compatible avec le système existant dont beaucoup bénéficient grâce à la couverture par un tiers.

• (1635)

**L'hon. Mark Holland:** Merci beaucoup, monsieur Hanley, et merci de votre travail de défense des droits et en matière de santé publique avant et pendant votre mandat.

En premier lieu, ce que nous avons dit, c'est qu'il s'agit un peu d'un projet pilote. Nous avons l'occasion de voir un régime universel à payeur unique à partir d'un construit théorique et de l'amener dans le monde réel.

À l'Île-du-Prince-Édouard, nous avons un autre modèle, qui consiste à combler les lacunes, et nous avons maintenant un comité qui sera en mesure de l'étudier et d'examiner les coûts et la voie future menant à un régime universel à payeur unique. Nous serons en mesure de faire des comparaisons, puis de prendre des décisions éclairées concernant la marche à suivre future. Ce que j'ai dit, c'est que les conversations doivent être guidées par les données ainsi que les résultats et les mesures dans le monde réel.

Si je peux me permettre, j'aimerais prendre un moment pour parler, par exemple, de la raison pour laquelle le fait de fournir des contraceptifs est un point de départ logique dans un régime universel à payeur unique. Une personne pourrait se trouver dans une relation violente avec un partenaire qui possède une assurance, et elle devrait passer par son partenaire pour pouvoir obtenir les contraceptifs nécessaires, ou une personne de 16 ans pourrait vouloir des contraceptifs mais ne pas avoir des parents qui la soutiennent pour obtenir l'accès à ces contraceptifs.

Je pense que c'est un endroit très logique, lorsque l'on parle de cette expérience et dans le cadre d'un modèle qui sert à combler les lacunes, et aussi en raison du nombre de personnes diabétiques qui sont sous-assurées.

**M. Brendan Hanley:** Merci.

Par rapport à votre dernier point, vous et moi venons en fait de discuter avec l'un des médecins de famille du Yukon qui est expert dans les soins de santé génésique et un défenseur passionné de l'accès aux soins de santé génésique. Dans votre déclaration liminaire, vous avez dit que le projet de loi C-47 nous fournit vraiment l'occasion de parler davantage de la santé sexuelle, de l'accès à la santé

sexuelle et aux soins de santé génésique. Je vais peut-être vous laisser un peu plus l'occasion de nous parler de l'importance de ce sujet.

**L'hon. Mark Holland:** Je vous en remercie.

Lorsque je me rends dans des cliniques pour personnes atteintes du sida, à titre d'exemple, je remarque qu'elles ont énormément de mal à inciter les gens à venir et à se faire tester et à avoir ces conversations, en raison de la stigmatisation. Le sida est une affection parfaitement traitable. C'est une affection chronique. Cela n'a pas à être une condamnation à mort. Nous voulons que les gens reçoivent des soins.

De manière encore plus détaillée, combien d'enfants... Nous regardons le suicide chez les adolescents imputable à des questions liées à l'identité sexuelle, et la honte a entraîné des résultats terribles. Je peux dire que l'absence de conversation au sujet de la sexualité dans mon propre ménage a été incroyablement dommageable. Lorsque la violence sexuelle s'est invitée dans ma famille — et nous ne parlions pas de sexualité dans notre ménage — cela a été extrêmement dommageable et m'a laissé très perplexe en ce qui concerne la sexualité.

Il est extrêmement important d'avoir une conversation plus vaste dans le pays au sujet du sexe et de la sexualité, ainsi que de la santé sexuelle et de l'autonomie sexuelle, et j'espère que cela fera partie de la conversation que nous aurons lorsque nous discuterons des contraceptifs.

**M. Brendan Hanley:** Merci.

Si je le peux, j'aimerais insérer rapidement une troisième question.

Vous avez parlé de votre rôle antérieur auprès de la Fondation des maladies du cœur, et je pense que vous y avez fait de l'excellent travail. Dans sa note d'information, la Fondation des maladies du cœur a signalé que près d'une personne sur dix au Canada se présente à une salle d'urgence en raison d'un problème de santé qui s'aggrave parce qu'elle n'a pas les moyens de payer pour ses ordonnances.

Je pense que le projet de loi C-47 va permettre de combler cette lacune. Pouvez-vous nous en dire plus en quelques mots?

**L'hon. Mark Holland:** Vous avez tout à fait raison.

J'encouragerais chaque membre du Comité à aller parler à une infirmière ou à un médecin — ou, bien franchement, à un dentiste — de ce qui se passe lorsque vous ne faites pas une bonne prévention.

Il n'y a rien de plus déchirant que de voir quelqu'un que vous aimez tomber malade ou mourir. La seule chose qui est plus déchirante encore, c'est lorsque cela aurait pu être évité et que cela n'aurait jamais dû se produire. Le Canada est un trop grand pays pour cela. Nos valeurs sont, je pense, que nous ne devrions pas permettre que cela arrive dans notre pays, que si nous pouvons le prévenir, nous devrions le faire. C'est ce que fera le projet de loi. C'est ce que nous devrions négocier avec les provinces.

**Le président:** Merci, monsieur le ministre.

Nous avons un peu dépassé le temps que vous aviez réservé pour nous. Nous vous sommes reconnaissants d'avoir comparu dès le départ pour cette étude. Qu'importe les points de vue politiques, la passion que vous apportez à votre travail est manifeste. Nous vous en remercions.

Monsieur le ministre, vous êtes le bienvenu si vous souhaitez rester, mais vous êtes libre de partir.

Il nous reste environ 25 minutes avec les représentants. Je ne vais pas suspendre les travaux, parce que je suis sûr que nous aurons des questions pour eux.

Encore une fois, merci, monsieur le ministre.

Chers collègues, je sais que nous faisons face à une urgence imminente avec le manque de café. Nous avons informé le personnel de cette situation d'urgence imminente et espérons qu'elle sera réglée sous peu.

Nous allons maintenant poursuivre avec nos périodes de questions. Nous revenons aux conservateurs pour cinq minutes.

Monsieur Ellis, allez-y, s'il vous plaît.

**M. Stephen Ellis:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Il est intéressant de constater, comme vous le savez, que nous avons eu quelques questions directes concernant l'approbation des médicaments au Canada et, comme je l'ai dit précédemment, le ministre s'est expressément fait offrir une occasion ici, en raison du projet de loi, parce qu'il parle de mettre sur pied la nouvelle Agence canadienne des médicaments, et qu'il y a certes eu une occasion de prévoir quelques mesures de sécurité pour ce qui est de l'Agence canadienne des médicaments et l'approbation des médicaments au Canada.

Je pourrais peut-être maintenant demander aux représentants de parler du processus d'approbation des médicaments au Canada, car, bien franchement, nous avons déjà établi que les Canadiens n'ont pas accès aux soins primaires. Je pense que tout le monde qui nous regarde en ce moment sait évidemment qu'il est difficile d'obtenir une ordonnance si vous n'avez pas accès à un médecin qui peut vous en rédiger une, ce que, encore une fois, le gouvernement n'a pas pu régler. Il a énoncé clairement dans le passé qu'il fournirait 7 500 nouveaux médecins, infirmières et infirmières praticiennes au Canada, même s'il nous manque environ 30 000 médecins de famille.

Cela dit, une chose qui va hanter les Canadiens dans un avenir pas si lointain et qui les hante déjà — j'en ai déjà parlé dans le passé — c'est le nombre de jours entre le premier lancement global et le remboursement public.

Au total, 460 nouveaux médicaments ont été lancés de 2012 à la fin de 2021. Mon collègue du NPD a décrit la Nouvelle-Zélande comme un modèle à suivre. Fait intéressant, dans cette étude particulière, la Nouvelle-Zélande avait le délai d'approbation le plus long, à 1 398 jours.

Les fonctionnaires pourraient-ils me dire qui est au deuxième rang au chapitre des plus longs délais d'approbation des médicaments dans ce groupe de pays? N'importe qui?

• (1640)

**Mme Michelle Boudreau:** Je ne peux pas vous le dire, mais je serais heureuse de parler un peu plus de toute question que vous avez concernant les données et le temps qu'il faut au Canada...

**M. Stephen Ellis:** C'est excellent. Je comprends, mais le Canada arrive au deuxième rang des pires, à 1 301 jours, pour ce qui est de faire approuver de nouveaux médicaments.

Savez-vous, madame Boudreau, que nous avons du mal à faire approuver de nouveaux médicaments au pays?

**Mme Michelle Boudreau:** Ce que je peux dire, c'est qu'il y a deux ou trois processus différents pour l'approbation des médicaments au Canada par l'intermédiaire de notre Direction générale des produits de santé et des aliments.

Il y a un processus plus rapide qui prend environ 180 jours, et en moyenne, et pour ceux qui ne sont pas approuvés au moyen de ce processus, c'est environ 300 jours. Nous disposons également d'un processus d'examen harmonisé entre ce qui se passe à Santé Canada et à l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé dans les technologies de la santé pour essayer d'accélérer également l'accès pour les patients.

**M. Stephen Ellis:** Je suis désolé. Contestez-vous les données que j'ai ici? Ce que vous êtes en train de dire, c'est que les processus dont vous parlez permettent une approbation en 300 jours. Est-ce bien ce que vous dites?

**Mme Michelle Boudreau:** Monsieur, je ne les conteste pas. Je pense que vous parlez peut-être du processus dans son ensemble, entre le lancement et l'accès des patients, ou l'accès à une ordonnance.

Je parlais de votre dernier commentaire, à savoir le temps qu'il faut pour obtenir l'approbation de la présentation d'un nouveau médicament, par exemple, par Santé Canada.

**M. Stephen Ellis:** Dans ce cas vous connaissez ces données, mais vous ne connaissez pas les données auxquelles je fais référence?

**Mme Michelle Boudreau:** Non, je suis désolée. Je ne connais pas ces données. Je pourrais demander à mon collègue s'il est au courant, si vous le souhaitez.

**M. Stephen Ellis:** Non, ça va.

Puis-je alors dire clairement que, selon vous, les Canadiens n'ont pas un problème d'accès aux nouveaux médicaments au Canada? C'est un long processus.

**Mme Michelle Boudreau:** Non, je pense que je dirais... je reviendrais à mes commentaires précédents selon lesquels Santé Canada dispose de différents processus pour approuver le produit.

**M. Stephen Ellis:** Merci, madame Boudreau. J'ai entendu cette partie.

Avons-nous ou non un problème avec le temps qu'il faut pour obtenir l'approbation d'un nouveau médicament au pays?

**Mme Michelle Boudreau:** J'ai parlé plus tôt du délai de 300 jours, et c'est en fait assez proche de ce qui se passe aux États-Unis et dans l'Union européenne.

**M. Stephen Ellis:** Oui. Cependant, je ne pense pas que ce soit ce que j'ai demandé. Avons-nous un problème ou pas?

**Mme Michelle Boudreau:** Je suis désolée, monsieur le président. Je ne sais pas si je peux ajouter quoi que ce soit à mes réponses précédentes.

**M. Stephen Ellis:** D'accord, je vois.

Je dirai, au nom des Canadiens, qu'il y avait ici une occasion de modifier l'Agence canadienne des médicaments et d'exercer une surveillance, mais les fonctionnaires et le ministre de la Santé — même si tous les Canadiens savent que cela prend trop de temps, comme le démontrent les données de l'étude — ne pensent pas que ce soit un problème. C'est peut-être pour cela que nous avons un problème.

L'autre aspect sur lequel je reviendrai concerne les lancements de nouveaux médicaments au Canada.

Il ressort des données probantes que j'ai sous les yeux que de nouveaux médicaments ne sont pas lancés au Canada aussi souvent que dans d'autres pays. Pensez-vous que c'est vrai?

**Mme Michelle Boudreau:** Vous êtes, je suppose, en train d'examiner des données que je n'ai pas sous les yeux, donc je ne peux pas faire de commentaire là-dessus, mais j'aimerais revenir un peu sur l'Agence canadienne des médicaments, ou ACM, et préciser au Comité que le projet de loi ne définit pas l'ACM et ne propose pas de mandat particulier ni ne crée l'ACM. Il porte sur les types de fonctions que l'ACM assurera, ainsi que sur quelques fonctions précises.

Si vous me permettez de conclure, l'ACM n'est pas envisagée comme un organisme chargé d'examiner les médicaments...

**M. Stephen Ellis:** Absolument. Je suis entièrement d'accord. Le problème, c'est que l'Agence canadienne des médicaments aurait pu être chargée d'obtenir de meilleurs chiffres, et vous avez choisi de ne pas permettre que cela se produise, ou du moins le ministre en a décidé ainsi.

**Le président:** Merci, monsieur Ellis.

Nous allons passer à M. Powlowski, s'il vous plaît, pour cinq minutes.

**M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.):** Notre comité est chargé d'examiner ce projet de loi. Nous allons le parcourir ligne par ligne. C'est dans cet esprit que je lis le projet de loi et que je me pose des questions qui peuvent sembler banales.

Il y a une disposition ici, et je ne comprends pas ce que vous entendez par là. Vous pouvez peut-être m'expliquer.

Permettez-moi de commencer par dire que je suis médecin de longue date. Je suis également titulaire de quelques diplômes en droit, dont un en droit de la santé. J'ai travaillé pour l'Organisation mondiale de la Santé, ou OMS, à la rédaction de lois sur la santé, et j'ai participé à la rédaction de dispositions législatives dans le domaine pharmaceutique. Cela fait maintenant cinq ans que je suis au Parlement. S'il y avait quelqu'un qui devrait être capable de lire les choses et de les comprendre, j'aurais pensé que ce serait moi, mais je ne comprends pas la partie sur les principes.

Le ministre tient compte d'un ensemble de principes lorsqu'il consulte les provinces et les territoires sur la mise en œuvre d'un régime d'assurance médicaments national et universel. L'un de ces principes est d'« offrir la couverture universelle des produits pharmaceutiques à l'échelle du Canada ».

Je ne vois pas, dans cette formulation, une indication claire de ce que cela signifie. La couverture universelle signifie que chaque personne bénéficiera de l'assurance médicaments et recevra des produits pharmaceutiques du gouvernement. Quels sont les produits pharmaceutiques en question? Est-ce que ce sont tous les produits pharmaceutiques?

Cela me semble très vague, presque au point où cela annule tout sens possible. Que voulez-vous dire par cette déclaration?

On y dit — et c'est une formulation plutôt bizarre — « Le ministre prend en compte ». Habituellement, c'est « doit » prendre en compte ou « prendra en compte », mais ici, c'est « prend en compte ». Qu'est-il censé prendre en compte ici? Quel est le but ici?

• (1645)

**Mme Michelle Boudreau:** L'article énonce les principes, comme vous l'avez dit. Comme il est mentionné ici, dans le cadre de la mise en œuvre d'un régime d'assurance médicaments national et universel, vous avez entendu le ministre parler d'une première phase. Vous avez entendu le ministre faire également référence à l'autre article du projet de loi qui traite des médicaments contraceptifs et pour le traitement du diabète dans cette première phase.

Cela établit le cadre général des discussions plus larges qui se dérouleront étape par étape pour créer le programme d'assurance médicaments national et universel.

« Universel » a le sens que la plupart des gens lui donneraient, c'est-à-dire que tout le monde — chaque résident du Canada, tous ceux qui vivent ici — aurait accès à un programme d'assurance médicaments.

**M. Marcus Powlowski:** Le terme « produits pharmaceutiques » n'est pas défini, alors à quels produits pharmaceutiques fait-il référence? Est-ce que ce sont tous les produits pharmaceutiques? S'agit-il de produits figurant sur une liste de médicaments essentiels?

Que signifie « couverture universelle »? Nous avons déjà expliqué que cette couverture ne vise pas à remplacer la couverture prévue dans un régime d'assurance médicaments fourni par un employeur. Cette couverture ne vise pas à remplacer cela, mais si vous dites « offrir la couverture universelle », cela me semble plutôt signifier que nous allons tous bénéficier d'un programme d'assurance médicaments. Or, cela ne semble pas être l'intention.

Pourquoi inclure une telle disposition? Encore une fois, je suis un peu mystifié par l'intention de cet article.

**Mme Michelle Boudreau:** Si cela peut vous être utile, je vous renvoie à une définition de produit pharmaceutique, qui figure à l'article 2 du projet de loi et qui se lit comme suit:

Médicament sur ordonnance ou produit connexe financé, en tout ou en partie, grâce à un accord relatif à l'assurance médicaments auquel le gouvernement du Canada est partie.

**M. Marcus Powlowski:** Je ne sais pas si cela m'aide beaucoup, mais permettez-moi de passer à l'article 6, qui parle de couverture au premier dollar.

Je comprends qu'il existe peut-être dans l'industrie une définition reconnue de la couverture au premier dollar. Encore une fois, on pourrait penser que je connaîtrais bien un tel terme, mais je ne sais pas ce que c'est. Qu'est-ce que la couverture au premier dollar?

**Mme Michelle Boudreau:** Vous avez raison: il existe, si je peux utiliser cette expression, un terme technique dans le domaine des polices d'assurance. « Premier dollar » signifie que, dès qu'un événement assurable survient — dans ce cas, une ordonnance qui a été remplie —, l'assurance s'appliquerait; c'est-à-dire que la couverture s'appliquerait avant tout autre paiement.

En d'autres termes, la personne qui va à la pharmacie ne paye pas d'abord une quote-part, entre autres. La couverture d'assurance payerait la totalité de ces frais.

**Le président:** Merci, madame Boudreau.

Merci, monsieur Powlowski.

[Français]

Monsieur Blanchette-Joncas, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je vais à mon tour poser des questions à Mme Boudreau.

Madame Boudreau, vous êtes sous-ministre adjointe déléguée à la Direction générale de la politique stratégique au ministère de la Santé. En matière de stratégie, normalement, on sait ce que les gens veulent et ce que les gens ont.

J'aimerais m'assurer que vous avez bien reçu, à votre ministère, la motion adoptée par l'Assemblée nationale le 14 juin 2019, et ce, à l'unanimité, c'est-à-dire qu'elle a été appuyée par tous les partis qui représentent la population québécoise. Dans cette motion, l'Assemblée nationale du Québec « réaffirme [...] que le Québec possède son propre régime général d'assurance médicaments », « indique au gouvernement fédéral que le Québec refuse d'adhérer à un régime canadien d'assurance médicaments » et « demande au gouvernement du Québec de maintenir son régime d'assurance médicaments et qu'il exige au gouvernement fédéral une pleine compensation financière sans condition si un projet de régime canadien d'assurance médicaments est déposé officiellement ».

Madame Boudreau, les gens de votre ministère vous ont-ils fait parvenir cette motion?

• (1650)

**Mme Michelle Boudreau:** Oui, je suis au courant de cette lettre ou de cette motion.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** D'accord.

Sur le plan stratégique, pour vous, une décision unanime d'un Parlement a-t-elle une valeur démocratique?

**Mme Michelle Boudreau:** Excusez-moi, mais je ne suis pas certaine d'avoir compris votre question.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Je répète la question: une motion adoptée à l'unanimité par un Parlement a-t-elle une valeur sur le plan démocratique?

**Mme Michelle Boudreau:** Je n'ai pas l'expertise nécessaire pour répondre à la question. Vous êtes mieux placé que moi pour y répondre.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Je vous mets en contexte, madame Boudreau.

Si le Parlement canadien adopte une motion à l'unanimité, votre ministère la prendra-t-il en considération, oui ou non?

**Mme Michelle Boudreau:** Oui, mais, si vous me le permettez, je vais répéter ce que le ministre a dit. Dans un contexte...

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** D'accord. Ça répond à ma question, madame Boudreau. Je vous remercie. Vous comprenez l'importance, sur le plan démocratique, d'une motion adoptée à l'unanimité. J'espère que les gens dont le nom du parti politique contient le mot « démocratique » en prendront acte également.

Madame Boudreau, je vais poursuivre mes questions pour vous.

Connaissez-vous bien l'Alliance pharmaceutique pancanadienne?

**Mme Michelle Boudreau:** Oui.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Merci.

C'est une organisation qui mène des négociations, notamment sur des médicaments, pour obtenir les meilleurs prix grâce à un processus d'achat en gros. Est-ce exact?

**Mme Michelle Boudreau:** Oui.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Dans le cadre du régime d'assurance médicaments actuel...

**Le président:** Je regrette de vous interrompre, monsieur Blanchette-Joncas, mais votre temps de parole est écoulé. Deux minutes et demie, ça passe vite.

Monsieur Julian, vous avez la parole pour deux minutes et demie aussi.

**M. Peter Julian:** Merci beaucoup.

Je voudrais juste m'assurer que vous avez reçu la déclaration faite, il y a quelques heures, par neuf groupes syndicaux et communautaires du Québec qui demandent l'adoption du projet de loi C-64. L'avez-vous bel et bien reçue? Sinon, je pourrai vous la fournir. L'Union des consommateurs, la Centrale des syndicats démocratiques et la Confédération des syndicats nationaux, entre autres, ont été très claires. Il y a un consensus au Québec en faveur du projet de loi.

[Traduction]

Je reviens à la question du processus d'approbation de Santé Canada. Je pense que mon collègue conservateur vous a interrompue, mais il est important que les membres du Comité comprennent. S'agit-il d'une période d'approbation de 300 jours, par l'intermédiaire de Santé Canada, à partir de la date de la demande jusqu'à la date où le produit est disponible pour les consommateurs? Je veux juste comprendre ce que vous disiez.

**Mme Michelle Boudreau:** Je vais demander à mon collègue de compléter un peu, mais juste pour que ce soit clair, oui, je faisais référence à la période pendant laquelle Santé Canada examinera un médicament à des fins d'autorisation au Canada et le moment où il conclura cet examen.

Ensuite, ce à quoi j'essayais également de faire référence, c'est qu'il existe d'autres processus qui ont généralement lieu avant qu'un produit soit disponible, par exemple, dans une pharmacie. Cela comprend un examen, que nous appelons l'évaluation des technologies de la santé, par l'ACMTS — ou l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, ou INESSS, au Québec — et il y aura ensuite peut-être une négociation sur la tarification.

Cependant, mon collègue peut également compléter ces autres étapes, si le président le permet.

**M. Daniel MacDonald:** En ce qui concerne les données auxquelles Mme Boudreau faisait référence, il s'agit de la norme réglementaire de Santé Canada de 300 jours civils de service, et cette norme est respectée plus de 99 % du temps. Comme Mme Boudreau l'a mentionné, il existe également des processus accélérés.

En ce qui concerne le reste du processus d'approbation des médicaments, il y a le processus d'approbation de l'évaluation des technologies de la santé. Je ferai référence au rapport du Conference Board du Canada, intitulé « *Access and Time to Patient* ». Ce sont les données auxquelles je ferai référence. C'est une publication de janvier 2024. On y précise que le délai d'examen d'un produit à la suite d'un avis de conformité de Santé Canada, par l'intermédiaire de l'ancienne ACMTS, est de 246 jours. Ce sont les données de 2022. Après, le temps moyen concernant les produits en attente d'examen par l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, ou APP — il s'agit de données de l'ACMTS seulement, car je ne les ai pas pour l'INESSS — était de 172 jours en 2022, à quoi s'ajoute un délai de négociation avec l'APP de 189 jours.

Il existe différentes sources sur la durée totale. Vous avez fait référence à des données, comme nous l'avons dit, que nous n'avons pas sous les yeux. La durée va de 736 jours, d'après nos données, à 900 jours, selon une autre source de données, mais chacune de ces étapes remplit une fonction et...

Je suis désolé.

• (1655)

**Le président:** Merci, monsieur MacDonald.

**M. Peter Julian:** Pour faire suite à vos propos, rapidement, quelle a été l'approbation accélérée la plus courte?

**Le président:** Non, non. Nous avons largement dépassé le temps alloué, monsieur Julian.

**M. Daniel MacDonald:** C'était 180 jours.

**Le président:** Madame Goodridge, vous disposez de cinq minutes, s'il vous plaît.

**M. Stephen Ellis:** J'invoque le Règlement, monsieur le président.

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

**M. Stephen Ellis:** Je suppose que la question est de savoir si nous allons appliquer le Règlement. Enfin, vous avez dit à M. Julian d'arrêter de parler. Il a quand même posé la question. Il a quand même reçu une réponse.

Vous savez quoi? Je suppose que si nous avons des règles ici, monsieur le président, je m'attendrais à ce que nous les suivions. Si nous ne les suivons pas, nous nous retrouverons dans un chaos total, comme celui que nous avons connu avec M. Julian lors de la dernière réunion du Comité, quand il a choisi de simplement faire fi des règles de la présidence.

J'implore le président de faire respecter ces règles. J'implore également mon collègue M. Julian, qui a l'habitude de ne pas respecter les règles, de les suivre et d'être respectueux envers le Comité.

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

**M. Peter Julian:** J'invoque le Règlement, monsieur le président. Bien entendu, à la dernière réunion, le président a commis une erreur. J'ai contesté cela, ce qui est tout à fait approprié. Cependant, dans ce cas-ci, lorsqu'une réponse est quelque chose que tous les membres du Comité veulent entendre, je pense qu'il est dans l'intérêt de tous les membres du Comité d'obtenir cette réponse.

**Une députée:** Nous n'avons pas entendu la question, ni la réponse.

**M. Peter Julian:** C'était 180 jours.

**Le président:** Essayons de terminer les deux dernières séries de questions. Le tour de M. Julian est terminé, et celui de Mme Goodridge est sur le point de commencer.

Allez-y, madame Goodridge, s'il vous plaît.

**Mme Laila Goodridge:** Merci, monsieur le président.

Je trouve toujours extrêmement intéressant d'écouter les questions de M. Powlowski. J'apprécie vraiment son expérience en ce qui a trait à la médecine. En comprenant davantage le contexte juridique, je ne me sens pas aussi stupide, car j'ai également eu certaines des mêmes préoccupations en lisant le projet de loi. Je me suis dit que c'était peut-être parce que je ne l'avais pas nécessairement compris.

Nous avons un nombre très limité de définitions dans ce projet de loi, et pourtant nous utilisons des termes relativement nouveaux. Pourquoi Santé Canada a-t-il choisi de ne pas définir « premier dollar » ou « payeur unique » dans le projet de loi?

**Mme Michelle Boudreau:** Je parlerai d'abord de « payeur unique ». C'est un terme très couramment utilisé. Il a été utilisé dès le rapport de 2019 par le Dr Hoskins et ce conseil consultatif. C'est un terme assez bien compris. C'est pourquoi, selon nous, il n'était pas nécessaire de le définir.

De même, « premier dollar », comme je l'ai mentionné, a une définition qui est assez bien comprise. Il n'est pas inhabituel dans la législation que, s'il existe un terme technique compris dans un contexte, on ne le définisse pas, car il a déjà un sens.

**Mme Laila Goodridge:** Je comprends cela. Donc « ministre » n'est pas un terme défini; il est compris...?

**Mme Michelle Boudreau:** C'est plutôt une coutume. Le nom du ministre chargé de superviser la loi est généralement énoncé dans la loi.

**Mme Laila Goodridge:** D'accord. Alors, « peuples autochtones » n'est-il pas un terme défini?

**Mme Michelle Boudreau:** Encore une fois, c'est afin d'assurer une rédaction uniforme et de respecter les conventions de rédaction des autres lois. C'est pourquoi ce terme est défini tel quel. Il doit être conforme aux autres lois du ministère de la Justice en vigueur au Canada.

**Mme Laila Goodridge:** Cela me préoccupe parce qu'il devrait être possible de lire et de comprendre un projet de loi comme une entité autonome. Même si nous disposons d'une brochure de quatre pages assez légère, le gouvernement la considère comme assez importante, même si nous avons entendu dire qu'il s'agit en réalité d'un projet pilote. Je ne suis pas vraiment sûre de ce à quoi nous avons réellement affaire ici.

Quelle est l'urgence? Était-ce simplement à cause du calendrier de l'entente de soutien et de confiance? Est-ce la raison pour laquelle le projet de loi semble avoir été essentiellement créé?

**Mme Michelle Boudreau:** Non, je peux vous dire que nous avons travaillé sur le projet de loi pendant plusieurs mois. En fait, cela faisait probablement presque un an. Nous travaillons également avec des rédacteurs du ministère de la Justice, des rédacteurs juridiques et des personnes qui vérifient si le français et l'anglais sont cohérents. En fait, beaucoup de temps a été consacré à l'élaboration du projet de loi.

• (1700)

**Mme Laila Goodridge:** Le délai était-il de plusieurs mois ou d'un an? Il y a une différence entre les deux.

**Mme Michelle Boudreau:** Il faudrait que je vérifie, pour être honnête, parce que le chemin a été long pour nous, mais cela a certainement pris plusieurs mois. De plus, avant d'en arriver au projet de loi, il faut effectuer également tout le travail d'élaboration des politiques.

**Mme Laila Goodridge:** Je comprends tout cela.

Nous avons en fait une motion de guillotine, pour une motion de programmation; nous disposons donc de très peu de temps. Par conséquent, lorsque nous prenons ces décisions, il est très important de comprendre si le travail sur le projet de loi a duré plusieurs mois ou un an.

Je vous demanderais de communiquer au Comité d'ici demain le moment exact où les travaux ont commencé, afin que nous puissions nous assurer de disposer de l'information adéquate pendant que nous rédigeons les amendements et étudions le reste du projet de loi.

Si c'était un an, n'est-ce pas suffisamment de temps pour consulter adéquatement les ministres provinciaux de la Santé avant de présenter ce projet de loi?

**Mme Michelle Boudreau:** La loi établit un cadre pour cette consultation. Si vous regardez le préambule, vous constaterez que plusieurs éléments sont importants. Tout d'abord, l'exercice de la compétence et le rôle des provinces et des territoires sont très clairs. Cela est énoncé très clairement dans le préambule.

De plus, tout au long du projet de loi, dans presque tous les articles de fond, il est clairement énoncé qu'il y aura des consultations avec les provinces et les territoires. C'est essentiellement le début de ces consultations.

**Mme Laila Goodridge:** Un jour après que ce projet de loi a été présenté, les provinces du Québec et de l'Alberta se sont toutes les deux prononcées très fermement contre, disant qu'elles ne voulaient pas y participer. N'est-ce pas très préoccupant?

La Saskatchewan est également arrivée peu de temps après en faisant part de ses préoccupations à ce sujet. N'est-ce pas quelque chose qui vous préoccupe? Les provinces et les territoires sont, dans l'ensemble, responsables de la prestation des soins de santé au pays, et ils se retirent déjà.

De plus, bon nombre de ces provinces — toutes, en fait — ont déjà leur propre régime. Il aurait été possible de travailler en vue d'élargir leur régime, mais à la place, nous avons un genre de brochure qui est un plan visant à créer un régime éventuel.

Le calendrier des travaux sur ce projet de loi est extrêmement important.

**Le président:** Merci, madame Goodridge.

Nous avons largement dépassé le temps. Si vous avez une réponse brève, allez-y.

**Mme Michelle Boudreau:** Je soulignerai simplement que le projet de loi contient un engagement clair à consulter les provinces et les territoires, ainsi qu'une reconnaissance de leur compétence et de leur rôle dans la couverture des médicaments. Le projet de loi renforcera et élargira leur couverture, comme l'a mentionné le ministre; il ne la remplacera pas.

Enfin, je dirai simplement qu'il y aura beaucoup de discussions dans le cadre d'accords bilatéraux, ce qui est également prévu dans la loi.

**Le président:** Merci.

La dernière série de questions pour ce groupe revient à M. Jowhari, qui disposera de cinq minutes, s'il vous plaît.

**M. Majid Jowhari (Richmond Hill, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Merci aux fonctionnaires du travail acharné que vous avez accompli dans ce dossier et de votre présence aujourd'hui.

Malheureusement, je vais poursuivre sur le même thème que mon collègue M. Powlowski, qui nous a guidés dans cette voie.

À l'article 2 du projet de loi C-64, le régime d'assurance médicaments est défini comme « un régime offrant une couverture des médicaments sur ordonnance et des produits connexes ». Je comprends « médicaments sur ordonnance ». Les « produits connexes » ne sont toutefois pas définis. Je pense que cela peut laisser beaucoup de place à l'interprétation.

Que signifie les « produits connexes » dans le contexte du projet de loi C-64?

**Mme Michelle Boudreau:** Les « produits connexes » sont également mentionnés dans la définition de produit pharmaceutique. Pour ce qui est de l'intention, par exemple, si vous examinez les contraceptifs, vous constaterez que certains des produits qui sont des contraceptifs sont en fait des dispositifs médicaux, comme les dispositifs intra-utérins. Voilà ce que désigne le terme « produits connexes ».

De même, il pourrait y avoir une assurance médicaments pour des choses comme les seringues, si cette option était choisie. Encore une fois, il ne s'agit pas d'un produit pharmaceutique; c'est pourquoi ce terme est utilisé.

**M. Majid Jowhari:** Vous avez parlé des contraceptifs. Le paragraphe 6(1) du projet de loi fait référence à « des médicaments sur ordonnance et des produits connexes destinés à la contraception ou au traitement du diabète ». Je pense que les deux exemples que vous avez donnés — les dispositifs intra-utérins, ou DIU, et les seringues — seraient un exemple de produits connexes. Existe-t-il une liste de médicaments sur ordonnance et une liste de produits connexes qui seront publiés ultérieurement?

• (1705)

**Mme Michelle Boudreau:** Le ministre a également fait référence à la liste dans sa déclaration. Une liste a été proposée lors du dépôt initial du projet de loi le 29 février, et comme le ministre l'a souligné, c'est le point de départ de ces discussions avec les provinces et les territoires. Alors oui, une liste est disponible.

**M. Majid Jowhari:** D'accord. Il existe une liste, et la liste est disponible. Merci.

Je veux revenir à l'article 4 du projet de loi, selon lequel le ministre doit, lorsqu'il collabore avec les partenaires du régime d'assurance médicaments pour la mise en œuvre d'un régime d'assurance médicaments national et universel, prendre en compte les principes relatifs à l'accessibilité, au caractère abordable, à l'utilisation appropriée et à la couverture universelle des produits pharmaceutiques à l'échelle du Canada. Le ministre doit également prendre en compte la Loi canadienne sur la santé.

Pouvez-vous expliquer la similitude qui existe entre les principes énoncés à l'article 4 du projet de loi C-64 et les critères énoncés dans la Loi canadienne sur la santé?

**Mme Michelle Boudreau:** Il y a une certaine similitude, par exemple, en ce qui concerne l'accessibilité et l'universalité. Toutefois, il existe également quelques différences. Par exemple, dans la Loi canadienne sur la santé, nous parlons de transférabilité, un terme qui ne serait pas utilisé pour parler de couverture des médicaments. Les principes exprimés ici sont plus étroitement alignés sur les principes qui conviendraient mieux pour parler de couverture des médicaments.

**M. Majid Jowhari:** Vous avez parlé de transférabilité. Pouvez-vous expliquer ce que c'est? Ce n'est pas inclus dans le régime d'assurance médicaments en vertu du projet de loi C-64.

**Mme Michelle Boudreau:** La transférabilité serait liée à ce que beaucoup d'entre nous vivraient si nous devions aller à l'hôpital ou consulter un médecin alors que nous rendons visite à de la famille dans une autre province. C'est un peu différent avec le régime d'assurance médicaments, car si vous êtes couverts par un régime d'assurance médicaments, il s'agit généralement du régime qui est remboursé par cette province, donc vous ne pourrez pas nécessairement bénéficier de la même couverture dans une autre province. Voilà à quoi renvoie le terme « transférabilité ».

**M. Majid Jowhari:** Il me reste environ 40 secondes, que je céderai au président. Merci.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Jowhari, et merci à nos fonctionnaires d'être restés. Merci de tout le travail que vous avez consacré à ce projet de loi jusqu'à présent et des services rendus aux Canadiens.

Nous allons suspendre brièvement pour permettre à ce groupe de prendre congé et aux autres témoins de s'installer, et pour que vous puissiez prendre un café si vous le souhaitez.

La séance est suspendue.

- (1705) \_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_
- (1720)

**Le président:** Nous reprenons nos travaux.

Bienvenue à notre deuxième groupe de témoins. Merci à tous d'être ici. Je sais que les circonstances ne vous ont pas donné beaucoup de temps pour vous préparer, mais vous êtes ici et en personne, et nous l'apprécions grandement.

Pendant les prochaines 90 minutes, nous accueillons Jim Keon, président, et Jody Cox, vice-présidente, Affaires fédérales et internationales, qui représentent l'Association canadienne du médicament générique.

Nous avons avec nous Steven Staples, directeur national, Politiques et défense des droits, et Mike Bleskie, porte-parole, Diabète de type I, de la Coalition canadienne de la santé.

Nous entendrons Stephen Frank, président et chef de la direction, de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

Nous accueillons Yves Giroux, directeur parlementaire du budget, et Lisa Barkova, analyste, du Bureau du directeur parlementaire du budget.

Bienvenue à vous tous. Nous allons vous inviter à commencer par une déclaration liminaire de cinq minutes dans l'ordre selon lequel votre nom apparaît sur l'avis de convocation. Nous allons donc commencer par l'Association canadienne du médicament générique, pour cinq minutes.

Bienvenue au Comité. Vous avez la parole.

[Français]

**M. Jim Keon (président, Association canadienne du médicament générique):** Merci, monsieur le président.

L'Association canadienne du médicament générique et sa division Biosimilaires Canada remercient les membres du Comité de leur offrir l'occasion de contribuer à l'étude du projet de loi C-64, Loi concernant l'assurance médicaments.

[Traduction]

Rendre les médicaments plus abordables et plus accessibles est la proposition de valeur clé des médicaments génériques et biosimilaires qui sont actuellement utilisés dans plus de trois quarts des ordonnances au Canada. Accroître l'utilisation de médicaments génériques et biosimilaires aide les régimes d'assurance médicaments à financer des traitements innovants pour les patients et favorise la viabilité générale des régimes d'assurance médicaments.

Il n'est pas surprenant que maximiser l'utilisation de ces traitements économiques pour contribuer à financer le régime d'assurance maladie ait été l'une des principales recommandations du rapport du Conseil consultatif sur la mise en œuvre de l'assurance médicaments en 2019.

Nous avons fourni un mémoire aux membres et nous concentrons nos remarques d'aujourd'hui sur trois aspects principaux: les médicaments qui seront couverts pour les patients du régime d'assurance médicaments proposé, les principes directeurs sous-tendent les accords bilatéraux et l'achat en gros, qui n'a pas été défini.

En ce qui concerne la liste des médicaments, étendre l'accès afin que tous les Canadiens puissent bénéficier des médicaments qui leur sauvent la vie ou qui la changent est un objectif important. Cependant, la liste des médicaments pour le diabète et des contraceptifs figurant dans le communiqué sur le régime d'assurance médicaments du 29 février n'est pas complète. D'importantes lacunes doivent être comblées. Nous les avons soulignées dans votre mémoire.

L'approche actuelle qui n'est pas complète soulève également des préoccupations en matière d'équité pour les patients, car elle pourrait conduire à une prescription sous-optimale des médicaments gratuits qui sont mis à la disposition du public et mener à des résultats sous-optimaux en ce qui concerne la santé des patients.

Nous craignons également que l'approche non exhaustive ne dissuade les régimes publics d'assurance médicaments de continuer à couvrir une large gamme de médicaments sous ordonnance et d'étendre la couverture à de nouveaux médicaments à l'avenir. Ces préoccupations s'appliquent également aux régimes d'assurance médicaments offerts par les employeurs canadiens.

Nous recommandons que tous les médicaments contre le diabète et les contraceptifs qui sont actuellement remboursés par les régimes publics d'assurance médicaments au Canada soient couverts si le régime national d'assurance médicaments est mis en place. Cela devrait également s'appliquer aux médicaments qui seront ajoutés à l'avenir.

En ce qui concerne les principes directeurs, le projet de loi C-64 prévoit que le gouvernement fédéral négocie et conclue des accords bilatéraux avec les provinces et territoires. Un principe directeur important pour la gestion de la liste des médicaments admissibles qui est déjà utilisée dans les régimes publics d'assurance médicaments au Canada consiste à ne rembourser que le moins cher des produits de rechange de l'ingrédient pharmaceutique actif.

Afin d'assurer la viabilité du régime, le projet de loi C-64 devrait être amendé pour préciser que seuls les médicaments génériques et biosimilaires seront remboursés une fois que leur vente sera autorisée par Santé Canada et qu'ils entreront sur le marché canadien. Ce principe devrait être inclus dans tous les accords bilatéraux sur le régime d'assurance médicaments.

En ce qui concerne les achats en gros, l'expression « achat en gros » n'est pas définie dans le projet de loi C-64. Ce qu'elle signifie n'est pas clair. Il est important de reconnaître que les gouvernements canadiens combinent déjà leur pouvoir d'achat pour négocier des prix compétitifs à l'échelle internationale pour les Canadiens. Ils le font au moyen de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique ou l'APP.

Il est essentiel que le régime d'assurance médicaments respecte l'infrastructure des prix existante afin d'assurer la stabilité de l'approvisionnement en médicaments au Canada. Cela permettra aux Canadiens de continuer à avoir accès aux médicaments génériques et biosimilaires qui permettent d'économiser ainsi qu'aux nouveaux médicaments innovateurs dont ils ont besoin.

Les prix des médicaments génériques sont contrôlés par les cadres de tarification par niveaux de l'APP. Les fabricants de médicaments génériques évoluent ainsi dans un environnement stable et prévisible qui leur permet de continuer à fournir des médicaments existants aux Canadiens et de faire des investissements nécessaires pour lancer de nouveaux médicaments plus économiques.

Selon l'APP, les efforts conjoints de l'APP et de l'ACMG ont permis aux régimes d'assurance médicaments participants d'économiser plus de 4 milliards de dollars au cours des 10 dernières années. Ces économies continueront de croître grâce à un nouvel accord triennal entre l'ACMG et l'APP entré en vigueur l'année dernière, le 1<sup>er</sup> octobre.

L'APP négocie également, pour les médicaments biosimilaires, des prix qui sont bien inférieurs au prix des médicaments biologiques originaux. L'utilisation accrue des médicaments biosimilaires a permis aux régimes publics d'assurance médicaments de sauver des centaines de millions de dollars qui ont été réinvestis dans la couverture de nouvelles thérapies innovantes et dans la durabilité globale des régimes d'assurance médicaments.

Nous recommandons aux gouvernements de continuer à exercer leur pouvoir pour négocier collectivement les prix des médicaments au Canada par l'entremise de l'APP.

Pour conclure, je vous remercie encore une fois d'avoir invité l'ACMG et sa division Biosimilaires Canada à comparaître au sujet du projet de loi C-64. Mme Cox et moi répondrons avec plaisir à vos questions.

Merci.

• (1725)

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Keon.

Nous avons ensuite Steven Staples, directeur national de la Coalition canadienne de la santé qui, je suppose, va ouvrir le bal.

Monsieur Staples, vous avez la parole. Je vous souhaite la bienvenue au Comité.

**M. Steven Staples (directeur national, Politiques et défense des droits, Coalition canadienne de la santé):** Merci, monsieur Casey. C'est un plaisir d'être de retour.

Chers membres du Comité, je m'appelle Steve Staples. Je suis directeur des Politiques et de la défense des droits de la Coalition canadienne de la santé.

Notre organisme a été fondé en 1979. Nos membres travaillent à la défense et à l'amélioration de notre système public de soins de santé. Nous sommes composés de citoyens, de syndicats de travailleurs de la santé de première ligne, de groupes communautaires, d'étudiants et d'experts en soins de santé publics.

Les membres de la Coalition canadienne de la santé sont heureux de la présentation de la Loi concernant l'assurance médicaments, le projet de loi C-64. Cette loi historique est une première étape importante dans la poursuite du progrès vers un programme national et universel d'assurance médicaments.

Le Canada est le seul pays industrialisé à disposer d'un système de santé universel qui n'inclut pas la couverture de tous les médicaments fournis sur ordonnance hors des hôpitaux. L'assurance médicaments est nécessaire pour améliorer la vie des personnes vivant au Canada. Comme nous l'avons entendu, une personne sur cinq a déclaré à Statistique Canada qu'elle n'a pas accès à une couverture des médicaments sur ordonnance. Il est aussi important de noter que les travailleurs à faible salaire, les immigrants et les personnes racisées sont les plus durement touchés.

De plus, le coût général des médicaments dans le système de santé doit être réduit. Selon le DPB, le prix des médicaments sur ordonnance au Canada est environ 25 % plus élevé que la médiane dans les pays membre de l'OCDE, et un système d'assurance médicaments à payeur unique qui possède le pouvoir d'acheter en gros est le meilleur moyen de négocier des prix plus bas avec les fabricants de produits pharmaceutiques.

Les membres de la Coalition canadienne de la santé appuient entièrement les recommandations du Conseil consultatif national de 2019 sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance médicaments, dirigé par M. Eric Hoskins, qui a été évoqué précédemment.

Un programme national qui a pour objectif d'assurer la couverture publique des contraceptifs, des médicaments contre le diabète et l'équipement s'y rattachant, dispensé par un payeur unique par le biais de systèmes de santé provinciaux est une étape historique dans l'orientation recommandée dans le rapport de M. Hoskins sur l'assurance médicaments, mais il reste encore de nombreuses étapes pour arriver à la couverture universelle d'une liste nationale de médicaments.

Nous exhortons le gouvernement à s'assurer que la loi favorise la prestation publique d'un système national et universel à payeur unique en partenariat avec les provinces et les territoires en fournissant un financement adéquat et des mesures de responsabilisation conformément aux principes énoncés dans la Loi canadienne sur la santé.

J'aimerais céder le reste de mon temps à mon collègue, Mike Bleskie.

**M. Mike Bleskie (porte-parole, Diabète de type 1, Coalition canadienne de la santé):** Par votre intermédiaire, monsieur le président, je vous remercie de m'avoir donné la possibilité d'être ici.

Je m'appelle Mike Bleskie, et cela fait 19 ans que je souffre de diabète de type I. Je suis également un travailleur autonome trentenaire. Par conséquent, comme beaucoup d'autres personnes, je ne possède pas de régime d'assurance maladie privé et je ne suis pas admissible ou je n'ai pas les moyens d'adhérer à un régime.

Même si les prestations de l'Ontario couvrent une partie de mes dépenses personnelles, je dois déboursier environ 450 \$ par mois principalement pour mon dispositif de surveillance du glucose en continu, qui n'est pas couvert en Ontario et pour le matériel nécessaire à ma pompe. Je dois donc prendre des décisions difficiles concernant le coût de la nourriture et du logement au début de chaque mois. Cela me pousse également à envisager de rationner mon matériel, ce qui peut entraîner des complications de santé.

Les discussions que j'ai eues avec des infirmières, des médecins et d'autres diabétiques dans tout le Canada m'indiquent que je suis loin d'être le seul. L'insuline n'est pas un luxe pour nous, c'est une nécessité pour chaque diabétique de type I. Sans traitement adapté, nous sommes à risque de complications telles que des douleurs névralgiques débilantes, l'amputation et la cécité permanente. Un système universel d'assurance médicaments par payeur unique est la seule politique qui garantisse que chaque diabétique de type I au Canada, peu importe sa situation économique, puisse avoir accès à un traitement pour rester en vie lorsqu'il en a besoin. Les politiques qui tentent de combler des lacunes ne font qu'en créer d'autres qui devront être comblées plus tard, comme nous l'avons vu avec l'Assurance-santé Plus en Ontario.

J'exhorte le Comité à appuyer rapidement ce projet de loi afin que nous puissions fournir de l'insuline aux diabétiques le plus tôt possible. Je demande également au Comité de s'assurer que les seringues, les aiguilles pour stylo, les canules pour les pompes et les dispositifs de mesure du glucose en continu soient entièrement couverts par le financement de ces articles prévus dans le projet de loi C-64, car ces produits représentent les dépenses les plus importantes pour la plupart des diabétiques et, dans de nombreux cas, ne sont pas couverts par le régime public dans la plupart des provinces.

Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé et je répondrai volontiers à vos questions.

• (1730)

**Le président:** Merci à tous les deux.

Passons maintenant à M. Frank, de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes.

Bienvenue au Comité. Vous avez la parole.

**M. Stephen Frank (président et chef de la direction, Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes):** Bon après-midi. C'est un plaisir d'être ici.

Je m'appelle Stephen Frank et je suis heureux d'être ici aujourd'hui en tant que président et chef de la direction de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes. Une partie importante de mon travail consiste à représenter les 27 millions de Ca-

nadiens qui sont couverts par des régimes d'assurance maladie sur leur lieu de travail et d'autres régimes d'assurance maladie.

Les compagnies qui offrent des assurances vie et santé au Canada estiment que tous les Canadiens devraient avoir accès aux médicaments qui leur ont été prescrits. Nous savons que les régimes publics et privés sont essentiels pour y arriver. Malheureusement, le projet de loi C-64 n'atteint pas son objectif qui est de faire en sorte que tous les Canadiens aient accès aux médicaments dont ils ont besoin. Il met en péril ce qui fonctionne bien aujourd'hui.

[Français]

Les régimes de garanties au travail sont un pilier essentiel du système de santé canadien. Au cours de l'année la plus récente, les assureurs de personnes du Canada ont payé plus de 35 % des dépenses en médicaments d'ordonnance au pays. Nos régimes couvrent plus de médicaments que le régime public, même le plus généreux.

De fait, 85 % des Canadiens affirment que leur régime d'assurance maladie leur permet d'économiser de l'argent. Ils ne veulent pas que leur régime soit perturbé. S'ils avaient le choix, ils préféreraient massivement que le gouvernement cherche avant tout à fournir une couverture aux Canadiens qui n'en ont pas.

[Traduction]

Au nom de la majorité des Canadiens qui sont déjà couverts par une assurance médicaments, je demande aux membres ce que cette proposition signifiera pour la famille canadienne moyenne. Malgré de nombreuses discussions sur ce projet de loi entre différents intervenants, celui-ci va plus loin que d'imaginer un nouveau programme d'assurance médicaments pour les médicaments contre le diabète et les contraceptifs. Il exige du gouvernement fédéral qu'il commence à mettre en place un vaste programme d'assurance médicaments pour une liste de médicaments essentiels au plus tard 12 mois après que le projet de loi aura obtenu la sanction royale. L'interruption des programmes existants pour des millions de Canadiens comporte des risques importants et inconnus.

Le ministre de la Santé a déclaré que des personnes qui sont déjà couvertes par un régime d'assurance médicaments continueront d'avoir accès à leurs médicaments. Si telle est l'intention du ministre, ce projet de loi ne l'indique pas clairement. Comme cela est ressorti de nombreuses questions aujourd'hui, le texte est ambigu. Il réclame à plusieurs reprises un régime universel d'assurance médicaments à payeur unique au Canada sans mentionner les régimes d'avantages en milieu de travail. Dans son ensemble, le projet de loi pourrait créer des obstacles pratiques et même juridiques à notre capacité de fournir aux Canadiens les prestations pharmaceutiques dont ils jouissent actuellement.

Par conséquent, pour la majorité des Canadiens, ce régime, tel qu'il est actuellement rédigé, risque de perturber la couverture des médicaments assurés par les employeurs, de limiter le choix et d'utiliser les maigres ressources fédérales pour simplement remplacer une couverture existante tout en laissant une énorme lacune pour les Canadiens qui ne sont pas assurés et qui doivent se procurer d'autres médicaments que les médicaments pour diabétiques et les contraceptifs.

Il existe une meilleure solution.

Par exemple, en utilisant les 1,5 milliard de dollars alloués à ce programme pour cibler les personnes qui ne sont pas couvertes, le gouvernement pourrait fournir des milliers de médicaments à plusieurs centaines de milliers de Canadiens qui n'ont actuellement pas de régime d'assurance médicaments. En d'autres termes, nous pourrions, en tant que pays, utiliser judicieusement les rares fonds fédéraux pour changer radicalement la vie de ceux qui n'ont pas de régime d'assurance médicaments tout en protégeant les avantages qui fonctionnent actuellement pour la grande majorité.

En conclusion, nous pensons que ce projet de loi doit être amendé de façon marquée afin qu'il se concentre sur une couverture universelle des médicaments pour tous les Canadiens en comblant les lacunes actuelles dans l'assurance médicaments et en expliquant clairement aux Canadiens ce que nous essayons de faire.

Je serai heureux de répondre à vos questions. Merci.

**Le président:** Enfin, nous avons le directeur parlementaire du budget, M. Giroux.

Bienvenue au Comité. Vous avez la parole.

• (1735)

**M. Yves Giroux (directeur parlementaire du budget, Bureau du directeur parlementaire du budget):** Bon après-midi, monsieur le président, mesdames et messieurs.

Nous sommes heureux d'être ici aujourd'hui pour discuter de notre analyse du projet de loi C-64, la Loi concernant l'assurance médicaments.

Je suis accompagné aujourd'hui de Lisa Barkova, notre analyste principale de l'assurance médicaments.

Si ma mémoire est bonne, c'est la première fois que je comparais devant le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes en tant que directeur parlementaire du budget, mais ce n'est pas la première fois que le bureau répond aux demandes du Comité concernant l'assurance médicaments. En fait, en réponse aux demandes du Comité, mon prédécesseur a produit en septembre 2017 une estimation du coût pour le gouvernement fédéral concernant la mise en œuvre d'un programme national d'assurance médicaments.

De plus, à la suite de demandes des parlementaires, mon bureau a préparé une estimation des coûts mise à jour d'un programme universel d'assurance médicaments à payeur unique en octobre 2023.

[Français]

Plus récemment, le 15 mai 2024, nous avons publié une estimation des coûts du projet de loi C-64, que vous étudiez aujourd'hui.

À titre de première phase d'un régime d'assurance médicaments national et universel, le projet de loi C-64 propose d'offrir une couverture universelle au premier dollar pour divers médicaments contraceptifs et pour le traitement du diabète.

Le programme vise à bonifier et à élargir la couverture offerte par les régimes provinciaux et territoriaux, et non à la remplacer.

Nous estimons que, s'il est mis en œuvre, le projet de loi C-64 augmenterait les dépenses du gouvernement de 1,9 milliard de dollars sur cinq ans. Cette estimation suppose que les médicaments actuellement couverts par les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi que par les assureurs privés, resteront couverts aux mêmes conditions.

Mme Barkova et moi serons heureux de répondre à toutes vos questions en ce qui concerne notre analyse du projet de loi C-64 ou d'autres travaux réalisés par mon bureau.

Merci.

[Traduction]

**Le président:** Merci, monsieur Giroux.

Merci à tous les témoins aujourd'hui d'avoir respecté le temps. J'espère vraiment que c'est contagieux et que cela se poursuivra avec les parlementaires présents dans la salle pour le reste de la réunion.

Monsieur Ellis, vous avez la parole pour six minutes. Allez-y, s'il vous plaît.

**M. Stephen Ellis:** Merci beaucoup, monsieur le président. J'ai mis un chronomètre.

Je remercie tous les témoins de leur présence.

Monsieur Keon, par l'intermédiaire du président, je voudrais commencer par vous.

Vous avez parlé de l'achat en gros. Pour les médicaments de la liste qui sont peut-être remboursés, pouvez-vous expliquer aux Canadiens s'il est probable que cela entraînera des économies importantes et une baisse des prix actuels?

**M. Jim Keon:** Merci.

Nous ne pensons pas que ce sera le cas. Nous ne pensons pas que ça devrait arriver. Nous avons négocié un accord très large avec l'Alliance pancanadienne pharmaceutique qui couvre les régimes publics d'assurance médicaments. Les assureurs payent le même prix. Il s'agit d'un prix négocié avec les experts des provinces qui devrait permettre d'économiser, d'offrir de bons prix aux Canadiens et d'assurer une base de revenu durable à notre industrie. Alors non, je ne pense pas que cela permettra d'économiser.

**M. Stephen Ellis:** Merci beaucoup de votre réponse, monsieur Keon.

Monsieur Frank, dans cette brochure sur l'assurance médicaments, il est question d'un régime universel à payeur unique. Le ministre et les fonctionnaires qui ont comparu précédemment n'ont pas pu nous dire ce que cela signifiait. Ils nous ont dit qu'il s'agissait d'un terme qui a été utilisé à maintes reprises et que tout le monde sait ce qu'il signifie. Vous travaillez dans ce domaine depuis un certain temps et je pense que, dans l'intérêt de tous les Canadiens, vous pourriez nous éclairer sur la signification de ce terme.

**M. Stephen Frank:** Je pense qu'il y a un point à souligner aujourd'hui, soit que ce projet de loi est ambigu. En fait, nous ne savons pas ce qu'il signifie, car ce n'est pas un terme qui est défini.

Le projet de loi, lorsque vous le lisez dans son intégralité, fait référence à la Loi canadienne sur la santé. Le préambule fait référence à des études qui ont été menées dans le passé. Le terme « payeur unique » est mentionné à plusieurs reprises tout comme le terme « universel ». Ensemble, ces termes ont bien été compris par les tribunaux et, au fil du temps, le premier a fini par signifier payeur unique pour les provinces. Pas provincial, fédéral ou privé: juste payeur unique. Le terme « universel » signifie que c'est la même chose pour tout le monde. Nous craignons qu'il soit également perçu comme signifiant que le secteur privé n'est plus en mesure de fournir une couverture.

Lorsque nous lisons ce projet de loi, à cause du manque de clarté et parce que les termes ne sont pas définis, nous sommes préoccupés par façon dont il est rédigé et nous pensons qu'il doit être amendé, du moins pour refléter la vision du ministre et déterminer si celle-ci correspond à l'intention du gouvernement. Nous serions en faveur de cela, pour que les efforts soient axés sur le besoin, mais je ne pense pas que nous puissions être sûrs que c'est ce que le projet de loi reflète; nous sommes donc très préoccupés.

Nous pensons que des amendements importants doivent être apportés pour refléter ce que nous avons entendu le ministre dire plus tôt aujourd'hui.

• (1740)

**M. Stephen Ellis:** Merci.

Par l'intermédiaire du président, monsieur Frank, nous comprenons qu'il y a peut-être environ 1,1 million de Canadiens qui n'ont pas une couverture suffisante. Est-il juste de dire que cela pourrait signifier que, parmi les 40 millions de Canadiens, 39 millions ont actuellement une couverture qui pourrait être menacée?

**M. Stephen Frank:** Je ne peux parler que de ce que nous vivons en tant qu'industrie privée. Aujourd'hui, au Canada, 27 millions de personnes ont une assurance médicaments privée. Il s'agit d'une couverture très large, beaucoup plus large que celle offerte par le meilleur système public où que ce soit au Canada, et les gens y accordent une grande valeur — 90 % d'entre eux accordent une grande importance à leur couverture — et ils veulent donc la protéger et s'opposent fortement à ce qu'elle soit menacée. Si vous leur demandez quelle est l'approche qu'ils préfèrent et que vous leur donnez le choix, la très grande majorité préférerait que le gouvernement concentre ses efforts là où il y a un besoin.

Nous écoutons nos clients tous les jours. Nous leur offrons une excellente couverture. Il y a 27 millions de personnes satisfaites et qui ne veulent pas que cela soit mis en péril. Tout le monde est d'accord pour dire que les gens devraient avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin, alors ciblons le problème et ne perturbons pas ce qui fonctionne bien pour tant de gens.

**M. Stephen Ellis:** Merci beaucoup.

Par l'intermédiaire de la présidence, je m'adresse à M. Giroux et je le remercie de sa présence et de son analyse.

Nous savons que les dépenses du gouvernement fédéral augmentent de façon incontrôlable. Cela ne veut pas dire que l'assurance médicaments n'est pas importante. Nous venons d'entendre M. Keon nous dire qu'il n'y aura pas d'économies et que cela continuera donc à être une dépense pour le gouvernement fédéral et, bien sûr, pour les contribuables.

Il ne reste plus beaucoup de temps, mais pourriez-vous peut-être donner un aperçu de cette dépense, qui sera récurrente pour les contribuables en ce qui concerne le projet de loi C-64.

**M. Yves Giroux:** Oui. En fait, nous estimons le coût à environ 1,9 milliard de dollars sur cinq ans.

**M. Stephen Ellis:** Pardonnez-moi, vous parlez bien de « milliard »?

**M. Yves Giroux:** Oui, j'ai dit « milliard », ce qui signifie environ 400 millions de dollars annuellement, et cela augmenterait en fonction de la population et de l'inflation, plus ou moins.

**M. Stephen Ellis:** Pour finir, monsieur, et par l'intermédiaire de monsieur le président, n'est-il pas vrai que le gouvernement a aug-

menté la dette fédérale plus que tous les autres gouvernements réunis? Je crois que j'ai entendu cela. Est-ce vrai, selon votre analyse?

**M. Yves Giroux:** Il faudrait que j'examine les chiffres exacts, mais si ce n'est pas vrai, ce n'est pas très loin, en grande partie à cause de la pandémie, bien sûr.

**M. Stephen Ellis:** Merci, monsieur.

Merci, monsieur le président.

Encore une fois, nous avons entendu dire que ce gouvernement ajoute des montants importants à la dette et nous avons entendu parler des difficultés qu'éprouvent les Canadiens qui doivent payer pour cela, bien sûr.

Lorsqu'on se penche à nouveau sur cette question, monsieur Frank, au nom de tous les Canadiens, pourriez-vous nous aider à comprendre les différences qui existent actuellement entre les régimes privés et les régimes publics en ce qui concerne le pourcentage de médicaments qui pourraient être couverts par un régime privé?

**M. Stephen Frank:** Un régime privé type couvrira presque tous les médicaments qui font l'objet d'un avis de conformité, soit plus de 15 000 médicaments différents. Un programme public type couvre moins de la moitié de ces médicaments. C'est l'écart que l'on observe généralement.

Pour ce qui est du diabète en particulier, les régimes privés couvrent les médicaments les plus innovateurs et à la fine pointe de la technologie, telle que les injections hebdomadaires, les injections à action rapide au repas et l'insuline pour les comas diabétiques. Ce sont des choses qui ne sont pas couvertes par le régime public, mais que nous couvrons dans le secteur privé.

Lorsque nous avons examiné la liste publiée dans le cadre de la Loi sur l'assurance médicaments, nous avons été préoccupés par le fait qu'elle est limitée. Je pense que d'autres personnes l'ont également remarqué. La vaste majorité des Canadiens ont des régimes très solides qui couvrent presque tout ce qui existe sur le marché. Nous travaillons très dur pour nous assurer que nous le faisons d'une manière durable, et nous savons qu'ils ne veulent pas que cela soit menacé par de nouveaux programmes gouvernementaux.

**Le président:** Merci, monsieur Frank.

Monsieur Naqvi, vous avez six minutes.

**M. Yasir Naqvi:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je tiens à remercier tous les témoins de leur présence aujourd'hui. C'est très apprécié.

Je tiens particulièrement à vous remercier, monsieur Bleskie, d'avoir été présent et d'avoir partagé votre expérience. C'est le témoignage le plus important que j'aie entendu. J'ai été frappé par certains choix que vous devez régulièrement faire compte tenu de votre état de santé et du coût des médicaments.

Pouvez-vous nous parler de certains des défis que vous devez actuellement relever? Parlez-nous un peu des répercussions que ce projet de loi aura sur votre vie si elle est adoptée.

• (1745)

**M. Mike Bleskie:** Dans mon cas, à la fin de mon contrat de travail, j'étais couvert par une assurance privé. Au moment de terminer ce contrat de travail, l'assureur privé m'a dit que, à cause de mon état de santé préexistant, je ne pouvais pas bénéficier de l'assurance de transition qui serait normalement proposée à un employé. Par conséquent, j'ai dû payer beaucoup plus pour continuer à être couvert par le régime d'assurance de cette entreprise.

Dans un autre ordre d'idée, j'ai récemment commencé à utiliser une pompe à insuline. Cela fait environ six mois que j'utilise une pompe à insuline. Avant d'être diabétique — je suis sûr que M. Powlowski conviendra que ces chiffres sont quelque peu terrifiants — mon taux d'A1C était de 11,4 avant que je commence à utiliser ma pompe à insuline. L'objectif pour un diabétique de type I est d'avoir un taux inférieur à 7. Depuis que j'ai commencé à utiliser la pompe à insuline, le chiffre est passé à 7,7. C'est une importante amélioration de ma santé personnelle, mais j'ai dû faire des sacrifices financiers pour y parvenir, car je paye de ma poche une bonne partie de ces dépenses.

Une des choses que j'ai dû faire dans le passé pour essayer de tirer le maximum de mon argent a été de prendre mon équipement d'infusion, la canule qui pénètre dans ma peau pour administrer mon insuline et d'essayer de la faire durer deux jours de plus. Cela signifie que je risque de me retrouver avec du tissu cicatriciel dans l'estomac. J'ai vu des personnes, des amis, qui utilisent des pompes à insuline et qui se trouvaient dans la même situation que moi et qui avaient des marques de piqûres partout sur l'estomac à cause de leur équipement d'infusion parce qu'ils avaient dû rationner l'équipement auquel ils avaient accès. C'est le genre de chose dont on entend souvent parler.

Il y a aussi d'autres répercussions. Lorsque j'ai parlé à des patients dans tout le pays, j'ai reçu une lettre d'une famille de Prince George dont le fils de 16 ans est diabétique. Ils n'ont pas pu partir en vacances depuis qu'il a reçu son diagnostic parce qu'ils dépensent plus de 250 \$ par mois pour essayer de payer l'équipement nécessaire à sa santé. Nous constatons l'existence de difficultés financières importantes, mais aussi des répercussions sur la santé des personnes qui n'ont pas accès à ces médicaments.

Je pense que cela touche également à d'autres types de médicaments qui ne sont pas visés par la mouture actuelle de cette loi. Je pense que, lorsque nous commencerons à élargir l'accès aux médicaments, nous commencerons à voir ces coûts changer de manière importante au fil du temps, ce qui se traduira par des économies personnelles pour les gens au fil du temps.

**M. Yasir Naqvi:** Merci. Merci de votre réponse.

Je vais maintenant m'adresser à M. Frank.

Je pense que vous étiez dans la salle quand j'ai posé au ministre une question sur la notion de choix. Je lui ai demandé si cela mine les choix qu'auraient les Canadiens ou si, plutôt, cela leur donnerait plus de choix. Le ministre a très clairement dit qu'il continuerait d'y avoir un choix, et que les gens pourront choisir, et que cela fait en sorte, concrètement, de créer un plancher pour deux ensembles de médicaments, et qu'il y a un rôle important à jouer pour les systèmes de santé privés que vous représentez.

Dans votre déclaration, vous avez tout de même invoqué l'argument des obstacles pratiques et juridiques, alors je voudrais que vous en disiez davantage sur ce que sont ces obstacles, selon vous. N'êtes-vous toujours pas convaincu, après avoir écouté le ministre,

que les choix qui sont offerts aux Canadiens présentement ne seront pas minés par ce projet de loi?

**M. Stephen Frank:** Les commentaires du ministre m'ont encouragé, et je pense que, si cela pouvait être reflété dans le projet de loi, je pense que nous serions vivement en accord avec ce qu'il propose, mais nous ne voyons pas cela dans le projet de loi. Je pense que c'est où le bât blesse.

Les termes n'ont pas été définis. On les utilise de manière répétée dans divers contextes et de différentes façons, et on pourrait les interpréter de différentes façons dans les divers articles de la loi.

Selon le préambule, le ministre doit tenir compte de certaines études précédentes qui recommandaient fermement un régime public d'assurance médicaments universel. La Loi canadienne sur la santé est aussi mentionnée tout au long du texte. Si vous lisez l'intégralité du projet de loi, vous verrez que cela crée énormément d'incertitude. Ces termes ont acquis un sens au fil du temps au Canada, dans les cours, dans les provinces, et ils veulent dire des choses précises. Je pense que ce que le ministre dit nous rassure, mais nous aimerions aussi que cela soit mieux reflété dans le projet de loi.

Nous avons parlé un peu de soins dentaires, aujourd'hui. On a bien pris soin dans ce programme de veiller à ce que les personnes visées soient celles qui ne sont pas déjà couvertes par une assurance, et des mesures de protection ont été prises pour faire en sorte que les employeurs continuent d'offrir un régime d'assurance. Je pense que c'est le genre de soin et d'attention dont ce projet de loi a besoin, pour éviter que, au fil du temps, il ne s'éloigne de l'esprit de ce que le ministre nous a décrit aujourd'hui.

• (1750)

**Le président:** Merci, messieurs Frank et Naqvi.

[Français]

Monsieur Blanchette-Joncas, vous avez la parole pour six minutes.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je salue les témoins qui participent à la deuxième partie de cette réunion.

Mes premières questions s'adresseront au directeur parlementaire du budget, M. Yves Giroux.

Monsieur Giroux, j'ai bien pris connaissance de votre note du 15 mai sur le projet de loi C-64, dans laquelle on dit ceci: « Le DPB estime que la première phase du régime d'assurance médicaments national universel augmentera les dépenses du programme fédéral de 1,9 milliard de dollars sur cinq ans. Cette estimation suppose que les médicaments actuellement couverts par les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi que par les assureurs privés, resteront couverts aux mêmes conditions. » Cela inclut notamment le programme du Québec.

Si je comprends bien l'analyse, le montant de 1,9 milliard de dollars profitera davantage aux provinces qui n'ont pas de programme d'assurance médicaments. Des provinces comme le Québec, qui ont déjà un programme d'assurance médicaments, recevront donc moins d'argent.

**M. Yves Giroux:** C'est une hypothèse qui tient la route. Il se peut que nous n'ayons pas interprété correctement le programme, mais, selon notre compréhension, ce dernier vise à compléter les régimes existants, et non à les remplacer. Par conséquent, dans les provinces et les territoires où le régime existant est très généreux, le complément sera relativement abordable. En revanche, là où le régime public est moins généreux, les coûts pour le compléter seront plus élevés.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Monsieur Giroux, on peut résumer les choses simplement en disant que les provinces qui, comme le Québec, ont déjà un programme d'assurance médicaments pourraient, de ce fait, être pénalisées. C'est ce que je comprends.

**M. Yves Giroux:** Ça pourrait être le cas, mais ce sont les négociations qui auront lieu entre le gouvernement fédéral et les provinces qui le détermineront. Comme nous ne pouvions pas présupposer du résultat de ces négociations, nous avons opté pour une approche plus prudente.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Je parlerais même d'une approche hypothétique. Il y a beaucoup d'hypothèses en politique, comme vous le savez.

Cela dit, en poursuivant un scénario hypothétique, on peut conclure que, s'il n'y a pas une bonne négociation entre Québec et Ottawa sur les transferts d'argent, les Québécois pourraient avoir à payer davantage pour subventionner le programme d'assurance médicaments dans les autres provinces.

J'essaie de comprendre la situation. En se basant sur vos analyses, pourrait-on dire que, dans un tel cas, les Québécois se feraient un peu avoir?

**M. Yves Giroux:** Il faudrait vérifier la couverture par province pour déterminer dans quelle mesure il pourrait y avoir des subventions, du sous-financement ou du surfinancement, selon la province ou le territoire.

Nous remarquons que la couverture des régimes publics varie grandement d'une province à l'autre. Mme Barkova m'a informé que, pour certains types de contraceptifs oraux, par exemple, des provinces remboursaient un maximum de 0,20 \$ par comprimé, bien que le prix le plus bas au pays soit de 0,60 \$. Il y a des régimes publics qui couvrent certains médicaments, mais dans une si petite proportion qu'on peut presque parler d'une absence de couverture.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Vous voyez certainement où je veux en venir. Je suis à la recherche de solutions.

Dans les circonstances actuelles, quels mécanismes préconisez-vous ou suggérez-vous pour que les Québécois en aient pour leur argent et ne se retrouvent pas à payer plus qu'ils ne reçoivent en matière de services?

**M. Yves Giroux:** Je ne suis pas ici pour faire des recommandations.

Par contre, le projet de loi contient des dispositions permettant au ministre d'entreprendre des négociations avec les provinces et les territoires, ou même l'enjoignant à le faire. Cette avenue est probablement plus prometteuse, à mon avis. Évidemment, quand il y a des négociations, on sait quand elles commencent, mais on ne sait pas dans quelle mesure elles se concluent ou sur quel type d'entente elles débouchent, le cas échéant.

• (1755)

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Je suis totalement d'accord avec vous pour ce qui est des négociations, monsieur Giroux.

Pour ma part, j'aime cependant avoir les données nécessaires quand je négocie. Dans cette optique, pourriez-vous nous présenter un calcul, province par province, en fonction des programmes existants, de façon à assurer un traitement équitable lors de la négociation de ce nouveau programme d'assurance médicaments, qui, selon les dires du ministre, est essentiel, voire fondamental?

**M. Yves Giroux:** Si tel est le désir du Comité, nous pourrions considérer la possibilité de faire ce travail, dans la mesure où les données disponibles sont suffisamment raffinées. Quoi qu'il en soit, nous pourrions certainement faire une bonne approximation, si le Comité le demandait.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Je vous remercie de votre collaboration habituelle, monsieur Giroux.

J'aimerais maintenant parler d'une étude que vous faites chaque année, soit le rapport sur la viabilité financière des provinces canadiennes et du Canada dans son ensemble. On remarque que la viabilité financière n'est pas facile partout. Vous me voyez sans doute venir, monsieur Giroux. Selon votre rapport de 2023, cinq provinces sont viables, compte tenu du pourcentage du PIB et de l'estimation de l'écart financier entre les provinces et les administrations infranationales. Les cinq autres provinces sont classées comme non viables, de même que les territoires. Vous me voyez venir. Pour 50 % des administrations des provinces, y inclus le Québec, il y a une possibilité de risque financier à long terme, quand on met en place des dépenses publiques supplémentaires.

Ma question est hypothétique, mais elle se base quand même sur votre analyse de la viabilité financière des différentes administrations. Le passé étant garant de l'avenir, si le gouvernement fédéral mettait en place un programme important comme le programme d'assurance médicaments et décidait de retirer ses billes et de diminuer son financement, quelles conséquences cela pourrait-il avoir sur la viabilité financière du Québec et des provinces?

**M. Yves Giroux:** Selon un scénario hypothétique où le gouvernement financerait dans une grande mesure un programme national et qu'il se retirerait progressivement au fil du temps, par exemple par une non-indexation de son aide ou une réduction, comme ça s'est déjà produit, ça entraînerait inévitablement un choix difficile pour les provinces. Elles devraient alors soit réduire la couverture, soit continuer à assumer ces coûts. Une pression financière s'exercerait sur les provinces qui choisiraient de continuer la couverture initialement consentie.

**Le président:** Merci, messieurs Giroux et Blanchette-Joncas.

Monsieur Julian, vous avez la parole pour six minutes.

[Traduction]

**M. Peter Julian:** Merci beaucoup, monsieur le président.

J'ai mentionné plus tôt que nous vivons un moment historique, et que c'est une réunion historique. J'ai mentionné un certain nombre d'organisations importantes.

J'aimerais saluer la présidente du Congrès du travail du Canada, Mme Bea Bruske. Le CTC a envoyé un mémoire au Comité: « Le Congrès du travail du Canada demande l'adoption rapide du projet de loi C-64, Loi concernant l'assurance médicaments, avant l'ajournement d'été de la Chambre des communes et du Sénat, afin que des millions de Canadiens et de Canadiennes puissent avoir accès à une couverture d'assurances pour les médicaments et les dispositifs pour la contraception et le diabète, les soulageant ainsi quelque peu du coût élevé de la vie. » Je soulignerais que Mme Elizabeth Kwan, du CTC, est ici dans la salle aujourd'hui.

J'aimerais aussi saluer la Coalition canadienne de la santé et remercier M. Staples de sa présence.

Monsieur Staples, nous avons entendu l'un des partis de la Chambre des communes — les conservateurs — ainsi qu'un certain nombre de lobbyistes dire que le régime d'assurance médicaments actuellement en place au Canada fonctionne bien. Vous travaillez avec les intervenants de première ligne, comme les infirmières. Est-ce bien vrai que tout va pour le mieux, par rapport à l'accès aux médicaments?

La deuxième question que je vous pose concerne le programme d'assurance médicaments. Est-ce vrai qu'un programme d'assurance médicaments fera économiser de l'argent au système de santé?

**M. Steven Staples:** Merci beaucoup.

Monsieur Julian, je partage votre préoccupation. Quand j'entends des témoins dire que le système fonctionne très bien, je demande: « Pour qui fonctionne-t-il très bien? » D'après ce que M. Bleskie vient de dire, le système n'a pas l'air de fonctionner très bien pour lui. Il semble bien fonctionner pour l'industrie et pour les sociétés d'assurances, mais il ne fonctionne pas bien pour l'ensemble des Canadiens. C'est pour cette raison que ce projet de loi sur l'assurance médicaments est si important. Il faut que le projet de loi C-64 soit adopté.

Nous avons aussi entendu dire que, du point de vue de l'industrie, la Loi canadienne sur la santé crée de l'incertitude. Je ne suis pas d'accord. Je pense que la Loi canadienne sur la santé est très importante. C'est grâce à cette loi que, depuis 40 ans, les Canadiens qui ont besoin de soins médicaux peuvent les obtenir, et pas en fonction de leur employeur, de leur régime d'assurances ou de l'argent dont ils disposent, mais bien en fonction de leurs besoins. Je crois très fermement que la LCS donne de la certitude aux Canadiens, et nous voulons un tel système. Nous ne voulons pas d'un système américain.

Quand j'entends les travailleurs de première ligne parler, et ils parlent... une centaine de travailleurs de la santé de première ligne sont venus ici, en février. Ils ont rencontré de nombreux membres du Comité, et j'aimerais exprimer ma gratitude à tous ceux d'entre vous qui ont pris le temps de les rencontrer, malgré un horaire très chargé. Ces gens jonglent avec une foule de problèmes, dans leurs hôpitaux et dans leurs milieux de la santé, mais ils ont pris le temps de venir à Ottawa pour parler de l'importance de l'assurance médicaments, vu tous les défis auxquels ils doivent faire face dans le système de santé.

Savez-vous pourquoi? D'après ce qu'ils disent, quand les gens ont accès à des médicaments d'ordonnance, ils ne vont pas à l'urgence. Ils savent que si les gens ont accès à leurs médicaments, qu'ils prennent la dose indiquée, qu'ils n'ont pas à choisir aujourd'hui s'ils peuvent prendre leurs médicaments ou non, ils ne se pré-

senteront pas beaucoup plus malades à l'urgence. Cela permet de réaliser beaucoup d'économies, même si on en parle peu.

Bien sûr, il y a une réduction des coûts pour les particuliers. Il y a bien sûr une réduction des coûts grâce aux achats en gros. Nous pouvons faire baisser les prix et les ramener au prix médian des pays de l'OCDE, parce qu'ils sont très élevés, mais il est tout de même possible de réaliser des économies dans le système de soins de santé.

L'hôpital St. Michael's a réalisé une étude. Il a pris 700 patients en difficultés financières qui ne pouvaient pas payer leurs médicaments; ces patients sont partis après avoir reçu un diagnostic. L'hôpital a envoyé à la moitié d'entre eux leurs médicaments gratuitement par la poste. L'autre moitié a dû se débrouiller seule, dans le système dont nous venons de parler il y a une minute, peu importe comment ce système fonctionne. L'étude a permis de conclure que les gens qui ont reçu des médicaments gratuitement s'en sont beaucoup mieux sortis. Ils se sont rétablis plus rapidement. L'hôpital a même pu faire le calcul: pour chaque patient qui avait reçu ses médicaments gratuitement, le système économisait 1 600 \$ par année. C'est un facteur important à prendre en considération relativement aux économies que permettrait un programme national d'assurance médicaments universel à payeur unique.

● (1800)

**M. Peter Julian:** Merci beaucoup.

J'aimerais m'adresser à M. Bleskie, et j'espère que les conservateurs auront eux aussi des questions à vous poser, puisque vous êtes une vraie personne, qui vit quelque chose de réel et catastrophique pour tellement de Canadiens.

Qu'arriverait-il si vous n'aviez tout bonnement aucun contrat, si vous n'aviez pas d'argent pendant un mois? Que vous arriverait-il si vous ne pouviez pas acheter de médicaments et de dispositifs?

J'aimerais aussi vous demander où vous achetez vos fournitures pour le diabète.

**M. Mike Bleskie:** En ce qui me concerne, mon filet de sécurité est très mince, alors il faudrait que j'emprunte sur ma marge de crédit. C'est essentiellement ma seule solution, parce que — comme je l'ai dit — je suis inscrit au Programme de médicaments de l'Ontario. C'est essentiellement ce qui est offert à tous les Ontariens à faible revenu, et l'aide accordée aux gens à faible revenu pour les médicaments d'ordonnance couvre seulement l'insuline elle-même. Elle ne couvre pas tous les autres aspects. Pour les gens qui doivent s'injecter, elle ne couvre pas les seringues ou les aiguilles. Le glucomètre est couvert, mais, pour les gens comme moi qui utilisent une pompe à insuline, la surveillance continue du glucose n'est pas couverte, même si j'en ai besoin pour que la pompe fonctionne correctement.

En ce qui concerne les fournitures qu'il faut acheter, je peux vous donner des exemples, ici. Je finis par acheter ce dont j'ai besoin directement du fournisseur, de toutes sortes de façons...

**M. Stephen Ellis:** Monsieur le président, je déteste devoir faire cela au témoin, mais le Comité a déjà décidé précédemment que nous n'allions permettre aucun accessoire, et qu'il n'y allait pas avoir de démonstration, ici. Je pense que cela a été bien établi. Même si ce serait peut-être utile, je pense que nous devons continuer de respecter les règles, ici.

**M. Mike Bleskie:** D'accord, alors je m'en passerai.

Pour ce qui est des fournitures individuelles que je dois acheter, je dois commander des dispositifs de SGM en m'abonnant directement auprès de l'entreprise, Dexcom. Cela me coûte 200 \$ par mois, et le dispositif est expédié tous les trois mois. Essentiellement, c'est un contrat de trois mois que je dois renouveler tout le temps.

Pour ce qui est des fournitures individuelles pour la pompe, l'entreprise qui fabrique ma pompe, Tandem, n'a qu'un seul fournisseur, une entreprise appelée Diabetes Express, qui est une filiale de Bayshore HealthCare, elle-même une filiale de Pharmaprix. Je peux seulement commander des fournitures auprès de ces entreprises, alors je dois attendre qu'elles arrivent de Toronto. Il est arrivé, une fois, que j'aie presque manqué une expédition parce que le système postal avait du retard.

Si je pouvais accéder à plus de...

**Le président:** Merci, monsieur Bleskie.

La parole va maintenant à M. Kitchen, pour les cinq prochaines minutes. Allez-y.

**M. Robert Kitchen (Souris—Moose Mountain, PCC):** Merci, monsieur le président.

Je remercie chaleureusement toutes les personnes qui sont ici. Merci de vos témoignages.

C'est intéressant, un des membres du Comité a répété un point que j'ai abordé de nombreuses fois, c'est-à-dire qu'il faut axer les efforts sur les besoins supposés. Monsieur Frank, vous avez visé dans le mille. Vous avez dit qu'il fallait utiliser ces 1,5 milliard de dollars et les investir là où ils seraient le plus efficace.

Au bout du compte, si on regarde les statistiques, il semble que 1,1 million de Canadiens ne sont inscrits à aucun régime d'assurances, et que jusqu'à 3,8 millions de Canadiens soit ne savent pas qu'ils pourraient souscrire à un régime, soit n'ont pas les fonds nécessaires, soit choisissent de ne pas s'inscrire. Selon ces statistiques, donc, 10 % de la population du Canada n'a pas accès à un régime.

Si on veut investir ces 1,5 milliard de dollars dans la population, je me demandais si vous pourriez nous dire où, selon vous, cet argent aurait le plus de valeur.

• (1805)

**M. Stephen Frank:** Je vais faire quelques calculs simples. Cela va dépendre de la longueur de la liste des médicaments couverts, mais le coût habituel pour quelqu'un inscrit au Programme de médicaments de l'Ontario, ici en Ontario, est d'environ 1 900 \$ par année. Si vous investissiez annuellement 1,5 milliard de dollars, vous pourriez probablement combler presque tout l'écart et fournir un accès à ce programme.

Ce n'est qu'un exemple des choix que nous pouvons faire pour investir les fonds du gouvernement fédéral là où ils auraient de plus d'effets. Dépenser de l'argent simplement pour reproduire ce qui est déjà en place pour 27 millions de personnes n'est pas, à notre avis, la meilleure façon d'utiliser les maigres ressources fédérales. À dire vrai, remplacer les régimes privés des gens par un régime public risque en réalité de leur donner une moins bonne couverture que ce qu'ils ont aujourd'hui.

Nous souscrivons de tout cœur à la vision que le ministre a décrite ce matin. Je ne crois pas que personne ait dit que le système ne peut pas être amélioré. Je ne pense pas que personne ait dit cela aujourd'hui. Cependant, nos efforts devraient cibler les besoins, et

nous devons éviter de perturber ce qui fonctionne pour une grande majorité de Canadiens. Comme vous l'avez dit, c'est 90 % des Canadiens aujourd'hui.

**M. Robert Kitchen:** Merci.

Nous avons entendu beaucoup de commentaires tout au long de la journée selon lesquels ce projet de loi n'est pas assez clair et qu'il ne définit pas les concepts correctement. Il y a des définitions pour le ministre, mais pas de définition pour un premier payeur. Le projet de loi est très vague, à de nombreux égards.

Monsieur Keon, vous avez aussi parlé de certains aspects que nous n'avons pas définis, en particulier en ce qui concerne les achats en gros. Si on pouvait examiner les achats en gros, y a-t-il des recommandations que vous pourriez faire à ce sujet?

**M. Jim Keon:** Merci.

Nous éliminerions ce terme. Nous ne l'aimons pas. J'ai mentionné que nous négocions nos prix avec les gouvernements provinciaux. Les trois grands régimes fédéraux sont compris dans ces négociations. Nos prix s'appliquent à tous les Canadiens. Les médicaments d'ordonnance remboursés par les régimes publics et privés sont tous au même prix, pour les médicaments génériques. C'est un régime universel. Nous avons un régime national. Nous le négocions avec notre industrie et les experts qui administrent les programmes de médicaments et qui savent à quoi servent les médicaments.

L'entrée en vigueur la plus récente remonte à octobre. Nous aimerions que cela continue et que ce soit respecté. Nous sommes d'avis que l'expression « achats en gros » est très vague, et nous ne sommes pas certains de ce que cela veut dire, dans le contexte du projet de loi, alors nous aimerions que cette expression soit retirée.

**M. Robert Kitchen:** Merci de votre réponse.

Monsieur Giroux, nous sommes contents de vous voir. Je me souviens d'une des premières réunions où j'ai présidé le Comité des opérations gouvernementales et des discussions que nous avons eues à propos des finances. J'ai eu l'impression, à de nombreux égards, que vous vous excusiez parce que nous parlions de millions de dollars, alors que nous parlons aujourd'hui de milliards de dollars. C'est une chose que les Canadiens doivent comprendre, je pense. Ils ne comprennent pas vraiment que nous avons... Comme je vous l'ai dit à ce moment-là, mon épouse et moi parlions alors de petite monnaie. Maintenant, au lieu de parler de millions de dollars, nous parlons de milliards de dollars, pour le gouvernement, et des montants et des coûts exorbitants.

Si on regarde les coûts en particulier, vous avez mentionné 1,9 milliard de dollars. Je me demandais si vous pouviez clarifier — et j'ai votre rapport, ici, sous les yeux — ce que vous avez dit quant au fait que les régimes publics d'assurance médicaments coûteront 14,8 milliards de dollars en 2024 et passeront à 17,3 milliards de dollars en 2027-2028.

Les gens qui entendent ces chiffres vont se questionner. Ils vont se demander: « Mais de quoi s'agit-il? Il y a d'un côté 1,9 milliard de dollars sur cinq ans et de l'autre ces gros montants? »

• (1810)

**Le président:** Monsieur Kitchen, votre temps est écoulé. Si vous pouviez poser votre question, le témoin pourra répondre rapidement.

**M. Robert Kitchen:** Avez-vous un commentaire à faire là-dessus, s'il vous plaît?

**M. Yves Giroux:** Les coûts mentionnés dans notre rapport d'octobre 2013 représentaient l'ensemble des dépenses des régimes publics d'assurance médicaments, et on s'attend à ce que ces dépenses augmentent. C'est le coût des médicaments qui seraient couverts par un programme national d'assurance médicaments.

**Le président:** Merci, messieurs Giroux et Kitchen.

La parole va maintenant à Mme Sidhu. Vous avez cinq minutes.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci, monsieur le président.

Ma première question s'adresse à la Coalition canadienne de la santé.

M. Julian a déjà effleuré le sujet. Nous savons qu'un Canadien sur dix atteint d'une maladie chronique finit par aller à l'urgence parce qu'il est incapable de se payer ses médicaments d'ordonnance et que sa santé se détériore en conséquence. C'est un lourd fardeau pour le personnel infirmier, pour nos médecins et pour les équipes de soins de santé en général.

Avez-vous des chiffres dont vous pourriez faire part au Comité sur la façon dont ce projet de loi pourrait alléger le fardeau sur le système de soins de santé?

**M. Steven Staples:** Il y a une expression que j'ai lue: le « non-respect d'une ordonnance de médicaments en raison des coûts ». Cela s'applique aux personnes qui doivent couper leurs pilules ou se priver des médicaments que leur a prescrits leur médecin ou leur fournisseur de soins de santé, parce qu'ils n'ont pas les moyens de se les payer. Ce n'est même pas une simple question d'avoir une assurance ou pas, parce que de nombreux régimes d'assurance imposent une franchise, et que ces franchises peuvent coûter très cher.

Je vis dans le quartier de Regent Park, à Toronto. C'est une collectivité très diversifiée. J'étais à la pharmacie, l'autre jour, et un client devant moi est allé au comptoir et a demandé quel était le montant de la franchise. Le pharmacien lui a répondu que c'était 14 \$, pour son médicament, je ne sais pas lequel. Après un instant, le client a murmuré pour lui-même « Je pense que je pourrais l'avoir pour moins cher ailleurs »; il s'est retourné et est parti. Je ne sais pas ce qui est arrivé. Combien de temps cela dure-t-il? Est-ce que le client va finir à l'hôpital, quelque part?

Nous savons que cela arrive. Des infirmières m'ont dit qu'elles avaient vu des patients se présenter dans un état grave à l'hôpital parce qu'ils avaient réduit leurs médicaments. Comme je l'ai dit, l'hôpital St. Michael's a réalisé une étude et a conclu que l'on pouvait économiser 1 600 \$ par année par patient en fournissant aux gens un accès gratuit à leurs médicaments. Et ce n'est qu'un début.

Je suis emballé par ce que ce programme apporte pour ces deux catégories de médicaments. Il va y avoir un comité d'experts qui va produire un rapport, et je pense que les résultats seront encourageants.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Ma prochaine question s'adresse à M. Bleskie.

Vous avez dit que l'insuline était une nécessité et non pas un luxe. J'ai travaillé avant aujourd'hui sur le projet de loi C-237, qui visait à établir un cadre national sur le diabète. Je sais que le diabète non traité peut avoir de graves conséquences.

Selon vous, ce projet de loi aura-t-il clairement une incidence sur la qualité de vie d'une personne comme vous? Voulez-vous nous en dire plus sur ce que vous en pensez?

**M. Mike Bleskie:** Bien sûr.

Je le demande et je me bats pour cela depuis mon secondaire 1. L'une des toutes premières choses que j'ai faites, en tant que personne atteinte du diabète de type I, a été d'assister en 2006 à un débat entre tous les candidats, où j'ai demandé comment je pouvais rendre ma vie plus abordable.

Je sais qu'il y a un très grand nombre de personnes atteintes de différents types de diabète qui aimeraient pouvoir dire: « J'ai accès aux traitements vitaux dont j'ai besoin. » Comme je l'ai dit plus tôt, le rationnement est un très gros problème, car les gens seront affectés par des complications comme la cécité, des lésions nerveuses et des amputations. Je crois que, si toutes les personnes atteintes de diabète de type I avaient accès aux médicaments dont elles ont besoin pour survivre, cela réduirait de façon mesurable le fardeau global sur le système de soins de santé.

En ce qui me concerne personnellement, j'ai vécu ce genre de peurs quand j'ai parlé à un expert de ce que sera ma vision dans 10 ou 20 ans. Je serais plus à l'aise sachant que ma vue est protégée et que je ne vais pas devoir vivre avec une invalidité permanente. C'est le genre de choses auxquelles je peux m'attendre, si ce projet de loi est adopté.

• (1815)

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Ma prochaine question s'adresse à M. Giroux.

Votre rapport mentionnait les effets comportementaux du projet de loi.

Avez-vous pris en considération les économies éventuelles que notre système de soins de santé pourrait réaliser si plus de soutiens étaient offerts aux personnes souffrant de maladies chroniques, puisqu'on éviterait qu'elles se présentent à l'urgence, ce qui réduirait les coûts et les fardeaux pour les services de santé?

**M. Yves Giroux:** En un mot, la réponse à votre question est non.

Mon bureau a pour mandat de présenter les coûts et les estimations des coûts. Nous réalisons rarement des analyses coûts-avantages, justement pour cette raison, à moins que nous en ayons le mandat dans le cadre d'une requête très spécifique. Généralement, nous ne faisons pas cela.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

**Le président:** Merci, madame Sidhu.

[Français]

Monsieur Blanchette-Joncas, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je vais continuer de poser des questions à M. Giroux.

Monsieur Giroux, j'ai sous les yeux votre rapport d'analyse du projet de loi C-64. Sous le titre « Sources de l'incertitude », qui est assez frappant, on lit ceci : « L'évaluation comporte un degré d'incertitude élevé et dépend du nombre de médicaments figurant sur la liste des médicaments couverts. Les dépenses pour les médicaments dépendent de plusieurs facteurs de coûts et les prévisions sont très sensibles au taux de croissance prévu de ces facteurs de coûts [...] » Vous parlez également des « effets comportementaux comme la substitution de médicaments qui ne sont pas indiqués sur la liste par les médicaments mentionnés dans la liste » actuelle.

J'ai une question simple pour vous : pensez-vous que ce soit possible que le nombre de médicaments couverts puisse être moins élevé après la mise en place de cette assurance médicaments ?

**M. Yves Giroux :** C'est possible. Selon ce que nous avons cru comprendre du projet de loi C-64 et des documents techniques qui accompagnaient la première tranche, il y a une liste de médicaments qui seront couverts. Il est donc possible qu'il existe d'autres types de contraceptifs ou encore de médicaments pour traiter le diabète, mais que ceux-ci ne soient pas couverts. C'est possible aussi qu'il y ait un effet comportemental de substitution, c'est-à-dire que les gens seraient incités à utiliser ou à se faire prescrire des médicaments qui sont couverts plutôt que des médicaments qui ne le sont pas.

**M. Maxime Blanchette-Joncas :** D'accord.

Votre rapport comporte-t-il d'autres éléments incontournables dont vous souhaiteriez nous faire part, pour le bien commun du Comité ?

**M. Yves Giroux :** Non.

Je ne sais pas si Mme Barkova voudrait ajouter quelque chose.

**M. Maxime Blanchette-Joncas :** Dans ce cas, je vais poser une question à Mme Barkova.

J'ai constaté que vous aviez quand même tiré des données d'organismes comme l'Institut canadien d'information sur la santé. Évidemment, vos conclusions et vos analyses des données qu'ils vous ont transmises n'engagent que le Bureau du directeur parlementaire du budget. J'essaie cependant d'avoir un portrait plus juste, parce qu'en ce moment, c'est beaucoup de l'ordre des hypothèses.

Nous avons un portrait des orientations du gouvernement, mais de quelles données supplémentaires auriez-vous besoin, de la part du gouvernement, pour faire une analyse réellement en profondeur et un exercice beaucoup plus précis ?

[Traduction]

**Mme Lisa Barkova (analyste, Bureau du directeur parlementaire du budget) :** La première chose qui me vient à l'esprit, c'est qu'il faut des modalités et des exigences claires, dans ce programme, par exemple une liste précise de médicaments. Nous savons que cela reste à négocier. Une fois que nous saurons précisément quels médicaments sont compris, nous saurons mieux comment évaluer le coût de ce genre de programme et nous pourrions fournir une estimation plus juste.

**Le président :** Merci, madame Barkova, et merci, monsieur Blanchette-Joncas.

La parole va maintenant à M. Julian pour deux minutes et demie.

**M. Peter Julian :** Merci, monsieur le président.

Monsieur Bleskie, j'aimerais m'adresser à vous encore une fois.

Pour le dernier tour, j'aimerais vous demander ce qui arriverait si vous ne pouviez pas emprunter sur votre marge de crédit ? Si, tout simplement, vous n'avez pas de contrats et que vous ne pouvez pas prendre vos médicaments, quelles seraient les conséquences sur votre santé personnelle ?

Je pense que c'est important que le Comité le sache, parce que tous les députés ici présents doivent comprendre quels sont les impacts actuellement pour les gens qui ne peuvent pas se payer leurs médicaments.

**M. Mike Bleskie :** Dans une situation hypothétique où je devais réduire mon insuline, par exemple en la rationnant ou en arrêtant complètement d'en prendre, je deviendrais par exemple aveugle, à cause des problèmes oculaires liés au diabète ou de la rétinopathie diabétique. Je pourrais souffrir de neuropathie ; cela commence par des picotements et des engourdissements dans les jambes, mais cela se transforme ensuite en douleurs atroces. Cela veut aussi dire que je vais avoir un problème de circulation dans les membres, et que je serais plus vulnérable aux blessures et aux coupures, et, comme je ne sentirais pas ces blessures, elles vont s'infecter. Ces complications peuvent mener à une amputation.

Des lésions durables aux reins ou au foie sont aussi possibles. Tout le sucre dans votre système doit être évacué d'une façon ou d'une autre, alors vos reins et votre foie finissent par faire des heures supplémentaires pour éliminer tout le glucose dans votre système.

• (1820)

**M. Peter Julian :** Est-ce réversible ?

**M. Mike Bleskie :** Non. Pour ainsi dire tous les changements qu'entraîne l'hyperglycémie... Il y a des symptômes aigus, il y a aussi des symptômes à long terme.

Les symptômes à long terme sont complètement irréversibles, et ils finissent par causer la mort, surtout l'acidocétose, qui est la forme la plus aiguë de l'hyperglycémie. Souvent, cela peut frapper très rapidement, dès qu'une personne diabétique n'a plus accès à son insuline.

**M. Peter Julian :** Après combien de temps, quelques semaines ?

**M. Mike Bleskie :** Si j'arrêtais de prendre mon insuline, j'aboutirais probablement à l'hôpital demain au plus tard. Cela peut arriver très rapidement.

**M. Peter Julian :** Merci.

Je ne comprends pas comment on pourrait s'opposer à ce projet de loi.

**Le président :** Merci, monsieur Julian.

Madame Goodridge, allez-y. Vous avez cinq minutes.

**Mme Laila Goodridge :** Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins.

J'ai une série de questions à poser, mais je vais commencer par vous, monsieur Frank, au sujet des régimes d'avantages sociaux fournis par les employeurs.

Disons que l'employeur décide qu'il veut ajouter un médicament ou un service particulier, peut-il ajouter seulement un service ?

**M. Stephen Frank:** Eh bien oui, certainement. Si par « service », vous voulez dire... Un régime typique couvre les médicaments d'ordonnance, les soins dentaires et de la vue, ainsi que tous les services paramédicaux et les voyages, alors il y a tout un éventail de solutions possibles, et les employeurs ont une certaine souplesse quant à ce qu'ils choisissent d'offrir. En somme, ils décident des avantages sociaux qu'ils offrent à leurs employés.

En ce qui concerne la catégorie de médicaments, effectivement, nous savons bien que certains employeurs choisissent de couvrir certaines catégories de médicaments et pas d'autres. Cela concerne habituellement certaines catégories plus chères, ou des médicaments liés à des maladies rares, par exemple. Certains médicaments sont couverts de façon épisodique, et différents employeurs auront une tolérance différente par rapport au risque et aux coûts qu'ils sont prêts à assumer.

Il y a tout de même de la variabilité dans ce qui est offert aux Canadiens, et...

**Mme Laila Goodridge:** Selon ce que vous venez de dire, si le projet de loi était adopté, craigniez-vous que les employeurs viennent vous demander que ces deux catégories de médicaments soient retirées de leurs régimes actuels, ce qui coûterait par conséquent plus cher aux contribuables?

**M. Stephen Frank:** C'est effectivement une préoccupation et, encore une fois, je pense que si vous lisez le projet de loi, vous verrez que cela ne se limite pas à ces deux médicaments. Je pense que c'est l'un des principaux enjeux que nous devons continuellement garder à l'esprit. Il y a la possibilité, en moins d'un an, que cela aille beaucoup plus loin, et si on se retrouve donc dans une situation où il y a des centaines ou des milliers de médicaments qui sont couverts, alors les employeurs vont nul doute commencer à se demander « Pourquoi est-ce que j'offre encore tout cela? »

Nous travaillons très dur pour les sensibiliser à la valeur des programmes qu'ils offrent à leurs employés. Comme je l'ai dit, ces régimes sont souvent plus flexibles et offrent plus de choses que ce qu'obtiendraient les employés avec le régime public, mais ce genre de pression et de questions s'en viennent, dans un horizon de deux ans, si le projet de loi est adopté.

Encore une fois, cela ne correspond pas à la vision décrite par le ministre aujourd'hui, et je pense que c'est cet écart qui nous fait hésiter.

**Mme Laila Goodridge:** Je comprends.

Je vous suis très reconnaissante, monsieur Bleskie, d'avoir partagé avec nous votre vécu, par rapport au régime d'assurance-maladie de l'Ontario ou à l'Assurance-santé Plus. Comme je viens de l'Alberta, je ne connais pas très bien le régime ontarien, alors j'ai trouvé ce que vous avez dit très informatif.

Une chose qui est frustrante, dans notre étude du projet de loi, c'est que nous n'avons pas l'occasion d'entendre des témoignages sur tous les divers régimes provinciaux ainsi que sur les lacunes particulières qui existent, parce que je ne sais pas si ces lacunes sont nécessairement les mêmes dans toutes les provinces.

Si nous continuons dans cette voie, risquons-nous de régler un problème qui n'existe peut-être pas dans toutes les provinces et de donner lieu à une situation où nous récompensons les provinces qui ont fait très peu d'efforts et peut-être qui n'offrent rien de tel? On peut donc se demander si les provinces continueraient d'offrir ce

genre de régime, dans le cas contraire. On finit par tourner en rond, quand on tente d'examiner ce qui est créé et les complications.

Monsieur Giroux, quand vous avez présenté l'estimation des coûts pour les médicaments d'ordonnance dans votre plus récent budget, avez-vous tenu compte de l'inflation record qui sévit actuellement, dans vos estimations des coûts futurs?

• (1825)

**M. Yves Giroux:** Oui, nous avons tenu compte de l'inflation, de l'inflation antérieure ainsi que nos prévisions pour l'inflation future.

**Mme Laila Goodridge:** Avez-vous aussi tenu compte des conséquences si des provinces décidaient de ne plus couvrir certains de ces médicaments dans leurs régimes actuels?

**M. Yves Giroux:** Non, nous n'avons pas pris en considération que les provinces pourraient réduire leur couverture relativement au diabète et à la contraception.

**Mme Laila Goodridge:** Est-ce possible que les coûts soient considérablement plus élevés, si les provinces et les territoires décidaient de ne plus couvrir ces médicaments dans leurs régimes, à cause de ce projet de loi?

**M. Yves Giroux:** Il y a effectivement un risque, comme dans le cas où certains employeurs décideraient de réduire leur couverture, parce qu'ils savent qu'il y a un régime public qui couvrirait leurs employés.

**Mme Laila Goodridge:** Effectivement, et nous avons très peu de données quant à combien exactement ces deux catégories de médicaments vont coûter au gouvernement fédéral, et pourtant, on nous demande de voter là-dessus alors que nous n'avons absolument aucune idée des coûts.

**M. Yves Giroux:** Eh bien, je ne dirais pas que nous n'avons aucune idée, mais il y a quand même beaucoup d'incertitude en ce qui concerne le coût éventuel d'un tel régime, en particulier vu la possibilité que les régimes publics et privés se déchargent de certaines de leurs responsabilités pour les refiler au régime public.

**Mme Laila Goodridge:** Je trouve cela très préoccupant.

Je tiens à tous vous remercier de votre présence ici aujourd'hui.

Merci.

**Le président:** Merci, madame Goodridge.

La parole va maintenant à M. Hanley. Vous avez cinq minutes.

**M. Brendan Hanley:** Merci beaucoup à vous tous d'être ici et de nous avoir présenté des témoignages fort intéressants.

Très rapidement, monsieur Giroux, pour pousser plus loin certaines de vos réponses, j'ai remarqué qu'aucune analyse ne simulait les territoires. Y a-t-il une raison pour cela? Est-ce difficile d'obtenir des données? Est-ce qu'il n'y a pas suffisamment de données, ou...? Pouvez-vous juste nous dire pourquoi les territoires ne sont pas compris dans les analyses?

**Mme Lisa Barkova:** C'est tout simplement dû au fait que les données que nous utilisons dans le cadre de cette analyse ne contiennent que des données provinciales. Si nous avions eu des données provenant des territoires, nous aurions bien sûr aimé les inclure dans notre analyse.

**M. Brendan Hanley:** Oui. Nous préfererions que ces données soient incluses dans une analyse future. Merci.

Vous m'excuserez, mais je ne suis pas certain de comprendre aussi bien que je le devrais ce qui concerne les économies généralisées, mais peut-être que cela vaut aussi pour les Canadiens dans une certaine mesure.

Vous dites qu'on réduirait les dépenses en médicaments au Canada s'il y avait un système à payeur unique, et ce, pour un certain nombre de facteurs, y compris parce qu'on aurait un plus grand pouvoir de négociation. Pouvez-vous nous dire ou peut-être m'expliquer un peu ce que vous voulez dire par des « économies généralisées »?

**M. Yves Giroux:** Bien sûr. Vous parlez probablement de notre rapport d'octobre 2023, qui contenait une estimation des coûts pour un régime d'assurance médicaments universel pancanadien à payeur unique, qui couvrirait la plupart des médicaments. Dans ce rapport, nous tenions pour acquis que le pouvoir de négociation du gouvernement fédéral permettrait au payeur unique... j'ai dit le « gouvernement fédéral », mais cela pourrait être aussi chacune des provinces, mais ne nous perdons pas dans les détails.

Un payeur unique aurait un pouvoir de négociation et pourrait présumément négocier des remises supplémentaires. Les économies viendraient de là et seraient probablement plus que suffisantes pour compenser la couverture offerte aux gens qui n'en ont pas présentement. C'est pour cette raison que nous disons qu'il y aurait des économies généralisées, si on regarde le coût des médicaments dans son ensemble, comme une grosse bulle.

**M. Brendan Hanley:** D'accord. Merci. C'est très utile.

Monsieur Staples, peut-être que je pourrais vous demander de faire un commentaire. Votre témoignage passionné nous a donné beaucoup d'informations utiles, que vous parliez des préoccupations généralisées ou des gens qui ont communiqué avec vous. Par rapport à ce que disait M. Frank — que l'argent doit cibler les besoins et qu'il faut laisser le reste tranquille —, quel est votre avis?

**M. Steven Staples:** Vous savez, je comprends ce que vous dites. Nous voulons utiliser efficacement les deniers publics, et nous voulons que l'argent soit investi là où les besoins sont les plus criants, mais le but du programme, du projet de loi, n'est pas seulement de fournir des médicaments aux Canadiens, c'est aussi de diminuer le prix des médicaments. Il faut que le prix des médicaments baisse.

Encore une fois, il n'est pas surprenant d'entendre des critiques à propos de l'achat en gros dans la discussion d'aujourd'hui, de la part de certains groupes qui s'y opposent, mais je pense que c'est ce que les Canadiens veulent. C'est ce que veut notre système de soins de santé. Actuellement, nous dépensons autant dans notre système de soins de santé pour les médicaments que pour les médecins. D'ailleurs, il n'y a que les hôpitaux qui coûtent davantage. Si nous devons abaisser le prix global des médicaments à un niveau moins élevé, alors il va falloir une stratégie coordonnée d'achat en gros.

Vous savez que toutes les provinces ne paient pas le même prix pour leurs produits pharmaceutiques. Elles concluent différents accords. Comme M. Giroux l'a mentionné dans son rapport d'octobre 2023, très intéressant d'ailleurs, une stratégie d'achat en gros qui permettrait d'accroître la transparence et par conséquent de réduire les coûts pour tout le monde, parce que toutes les provinces auraient le même prix, au lieu d'un...

• (1830)

**M. Brendan Hanley:** Je dois vous interrompre, parce que je veux aussi entendre ce que M. Bleskie a à dire avant que mon temps ne soit écoulé.

Monsieur Bleskie, vous avez peut-être remarqué que le territoire du Yukon a été le premier gouvernement en 2020 à couvrir les dispositifs de surveillance du glucose en continu. Les autres provinces lui ont maintenant emboîté le pas. Si on compare l'approche fragmentaire et une approche coordonnée à l'échelle nationale, croyez-vous que nous pourrions faire mieux avec une approche nationale coordonnée, qui incorporerait le projet de loi C-47?

**M. Mike Bleskie:** Je pense que c'est très important d'avoir une approche nationale coordonnée, parce que nous commençons à voir un consensus émerger dans les études internationales selon lequel la SGC est très fortement liée à de meilleurs résultats de santé. Je pense que les études au Canada montraient la même chose.

Si le gouvernement fédéral intervenait et était un partenaire pour fournir la technologie de surveillance du glucose en continu aux Canadiens, je pense que ce serait un très bon pas en avant, surtout que cette technologie n'est pas seulement efficace pour le diabète de type 1, mais aussi pour surveiller la glycémie pour le diabète de type 2. À dire vrai, il y a des entreprises qui produisent de nouvelles technologies de SGC spécialement conçues pour le diabète de type 2, pour les gens prédiabétiques et pour les personnes enceintes qui doivent surveiller leur glycémie.

**Le président:** Merci, monsieur Bleskie.

C'est maintenant au tour de M. Ellis. Vous avez cinq minutes.

**M. Stephen Ellis:** Merci beaucoup, monsieur le président, et encore une fois, merci aux témoins d'être ici.

Monsieur Keon, je pense que nous avons entendu certains témoignages que vous pourriez peut-être clarifier, ou alors la question de M. Staples sur les coûts des médicaments qui diffèrent d'un endroit à l'autre au pays.

Pouvez-vous dire si cela est vrai, et s'il y a des provinces ou des territoires au Canada qui ont de meilleurs prix que d'autres?

**M. Jim Keon:** Merci de la question.

Je devrais préciser. Je suis ici aujourd'hui pour représenter l'industrie des médicaments non brevetés, c'est-à-dire l'industrie des médicaments génériques et biosimilaires. Nous remplissons 75 % des ordonnances à environ 20 % des coûts, ce qui veut dire que 80 % des coûts ne vont pas aux entreprises que nous représentons aujourd'hui.

Cependant, comme je l'ai déjà dit deux fois, nous avons un système de prix national. Pour la première fois, le Québec a participé au dernier cycle de négociations. C'est un système national. Toutes les provinces paient le même prix. Tous les payeurs au Canada paient le même prix pour les médicaments génériques. Quand je dis que nous n'aimons pas l'achat en gros, je pense que nous avons déjà un système national négocié avec des experts qui administrent les programmes de médicaments, ce qui fait en sorte que les prix sont bas, et c'est ce que nous voulons.

Ce qui nous préoccupe avec des termes comme « achat en gros », c'est que cela suppose qu'on va essayer d'une façon ou d'une autre d'abaisser encore plus les prix. Des pays comme la Nouvelle-Zélande achètent en gros, et quand nous examinons les données, nous pouvons voir qu'il y a moins de médicaments offerts là-bas que n'importe où ailleurs, alors ce n'est pas un système que nous recommandons. Nous avons travaillé très dur avec l'Alliance pharmaceutique pancanadienne, avec les provinces et les trois régimes d'assurance médicaments fédéraux pour en arriver à un système, et nous pensons que ce système devrait être respecté.

**M. Stephen Ellis:** Merci beaucoup de votre réponse.

Par votre entremise, monsieur le président, j'aimerais dire au directeur parlementaire du budget qu'une des choses qui me préoccupent beaucoup, au nom de tous les Canadiens, c'est que les personnes vont perdre leur couverture. Si on fait quelques calculs sur un coin de table, ce programme a peut-être été fait pour un million de personnes, mais si 40 millions de personnes vont y être inscrites, alors je peux faire les calculs dans ma tête, mais j'aimerais peut-être vous l'entendre dire à haute voix, avec la crédibilité du directeur parlementaire du budget. Quel serait le coût, juste pour l'ajout de ces deux catégories de médicaments pour 40 millions de Canadiens?

• (1835)

**M. Yves Giroux:** Malheureusement, je n'ai pas les chiffres en tête.

**M. Stephen Ellis:** Ne serait-ce pas trois fois plus élevé? Est-ce que c'est le bon calcul?

**M. Yves Giroux:** Pardon. Mme Barkova me dit que nous avons les chiffres, alors je crois que je vais la laisser parler.

**Mme Lisa Barkova:** Si vous regardez le tableau que nous avons fourni dans notre estimation des coûts, vous verrez à la toute première ligne que le coût sera d'environ 5,7 milliards de dollars, ce qui vous donne une approximation de combien cela coûterait pour les mêmes médicaments, si le régime couvrirait tout le monde au Canada. Vous pouvez ensuite voir les coûts récupérés grâce aux régimes publics et aux régimes d'assurance médicaments privés. Effectivement, le recouvrement des coûts est plus ou moins le même que ce que couvrent actuellement les régimes publics et privés.

**M. Stephen Ellis:** Très bien. Comme je l'ai dit, je n'ai pas le tableau sous les yeux.

Cela dit, êtes-vous en train de dire que les régimes publics continueront de couvrir ces médicaments, parce qu'ils sont financés par les provinces dans ces estimations, ou dites-vous que cela vaut pour tous les Canadiens?

**M. Yves Giroux:** Les chiffres que Mme Barkovka a donnés représentent les dépenses publiques, privées et personnelles actuelles. Cela équivaut à environ 5,7 milliards de dollars pour les médicaments visés par le projet de loi C-64, les contraceptifs et les médicaments contre le diabète. Si on tient pour acquis que le gouvernement fédéral va assumer toutes ces dépenses, alors voilà combien cela coûterait.

Nous ne faisons pas de suppositions sur ce que feront les provinces. Nous tenons pour acquis qu'elles vont continuer, parce que rien n'indique qu'elles vont cesser d'offrir une couverture, mais, dans l'éventualité où cela arrive, alors les coûts pour le fédéral augmenteront, évidemment.

**M. Stephen Ellis:** D'accord. Génial. Merci.

Quand on regarde cela de plus près, on voit qu'il ne s'agit que d'une petite fraction des médicaments qui existent. Je n'essaie pas de dire que les médicaments contre le diabète et les contraceptifs ne sont pas importants, parce qu'ils le sont, évidemment. À l'époque où j'étais médecin de famille, je rédigeais de nombreuses ordonnances pour ces deux types de médicaments.

Je sais que vous n'avez pas de boule de cristal, monsieur Giroux, mais si on regarde le coût des autres médicaments actuellement à l'horizon, c'est beaucoup plus élevé. On parle de milliers ou de centaines de milliers de dollars.

À quoi peut-on s'attendre? De mon point de vue, c'est un montant catastrophique. C'est 5,7 milliards de dollars multipliés par des centaines de milliers. Est-ce que mon estimation est juste?

**M. Yves Giroux:** Tout le monde a besoin de ces médicaments onéreux, malheureusement, mais c'est un fait que, même si les médicaments génériques représentent habituellement une part relativement faible de tous les médicaments d'ordonnance, ils représentent une bien plus grande part des dépenses totales.

Vous avez raison de dire que, quand de nouveaux médicaments arrivent sur le marché, ils sont habituellement beaucoup plus chers que les médicaments génériques, et je suis certain que M. Keon pourrait le confirmer, alors il est possible que les nouveaux médicaments fassent augmenter les dépenses en médicaments.

**Le président:** Merci, messieurs Giroux et Ellis.

La parole va maintenant à M. Powlowski, pour cinq minutes.

**M. Marcus Powlowski:** Monsieur Frank, il y a des régimes d'assurance médicaments privés et des régimes publics. Les régimes privés comme la Croix Bleue, Canada Vie et Manuvie sont tous à but lucratif et administrés par des entreprises à but lucratif.

Est-ce exact? Y a-t-il des régimes sans but lucratif dans le secteur privé?

**M. Stephen Frank:** Merci de la question. C'est un malentendu très courant.

En réalité, la majorité des entreprises de ce secteur ne sont pas des entreprises à but lucratif. Médavie n'est pas une entreprise à but lucratif, tout comme GreenShield, les Croix Bleues et Beneva.

**M. Marcus Powlowski:** Lesquelles ne sont pas à but lucratif?

**M. Stephen Frank:** Ce sont toutes les Croix Bleues du pays. Beneva, une entreprise importante au Québec, et GreenShield sont toutes des entreprises à but non lucratif.

Parmi tous les assureurs au pays, la moitié probablement ne sont pas des entreprises à but lucratif, et elles réinvestissent tous leurs profits dans la collectivité.

Il y a bien sûr des entreprises importantes qui sont à but lucratif. Il y a les deux.

**M. Marcus Powlowski:** Savez-vous quel pourcentage des régimes offerts par les employeurs ne sont pas à but lucratif, et quel pourcentage est à but lucratif?

**M. Stephen Frank:** Je n'ai pas ces données sous les yeux. Je suis désolé.

• (1840)

**M. Marcus Powlowski:** Pourquoi un employeur ne ferait-il pas immédiatement affaire avec un assureur à but non lucratif?

**M. Stephen Frank:** Les entreprises à but lucratif fournissent des solutions très attirantes pour leurs clients, tout comme les entreprises à but non lucratif. C'est un marché très compétitif. Il y a plus de 20 assureurs qui se font concurrence, et les employeurs décident en fonction de ce qui est le mieux pour eux.

**M. Marcus Powlowski:** Croyez-vous que les assureurs à but lucratif peuvent fournir le même genre de régime au même coût que les assureurs à but non lucratif? Sont-ils vraiment si concurrentiels?

J'aurais cru que ce qui compte, pour n'importe quel assureur privé d'une entreprise privée à but lucratif, c'est qu'un pourcentage de ce qui irait autrement aux avantages sociaux et aux salaires des employés aille plutôt aux profits de l'entreprise. Donc, à moins que l'assureur soit si efficace qu'il peut fournir ses services à un prix moins élevé qu'un assureur à but non lucratif, pour quelle raison quiconque ferait-il affaire avec un assureur à but lucratif?

**M. Stephen Frank:** Vous savez, c'est du cas par cas. Vous devez examiner la situation de chaque employeur et voir ce qu'il veut offrir en matière d'avantages sociaux, mais c'est un secteur très concurrentiel. La majorité des assureurs sont sans but lucratif, comme je l'ai dit, et je pense que vous pouvez en déduire que les profits dans ce secteur ne sont pas très élevés, même pour les entreprises à but lucratif.

C'est quelque chose de très important. Nous offrons une valeur incroyable aux Canadiens, et nous sommes très fiers du fait que, en tant que secteur, nous livrons une concurrence acharnée pour nous assurer que nous faisons de notre mieux pour eux, en veillant à ce qu'ils aient accès aux produits auxquels ils ont droit.

**M. Marcus Powlowski:** Pourrais-je supposer que les entreprises à but lucratif diraient qu'elles fournissent une couverture plus large et meilleure que celles des entreprises sans but lucratif?

**M. Stephen Frank:** Je ne pense pas que ce genre de déclaration générale serait juste, non. C'est un secteur extrêmement compétitif. Tout le monde compétitionne en offrant une vaste gamme de produits, et les employeurs décident en fonction de leurs intérêts.

C'est du cas par cas. Il y a des centaines de milliers d'employeurs qui ont chacun leur raison de choisir des assureurs différents.

**M. Marcus Powlowski:** Un employeur doit, fondamentalement, acheter un régime pour ses employés. Dans le cas d'un assureur à but lucratif, quel pourcentage de l'argent versé à ce régime finit en profits? Vous avez dit que c'est peu.

**M. Stephen Frank:** C'est très peu.

Encore une fois, je n'ai pas les données détaillées sous les yeux, mais ce que je peux dire, c'est que c'est un système mixte, où les assureurs à but lucratif et sans but lucratif se livrent une concurrence féroce. Ce qui nous unit, c'est que nous assurons 27 millions de Canadiens. Ils ont tous une bien meilleure couverture qu'ils ne l'auraient avec n'importe quel régime public, et nous sommes très fiers du service que nous offrons aux Canadiens. Nous savons aussi qu'une vaste majorité d'assureurs ne veulent pas que cela soit perturbé.

**M. Marcus Powlowski:** Je sais que certains vont avoir l'impression que j'appartiens au parti de M. Julian, mais j'aimerais savoir...

**M. Peter Julian:** C'est une bonne chose.

**Des voix:** Ha, ha!

**M. Marcus Powlowski:** ... pourquoi vous, en tant qu'entreprise, en tant qu'assureur, vous voulez faire des affaires dans un secteur où les profits sont si faibles? Pourquoi lancer une telle entreprise?

Je suis un peu sceptique, quand vous dites: « Oh, eh bien, vous savez, ces entreprises ne font presque pas d'argent. ». Je ne pense pas que les cadres supérieurs de ces entreprises voient les choses de cette façon.

**M. Stephen Frank:** Eh bien, c'est un secteur d'activités important pour nous. C'est un secteur très compétitif. Les profits ne sont

pas énormes, mais nous livrons concurrence chaque jour pour offrir le meilleur service possible aux Canadiens.

Je le répète, nous assurons 27 millions de Canadiens, et ceux-ci ne veulent pas perdre leur couverture. Je pense que, pendant que le gouvernement élabore son plan d'action pour le régime d'assurance médicaments, ce que disait le ministre aujourd'hui est tout à fait logique, mais ce n'est pas ce qui est reflété dans le projet de loi, alors je pense sincèrement que les amendements doivent être formulés de manière à correspondre à ce que disait le ministre ce matin. Nous sommes prêts à travailler en très étroite collaboration avec le gouvernement pour faire en sorte que les solutions ciblent les gens qui en ont besoin, sans perturber ce qui fonctionne déjà bien aujourd'hui.

**Le président:** Merci, monsieur Frank.

[Français]

Monsieur Blanchette-Joncas, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Merci, monsieur le président.

Je poursuis ma série de questions.

Monsieur Frank, vous savez qu'il existe au Québec un programme d'assurance médicaments depuis maintenant près de 30 ans. C'est une bonne chose. Nous souhaitons que les autres personnes au Canada puissent avoir la même chose, si les gouvernements veulent s'en inspirer.

Au Québec, les gens ont une franchise à payer, qui se situe entre 0 \$ et 731 \$ précisément, selon leurs revenus. J'essaie de comprendre, de votre point de vue, la fonctionnalité du régime dont il est question actuellement. Comment le régime peut-il fonctionner au moyen d'une franchise de 0 \$ dès le premier dollar, en gardant le même éventail de médicaments, en plus de la possibilité d'ajouter des médicaments novateurs? Comment voyez-vous la situation?

**M. Stephen Frank:** Ce que je peux dire, c'est que nous estimons grandement le système du Québec. Nous croyons qu'il fonctionne assez bien et qu'il pourrait être un modèle pour le reste du Canada. Nous sommes complètement d'accord avec vous. C'est un système qui marche bien entre le public et le privé. Il offre une couverture exceptionnelle pour les Québécois.

Je ne peux pas spéculer sur la manière dont ça pourrait fonctionner, sur la base de ce qui est décrit dans ce projet de loi. D'après moi, ce n'est pas clair. Comme je l'ai mentionné, les termes ne sont pas définis et ce qui est envisagé n'est pas très clair. C'est un des grands risques: les gens peuvent lire le projet de loi et en arriver à différentes conclusions. D'après moi, comme je l'ai mentionné, ce projet de loi devrait être révisé pour qu'on sache de manière très claire et transparente quel est son but.

Je répète que le système du Québec fonctionne très bien, et ce serait acceptable pour nous qu'un tel système soit mis en place ailleurs aussi.

● (1845)

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Merci de reconnaître l'expertise du Québec, monsieur Frank.

Puisque vous êtes dans le domaine, je suis curieux d'entendre votre point de vue sur la question suivante: à quel endroit au Canada trouve-t-on le meilleur programme d'assurance médicaments?

**M. Stephen Frank:** Chaque province est complètement différente, mais je peux dire que le système au Québec marche bien. C'est un bon partenariat entre le public et le privé. Il offre une couverture universelle pour tous les Québécois. C'est un système avec lequel nous sommes très à l'aise.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Est-ce que vous pouvez nous indiquer qui, à votre avis, va décider des médicaments admis? Est-ce l'Agence canadienne des médicaments? Est-ce l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, c'est-à-dire l'INESSS, qui est administré par le gouvernement du Québec? Quel est votre point de vue là-dessus?

**M. Stephen Frank:** Je dirais encore une fois que, pour nous, ça fonctionne assez bien avec l'INESSS au Québec et maintenant avec l'Agence canadienne des médicaments ailleurs au pays. Nous ne recommandons pas de changement de ce côté. Je sais que l'INESSS travaille très étroitement avec le système fédéral et que ça fonctionne assez bien.

Cela dit, ce qu'on peut lire dans le projet de loi soulève des questions pour nous. Qui va décider de ce qui est couvert? Quel sera le processus? Où cette liste sera-t-elle publiée? À quelle fréquence cela va-t-il être modifié?

**Le président:** Merci, monsieur Frank.

[Traduction]

Pour terminer le dernier tour de questions à ces témoins, la parole va à M. Julian pour deux minutes et demie.

[Français]

**M. Peter Julian:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Comme il semble que certains députés du Québec n'ont pas bien compris, je vais le répéter: une coalition représentant près de 2 millions de Québécois et de Québécoises a fait une déclaration aujourd'hui. Toutes les grandes centrales syndicales, dont la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, l'Union des consommateurs, la Centrale des syndicats démocratiques, la Confédération des syndicats nationaux et la Fédération des travailleuses et travailleurs du Québec, rappellent dans leur mémoire que l'actuel régime d'assurance médicaments québécois est loin d'avoir garanti à tous et à toutes un accès raisonnable et équitable aux médicaments. Ces organisations ajoutent ceci: « Les divers frais exigés lorsqu'on se procure des médicaments sont en réalité des tickets modérateurs qui ont un effet dissuasif : des gens sautent des doses ou se privent de médicaments parce qu'ils n'ont pas les moyens de se les procurer. »

Ma question s'adresse à la Coalition canadienne de la santé.

Selon 2 millions de Québécois et de Québécoises, le système privé-public du Québec ne fonctionne pas. Qu'est-ce que ça représente quand des gens nous disent que ça va bien, que tout est beau et qu'il faut continuer de financer ce système hybride, plutôt que de mettre en place un régime d'assurance médicaments universel?

[Traduction]

**M. Steven Staples:** Merci de la question.

Pour qui cela fonctionne-t-il? Voilà ce dont il faut parler. Est-ce que cela fonctionne pour les Canadiens?

Nous entendons dire que les Québécois ne sont clairement pas satisfaits de leur système. Vous devriez consulter l'un des princi-

paux économistes de la santé, M. Steve Morgan de l'Université de la Colombie-Britannique. Il a étudié les données, et il vous dira que le Québec est l'un des endroits où le prix des médicaments est le plus élevé au monde. À dire vrai, par habitant, seuls les États-Unis ont un coût plus élevé. Ils paient davantage qu'en Suisse. D'ailleurs, si le système québécois était appliqué aux autres provinces, les coûts augmenteraient, à cause des problèmes du système.

Je me fie aux experts et aux économistes de la santé qui ont étudié le modèle québécois de très près. Écoutez ce que disent les gens. Est-ce ce système que nous voulons pour le reste du pays, ou préférons-nous le genre de régime national universel à payeur unique qui est prévu dans le projet de loi C-64?

**Le président:** Merci, monsieur Julian.

Merci, monsieur Staples.

Merci à tous nos témoins d'avoir été avec nous aujourd'hui. Merci de nous avoir fait profiter de votre expertise très variée et diversifiée. Tous vos témoignages nous ont été précieux, et nous vous en sommes reconnaissants.

Nous allons prendre une pause jusqu'à 19 heures, le temps que les témoins partent et que les prochains s'installent.

La séance est suspendue.

• (1845)

(Pause)

• (1900)

**Le président:** Reprenons nos travaux.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à notre dernier groupe de témoins de la soirée. Conformément à la motion de programmation que nous devons suivre pour les délibérations, nous ne siégerons pas après 20 h 30, alors j'aimerais que nous terminions un peu avant 20 h 30 afin de pouvoir adopter le budget. Je voulais juste vous donner une idée de l'horaire.

Accueillons chaleureusement les témoins qui sont avec nous ce soir. Nous accueillons Mme Joelle Walker, vice-présidente, Affaires publiques et professionnelles, de l'Association des pharmaciens du Canada.

Nous accueillons aussi M. Manuel Arango, vice-président, Politiques et défense des intérêts, de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada; Mme Céleste Thériault, directrice générale de l'Association nationale autochtone du diabète Inc., et la docteure Diane Francoeur, directrice générale de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Vous savez probablement déjà que vous avez cinq minutes pour présenter vos déclarations préliminaires, suivant l'ordre indiqué dans l'avis de convocation. Nous allons donc commencer par l'Association des pharmaciens du Canada.

Madame Walker, bienvenue au Comité. Vous avez la parole.

• (1905)

[Français]

**Mme Joelle Walker (vice-présidente, Affaires publiques et professionnelles, Association des pharmaciens du Canada):** Monsieur le président et membres du Comité, je vous remercie.

Nous sommes très heureux d'avoir l'occasion de vous faire part de notre point de vue à propos du projet de loi C-64.

Je vais faire mon allocution d'ouverture en anglais, mais cela me fera plaisir de répondre à vos questions en anglais ou en français.

[Traduction]

Notre témoignage de ce soir a surtout pour but de donner au Comité une perspective très concrète sur ce qui pourrait arriver, au comptoir de pharmacie, avec les changements qui sont envisagés et prévus dans ce projet de loi. Mon témoignage portera sur trois aspects.

Premièrement, le rôle des pharmaciens dans l'assurance médicaments. Comme le savent tous ceux qui prennent des médicaments d'ordonnance, le pharmacien est la dernière personne que le patient voit avant de recevoir ses médicaments. La préparation des médicaments est un processus complexe, et les pharmaciens font bien plus que simplement remplir des ordonnances et vendre des médicaments; ils fournissent des soins vitaux et des conseils essentiels pour une consommation efficace des médicaments. Comme les pharmaciens interagissent quotidiennement avec les patients, ils sont dans une position unique pour comprendre leurs besoins, leur expliquer la bonne posologie et leur fournir des conseils relativement aux possibles interactions médicamenteuses. L'assurance médicaments doit être axée non seulement sur le coût des médicaments, mais aussi sur les soins fournis avec les médicaments.

Les pharmaciens jouent aussi un rôle important dans la gestion et la compréhension des régimes d'assurance médicaments, ce que beaucoup de patients ne voient jamais. Chaque jour, ils transmettent des millions de réclamations au nom de leurs patients, passent du temps au téléphone avec les assureurs et aident leurs patients à trouver d'autres options de traitement couvertes par leur régime. Par conséquent, il est essentiel qu'un pharmacien ou une pharmacienne siège au comité d'experts proposé par le gouvernement.

Deuxièmement, quelle est la meilleure façon de cibler les médicaments à couvrir? Les médicaments contre le diabète et les contraceptifs sont deux catégories très importantes de médicaments, cela ne fait aucun doute. Il ne fait aucun doute non plus qu'il y a trop de gens au Canada qui n'ont pas accès à ces médicaments en raison de leur prix.

Toutefois, l'objectif du projet de loi C-64, qui est de fournir des contraceptifs et des médicaments contre le diabète à tous les Canadiens, peu importe leur régime actuel d'assurance médicaments, mérite d'être revu. C'est un noble objectif de vouloir réduire le fardeau associé à ces médicaments, mais nous croyons que les coûts, estimés à plus d'un milliard de dollars, pourraient couvrir encore plus de médicaments si on voulait couvrir un plus grand éventail de médicaments pour les gens qui n'ont présentement pas accès à un régime d'assurance médicaments adéquat, plutôt que de remplacer le régime pour ceux qui en ont déjà un. Nous croyons qu'une telle approche serait plus faisable et mieux adaptée aux besoins des provinces et qu'elle entraînerait moins de perturbations, en plus de garantir une couverture universelle pour tous.

Ce qui m'amène à mon troisième et dernier point. Même si des changements sont grandement nécessaires pour garantir un accès à un régime d'assurance médicaments universel, on ne saurait trop insister sur le risque que cela entraîne de graves perturbations. Comme les membres du Comité pourront probablement le confirmer, à la lumière des changements récents apportés au Régime de soins de santé de la fonction publique, le RSSFP, les modifications apportées à un régime d'assurance médicaments peuvent créer beaucoup de perturbations pour les gens assurés comme pour les

pharmaciens. Il peut être tout aussi perturbateur de transférer les patients d'un régime privé à un régime public, ce qui veut dire que les changements doivent être mis en œuvre soigneusement, pour éviter toute confusion et alléger le fardeau administratif.

La réalité est que les régimes d'assurance médicaments publics au Canada sont beaucoup moins complets que les régimes d'assurance médicaments privés, ce qui veut dire que si, en conséquence du projet de loi, les patients sont transférés de leur régime privé à un régime public, les pharmaciens et les médecins vont probablement devoir passer beaucoup de temps à prescrire de nouveaux traitements à leurs patients, surtout si leurs médicaments ne sont plus couverts par le régime public; ils vont devoir remplir des formulaires pour obtenir des exemptions spéciales, puis vont devoir communiquer ces changements à leurs patients.

Pour conclure, j'aimerais vous donner un exemple personnel: je prends une pilule contraceptive qui ne figure pas sur la liste proposée actuellement par le gouvernement fédéral, et il m'a fallu trois ans pour trouver une pilule qui me convenait et qui ne me causait pas d'effets secondaires; sans elle, j'aurais subi ces effets secondaires tous les jours, parce que je suis une femme.

Cela a donc soulevé des questions très concrètes pour moi, quand j'ai regardé l'intention du projet de loi. Est-ce que mon employeur va continuer de couvrir ces pilules contraceptives, si elles ne figurent pas sur la liste? Je vais certainement militer pour cela, mais c'est évidemment une question qui me trotte dans la tête. Est-ce que ma pharmacie va continuer de garder ces produits en réserve, s'ils ne sont pas généralement couverts? En cas d'exemption, est-ce que mon pharmacien devra demander l'exemption en mon nom, comme il le fait souvent pour de nombreux régimes d'assurance médicaments?

J'espère que je vous ai donné une idée des enjeux de première ligne que ce projet de loi pourrait soulever.

Je vous remercie, et j'attends vos questions.

● (1910)

**Le président:** Merci, madame Walker.

C'est maintenant au tour de M. Arango, de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada.

Vous avez la parole.

**M. Manuel Arango (vice-président, Politiques et défense des intérêts, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada):** Merci beaucoup.

La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada félicite le gouvernement du Canada et le Parlement de son projet de loi C-64, lequel jettera les bases d'un accès équitable pour tous les médicaments vitaux.

Les gens au Canada aiment notre système de santé universel, mais la vérité, c'est que le Canada est le seul pays où le régime d'assurance-maladie universel ne couvre pas les médicaments d'ordonnance. Les divers régimes publics et privés qui existent actuellement au Canada ont créé un accès fragmentaire aux médicaments et, en conséquence, des millions de Canadiens ont de la difficulté à payer leurs médicaments d'ordonnance. Je ne pense pas que quiconque en doute.

Même si beaucoup de gens au Canada ont accès à une forme ou une autre d'assurance médicaments, le régime est souvent insuffisant et pose certains problèmes d'abordabilité. Le rapport Hoskins, datant de 2019, indiquait très clairement que 7,5 millions de personnes au Canada soit n'ont pas d'assurance médicaments, soit n'ont pas une couverture suffisante.

De plus, une enquête datant de 2021 sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques durant la pandémie a révélé, encore une fois, qu'une personne sur cinq n'avait aucune assurance médicaments pour couvrir le coût de ses médicaments d'ordonnance au cours de l'année précédente.

De plus, selon un sondage commandé par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada et la Société canadienne du cancer en 2024, une personne sur cinq au Canada n'a pas une assurance médicaments suffisante pour ses médicaments d'ordonnance. Une personne sur quatre devait faire des choix difficiles pour payer ses médicaments d'ordonnance, par exemple en coupant dans la nourriture, en payant son loyer, son hypothèque ou ses services publics en retard; ou en s'endettant. Le même sondage indiquait qu'une personne sur dix au Canada ayant reçu un diagnostic de maladie chronique était plus susceptible de se rendre à l'urgence en raison d'un problème de santé qui s'aggrave parce qu'elle ne pouvait pas se payer ses médicaments d'ordonnance.

Une étude en 2016 a aussi révélé que 16 % des gens au Canada ne prenaient pas leurs médicaments pour leur maladie cardiaque, leur cholestérol ou leur hypertension à cause du coût.

Avec ce projet de loi, on jette les bases de la première phase d'un régime national universel d'assurance médicaments à payeur unique qui couvre les médicaments pour le diabète et la contraception. Au bout du compte, cela donnera un accès égal à l'assurance médicaments à tous les habitants du Canada, sans égard à leur genre, leur race, l'endroit où ils vivent, leur âge ou leur capacité de payer.

Nous croyons fermement que cette loi devrait être élargie par la suite afin de couvrir les médicaments pour les maladies cardiaques et les AVC. La vérité, c'est qu'il y a des millions de personnes qui vivent au Canada avec une maladie cardiaque et qui ont besoin de prendre quotidiennement des médicaments d'ordonnance pour rester en vie et pour gérer leur santé chez eux. D'ailleurs, en 2022, 105 millions de prescriptions ont été remplies en lien avec des maladies cardiovasculaires, ce qui en fait la deuxième catégorie de maladies en importance au pays pour lesquelles on prescrit des médicaments d'ordonnance.

Une assurance médicaments universelle qui couvre les médicaments essentiels allégera le fardeau sur le système de santé en réduisant les coûts, parce qu'il est plus efficace pour notre système de soins de santé de traiter une affection comme l'hypertension, qui est l'un des principaux facteurs de risque d'AVC, que de fournir les soins spécialisés requis pour sauver une personne après un AVC.

La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC a recommandé un certain nombre d'amendements dans son mémoire, mais il y en a une que j'aimerais souligner aujourd'hui, à l'égard du paragraphe 8(1), concernant la liste nationale de médicaments.

Nous recommandons d'ajouter une définition pour les « médicaments essentiels ». Plus précisément, les médicaments d'ordonnance essentiels devraient être définis, dès le départ, comme étant ceux de la liste CLEAN meds, qui veut dire *carefully selected and easily accessible at no charge medications* ou médicaments soi-

gneusement sélectionnés et accessibles facilement sans frais. Voilà une façon de définir les médicaments essentiels.

Nous croyons que le gouvernement doit agir rapidement pour combler l'écart dans le régime d'assurance médicaments qui exclut les médicaments essentiels pour les maladies chroniques, y compris les maladies du cœur et les AVC, dont souffrent tant de personnes au Canada. Nous recommandons aussi que le ministre ait pour priorité de conclure des ententes bilatérales avec les provinces et les territoires, parallèlement à l'étude du projet de loi, et que le projet de loi soit adopté avant l'ajournement d'été de la Chambre.

Enfin, j'aimerais soulever quelques autres points clés et dissiper certaines fausses informations sur l'assurance médicaments. La vérité, c'est que le gouvernement fédéral, en tant qu'acheteur unique de médicaments serait dans une position pour négocier des prix beaucoup plus faibles, en comparaison des nombreux autres régimes privés et publics. Cela aurait un effet déflationniste sur le prix moyen des médicaments.

• (1915)

Nous avons entendu certains commentaires, plus tôt, sur l'achat en gros. C'est un fait bien connu, dans le secteur de l'approvisionnement commercial, qu'une entreprise qui achète 100 000 gadgets à un fabricant va avoir un bien meilleur prix par gadget qu'une autre entreprise qui en achète cinq par année du même fabricant. Les avantages de l'achat en gros et le fait que cela permet d'avoir des prix moins élevés sont bien connus dans le monde entier. En Nouvelle-Zélande et en Australie, en ce qui concerne l'achat de médicaments ou même de façon générale avec Costco, l'achat en gros permet d'acheter à plus bas prix.

Aussi, il y a cette idée que moins de médicaments seront couverts par le régime national d'assurance médicaments. En fait, ce sera plutôt le contraire. Il y aura plus de médicaments couverts. La vérité, c'est que nous avons 7,5 millions de personnes qui n'ont aucune couverture ou dont la couverture n'est pas adéquate. L'objectif est d'accroître les médicaments couverts pour ces personnes. Ce n'est pas vrai qu'il y aura moins de médicaments couverts. Si le gouvernement, en tant que payeur fédéral, couvre les médicaments génériques pour le diabète, que ce soit dans un régime privé, un régime public ou un régime fédéral, cela n'a pas d'importance: le médicament sera couvert d'une de ces trois façons. Je ne vois pas de possibilités que moins de médicaments soient couverts. C'est tout le contraire. Le but est tout le contraire.

Pour conclure, la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada félicite le gouvernement fédéral et le Parlement d'avoir présenté ce projet de loi et de proposer un régime abordable qui donnera aux 7,5 millions de personnes non assurées ou inadéquatement assurées un accès à des médicaments d'ordonnance pour le diabète et la contraception. Nous espérons sincèrement que, dans l'avenir, ce régime sera bonifié et élargi. Comme ma collègue l'a mentionné, je pense que nous voulons réellement que la liste nationale des médicaments soit élargie dans l'avenir, mais ce projet de loi est un bon début.

Merci beaucoup.

**Le président:** Merci, monsieur Arango.

Maintenant, c'est au tour de Mme Céleste Thériault, de l'Association nationale autochtone du diabète.

Bienvenue au Comité. Vous avez la parole.

**Mme Celeste Theriault (directrice générale, Association nationale autochtone du diabète inc.):** Merci, monsieur le président.

Bonsoir à tous et à toutes. Je m'appelle Céleste Thériault, et je suis la directrice générale de l'Association nationale autochtone du diabète, située sur le territoire du Traité n° 1, à Winnipeg, au Manitoba. C'est un honneur et un réel privilège de témoigner devant vous sur le projet de loi, dans la mesure où il concerne les Autochtones du Canada.

Je vais vous parler brièvement de l'Association nationale autochtone du diabète, ou l'ANAD. Nous sommes une organisation de bienfaisance, à but non lucratif et dirigée par ses membres. L'organisation a été établie en 1995 dans le cadre d'une initiative communautaire, de ce côté-ci du lac Winnipeg, par des femmes ayant décidé de militer contre le diabète, parce que cette maladie emportait trop de gens chez elles. Cela fait presque 30 ans maintenant. L'organisation inclut les Premières Nations, les Inuits et les Métis du Canada.

Ce projet de loi jette vraiment les premières bases d'un régime d'assurance médicaments complet pour tous les Canadiens et représente un important pas dans la lutte contre les inégalités sociales et de santé au Canada, y compris dans les populations autochtones.

Même si je décris les peuples autochtones — les Premières Nations, les Métis et les Inuits — en utilisant un terme global pour les représenter, il s'agit tout de même de nations distinctes, ayant chacune des intérêts distincts. Ces nations sont aux prises de manière disproportionnée avec des contraintes socioéconomiques et des maladies, mais elles pourraient être grandement avantagées par l'accès aux soins dont elles ont tant besoin pour le diabète, et cela est particulièrement vrai pour les Métis, qui n'ont pas accès au programme actuel des SSNA, le programme des services de santé non assurés. Nous félicitons donc de tout cœur le gouvernement au pouvoir d'avoir fait ce premier pas et d'avoir inclus les médicaments pour le diabète dans ce premier pas.

Cela dit, nous devrions poursuivre sur cette voie, mais de la bonne façon. Que veut-on dire par là?

Cela veut dire qu'il faut consulter les nations, les chefs politiques et les personnes autochtones qui ont une expérience vécue, pour s'assurer que personne n'est laissé pour compte. Nous savons que les changements qui touchent les peuples autochtones du Canada doivent être faits avec nous... « Rien sur nous sans nous », et j'aimerais souligner que, en raison de la courte période réservée aux décisions importantes entre le dépôt du projet de loi et les présentes consultations, nous n'avons pas eu le temps de consulter adéquatement tous nos membres concernés par les effets du projet de loi. Notre organisation ne peut bien sûr pas parler au nom de toutes les nations autochtones du Canada, alors il devrait y avoir un dialogue constant, continu et concret avec un grand nombre de peuples et de nations autochtones, surtout nos chefs politiques. Le ministre de la Santé a parlé non seulement des gouvernements provinciaux et territoriaux, mais aussi de nos gouvernements autochtones, lesquels ont le droit souverain de faire entendre leurs voix au sujet de ce projet de loi.

Il est essentiel que ce nouveau programme soit mis en œuvre très prudemment et que nous tenions très soigneusement compte du contexte des services existants réguliers, en particulier les services de santé non assurés, auxquels ont droit les Premières Nations et les bénéficiaires inuits inscrits au Canada, et qui fournissent des médicaments pour le traitement du diabète et d'autres soins pharmacolo-

giques. Cependant, cela n'est pas exhaustif, au détriment du particulier.

Il n'est pas non plus certain si les services de santé non assurés et le nouveau régime pancanadien d'assurance médicaments seront responsables de fournir une assurance médicaments à ces personnes. Toutefois, le ministre a dit plus tôt aujourd'hui que tous ces programmes seraient maintenus d'une certaine façon, alors nous estimons que c'est une bonne chose.

L'assurance médicament pour les Premières Nations et les Inuits peut constituer un fardeau administratif, et nous le savons. Les gens et les fournisseurs de soins de santé dans les réserves sont déjà surchargés par la bureaucratie, alors nous devons faire en sorte que la politique allège ces fardeaux et que nos fournisseurs peuvent avoir un accès direct aux patients et fournir de bons soins aux patients. Nous n'avons pas besoin d'alourdir leur fardeau en leur demandant d'obtenir une couverture pour les médicaments de leurs patients.

Nous devons aussi veiller à ce qu'il y ait une liste exhaustive de médicaments, pour que le prescripteur et le patient puissent jouer un rôle actif dans leur parcours de santé vers le traitement du diabète. Nous voulons évidemment nous éloigner du système de soins de santé à deux vitesses, où les médicaments les plus efficaces et les meilleurs sont réservés à ceux qui ont le plus d'argent, aux privilégiés et à ceux qui ont une bonne assurance médicaments à leur emploi.

Dans le même ordre d'idées, nous voulons nous assurer qu'aucun Autochtone n'est laissé pour compte, parce que les Métis n'ont pas accès aux services de santé non assurés. Cela veut dire que les Métis auront beaucoup plus facilement accès aux soins dans le cadre de ce projet de loi. C'est quelque chose que nous devons garder à l'esprit, alors que nous allons de l'avant avec ce projet de loi. Nous devons, à tout le moins, offrir une couverture égale — voire meilleure — à celle en vigueur pour tous les Autochtones du Canada.

- (1920)

Nous devons nous assurer de travailler ensemble pour veiller à ce qu'il y ait un accès équitable aux médicaments de marque déposée pour le diabète, quand il n'y a pas de médicaments génériques, encore une fois en donnant aux Autochtones un accès facile et en temps opportun, afin que ceux souffrant du diabète puissent voir du sang en santé couler dans leur corps, maintenant et pour plusieurs générations à venir.

En tant que femme autochtone je m'en voudrais si je ne saisisais pas l'occasion de faire un commentaire sur la contraception. J'ai dû utiliser trois dispositifs intra-utérins avant que le dernier soit installé correctement, alors je sais à quel point ces dispositifs sont chers, et cela ne m'aurait pas été possible si je n'avais pas eu accès à du soutien pour cela, pour aller jusqu'au bout. Toutes les personnes autochtones doivent pouvoir accéder aux moyens de contraception qu'elles veulent et doivent pouvoir décider de ce qui est le mieux pour elles. Du financement devrait être accordé pour chacun de ces moyens, sans exception. tout comme cela devrait être le cas pour le traitement du diabète, puisque c'est une décision extrêmement personnelle.

Nous avons hâte de voir le jour où les Premières Nations, les Métis et les Inuits du Canada ont un accès équitable aux médicaments vitaux. Entre-temps, plus de consultations sont nécessaires pour avancer dans la bonne direction. Nous demandons une plus grande collaboration sur ce projet vital, afin que l'on puisse s'assurer que personne ne soit laissé pour compte. Nous voulons veiller à ce que tout le monde, de nos aînés à nos jeunes Autochtones, en passant par les gens qui ont une expérience vécue dans nos nations et les gouvernements autochtones et nos politiciens, participe adéquatement au processus décisionnel de ce projet de loi, et que cela ne se limite pas, comme je l'ai dit, aux provinces et aux territoires.

Continuons de bien travailler ensemble pour faire en sorte d'améliorer les résultats sanitaires pour tous les Autochtones du Canada et pour faire un pas important vers l'avant dans la lutte contre les inégalités sociales au Canada...

**Le président:** Pourriez-vous conclure, s'il vous plaît, madame Thériault?

**Mme Celeste Theriault:** *Marsi.* Merci. Merci de votre attention.

**Le président:** Merci.

C'est maintenant au tour de la Dre Francoeur, qui représente la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Bienvenue. Vous avez la parole.

**Dre Diane Francoeur (directrice générale, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada):** Merci, monsieur le président, et merci aux membres du Comité.

Je suis la docteur Diane Francoeur. Je suis une obstétricienne et gynécologue en exercice, et je suis la directrice générale de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Je suis ici pour parler du volet du projet de loi C-64 qui propose d'offrir aux Canadiennes la couverture universelle d'une grande gamme de contraceptifs. Plus précisément, j'aimerais expliquer que cette mesure est importante et qu'elle est attendue depuis longtemps; que ce n'est pas un enjeu qui touche seulement les femmes ou une belle mesure à avoir, mais plutôt une politique économique nécessaire qui profitera à toute la société; et que nous espérons que vous, les législateurs, vous assurerez que toutes les formes de contraception seront intégrées dans le projet de loi final et que celui-ci soit adopté sans délai.

Aujourd'hui, quelque part au Canada, une femme devra choisir entre faire l'épicerie, payer sa facture d'électricité, faire le plein d'essence ou payer pour son moyen de contraception. Ce n'est pas un secret; l'augmentation du coût de presque tous les biens et services est devenue un lourd fardeau pour de nombreux Canadiens. Cependant, neuf millions de femmes en âge d'avoir des enfants au Canada doivent assumer le coût supplémentaire de la prévention d'une grossesse non désirée, un besoin de base qui passe souvent inaperçu, mais qui reste tout de même fondamental dans le mode de vie de millions de Canadiennes.

La contraception permet aux femmes de planifier leur vie, leur famille et leurs grossesses. Elles auront plus tendance à terminer leurs études. Elles participent davantage au monde du travail. Elles jouissent d'une plus grande stabilité économique et elles ont des grossesses saines lorsqu'elles décident d'avoir des enfants.

Les Canadiennes passent en moyenne 30 ans de leur vie à assumer les coûts liés à la prévention des grossesses, mais des obstacles

financiers peuvent limiter les options de contraception de nombreuses femmes, comme vous l'avez si bien dit.

Actuellement, au Canada, la couverture est variable lorsqu'il est question de contraception, et cela tient au revenu et à l'endroit où vous vivez. Cela force certaines femmes à choisir la méthode de contraception la moins chère, qui n'est pas nécessairement la plus efficace ou la meilleure pour leur organisme. Dans certains cas, elles pourraient être incapables de payer quelque forme de contraception que ce soit. Cela peut entraîner une grossesse non désirée. Je le vois tous les jours dans ma pratique.

Nous pouvons faire mieux que cela pour les Canadiennes. Environ 40 % des grossesses au Canada sont quand même non désirées. Cela a des répercussions non seulement sur les femmes et leur famille, mais aussi sur l'économie. Les coûts directs des grossesses non désirées au Canada sont estimés à au moins 320 millions de dollars par année, un chiffre qui ne tient pas compte des coûts en aval pour la société ou les parents. Selon la modélisation réalisée en Colombie-Britannique, le système de santé économisera cinq dollars pour chaque dollar investi dans les méthodes de contraception chaque année.

Nous vous encourageons, en tant que législateurs, à garantir que le projet de loi C-64 sera adopté en douceur et rapidement.

Pour pleinement mettre en œuvre les engagements inclus dans ce projet de loi, Ottawa devra négocier des ententes avec les provinces et les territoires, ce qui prendra du temps. Tout retard du côté du Parlement ne ferait que forcer les femmes à attendre plus longtemps cette aide si nécessaire. Les patients que je vois, les gens de mon quartier et les infirmières avec qui je travaille tous les jours me demandent déjà quand cette couverture sera accessible, parce qu'il n'est jamais trop tôt pour les gens qui vivent une situation économique difficile.

Nous vous pressons aussi à vous assurer que la version finale du projet de loi — et toute mesure budgétaire connexe — couvre la gamme complète des méthodes de contraception, y compris la pilule, le timbre, l'anneau, le stérilet, les injections et les implants. Si toutes les options sont disponibles, neuf millions de femmes au Canada ne seront plus forcées de prendre des décisions en matière de planification familiale en fonction de leur revenu.

Merci.

• (1925)

**Le président:** Merci, docteur Francoeur.

Nous allons maintenant commencer les séries de questions, en commençant par les conservateurs.

Monsieur Kitchen, vous avez six minutes, allez-y.

**M. Robert Kitchen:** Merci, monsieur le président.

Merci à vous tous d'être venus malgré l'heure tardive et le court préavis. C'est très apprécié.

Je pense que cela fait partie de ce que les Canadiens et les Canadiennes veulent voir: de vraies conversations et de vraies discussions sur la teneur et la signification de ce projet de loi. Les Canadiens veulent s'assurer qu'il est assez clair pour qu'une personne ordinaire qui nous écoute cet après-midi puisse comprendre ce qui se passe et quels sont les défis.

Madame Thériault, merci beaucoup de vos commentaires et de vos réflexions.

Il y a longtemps, avant que je ne devienne député, j'étais consultant pour la DGSPNI, la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits; j'en connais donc un peu sur les différents modes de prestation de services de santé aux Premières Nations. Pourriez-vous expliquer cela à ceux qui nous écoutent et qui ne comprennent pas, parce que la DGSPNI est couverte par le gouvernement du Canada.

Que pouvez-vous dire au sujet de la couverture des médicaments contre le diabète et des autres choses qui pourraient être couvertes?

• (1930)

**Mme Celeste Theriault:** Vous voulez parler du programme des services de santé non assurés, les SSNA, c'est bien ça?

**M. Robert Kitchen:** C'est exact.

**Mme Celeste Theriault:** Le programme des SSNA couvre davantage de médicaments contre le diabète que ce qui est prévu sur la liste de médicaments, la liste générique qui a été distribuée. Il y a quelques différences entre la liste des SSNA et les lignes directrices de pratiques canadiennes qui sont publiées. Tout n'est pas inclus d'emblée, si vous regardez attentivement, mais c'est mieux que la liste de médicaments proposée ici comme strict minimum. Certains médicaments sont couverts seulement si des exigences précises sont respectées; pour qu'un médicament précis soit couvert, il faudrait par exemple que la personne soit un utilisateur d'insuline.

Cela varie toujours selon le médicament. Les médicaments importants qui ne sont pas inclus sont les GLP-1. Les Autochtones, chez nous, en utilisent beaucoup pour contrôler leur glycémie; c'est un médicament qui fonctionne, pour eux.

Je pense que nous devons envisager la situation de façon très holistique et porter attention aussi à ce que le programme offre à part les soins pharmacologiques, parce que ceux-ci ne sont qu'une partie de ce qui est couvert par le programme des SSNA.

**M. Robert Kitchen:** Merci.

Pour que ce soit clair, vous dites essentiellement que ce qui est proposé dans le projet de loi, c'est moins que ce qui est fourni présentement aux Premières Nations, et que les services qui leur sont fournis sont les mêmes partout au Canada. Ces services ne varient pas d'une province à l'autre.

**Mme Celeste Theriault:** Tout d'abord, ils sont fournis aux membres des Premières Nations et aux Inuits détenteurs de statut. Oui, le programme des SSNA offre actuellement plus de couverture aux membres des Premières Nations et aux Inuits détenteurs de statut.

Maintenant, nous laissons de côté toute une autre population d'Autochtones et aussi tous ceux qui n'ont pas de statut. Nous ne pouvons pas émettre un seul jugement en fonction de cela uniquement, mais oui.

**M. Robert Kitchen:** Merci; j'apprécie votre intervention.

Je vous l'accorde, vous avez dit que vous n'avez pas pu discuter avec tous les groupes parce que tout cela s'est passé très vite. Savez-vous si le gouvernement a parlé de cela avec les Premières Nations avant que le projet de loi ne soit déposé?

**Mme Celeste Theriault:** Je ne sais pas, et mon rôle et de ma position actuelle ne me donnent pas accès à cette information, mais, je le dis clairement, notre ministre de la Santé doit avoir ces discussions.

**M. Robert Kitchen:** C'était ma prochaine question.

Pensez-vous qu'il est important que le ministre de la Santé parle avec les Premières Nations avant que le projet de loi ne soit présenté?

**Mme Celeste Theriault:** Je crois que notre ministre de la Santé doit avoir ces discussions avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis, et pas seulement avec les gouvernements des Premières Nations. Cela peut être fait d'une bonne façon, pendant que le dossier du projet de loi avance. Je pense que le ministre a dit aujourd'hui qu'il ne pouvait pas avoir de discussions concrètes avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, et qu'il commettrait une infraction aux règles du Parlement, ou quelque chose comme ça.

Nous voulons nous assurer d'abord et avant tout que la voix des Autochtones est entendue. Je pense que tout le monde peut travailler ensemble pour que l'on y arrive.

**M. Robert Kitchen:** De même, comme vous l'avez indiqué, les provinces et les territoires devraient aussi avoir ces discussions.

**Mme Celeste Theriault:** Bien entendu.

**M. Robert Kitchen:** Merci.

Madame Walker, merci beaucoup. J'ai beaucoup de respect pour les pharmaciens et pour mes propres pharmaciens, en raison des conseils qu'ils me donnent.

Beaucoup de Canadiens et de Canadiennes ne savent quelles connaissances de base les pharmaciens possèdent. Souvent, ils en connaissent beaucoup plus sur tous les médicaments, peut-être même plus que les médecins qui nous donnent cette information. Je ne veux pas être irrespectueux, mais vous devez faire quatre ans d'études pour devenir pharmacien.

Votre commentaire au sujet du comité d'experts mentionné dans le projet de loi est très perspicace parce que l'on ne définit pas clairement ce comité. On n'indique pas combien de personnes formeront ce comité. On n'indique pas le rôle de ces personnes ou les compétences qu'elles devront avoir. Votre commentaire au sujet de la possibilité d'y inclure un pharmacien est très important, selon moi. Pourriez-vous nous en dire plus?

• (1935)

**Mme Joelle Walker:** Absolument.

Je pense qu'il est tout à fait naturel de considérer que votre pharmacien est d'abord et avant tout la personne qui gère vos traitements médicaux de façon continue. Les pharmaciens peuvent vraiment offrir une vision pratique et réelle sur les changements qui seraient proposés.

Peu importe l'orientation que prendra le projet de loi, on aboutira à une interaction entre le pharmacien et le patient au comptoir de pharmacie. Le pharmacien doit pouvoir expliquer les changements qui ont été faits et les raisons de ces changements.

Tout dépendant de l'étendue des changements envisagés, déplacer des millions de gens de différents programmes pourrait être très complexe, à commencer sur le plan de la logistique et de la quantité de travail que cela impose. Il serait essentiel qu'une telle personne siège au Comité.

**Le président:** Merci, madame Walker.

C'est maintenant au tour de M. Jowhari; allez-y, vous avez six minutes.

**M. Majid Jowhari:** Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins d'être présents.

J'aimerais revenir à ce qu'a dit M. Kitchen.

J'aimerais aussi vous remercier de défendre les pharmaciens. Un de mes très bons amis, de mes mentors, et celui à qui je fais confiance pour tous mes médicaments, c'est M. Akil Dhirani, qui est propriétaire de plusieurs pharmacies. Je lui demande souvent des conseils sur une foule de choses, surtout sur l'assurance médicament.

Je vais vous poser une question très simple. Je crois que vous connaissez bien notre régime de soins de santé. Si je commence à faire du diabète de type 1, quel serait le scénario pour moi aujourd'hui? Quelle serait la différence entre aujourd'hui et demain, quand ce projet de loi sera adopté? Que se passera-t-il quand je dirai à M. Dhirani: « Akil, je fais maintenant du diabète de type 1, mais l'insuline est maintenant disponible universellement. En quoi mon traitement sera-t-il modifié? Quels changements devrais-je prévoir du côté de mon assureur? »

**Mme Joelle Walker:** Cela dépend un peu de votre traitement actuel. Nous avons bien sûr répondu à une tonne de questions de la part des pharmaciens, quand il y a eu la transition vers le RSSFP, parce que les changements ont touché des patients.

Certains députés sont peut-être au courant de l'un des changements majeurs, les emballages de conformité pour les personnes âgées. Ce service était offert en fonction d'une entente entre le pharmacien et le médecin inscrit au dossier, mais maintenant, le patient doit déposer une demande, fouiller dans ses documents et obtenir une réponse du fournisseur du régime. Je vous donne cet exemple simplement pour souligner qu'il y aura peut-être des processus supplémentaires.

La différence pourrait être que, si vous prenez actuellement un médicament qui ne sera pas inscrit sur la liste, comme un médicament qui contient du GLP-1, la question sera de savoir si votre régime actuel le couvrira et continuera à le faire.

Nous sommes aussi bien au fait de l'enjeu des employeurs qui chercheront à diminuer les coûts de leur régime. Si une classe de médicament est déjà couverte, ils pourraient tenter de réduire ces coûts afin de pouvoir investir dans d'autres aspects de leur régime. Ce sont les questions que nous poserions.

Si vous n'êtes pas couvert actuellement... C'est en quelque sorte arrivé à certaines personnes. En Ontario, quand le programme d'Assurance-santé Plus pour les enfants a été lancé, les pharmaciens ont dû passer au crible les patients pour savoir qui n'avait plus de couverture pour ses médicaments et qui devait déposer une demande pour obtenir une exemption spéciale. Cela ne fait que s'ajouter au fardeau existant d'une profession et d'un système de santé qui subissent déjà une très forte pression.

**M. Majid Jowhari:** Pour simplifier, si je suis couvert aujourd'hui, ce qui importe au pharmacien, c'est de savoir si cette couverture pourrait être réduite en raison du type de médicaments contre le diabète couverts dans le régime universel. C'est un aspect que vous...

L'autre chose, c'est que, si je n'ai pas de médicament, si je ne suis pas couvert, cela veut dire que je vais bientôt pouvoir obtenir le médicament dont j'ai besoin. Ai-je bien résumé les préoccupations et les avantages?

• (1940)

**Mme Joelle Walker:** Nous avons toujours dit que la meilleure façon de servir les patients, c'est de les aider à trouver une solution quand ils ne sont pas couverts ou qu'ils ne le sont pas assez. Ce sont des enjeux légèrement différents, et il faut trouver des solutions très précises.

Absolument, cela pourrait être un pas en avant pour quelqu'un qui n'est pas couvert, et nous appuierions cela, mais, pour ce qui est du projet de loi, nous aimerions qu'il y soit indiqué plus explicitement qu'il faut maintenir la couverture privée, afin que ces assureurs passent en premier.

**M. Majid Jowhari:** Si vous pouviez proposer une recommandation à cet égard, que recommanderiez-vous?

**Mme Joelle Walker:** Nous nous attarderions aux définitions concernant le payeur unique, et plus précisément à la coordination des bénéficiaires. Si vous avez un époux ou une épouse, vous savez peut-être qu'un pharmacien doit faire de la coordination: il doit d'abord déposer une demande au régime d'un des conjoints, puis coordonner les choses avec le régime de l'autre conjoint afin que personne n'ait à payer de sa poche, mais il doit le faire en demandant au régime privé d'abord de payer. Le régime public assume la différence, s'il y en a une. Si vous n'êtes pas couvert, c'est le régime public qui prendrait le relais.

**M. Majid Jowhari:** D'accord. Merci.

Avec le temps qu'il me reste, j'aimerais m'adresser à la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

J'acquiesce sur les nombreuses méthodes de contraception disponibles et sur la meilleure à employer en fonction de la situation. Je crois que vous en avez parlé, mais pourriez-vous nous donner une idée de la couverture ou nous expliquer si elle couvre une grande gamme de contraceptifs et de produits connexes?

Je pense que l'on a dit que le stérilet était l'un de ces dispositifs, en discutant avec les premiers témoins. Pouvez-vous nous expliquer en quoi cela aide les Canadiens, et surtout les femmes qui veulent avoir des choix pour mieux planifier leur vie?

**Dre Diane Francoeur:** Absolument. Merci de la question, parce que c'est très, très important. Je vais vous donner deux petits exemples qui sont faciles à comprendre.

En 2006, j'étais présidente de la Société des obstétriciens et gynécologues du Québec, et nous avons préparé une présentation à l'intention du gouvernement pour demander que les stérilets hormonaux soient couverts. Cela fait longtemps, c'était en 2006, et il n'est toujours pas couvert dans les autres provinces. Ces méthodes ont bouleversé le taux de grossesse chez les adolescentes, parce qu'elles sont très très efficaces. Une fois que le stérilet est installé, il reste là. De nos jours, une femme peut le garder jusqu'à sept ans en place, à moins qu'elle désire le retirer.

Chacune de ces méthodes a des avantages et des inconvénients qui ne sont parfois pas appréciés des adolescentes ou des femmes. C'est pour cette raison que ce sera très utile pour nous que tous les médicaments soient couverts, cela nous aidera vraiment à répondre convenablement aux besoins.

Comme vous l'avez dit, maintenant, j'ai un poste au niveau du Canada et j'ai le cœur brisé quand j'entends cela parce que nous fournissons des stérilets depuis 2006 et que les femmes sont contentes. Il y a une diminution du taux d'hystérectomie. Il y a beaucoup d'avantages, comme une diminution des saignements. Cela change la vie des femmes.

C'est un bon exemple de ce qui doit être fait.

**Le président:** Merci, docteur Francoeur.

[Français]

Monsieur Blanchette-Joncas, vous avez la parole pour six minutes.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins d'être parmi nous.

Madame Walker, lors de votre témoignage, vous avez mentionné que le régime d'assurance médicaments ne devrait pas se limiter nécessairement aux coûts, mais qu'il devrait également englober les soins qui sont prodigués ou les conseils qui accompagnent le traitement.

Pouvez-vous nous en dire davantage à ce sujet? Que voulez-vous dire, précisément?

**Mme Joelle Walker:** Certainement.

S'il n'était pas nécessaire que des pharmaciens supervisent la liste de médicaments ou si leurs conseils n'étaient pas utiles, les médicaments seraient vendus directement en magasin, sans aucun suivi.

Il faut tout de même reconnaître que, avant de fournir un médicament à un patient, les pharmaciens effectuent un travail très complexe. Ils vérifient la nature des interactions entre les médicaments. C'est grâce à eux que l'on peut s'assurer que les patients prennent les bons médicaments. C'est de ce genre de soins que l'on parle.

Les pharmaciens ont pour tâche de passer en revue la liste des médicaments. Par exemple, si un patient âgé prend plusieurs médicaments, ils doivent s'assurer que la liste de médicaments qui figure dans son dossier est exacte. En fait, c'est le travail qu'ils doivent accomplir pour tout le monde. C'est le genre de services qu'offrent de plus en plus les pharmaciens en pharmacie, soit des services de soins primaires. Cela fait partie des soins liés au régime d'assurance médicaments.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Je vous remercie.

Vous avez aussi parlé de votre inquiétude concernant les médicaments couverts par un régime public. Vous connaissez le régime qui est offert au Québec depuis maintenant 30 ans. C'est bien de le rappeler à certaines personnes qui sont ici et à celles qui nous écoutent.

Le régime n'est pas parfait, mais il existe une liste de médicaments, et environ 8 000 médicaments sont couverts par le régime.

De votre point de vue et selon votre expertise, est-ce raisonnable, ou faudrait-il réfléchir au fait que plusieurs médicaments qui sont actuellement couverts ne le seront pas dans le cadre du nouveau régime d'assurance médicaments?

• (1945)

**Mme Joelle Walker:** Dans le cas du Québec — et je pense que c'était mentionné dans le premier rapport du Bureau du directeur parlementaire du budget —, on note que, à l'usage, le formulaire du Québec s'avère être le plus robuste du pays.

Des collègues de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, ou AQPP, viendront vous rencontrer demain. Ils vont pouvoir décrire le régime.

Le risque de perdre la couverture liée à certains médicaments, pour certaines personnes, augmente certainement quand on sait que le régime pourrait passer du privé au public. Il faut voir les détails. Il faut vraiment savoir quelles sont les listes envisagées et si c'est la bonne façon de dépenser des fonds, qui sont limités. On pourrait commencer par examiner la possibilité d'inclure les médicaments permettant d'assurer une bonne santé cardio-vasculaire pour les personnes dont les médicaments ne sont pas couverts en ce moment.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Avez-vous tout de même des recommandations à faire à ce sujet, pour éviter qu'on perde éventuellement la couverture pour certains médicaments qui seraient éliminés de la liste à la suite de la mise en œuvre de ce régime?

**Mme Joelle Walker:** À notre avis, le projet de loi C-64 est un peu vague sur la couverture privée de certains médicaments. Il faudrait des énoncés plus clairs. Le ministre, aujourd'hui, laisse entendre qu'elle sera conservée, mais il n'y a aucune mention à ce sujet dans le projet de loi actuel. Il faudrait vraiment que cela y soit précisé.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Madame Walker, je partage votre sentiment et votre curiosité. Pour ma part, cela va même jusqu'à la confusion. J'ai l'impression qu'on est en train de construire l'avion en plein vol. On peut essayer, mais il vaut mieux prévenir que guérir.

Avez-vous une idée des répercussions que l'avènement d'un régime d'assurance médicaments comme celui présenté sommairement par le gouvernement fédéral pourrait avoir sur l'industrie de la pharmacie?

**Mme Joelle Walker:** Il y aura des répercussions sur toutes les facettes de l'industrie. Il faudra voir les détails.

Premièrement, j'ai un peu parlé du fait que les pharmaciens devront consacrer beaucoup de temps aux communications, étant donné les grands changements qui sont envisagés.

De plus, le gouvernement devra inclure dans les projections de coûts l'argent nécessaire pour s'assurer que la différence sera comblée entre la couverture offerte par le régime public et celle qui existe actuellement dans le privé. Il faut aussi s'assurer que les pharmaciens continuent d'exercer leur métier et qu'ils sont rémunérés pour tous les conseils qu'ils prodiguent.

La différence entre un régime public et un régime privé peut être quand même très importante. En Ontario, par exemple, les frais d'exécution d'une ordonnance sont très bas en comparaison de la moyenne nationale. Si tout le monde commençait à appliquer ce modèle, cela aurait un gros impact sur les pharmacies, particulièrement les pharmacies indépendantes et celles qui sont situées dans des régions rurales.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Merci beaucoup.

Sur le site Web de votre association, on peut lire ce qui suit:

Étant donné le régime constitutionnel du Canada et la gestion provinciale et territoriale des soins de santé, nous pensons qu'une approche pancanadienne mixte de l'assurance-médicaments est plus faisable, que la mise en œuvre se heurtera à moins d'obstacles et qu'il est possible de la mener plus rapidement qu'avec une refonte complète des régimes publics d'assurance-médicaments dans tout le pays. Cette approche peut offrir une couverture complète à ceux qui en ont besoin et réduire au minimum les problèmes pour ceux qui ont un régime existant.

Pouvez-vous nous expliquer davantage votre vision d'une approche pancanadienne mixte?

**Mme Joelle Walker:** Ce qui est clair, c'est que les provinces ne sont pas toutes rendues au même point quant à l'assurance médicaments. Au Québec, tout le monde profite déjà d'une garantie — même si le régime n'est peut-être pas parfait. La situation varie beaucoup d'une province à l'autre, de la Colombie-Britannique jusqu'à Terre-Neuve.

Nous pensons que l'approche qui serait très pratique et qui pourrait vraiment avoir une incidence, dès maintenant, consisterait à fournir des fonds aux provinces pour que chacune d'elles puisse renforcer son régime existant selon ses besoins actuels. Comme on le sait, les besoins ne sont pas les mêmes dans les provinces.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Merci beaucoup.

Pourriez-vous préciser le genre de problèmes qui pourraient survenir après le passage d'un régime à l'autre? Avez-vous réfléchi à cela?

**Mme Joelle Walker:** Oui, nous y avons réfléchi, et nous pouvons donner quelques exemples.

Quand le programme fédéral des services de santé non assurés, ou SSNA, a été transféré en Colombie-Britannique, on a noté qu'environ 17 % des médicaments qui étaient inclus dans le programme fédéral des SSNA n'étaient pas disponibles dans le cadre du programme public d'assurance médicaments de la province. Il faut donc que des réformes aient lieu pour assurer que les patients ne perdent pas leur couverture immédiatement.

J'ai un peu évoqué le programme Assurance-santé Plus de l'Ontario, province où il y a eu des problèmes semblables. Des parents arrivaient en pharmacie pour obtenir certains médicaments d'ordonnance pour leurs enfants et découvraient que ces médicaments n'étaient plus couverts, les régimes publics, en général, offrant moins de couverture. Les pharmaciens ont dû envoyer des télécopies aux médecins — car nous utilisons encore des télécopieurs pour communiquer avec les médecins —, et ceux-ci ne sont pas toujours disponibles pour répondre. Cela vous donne une idée des problèmes possibles.

● (1950)

**Le président:** Merci, Madame Walker.

[Traduction]

Allez-y, monsieur Julian, vous avez six minutes.

[Français]

**M. Peter Julian:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie également les témoins de leurs témoignages, qui sont extrêmement importants.

L'actuel régime d'assurance médicaments du Québec, un régime hybride public-privé, a été mentionné à quelques reprises. Récemment, une grande coalition, qui représente 2 millions de Québécois et de Québécoises, a demandé au Parlement d'adopter le projet de loi C-64.

Les organisations faisant partie de cette coalition comprennent toutes les grandes centrales syndicales du Québec, dont la Fédération de la santé et des services sociaux, des regroupements provinciaux et l'Union des consommateurs. Dans le mémoire de ce dernier organisme, il était mentionné que « [...] le régime d'assurance médicaments québécois actuel était loin d'avoir garanti à toutes et à tous

un accès raisonnable et équitable aux médicaments [...] Les divers frais exigés lorsqu'on se procure des médicaments sont en réalité des tickets modérateurs qui ont un effet dissuasif: des gens sautent des doses ou se privent de médicaments parce qu'ils n'ont pas les moyens de se les procurer [...] La hausse du coût des médicaments met par ailleurs une pression accrue sur les régimes privés, menant des milieux de travail à abandonner leurs assurances et ainsi perdre l'ensemble de leur couverture. »

Le modèle québécois ne fonctionne pas, et ces organisations demandent que le projet de loi soit adopté rapidement.

Docteur Francoeur, pour toutes les femmes qui veulent maîtriser leur propre santé reproductive, que représente le fait d'avoir un régime universel plutôt qu'un régime hybride, qui fait en sorte que beaucoup de personnes n'ont pas la capacité de se procurer les médicaments dont elles ont besoin?

**Dre Diane Francoeur:** Le grand avantage, c'est que cela permet de sortir l'argent de la conversation. Autrement dit, cela permet de discuter des avantages que le régime procure à une personne en particulier. Nous souhaitons avoir le même modèle que celui adopté en Colombie-Britannique. Cela dit, les timbres n'ont pas été inclus dans le modèle de cette province.

Si une personne a subi une chirurgie bariatrique, si elle a des problèmes liés à ses intestins ou à l'absorption d'un médicament, elle ne peut pas prendre une pilule, parce que celle-ci risque d'être moins efficace. Dans le cas d'un timbre, le médicament entre directement dans l'organisme. Il est beaucoup plus fiable. Cet exemple explique pourquoi on doit parfois choisir une méthode plutôt qu'une autre.

Notre présidente, la Dre Amanda Black, a mené une étude auprès de jeunes ontariens âgés de 20 à 29 ans. On a été en mesure de démontrer clairement que les grossesses non désirées étaient associées à des méthodes qui ne convenaient pas aux jeunes. Lorsque les jeunes femmes voulaient avoir des implants, elles ne pouvaient pas en avoir. Lorsqu'elles demandaient d'avoir un stérilet, on leur disait que c'était une autre méthode qui était couverte par le régime.

Je viens du Québec, et je connais évidemment très bien le régime d'assurance médicaments de la province. Il est mieux que rien, mais ce n'est pas vrai que tout est gratuit. Les jeunes filles qui ne veulent pas que leurs parents sachent qu'elles prennent la pilule n'ont pas le choix; elles doivent tout déclarer. Ce n'est donc pas vrai que tout le monde va être couvert. Si elles bénéficient des assurances de leurs parents, ces derniers vont avoir accès à un relevé. Souvent, il s'agit malheureusement d'une étape supplémentaire pour les protéger contre une grossesse non désirée qui va changer leur vie adulte.

**M. Peter Julian:** Merci beaucoup.

[Traduction]

Monsieur Arango, je m'adresse à vous. Tout votre témoignage était très important.

J'ai été particulièrement touché lorsque vous avez parlé du cœur et des accidents vasculaires cérébraux et des 600 Canadiens qui meurent chaque année parce qu'ils n'ont pas pu payer leurs médicaments. Ce que je comprends, c'est que nous ne pouvons pas nous limiter aux médicaments contre le diabète et aux contraceptifs: nous devons couvrir le plus rapidement possible les médicaments contre les maladies cardiaques et ceux qui préviennent les AVC.

Je connais des électeurs qui paient 1 000 \$ par mois pour des médicaments pour le cœur qui les gardent en vie. Ils doivent faire ce choix difficile tous les jours: est-ce que je mets de la nourriture sur la table et est-ce que je garde un toit au-dessus de la tête de ma famille, ou est-ce que je reste en vie?

Quelles seraient les conséquences si l'assurance médicaments universelle comprenait tous les médicaments que la Fondation des maladies du cœur et les chercheurs prescrivent aux gens qui ont des problèmes de cœur et d'AVC?

• (1955)

**M. Manuel Arango:** Ce serait très important, parce que, en fait, 16 % du 1,6 million de personnes qui vivent avec des maladies cardiaques et un risque d'AVC ne peuvent pas payer ces médicaments.

Ils finissent par couper les pilules, sauter des doses, ne pas renouveler leur ordonnance ou même ne pas la faire remplir. Bien entendu, s'ils ne peuvent pas accéder convenablement à ces médicaments, ils finissent par se retrouver aux urgences, et c'est alors beaucoup plus dispendieux de les traiter.

Je sais que Rome ne s'est pas construite en un jour, et cette première étape ne permettra pas nécessairement de couvrir les médicaments pour les maladies cardiovasculaires, mais nous aimerions qu'ils le soient un jour.

Toutefois, je soulignerais aussi que quelqu'un qui a le diabète est trois fois plus à risque de mourir d'une maladie cardiaque. Il y a une comorbidité importante entre le diabète et les maladies cardiaques et les AVC. Se pencher là-dessus en premier est vraiment essentiel.

Si vous me le permettez, j'aimerais vraiment parler de la menace potentielle qui a été mentionnée quant à la perte de couverture dans les régimes privés et provinciaux.

En réalité, si le gouvernement fédéral offre un médicament générique pour traiter le diabète, je ne crois pas que la personne qui a besoin de ce médicament se souciera de savoir s'il provient d'un régime privé, d'un régime provincial ou d'un payeur fédéral. Selon moi, tant et aussi longtemps que ces personnes pourront obtenir ce médicament générique, elles seront contentes.

Bien entendu, elles seraient très inquiètes si nous avons un médicament breveté qui traite les effets indésirables qu'elles subissent et que ceux-ci ne soient plus couverts par le régime privé ou le régime provincial. Je ne pense pas que cela soit possible. Il y aurait une forte demande pour que ce médicament breveté soit couvert par les régimes privés et les régimes provinciaux, donc je ne pense pas que ce soit réaliste que ces médicaments disparaissent.

**Le président:** Merci, monsieur Arango.

C'est maintenant au tour de Mme Goodridge. Allez-y, vous avez cinq minutes.

**Mme Laila Goodridge:** Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins d'être ici aujourd'hui.

Madame Theriault, pendant que vous présentiez votre témoignage, j'ai vraiment été contente de vous entendre dire qu'il fallait bien faire les choses. Cela m'a rappelé les nombreuses conversations que j'ai eues la chance d'avoir avec un grand nombre d'ainés de ma région sur le fait que les intentions doivent être reflétées dans les mesures prises.

Puisque vous n'avez pas pu consulter toutes les parties intéressées avant de faire cela, croyez-vous que nous vous avons en quelque sorte coincée, simplement parce que vous avez dû vous présenter ici avec si peu de préavis?

**Mme Celeste Theriault:** Non. Chaque fois qu'un Autochtone a l'occasion de se faire entendre et de donner son opinion, alors qu'on nous a toujours ignorés en raison de nos structures et de nos systèmes coloniaux, il saute sur l'occasion d'exprimer ces préoccupations.

J'espère vraiment que chaque projet de loi tient compte des Autochtones, que ce soit celui sur l'assurance médicaments ou n'importe quel autre projet de loi que la Chambre tente de faire adopter.

**Mme Laila Goodridge:** Merci de votre réponse.

J'essayais en fait de vous demander si vous auriez préféré avoir plus de temps pour pouvoir consulter diverses parties intéressées pour évaluer les répercussions de ce projet de loi.

**Mme Celeste Theriault:** Pas nécessairement. Nous avons fait beaucoup de travail et parlé du diabète à une foule de gens quant au projet de loi C-237 spécifiquement, le cadre. L'ANAD dirige en fait la mobilisation des Autochtones sur le diabète au Canada, au regard de ce projet de loi, donc nous échangeons de façon continue depuis. Je crois que nous avons signé avec l'Agence de la santé publique du Canada le 7 juillet 2022, si je ne me trompe pas, et j'ai rejoint l'ANAD en octobre 2022.

Depuis ce jour, nous avons ces discussions, et les gens nous disent ce que notre système de santé peut offrir et ce qu'il offre présentement.

Cette information est sur notre site Web, et c'est un rapport. C'est une première étape. Nous devons en faire plus et nous travaillons là-dessus.

• (2000)

**Mme Laila Goodridge:** Merci de votre réponse.

Quand votre association a-t-elle été consultée pour la première fois au sujet de ce projet de loi?

**Mme Celeste Theriault:** Personne ne nous a consultés, au début, sur ce projet de loi. En fait, j'ai dû m'assurer d'avoir une place ici pour me faire entendre, et je vais souligner qu'il y a effectivement des lacunes, mais je ne peux pas parler de toutes les pressions que subissent les gens qui veulent se faire entendre. Je pense que c'est un privilège d'être ici.

**Mme Laila Goodridge:** Je vous remercie d'être ici, et je suis heureuse que vous ayez pu vous faire entendre. C'est toujours un plaisir pour moi d'entendre des gens des Prairies. Nous n'en recevons pas souvent ici en personne.

J'essaie de ne rien dire de négatif. J'essaie plutôt de comprendre... Vous avez dû vous battre pour être ici. Le gouvernement n'a pas communiqué avec vous, même si vous et votre organisme êtes la sommité lorsqu'il est question des Autochtones diabétiques de ce pays. Vous avez dû vous battre pour être ici. C'est bien cela?

**Mme Celeste Theriault:** Oui, mais nous avons aussi des politiciens, des dirigeants et des gouvernements autochtones qui font le travail politique que notre organisme ne fait pas nécessairement. Nous adoptons une perspective communautaire pour nous assurer de ne laisser personne pour compte.

**Mme Laila Goodridge:** Monsieur Arango, quand votre association a-t-elle été consultée par le gouvernement, la première fois, au sujet de ce projet de loi?

**M. Manuel Arango:** Franchement, nous avons communiqué nous-mêmes avec les ministères — l'Agence canadienne des médicaments et Santé Canada — pour parler de cet enjeu il y a plus d'un an de cela. Nous avons communiqué avec eux en premier, mais, en tant que membres de la société civile, je pense que nous devons souvent faire les premiers pas.

**Mme Laila Goodridge:** Pouvez-vous nous dire à qui vous avez parlé, au ministère, il y a un an?

**M. Manuel Arango:** J'ai parlé à certains des témoins qui ont comparu plus tôt. Excusez-moi, je n'étais pas là.

Nous avons communiqué avec Mme Michelle Boudreau, ses collègues et d'autres personnes. Nous avons eu des réunions trimes-trielles avec eux. Encore une fois, comme je l'ai mentionné, nous avons fait les premiers pas, mais c'est habituellement notre travail, en tant que membres de la société civile.

**Mme Laila Goodridge:** Le ministre Holland parle souvent de son expérience avec la Fondation des maladies du cœur. Avez-vous travaillé avec lui lorsqu'il travaillait là-bas?

**M. Manuel Arango:** Oui. Cela fait des années. C'était en 2015; j'ai travaillé avec lui brièvement pendant peut-être deux ans.

**Mme Laila Goodridge:** D'accord. Lui avez-vous parlé précisément de ce projet de loi?

**M. Manuel Arango:** Je n'ai pas parlé au ministre. J'ai parlé à des gens du ministère. J'ai parlé à des gens du bureau du ministre et j'ai parlé à des députés, mais je n'ai pas parlé au ministre directement.

**Mme Laila Goodridge:** Excellent.

Madame Walker, je vais vous poser la même question. Quand le ministère de la Santé a-t-il consulté votre association pour la première fois au sujet de ce projet de loi?

**Mme Joelle Walker:** Je ferais sans doute certaines des mêmes observations. Nous communiquons régulièrement avec le ministère, et nous communiquons avec lui lorsque certaines questions le justifient. Nous travaillons activement sur ce dossier depuis des années, et nous en avons parlé régulièrement avec des fonctionnaires, tant au niveau politique que ministériel.

**Le président:** Merci, madame Walker. Merci, madame Goodridge.

C'est maintenant au tour de M. Naqvi; allez-y, vous avez cinq minutes.

**M. Yasir Naqvi:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci à tous les témoins d'être présents. J'apprécie vraiment votre témoignage.

Je vais commencer par docteur Francoeur. Merci d'être ici.

Une des choses dont les gens me parlent beaucoup, dans ma circonscription — je représente Ottawa-Centre, ici dans le centre-ville d'Ottawa —, c'est la contraception. Ce projet de loi fait en sorte que des contraceptifs sont accessibles à toutes les femmes et toutes les personnes de diverses identités de genre qui en ont besoin, et cela enlève l'obstacle du coût. J'ai aussi récemment eu une conversation avec l'organisme Planned Parenthood — qui s'occupe de planification familiale —, ici à Ottawa, et il a mentionné des enjeux très importants.

Compte tenu de votre expérience, pouvez-vous nous parler un peu de l'importance de rendre les contraceptifs accessibles de la façon dont nous le proposons, et des types de conséquences que cela aura sur les vies des femmes du Canada?

**Dre Diane Francoeur:** Merci de la question.

Nous avons été chanceux, parce que la Colombie-Britannique a commencé plus tôt. La province couvre les contraceptifs depuis un an maintenant. Compte tenu de toutes les bonnes nouvelles que nous entendons à ce sujet, il est évident que cela change les choses, donc nous avons hâte de connaître tous les chiffres et les résultats associés à cette couverture.

Évidemment, l'argent est un gros problème. Nous parlions du modèle du Québec. Comme quelqu'un l'a mentionné dans un groupe précédent, nous voyons des femmes en reporter l'achat, lorsque ce n'est couvert qu'en partie, parce que c'est tout de même beaucoup d'argent. Rien n'est gratuit. Au Québec, ne vous attendez à rien: rien n'est gratuit. Elles doivent toujours en payer une partie, lorsque leur contraceptif doit être renouvelé tous les mois, et parfois elles attendent. Elles reportent. Elles veulent s'assurer d'avoir tous les médicaments en même temps afin de ne devoir payer que la franchise minimale.

Toutes ces actions sont un fardeau qui rend la contraception moins efficace et qui favorise les grossesses non désirées, et il y a un coût à cela. Il y a un coût associé à l'avenir des Canadiennes, parce que nous savons que, lorsque les jeunes ont un bébé tôt, il y a plus de risque qu'ils cessent d'aller à l'école. Cela a une incidence sur nous tous, parce que cela a un coût que nous payons tous.

● (2005)

**M. Yasir Naqvi:** Nous avons beaucoup parlé des répercussions sociales du fait de rendre les contraceptifs accessibles aux femmes et aux filles. Nous avons parlé de l'exemple d'une jeune femme qui ne voudrait peut-être pas que ses parents sachent qu'elle utilise des contraceptifs, mais une assurance privée suppose des avis, et les parents pourraient donc le découvrir. Je pense que nous comprenons bien ces répercussions et la liberté que ce type de mesures donnera aux femmes et aux filles au Canada.

Selon votre expérience du milieu de la santé, pouvez-vous nous expliquer quelle incidence l'élimination de cet obstacle et cet accès auront sur la santé des femmes et des filles du Canada?

**Dre Diane Francoeur:** Eh bien, entre 15 et 20 % des femmes ont toutes sortes de problèmes liés à leurs règles. Je parle d'hémorragies, de saignements, ou encore de l'endométriose, qui est douloureuse. Lorsqu'elles utilisent une méthode contraceptive hormonale, tous ces symptômes sont soulagés. C'est un des avantages de ces médicaments, et nous pouvons les utiliser.

Malheureusement, parfois, elles ne pourront pas les payer. Au cours de la dernière année, beaucoup de nouvelles immigrantes n'ont pas bénéficié de notre couverture destinée aux réfugiés, surtout au Québec. Je peux vous dire que c'est un fardeau. Elles n'ont pas d'argent du tout, pas même pour payer le contraceptif le moins cher qu'elles pourraient avoir. Un stérilet coûte au moins 450 ou 500 \$. C'est beaucoup d'argent. Si vous le gardez sept ans, ce sera moins cher, mais cela fait une grosse différence.

C'est pourquoi nous voulons nous assurer que ces nouvelles arrivantes pourront s'établir, apprendre la langue, devenir Canadiennes et planifier leur famille et leurs grossesses plutôt que d'être surprises par une grossesse non désirée parce qu'elles n'ont pas pu se payer la méthode de contraception qu'elles voulaient.

**M. Yasir Naqvi:** Voyez-vous beaucoup de stigmatisation — de stigmatisation culturelle et de stigmatisation sociale — en ce qui concerne la santé sexuelle des femmes?

**Dre Diane Francoeur:** Absolument. Nous avons peur de ce qui arrive à nos voisins du sud. Nous devons nous assurer que toutes les Canadiennes auront le droit de poser des questions et de faire valoir leurs droits sexuels et reproductifs.

**M. Yasir Naqvi:** C'est un très bon point, parce que nous sommes énormément influencés par ce qui arrive aux États-Unis. Les gens croient parfois que cela arrive au Canada. Quand la décision *Roe c Wade* a été annulée aux États-Unis, j'ai entendu beaucoup de gens dire qu'ils pensaient que cela s'appliquait aussi ici au Canada.

Nous avons beaucoup de travail à faire pour la sensibilisation, pour créer cet espace sécuritaire où les femmes peuvent être libres sexuellement, dans le contexte de la santé. Avec un peu de chance, c'est ce que fera ce projet de loi.

Merci.

**Le président:** Merci.

[Français]

Monsieur Blanchette-Joncas, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Docteure Francoeur, je vous remercie d'être avec nous ce soir. Je vous remercie aussi de votre engagement envers la santé et le bien-être des gens de chez nous. Je sais que vous avez occupé pendant près de sept ans le poste de présidente de la Fédération des médecins spécialistes du Québec et que vous relevez maintenant de nouveaux défis. Je vous félicite pour tout le travail que vous accomplissez.

J'aimerais comprendre comment on en est arrivé à proposer un programme national d'assurance médicaments. Quand vous étiez présidente de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, vous appuyiez les revendications du gouvernement du Québec concernant l'augmentation des transferts en matière de soins de santé. L'entente qui a été conclue avec le fédéral prévoyait qu'il assume 50 % des coûts, mais, à l'heure actuelle, il paie à peu près 22 % de la facture. Nous avons été réalistes et raisonnables: nous avons demandé qu'il assume 35 % des coûts. Pour le Québec, cela représentait une augmentation d'à peu près 6 milliards de dollars. Nous avons reçu 900 millions de dollars, ce qui n'est même pas un sixième de la somme demandée. À mon avis, ce n'est pas suffisant.

On propose un programme d'assurance médicaments, mais, si on n'augmente pas les transferts en santé, on ne peut pas espérer révolutionner le système et régler tous les problèmes. Il me semble que la suite logique n'y est pas.

Si on veut améliorer les soins de santé et offrir un meilleur programme d'assurance médicaments, comme celui que nous avons au Québec, cela ne passe-t-il pas nécessairement par l'augmentation des transferts en santé?

• (2010)

**Dre Diane Francoeur:** Je vais vous laisser le privilège de faire de la politique et je vais me contenter de parler de l'aspect médical.

Évidemment, ce sont d'excellentes questions, et elles doivent être soulevées. Rien n'est gratuit. C'est le problème du Canada. Dans le cadre de mes fonctions actuelles, je travaille beaucoup avec d'autres pays, dont l'Angleterre et l'Australie, qui ont un système comparable au nôtre. Notre système est extrêmement complexe du fait qu'il est fédéral et que la santé est gérée par les provinces. Nous devons trouver une solution. Nous sommes parmi les derniers pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques, ou OCDE, à ne pas offrir un accès gratuit aux médicaments. La situation commence à être un peu gênante, parce que cela nuit à la santé de la population.

Pour répondre à la question qui m'a été posée tout à l'heure, je rappelle qu'au Canada, il y a encore des femmes qui meurent en accouchant. La contraception prévient ces choses-là.

**M. Maxime Blanchette-Joncas:** Je comprends.

Docteure Francoeur, loin de moi l'idée de vous mettre dans l'embarras. Je veux simplement revenir sur des positions que vous avez déjà défendues. Vous dites bien connaître le système au Québec, alors vous êtes bien placée pour en parler.

De votre point de vue, qu'est-ce que le gouvernement fédéral peut faire que le gouvernement du Québec ne sera pas capable de faire?

**Dre Diane Francoeur:** Je ne connais évidemment pas tous les secrets d'État. Je pense que notre système, au Québec, était un bon point de départ. Il serait souhaitable que les autres provinces puissent aussi profiter des avantages qu'offre ce régime. Je ne peux cependant pas savoir comment se feront les négociations, étant donné que je n'ai aucunement accès à ces secrets.

Cela dit, il n'y a pas seulement l'assurance médicaments qui distingue le Québec. Le système de garderie, en Ontario, rend les choses très difficiles pour les jeunes familles. Ce service coûte une fortune, et il empêche les femmes de retourner travailler. Pourtant, nous devons affronter une pénurie de main-d'œuvre, partout au Canada. On ferme les salles d'accouchement, et on va fermer des services d'urgence pendant l'été.

En cette période où la pénurie de main-d'œuvre est aussi importante, il faut s'occuper des femmes et déterminer de quoi elles ont besoin pour retourner sur le marché du travail.

**Le président:** Je vous remercie, docteure Francoeur.

[Traduction]

Monsieur Julian, c'est votre tour pour deux minutes et demie.

**M. Peter Julian:** Merci, monsieur le président.

J'aimerais m'adresser à nouveau à vous, madame Theriault. Merci beaucoup d'être ici.

Plus tôt, j'ai posé une question à M. Bleskie, un témoin diabétique, à propos de ce qui lui arriverait s'il ne pouvait pas prendre ses médicaments, et ce qu'il a décrit était horriblant. Je ne sais pas si vous étiez présente et si vous avez écouté son témoignage.

Vous avez spécifiquement mis l'accent sur les Métis et les Indiens non inscrits, parmi les gens qui n'ont pas accès aux médicaments présentement. Quelles sont les conséquences s'ils n'ont pas leurs médicaments? Quelles seraient les retombées positives si on faisait en sorte qu'un grand nombre de Métis et d'Indiens non inscrits pouvaient accéder à tous les médicaments et les dispositifs pour le diabète qui leur sont prescrits?

**Mme Celeste Theriault:** Je tiens à souligner que je ne suis pas diabétique, même si de nombreux membres de ma famille souffrent de cette maladie, et nous sommes des Métis de la rivière Rouge.

Je sais que, dans mon réseau familial personnel, il n'y a personne qui souffre du diabète de type 1 — et j'ai entendu le témoignage plus tôt aujourd'hui —, mais la plupart sont atteints du diabète de type 2. C'est extrêmement difficile de se faire rembourser pour un dispositif de surveillance du glucose en continu quand vous êtes atteints de diabète de type 2, en passant, mais nous savons que c'est un besoin. Disons que vous avez les mains calleuses, parce que vous avez un travail de bureau et que vous tapez sur le clavier toute la journée, ce dispositif vous permet de surveiller votre glycémie afin que vous ayez un meilleur temps dans la cible.

Nous savons que la même chose se produit avec l'insuline, parce qu'il y a des gens qui doivent rationner leur insuline simplement pour pouvoir s'acheter de la nourriture. Je ne pense pas que c'est un choix que les gens devraient avoir à faire, par rapport à leur santé. Les gens devraient avoir accès à ce dont ils ont besoin en temps opportun, pour qu'ils puissent gérer leur santé de la façon qui convient.

Cela vaut pour les Métis, les membres non inscrits et inscrits des Premières Nations et les bénéficiaires inuits. Cela englobe tout le monde.

**M. Peter Julian:** Savez-vous à peu près combien de Métis et d'Indiens non inscrits pourraient tirer parti d'un accès universel, s'ils n'ont pas accès au programme des SSNA?

• (2015)

**Mme Celeste Theriault:** Je n'ai pas de chiffre précis, mais j'ai quelques pourcentages sous les yeux. Ces données sont plus anciennes, parce que nous avons parfois de la difficulté à recueillir des points de données et des données des gouvernements. Pour les Métis, il s'agit de 7,3 %, mais cela remonte à 2010. Selon le plus récent rapport, datant de 2022, intitulé *Cadre sur le diabète au Canada*, la prévalence du diabète a augmenté pour toutes les populations autochtones depuis 2012, mais il n'y a pas vraiment de pourcentage indiqué.

Nous n'avons pas de données pour les Indiens non inscrits; ils sont regroupés avec les personnes non autochtones, parce qu'ils ne sont pas reconnus. Je vous dirais probablement de poser la question à des organismes qui travaillent au nom des Indiens non inscrits. Je peux faire quelques recherches, pour voir si nous pouvons trouver des réponses.

**Le président:** Merci, madame Theriault.

La parole va à M. Ellis, pour cinq minutes.

**M. Stephen Ellis:** Merci beaucoup, monsieur le président, et merci aux témoins d'être ici.

Madame Walker, vous êtes pharmacienne, et vous travaillez encore comme pharmacienne, n'est-ce pas?

**Mme Joelle Walker:** À dire vrai, je ne travaille pas actuellement comme pharmacienne. Je travaille pour l'Association des pharmaciens, et je travaille aussi avec nos membres qui ont besoin d'aide par rapport à certains problèmes qu'ils rencontrent dans leur travail.

**M. Stephen Ellis:** Très bien. Merci.

Une chose qui ne figure pas dans le projet de loi C-64C-64 et sur laquelle les Canadiens comptent depuis de nombreuses années maintenant est le champ de pratique professionnelle élargi des pharmaciens. Selon vous, est-ce que cela devrait figurer dans le projet de loi?

**Mme Joelle Walker:** Tout à fait. Je pense que les pharmaciens offrent de nombreux services actuellement dans toutes sortes de collectivités au Canada. Dans de nombreuses régions rurales et éloignées du pays, la pharmacie est le point d'accès aux soins de santé le plus près.

L'assurance médicaments, comme vous l'avez dit, n'est pas seulement une affaire de prix des médicaments; il s'agit aussi beaucoup des soins connexes. Ce serait comme offrir des soins dentaires sans dentistes. C'est absolument nécessaire, et nous savons que les pharmaciens font de plus en plus de choses pour servir leurs collectivités.

**M. Stephen Ellis:** J'allais faire de l'esprit, mais cela existe, un programme de soins dentaires sans dentistes. Quoi qu'il en soit, c'est une tout autre paire de manches.

C'est intéressant, surtout dans ce contexte où nous discutons du diabète, parce que de nombreux pharmaciens font l'éducation sur le diabète, pour aider les personnes diabétiques à mieux contrôler leur glycémie. Souvent, le coût pour payer cela est intégré dans les régimes provinciaux et les régimes privés, mais il n'y a rien relativement à ce coût dans ce projet de loi.

Croyez-vous, en ce qui concerne vos membres, que ce serait un élément important à ajouter au projet de loi?

**Mme Joelle Walker:** Il y a divers services liés à la gestion des médicaments. Il y a clairement la distribution, où on s'assure que la personne reçoit des conseils, qu'elle obtient ses médicaments de manière sécuritaire et efficace et qu'il n'y a aucune synergie médicamenteuse. Ensuite, il y a d'autres aspects comme la vérification de la liste des médicaments pour les gens qui prennent plusieurs médicaments, et l'utilisation adéquate, qui sont très importants.

Nous savons que beaucoup de Canadiens âgés prennent des médicaments pour atténuer les effets secondaires d'un autre médicament, et c'est une façon très malheureuse de vivre. En ce qui concerne le sevrage du tabac, le traitement du diabète et les soins connexes ainsi que l'hypertension, beaucoup de données montrent que les services offerts par les pharmaciens améliorent réellement la qualité de vie des Canadiens et l'utilisation de ces médicaments.

**M. Stephen Ellis:** C'est intéressant, madame Walker, que vous ayez dit qu'il fallait examiner les régimes et le concept d'un régime universel à payeur unique, qui est prévu ici dans le projet de loi. D'après votre expérience, et au nom de vos membres, diriez-vous que cela suppose que le gouvernement fédéral serait le premier payeur? N'est-ce pas exact?

**Mme Joelle Walker:** Nous avons entendu certaines questions jusqu'ici — et nous en avons posé nous-mêmes — sur la façon dont cela sera interprété dans le projet de loi. Je pense que ce que nous voulons, c'est qu'il soit clairement défini de quel payeur il s'agit, et nous voulons aussi savoir s'il y aura toujours un payeur privé. Je pense que certaines provinces se sont exprimées publiquement sur la question et ont aussi soulevé le fait qu'elles compteraient bonifier leurs régimes publics actuels tout en maintenant l'aspect privé dans leur territoire respectif.

Tout dépendra, fondamentalement, des négociations qui auront lieu. Dans le projet de loi, nous recommanderions qu'on indique clairement qu'il y aura à la fois des payeurs publics et privés, pour veiller à ce que les deux soient maintenus lorsque viendra le temps d'aller plus loin que le diabète et d'examiner d'autres médicaments potentiels.

● (2020)

**M. Stephen Ellis:** Si je vous ai bien entendu, vous dites que ce serait incroyablement important que cela fasse partie de nos délibérations rapides, lors de l'étude article par article du projet de loi, qui doit avoir lieu lundi.

**Mme Joelle Walker:** Oui, je pense que nous serions en faveur de cela, tout à fait.

**M. Stephen Ellis:** Très bien. Merci.

Un sujet que nous avons abordé brièvement avec le dernier groupe de témoins et avec les groupes précédents concernait le sémaglutide ou l'Ozempic, qui est un médicament pour traiter le diabète. Ce médicament est extrêmement demandé. Avez-vous de l'information à donner au Comité, en ce qui concerne le coût mensuel de l'Ozempic ou du sémaglutide?

**Mme Joelle Walker:** Je n'ai pas de données sous la main, mais je peux vous donner quelques exemples qui pourraient être utiles lorsque vous discuterez de l'Ozempic.

Ce médicament ne figure évidemment pas dans la liste des médicaments proposés, mais son utilisation est très répandue. Récemment, il y a eu une pénurie d'Ozempic à l'échelle du pays, et mon association travaille très souvent pour régler le problème grandissant de la pénurie de médicaments au Canada. Quand nous parlons d'assurance médicaments, il ne s'agit pas seulement de savoir combien coûtent les médicaments ou quels services sont offerts; si les médicaments sont introuvables au pays, aucun régime ne va aider.

Une chose que nous avons remarquée, c'est que le nombre de médicaments disponibles pour chaque catégorie peut diminuer considérablement, selon le nombre d'entreprises dans le marché, et nous sommes très susceptibles de connaître une pénurie de médicaments s'il y a seulement un ou deux fabricants qui produisent un médicament donné.

Disons qu'il y a une catastrophe d'ampleur nationale dans un pays où sont produits certains des ingrédients pharmaceutiques actifs et que l'entreprise là-bas ne peut plus produire son médicament, et que les autres entreprises ne sont pas préparées à accroître leur production. Dans ce genre de scénarios, nous avons réellement eu de graves problèmes avec de nombreuses pénuries de médicaments, alors je pense que l'écosystème est très complexe et qu'il faut en tenir compte dans cette approche pour l'assurance médicaments.

**Le président:** Merci, madame Walker et monsieur Ellis.

Madame Sidhu posera les dernières questions d'aujourd'hui. Vous avez cinq minutes.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins d'être parmi nous. Ma première question va s'adresser à vous, madame Theriault.

Nous savons que, grâce au programme dentaire, 100 000 Canadiens ont pu profiter d'un régime d'assurance dentaire en moins de trois semaines, et un million se sont déjà inscrits. Dans ce projet de loi, pouvez-vous nous dire quels sont les plus grands obstacles pour les personnes autochtones qui veulent accéder à des soins en matière de prévention du diabète? Quelle est votre opinion sur les soins contraceptifs, par rapport à ce projet de loi? Croyez-vous que cela sera dans l'intérêt des Autochtones?

**Mme Celeste Theriault:** Oui. Cela sera certainement dans l'intérêt des peuples autochtones, sans aucun doute.

Pour répondre à votre première question, nous devons aussi nous assurer que nous prenons des décisions holistiques en ce qui concerne les politiques publiques qui ont une incidence sur notre santé; il ne faut pas se limiter aux produits pharmaceutiques et tout le reste. Je sais que nous sommes ici pour discuter spécifiquement des produits pharmaceutiques, mais il y a tant d'autres choses qui ont un impact sur la santé, par exemple les facteurs socioéconomiques et les déterminants sociaux de la santé. Je pense qu'il s'agit d'un premier pas dans la bonne direction, pour élargir le débat sur tous ces autres secteurs qui ne sont pas visés, évidemment, par le projet de loi.

Bien sûr, les Autochtones, si malheureusement leurs médicaments ne sont pas couverts — et s'ils ne peuvent même pas se payer leurs médicaments — ne sont peut-être même pas en mesure de faire remplir leur ordonnance, comme nous le savons. Je pense que ce serait intéressant de regarder ces données. Ils vont d'abord s'assurer qu'ils peuvent nourrir leur famille, ou faire ce qu'ils ont besoin de faire en premier, avant de prendre soin de leur propre santé. Souvent, c'est une décision que nous devons prendre chaque jour, et c'est une décision difficile.

Ma présidente parle souvent très ouvertement de ce que serait le traitement idéal pour le diabète, en tant que personne atteinte du diabète de type 2 en Alberta. Elle n'a présentement pas accès au traitement, parce qu'il n'est pas couvert, et que ce serait tout simplement trop cher pour elle et pour sa famille de six enfants. Ce n'est donc pas une option pour elle, et elle doit chercher d'autres solutions.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Docteure Francoeur, vous avez parlé de la grossesse chez les adolescentes et de la santé sexuelle et génésique. Pouvez-vous nous décrire quels sont les plus grands obstacles pour les Canadiennes qui veulent obtenir des moyens de contraception? Que recommanderiez-vous pour réduire ces obstacles?

**Dre Diane Francoeur:** Tout d'abord, je pense que le coût est hors de tout doute un obstacle, surtout lorsqu'il s'agit de choisir entre des contraceptifs à long terme, comme un dispositif intra-utérin ou le timbre contraceptif. Le coût est réellement l'obstacle le plus important.

Ensuite, une chose dont nous ne discutons pas assez est l'aspect coercitif de la contraception. Une femme va payer pour cela pendant 30 ans. Si elle n'a pas elle-même d'argent pour payer, alors son partenaire devrait au moins, espérons-le, payer une partie de la facture, mais ce n'est pas ce qui arrive. Malheureusement, quand les gens discutent du moyen de contraception qu'ils devraient choisir, l'argent est un facteur. Si les femmes pouvaient choisir leur propre moyen et n'avaient pas à mendier afin de recevoir de l'aide pour payer le moyen contraceptif de leur choix, cela aurait une incidence majeure sur leur estime de soi. Elles se sentiraient plus respectées.

• (2025)

**Mme Sonia Sidhu:** Seriez-vous d'accord pour dire que les contraceptifs oraux ne sont pas seulement utilisés pour empêcher la grossesse, et qu'ils servent aussi à atténuer d'autres problèmes de santé, et que nous devrions donc réduire les coûts de soin de santé qui y sont liés?

**Dre Diane Francoeur:** Tout à fait. Même si nous voulons que chaque femme puisse choisir le moyen de son choix, je dirais, encore une fois, que 15 à 20 % des femmes auront probablement des problèmes avec la douleur, avec des saignements ou avec des fibromes, qui empireront au fil du temps. Elles utiliseront donc un moyen contraceptif dont un effet secondaire est de traiter ce genre de problème. Cela a absolument une valeur ajoutée pour ces femmes.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Monsieur Arango, vous avez dit dans votre déclaration que les maladies du cœur étaient la deuxième cause de mortalité au Canada, pour toutes les tranches d'âge, au cours de la dernière décennie. Vous avez dit que « Des millions de personnes au Canada vivent avec une maladie cardiaque et ont besoin de prendre quotidiennement des médicaments d'ordonnance pour rester en vie et pour gérer leur maladie chez eux ».

Toutefois, beaucoup de gens ne peuvent pas se payer ces médicaments. Avez-vous des recommandations à faire quant à des moyens dont les gens atteints du diabète peuvent réduire leur risque de maladie cardiaque et d'AVC?

Vous avez déjà dit que le taux de comorbidité était trois fois plus élevé avec le diabète. Quelles sont vos recommandations, à cet égard?

**M. Manuel Arango:** Pour ce qui est de réduire votre risque, je pense que beaucoup de personnes savent déjà, évidemment, qu'il faut faire de l'activité physique, ne pas fumer et manger sainement. Cela a un effet considérable. Cela est très important pour réduire la prévalence et le risque de souffrir d'une maladie cardiaque, de faire un AVC ou d'avoir le diabète.

J'ajouterais simplement une autre chose, et c'est que, comme l'a mentionné plus tôt ma collègue, les déterminants sociaux de la santé ont aussi un impact majeur. Le statut socioéconomique et l'accès à de l'eau potable propre et à un environnement sécuritaire sont aussi très importants. Tous ces facteurs, ainsi que l'accès à un revenu, sont extrêmement importants. Tous ces facteurs influencent la probabilité qu'une personne soit atteinte ou non du diabète ou d'une maladie cardiovasculaire.

**Le président:** Merci, madame Sidhu.

Merci, monsieur Arango.

Merci à tous les témoins d'avoir été avec nous aujourd'hui, merci de votre patience et merci de vos témoignages éclairés.

Chers collègues, ne vous sauvez pas, car il reste le budget à régler.

Un budget a été distribué pour ce que nous devons faire dans le cadre de la présente étude. Vous devriez l'avoir reçu plus tôt aujourd'hui ou hier.

Le Comité accepte-t-il que le budget soit adopté tel que présenté?

**Des députés:** D'accord.

**Le président:** Le budget est donc adopté.

Le Comité souhaite-t-il lever la séance?

**Des députés:** D'accord.

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 des communes.

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 :  
<https://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: <https://www.ourcommons.ca>