



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 073 • 1<sup>re</sup> SESSION • 42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 17 octobre 2017**

**Président**

**M. Bill Casey**



## Comité permanent de la santé

Le mardi 17 octobre 2017

• (1530)

[Traduction]

**Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)):** La séance est ouverte. Le Comité permanent de la santé en est à sa soixante-treizième réunion. Nous avons le plaisir d'accueillir aujourd'hui le directeur parlementaire du budget, qui est accompagné de plusieurs de ses collaborateurs.

Nous accueillons donc M. Jean-Denis Fréchette, directeur parlementaire du budget.

Nous vous remercions tous de votre aide dans ce dossier.

Nous accueillons également Mostafa Askari; Carleigh Malanik, analyste financière; Jason Jacques, directeur principal; et Mark Mahabir, directeur des politiques. Bienvenue.

Monsieur Fréchette, si j'ai bien compris, vous allez faire une courte introduction et partager votre temps. Allez-y, je vous prie.

[Français]

**M. Jean-Denis Fréchette (directeur parlementaire du budget, Bibliothèque du Parlement):** Merci, monsieur le président.

Madame la vice-présidente, monsieur le vice-président et membres du Comité, je vous remercie de nous avoir invités à comparaître pour discuter des résultats de notre étude.

[Traduction]

Je tiens également à vous remercier d'avoir présenté une motion demandant que le DPB procède à une étude sur le coût d'un programme national d'assurance-médicaments. C'était assurément un défi, mais tous les membres de l'équipe ont été très heureux de participer à une étude de ce genre, un élément marquant dans nos projets.

Avec votre permission, Monsieur le président, je vais demander à ma collègue Carleigh Busby Malanik de résumer les grandes lignes du rapport.

[Français]

Merci, monsieur le président.

[Traduction]

**Mme Carleigh Malanik (analyste financière, Bureau du directeur parlementaire du budget, Bibliothèque du Parlement):** Merci.

Comme j'ai moins de 10 minutes, j'entre tout de suite dans le vif du sujet.

La première diapositive est un bref rappel des faits. Il y a environ un an aujourd'hui, le Comité a demandé au DPB d'évaluer le coût d'un programme d'assurance-médicaments, et il a également établi les paramètres du programme.

Très brièvement, il s'agissait d'un programme universel accessible à tous les Canadiens et qui comporterait une liste normalisée de médicaments remboursés. La liste était l'équivalent de celle du régime d'assurance-médicaments du Québec. Il y aurait en outre une contribution de 5 \$ pour tous les médicaments de marque offerts sous ordonnance, et une exemption de contribution dans certains cas, qui correspondaient à ce qui est offert à l'heure actuelle au Royaume-Uni.

Conformément à la pratique établie, nous avons examiné la documentation, consulté les intervenants des secteurs public et privé et recueilli les commentaires. Lorsque l'ébauche a été prête, nous l'avons soumise à un examen par les pairs et nous avons intégré leurs commentaires.

Je suis très heureuse d'être ici aujourd'hui pour vous présenter les résultats de ce travail de collaboration qui s'est échelonné sur un an.

La première diapositive contient des données. J'attire votre attention sur la ligne foncée dans le bas, où vous pouvez voir qu'en 2015-2016, les Canadiens ont dépensé environ 28,5 milliards de dollars en médicaments d'ordonnance. Ce montant ne comprend pas les médicaments sans ordonnance, et les médicaments administrés à l'hôpital. J'attire maintenant votre attention dans le coin droit en bas, où vous pouvez voir que 46 % des dépenses ont été assumées par les régimes publics. Le reste a été assumé par les régimes privés ou les particuliers.

J'aimerais aussi ajouter que la part assumée par les particuliers ne comprend pas les primes d'assurance versées aux assureurs. Cela inclut uniquement le montant payé pour les médicaments comme tels.

Le coût d'un médicament comprend son prix, la majoration à la vente, et les frais professionnels qui ont été facturés.

Enfin, le tableau montre également, et c'est conforme aux études antérieures, que le niveau de couverture varie d'une province à l'autre.

Les deux diapos suivantes portent sur le rôle des gouvernements à l'heure actuelle dans les dépenses pharmaceutiques et la couverture des médicaments.

Si on regarde le gouvernement fédéral, on voit qu'il assume les dépenses directes pour certains groupes de la population, soit un montant évalué à 645 millions de dollars en 2015-2016. Il joue un rôle important dans le domaine réglementaire. Il allège également le fardeau des contribuables grâce au système d'impôts et de transferts. Il joue de plus un rôle important en finançant les provinces dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de la Loi canadienne sur la santé.

La diapositive suivante porte sur le rôle des provinces. On voit à droite du tableau que leurs dépenses en médicaments d'ordonnance sont évaluées à 13,1 milliards de dollars. Les provinces sont responsables de la prestation des services et de leur financement. Elles exercent un certain contrôle dans la mesure où ce sont elles qui créent les formulaires, soit la liste des médicaments qui seront remboursés par leur régime, et qui déterminent les critères d'admissibilité des groupes qui sont couverts.

Avant de passer au programme d'assurance-médicaments et aux résultats de l'étude, j'aimerais prendre quelques minutes pour vous expliquer la portée du rapport, et en particulier la portée de l'estimation des coûts qu'il contient.

Pour être aussi précise que possible, je dirai qu'il reflète le coût d'un programme d'assurance-médicaments pour l'État fédéral, soit le coût du médicament, la majoration et les frais professionnels. Il ne comprend pas les économies ou les dépenses liées à une administration centralisée, les dépenses associées à la législation, à la réglementation et aux négociations; et toutes retombées sur d'autres secteurs. Il est très difficile pour le DPB d'établir le montant de ces coûts additionnels sans connaître les principes directeurs, notamment les détails sur la façon dont le programme sera mis en oeuvre.

La diapositive suivante montre les paramètres établis par le Comité et les marie avec nos hypothèses. À gauche de la diapositive, on voit les patients qui consomment des médicaments selon les quantités et les prix actuels. En résumé, cela équivaut aux 28,5 milliards de dollars. Quand on parle du programme d'assurance-médicaments, on parle d'un sous-ensemble de médicaments, soit ceux qui font partie de la liste du régime public d'assurance-médicaments du Québec.

● (1535)

C'est ici que le DPB commence à formuler des hypothèses: premièrement, comme il s'agit d'un système à payeur unique, le DPB postule que le gouvernement fédéral pourra négocier des prix à la baisse pour ces médicaments. Deuxièmement, il postule que le programme fonctionnera comme les régimes publics à l'heure actuelle, c'est-à-dire en imposant la substitution par un médicament générique. Cela veut dire que si le patient prend un médicament de marque, on lui substituera le générique, qui coûte habituellement moins cher, en présumant qu'il en existe un et qu'il est sécuritaire.

Nous avons ensuite l'autre paramètre fourni par le Comité: la contribution pour les médicaments de marque. Il s'agirait d'une source de recettes pour le gouvernement qui réduirait le coût du programme d'assurance-médicaments.

De plus, comme on peut le voir au haut de la diapositive, le DPB formule une autre hypothèse, à savoir que l'universalité du programme et sa gratuité, dans le cas des médicaments génériques, ou son faible coût de 5 \$ dans le cas des médicaments de marque, auront pour effet d'augmenter la consommation des médicaments.

Les deux diapositives suivantes montrent les résultats de cette situation, en introduisant les hypothèses une à la fois. Tout d'abord, on voit les 28,5 milliards de dollars de médicaments consommés en 2015-2016. Quand on ajoute le formulaire, on parle d'environ 24,6 milliards. Quand on introduit la deuxième hypothèse, soit l'universalité, on s'attend à une augmentation d'environ 12,5 %. Cette hypothèse a été appliquée à tous les médicaments du formulaire, sauf à un groupe choisi. Le coût a augmenté à environ 26,3 milliards de dollars.

L'augmentation est toutefois contrebalancée par l'hypothèse du DPB voulant que le gouvernement fédéral soit en mesure de

négocier les prix. Nous avons procédé en deux étapes. Premièrement, nous avons avancé que le gouvernement fédéral pourra obtenir les prix les plus bas observés actuellement au pays. Il s'agissait habituellement des prix au Québec, puisque c'est ce que le Québec exige des fabricants. Nous avons avancé de plus que le gouvernement obtiendra un rabais de 25 %. Cela représente les économies moyennes réalisées pour tous les médicaments inscrits au formulaire. Dans les faits, il pourrait y avoir des variations importantes d'un médicament à l'autre, ou d'une classe de médicaments à l'autre.

Nous sommes arrivés au 25 % en consultant les intervenants et les pairs, qui ont estimé ce que pourrait obtenir actuellement l'Alliance pancanadienne pharmaceutique dans le cadre de ses négociations, et en prenant en considération le fait que les Canadiens dépensent habituellement beaucoup plus que d'autres pays en médicaments. Le 25 % représente donc notre meilleure estimation possible. Vous trouverez toutefois une analyse de sensibilité en annexe.

Notre dernière hypothèse pour arriver à notre estimation des coûts bruts est la substitution d'un médicament générique. C'est là où nous arrivons au 20,4 milliards de dollars. Pour arriver à notre estimation des coûts nets pour le gouvernement fédéral, nous avons soustrait les recettes provenant de la contribution, moins les exemptions. De plus, nous avons soustrait les sommes que le gouvernement fédéral dépense actuellement pour des sous-groupes de la population. C'est ainsi que nous sommes arrivés à notre estimation des coûts nets de 19,3 milliards de dollars.

J'ai indiqué les contributions nettes et les dépenses directes sous le tableau, de même qu'un autre nombre: la majoration et les frais. J'ai procédé ainsi pour deux raisons: tout d'abord parce que les 7,4 milliards de dollars associés à la majoration et aux frais représentent une part appréciable de l'estimation des montants brut et net, et ensuite parce que je ne voulais pas oublier de vous dire que nous n'avons pas formulé d'hypothèses à leurs sujets. Nous avons présumé que les taux demeureraient les mêmes que ceux observés actuellement, mais nous les avons ajustés pour tenir compte de la hausse du volume. Dans les faits, il s'agit d'éléments qui pourraient être ajustés ou négociés.

Passons maintenant rapidement aux conclusions du rapport, soit à la première et plus importante: notre estimation du coût net pour le gouvernement fédéral serait de 19,3 milliards de dollars. Cette estimation repose, bien sûr, sur les paramètres fournis, de même que sur les hypothèses formulées par le DPB. Nous vous fournissons toutefois une analyse de sensibilité.

Ensuite, les dépenses personnelles des patients devraient diminuer d'environ 90 % en moyenne. Le pourcentage varierait bien sûr en fonction du prix payé actuellement par les patients. Avec le programme d'assurance-médicaments, les coûts pourraient être réduits à zéro — ou une diminution de 100 % — à l'achat d'un médicament générique, ou à 5 \$ dans le cas d'un médicament de marque.

De façon générale, les résultats indiquent qu'un système à payeur unique pourrait permettre de réaliser des économies, si les économies découlant des hypothèses formulées par le DPB se concrétisent.

• (1540)

Sur la dernière diapo, vous trouverez les prévisions sur cinq ans du coût brut et du coût net du programme. En 2020-2021, le DPB prévoit que le coût brut du programme passerait à 23,7 milliards de dollars, et le coût net, à 22,6 milliards. Je répète encore une fois que les prévisions varieront en fonction des décisions prises, de la composition du marché et des prix futurs des médicaments.

J'ai terminé mon exposé.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous allons entamer la période de questions de sept minutes, en commençant par M. Oliver.

**M. John Oliver (Oakville, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Merci beaucoup d'avoir préparé un excellent rapport. Il nous éclaire assurément sur le modèle, les coûts, et les approches dont nous discutons depuis un certain temps, ici, au sein du Comité, alors merci beaucoup.

Je vais résumer le tout pour être certain d'avoir bien compris. En 2015-2016, il s'est dépensé 28,5 milliards de dollars en médicaments d'ordonnance au Canada, sans compter les hôpitaux. De ce montant, environ 3,9 milliards n'auraient pas été couverts par le régime du Québec, un régime en or, si on comprend bien.

Les gains d'efficacité, les économies et les variations dans la consommation et les prix équivaldraient à quelque 4,2 milliards de dollars, et la facture nette pour le gouvernement fédéral serait de 20,4 milliards. Les 20,4 milliards couvriraient tous les Canadiens parce que vous avez inclus ceux qui n'étaient pas couverts.

En 2015-2016, toujours, le secteur public a dépensé 13,1 milliards de dollars, et le secteur privé — les employeurs — 10,7 milliards, ce qui veut dire qu'ils ont dépensé 23,8 milliards de dollars.

Puis-je mettre ces chiffres ensemble et affirmer sans risque de me tromper que nous avons besoin de 20,4 milliards de dollars pour couvrir tous les Canadiens avec un programme national d'assurance-médicaments, et que les régimes actuels coûtent déjà 23,8 milliards de dollars? Nous pourrions donc mettre en place un programme national et faire épargner aux employeurs 3,4 milliards de dollars. Ai-je bien compris?

• (1545)

**Mme Carleigh Malanik:** Pour répondre à la première partie de votre question, oui, vous avez le bon montant des dépenses et le coût net pour le gouvernement fédéral.

Nous n'avons pas comparé les économies que pourraient réaliser les payeurs privés ou publics, car il y a encore trop d'éléments mouvants dont nous ne pouvions pas tenir compte. Tout ce que je peux dire actuellement, c'est que pour couvrir la liste de médicaments, il en coûterait au gouvernement 20,4 milliards de dollars, que les régimes publics paient actuellement 13,1 milliards de dollars et que le secteur privé paie 10,7 milliards de dollars. Il est un peu difficile de mettre tout cela ensemble en raison des éléments mouvants qui viennent s'ajouter.

**M. John Oliver:** Avez-vous raisonnablement confiance aux chiffres du secteur privé?

**M. Mostafa Askari (directeur parlementaire adjoint du budget, Bureau du directeur parlementaire du budget, Bibliothèque du Parlement):** Le fait est que dans le secteur privé, on couvre des médicaments qui ne sont pas sur le formulaire du Québec, et qu'il est difficile de savoir exactement comment les répartir. Le secteur privé réalisera certainement des économies, mais

nous n'avons pas trouvé une façon de répartir le tout en raison des différences dans les couvertures.

**M. John Oliver:** Est-ce que les 3,9 milliards qui ont été exclus parce qu'ils ne figuraient pas sur le formulaire du Québec auraient été répartis à peu près également entre les employeurs du secteur privé et du secteur public?

**M. Mostafa Askari:** Je ne pense pas que nous puissions dire cela, vraiment.

**Mme Carleigh Malanik:** Non. Nous ne nous sommes en fait pas penchés sur les 3,9 milliards de dollars. Nous avons seulement regardé les 20,4 milliards de dollars restant.

**M. John Oliver:** D'accord.

En ce qui concerne les coûts pour les employeurs et les frais d'administration, des compagnies d'assurances privées gèrent ces programmes pour eux. Je crois qu'elles facturent normalement des frais d'administration de 4 à 5 %. Dans l'établissement des coûts pour les employeurs des secteurs public et privé, le coût des médicaments que vous avez regardés inclut-il les frais d'administration ou s'agit-il seulement du coût des produits pharmaceutiques?

**Mme Carleigh Malanik:** Cela concerne le coût des médicaments et inclut toute marge bénéficiaire relative à la vente de gros auprès des distributeurs et les marges bénéficiaires des pharmaciens qui s'appliquent. Cela ne tient pas compte de tous les frais imposés aux patients ayant trait à la gestion de leur assurance.

**M. John Oliver:** Cependant, l'entreprise en soi... J'ai déjà administré un hôpital. Je sais que notre système hospitalier avait un régime d'assurance-médicaments, qui était géré par un assureur privé dont je vais taire le nom. Cette compagnie d'assurances facturait un pourcentage à l'employeur pour gérer le régime à sa place. Elle ajoutait 5 % au coût des médicaments pour couvrir le coût du régime. Lors de l'établissement des coûts, avez-vous tenu compte de cet aspect?

**Mme Carleigh Malanik:** Non. Ce n'est pas inclus dans l'établissement des coûts.

**M. John Oliver:** D'accord. Il y aurait donc un gain supplémentaire de 3, 4 ou 5 % pour tous les employeurs privés et publics en ce qui concerne la gestion des régimes. Cette partie n'est pas encore quantifiée.

**Mme Carleigh Malanik:** Oui. Les patients payent une prime d'assurance supplémentaire.

**M. John Oliver:** D'accord. Merci.

En ce qui concerne la valeur, je crois vous avoir entendu dire que l'adoption d'un régime national permettrait notamment de réaliser des économies en réduisant tous les prix d'environ 25 %, mais j'ai noté que la Veterans Health Administration aux États-Unis paye environ 50 % moins cher pour les médicaments génériques et environ 40 % moins cher pour les médicaments de marque inscrits sur la liste canadienne que ce que payent les régimes publics canadiens.

En ce qui concerne cette réduction de 25 %, j'ai l'impression que la Veterans Health Administration est un autre gros groupe d'achat en vrac, qui est même plus petit que ce que serait celui du Canada, et qu'elle peut obtenir plus que 25 %. C'était une estimation conservatrice, n'est-ce pas? Aviez-vous une autre raison pour dire 25 %?

• (1550)

**M. Jean-Denis Fréchette:** Nous nous montrons prudents.

**Mme Carleigh Malanik:** Comme Jean-Denis l'a dit, nous nous montrons prudents. Cela traduit notre meilleure estimation. Personne ne semble vraiment savoir ce qu'il en est, et nous avons l'impression qu'un rabais de 25 % était un pourcentage qui convenait aux intervenants lorsque nous discutons avec eux. Je rappelle que nous nous rendons jusqu'à 30 % dans notre analyse de sensibilité. À mon avis, si nous présumons que les économies seront encore plus grandes, il est très facile de faire ces calculs et de voir ce que cela donnera.

**M. John Oliver:** Pour revenir aux employeurs, je sais que nous ne vous l'avons pas demandé dans votre établissement des coûts, mais je me demande si vous avez une idée de la taille de ces employeurs du secteur privé que vous avez regardés. S'agissait-il principalement d'entreprises d'au moins 50 employés? Dans ma circonscription, la majorité des petites entreprises qui comptent un ou deux employés n'offrent souvent pas d'assurance-médicaments. Avez-vous une idée de la taille des entreprises du secteur privé qui offrent une assurance-médicaments?

**Mme Carleigh Malanik:** Non. Nous ne le savons malheureusement pas. Les seules statistiques que nous avons examinées et que nous pouvons vous transmettre se trouvent dans le rapport. De manière générale, si vous payez une contribution ou une coassurance, par exemple, nous ne nous sommes pas vraiment penchés sur la taille de ces régimes.

**Le président:** D'accord. Nous passons à M. Webber.

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

Je suis conscient du travail acharné et du temps nécessaires pour mener cette étude sur l'établissement des coûts. Je suis curieux de savoir dans quelle mesure les précédentes estimations des coûts du DPB étaient exactes.

Pouvez-vous nous donner des exemples de prévisions des coûts que vous avez réalisées et me dire vos meilleurs et vos pires résultats exprimés idéalement en pourcentage d'erreur? Quel est le bilan du DPB en matière de prévisions des coûts? À quel point les prévisions du DPB se sont-elles avérées exactes ou inexactes par le passé?

**M. Jean-Denis Fréchette:** C'est une bonne question.

Je me tourne vers mon directeur principal de l'Analyse des coûts. Je ne crois pas que nous ayons ainsi mesuré l'exactitude de nos prévisions.

**M. Jason Jacques (directeur principal, Analyse des coûts et des budgets, Bureau du directeur parlementaire du budget, Bibliothèque du Parlement):** Non. Nous ne l'avons pas fait. Par contre, nous avons réalisé des travaux concernant nos perspectives économiques et financières et nous en faisons aussi de façon continue pour vérifier en particulier l'exactitude de ces prévisions sur cinq ans.

Pour ce qui est des rapports plus exhaustifs sur l'établissement des coûts, nous n'avons rien fait de manière globale, mais je me dois absolument d'ajouter que nous souhaitons toujours mettre l'accent non pas sur les chiffres, mais bien sur le cadre de planification que nous fournissons aux parlementaires. Nous savons qu'au bout du compte les chiffres seront justement toujours inexacts.

Ce qui est encore plus important, ce sont évidemment les hypothèses qui sous-tendent ces chiffres et surtout le cadre de planification et les leviers que nous considérons comme des inducteurs de coûts et que nous soulignons aux parlementaires. Ainsi, lorsque les parlementaires élaborent une politique, ils ont une bonne idée des liens qui unissent ces éléments aux résultats des

politiques. Je crois que nous avons fait un excellent travail à cet égard.

**M. Jean-Denis Fréchette:** Si vous me le permettez, nous pouvons vous donner des exemples. Par exemple, en ce qui concerne l'établissement des coûts pour les navires du ministère de la Défense nationale, nos prévisions étaient assez exactes. Il en va de même dans le cas des F-35 pour mon prédécesseur. Nous avons de tels exemples où nous avons établi des coûts.

Lors de l'établissement des coûts, il est plus facile d'évaluer des mesures financières, parce que vous êtes certains que le ministère des Finances publiera ses propres données après coup et que vous pourrez les comparer. L'établissement des coûts d'un tel modèle est totalement différent, parce que nous avons des facteurs qui... Nous devons toujours avoir une démarche équilibrée dans de tels projets, et il peut être très difficile d'en mesurer l'exactitude.

**M. Len Webber:** Oui. Lorsque je suis arrivé la première fois à Ottawa, je me suis fait dire que, pour avoir des chiffres exacts, il fallait en gros doubler le budget prévu par le gouvernement; lorsque cela concerne les TI, nous pouvons tripler le budget prévu.

Vous avez répondu à ma prochaine question qui était de me donner des exemples où le gouvernement fédéral avait correctement estimé le budget et la mise en oeuvre d'un programme d'envergure. Je vais donc passer à ma province, l'Alberta. Comme vous le savez, en Alberta, il y a de plus en plus de gens qui sont mécontents du programme de péréquation. J'ai discuté avec de nombreux Canadiens qui me disent que l'Alberta aurait les moyens d'offrir plus de services, comme un régime public d'assurance-médicaments, si la province ne devait pas verser autant d'argent au chapitre de la péréquation.

Le Québec est la province qui a le plus profité des paiements de péréquation au fil des ans. C'est le modèle choisi pour votre étude, si je ne m'abuse. Pourquoi avons-nous choisi le Québec comme référence pour cette étude? Le Comité a-t-il donné une telle consigne au DPB? Pouvez-vous nous parler un peu de la raison pour laquelle nous avons choisi le Québec?

• (1555)

**M. Jean-Denis Fréchette:** Oui. Merci de votre question.

Après la première motion du Comité, nous sommes revenus et avons demandé des mesures ou des régimes précis que nous pourrions utiliser. Après la deuxième réunion, le régime québécois a été utilisé, parce qu'il est vraiment complet. Comme nous l'avons mentionné, il couvre environ de 80 à 90 % des dépenses de toutes les provinces. C'est un régime complet. C'est un programme dispensable, et vous pouvez me croire; j'habite au Québec. Je sais à quel point il l'est. C'était la décision du Comité d'utiliser le modèle québécois de la RAMQ.

**M. Len Webber:** D'accord.

Combien de temps me reste-t-il, monsieur le président?

**Le président:** Il vous reste un peu plus de deux minutes.

**M. Len Webber:** D'accord. Voici une autre question. Si le gouvernement fédéral commence à couvrir le coût des médicaments, qu'est-ce qui empêcherait l'industrie de l'assurance de tout simplement arrêter de payer pour ces mêmes médicaments que leur régime couvre actuellement? Après tout, ce sont des entreprises, et l'industrie serait évidemment plus qu'heureuse de se décharger de ses coûts.

Comment votre modèle d'établissement des coûts a-t-il tenu compte de ce scénario ou de cet effet? Votre modèle présume-t-il que le secteur privé continuera volontairement de couvrir tous les coûts comme il le fait actuellement?

**Mme Carleigh Malanik:** Conformément à ce qui nous a été demandé et à la forme que prendrait le régime d'assurance-médicaments selon le Comité, nous avons l'impression que ce régime public supplanterait tous les autres assureurs pour ces médicaments précis. Nous avons essentiellement présumé qu'il n'y aurait aucun changement concernant les 3,9 milliards de dollars qui sont dépensés pour des médicaments ne figurant pas sur la liste des médicaments couverts, mais nous n'avons émis aucune autre hypothèse quant à la possibilité que le secteur privé continue ou arrête d'offrir une assurance pour ces médicaments.

**M. Len Webber:** N'aurions-nous pas raison de présumer que tout médicament que le gouvernement est disposé à couvrir pour les gens actuellement sans couverture serait retiré de la liste des médicaments couverts par les assureurs privés? Si une telle situation se produisait, quels seraient les coûts additionnels auxquels nous pouvons nous attendre selon votre modèle?

**M. Mostafa Askari:** Cela ne devrait pas vraiment avoir d'effet sur les coûts dans le modèle, parce que nous présumons que le régime public d'assurance-médicaments couvrirait ces médicaments. Il n'y aurait donc pas vraiment de coûts additionnels.

**M. Len Webber:** D'accord.

Avez-vous des questions à poser à ce sujet, Marilyn?

**Mme Marilyn Gladu (Sarnia—Lambton, PCC):** Lorsque nous regardons le coût total du régime pour couvrir tous les Canadiens, nous arrivons à 19,3 milliards de dollars, si tout se passe comme prévu. En lisant votre rapport, j'ai l'impression qu'actuellement environ 12 % des Canadiens ne jouissent pas d'une couverture complète: 2 % ne sont pas assurés et 10 % ont une couverture partielle. Je crois que vous y avez fait allusion dans votre rapport.

Si nous prenons ces chiffres et que nous faisons 12 % de 19,3 milliards de dollars, soit environ 2,3 milliards de dollars, cela représente-t-il le montant que cela nous coûtera si nous voulons seulement offrir une couverture aux gens qui n'en ont pas actuellement? Est-ce une bonne hypothèse?

**Mme Carleigh Malanik:** Je dirais que ce serait vraiment une estimation approximative. Il serait nécessaire de savoir les médicaments précis que ces patients n'achètent pas ou n'achètent pas en aussi grande quantité. Les coûts pourraient être beaucoup plus élevés ou beaucoup plus faibles. C'est difficile à dire.

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

Monsieur Davies, allez-y.

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

Merci à tous de votre excellent travail. Je crois que ce projet avant-gardiste servira de fondement à ce qui devrait être, selon moi, le prochain élargissement d'un programme social national au pays.

J'aimerais commencer par une description générale. J'ai lu l'ensemble de votre rapport, et voici ce que j'aimerais vous demander. J'ai l'impression que vous avez émis des hypothèses prudentes — appelons cela des hypothèses conservatrices — et que vous avez fait fi de certaines mesures de réduction des coûts. Vous avez probablement utilisé la liste des médicaments assurés la plus complète au pays, voire la plus complète, soit celle du Québec, et vous avez conclu qu'avec cette démarche nous aurions pu réaliser au

pays des économies nettes d'environ 4 milliards de dollars en 2015-2016. Ai-je bien compris?

**Mme Carleigh Malanik:** Oui. C'est exact.

**M. Jean-Denis Fréchette:** Je dirais tout simplement que c'est une démarche équilibrée; elle est non seulement prudente, mais aussi équilibrée en fonction de ce que nous avons vu dans la documentation, etc.

**M. Don Davies:** C'est bien, et je vous félicite également de cette démarche, parce que nous émettons beaucoup d'hypothèses en vue d'établir ces coûts.

J'aimerais discuter de certaines mesures de réduction des coûts que vous avez mentionnées dans votre étude et que d'autres intervenants ont également soulevées, mais que je ne crois pas que vous ayez incluses comme des mesures de réduction des coûts dans votre rapport. Je crois que vous en avez déjà souligné une. Ai-je raison de présumer qu'une administration simplifiée permettrait de réduire les coûts, mais que vous n'avez pas chiffré cette possibilité dans votre rapport? Est-ce exact?

• (1600)

**Mme Carleigh Malanik:** Oui. C'est quelque chose que nous avons indiqué dans notre rapport.

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

Deuxièmement, bon nombre de gens ont évalué le coût actuel dans notre régime de ce que nous appelons « les coûts liés au non-respect de la médication »; c'est l'expression technique pour décrire ce qui se produit lorsque des patients deviennent encore plus malades, parce qu'ils ne prennent pas leurs médicaments. Est-ce bien un aspect qui présente des économies potentielles que vous n'avez pas chiffrées dans votre rapport?

**Mme Carleigh Malanik:** Oui. C'est exact.

**M. Don Davies:** Merci.

En ce qui concerne un régime qui impose une méthode d'administration fixe ou qui limite les médicaments inscrits sur la liste des médicaments couverts, je crois que vous avez mentionné dans votre rapport que c'est possiblement une autre source d'économies pour un programme d'assurance-médicaments, mais vous n'avez pas non plus chiffré dans quelle mesure cela permettrait de réduire le coût de l'assurance-médicaments pour les Canadiens. Ai-je bien compris?

**Mme Carleigh Malanik:** Je m'excuse, mais je ne connais pas très bien l'expression « frais liés à une méthode d'administration fixe ».

**M. Don Davies:** Je crois que vous avez fait un commentaire sur les frais d'exécution d'ordonnance. Vous avez utilisé une autre expression...

**M. Mostafa Askari:** Les marges bénéficiaires.

**Mme Carleigh Malanik:** S'agissait-il des marges bénéficiaires?

**M. Don Davies:** Oui. Les marges bénéficiaires quant aux frais d'exécution d'ordonnance.

**Mme Carleigh Malanik:** Oh, je vois. Nous avons présumé qu'ils demeureront stables.

**M. Don Davies:** D'accord. Voici donc ma question à ce sujet. Je crois que vous avez cerné cet aspect comme un autre endroit qui nous permettrait de réduire encore plus les coûts, mais vous ne l'avez pas chiffré.

**Mme Carleigh Malanik:** À ce chapitre, il faut être prudent. Nous pourrions réussir à négocier ces frais à la baisse, mais c'est aussi possible que les pharmaciens doivent les négocier à la hausse pour compenser tout autre rabais qu'ils auraient autrement reçu des sociétés pharmaceutiques. Pour ce qui est de cet aspect, nous ne pouvons pas dire avec certitude si les frais augmenteront ou diminueront.

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

En ce qui a trait aux avantages fiscaux actuels, vous avez indiqué dans votre rapport que, étant donné que « le gouvernement fédéral n'inclut pas dans le revenu imposable d'un employé les prestations qui lui sont versées par un régime de soins de santé parrainé par l'employeur », il s'agissait d'un avantage fiscal indirect. Je crois que vous avez évalué cela à environ « 2 605 millions de dollars » en 2016.

Ai-je raison de présumer que, si nous adoptons un régime national d'assurance-médicaments qui annule ces avantages fiscaux actuels, cela permettra également au gouvernement de réaliser d'autres économies? Ai-je bien compris?

**Mme Carleigh Malanik:** Ce serait le cas, mais il faudrait voir si les traitements et les salaires augmenteraient pour compenser la perte de cet avantage.

**M. Don Davies:** D'accord. Cela présume que ce ne serait plus nécessaire, mais cela pourrait nous aider à réaliser des économies.

**Mme Carleigh Malanik:** Oui, potentiellement.

**M. Don Davies:** Oui.

J'aimerais traiter d'un aspect dont a parlé M. Oliver. Vous avez également utilisé ce que je considère comme un rabais conservateur de 25 % que nous pourrions obtenir grâce à un véritable programme national d'achat en vrac. Nous avons entendu parler de l'Alliance pharmaceutique pancanadienne, mais je crois comprendre que c'est un régime d'achat public. Cela ne vise pas l'achat de tous les médicaments pour tous les régimes privés et publics au pays.

Selon mes informations, l'association américaine qui s'occupe des vétérans paye environ 50 % moins cher pour les médicaments génériques et environ 40 % moins cher pour les médicaments inscrits sur la liste canadienne que les régimes publics canadiens. Une étude sur la politique sur les soins de santé a conclu que la Nouvelle-Zélande paye 51 % moins cher que la Colombie-Britannique pour quatre grandes catégories établies de médicaments. Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés a récemment réalisé une étude en vue de comparer les prix des médicaments d'ordonnance génériques au Canada à ceux d'autres pays industrialisés. Il a constaté pour la majorité des programmes qu'il semblait réaliste d'espérer réaliser des économies de l'ordre de 40 à 50 %.

Ai-je raison de présumer que votre hypothèse de 25 % est probablement prudente et que nous pourrions obtenir un rabais de plus de 25 % par rapport aux prix actuels grâce à l'achat en vrac?

**Mme Carleigh Malanik:** C'est certainement possible. Je répète que cela dépendra de la capacité du gouvernement fédéral de négocier des prix réduits pour cette liste de médicaments précis.

**M. Don Davies:** C'est évident, mais il semble que l'expérience ailleurs dans le monde indique directement... Dans la vraie vie, d'autres endroits dans le monde réussissent à obtenir des réductions de l'ordre de 40 à 50 % lorsqu'ils adoptent une politique nationale d'achat en vrac, alors que vous avez employé un rabais de 25 %. Je vais vous poser la question. Êtes-vous d'accord avec moi pour dire qu'un rabais de 25 % est probablement une estimation prudente des

économies que nous pourrions réaliser grâce à une politique nationale d'achat en vrac?

**Mme Carleigh Malanik:** Le mieux que je peux dire, c'est qu'un rabais de 25 % est notre meilleure estimation. Nous ne savons vraiment pas ce qu'il y avait d'autre dans la documentation au Canada.

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

Si le temps me le permet, j'ai une dernière question, monsieur le président.

**Le président:** Vous avez le temps.

**M. Don Davies:** Nous avons adopté une motion au Comité qui dit:

Que, en ce qui concerne l'étude sur l'élaboration d'un programme national d'assurance-médicaments, le président communique avec le directeur parlementaire du budget pour:

a. demander que son analyse soit terminée d'ici le 1<sup>er</sup> mai 2017 et que, si ce n'est pas possible, le directeur parlementaire du budget soit invité à témoigner devant le Sous-Comité du programme et de la procédure pour négocier un échéancier;

b. demander que son analyse inclue la liste des médicaments de l'Organisation mondiale de la santé.

Évidemment, la première partie concernant le 1<sup>er</sup> mai est passée, mais je suis curieux. La présidence a-t-elle communiqué avec vous pour vous demander d'utiliser comme point de comparaison dans votre analyse la liste des médicaments de l'Organisation mondiale de la Santé, en plus de la liste des médicaments assurés du Québec? Je remarque que vous n'avez pas établi les coûts à ce sujet dans votre rapport.

● (1605)

**M. Jean-Denis Fréchette:** Non. Nous avons eu une rencontre après l'adoption de la motion pour en discuter avec le président; il a été décidé que nous ferions exactement ce que dit la motion au sujet de la RAMQ. C'était le point de départ de notre étude. Nous avons mentionné au président que nous devons peut-être faire tôt ou tard un suivi au sujet du rapport.

**M. Don Davies:** Je vous demande si vous avez eu comme consigne à l'époque d'inclure la liste des médicaments de l'Organisation mondiale de la santé.

**M. Jean-Denis Fréchette:** Au départ...?

**M. Don Davies:** Non. Après coup.

**M. Jean-Denis Fréchette:** Pas à ce que je m'en souviens durant la réunion... Lors de la réunion pour discuter seulement de ce que nous ferions, nous avons expliqué au président la procédure que nous suivons pour tous nos rapports. Lorsqu'un comité ou une personne fait appel à nos services, nous présentons la méthodologie et notre démarche, puis nous nous engageons à respecter le tout. À la fin du processus, si un suivi ou d'autres renseignements sont nécessaires, nous serons heureux de le faire. Il a été question de l'Organisation mondiale de la santé lorsque nous avons parlé de faire un éventuel suivi.

Si vous me le permettez, monsieur le président, j'aimerais revenir sur un aspect.

Vous avez parlé du rabais de 25 %. C'est vrai que c'est prudent. C'est un équilibre. Par exemple, je peux vous dire que le gouvernement du Québec a déjà négocié quelque chose d'autre avec ses propres fournisseurs, et le rabais est beaucoup plus élevé. Ce n'est pas encore en vigueur au Québec, mais le gouvernement a conclu une entente pour réduire de pratiquement 38 % le prix des médicaments génériques. Comme vous pouvez le voir, si nous le faisons à l'échelle nationale, ce pouvoir d'achat nous permettrait certainement d'obtenir un rabais bien au-delà de 25 %.

Merci.

**Le président:** Merci beaucoup.

Monsieur Davies, selon mes souvenirs, lorsque nous avons établi au départ les critères de l'étude et que le directeur parlementaire du budget est revenu nous dire qu'il ne serait pas en mesure de respecter l'échéancier du 1<sup>er</sup> mai, corrigez-moi si je me trompe, mais je crois que le Comité a convenu d'accepter la liste des médicaments assurés du Québec plutôt que celle de l'OMS. J'ai peut-être tort, mais c'est ce dont je me souviens. Nous avons opté pour la liste des médicaments assurés du Québec.

**M. Don Davies:** Monsieur le président, selon ce que j'en comprends, nous avons demandé au départ au directeur parlementaire du budget d'utiliser la liste des médicaments assurés du Québec et nous avons adopté après coup une autre motion demandant aussi l'établissement des coûts en fonction de la liste des médicaments de l'OMS pour en avoir deux. Ce n'est pas grave. J'essaie seulement de comprendre pourquoi nous ne l'avons pas.

**Le président:** Monsieur Eyolfson, allez-y.

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

Mon collègue, M. Davies, est très doué aujourd'hui pour voler mes questions, même s'il ne le fait pas exprès. J'aimerais approfondir certaines questions. Nous savons que la liste des médicaments de l'Organisation mondiale de la santé est un peu moins inclusive que celle du Québec. À un certain moment, avez-vous eu accès aux dépenses relatives à la liste des médicaments de l'OMS par rapport à celle du Québec? Je sais que ce n'était pas inclus.

**Mme Carleigh Malanik:** Non. Ce n'a pas été le cas.

**M. Doug Eyolfson:** D'accord. Si un tel examen nous apprenait que c'était moins dispendieux, serait-il raisonnable de présumer que cela augmenterait les économies que procurerait ce modèle?

**Mme Carleigh Malanik:** Oui. La valeur totale en dollars serait inférieure.

Dans notre analyse de sensibilité, nous nous sommes servis de l'Île-du-Prince-Édouard comme exemple d'une autre liste de médicaments assurés étant donné que nous pouvions déjà le calculer avec nos données. Comme vous pouvez le voir, la valeur nominale diminue, mais les économies se chiffrent tout de même à environ 4 milliards de dollars.

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

J'avais une autre question, mais je vais devoir aller un peu plus loin, parce que mon collègue, M. Davies, a encore une fois posé la question avant que j'en aie l'occasion. Cela concerne le coût secondaire du non-respect de la médication. Nous en avons discuté en détail. Les personnes qui n'ont pas les moyens de se procurer leurs médicaments deviennent malades et sont prises en charge par le milieu hospitalier. Selon la nature de leur maladie, ce coût peut être assez considérable. Dans le cas des diabétiques qui souffrent

d'insuffisance rénale, la dialyse coûtera annuellement environ 70 000 \$ par patient.

Le rapport « Pharmacare 2020 » de Steve Morgan mentionne qu'avec le système actuel, sans les freins et les contrepois d'un régime national, il y a eu des « problèmes de sous-utilisation, de surutilisation et d'utilisation inappropriée des médicaments ». Selon les meilleures estimations, cela nous coûte annuellement environ 5 milliards de dollars. Pouvons-nous affirmer sans nous tromper que, si nous avons un tel régime en place qui empêcherait une telle chose, nous pourrions réaliser d'autres économies en plus de celles que vous avancez?

• (1610)

**M. Mostafa Askari:** Normalement, lorsque nous établissons les coûts d'un programme, nous ne tenons pas compte des effets secondaires comme celui que vous avez mentionné, parce qu'il est en fait très difficile de mesurer ces éléments et d'en arriver à une estimation raisonnable et acceptable pour tout le monde. Voilà pourquoi. Ces types d'effets sur la santé sont extrêmement difficiles à cerner et à mesurer. Pour cette raison, nous n'en tenons normalement pas vraiment compte. Nous ne pouvons donc pas vraiment dire si l'estimation de 5 milliards de dollars est exacte ou raisonnable. Nous n'examinons vraiment pas du tout cet aspect.

**M. Doug Eyolfson:** D'accord. Si nous voulons vous poser une telle question à l'avenir, est-ce le genre de questions que nous pouvons vous poser?

**M. Mostafa Askari:** Eh bien, comme je l'ai dit, nous ne le faisons normalement pas, parce que c'est extrêmement difficile et que cela concerne un peu l'analyse coûts-avantages d'une politique. Nous ne le faisons pas vraiment. Nous examinons seulement les coûts ou les avantages financiers directs d'un programme sous cette forme.

Nous essayons d'être plus objectifs en la matière, tout simplement parce qu'il faudra émettre des hypothèses complexes au moment de traiter de ces questions et que cela devient quelque peu subjectif lorsque vient le temps d'établir les avantages d'une telle mesure, par exemple.

**M. Doug Eyolfson:** J'aimerais avoir des précisions. Vous avez dit obtenir des économies de 4 milliards de dollars si vous utilisez le modèle québécois. À combien les économies s'élèvent-elles si vous utilisez le modèle de l'Île-du-Prince-Édouard?

**Mme Carleigh Malanik:** Je crois qu'elles étaient d'un peu moins de 4 milliards de dollars.

**M. Doug Eyolfson:** Un peu moins?

**Mme Carleigh Malanik:** Oui.

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

Je n'arrive pas à penser à d'autres questions pour l'instant, mais j'aimerais seulement revenir sur un commentaire de mon collègue, M. Webber. Il a mentionné que, lorsque quelqu'un au gouvernement mentionne un chiffre, règle générale, nous pouvons le doubler. J'espère que c'est vrai en ce qui a trait aux économies prévues et que nous pouvons les doubler.

**Des voix:** Ah, ah!

**Le président:** Merci beaucoup.

Passons maintenant à nos séries de questions de cinq minutes. La première intervenante est Mme Gladu.

**Mme Marilyn Gladu:** Merci, monsieur le président.

Je remercie tous nos témoins d'aujourd'hui d'avoir travaillé si fort pour produire cet excellent rapport.

Ma première question porte sur la contribution de 5 \$ pour les médicaments de marque. Sachant que la substitution par des médicaments génériques devrait entraîner des économies de 400 millions de dollars, quelle est la part attribuable à ces 5 \$?

**Mme Carleigh Malanik:** Je ne suis pas sûre de comprendre la question.

**Mme Marilyn Gladu:** Si je ne me trompe pas, la contribution de 5 \$ fait partie du total lié à la substitution par des médicaments génériques. Dans l'estimation des coûts, cette substitution semble représenter 20,4 milliards de dollars. Cela fait passer le coût de 20,8 à 20,4 milliards de dollars. Il s'agit donc d'un écart de 400 millions de dollars. De ces 400 millions de dollars, quelle est la part des 5 \$...? C'est, me semble-t-il, un tout petit montant quand je pense à la différence de prix entre les médicaments de marque et les médicaments génériques.

**Mme Carleigh Malanik:** Les deux éléments auxquels vous faites allusion sont en fait distincts. La contribution de 5 \$ génère des recettes pour le gouvernement fédéral. C'est ce que nous soustrayons à la toute fin, je crois, pour obtenir les 20 milliards de dollars indiqués dans notre exposé. La substitution par des médicaments génériques représente, en l'occurrence, le coût de la transition d'un médicament de marque plus coûteux à un médicament générique moins coûteux.

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

En ce qui a trait à l'idée de remplacer la totalité des régimes privés et publics, l'intention est-elle de choisir un assureur? Aujourd'hui, le gouvernement fédéral compte un fournisseur d'assurance. Voici ma préoccupation: si l'on se retrouve dans une situation de monopole et que tous les Canadiens reçoivent le même service par une seule compagnie, le prix finira par augmenter, comme c'est le cas d'habitude. Vous n'en parlez pas dans votre analyse.

**Mme Carleigh Malanik:** Cette question dépasse, en grande partie, la portée de notre mandat parce que nous ignorons comment ce programme serait mis en oeuvre. L'estimation des coûts révèle uniquement ce que le gouvernement paierait, à supposer que les patients achètent ces médicaments dans une pharmacie pour ensuite se faire rembourser. Le gouvernement fédéral en assumerait le coût.

**Mme Marilyn Gladu:** Vous ignorez peut-être la réponse à cette question parce qu'elle risque de ne pas faire partie de l'étude, mais avez-vous recueilli de l'information sur l'incidence sur les sociétés pharmaceutiques au Canada? Combien d'emplois sont en jeu dans les sociétés pharmaceutiques canadiennes qui produisent des médicaments de marque plutôt que des médicaments génériques? Avez-vous pu obtenir des renseignements à ce sujet?

•(1615)

**Mme Carleigh Malanik:** Malheureusement, vous avez raison. Nous n'avons pas examiné cet aspect dans notre rapport.

**Mme Marilyn Gladu:** Très bien. C'est dommage.

Comment les médias et les intervenants ont-ils réagi à votre rapport?

**M. Mostafa Askari:** Je ne crois pas que nous ayons eu beaucoup de réactions. Nous avons vu des commentaires positifs, et la population se pose beaucoup de questions sur la façon dont ce programme sera mis en oeuvre. Bien des gens s'intéressent à la mise en oeuvre du programme plutôt que seulement au coût, mais nous ne nous sommes pas vraiment penchés sur la mise en oeuvre.

**Mme Marilyn Gladu:** J'ai pris connaissance de cette étude un peu tard dans le processus, mais pouvez-vous me donner quelques

renseignements sur la différence entre les listes des médicaments assurés d'une province à l'autre? À quel point les listes des autres provinces diffèrent-elles de celle du Québec? S'agit-il d'une différence de 10 %, ou parle-t-on d'une énorme différence?

**Mme Carleigh Malanik:** Nous avons essayé de calculer cette différence dans l'un des tableaux du rapport. De plus, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés a publié un rapport à ce sujet. En général, il n'y a pas d'énormes variations. Les régimes couvrent généralement ce qui est inclus dans d'autres régimes publics sur le plan des dépenses et du nombre de médicaments. Dans un certain nombre de cas, bien entendu, il y a certaines variations.

Quand nous avons examiné à quel point la liste des médicaments assurés du Québec était couverte par d'autres régimes, nous avons trouvé des résultats conformes à ceux du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. C'est très représentatif de l'ensemble des régimes publics.

**Mme Marilyn Gladu:** Excellent.

De nos jours, certains des médicaments inscrits sur les listes sont très coûteux. Il existe parfois des programmes pour les financer. Avez-vous modifié vos hypothèses en conséquence ou bien, avez-vous simplement présumé que la situation resterait la même?

**Mme Carleigh Malanik:** Merci de la question. Si ces médicaments étaient couverts dans le régime du Québec, ils seraient inclus là-dedans. Certains médicaments sont considérés comme étant plus coûteux. On les appelle des médicaments « d'exception ». D'habitude, le patient doit respecter un ensemble très strict de critères d'admissibilité afin de pouvoir se faire rembourser. Nous les avons inclus dans le coût. Nous avons supposé que le rabais serait également appliqué à ces médicaments.

La seule exception que nous avons faite relativement à ces médicaments, c'est notre hypothèse concernant l'augmentation de la consommation. Nous avons supposé que le volume de médicaments augmentera de 12,5 % en général, sauf pour ces médicaments. Dans leur cas, nous n'avons pas formulé d'hypothèses sur l'augmentation du volume. Voici pourquoi: nous avons présumé que, compte tenu de l'existence de critères d'admissibilité stricts, une simple diminution du coût ne vaudra pas nécessairement dire que les patients commenceront à consommer ces médicaments en plus grande quantité. Nous nous attendons à ce que ces critères rigoureux demeurent intacts.

**Le président:** Merci beaucoup.

Monsieur McKinnon, vous avez cinq minutes.

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

M. Davies a déjà abordé cette question, et le Dr Eyolfson en a parlé plus en détail, mais j'aimerais y revenir. Je parlais hier soir à une personne de ma circonscription, qui me racontait comment certains de ses amis se retrouvent à l'hôpital ou aux urgences assez régulièrement parce qu'ils n'ont pas les moyens de payer leurs médicaments. Bien entendu, cela représente un coût considérable pour l'hôpital en cause ou les régimes provinciaux. C'est le coût de l'absence d'un programme d'assurance-médicaments efficace pour ces gens.

Monsieur Askari, je crois que vous avez dit ne pas être à l'aise de faire des conjectures sur de tels coûts éventuels. Est-ce exact?

**M. Mostafa Askari:** C'est exact, parce que, je le répète, il est très difficile de mesurer les avantages de la présence ou de l'absence d'une couverture pour la santé. Cela dépend de la situation particulière, des patients et des types de problèmes dont ils souffrent.

Au lieu de nous embarquer dans ce domaine, qui est de nature plutôt conjecturale, nous avons décidé de ne pas en tenir compte. C'est ainsi que nous procédons normalement lorsque nous établissons les coûts: nous ne tenons pas compte des effets secondaires ni des répercussions des programmes.

**M. Ron McKinnon:** Je me suis entretenu avec M. Jacques avant la réunion. Il a laissé entendre qu'au terme de cette étude, votre équipe compte un bon nombre d'experts dans ces domaines. Est-ce là un sujet dont vous seriez prêt à discuter en nous donnant un chiffre, accompagné de mises en garde pertinentes, de marges d'erreur et d'autres choses de ce genre?

**M. Mostafa Askari:** Cela nous mènerait vers l'inconnu. Ce sera un domaine complètement différent. Nous avons certes une expertise pour ce qui est des données sur l'assurance-médicaments. Carleigh est visiblement une experte au sein de notre bureau, mais en ce qui concerne l'évaluation des bienfaits pour la santé, c'est un peu au-delà de ce que nous faisons normalement.

• (1620)

**M. Ron McKinnon:** Vous n'êtes donc pas à l'aise de nous donner un chiffre, disons plus ou moins un milliard de dollars ou quelque chose de ce genre.

**M. Mostafa Askari:** Ce serait très difficile pour nous de le faire, en effet.

**M. Ron McKinnon:** Selon vous, y a-t-il d'autres domaines de ce genre que nous devrions examiner nous-mêmes pour ce qui est d'évaluer les avantages d'un programme d'assurance-médicaments ou les coûts de ne pas en avoir un?

La question s'adresse à tous les témoins.

**M. Jason Jacques:** Non. Encore une fois, pour les besoins du mandat du Comité, je pense que notre rapport est un excellent point de départ pour essayer de dégager certains des principaux inducteurs et facteurs de coûts que les parlementaires doivent prendre en considération s'ils décident d'aller de l'avant pour résoudre certains des problèmes de politique qu'ils ont repérés en ce qui concerne les régimes d'assurance-médicaments dans l'ensemble du pays, ainsi que la montée en flèche des coûts des médicaments.

Par ailleurs, à entendre certaines des questions qui ont été soulevées par les membres du Comité cet après-midi, je crois qu'il y a des sujets évidents que nous n'avons pas abordés dans le rapport, des sujets qui dépassaient la portée de notre étude, comme les répercussions possibles sur le secteur privé et les économies éventuelles, y compris les coûts associés au refus d'adhérer aux traitements par médicaments d'ordonnance lorsque les gens n'ont pas les moyens de se les payer.

Quant à la question de savoir si nous sommes les mieux placés pour examiner ces sujets qui dépassent la portée de notre étude, c'est matière à débat. Par exemple, en ce qui a trait aux économies possibles, dans le cas des gens qui ne prennent pas leurs médicaments d'ordonnance, un des principaux obstacles à cet égard, c'est, bien sûr, tout simplement le manque de données. Nous excellons dans l'analyse et la manipulation des données. Carleigh est bien placée pour vous créer un modèle à 700 équations concernant un nouveau programme national d'assurance-médicaments, mais si vous n'avez aucune donnée ou s'il n'existe pas de données fiables, alors le modèle ne vaut pas grand-chose.

À titre de recommandation, il y a d'autres partenaires avec qui nous avons collaboré, comme Statistique Canada, Santé Canada, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés et l'Institut canadien d'information sur la santé. Ils nous ont aidés à préparer ce

rapport dès le départ. Bon nombre d'entre vous ont déjà entendu leurs témoignages devant le Comité. Je crois donc qu'il faudrait d'abord s'adresser à eux afin de recueillir certaines de ces données. Je le répète, intuitivement, lorsque les gens prennent les médicaments prescrits par leurs médecins parce qu'ils ont les moyens de se les payer, il y a là un potentiel d'économies, et nous serons heureux d'analyser cet aspect une fois que nous disposerons de données fiables.

**M. Ron McKinnon:** Merci.

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

Monsieur Van Kesteren.

**M. Dave Van Kesteren (Chatham-Kent—Leamington, PCC):** Merci, monsieur le président.

Je suis content de vous revoir, monsieur, et vous aussi, M. Askari.

Je remarque que vous avez choisi une excellente recrue. Mark était avec nous au Comité des finances.

Je suis ravi de vous voir, vous aussi, Mark.

Aidez-moi à comprendre. Vous devez simplifier les choses à outrance pour moi. À la page 3, vous dites que le total des dépenses assumées par les particuliers s'élève à 4,7 milliards de dollars. Je suppose que cette question devrait s'adresser à Mme Malanik.

**Mme Carleigh Malanik:** Oui.

**M. Dave Van Kesteren:** Ai-je bien compris le sens du montant de 4,7 milliards de dollars? Le secteur privé — c'est-à-dire les compagnies d'assurance privées — dépense 10,6 millions de dollars.

**Mme Carleigh Malanik:** Oui.

**M. Dave Van Kesteren:** Le secteur public, pour sa part, dépense 13,142 millions de dollars, et le total que nous dépensons au Canada se chiffre à 28,5 millions de dollars.

Le secteur public représenterait environ...? S'agit-il de 28 % de la population, ou de 35 %? Qu'en est-il? Est-ce que quelqu'un connaît la réponse? Avez-vous ce chiffre?

**Mme Carleigh Malanik:** Je suis désolée. Avez-vous dit le public ou le fédéral...?

**M. Dave Van Kesteren:** J'ai dit « public ». C'est cette colonne-ci. De quel pourcentage de la population s'agit-il?

**M. Mostafa Askari:** Par « public », nous ne voulons pas dire les dépenses du gouvernement pour ses propres employés. Il s'agit plutôt de la couverture qu'il offre à la population. Les différentes provinces ont des régimes d'assurance publics pour certains groupes de leur population, comme les aînés ou les personnes à faible revenu. C'est donc le coût assumé pour ces groupes. Par exemple, les aînés en Ontario reçoivent gratuitement des médicaments d'ordonnance, et cela coûte une certaine somme d'argent au gouvernement ontarien. Ils sont couverts par le montant de 13,1 millions de dollars.

**M. Dave Van Kesteren:** Qui serait couvert par ces régimes? Pouvez-vous nous donner une liste?

**M. Mostafa Askari:** Chaque province est différente, ayant chacune un programme différent.

Comme je l'ai dit, l'Ontario, par exemple, couvre tous les aînés et certains assistés sociaux. La Colombie-Britannique, pour sa part, offre un différent type de programme public. Elle utilise des critères fondés sur le revenu, des mesures d'examen des ressources, et son régime couvre les personnes dont le revenu est inférieur à un certain seuil. Les provinces sont chacune dotées d'un programme différent, mais elles ont toutes un programme public quelconque pour les médicaments d'ordonnance.

•(1625)

**M. Dave Van Kesteren:** Où se classeraient les députés?

**M. Mostafa Askari:** Pardon?

**M. Dave Van Kesteren:** Où se classeraient les députés? À quelle catégorie appartenons-nous?

**M. Mostafa Askari:** Vous faites partie du coût assumé par le gouvernement fédéral pour le régime d'assurance qu'il offre à ses employés, ce qui comprend le Parlement, la GRC et les forces armées.

**M. Dave Van Kesteren:** Alors, où se classeraient-ils parmi ces...?

**M. Mostafa Askari:** Ils ne sont pas inclus dans ces chiffres.

**M. Dave Van Kesteren:** Aucun d'eux?

**Mme Carleigh Malanik:** Certains d'entre vous seraient couverts par votre régime public si vous étiez admissibles, mais autrement, s'il est question uniquement de ce que les employés fédéraux reçoivent, c'est le montant de 645 millions de dollars dont on parle à la page 2.

**M. Dave Van Kesteren:** D'accord. J'ai un peu de mal à m'y retrouver parce que, dans ce contexte, je comprends que nous dépensons, au total, au Canada... Le montant de 28,5 milliards de dollars n'est-il pas le coût total des dépenses pour les médicaments au Canada?

**Mme Carleigh Malanik:** C'est cela.

**M. Dave Van Kesteren:** Je vais donc répéter ma question: dans laquelle de ces trois catégories — particuliers, régimes privés et régimes publics — se classerait un employé fédéral?

**Mme Carleigh Malanik:** S'il bénéficie d'une assurance privée, il se classerait dans la catégorie des régimes privés.

**M. Dave Van Kesteren:** Faisons-nous partie du régime d'assurance privé du gouvernement?

**Mme Carleigh Malanik:** Oui.

**M. Dave Van Kesteren:** Très bien. Le public, comme vous l'avez mentionné, représente les groupes qui auraient droit à une aide. Ai-je bien compris?

**Mme Carleigh Malanik:** Ils sont admissibles au régime public d'assurance-médicaments de la province. Il pourrait y avoir divers critères à respecter.

**M. Dave Van Kesteren:** D'accord. Autrement dit, les particuliers sont ceux qui n'ont aucun régime?

**Mme Carleigh Malanik:** Dans notre jeu de données, ce pourrait être le cas. Cette catégorie peut également inclure ceux qui paient de leurs poches la majorité des coûts; il est donc possible que les dépenses assumées par les particuliers tiennent compte des gens qui ont payé le montant déductible total et qui ont ensuite été couverts par un régime privé pour le reste de leurs médicaments d'ordonnance.

**M. Dave Van Kesteren:** D'accord. Expliquez-moi votre analyse finale, à savoir que si le gouvernement fédéral couvre tous ces groupes de personnes, ce qui englobe tout le monde, alors cela lui coûterait 20 milliards de dollars au lieu de 28 milliards de dollars. Ai-je raison?

**Mme Carleigh Malanik:** Oui. Puis, vous pouvez retrancher les recettes des contributions générées aux termes du scénario de l'assurance-médicaments, et soustraire ces 645 millions de dollars qui sont dépensés directement sur certains groupes. Voilà comment nous sommes arrivés au coût net de 19,3 milliards de dollars.

**M. Dave Van Kesteren:** Pardonnez mon scepticisme, mais...

**Le président:** Nous avons très peu de temps.

**M. Dave Van Kesteren:** Je m'excuse. Quelle différence y a-t-il entre le coût per capita pour des compagnies d'assurance du secteur privé et ce que le gouvernement fédéral... En fait, est-ce que le gouvernement fédéral et tous les autres ont recours à des compagnies d'assurance privées? Je présume que oui, n'est-ce pas le cas? Ce sont toutes des compagnies privées.

Est-ce qu'il me reste du temps pour d'autres questions?

**Le président:** Non, votre temps est écoulé, mais merci beaucoup. C'était captivant.

Monsieur Ayoub, vous avez cinq minutes.

[Français]

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

Nous attendions une étude de coûts depuis un bon moment. Évidemment, c'est toujours intéressant de pouvoir s'appuyer sur quelque chose pour prendre des décisions.

En voyant les résultats que vous présentez, soit la possibilité d'une réduction des coûts, la première réaction est certainement de se dire qu'il y a quelque chose à faire pour améliorer la situation.

Vous vous êtes fondés sur la liste des médicaments couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, ou RAMQ, pour réaliser votre étude. Celle-ci vous permet-elle de dire si les résultats pourraient déjà être applicables ailleurs, en vous appuyant sur l'exemple du Québec? Sans créer un régime d'assurance-maladie pancanadien, serait-on capable de réduire les coûts, actuellement, province par province, selon le modèle de comparaison que vous utilisez dans votre étude?

Est-ce que je me fais bien comprendre?

**M. Jean-Denis Fréchette:** Merci de la question.

Ce serait donc sans agréger toutes les provinces comme nous l'avons fait. Vous demandez si le modèle de la RAMQ, par exemple, pourrait s'appliquer partout.

Je vous dirais que cela tient essentiellement à une capacité de négocier. Si toutes les provinces s'unissent — on a mentionné le cas des vétérans aux États-Unis —, c'est la puissance du groupe et du volume de médicaments qui permet de négocier.

La RAMQ, au Québec, est capable de négocier parce qu'elle gère un programme universel beaucoup plus complet que celui de plusieurs autres provinces. C'est un premier élément.

Voici le deuxième. Vous savez très bien ce qui se passe également au Québec, par exemple, relativement aux frais que les pharmaciens peuvent percevoir. Vous avez suivi le débat. Les frais de pharmaciens, au Québec, sont de 8 % à 90 % du prix du médicament proprement dit. La RAMQ, parce qu'elle achète en grande quantité et qu'elle a un contrôle total de tous les médicaments, est capable de négocier et d'imposer certaines règles.

Si nous avons un programme national — c'est ce qu'on tente de démontrer dans l'étude, cette capacité que procurerait un programme national pourvu que toutes les provinces puissent négocier —, nous pourrions arriver à cette épargne de 4 milliards de dollars à la suite de négociations et d'une diminution de prix, sans compter que nous pourrions offrir une couverture beaucoup plus étendue. Fait plus important encore: cela permettrait de couvrir tout le monde, ce qui n'est pas le cas actuellement.

• (1630)

**M. Ramez Ayoub:** Est-il faux de présumer que, sans que chaque province ait une couverture identique, il pourrait y avoir des diminutions de coûts importantes si on avait la possibilité de se réunir pour augmenter le pouvoir d'achat? Est-ce que cela serait possible?

**M. Jean-Denis Fréchette:** C'est déjà le cas. Une alliance qui regroupe toutes les provinces mène des négociations afin d'établir un prix national. L'exercice pourrait être poussé encore plus loin.

**M. Ramez Ayoub:** Le fait de pousser plus loin fait que nous avons des économies supplémentaires, selon l'étude que vous nous présentez. Est-ce exact?

**M. Jean-Denis Fréchette:** Tout à fait.

**M. Ramez Ayoub:** Une autre étude a été publiée en 2015. Il s'agit de l'étude Morgan.

Pouvez-vous nous expliquer les différences au chapitre de la méthodologie ou de l'analyse des coûts? On passe d'une économie de 7,3 milliards de dollars dans l'étude Morgan à une économie de 4,2 milliards de dollars dans l'étude qu'on nous présente aujourd'hui. J'ai besoin de précisions à ce sujet.

Plusieurs études font état de différents chiffres. Évidemment, les méthodologies et les analyses ne sont peut-être pas les mêmes. Comment se fier à une étude plutôt qu'à une autre?

Par la suite, on va vouloir se dépêcher d'offrir un service, parce qu'on est impatient d'économiser et d'offrir le meilleur service possible aux Canadiens relativement à l'accessibilité aux médicaments.

**M. Jean-Denis Fréchette:** Je vous remercie de la question.

Je vais laisser à Mme Malanik une minute pour se préparer à répondre à la question.

En attendant, je peux dire que les auteurs de l'étude Morgan, effectuée en 2015, ont utilisé une liste différente. L'analyse est donc différente. Ils ont également utilisé des données plus vieilles que les nôtres. Nous avons investi des sommes d'argent afin d'obtenir les données les plus récentes. D'ailleurs, c'est ce qui nous a permis d'établir le modèle que nous avons présenté aujourd'hui.

[Traduction]

Je ne sais pas si Carleigh a quelque chose à ajouter.

**Mme Carleigh Malanik:** En particulier, si vous parlez de son article de 2015, vous avez tout à fait raison: les différences concernent principalement la méthodologie et, dans une moindre mesure, la portée. Nous avons utilisé une liste de médicaments, mais cet article de 2015 n'en faisait pas de cas. C'était encore plus englobant.

En dehors de cela, il était question d'hypothèses concernant, par exemple, une augmentation des volumes attribuable à une diminution des coûts pour le patient. Les conséquences de la substitution des produits génériques dans notre base de données ont été ciblées en fonction de ce que nous avons observé à l'échelle nationale, tandis que le rapport de M. Morgan utilisait des taux observés dans les régimes publics et ciblait un taux particulier. Plutôt que de tabler sur un rabais de 25 %, les prix eux-mêmes ciblaient d'autres nations et ils variaient selon les catégories de médicaments.

Enfin, je crois que nous avons été en mesure de calculer ensemble — plus ou moins — la majoration et les frais des pharmaciens, alors que les chiffres de M. Morgan en la matière sont des estimations, des approximations.

**M. Ramez Ayoub:** Merci.

Je crois que mon temps de parole est écoulé.

**Le président:** Oui, il l'est.

Monsieur Davies, vous avez trois minutes.

**M. Don Davies:** Merci.

Mes questions seront courtes et ciblées.

Vous avez dit que votre rapport a fait l'objet d'un examen par les pairs. Qui a fait cet examen?

• (1635)

**Mme Carleigh Malanik:** Il y a une liste sur la couverture du rapport. Il s'agissait de deux personnes des milieux universitaires. Je m'excuse, mais je n'ai pas la dernière version avec moi.

**M. Don Davies:** Est-ce indiqué sur le contreplat? Est-ce que c'est bien là?

**Mme Carleigh Malanik:** Oui, c'est bien là.

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

**Mme Carleigh Malanik:** Outre ces universitaires, il y avait des représentants du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés et de l'Institut canadien d'information sur la santé.

**M. Don Davies:** Merci.

En ce qui concerne les coûts liés à la non-observance, j'ai cru comprendre que vous avez sagement renoncé à tenter de faire des estimations, pour les raisons que vous avez données, monsieur Askari. J'aimerais cependant savoir si d'autres intervenants indépendants ont déjà effectué des recherches afin de tenter d'évaluer les économies qui pourraient être réalisées quant aux coûts liés à la non-observance, si économies il y a? Je sais que vous ne pouviez pas le faire, mais est-ce que quelqu'un d'autre le pourrait?

**M. Mostafa Askari:** Je suis convaincu qu'il y en a d'autres qui pourraient le faire ou qui ont essayé de le faire. Je n'ai cependant jamais rien vu de tel dans une étude.

Jason, avez-vous vu quelque chose de semblable?

**M. Jason Jacques:** Oui, il y a eu un article qui portait justement sur le contexte canadien, mais la situation évoquée était celle du milieu des années 1990 et il s'agissait d'un échantillon très mince. L'étude ciblait très précisément un seul organisme, et elle avait plus de 20 ans. Même en vertu des standards du directeur parlementaire du budget, nous avons présumé que ce n'était pas une bonne idée d'utiliser ces chiffres.

**M. Don Davies:** Il faut donc comprendre que vous avez fait des recherches à cet égard.

**M. Jason Jacques:** Oui. C'était une analyse documentaire exhaustive.

**M. Don Davies:** Je vais vous poser une question très directe. C'est ce que je conclus de votre rapport. En vous basant sur vos hypothèses prudentes — laissant de côté certains facteurs de coût et utilisant une liste pancanadienne —, vous êtes arrivés à la conclusion que, même dans ce contexte, le Canada aurait économisé 4,2 milliards de dollars en 2015-2016. Ai-je tort de croire que les économies pourraient être plus importantes que cela? N'est-ce pas la conclusion à laquelle on devrait arriver compte tenu du fait que vous n'avez pas chiffré les cinq ou six facteurs d'économie que vous avez cernés, et que vous n'en avez pas tenu compte?

**M. Mostafa Askari:** Il se pourrait que ce soit moins que cela. Il se pourrait aussi que ce soit plus que cela, attendu que nous présumons aussi d'une augmentation de la consommation — ce qui est encore une évaluation — basée sur les chiffres contenus dans la documentation. La consommation pourrait être plus élevée que cela. C'est une possibilité.

**M. Don Davies:** D'accord, monsieur Askari, mais vous chiffrez l'augmentation possible de la consommation et vous arrivez à une évaluation. Je parle des cinq différents domaines — en fait, il y en a un peu plus que cela — que votre rapport décrit comme étant des facteurs d'économie, mais que vous n'avez pas chiffrés. Votre propre rapport dit: « Voici d'autres domaines où nous pourrions faire des économies, mais nous ne voulons pas mettre de chiffre là-dessus. »

Je fais l'hypothèse que s'il y a des économies — ces 4,2 milliards de dollars —, elles seront vraisemblablement plus importantes que cela. Y a-t-il quelque chose que je ne comprends pas?

**M. Jason Jacques:** La raison pour laquelle le directeur parlementaire du budget a établi ce chiffre, c'est qu'il s'agit pour nous d'une « valeur équilibrée ». En revanche, pour les évaluations d'économies pour 2015-2016, nous nous retrouvons avec l'application progressive et complète des économies réelles qui ont été négociées quant au prix des médicaments. Je crois bien que personne ici ne s'imagine que le gouvernement du Canada est en mesure de se négocier des économies immédiates de 25 % en criant ciseau... Ce n'est pas quelque chose qui va se produire du jour au lendemain. De plus...

**M. Don Davies:** Me permettez-vous...

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

**M. Jason Jacques:** De plus, il faut considérer les prix des médicaments comme étant des cibles en mouvement. En ce qui concerne la composition des médicaments et leur consommation, nous avons probablement le meilleur jeu de données de tout le secteur public. Ce sont des choses qui se transforment avec le temps.

Pour revenir à un sujet que j'ai évoqué tout à l'heure — mes collègues vont probablement vouloir m'étrangler pour en avoir parlé —, nous ne faisons pas ces prévisions pour montrer que nous allons avoir raison, mais bien pour fournir un cadre de planification aux parlementaires. Sur le plan conceptuel et compte tenu de ce qui est dans ce rapport, sommes-nous mal à l'aise d'être arrivés avec une évaluation raisonnable des économies qui pourraient être réalisées? Absolument. Pour faire ces économies, devra-t-on répondre à une foule de questions ouvertes en matière de mise en oeuvre? Absolument. Cette mise en oeuvre aura-t-elle une incidence directe sur les économies réelles que le gouvernement fédéral pourrait dégager? Très probablement.

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

Il est 16 h 40. Nous avons suffisamment de temps pour une autre série de questions de cinq minutes. Est-ce que tout le monde est d'accord?

Au préalable, je veux préciser que la prochaine réunion de jeudi se fera en table ronde. Nous n'avons aucune réunion le 24 et le 26. Le 31, nous aurons des instructions de rédaction. Je voulais simplement m'assurer que tout le monde est au clair là-dessus, car je crois qu'il y avait une certaine confusion à ce sujet.

Pour la prochaine série de questions, le premier sur ma liste est M. Oliver.

**M. John Oliver:** Merci.

Tout d'abord, j'aimerais être bien certain de comprendre ce que contiennent les régimes d'assurances publics et les régimes d'assurance privés. J'essaie seulement de voir ce à quoi les contribuables contribuent déjà.

Les employés du groupe formé par les collèges, les hôpitaux, les universités, les municipalités, les écoles, et les employés des gouvernements sont couverts par le régime de leur employeur. Seraient-ils assujettis aux régimes d'assurance privés ou au régime d'assurance public?

• (1640)

**Mme Carleigh Malanik:** Ils feraient partie des régimes d'assurance privés.

**M. John Oliver:** Dans ce cas, les contribuables paient déjà pour les 13 milliards de dollars qui sont dans les régimes d'assurance publics. Pour ce qui est de ce montant de 10,7 milliards de dollars, avez-vous une idée de ce qui provient des employeurs privés et de ce qui provient des employeurs privés financés publiquement dont je viens de parler?

**Mme Carleigh Malanik:** Non, nous ne le savons pas.

**M. John Oliver:** Les contribuables couvrent donc déjà une très grande proportion du coût de ces médicaments. Je croyais que leur contribution se limitait à ces 13 milliards de dollars. Cela rend la mise en oeuvre beaucoup plus abordable.

Outre les quelque 3,8 milliards de dollars qui ont été exclus en fonction de la liste des médicaments couverts par la RAMQ, j'ai vu une sous-note indiquant que ces médicaments étaient surtout des pansements ou des pansements avec des additifs médicinaux. Quoi d'autre est exclu? Quelles sont les autres choses auxquelles le cotisant d'un régime privé n'aurait pas accès à cause de la liste de la RAMQ? Outre les pansements, s'agit-il surtout de médicaments de bien-être?

**Mme Carleigh Malanik:** Les pansements avec des additifs médicinaux dont vous parlez sont ceux que je n'ai pas été en mesure de... Ils sont sur la liste de la RAMQ. Je n'ai tout simplement pas été en mesure de les lier à notre jeu de données. Cela ne veut pas dire qu'ils sont absents du régime privé.

Les montants dont vous soulignez l'absence ne figurent que dans le régime privé et ils feraient partie des 3,9 milliards de dollars que nous n'avons pas regardés. En fait, nous n'avons pas réexaminé ce qu'il y a là-dedans, mais nous avons cette information.

**M. John Oliver:** On vous l'a peut-être demandé, mais vous serait-il possible, assez facilement, d'isoler cette information afin que nous ayons une idée de ce qui serait exclu? Dans l'éventualité où nous irions de l'avant avec ce régime, ces renseignements pourraient nous donner une idée de ce à quoi les employés auraient ou n'auraient pas accès. Est-ce que ce sont des renseignements auxquels vous avez accès?

**Mme Carleigh Malanik:** Oui. Nous pourrions ventiler ces 3,9 milliards de dollars.

**M. John Oliver:** Formidable. Il sera utile de savoir ce qui serait exclu.

Tentons un exemple. Disons qu'il s'agit d'une mère seule, sans emploi et sans avantages sociaux, qui amène son enfant chez le médecin. Selon ce modèle, le médecin de famille ou l'infirmière praticienne lui écrirait une ordonnance. L'ordonnance serait ensuite contrôlée en fonction de la liste qui sera retenue — liste qui, souhaitons-le, sera pancanadienne et aura été mise au point conjointement par le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires. Enfin, la mère se rendrait dans une pharmacie pour y faire préparer l'ordonnance.

Selon les résultats de l'examen des ressources, une contribution de 5 \$ pourrait être exigée. Je présume que cela dépendra de ce qu'elle choisira: les médicaments de marque ou les médicaments génériques. Avec un système à un seul payeur, le coût de ces médicaments serait vraisemblablement couvert par la province ou par le territoire par l'intermédiaire des systèmes de paiement en place dans les pharmacies — que ce soit le Programme de médicaments de l'Ontario ou d'autres régimes provinciaux. Elle serait capable de rentrer chez elle.

Ce qu'il nous en coûterait pour que le gouvernement fasse cela, c'est environ 20,4 milliards de dollars, et nous dépensons déjà plus de 23 milliards de dollars pour les personnes employées au Canada. Nous pourrions donc fournir un régime d'assurance-médicaments à cette mère de famille et quand même nous en tirer avec 4 milliards de dollars d'économies, du moins, selon ce que vous avez identifié comme étant des économies.

**Mme Carleigh Malanik:** En fin de compte, les Canadiens sont ceux qui paient pour tout dans cette affaire. Si vous parlez de ceux qui paient, eh bien oui, il est toujours question des contribuables.

**M. John Oliver:** Oui, mais ils déboursent déjà 13,1 milliards de dollars. Ensuite, une bonne partie de ces 10,7 milliards de dollars est payée par les employés des collèges, hôpitaux, etc. et des gouvernements. Donc, le contribuable contribue déjà de toute manière.

Aux employeurs du privé — les vrais employeurs du privé, pas les entreprises qui ont un certain nombre d'employés et leur propre régime d'avantages sociaux —, nous pourrions dire que nous allons assurer leurs employés et leur offrir un important... Nous pourrions leur dire que nous allons couvrir leurs employés et qu'ils vont récupérer une part importante des cotisations qu'ils versent à leur régime actuel. Est-ce bien ce qu'il faut comprendre, selon les hypothèses qui seront formulées quant à la concrétisation de ce paiement, ces 20,4 milliards de dollars?

**Mme Carleigh Malanik:** Si je comprends bien, vous cherchez à savoir ce que les Canadiens paient plutôt que ce que les gouvernements paient, c'est bien cela?

**M. John Oliver:** Ce sont les gouvernements et les employeurs du secteur privé qui ont des régimes pour leurs employés. Nous pourrions également leur dire que nous allons couvrir leurs employés, nous assurer qu'ils aient accès aux médicaments qu'il leur faut pour rester en santé pour le travail et les informer qu'ils vont faire des économies par-dessus le marché.

**Mme Carleigh Malanik:** Je ne sais pas comment sont répartis ces 10,7 milliards de dollars, mais l'idée est que, oui, le gouvernement fédéral se chargerait de payer cela et que tous les autres assureurs seraient remplacés par ce programme d'assurance-médicaments pour ces médicaments. Je regrette de ne pas pouvoir vous en dire plus sur la répartition de ces 10,7 milliards de dollars.

• (1645)

**M. John Oliver:** D'accord.

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

**M. Jean-Denis Fréchette:** Je vous prie de m'excuser, monsieur le président, mais pourrais-je ajouter quelque chose à cela?

**Le président:** Oui, mais soyez bref.

**M. Jean-Denis Fréchette:** Le rapport contient un passage intéressant qui porte précisément sur ce que vous dites. Je crois que la question a été posée par les membres de votre comité, à savoir comment les fonctionnaires sont couverts par l'assurance privée de la fonction publique, qui est chiffrée à 654 millions de dollars. C'est exactement ce que le régime national d'assurance-médicaments couvrirait pour la même clientèle — c'est la magie des nombres —, c'est-à-dire la fonction publique et les membres de votre comité. On nous dit qu'un programme national couvrira exactement ce que les compagnies d'assurance privées couvrent présentement pour la fonction publique.

**M. John Oliver:** Et économiser les frais d'administration en plus?

**M. Jean-Denis Fréchette:** C'est vous qui le dites.

**Des voix:** Oh, oh!

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à Mme Gladu, pour cinq minutes.

**Mme Marilyn Gladu:** Merci, monsieur le président.

Si nous décidons d'aller de l'avant avec un programme national d'assurance-médicaments, je présume que nous allons devoir embaucher des fonctionnaires additionnels pour administrer ce programme. Votre rapport tient-il compte de ces coûts additionnels? Dans l'affirmative, combien faudra-t-il d'employés selon vous?

**M. Mostafa Askari:** Lorsque nous avons réfléchi à la façon dont le plan serait mis en oeuvre, nous n'avons pas tenu compte de l'entité qui allait s'occuper de son administration. Si le programme est approuvé et que le gouvernement fédéral souhaite le mettre en oeuvre, il devra évidemment négocier avec les provinces pour déterminer quelle forme prendra la mise en oeuvre.

Les provinces assument déjà des coûts de 13 milliards de dollars pour offrir un tel programme. Toutefois, si des négociations ont lieu, il va de soi qu'elles n'auront rien de facile. Quant à la façon dont ils décideront si le programme sera géré entièrement par le gouvernement fédéral ou si chaque province offrira un programme distinct auquel le gouvernement fédéral contribuera, nous n'en avons nullement tenu compte.

**Mme Marilyn Gladu:** Je tente également de déterminer exactement combien d'argent il nous faudrait investir, en plus de ce que nous payons déjà, pour mettre en oeuvre ce programme. En ce qui concerne ce qui figure dans la colonne intitulée « Public », s'agit-il de fonds qui proviennent en ce moment des paiements de transfert du gouvernement fédéral, ou est-ce qu'une partie de ces fonds sont engagés aussi par les provinces?

**Mme Carleigh Malanik:** Ces 13,1 milliards de dollars correspondent à la somme que les provinces dépensent pour offrir leurs régimes d'assurance-médicaments publics, mais elles reçoivent effectivement le Transfert canadien en matière de santé. Toutefois, ces transferts ne sont pas censés financer uniquement les produits pharmaceutiques, mais plutôt un grand nombre d'autres services de santé. Les provinces reçoivent ces transferts comme des revenus généraux qu'elles peuvent dépenser comme bon leur semble. Vraisemblablement, une part de ces transferts sert à payer quelques-unes des dépenses liées à l'achat de médicaments, mais nous ne savons pas dans quelle mesure.

**Mme Marilyn Gladu:** Alors, vous n'êtes pas en mesure d'affirmer que c'est vraiment la différence entre les 19,3 milliards de dollars que le programme nécessitera et les 13,1 milliards de dollars que nous transférons déjà aux provinces que nous devons inscrire dans le poste budgétaire.

**Mme Carleigh Malanik:** C'est exact. Je le répète, le Transfert canadien en matière de santé est destiné à financer bien plus que les produits pharmaceutiques.

**Mme Marilyn Gladu:** Fort bien.

Vous êtes-vous livrés à des analyses comparatives avec d'autres pays? Il y a beaucoup d'endroits dans le monde où des programmes nationaux d'assurance-médicaments sont offerts. Avez-vous examiné combien coûtent ces programmes? Y a-t-il des renseignements que nous pourrions utiliser comme points de repère pour déterminer si ce montant est raisonnable?

**Mme Carleigh Malanik:** Lorsque nous avons examiné la documentation, nous n'avons rien trouvé d'assez précis pour que nous puissions établir des comparaisons. Toutefois, nous nous sommes servis de la documentation internationale pour appuyer nos hypothèses. Par exemple, l'hypothèse selon laquelle le volume augmentera de 12,5 % a été calculée à partir de l'élasticité des prix. Nous avons utilisé l'élasticité des prix canadiens, mais nous avons consulté la documentation internationale pour déterminer la mesure dans laquelle elle est comparable à celle des autres nations, et nous avons constaté que ces valeurs étaient assez uniformes. Voilà en quelque sorte la façon dont nous nous sommes servis de la documentation internationale.

**Mme Marilyn Gladu:** J'ai une question particulière à vous poser. La plupart des médicaments anticancéreux figurent-ils sur le formulaire québécois?

**Mme Carleigh Malanik:** Je n'ai pas de réponse précise à vous donner à cet égard, et je vais vous expliquer pourquoi. Nous pourrions trouver la réponse à cette question, étant donné que nous avons des renseignements sur tous les médicaments qui sont distribués et payés dans des pharmacies établies à l'extérieur des hôpitaux et qui sont répertoriés dans le régime du Québec.

J'ignore, en particulier, comment les médicaments anticancéreux sont administrés et si un grand nombre d'entre eux le sont dans les hôpitaux. Si c'est le cas, nous n'avons pas de renseignements sur eux. S'il y avait une façon de distinguer tous les médicaments anticancéreux, nous pourrions examiner la liste et déterminer ceux qui y figurent.

• (1650)

**Mme Marilyn Gladu:** Je me pose la même question au sujet des soins palliatifs. Je ne sais pas comment les soins palliatifs sont payés au Québec. Les médicaments administrés dans le cadre de soins palliatifs sont-ils couverts en vertu du formulaire québécois?

**Mme Carleigh Malanik:** Il se peut que certains des médicaments énumérés dans le régime soient couverts. Encore une fois, je ne peux vous fournir une réponse définitive à cet égard. Toutefois, pourvu que ces médicaments aient été achetés en pharmacie, nous disposons de renseignements sur eux.

**Mme Marilyn Gladu:** C'est peu probable si les patients se trouvaient dans un hospice ou un hôpital?

**Mme Carleigh Malanik:** C'est exact.

**Mme Marilyn Gladu:** D'accord.

Voilà mes questions, monsieur le président. Merci.

**Le président:** Le prochain intervenant est M. Davies, qui dispose de cinq minutes.

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

Envisageons maintenant l'avenir. Comme M. Jacques l'a signalé, nous émettons un grand nombre d'hypothèses en ce moment, et de nombreux éléments changeront pendant la mise en oeuvre de cette initiative. Le déploiement complet d'un tel régime, la réalisation de toutes les économies potentielles ou même la matérialisation des facteurs de coût du programme pourraient exiger trois, quatre, cinq ou même dix ans.

Je veux me concentrer sur certains de vos chiffres. Vous avez utilisé l'exercice 2015-2016 un peu comme une année de base. Si j'ai bien compris, selon le formulaire du Québec, notre nation aurait dépensé 4,2 milliards de dollars de moins que cette année-là, si elle avait bénéficié d'un programme national d'assurance-médicaments.

**Mme Carleigh Malanik:** Oui. De plus, les 24,6 milliards de dollars de médicaments engagés par la RAMQ correspondent au montant que vous devriez utiliser pour établir une comparaison.

**M. Don Davies:** Fort bien. Je comprends qu'il y a la somme de 20 milliards de dollars, mais vous avez soustrait de celle-ci 4 milliards de dollars de médicaments qui ne seraient pas couverts en vertu d'un formulaire.

**Mme Carleigh Malanik:** C'est exact.

**M. Don Davies:** La réalité, c'est que notre pays a dépensé 24 milliards de dollars en 2015-2016, alors que nous aurions pu dépenser environ 20 milliards de dollars. Ma compréhension est-elle exacte?

**Mme Carleigh Malanik:** Oui.

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

Vous avez extrapolé vos chiffres jusqu'à l'année 2021, et vous dites que les coûts nets d'un programme national d'assurance-médicaments s'élèveraient alors à 22,6 milliards de dollars.

**Mme Carleigh Malanik:** Oui.

**M. Don Davies:** J'ai un certain nombre de questions à vous poser à ce sujet, mais je vais commencer par celle qui, selon moi, est la plus importante: quel montant aurions-nous dépensé cette année-là en l'absence d'un programme national d'assurance-médicaments? Autrement dit, quelles économies réaliserions-nous en 2021?

**Mme Carleigh Malanik:** Je crois que ce chiffre figure dans le rapport.

Mark, vous souvenez-vous du montant?

**M. Mark Mahabir (directeur des politiques (coût) et avocat général, Bureau du directeur parlementaire du budget, Bibliothèque du Parlement):** Il figure dans le résumé du rapport. Nous avons utilisé les mêmes facteurs pour établir notre niveau de référence. Par conséquent, les économies sont restées exactement les mêmes pendant cette période de cinq années, à savoir 4,2 milliards de dollars.

**M. Don Davies:** D'accord. Nous économiserions 4,2 milliards de dollars au cours de chacune des années...

**M. Mark Mahabir:** Oui.

**M. Don Davies:** ... de votre extrapolation de cinq ans, selon vos hypothèses. Ai-je bien compris?

**Mme Carleigh Malanik:** Oui.

**M. Don Davies:** Merci.

L'une des questions que je me pose au sujet de votre hypothèse concernant les dépenses, c'est que vous présumez que nous avons dépensé 19,3 milliards de dollars en 2015-2016, puis 22,6 milliards de dollars... C'est 3,3 milliards de dollars de plus. D'après mes mauvais calculs, cela représente une hausse de 17 %, ce qui correspond à une augmentation d'environ 6 % par année. Dix-sept pour cent divisés par trois équivalent à 5,8 % et quelques poussières. Je suis simplement curieux de savoir comment vous avez obtenu ce chiffre. Ce taux d'augmentation annuelle semble plutôt élevé. Comment êtes-vous arrivé à cette hypothèse?

**M. Mark Mahabir:** Je vous remercie de votre question.

Nous avons utilisé les facteurs de coût que le CEPMP a publiés au cours de la période des quatre dernières années. Plusieurs facteurs ont été pris en considération pour évaluer la croissance. Le principal facteur était le coût des produits biologiques, qui a grandement contribué à la croissance des coûts. Quant aux médicaments brevetés, leurs coûts ont en fait diminué de 1,8 % au cours des quatre dernières années. La majeure partie de la hausse était attribuable à l'utilisation de médicaments extraordinaires pour soigner l'hépatite C, soit les antiviraux à action directe. Ces antiviraux contribuent à une grande part des coûts, tout comme les produits biologiques.

Nous avons tenu compte d'une diminution du coût annuel total des antiviraux à action directe, mais nous avons prévu une augmentation des produits biologiques au cours de la période de cinq ans. Cela est dû au fait que les produits biologiques coûtent beaucoup plus cher que les autres médicaments.

**M. Don Davies:** Je veux poser une dernière brève question parce qu'à mon avis, elle est liée à la partie essentiellement cruciale de l'étude qui nous occupe, et je tiens à m'assurer que je l'ai bien comprise. Cette étude suppose que 12 % des Canadiens qui, en ce moment, ne bénéficient en fait d'aucune couverture seront couverts en vertu du système, et que nous réaliserons tout de même des économies annuelles de 4,2 milliards de dollars. Ai-je bien compris ce que vous avez dit? Nous épargnerions 4,2 milliards de dollars par année, tout en offrant une couverture à 12 % des Canadiens, qui n'en ont pas.

Je constate que vous hochez tous la tête. La réponse est donc « oui »?

•(1655)

[Français]

**M. Jean-Denis Fréchette:** Oui.

[Traduction]

**Mme Carleigh Malanik:** Oui.

**M. Jean-Denis Fréchette:** Vous avez raison.

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

Merci. Je n'ai plus aucune question.

**Le président:** Merci beaucoup.

Monsieur Eyolfson.

**M. Doug Eyolfson:** Merci, monsieur le président.

Madame Malanik, j'aimerais revenir sur quelque chose que vous avez dit au tout début de votre exposé. Vous avez parlé des dépenses des particuliers, et vous avez indiqué que, dans votre analyse, ces dépenses ne comprenaient pas les primes d'assurance.

**Mme Carleigh Malanik:** Oui, c'est exact.

**M. Doug Eyolfson:** D'accord. Je ne vais pas vous demander des chiffres à cet égard, mais j'ai une question à vous poser à propos des

tendances, en particulier les tendances générales de la société. Pour gérer notre économie, nous imposons aux employeurs des charges sociales, et des gens critiquent toujours ces charges en affirmant qu'elles peuvent nuire à notre économie parce que les employeurs sont forcés de les assumer.

Voici ce qui n'a pas été mentionné dans votre étude: diriez-vous que ce programme pourrait atténuer une partie des charges sociales qu'un grand nombre d'employeurs du secteur privé doivent assumer?

**Mme Carleigh Malanik:** Oui, il pourrait le faire. Je précise encore une fois que nous ne savons pas ce qui arriverait aux salaires qui seraient versés pour remplacer cet avantage que les employeurs n'offraient plus.

**M. Doug Eyolfson:** Oui, je comprends cela. Je sais que ce serait trop... Comme je l'ai indiqué, cela dépasse... donc, d'ici là, nous émettrons des hypothèses, mais seulement la question binaire... Le programme dispenserait-il les employeurs de payer cette partie d'une charge sociale?

**Mme Carleigh Malanik:** Oui.

**M. Doug Eyolfson:** Fort bien. Merci.

Il me reste encore du temps. Quelqu'un d'autre a-t-il des questions à poser? D'accord. Nous n'avons plus de question à poser.

Merci.

**Le président:** Merci beaucoup. Cela met fin à notre série de questions supplémentaire.

Une sonnerie retentira bientôt pour nous inviter à aller voter. Par conséquent, je vais suggérer de conclure la séance. Est-ce...?

Monsieur Van Kesteren.

**M. Dave Van Kesteren:** Madame Malanik, je souhaite simplement clarifier une question à ce sujet. La question que M. Eyolfson a posée concernait la façon dont le programme réduirait les coûts des employeurs, mais ne pourrait-on pas dire sans trop risquer de se tromper qu'en période de déficit — car notre gouvernement est dans une situation déficitaire —, le coût global que les Canadiens assumeraient s'élèverait à 4 milliards de dollars? Je cherche à trouver un juste équilibre en ce moment. D'une part, ce programme semble vraiment merveilleux, mais ai-je tort de supposer qu'il accroîtra notre déficit?

C'est ce qui me rendait fou lorsque je faisais partie du comité des finances: nous ne songions jamais à qui nous devons de l'argent alors que nous devons 700 milliards de dollars. Ce sont les Canadiens qui doivent cet argent. Par conséquent, cela n'aurait-il pas...?

**Le président:** En toute justice, quelle est votre question?

**M. Dave Van Kesteren:** Cela n'aurait-il pas simplement pour effet d'accroître l'endettement général des Canadiens? Cette supposition est-elle raisonnable?

**M. Mostafa Askari:** Eh bien, ces coûts sont transférés du secteur privé au gouvernement. Ce que nous ignorons — et c'est la question qui a été soulevée plus tôt —, c'est quelle portion de l'assurance privée fournie est en réalité payée par les gouvernements ou des institutions publiques. Nous ne le savons pas encore. Nous n'avons pas vraiment analysé cette ventilation.

Cela vous indiquera de façon nette combien les contribuables devront payer au total, en raison de la mise en œuvre de ce programme, mais il s'agit certainement d'un transfert de ces... C'est comme les soins de santé. Si nous ne disposions pas d'un système national de soins de santé, les employeurs en auraient fourni un à l'aide d'assurances. Mais puisque nous en avons un, ils n'ont manifestement pas besoin de le faire.

Le programme réduira le fardeau et les coûts des entreprises qui offrent ce genre d'assurances. Il entraînera certains coûts supplémentaires pour les contribuables, parce que nous présumons que le secteur public acceptera d'assumer la responsabilité en entier. La façon dont les gouvernements financeront ce programme est une toute autre question, parce qu'il faut alors se demander si le gouvernement pourra trouver l'argent nécessaire dans l'enveloppe dont il dispose

déjà, ou s'il devra emprunter davantage d'argent pour en payer les coûts. C'est là un autre enjeu.

**Le président:** Merci beaucoup.

Au nom du Comité, je tiens vraiment à vous remercier de l'excellent travail que vous avez accompli à cet égard et de vous dire à quel point il est utile. Votre travail aura certainement une grande incidence sur notre rapport au Parlement. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Je tiens également à dire qu'à mon avis, nous avons obtenu aujourd'hui les réponses les plus claires que nous ayons jamais reçues pendant une séance du Comité — je dis bien jamais. Il n'y a eu aucune possibilité de malentendu. Les réponses étaient très claires et précises. Je vous en remercie infiniment au nom du Comité.

La séance est maintenant levée.

---







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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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

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

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

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

---

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante : <http://www.noscommunes.ca>

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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

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

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

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

---

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