



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 006



1^{re} SESSION



42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 13 avril 2016

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le mercredi 13 avril 2016

• (1545)

[Traduction]

Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)):
La séance est ouverte. Nous avons le quorum.

Nous avons hâte d'entendre les témoins. Je vois que de vieux amis sont revenus nous voir.

Quatre organisations vont comparaître aujourd'hui. Chaque organisation a 10 minutes pour son exposé, et je vais vous montrer un petit carton rouge quand vos 10 minutes seront écoulées. Nous sommes toujours impatients de pouvoir poser des questions.

Nous allons procéder dans l'ordre suivant: le ministère de la Santé en premier; l'Institut canadien d'information sur la santé en deuxième; le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés en troisième; et, en dernier, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Nous passerons ensuite à la période de questions.

Je vous souhaite la bienvenue à notre séance du comité. Beaucoup de gens se sont présentés aujourd'hui; vous devez être populaires.

Merci beaucoup.

La parole va aux représentants du ministère de la Santé.

Mme Abby Hoffman (sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique, ministère de la Santé):
Merci, monsieur le président.

Bonjour et merci de nous avoir invités à témoigner devant le Comité.

Je suis accompagnée de deux collègues de Santé Canada, Mme France Hall, directrice par intérim du Bureau des stratégies de gestion des produits pharmaceutiques, et M. Scott Doidge, directeur général de la Direction des services de santé non assurés de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

D'abord, je vais axer mes observations sur le rôle du gouvernement fédéral, en particulier quant aux politiques pharmaceutiques et à l'assurance-médicaments, puis j'aborderai l'état actuel de l'assurance-médicaments au pays et je terminerai en abordant différentes approches possibles visant à renforcer le régime pour les Canadiens.

Les produits pharmaceutiques sont une responsabilité que se partagent les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Comme vous le savez, les provinces et les territoires sont responsables de l'organisation et de la prestation de services de soins de santé sur leurs territoires respectifs. En ce qui concerne les médicaments, il s'agit notamment, à leur discrétion, de fournir une assurance-médicaments aux citoyens admissibles et de déterminer quels médicaments sont remboursables dans le cadre de l'assurance-médicaments. De manière générale, il s'agit de ceux qui figurent sur le formulaire du régime, et dans certains cas, ce formulaire peut aussi servir à décrire les conditions relatives à certains types ou catégories de médicaments. Les provinces et les territoires participent

également à la négociation des prix des médicaments brevetés avec les fabricants au moyen d'ententes relatives à l'inscription des produits et à la réglementation des prix des médicaments génériques.

En outre, les provinces ainsi que les organismes de réglementation de la médecine peuvent réglementer la prescription et les pratiques de distribution des professionnels de la santé.

Tandis que les provinces et les territoires administrent en majeure partie la couverture du régime public d'assurance-médicaments, le gouvernement fédéral, pour sa part, a des responsabilités distinctes, à ce chapitre.

Par le truchement de l'Institut canadien de recherche en santé, le gouvernement fédéral finance la recherche fondamentale et les essais cliniques.

Nous protégeons la propriété intellectuelle dans le cas des brevets et des données par le biais de l'Office de la propriété intellectuelle du Canada, qui est chapeauté par Industrie Canada, et la Direction générale des produits de santé et des aliments de Santé Canada.

Nous examinons les demandes des fabricants qui souhaitent commercialiser un produit en territoire canadien pour déterminer si le produit en question respecte ou non les normes réglementaires établies en matière d'innocuité, d'efficacité et de qualité. Une fois que la vente est autorisée, nous surveillons l'innocuité du produit.

En ce qui concerne l'assurance-médicaments, certains régimes sont encadrés par divers ministères fédéraux dans le cas des populations fédérales, dont les Premières Nations et les Inuits, les Forces armées canadiennes, les anciens combattants du Canada, la GRC, les détenus sous responsabilité fédérale et les immigrants et les réfugiés désignés par le ministère de l'Immigration, des Réfugiés et de la Citoyenneté.

Par ailleurs, en tant que plus grand employeur au Canada, le gouvernement fédéral offre une assurance-médicaments aux employés de la fonction publique et aux personnes à leur charge.

Enfin, le gouvernement fédéral réglemente les prix des médicaments brevetés par l'intermédiaire du Conseil d'examen du prix de médicaments brevetés, mais vous aurez plus de détails à ce sujet dans quelques minutes.

Nous sommes également responsables, de pair avec les provinces et les territoires, de soutenir deux organismes essentiels qui oeuvrent dans ce domaine; vous pourrez entendre leurs représentants dans quelques moments.

En janvier, le gouvernement fédéral a rejoint l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, l'APP. L'Alliance est une initiative des premiers ministres qui remonte à 2010. Elle rassemble le pouvoir d'achat des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux afin de négocier des prix plus avantageux pour les médicaments. La négociation avec les fabricants des médicaments recommandés par l'ACMTS pour inscription au formulaire est étudiée par l'APP, et ce, au nom de tous les régimes publics. L'APP gère également un projet parallèle pour les médicaments génériques.

En mars 2015, le nombre de négociations conjointes sur les médicaments de marque réalisées par l'APP atteignait 63, et des réductions de prix ont aussi été obtenues dans le cas de 14 médicaments génériques. Cela s'est traduit par des économies annuelles estimées à 490 millions de dollars.

Je vais maintenant aborder le sujet de l'assurance-médicaments au Canada. Il y a quelques semaines, je me suis adressée au Comité au sujet de la Loi canadienne sur la santé et j'ai fait remarquer que les différents gouvernements du Canada offrent la couverture au premier dollar pour les services médicaux ou hospitaliers nécessaires sur le plan médical, y compris pour les médicaments administrés à l'hôpital. Or, le paiement des médicaments pris hors du milieu hospitalier est versé par un mélange de régimes publics discrétionnaires, d'assurances privées — généralement associées à l'emploi — et de dépenses personnelles.

Sur les 29 milliards de dollars dépensés en médicaments l'année dernière, les régimes publics ont contribué à hauteur de 12 milliards de dollars, soit 43 %, la part des régimes privés était de 10 milliards de dollars, soit 35 %, et les 6 milliards de dollars restants, qui représentent 22 %, ont été personnellement payés par les particuliers et leur famille, que ce soit des achats directs ou des cotisations sous la forme de franchises ou de copaiements liés au régime d'assurance privé de la personne.

Voici à quoi ressemble la situation actuelle de la couverture en assurance-médicaments: environ 57 % des Canadiens ont un régime parrainé par leur employeur, et 21 % sont protégés par les régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux qui couvrent des groupes précis comme les aînés, les bénéficiaires de l'aide sociale ou ceux qui souffrent de maladies particulières. Les conditions et les critères d'admissibilité varient d'une province ou d'un territoire à l'autre. Environ 3 % des Canadiens sont couverts par des régimes d'assurance-médicaments fédéraux que j'ai mentionnés il y a quelques minutes.

Cela veut dire qu'environ 10 % des Canadiens n'ont accès à aucune forme utilisable d'assurance-médicaments. Pour ces personnes, la seule protection, si elle est offerte par leur province ou leur territoire de résidence, est la couverture des médicaments onéreux, en général uniquement déclenchée si les coûts des médicaments pour un particulier sont très élevés. Les seuils d'une telle couverture varient entre les coûts des médicaments qui représentent entre aussi peu que 1,25 % du revenu familial net d'une personne et pas moins de 12 %. Une autre tranche de 10 % des Canadiens pourrait être considérée comme sous-assurée. Les personnes dont il est question sont confrontées à des coûts de médicaments très élevés qui dépassent les limites de leur régime d'assurance-médicaments, ce qui les laisse aux prises avec d'importantes sommes à payer personnellement.

Au fil du temps, d'autres éléments sont ajoutés aux régimes d'assurance-médicaments, mais, je le redis, les coûts et l'admissibilité de ces régimes varient. Je vais me limiter à un exemple: un couple âgé de plus de 65 ans avec un revenu net de 35 000 \$ par année qui a

des dépenses annuelles de 1 000 \$ en médicaments d'ordonnance ne paiera aucuns frais directs au Yukon, mais paierait 1 000 \$ au Nouveau-Brunswick ou à Terre-Neuve. Voilà un exemple de cette variabilité. Dans le même ordre d'idées, la protection des régimes d'assurance-médicaments privés varie également. Il existe des milliers de régimes privés d'assurance-médicaments au Canada. Certains de ces éléments sont similaires parce qu'ils sont gérés par un petit nombre de grands assureurs, mais ils varient eux aussi grandement en matière d'avantages, de copaiements, de franchises, de plafonds, etc.

Tandis que les régimes publics contrôlent les coûts en se servant de formulaires basés sur l'évaluation clinique de la rentabilité, des négociations musclées des prix et la substitutions de produits génériques, les régimes privés, quant à eux, sont plus à même d'inscrire n'importe quel médicament dont la vente est autorisée par Santé Canada, puis d'agir en preneurs de prix.

Bien que notre système mixte public et privé offre une protection à la majorité des Canadiens, des défis importants doivent être relevés: la couverture et les coûts varient; entre 10 et 20 % de la population n'ont aucune couverture, ou cette dernière est inadéquate; et le grand nombre de payeurs fait obstacle aux négociations de prix. La situation que je viens de décrire est le contexte dans lequel le gouvernement s'engage à améliorer l'accessibilité aux médicaments et à les rendre plus abordables. L'enjeu dont il est question constitue l'une des priorités que les ministres de la Santé FPT ont convenu d'aborder en janvier dernier dans le cadre de leurs discussions menant à un nouvel Accord sur la santé.

Je terminerai par quelques observations sur ce qu'il nous en coûterait d'inclure les médicaments d'ordonnance à titre de service assuré en vertu de la Loi canadienne sur la santé. Les médicaments d'ordonnance seraient traités de la même façon que les soins médicaux et hospitaliers au Canada, et aucun coût direct ne serait attribué aux patients. Les médicaments d'ordonnance seraient financés et administrés publiquement. Cette approche réglerait à coup sûr la situation problématique des Canadiens qui renoncent aux médicaments prescrits en raison d'un coût direct. L'accès serait fonction des besoins médicaux et non de la capacité de payer. Cependant, les gouvernements canadiens devraient peut-être assumer des coûts très supérieurs dans ce modèle. Dans notre système actuel, les employeurs et les particuliers assument 50 % des 29 milliards de dollars dépensés chaque année en médicaments d'ordonnance, il est donc clair qu'une partie importante des coûts reviendrait aux gouvernements. Malgré de probables gains d'efficacité en ce qui concerne l'administration et les prix, et malgré une forte probabilité que la protection de l'ensemble des personnes couvertes par un système public soit harmonisée, les dépenses en médicaments du secteur public, quant à elles, augmenteraient considérablement.

La seconde approche générale qui s'offre à nous serait de tirer parti du système de financement mixte en vigueur. Dans cette stratégie, le système actuel canadien pourrait être adapté pour en améliorer l'équité, l'efficacité et l'uniformité, et ce, en évitant un changement radical du niveau de financement public. La couverture pourrait être élargie afin de combler les lacunes actuelles, et des mesures d'incitation pourraient servir à harmoniser la protection offerte par les régimes publics et privés existants. L'ensemble des plans pourrait bénéficier des négociations conjointes de prix, d'un système commun d'évaluation des médicaments et d'un formulaire national unique. Vous aurez peut-être l'occasion d'entendre des témoignages d'experts qui vous présenteront leurs points de vue sur le coût différentiel et les caractéristiques d'une telle approche. Certains d'entre eux diront peut-être que cette approche est probablement plus réaliste et plus prudente sur le plan financier au Canada.

• (1550)

Bien entendu, tout système d'assurance-médicaments comporte des avantages et des inconvénients. Tout modèle de couverture, peu importe laquelle des deux stratégies générales sera retenue, doit, pour être durable, relever le défi que présente le prix élevé des médicaments au Canada, d'une part, en optimisant les fonds disponibles par discipline en ce qui a trait à l'inscription et à la prescription des différents médicaments, et d'autre part, en disposant de l'information nécessaire pour étayer les différentes décisions qui doivent être prises.

Mes collègues se chargeront d'aborder certaines de ces questions.

Monsieur le président, je vais m'arrêter ici. Je suis disposée à répondre à toutes vos questions plus tard au cours de la séance.

Merci.

Le président: Vous avez certainement présenté beaucoup d'information en 10 minutes.

Merci beaucoup.

La parole va maintenant aux représentants de l'Institut canadien d'information sur la santé.

• (1555)

M. Brent Diverty (vice-président du secteur des programmes, Institut canadien d'information sur la santé): Merci beaucoup, monsieur le président. Je m'appelle Brent Diverty et je suis le vice-président du secteur des programmes. Je suis accompagné par mon collègue, Michael Gaucher, notre directeur des Services d'information sur les produits pharmaceutiques et la main-d'oeuvre de la santé. C'est avec plaisir que je vais témoigner devant vous aujourd'hui.

Au nom de l'Institut canadien de l'information sur la santé, je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de me présenter devant le Comité permanent de la santé. Depuis 1994, nous jouons un rôle unique dans le secteur de la santé au Canada. En collaboration avec un large éventail d'intervenants, nous assurons la collecte et la diffusion publique de données et d'information sur la santé. Nous avons récemment revu notre mandat, et c'est un nouveau chapitre pour notre organisation.

Nous sommes toujours convaincus que les meilleures données favorisent de meilleures décisions, ce qui, à terme, améliore la santé des Canadiens. Nous sommes déterminés à rendre notre information plus accessible et plus facile à utiliser. L'atteinte de nos objectifs repose essentiellement sur la collaboration avec les intervenants; or, ce plan, notre plan stratégique, fait ressortir toute l'importance de répondre rapidement à leurs besoins au moyen d'approches et d'outils novateurs.

Notre objectif ultime est de favoriser la transformation et l'amélioration du système de santé dans l'ensemble du continuum de soins.

Aujourd'hui, nous allons vous donner un aperçu de la situation actuelle ayant trait à la couverture pour les médicaments et aux dépenses en médicaments au Canada. Nous recueillons nos données directement auprès des provinces et des territoires. Notre expertise analytique fait en sorte que nous sommes en mesure de fournir de l'information impartiale pour orienter les discussions sur l'amélioration de l'accessibilité et de l'abordabilité des médicaments. Selon la Base de données sur les dépenses nationales de santé, le Canada dépense chaque année 29 milliards de dollars en médicaments, soit 814 \$ par Canadien. À l'heure actuelle, le coût des médicaments est assumé par les régimes publics ou privés d'assurance-médicaments, dont 37 % sont financés par les gouvernements provinciaux et territoriaux et 35 %, par des assureurs privés. En outre, 22 % des dépenses en médicaments ont été engagées directement par les particuliers, et le reste du financement provient des caisses de sécurité sociale et du gouvernement fédéral, soit 4 % et 2 % respectivement.

À l'échelle internationale, le Canada arrive au deuxième rang, derrière les États-Unis, pour les dépenses en médicaments par habitant. Parmi les pays de l'OCDE, le Canada se situe en bas de l'échelle pour la proportion des dépenses en médicaments financés par le secteur public. Autrement dit, les assureurs privés et les particuliers canadiens prennent en charge une plus grande part des coûts des médicaments que leurs pairs dans la plupart des autres pays de l'OCDE.

Au cours des dernières années, la croissance de dépenses en médicaments a ralenti en raison de l'expiration de nombreux brevets de médicaments très courants, par l'exemple les statines, qui sont utilisées pour baisser la cholestérolémie. De plus, les régimes publics d'assurance-médicaments ont instauré des politiques limitant le montant qu'ils sont prêts à verser pour l'achat de médicaments génériques. Plus récemment, les régimes provinciaux et fédéraux d'assurance-médicaments ont fait front commun, par l'intermédiaire de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, pour conclure des ententes de tarification coordonnées pour certains produits de marque et produits génériques. Grâce à ces ententes, des économies supplémentaires ont été réalisées.

Le récent rapport de l'ICIS sur les dépenses en médicaments d'ordonnance au Canada a révélé que ces changements ont entraîné d'importantes économies pour les régimes publics d'assurance-médicaments, mais que ces économies ont été annulées par une hausse des dépenses en médicaments utilisés pour des traitements spécialisés, comme les médicaments biologiques pour soigner la polyarthrite rhumatoïde et la maladie de Crohn. Ces médicaments et d'autres nouveaux médicaments, comme ceux utilisés pour soigner l'hépatite C, exercent une pression financière importante sur les régimes publics et privés.

À mesure que s'accroît la tendance vers l'adoption de médicaments coûteux, il est de plus en plus important de comprendre les facteurs d'accroissement des coûts et de prévoir les tendances, car un médicament peut compromettre à lui seul la viabilité de régimes d'assurance-médicaments. L'ICIS tient à jour des renseignements sur les régimes publics d'assurance-médicaments de l'ensemble du pays et assure le suivi des changements apportés aux politiques des régimes au fil du temps. Les provinces et les territoires offrent tous des régimes publics d'assurance-médicaments, mais ces derniers varient considérablement sur le plan de l'accessibilité et du partage des coûts entre les particuliers et le régime.

Dans certaines provinces et certains territoires, tous les résidents ont droit à une couverture, qui varie selon le revenu du particulier et le coût des médicaments. Dans d'autres, le régime offre une couverture à des groupes de personnes en particulier, comme les aînés, les prestataires de l'aide au revenu et d'autres populations précises. Bien que certains régimes couvrent tous les coûts admissibles, les coûts sont en général partagés entre le régime et les bénéficiaires, et ce partage varie selon le régime.

Il y a également des différences dans les médicaments couverts, ce qui entraîne des disparités entre les provinces et territoires en matière d'accès à certains médicaments. Chaque régime provincial, territorial ou fédéral d'assurance-médicaments possède son propre formulaire, qui comprend notamment la liste des médicaments couverts et les critères de couverture établis pour chaque médicament. Les avantages et les coûts associés à tout changement apporté à la couverture de médicaments pour améliorer l'accessibilité et l'abordabilité dépendent grandement de la conception et de la gestion des régimes.

Grâce à ses données et à son expertise, l'ICIS est bien placé pour évaluer les différentes options et mener des activités continues de suivi, de mesure et d'évaluation. Depuis 2004, l'ICIS tient à jour le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits pour les demandes de remboursement de médicaments par les régimes publics. Ce système a été conçu en collaboration avec des représentants des régimes provinciaux, territoriaux et fédéral de l'assurance-médicaments et le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Il fournit des données qui permettent d'orienter l'élaboration de politiques pharmaceutiques et la gestion efficace des régimes d'assurance-médicaments du Canada. Cette base de données contient des données pancanadiennes liées aux formulaires utilisés par les régimes publics d'assurance-médicaments, aux demandes de remboursements des médicaments et aux politiques des régimes ainsi que des statistiques sur la population.

• (1600)

Elle contient également des données provenant des régimes publics d'assurance-médicaments de toutes les provinces, à l'exception du Québec, de même que du régime fédéral d'assurance-médicaments administré par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. On y ajoutera bientôt des données du Yukon.

Les données sur les formulaires révèlent que les régimes d'assurance-médicaments, bien qu'ils présentent des différences, offrent une couverture très semblable pour les médicaments. Voilà qui donne à penser qu'il est possible d'en venir à une entente pancanadienne sur la couverture, du moins pour certains médicaments. Toutefois, cette analyse générale ne tient pas compte de la façon dont les médicaments sont couverts par chaque régime d'assurance-médicaments. L'ICIS, qui procède régulièrement à ce type d'analyse plus poussée, est en mesure d'évaluer la comparabilité des formulaires des régimes publics d'assurance-médicaments utilisés aux quatre coins du pays.

Nous communiquons nos données sur les demandes de remboursement de médicaments aux provinces et territoires participants et au CEPMB afin d'appuyer leurs travaux. Nous fournissons également des données en appui aux travaux de l'ACMTS, de Santé Canada et d'autres organismes nationaux et provinciaux. À ce jour, l'ICIS et son réseau de partenaires ont aidé, à l'aide de ces données, les régimes publics d'assurance-médicaments à mesurer les facteurs d'accroissement des dépenses en médicaments, à évaluer les diverses options stratégiques, à mieux comprendre les tendances en matière d'utilisation des médicaments et de dépenses en médicaments et à

examiner les préoccupations en matière d'innocuité, par exemple l'utilisation potentiellement inappropriée de médicaments, l'abus de médicaments prescrits et la polypharmacie.

Voici un exemple de ce que nous avons appris: en établissant des correspondances entre les données sur les médicaments et d'autres données sur les patients hospitalisés et les services d'urgence, nous avons découvert que les personnes âgées sont cinq fois plus susceptibles que les autres Canadiens d'être hospitalisés en raison d'une réaction indésirable aux médicaments. Une autre étude a révélé que les deux tiers des Canadiens âgés prennent cinq médicaments ou plus, et près de 40 % d'entre eux utilisent des médicaments potentiellement contre-indiqués. Je tiens à souligner que la base de données sur les demandes de médicaments de l'ICIS contient de l'information sur plus de 70 % des Canadiens âgés.

Or, nos données demeurent incomplètes. Pour brosser un portrait détaillé de l'utilisation et de l'innocuité des médicaments, pour obtenir des prévisions plus précises et pour mieux examiner les options stratégiques, il faut disposer de données complètes sur tous les médicaments utilisés par tous les Canadiens, y compris les personnes ayant un régime privé d'assurance-médicaments ou n'ayant aucun régime d'assurance-médicaments. Les données doivent être recueillies de manière à établir des correspondances avec d'autres bases de données sur la santé, comme celles sur les visites au service d'urgence et les hospitalisations, ce qui nous permettra d'avoir un portrait plus complet des interactions des Canadiens avec le système de santé.

Malgré cet impératif, seules trois provinces — la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et le Manitoba — soumettent actuellement à l'ICIS des données exhaustives sur les médicaments. Nous travaillons avec d'autres administrations pour obtenir des données sur les assurances privées provenant des systèmes d'information sur les médicaments, de même que des données sur les médicaments administrés en hôpital et les médicaments utilisés dans le traitement du cancer, mais le processus est très lent et peut prendre des années. Les gouvernements, les intervenants du système de santé et le secteur privé doivent collaborer davantage pour accélérer la création d'un fichier exhaustif.

L'ICIS, en évaluant par exemple les différentes options des régimes et leurs coûts, est en mesure d'appuyer les travaux du Comité et d'orienter les discussions en cours sur les politiques en matière de médicaments au Canada. Nos données et notre expertise analytiques, qui nous permettent d'analyser les tendances et de faire des prévisions sur l'utilisation des médicaments et les dépenses en médicaments, pourraient servir à évaluer les répercussions des divers changements et options stratégiques.

Dans l'avenir, nous serons heureux de fournir au Comité toute l'information dont il a besoin, puisqu'il s'agit là d'un sujet important et complexe.

Je vous remercie de nous avoir donné l'occasion de vous exposer ces renseignements, et je serai heureux de répondre à vos questions.

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.

[Français]

Mme Tanya Potashnik (directrice, Direction des politiques et de l'analyse économique, Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés): Monsieur le président, membres du Comité, bonjour.

[Traduction]

Je vous remercie de votre invitation à comparaître aujourd'hui. Je m'appelle Tanya Potashnik et je suis la directrice de la Direction des politiques et de l'analyse économique du CEPMB. Je suis accompagnée de mon collègue, Guillaume Couillard, directeur du Secrétariat du Conseil, communications et planification stratégique.

Je suis ici en remplacement de notre directeur exécutif. Il est tombé malade et vous présente ses excuses.

Le CEPMB est un organisme quasi judiciaire indépendant établi par le Parlement en 1987 à la suite d'une réorganisation majeure du régime de brevets pharmaceutiques au Canada. La réorganisation visait à faire l'équilibre entre le renforcement de la protection des brevets des entreprises pharmaceutiques et la protection du consommateur contre l'établissement de prix excessifs pour des médicaments brevetés. Comme vous le savez peut-être, l'industrie pharmaceutique s'est engagée, en contrepartie du renforcement des brevets, à augmenter son niveau de recherche et développement, ou R-D, au Canada à hauteur de 10 % des ventes.

Le CEPMB fait partie du portefeuille de la santé, mais comme il s'agit en partie d'un tribunal administratif investi de responsabilités quasi judiciaires, il doit à exercer son mandat indépendamment du ministre de la Santé et des autres membres du portefeuille.

Le CEPMB regroupe environ 70 fonctionnaires, communément appelés le personnel du Conseil, ainsi que 5 membres nommés par le gouverneur en conseil. En vertu de la Loi sur les brevets, le président ou la présidente du Conseil assume les fonctions de chef de la direction du CEPMB et, à ce titre, assure la supervision et la direction des activités du Conseil. Les membres du Conseil mènent leurs activités quotidiennes sous la direction du directeur exécutif.

Le CEPMB est une agence de protection des consommateurs ayant le double mandat de veiller à ce que le prix des médicaments brevetés vendus au Canada ne soit pas excessif et de préparer des rapports sur les tendances touchant le milieu pharmaceutique en général et les dépenses en R-D engagées par les titulaires de brevets pharmaceutiques en particulier.

Pour réaliser la partie de son mandat qui consiste à régler le prix, le CEPMB fixe les plafonds de prix pour tous les nouveaux médicaments brevetés qui arrivent sur le marché canadien, en fonction des facteurs énoncés dans la Loi sur les brevets et les lignes directrices connexes. La réglementation s'applique jusqu'à l'expiration du brevet. Bon an, mal an, le CEPMB est responsable d'environ 1 300 médicaments brevetés.

Le CEPMB encourage les titulaires de brevet à se conformer volontairement aux plafonds des prix qu'il établit et mène des enquêtes lorsqu'il soupçonne que les prix sont excessifs. Lorsqu'il est conclu, à l'issue d'une enquête, qu'un médicament breveté est vendu à un prix excessif, on donne au titulaire du brevet le choix de baisser le prix, de rembourser l'excédent des recettes par le truchement d'un engagement de conformité volontaire — couramment appelé ECV —, ou les deux.

Si le titulaire du brevet décide de ne pas prendre un ECV, le président ou la présidente du Conseil peut alors lui signifier un avis d'audience. Le personnel et les titulaires comparaitront en tant que parties opposées devant un tribunal constitué de deux ou trois membres du Conseil exerçant un pouvoir quasi judiciaire. Une conclusion juridique sera formulée, à la lumière des éléments de preuve présentés et des facteurs applicables énoncés dans la Loi sur les brevets, quant à savoir si le prix du médicament est excessif ou non. Si le tribunal conclut que le prix est effectivement excessif, il

peut ordonner au titulaire du brevet de baisser le prix, de rembourser l'excédent des recettes, ou les deux.

Pour l'exercice de sa compétence quasi judiciaire, le Conseil jouit de tous les pouvoirs, droits et privilèges accordés à une cour supérieure.

• (1605)

[Français]

Depuis 2008, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, ou CEPMB, a accepté 67 engagements de conformité volontaire de la part des brevetés, pour un total de plus de 100 millions de dollars en recettes excédentaires versées au gouvernement du Canada.

[Traduction]

À l'heure actuelle, le personnel du CEPMB supervise plus de 100 enquêtes sur des prix qui sont soupçonnés d'être excessifs, et il y a aussi 3 audiences en cours. En outre, un certain nombre d'affaires actuellement devant la Cour fédérale sont liées aux décisions du Conseil ou à sa sphère de compétence. Dans les affaires en question, on demande que les dispositions de la Loi sur les brevets qui habilite le CEPMB à fixer les plafonds de prix pour les médicaments brevetés soient déclarées inconstitutionnelles. Si cela arrivait, le gouvernement fédéral n'aurait aucun rôle utile à jouer à l'échelle nationale pour ce qui est de surveiller le prix des médicaments.

Pour remplir la partie de son mandat concernant la production de rapports, le CEPMB rend annuellement des comptes au Parlement, par l'intermédiaire du ministre de la Santé, sur ses activités d'examen des prix, sur les prix des médicaments brevetés, sur les tendances en matière de prix pour tous les médicaments d'ordonnance ainsi que sur les dépenses en R-D déclarées par les titulaires de brevet.

En plus de son rapport annuel, le CEPMB publie chaque année un certain nombre d'études dans le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, que mon collègue a déjà mentionné. Le CEPMB a produit et publié environ 28 études analytiques au cours des 10 dernières années dans le cadre de l'Initiative du SNIUMP.

Au cours des deux dernières années en particulier, le CEPMB a travaillé en étroite collaboration avec les gouvernements provinciaux par l'intermédiaire du SNIUMP — en plus de collaborer directement avec les administrations responsables par l'intermédiaire du Conseil de la fédération — afin d'offrir des analyses de prix et des études de marché pertinentes visant à réduire le coût des médicaments génériques au Canada.

Le travail du CEPMB a aidé à réduire le prix de 18 médicaments génériques courants et continue d'éclairer les discussions sur le prix des médicaments génériques dans un cadre national.

L'industrie et les autorités responsables de l'établissement des prix et du remboursement traversent une époque comportant son lot de défis. Comme on l'a déjà mentionné, même si on a assisté au cours des dernières années à une stabilisation de la croissance des dépenses en médicaments par rapport à il y a 10 ans, selon toute mesure, les Canadiens dépensent des sommes disproportionnées en médicaments par rapport à la population de nos partenaires de l'OCDE. Même si le Canada a joui dernièrement d'une période de stabilité relative pour ce qui est de la croissance des dépenses en médicaments, l'analyse que le CEPMB a menée sur les générateurs de coûts qui sous-tendent ces tendances laisse penser que l'accroissement des dépenses touche les médicaments spécialisés à prix onéreux — par exemple les produits biologiques, les médicaments oncologiques et les médicaments orphelins — finira par exercer une pression accrue sur les régimes d'assurance-médicaments publics et privés. À l'échelle mondiale, on prévoit que les dépenses pour ce genre de médicaments vont quadrupler d'ici 2020. En 2014, les dépenses des Canadiens en produits biologiques et en médicaments oncologiques ont connu une supérieure à 10 %, et les dépenses pour les nouveaux médicaments ont décliné.

Le rapport annuel 2014 du CEPMB, qui a été déposé devant le Parlement en décembre dernier, comprend des statistiques générales très utiles pour situer les dépenses dans leur contexte. Le rapport comprend aussi une ventilation plus détaillée.

• (1610)

[Français]

Sur le plan international, le Canada se situe parmi les 10 principaux marchés de médicaments et affiche des ventes semblables à celles du Royaume-Uni.

[Traduction]

Les ventes de médicaments brevetés au Canada ont augmenté de 3,1 % en 2014, pour atteindre 13,7 milliards de dollars. Même si la croissance des prix au Canada ne dépasse pas le taux d'inflation, les prix tendent généralement à ne pas diminuer au fil du temps, contrairement à ce qui arrive dans beaucoup d'autres pays développés. En conséquence, le prix des médicaments brevetés au Canada a augmenté de façon constante par rapport aux prix en vigueur dans les sept pays de comparaison prévus dans le règlement du CEPMB, qu'on appelle couramment le CEPMB7. En 2005, les prix au Canada se classaient au quatrième rang parmi les sept pays. En 2014, ils étaient au troisième rang, presque à égalité avec l'Allemagne, mais toujours bien en deçà de ceux des États-Unis, qui constituent un cas très particulier.

Dans un ensemble plus large que le CEPMB7, le prix des médicaments au Canada se classe au quatrième rang parmi les 31 pays de l'OCDE. En moyenne, les prix au Canada sont supérieurs d'environ 26 % à la médiane des pays de l'OCDE. Les dépenses pour les médicaments au Canada — par habitant et en tant que pourcentage du produit intérieur brut — sont plus élevées que celles de la plupart des autres pays de l'OCDE.

En revanche, la R-D au Canada continue de diminuer. Actuellement, elle s'établit à 5 % par rapport aux ventes. Il s'agit du résultat enregistré le plus faible depuis 1988, quand le CEPMB a commencé à produire des rapports sur la R-D. Par comparaison, le ratio moyen de R-D dans les sept pays de comparaison du CEPMB se situe constamment autour de 20 %.

La pression croissante liée au coût des médicaments onéreux n'est pas un problème propre au Canada. Tous les pays développés ont de la difficulté à concilier l'accès des patients aux technologies prometteuses et des budgets de santé limités. En raison d'une

préoccupation grandissante quant à la durabilité, un grand nombre de pays ont mis en oeuvre au cours des dernières années des mesures visant à augmenter l'abordabilité, à optimiser les ressources et à suivre le rythme d'un marché pharmaceutique qui évolue rapidement.

Le CEPMB a suivi la situation de près, car il reconnaît que le cadre réglementaire a beaucoup changé depuis 1987. Il est donc impératif qu'on adapte le cadre juridique du CEPMB à ces circonstances changeantes afin qu'il puisse maintenir sa pertinence et continuer de protéger efficacement les consommateurs contre les prix excessifs.

À cette fin, le CEPMB a publié en décembre dernier son plan stratégique pour 2015-2018, qui comprend une nouvelle vision et un énoncé de mission révisé ainsi que quatre objectifs stratégiques qui lui permettront de mieux tirer parti de ses forces et de ses compétences législatives uniques pour compléter les efforts de ses partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux et des autres intervenants, en vue de la réalisation de leur objectif commun, soit la durabilité du système de santé au Canada.

Dans l'avenir, la réglementation axée sur le consommateur et la modernisation du cadre seront au premier plan dans les efforts du CEPMB pour s'assurer qu'il y a au Canada un système pharmaceutique durable qui fournit aux payeurs l'information dont ils ont besoin pour faire des choix éclairés en matière de remboursement et qui permettent aux Canadiens d'accéder à médicaments brevetés à un prix abordable.

Tout d'abord, nous allons, au cours des prochains mois, publier un document de travail sur la modernisation des lignes directrices et tenir à ce sujet des consultations à l'échelle nationale avec les membres du public et les autres intervenants intéressés.

Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup.

C'est au tour de la quatrième organisation, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.

M. Brian O'Rourke (président-directeur général, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé): Merci, monsieur le président. Tout comme mes collègues, je vous remercie de m'avoir invité à témoigner devant le Comité.

Je m'appelle Brian O'Rourke et je suis président-directeur général de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Je vais m'abstenir de redire au long le nom de l'organisation, sinon je risque d'épuiser mes 10 minutes. Par souci de concision, je vais dire simplement « l'Agence », ou « l'ACMTB ».

Pour commencer, je voudrais vous parler de l'Agence et de l'intérêt que présente pour vous notre travail, dans le cadre de votre étude sur l'élaboration d'un programme national d'assurance-médicaments.

L'ACMTB est un organisme indépendant sans but lucratif qui a été fondé en 1989. Les membres ou propriétaires de l'Agence sont les sous-ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux. Ce sont les ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux qui, à l'exception du Québec, financent l'Agence, dont le conseil d'administration relève des sous-ministres. Notre budget annuel de fonctionnement est d'environ 28 millions de dollars. Cet argent nous est fourni à 58 % par le gouvernement fédéral, à 27 % par les provinces et les territoires, sauf le Québec, et à 15 % par d'autres sources.

Nous sommes un organisme d'évaluation des technologies de la santé, ce qui veut dire que nous évaluons scientifiquement l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité des médicaments, des tests diagnostiques ainsi que des instruments, des actes et des programmes médicaux, dentaires ou chirurgicaux.

Nous oeuvrons essentiellement dans deux grands domaines: celui des médicaments et celui des instruments médicaux. Nous offrons un certain nombre de programmes et de produits pour faciliter la gestion des instruments médicaux au Canada. Toutefois, je vais vous parler principalement aujourd'hui de notre travail dans le domaine des médicaments.

L'Agence offre toute une gamme de services pour faciliter la gestion des produits pharmaceutiques au Canada, notamment le Programme commun d'évaluation des médicaments et le Programme pancanadien d'évaluation des médicaments oncologiques.

Le Programme commun d'évaluation des médicaments a été lancé en 2004 par les autorités fédérales, provinciales et territoriales, afin de mettre en oeuvre une approche commune pour évaluer l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité des nouveaux médicaments et des médicaments existants pouvant avoir un nouvel usage. Les évaluations que nous effectuons dans le cadre de ce programme comprennent les commentaires que nous recevons de la part des groupes de patients. C'est vraiment un excellent exemple de collaboration entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires. Le Programme commun d'évaluation des médicaments sert à éclairer les décideurs qui doivent déterminer si un médicament sera remboursé ou non par 18 des 19 régimes publics d'assurance-médicaments, y compris les 6 régimes gérés par l'État fédéral pour des groupes particuliers, comme les membres des forces armées, les anciens combattants, les Premières Nations et les Inuits, comme l'a mentionné Mme Hoffman.

Le Programme pancanadien d'évaluation des médicaments oncologiques a été établi en 2010 par les provinces et les territoires, à l'exception du Québec dans ce cas également. Il a été transféré à l'Agence le 1^{er} avril 2014. Le 1^{er} avril 2016, l'État fédéral a commencé à financer le programme, lui aussi. À l'instar du Programme commun d'évaluation des médicaments, le Programme pancanadien d'évaluation des médicaments oncologiques constitue un mécanisme commun d'évaluation, mais il concerne les médicaments contre le cancer. Il fait des recommandations aux régimes fédéraux, provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments, ainsi qu'aux organismes de lutte contre le cancer afin de les guider dans leurs décisions de rembourser ou non tel ou tel médicament contre le cancer.

Les recommandations concernant le remboursement des médicaments produites par le Programme commun d'évaluation des médicaments et le Programme pancanadien d'évaluation des médicaments oncologiques concernent un médicament à la fois. Nous effectuons aussi des évaluations portant sur plusieurs médicaments en même temps ou sur des classes de médicaments dans le cadre de nos programmes d'examen thérapeutiques et d'utilisation optimale. Par exemple, nous avons effectué des examens thérapeutiques des produits biologiques employés pour traiter les patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde ainsi que des examens thérapeutiques des nouveaux médicaments qui servent à traiter les patients atteints de l'hépatite C. En outre, nous entreprenons actuellement un projet d'évaluation de l'efficacité clinique et du rapport coût-efficacité des nouveaux médicaments destinés aux patients ayant le diabète de type 2.

Les examens thérapeutiques et les projets sur l'utilisation optimale sont utiles pour les décideurs qui doivent gérer les listes de médicaments assurés. Ils fournissent aux professionnels de la santé des données objectives favorisant l'utilisation rationnelle des médicaments sur ordonnance. Cependant, nous avons de la difficulté à répondre à la demande d'examen thérapeutiques de la part des régimes publics d'assurance-médicaments. Ces examens sont très utiles pour les décideurs et les cliniciens, puisqu'ils leur permettent de voir comment les nouveaux médicaments, qui coûtent souvent très cher, peuvent s'insérer dans les options thérapeutiques existantes

•(1615)

De plus, les examens thérapeutiques sont utiles pour savoir si, compte tenu des données objectives recueillies, les médicaments ayant un certain âge sont utilisés de la meilleure façon. Par exemple, nous avons réalisé des projets sur l'abus de médicaments sur ordonnance. Les examens thérapeutiques sont complexes et nécessitent beaucoup de ressources. Nous aurions besoin de plus d'argent pour les réaliser.

Un autre exemple: les organismes de lutte contre le cancer sont d'avis que les examens thérapeutiques seraient très utiles dans leur domaine également. Toutefois, nous manquons de ressources actuellement pour réaliser des examens de classe de médicaments contre le cancer.

J'aimerais vous mentionner également notre Service d'examen rapide, où nous effectuons promptement des synthèses de la recherche médicale, qui est terriblement volumineuse et complexe. Ce service est extrêmement utile, puisqu'il répond directement aux besoins pressants d'information scientifique des décideurs et des praticiens.

Monsieur le président, l'ACMTS entretient des liens bien établis avec les fonctionnaires qui gèrent les régimes d'assurance-médicaments fédéraux, provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec les organismes de lutte contre le cancer. Par exemple nos comités consultatifs et nos groupes de travail comprennent des représentants de tous les régimes publics d'assurance-médicaments. De fait, j'assistais à l'un d'eux ce matin: les gestionnaires des régimes d'assurance-médicaments des quatre coins du pays avaient une réunion du Comité consultatif sur les politiques en matière de médicaments. De plus, nous fournissons les services de secrétariat au forum fédéral, provincial et territorial des directeurs du domaine pharmaceutique.

Nous avons développé des partenariats avec Santé Canada et avec beaucoup d'autres organismes de services de santé pour favoriser la collaboration dans le domaine pharmaceutique. Nous avons créé des mécanismes de dialogue avec les groupes de patients, les cliniciens et les représentants de l'industrie pharmaceutique.

Nous collaborons étroitement aussi avec le Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments, et nous l'aidons dans ses travaux. Ses bureaux sont hébergés par les Instituts de recherche en santé du Canada, et nous sommes prêts à discuter de la possibilité de déménager ces bureaux à l'Agence, comme le recommande le rapport Naylor.

Nous formulons en outre des recommandations relatives aux listes de médicaments assurés ainsi que de l'aide additionnelle sur l'économie de la santé à l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, qui est chargée de l'application uniforme des recommandations de l'Agence concernant le remboursement des médicaments et qui collabore avec les fabricants pour résoudre les problèmes relevés lors des évaluations faites par l'Agence.

Monsieur le président, il serait possible, afin d'améliorer la gestion des produits pharmaceutiques au Canada, de tirer parti davantage des programmes et des services de l'Agence, de ses rapports avec les régimes d'assurance-médicaments fédéraux, provinciaux et territoriaux, de ses partenariats avec d'autres organismes du domaine de la santé et de son désir d'interagir avec les intervenants concernés, comme l'industrie et les groupes de patients.

Nous sommes bien placés pour contribuer à l'établissement d'une liste nationale des médicaments assurés, comme le veut la lettre de mandat de la ministre de la Santé, dans le but de rendre les produits pharmaceutiques plus accessibles et plus abordables pour les Canadiens.

Merci, monsieur le président, de m'avoir permis de m'adresser à vous aujourd'hui. Je serai heureux de répondre à vos questions.

• (1620)

Le président: Merci beaucoup.

Avant de donner la parole à M. Ayoub, j'aimerais savoir si toutes vos organisations ont un bureau ou leur siège à Ottawa.

M. Brian O'Rourke: Nous avons un bureau à Ottawa et un autre, plus petit, à Toronto. Nous disposons également d'un agent de liaison, un membre du personnel, dans toutes les autres provinces également. Cela nous permet d'avoir des yeux et des oreilles dans les ministères.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Ayoub, vous pouvez y aller.

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

[Français]

Je vous remercie d'être parmi nous. Nous sommes très chanceux de vous recevoir.

Ma première question porte sur le fait qu'il semble qu'il y ait eu consensus durant la tournée ministérielle pancanadienne de 2015 en ce qui a trait à la couverture des ordonnances des médicaments. Selon toutes les parties du gouvernement, encore trop de Canadiens n'ont pas de couverture ou n'ont pas de couverture suffisante. Il semble que s'il n'y avait pas de réforme de cette portion de la couverture des médicaments, la situation pourrait s'envenimer ou devenir plus négative.

Je souhaite connaître votre opinion à ce sujet.

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Monsieur le président, monsieur Ayoub, je serais ravie de formuler quelques commentaires initiaux sur ce sujet.

Je crois qu'il est clair, comme nous l'avons dit d'une façon ou d'une autre dans nos déclarations préliminaires, qu'il y a des lacunes évidentes dans la couverture d'assurance-médicaments pour les Canadiens. Il y a, comme je l'ai dit plus tôt, des personnes qui n'ont aucune couverture et d'autres dont la couverture est inadéquate. Je crois qu'il serait juste de dire qu'il y a d'autres préoccupations et problèmes à régler dans le secteur pharmaceutique que la simple question de la couverture, même s'il s'agit d'un sujet très important.

On a déjà mentionné ici les prix relativement élevés des médicaments au Canada. Il est peut-être vrai que les Canadiens, en général, reçoivent moins d'aide gouvernementale pour l'achat de médicaments que dans beaucoup d'autres pays comparables, mais nos prix sont élevés. Au Canada, l'accès varie beaucoup d'une

province ou d'un territoire à l'autre et entre les régimes publics et privés.

Il y a également un problème quant à la sous-utilisation et à la surutilisation de médicaments, même si on a souvent tendance à mettre l'accent sur les disparités dans la couverture. De la même manière, comme l'a dit M. Diverty, nous savons que l'absence de tout contrôle peut mener à certaines situations où des parties de la population, en particulier les personnes âgées — surtout celles en maisons de retraite —, sont plus susceptibles d'être exposées à ce que nous appelons la polypharmacie, à savoir la surconsommation de médicaments multiples qui servent à traiter beaucoup de choses différentes. Il y a un impact financier, mais aussi surtout de graves conséquences sur la santé et le bien-être de ces personnes.

Il y a également d'énormes différences dans les listes de médicaments assurés, et cela ne se limite pas au fait que les régimes d'assurance-médicaments privés ont généralement tendance à inscrire et à rembourser n'importe quel médicament, alors que les régimes publics sont plus restreints, puisqu'ils veulent évaluer la valeur d'un médicament avant de le payer. Le problème, c'est que, bien souvent, la façon la plus efficace de fournir une couverture est utilisée dans les régimes d'assurance publics, mais pas dans le secteur privé, où n'importe quelle personne pourra se faire rembourser un médicament d'ordonnance couvert par son régime privé. Nous n'utilisons pas de manière efficiente l'argent que nous dépensons pour les médicaments d'ordonnance.

Je crois que je vais m'arrêter ici, mais je veux vous faire comprendre qu'il y a d'autres enjeux que la couverture, même si c'est généralement cette question qui attire le plus l'attention.

Je vais terminer en disant qu'il existe plusieurs examens des médicaments. Brian O'Rourke a déjà parlé du Programme commun d'évaluation des médicaments. Le CEPMB effectue ses propres évaluations des médicaments afin de déterminer, en fonction du prix, s'il s'agit d'un médicament révolutionnaire. Cela se passe après l'examen de Santé Canada visant à déterminer si le médicament en question peut être vendu sur le marché canadien. Un grand nombre de provinces et de territoires effectuent leur propre examen, même à la suite d'un examen du Programme commun d'évaluation des médicaments.

Je ne veux pas exagérer la complexité de la situation, mais il y a de nombreuses questions dans ce domaine sur lesquelles il faut se pencher dans le cadre de votre travail qui concerne principalement la couverture.

• (1625)

[Français]

M. Ramez Ayoub: Je vous remercie de votre réponse.

Je viens du Québec où la situation est particulière. La couverture y est différente de la couverture dans le reste du Canada.

Monsieur O'Rourke, selon vous, quelles sont les bonnes pratiques? Le Québec constitue-t-il une référence? S'en sert-on dans le reste du Canada pour assurer un plan pancanadien qui va finalement servir tous les Canadiens? Pourra-t-on avoir le même traitement d'un océan à l'autre?

[Traduction]

M. Brian O'Rourke: Au Québec, il y a l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), avec qui nous avons une relation de travail étroite et efficace. Les activités de l'INESSS ressemblent à nos propres examens pharmaceutiques.

Tandis que le Québec est doté d'un très bon système à l'échelon hospitalier à l'égard des listes de médicaments assurés en hôpital et de certaines évaluations connexes, notre mandat pour le Canada est d'étudier les médicaments qui sont utilisés à l'extérieur des hôpitaux. Ces derniers sont censés examiner les médicaments utilisés entre leurs murs. Il y a une préoccupation grandissante dans certaines provinces : ce qui arrive, c'est qu'un patient peut commencer à prendre un médicament à l'hôpital, mais ne plus avoir accès à ce médicament lorsqu'il reçoit son congé parce que le médicament n'est pas couvert par son régime d'assurance-médicaments public ou privé.

À ce chapitre, le Québec est dans une certaine mesure un chef de file au Canada.

En ce qui concerne les examens eux-mêmes et la participation des patients, je dirais que notre pays est l'un des premiers au monde pour ce qui est, d'une part, de la façon dont nous mobilisons les patients dans le processus et, d'autre part, de nos liens avec l'industrie, qui nous permettent d'entretenir un dialogue productif — en faisant participer les cliniciens — et de mettre sur pied des comités d'experts. Je crois que beaucoup de nos pratiques sont de calibre mondial.

[Français]

M. Ramez Ayoub: Au Québec, ou ailleurs aussi, les médicaments sont administrés à l'hôpital et cela fonctionne bien. Les patients peuvent continuer de les prendre même à l'extérieur de l'hôpital. Par contre, si les patients ne sont pas bien traités ou ne font pas l'objet d'un suivi à la maison et que la maladie revient, ils retournent à l'hôpital pour se faire traiter temporairement, avant de retourner à la maison. J'ai l'impression que c'est un cercle vicieux.

Quelle est votre opinion là-dessus? Quelles sont les solutions pour résoudre cela et quels en sont les coûts?

• (1630)

[Traduction]

M. Brian O'Rourke: Je pense que je vais plutôt m'attarder aux solutions.

Nous menons déjà des négociations avec les gestionnaires provinciaux des régimes d'assurance-médicaments l'élargissement éventuel de notre mandat : nous voulons commencer à étudier les médicaments utilisés dans les hôpitaux afin d'uniformiser dans une certaine mesure les listes de médicaments assurés du secteur hospitalier et des régimes d'assurance publics. Ces négociations sont toujours en cours.

Il faudrait des ressources supplémentaires pour ajouter des nouveaux médicaments couverts par les provinces et les territoires, ainsi que tous les régimes d'assurance-médicaments liés à l'ACMTS. Pour ce qui est des coûts précis, je vais devoir m'en remettre à notre expert de l'ICIS.

M. Brent Diverty: Comme je l'ai dit dans ma déclaration préliminaire, nous n'avons pas assez de renseignements actuellement au sujet de l'utilisation des médicaments dans les hôpitaux, comme c'est le cas pour les médicaments oncologiques. Il nous manque une partie importante de l'information pour répondre aux questions que vous avez soulevées; il faudrait que nous puissions analyser les données sur les médicaments utilisés en milieu hospitalier et les comparer aux données des régimes d'assurance-médicaments publics à l'extérieur des hôpitaux.

Le président: Madame Harder.

Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC): Ma première question est pour l'Institut canadien d'information sur la santé.

Dans le rapport de 2013 sur les médicaments d'ordonnance — où 30 % des dépenses sont imputables aux dix médicaments les plus vendus —, il m'a semblé que la majorité des dépenses en médicaments sont liées à des complications relatives à l'obésité ou à la vieillesse, si l'on fait abstraction, bien sûr, de la dépression. Dans l'éventualité où nous déciderions de mettre en place une stratégie nationale relative au paiement de nos médicaments, croyez-vous qu'il y aurait une augmentation des dépenses touchant les médicaments utilisés pour traiter les problèmes liés à l'obésité et à la vieillesse?

M. Michael Gaucher (directeur, Services d'information sur les produits pharmaceutiques et la main-d'oeuvre de la santé, Institut canadien d'information sur la santé): C'est une question que nous étudierions, ça ne fait aucun doute. De prime abord, il est difficile de déterminer si une approche nationale aurait vraiment un impact sur l'utilisation de ces médicaments. Pour l'instant, cela varie selon la province, et il y a beaucoup de facteurs en jeu, comme la façon dont les médicaments sont prescrits, l'état de santé de la population et la démographie.

Il y a un grand nombre de facteurs qui jouent dans l'utilisation des médicaments et dans les modes d'utilisation connexes, alors il est difficile de savoir si une approche différente pourrait avoir un impact positif.

Mme Rachael Harder: Selon les statistiques dont j'ai connaissance, l'obésité est en hausse, tout comme la moyenne d'âge de la population. Ces deux statistiques sont en hausse, et elles comptent parmi les principales raisons pour lesquelles on prescrit certains des dix médicaments les plus vendus.

Compte tenu de ces faits, par où allons-nous commencer pour couvrir les coûts associés à une stratégie nationale d'assurance-médicaments? À quoi ressemblera la situation en 2016 et en 2017? À quel rythme peut-on s'attendre à voir les coûts augmenter, si on se fie à ce que révèle le rapport sur les dix médicaments les plus vendus?

M. Michael Gaucher: Dans notre base de données sur les demandes de remboursement, nous avons des données qui nous permettent non seulement d'établir une valeur de référence pour la situation actuelle, mais aussi de voir comment les choses changent d'une année à l'autre. Nous pouvons assurément surveiller cela au fil du temps afin de cerner l'effet de toute modification dans la couverture d'assurance-médicaments. Nous avons les données et l'expertise pour surveiller ces changements, pour en faire le suivi, pour produire des rapports et pour en étudier les conséquences.

Il n'est pas facile de se faire une idée claire, puisque tellement de choses entrent en ligne de compte. Par exemple, le prix de certains médicaments pourrait baisser grâce à certaines ententes touchant le prix de médicaments génériques sur les prix, mais l'utilisation pourrait aussi augmenter au même moment.

Les données dont nous disposons nous permettent de surveiller ces deux aspects, et nous avons des données qui couvrent une période de dix ans dans la plupart des provinces, alors nous sommes vraiment en mesure de voir ce qui arrive au fil du temps et — certainement — d'intégrer d'autres facteurs qui pourraient avoir une incidence sur ces changements.

Mme Rachael Harder: Pouvez-vous m'éclairer — j'ai peut-être manqué ce détail — sur le montant? À quoi est-ce qu'on s'attend par année?

M. Brent Diverty: On dépense 29 milliards de dollars en médicaments au Canada.

Mme Rachael Harder: Alors, c'est le montant que le gouvernement fédéral devrait s'attendre à prendre en charge si nous allions de l'avant avec une stratégie nationale?

• (1635)

M. Michael Gaucher: Tout dépend de l'approche utilisée et de la façon dont elle est structurée. Pour l'instant, une partie de ces 29 milliards de dollars est déjà remboursée par les régimes d'assurance publics qui relèvent des provinces et des territoires ou du gouvernement fédéral. Une autre partie est remboursée par les régimes privés. Tout dépend donc du type de modèle et d'approche utilisé dans un régime d'assurance-médicaments.

Mme Rachael Harder: Pouvez-vous me parler un peu des évaluations menées au sujet de l'efficacité des médicaments? Il y a, bien sûr, des évaluations pour les médicaments génériques et d'autres pour les médicaments non génériques. Dans une évaluation de ce genre, serait-il possible que les provinces décident de prendre le financement que nous leur accordons aux fins du paiement des médicaments pour se procurer, disons, un médicament approuvé moins efficace, mais peu coûteux, au lieu d'un médicament efficace qui aurait un prix plus élevé? Risque-t-on de se retrouver dans une situation où on prescrit aux gens un médicament qui n'est pas vraiment efficace simplement parce que les provinces veulent économiser?

M. Brian O'Rourke: Je vais essayer de répondre.

Nous évaluons les médicaments en comparaison — le produit A contre le produit B — et pas uniquement sur le plan de l'efficacité clinique. Nous évaluons également la rentabilité. Nous prenons en considération les effets indésirables et la mesure dans laquelle un médicament est plus efficace qu'un autre. Nous ne recommanderions jamais à un médecin ou à un régime d'assurance-médicaments de proposer un médicament qui n'est pas efficace. Les médicaments doivent être efficaces dans une certaine mesure, et il doit être prouvé que le médicament procure des avantages thérapeutiques supérieurs aux autres médicaments existants.

Mme Rachael Harder: D'accord.

Je vois qu'un régime d'assurance-médicaments pourrait être une solution pour accroître l'accès aux médicaments pour certaines personnes. Toutefois, je veux vous parler d'une situation récente dans ma circonscription.

Il y a une personne dont la fille souffre de crises épileptiques, et le médicament qu'elle prenait n'existe plus sur le marché canadien. Il a disparu; on ne peut plus en trouver. Ses médecins lui ont prescrit un autre médicament, générique celui-là, mais il ne fonctionne pas. Il n'est pas efficace. Cette petite fille continue de souffrir de crises d'épilepsie et a dû être retirée de son école. Malheureusement, en moins d'un mois, le médicament générique avait également été retiré du marché, et elle a dû passer à un nouveau médicament, qui n'est pas efficace du tout. Maintenant, cette petite fille ne souffre plus de crises d'épilepsie mineures : elle souffre de crises « grand mal » qui ruinent sa journée au grand complet.

Un régime d'assurance-médicaments ne va pas l'aider. Comment peut-on résoudre ce problème?

M. Brian O'Rourke: Je ne connais pas les détails précis de ce cas particulier, mais il y a eu une pénurie de certains médicaments contre l'épilepsie, et c'est probablement la source du problème dans cette situation. C'est un grave problème qui touche un certain nombre de catégories de médicaments, en particulier les catégories de

médicaments génériques où il n'y a peut-être qu'un seul fabricant, lequel pourrait avoir du mal à se procurer les produits chimiques nécessaires — qui peuvent venir d'ailleurs dans le monde — pour fabriquer les médicaments. Le patient se trouve donc dans une situation délicate, puisque nous devons trouver une autre solution de traitement. Dans ce cas, les médecins doivent examiner tous les produits sur le marché ayant le potentiel d'aider l'enfant afin de lui fournir les meilleurs soins possible. Avec de la chance, il y aura un autre traitement qui pourra l'aider.

Le président: Monsieur Davies.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): J'ai entendu plusieurs choses à ce sujet, mais la plupart du temps on dit que les Canadiens sont au deuxième rang au monde pour ce qui est du coût des médicaments d'ordonnance. Dans le meilleur des cas, on parle du troisième ou du quatrième rang. Est-ce exact? On me fait signe que oui.

On dirait que le portrait n'est pas très reluisant. Nous payons presque le prix le plus élevé au monde pour les médicaments d'ordonnance. Dans votre témoignage, vous nous avez dit que nous dépensons très peu pour la R-D au Canada. Si 10 ou 20 % des Canadiens n'ont pas de couverture ou ont une couverture insuffisante, cela fait sept millions de Canadiens. C'est à cette situation que nous sommes confrontés.

Le Canada vient de conclure deux accords commerciaux, l'AECG et le PTP, lesquels comprennent de nouvelles dispositions en matière de propriété intellectuelle. D'après toute la littérature et les opinions portées à ma connaissance, cela va retarder l'entrée sur le marché canadien de médicaments génériques pendant un bon moment. Selon certaines estimations, cela pourrait prendre deux ans.

Madame Hoffman, le ministère a-t-il mené des analyses sur les conséquences potentielles de l'AECG et du PTP? Est-il vrai que ces accords commerciaux vont probablement faire augmenter le prix des médicaments au Canada, assombrissant encore davantage un portrait déjà navrant?

• (1640)

Mme Abby Hoffman: Oui, nous avons mené certaines analyses. Un grand nombre de personnes, notamment des personnes évoluant dans l'industrie des médicaments génériques, essaient d'estimer les coûts marginaux futurs. Au maximum, la protection des brevets pour les médicaments brevetés sur le marché canadien pourrait être prolongée de deux ans. En réalité, vu le recoupement entre la protection des données, la période de protection restante du brevet, la durée de vie du brevet et d'autres facteurs, il est probable que ce soit beaucoup moins long, en moyenne, pour la plupart des produits. Toutefois, plus on prolonge la période de protection du brevet d'un médicament breveté sur le marché, plus il faudra attendre avant d'avoir accès à un médicament générique équivalent. Je vous laisse deviner le coût marginal.

D'où l'importance des mesures découlant du travail fait dans le cadre de l'APP et de certains changements qui pourraient être apportés par le CEPMB.

Il est difficile de donner une estimation du coût global. On peut établir des modèles en utilisant les données relatives aux médicaments sur le marché aujourd'hui et essayer d'imaginer ce qui arrivera avec la même combinaison de protection des données et de périodes de protection restantes, mais nous parlons quand même de médicaments qui seront sur le marché pendant cinq, six, sept, huit, dix ans et plus encore. Les médicaments brevetés ainsi que leurs coûts dépendront de la conjoncture du marché pharmaceutique à ce moment-là, tout comme l'existence de médicaments génériques pour les remplacer, d'ailleurs.

M. Don Davies: Madame Hoffman, est-il juste de dire que le ministère est d'avis que ces deux accords commerciaux vont probablement faire augmenter le coût des médicaments au Canada, mais qu'on ne peut savoir dans quelle mesure?

Mme Abby Hoffman: C'est exact.

M. Don Davies: On m'a dit que le Canada est le seul pays au monde à avoir un système de soins de santé universel sans régime d'assurance-médicaments universel. En partant du principe que c'est vrai, le ministère a-t-il mené des études sur les nombreux pays qui disposent à la fois d'un système de soins de santé universel et d'un régime d'assurance-médicaments universel? A-t-on établi des modèles pour évaluer la possibilité que l'adoption d'un tel régime améliore le système de santé au Canada?

Mme Abby Hoffman: Oui, c'est d'ailleurs ce à quoi je faisais allusion quand j'ai mentionné qu'il y avait deux stratégies générales fondées dans une certaine mesure sur le même principe : le regroupement des ressources afin que le risque soit partagé par l'ensemble de la population.

La question qui s'impose est la suivante: d'où vient le financement? Si tout vient du secteur public, alors les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devront prendre en charge tous les coûts assumés présentement par les employeurs, les employés et les particuliers. Autrement, pourrait-on avoir un modèle de financement progressif en vue d'atteindre l'équité tout en offrant un régime d'assurance-médicaments universel?

Les personnes qui n'ont pas de couverture ou dont la couverture est insuffisante représentent un coût marginal. Toutefois, on pourrait accroître considérablement le pouvoir d'achat de chaque dollar si tous les régimes d'assurance-médicaments au Canada utilisaient la même liste de médicaments assurés et participaient collectivement à une négociation serrée sur le prix des médicaments, et si le CEPMB pouvait atteindre l'objectif suggéré dans son plan stratégique.

M. Don Davies: Ce que vous dites est vrai. Selon certaines estimations d'experts, nous pourrions économiser environ quatre milliards de dollars par année en adoptant, par exemple, le système allemand. Avec le système en vigueur au Royaume-Uni, l'économie serait de 11 milliards de dollars par année. J'ai tiré ces chiffres du plan « Pharmacare 2020 ». Grâce à un régime d'assurance-médicaments à payeur unique, nous pourrions réaliser des économies de 1 à 2 milliards de dollars sur les dépenses administratives par rapport à maintenant.

Des études indépendantes l'ont également confirmé. Si vous additionnez tous ces chiffres... Je crois qu'on parlait de gains d'efficacité. On dépense plus d'argent quand une personne se retrouve à l'urgence parce qu'elle n'a pas accès à un médicament dans son régime d'assurance-médicaments. Si on additionne toutes ces économies, comme le système de prévention, le pouvoir du nombre et tous les aspects connexes... J'ai l'impression que les experts qui vont témoigner devant le comité vont nous dire que nous pourrions réduire nos dépenses en adoptant un régime national d'assurance-

médicaments universel. Rien n'est gratuit, mais si nous misons sur l'efficacité, nous pourrions mettre en place un régime d'assurance-médicaments universel pour moins que ce que nous dépensons actuellement.

Croyez-vous que c'est possible?

• (1645)

Mme Abby Hoffman: À vrai dire, je crois que ce scénario est un peu improbable, parce que nous devons prendre en considération tous les besoins auxquels on ne répond pas à l'heure actuelle. Il y a certainement un coût. Selon toute probabilité, on assisterait à une diminution des dépenses par habitant. Comme on l'a déjà dit, les dépenses par habitant au Canada sont plutôt élevées, tout comme le prix des médicaments. Même en misant sur l'efficacité, on pourrait s'attendre à une augmentation de la demande et de la consommation.

Il est tentant de penser qu'on atteindra l'équilibre à terme d'une façon ou d'une autre, et que toutes ces personnes qui ne disposent pas d'une couverture pourront, d'une façon ou d'une autre, avoir accès à un régime d'assurance-médicaments commun, ou au moins qu'il y aura une approche commune pour tous les Canadiens au prix actuel. Notre impression, je crois, est qu'il y aurait une variation des coûts. Mais la question demeure: d'où proviendra le financement, et est-ce que cela a du sens? C'est ce que je disais dans ma déclaration préliminaire : il faudrait maintenir le système en vigueur, où les particuliers et les employeurs cotisent, mais y intégrer un modèle progressif tenant compte du revenu. Présentement, il n'y a rien — ni les copaiements, ni les franchises ni l'admissibilité — qui correspond à un modèle de financement progressif quelconque.

Le président: Monsieur Kang.

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

Je vais aussi m'en tenir à la question du coût des médicaments.

Dans l'étude 2015, on dit que le Canada dépensera bientôt près de 38 milliards de dollars, ou 13,4 % des dépenses totales en soins de santé, sur les médicaments.

Dans notre système actuel, quels sont les coûts les plus élevés par rapport aux médicaments, et qu'est-ce qui nous empêche d'adapter notre système pour réduire ces coûts?

M. Michael Gaucher: Dans notre rapport sur les dépenses touchant les médicaments, nous effectuons couramment des comparaisons entre les provinces, et les données les plus récentes montrent qu'il y a une grande variabilité dans les dépenses par habitant. Au plus bas, il y a la Colombie-Britannique, avec un peu moins de 600 \$ par personne, et à l'autre extrémité, le Québec, avec près de 1 000 \$ par personne. Je vais le redire : il y a plusieurs facteurs différents qui peuvent avoir une incidence sur ces différences dans les dépenses, comme l'état de santé de la population, la démographie et l'âge, les habitudes des médecins quant à la prescription de médicaments ou la façon dont les programmes sont conçus. Il y a un grand nombre de facteurs à prendre en considération.

Pour en revenir à votre question, si l'on prend en considération ces facteurs, il est évident qu'il y a plusieurs types différents de stratégies que nous pouvons adopter au chapitre de l'utilisation afin de bien promouvoir l'utilisation appropriée et optimale de médicaments. Un grand nombre de provinces ont d'ailleurs décidé d'entreprendre ce genre de stratégie. Certaines sont liées aux politiques, et d'autres davantage à l'éducation, mais diverses stratégies ont réussi dans une certaine mesure à corriger les cas d'utilisation inappropriée et les coûts élevés.

Mme Tanya Potashnik: J'aimerais seulement ajouter que beaucoup des médicaments à coûts élevés sont en réalité des produits biologiques, des médicaments oncologiques, des médicaments spécialisés et des médicaments onéreux pour maladies rares. Nous assistons à l'arrivée sur les marchés internationaux d'une quantité inégalée de nouveaux médicaments affichés à des prix jamais vus dans le passé. Certains médicaments coûtent 700 000 \$ par année, 500 000 \$ par année — des chiffres qui sont difficiles à comprendre, pour être franche.

Une des choses que nous faisons, c'est de comparer les prix canadiens aux niveaux internationaux. Pour être honnête avec vous, lorsque nous examinons les prix internationaux, divers modèles, peu importe qu'il s'agisse d'un programme national d'assurance-médicaments ou d'une assurance-médicaments mixte privée et publique, chaque pays a du mal à comprendre ces prix et à comprendre ce qui motive ces prix. Même dans un programme national, on a encore affaire à des situations de monopole, où les fabricants fixent le prix de leurs produits à des niveaux qui sont difficiles à comprendre et à justifier, vraiment, et difficiles à négocier, parce qu'il n'y a pas d'avenues thérapeutiques de rechange.

Les contraintes liées aux coûts ne proviennent pas nécessairement des médicaments ayant un certain âge, où il y a eu généricisation des médicaments et où de meilleures avenues thérapeutiques de rechange existent. Je pense que les contraintes surviennent lorsque des médicaments n'ont pas d'avenue thérapeutique de rechange, lorsque les besoins ne sont pas satisfaits, lorsque les populations sont plus petites. Ce sont certains des aspects clés sur lesquels il faudra, à mon avis, mettre l'accent dans l'avenir.

• (1650)

M. Darshan Singh Kang: La démographie de la population en Colombie-Britannique et au Québec a-t-elle quelque chose à voir avec cela? Cela me dépasse. Pourquoi le prix des médicaments que nous payons se situe-t-il au deuxième rang dans le monde? Est-ce en raison de notre faible population, de notre pouvoir d'achat?

Mme Tanya Potashnik: Une des choses contre lesquelles je veux vous mettre en garde lorsque vous effectuez ces comparaisons de prix internationaux, c'est que chaque pays a adopté une approche qui fait en sorte qu'il est difficile de comparer directement, si l'on peut dire, les prix. Chaque pays participe à des négociations non transparentes. Lorsqu'on examine un prix, on ne peut plus savoir, de manière sûre, ce qu'un pays donné paye pour un médicament particulier, parce que les fabricants ont adopté un modèle de négociation de rabais cachés non transparents qu'ils fournissent directement aux gouvernements.

La capacité d'utiliser des prix internationaux comme façon d'évaluer la justesse d'un prix au sein du contexte international a diminué, si vous voulez, et l'on se demande donc de plus en plus si cela continue d'être un instrument de politique efficace.

M. Darshan Singh Kang: N'y a-t-il pas de recours judiciaire?

Mme Tanya Potashnik: Certains pays ont chargé leurs fabricants de leur fournir ces données. Lorsqu'ils examinent le prix d'un produit particulier en Allemagne, par exemple, ils ont des règlements en place qui forcent le fabricant à divulguer ces rabais. C'est un aspect qui nous intéresse et nous préoccupe grandement.

M. Brian O'Rourke: Si vous me le permettez, j'aimerais dire que, en Allemagne, on a adopté une loi sur les négociations il y a quatre ou cinq ans. Dans la culture allemande, on doit avoir accès aux médicaments. Si un médecin prescrit un médicament, on est autorisé à obtenir ce médicament. Un an après le lancement de ce médicament, le prix à payer est celui que le fabricant offre. Ensuite,

l'agence du pays — qui s'apparente à la nôtre — effectue une évaluation et fixe un prix. Il y a eu un certain nombre de cas où, n'aimant pas ce prix en raison des prix de référence internationaux, la société a décidé de ne pas vendre son médicament en Allemagne.

Au Canada, je pense que les régimes publics... en raison de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, nous avons fait de grands pas pour essayer de gérer l'établissement des prix. La situation est difficile avec les payeurs privés. Ils n'ont pas de pouvoir de négociation auprès des fabricants. Ils acceptent simplement le prix qui leur est offert par le fabricant.

En ce qui concerne les régimes publics d'assurance-médicaments, ils possèdent les renseignements que nous leur présentons, et ils entament donc les négociations dans une position de force. Ils savent ce que représente un prix économique et ils ont une analyse de sensibilité leur indiquant où le seuil poids/prix démontrerait qu'il y a rentabilité. Les payeurs privés ont accès à nos renseignements publiquement, mais ils ne sont pas en mesure d'engager ces bonnes négociations avec les fabricants à ce moment-ci.

M. Darshan Singh Kang: Autrement dit, les payeurs privés subventionnent le système public d'une certaine façon?

M. Brian O'Rourke: Ce pourrait être le cas.

M. Darshan Singh Kang: Ma prochaine question concerne les médicaments génériques, qui ont été présentés comme une solution de rechange moins chère mais tout aussi efficace que les médicaments de marque. Quels sont les défis et les avantages sur le plan de l'innovation en matière de médicaments lorsque l'on tient compte d'un mouvement vers ces médicaments génériques?

M. Brian O'Rourke: Pour ce qui est des médicaments génériques, nous parlons de deux classes distinctes de médicaments, parce que je crois qu'il est important de parler des produits biologiques et des produits biologiques ultérieurs également.

Les médicaments synthétisés par voie chimique, lorsque des scientifiques et des chimistes se réunissent et fabriquent un médicament, sont très faciles à reproduire pour le fabricant de produits génériques. Cela touche les lois normales en matière de brevet dans tout pays donné. À la fin de la durée de vie d'un brevet, les médicaments génériques prennent la relève. La société passe ensuite à de nouveaux médicaments qu'elle a conçus. C'est simplement la façon de faire dans le monde pharmaceutique. De bons systèmes sont maintenant en place ici au Canada, de nouveau en ce qui concerne la négociation des prix pour les médicaments génériques. Les provinces et les territoires, dans le cadre des régimes publics, ont bien coopéré de façon à réduire le prix des médicaments génériques.

Les produits biologiques ultérieurs sont une autre affaire. Il s'agit de produits biologiques issus de plantes, etc., et ils sont très difficiles à fabriquer. Par rapport aux prix qui commencent à apparaître pour ces produits biologiques ultérieurs, il n'y a pas de diminution importante comme ce que nous voyons avec les médicaments génériques. Nous voyons également des cas où un certain nombre de rapports ont été établis pour contrer une partie de ce que l'industrie pharmaceutique pourrait dire, c'est-à-dire que son produit de marque est meilleur qu'un produit générique. Nous l'avons examiné, et l'autorité de réglementation de Santé Canada l'a examiné, et ils sont équivalents. Nous avons produit beaucoup de renseignements pour les patients et les cliniciens afin de démontrer cette efficacité clinique et cette comparaison.

Les produits biologiques ultérieurs sont simplement nouveaux, et un certain nombre d'entre eux arrivent sur le marché canadien. Je viens d'entendre parler d'une situation où le fabricant du produit de marque se présente dans les hôpitaux et donne pratiquement son médicament. Il demande un cent pour la préparation injectable, et le patient commence son traitement à l'aide de ce produit biologique ultérieur, puis il a peur de changer de produit, de nouveau en raison des renseignements à caractère commercial selon lesquels ce n'est pas la même chose que le produit de marque. Je pense que nous avons un long chemin à parcourir pour arriver à un certain type d'équivalence clinique et à une compréhension de la part des patients quant à ces produits biologiques ultérieurs.

● (1655)

Le président: Il me semble que nous tenons ici un sujet intéressant.

J'aimerais seulement poser une question avant que nous passions à la prochaine série de questions de cinq minutes.

Êtes-vous au courant de l'existence de transactions non transparentes ou de rabais cachés au Canada? Cela se fait-il au Canada? Je ne sais pas si vous parliez d'autres pays. Y a-t-il des sociétés qui font cela? En réalité, la transaction dont vous avez parlé est un genre de rabais non transparent. Savez-vous si c'est une pratique courante au Canada?

M. Brian O'Rourke: La plupart des provinces n'offrent plus les rabais, mais toutes les négociations de prix, les prix qui sont payés par les provinces dans le cadre de leurs négociations avec l'APP sont non transparents. Il ne s'agit pas de prix mis à la disposition du public.

Le président: D'accord, merci beaucoup.

Monsieur Carrie, vous avez cinq minutes.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci à nos témoins qui sont ici aujourd'hui.

J'ai écouté très attentivement. Je veux signaler la sagesse dont a fait preuve Mme Hoffman lorsqu'elle a dit que c'est une chose compliquée. Au bout du compte, il s'agit du système de soins de santé du Canada. Nous nous penchons sur le patient. Quel est le traitement approprié pour ce patient et quel genre de résultat obtenons-nous?

Je pense que M. Brent disait que les aînés prenaient cinq ou six médicaments de plus que les autres et que près de 40 % utilisaient des médicaments inadéquats; cela me préoccupe parce que, lorsque le gouvernement commence à examiner le programme national d'assurance-médicaments, il voit qu'il y a beaucoup d'argent et que beaucoup de patients sont peut-être traités de façon inadéquate. Pour prendre un chiffre simple, comme 10 milliards de dollars, et que 40 % des médicaments ne sont pas appropriés, c'est 4 milliards de dollars que le contribuable canadien peut assumer pour un traitement qui n'est pas efficace et pas indiqué pour le client.

Je m'inquiète de la distorsion des marchés, parce que nous pourrions finir par favoriser une modalité ou un médicament plutôt qu'un autre. J'étais chiropraticien. Je ne prescrivais pas de médicaments, mais j'ai certainement eu beaucoup de patients qui, pour quelque raison que ce soit, se portaient mieux avec un médicament plutôt qu'un autre. C'était peut-être le médicament de la Rx&D plutôt que le médicament générique. Parfois, un seul médicament ne fonctionne pas pour différents patients. Je suis préoccupé par la distorsion du marché et le choix pour les patients et je me demande si vous avez effectué des analyses coûts-avantages

concernant les pertes d'emploi possibles si nous privilégions un régime.

Je sais que, en Ontario, il y a quelques années, le gouvernement du NPD voulait faire adopter une assurance-auto universelle subventionnée par le gouvernement. Il a abandonné ce projet, parce que cela aurait retranché beaucoup d'emplois et aurait éliminé des choix pour les clients. Si ce type d'initiative va de l'avant, y aurait-il des pertes d'emploi, disons dans le secteur privé, si nous privilégions un modèle, comme l'a dit Mme Hoffman, par rapport à l'autre? Qu'en est-il des choix des patients concernant un médicament qui pourrait convenir davantage à ce patient particulier?

Brent, avez-vous ces chiffres, ou y a-t-il quelqu'un qui a fait l'analyse?

M. Brent Diverty: Nous n'avons pas fait cette analyse nous-mêmes. Nous avons vu des études qui donnent à penser qu'il y aurait des répercussions économiques, allant peut-être jusqu'à 4 milliards de dollars par année, mais ce ne sont pas des études que nous avons faites nous-mêmes.

Une des choses que j'aimerais souligner auprès du Comité, c'est que, si nous avons les bonnes données, nous pouvons modéliser une bonne partie de cela à l'avance. Nous pourrions certainement plaider en faveur, non seulement d'un investissement dans les données et l'analyse, mais aussi d'une plus grande volonté de la part des divers partenaires de fournir les données. J'ai mentionné que nos données sont solides en ce qui concerne les programmes publics; par conséquent, elles sont solides pour ce qui est d'étudier les aînés et les populations à faible revenu, mais les données concernant des programmes de médicaments financés par le secteur privé et certains des coûts qui y sont associés sont beaucoup moins riches.

L'autre chose que nous avons l'occasion de faire, c'est de rassembler les données ou de les associer afin d'examiner la relation entre l'utilisation des médicaments pharmaceutiques et les visites aux hôpitaux, etc. Nous pouvons mener un plus grand nombre d'études, comme celle que j'ai mentionnée, grâce à une base d'information plus solide. Beaucoup de ces questions peuvent être analysées.

● (1700)

M. Colin Carrie: Si le gouvernement suit cette voie, seriez-vous en mesure de le conseiller? Quelqu'un pourrait peut-être examiner ces données et voir comment elles toucheraient le marché. Brian a mentionné l'exemple de l'Allemagne, où certains médicaments ne seraient peut-être pas disponibles si le marché canadien était fermé et que nous n'avions pas maintenu une légère concurrence dans le marché. Au final, nous pensons tous aux patients, et je m'inquiète de la distorsion des marchés ici. Pensez-vous que ce serait une bonne idée de proposer cela à la ministre?

M. Brent Diverty: Je pense qu'il y a beaucoup d'occasions de modéliser différentes options stratégiques et les conséquences de celles-ci dans l'avenir, et une base d'information renforcée contribuera à cela.

M. Colin Carrie: Je suis aussi curieux de savoir, et je pense que quelqu'un l'a mentionné, si nous sommes au deuxième rang mondial pour ce qui est de l'utilisation de produits pharmaceutiques, ou quelque chose en ce sens? Nous prenons déjà beaucoup de médicaments.

Je m'inquiète aussi au sujet de la prescription appropriée de médicaments. La ministre était devant nous il y a quelques jours, et j'ai été un peu déçu. Elle a fait marche arrière par rapport à là où nous allions concernant les produits pharmaceutiques opioïdes résistants à l'altération, par exemple, et le détournement que cela suppose.

Si nous adoptons un programme national d'assurance-médicaments — et, comme je l'ai dit, nous revenons maintenant à un type d'OxyContin non résistant à l'altération, je crois que les médicaments génériques arrivent sur le marché — qu'arriverait-il selon vous au détournement de ces médicaments?

Je crois que Brian a parlé du fait que vous avez mené certaines études au sujet de la prescription et de l'utilisation appropriées de médicaments délivrés sur ordonnance et un certain nombre de projets examinant les données probantes liées à l'abus de médicaments sur ordonnance. Je m'inquiète: si des médecins sont en mesure de préparer une ordonnance facile qui sera couverte par le gouvernement, quelle est la probabilité de détournement et quel est le coût pour le contribuable canadien si nous avons un OxyContin bon marché, par exemple? Sera-t-il détourné vers le marché canadien? Ira-t-il aux États-Unis? Vous êtes-vous penchés là-dessus un tant soit peu?

M. Brian O'Rourke: Nous ne nous sommes pas penchés là-dessus en particulier. Notre travail a été axé davantage sur certains systèmes efficaces permettant de composer avec la question des ordonnances excessives de certains médicaments faisant l'objet d'abus. Nous avons examiné des initiatives qui avaient cours en Australie et partout en Europe, etc., et qui ont aidé à guider certaines des politiques que Santé Canada étudiait.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): [*Difficultés techniques*] service. J'ai exercé la médecine d'urgence pendant 20 ans.

Bien sûr, nous rédigeons beaucoup d'ordonnances, et, comme vous l'avez dit dans votre exposé, environ 10 % des ordonnances ne sont pas remplies. Des données de services d'urgence donnent à penser que 60 % des ordonnances rédigées dans les services d'urgence ne sont pas exécutées. Il y a beaucoup de spéculation. Ce qui explique cela, en bonne partie, c'est que de nombreuses personnes ayant un revenu très inférieur reçoivent tous leurs soins par l'intermédiaire des services d'urgence, et ce n'est pas exagéré de dire que ce sont les patients pauvres, et, par conséquent, ils ne peuvent se les permettre.

Y a-t-il eu des données, ou quelqu'un a-t-il des données, concernant un système où il y aurait, par l'intermédiaire des services d'urgence — disons que des ordonnances sont rédigées par l'entremise de la pharmacie de l'hôpital ou d'une pharmacie sans but lucratif — une économie au moins pour cette population de patients? Cela a-t-il déjà fait l'objet d'un examen?

Mme Abby Hoffman: Je ne suis pas au courant d'études particulières sur la question, mais je pense que, en général — et cela ne concerne pas particulièrement l'utilisation de médicaments sur ordonnance ni des pratiques relatives à la prescription de médicaments dans les services d'urgence — certaines initiatives, comme l'initiative Choisir judicieusement, ont démontré, par la rédaction d'ordonnances excessives pour à peu près toutes les interventions de soins de santé, que ces ordonnances ne sont pas remplies. Il serait utile de savoir combien de ces ordonnances devraient être remplies si l'on souhaite examiner l'avantage thérapeutique optimal pour le patient.

J'aimerais revenir sur quelque chose dont nous avons parlé plus tôt qui donne à penser que, d'une quelconque façon, si le secteur public s'appropriait les régimes privés — ce qui, je crois, n'est pas vraiment dans la ligne de mire de qui que ce soit, mais même si c'était le cas — cela limiterait le choix des patients. Je pense que cela permettrait de prendre davantage en considération l'utilisation efficace et appropriée des médicaments. Il y aurait une mesure

d'incitation budgétaire de façon à assurer l'existence de formulaires communs, des pratiques positives en matière de prescription, et ainsi de suite.

Je suis désolée, je n'ai pas répondu à votre question, mais je voulais formuler ce commentaire.

• (1705)

M. Doug Eyolfson: C'est bien, parce que c'était une des réponses à mes dernières questions concernant les répercussions possibles du fait d'établir des lignes directrices en matière de prescription. Cela m'a évité d'avoir à poser une autre question, ce qui est une bonne chose.

Je me demande aussi s'il y a eu des données sur un régime de médicaments stratifié qui est lié au revenu. Par exemple, nous savons que, pour les prestataires de l'aide sociale, très souvent, beaucoup de médicaments sont couverts. Êtes-vous au courant d'une administration qui aurait proposé un certain type de régime de protection où, si une personne démontre qu'elle a un revenu inférieur à un certain seuil, elle reçoit un genre de carte ou d'identification lorsqu'elle satisfait à la justification fondée sur les moyens, et où ses ordonnances sont couvertes? Ceux qui auraient les moyens paieraient, et ceux qui n'auraient pas les moyens se verraient rembourser une partie ou l'ensemble des dépenses. Savez-vous si cela a été examiné à un endroit ou à un autre?

Mme Abby Hoffman: C'est maintenant une réalité, comme vous l'avez mentionné: les prestataires de l'aide sociale ont une couverture dans la plupart des provinces, et c'est généralement une assez bonne couverture. Assurément, lorsque les aînés sont couverts, ce qui est également le cas dans la majorité des provinces et des territoires, il y a un certain degré de vérification des revenus, mais pour des raisons que vous pouvez tous imaginer, ce n'est pas si facile d'un point de vue politique de présenter un type de régime vraiment progressif où les bénéficiaires paient en réalité une certaine partie du coût en fonction de leur revenu. Donc, même si les quotes-parts et les franchises peuvent varier légèrement en fonction du revenu, dans un monde idéal, ces régimes pourraient probablement être davantage solidifiés.

J'ai parlé de la couverture des médicaments onéreux. Nous avons examiné dans le passé différentes approches pour les personnes qui n'ont pas une bonne couverture de façon continue et dont le prix qu'elles paient par rapport à leur propre revenu net ou à leur propre revenu familial est relativement élevé, et nous avons étudié différents modèles permettant de fournir une couverture des médicaments onéreux en fonction du coût des médicaments en pourcentage du revenu, et le coût varie largement. À ce moment-là, et cela fait déjà un certain nombre d'années, la couverture des médicaments onéreux ayant pour but de combler toutes les lacunes actuelles au Canada, selon le modèle que l'on choisit, aurait pu varier de quelques centaines de millions de dollars par année à de nombreux milliards. Cela dépend entièrement du modèle que l'on choisit et du degré de progressivité dans l'accord de financement.

Le président: Monsieur Webber.

M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC): Merci, monsieur le président, et merci aux témoins d'être venus ici aujourd'hui. Je remercie en particulier Mme Hoffman, qui se présente pour une deuxième fois.

J'aimerais vous adresser ma question directement, madame Hoffman, car, je l'avoue, je suis un de vos grands admirateurs. J'ai suivi votre carrière d'athlète pendant des années. Je vous ai suivie pendant les Jeux panaméricains et pendant les Jeux olympiques. Vous étiez un nom familier, chez moi, à tout le moins. Je voulais pouvoir dire à ma famille que j'ai eu l'occasion de vous poser une question.

Dans votre déclaration préliminaire, madame Hoffman, vous avez mentionné que le gouvernement fédéral avait des responsabilités uniques au chapitre du régime public d'assurance-médicaments. Plusieurs ministères fédéraux gèrent les médicaments destinés aux populations relevant de la compétence fédérale, par exemple les Autochtones, les Inuits, les membres des Forces armées canadiennes, les anciens combattants, la GRC, et quelques autres encore. Récemment, les médias ont publié un reportage selon lequel chez les anciens combattants en particulier, la consommation de marijuana à des fins médicales avait augmenté de façon importante au cours de la dernière année. Cette augmentation est réellement consternante. Je serais curieux de connaître, tout d'abord, votre opinion à ce sujet, puis j'aimerais avoir les données de ces autres ministères, par exemple chez les détenus de ressort fédéral. J'aimerais savoir si la consommation de marijuana à des fins médicales augmente également beaucoup dans ces autres secteurs.

Pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet, madame Hoffman?

• (1710)

Mme Abby Hoffman: En fait, je n'ai pas sous la main des données précises sur la consommation de marijuana à des fins médicales parmi les bénéficiaires des divers programmes fédéraux, les populations relevant de la compétence fédérale. Je crois que ce sont les ministères responsables qui détiennent ces informations. Si vous le voulez, nous pourrions nous engager à obtenir ces informations et à vous les fournir. Je ne les ai pas sous la main ici.

M. Len Webber: Si nous pouvions les obtenir, ce serait magnifique.

Le président: Merci beaucoup.

Madame Sidhu.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, monsieur le président, et merci à tous les témoins d'être venus ici aujourd'hui. Je vais partager mon temps avec la secrétaire parlementaire, Kamal Khera. Ce qui me préoccupe, c'est que de nombreux Canadiens ont de la difficulté à payer les médicaments dont ils ont besoin pour avoir une meilleure qualité de vie. Quels sont les groupes les plus désavantagés par notre mode actuel d'approvisionnement en médicaments? Combien cela coûte-t-il approximativement au système de santé du Canada quand des patients ne sont pas capables d'acheter les médicaments dont ils ont besoin?

Mme Abby Hoffman: Je pourrais peut-être répondre à cette question-là.

En ce qui concerne le second volet, le coût des conséquences du fait que certaines personnes ne font pas exécuter leurs ordonnances, il n'existe pas, à ma connaissance, de bonnes données qui expliqueraient ces coûts. Nous savons toutefois que les gens qui ne prennent pas leurs médicaments, en particulier les médicaments visant des maladies chroniques, entre autres, mais surtout les maladies chroniques, courent le risque de voir leur état de santé se détériorer et de devoir en conséquence faire pression sur d'autres secteurs du système de santé, c'est-à-dire les services d'urgence, les salles d'opération, et ainsi de suite.

En ce qui concerne les gens qui éprouvent le plus de difficultés au chapitre de l'accès aux médicaments en raison de notre régime d'assurance actuel, les bénéficiaires d'aide sociale ont droit à cette assurance dans la plupart des provinces. Ce sont les gens qui gagnent un revenu relativement faible — je ne les appellerai pas les travailleurs pauvres — qui n'ont pas de lien constant avec un milieu de travail. Ces gens peuvent avoir plusieurs emplois à temps partiel. Ils peuvent travailler à temps partiel. Mais la nature de leur emploi fait en sorte qu'ils ne bénéficient d'aucun programme d'avantages supplémentaires qu'offrirait leur employeur.

Ces gens font partie de ceux qui éprouvent les difficultés les plus grandes. Leur situation peut également être compliquée par le fait qu'ils sont chefs de famille monoparentale ou des choses comme cela. Il s'agit en général de gens en âge de travailler, étant donné que les personnes âgées sont en général couvertes, et qui gagnent un revenu supérieur au seuil de revenu fixé pour l'admissibilité; donc, ils ne sont pas admissibles à une assurance entièrement subventionnée et ils n'ont pas non plus accès à une assurance dans le cadre de leur emploi. C'est cette grande catégorie de personnes qui n'ont pas accès à une couverture appropriée.

Mme Sonia Sidhu: Étant donné que nous allons compter une proportion accrue de gens de plus de 65 ans, pensez-vous qu'il faut apporter des changements pour mieux servir la population vieillissante du Canada? Quels changements faudrait-il apporter?

• (1715)

Mme Abby Hoffman: Encore une fois, dans la plupart des régions du pays, les personnes âgées sont couvertes par un régime d'assurance-médicaments public. Quant aux personnes âgées qui ont longtemps fait partie de la population active, et cela ne concerne pas toutes les personnes âgées, évidemment, mais une bonne partie d'entre eux peuvent toujours avoir accès au régime d'assurance-santé de leur ancien lieu de travail, même après leur retraite. Cela concerne en particulier les travailleurs du secteur public, mais pas seulement eux.

En ce qui concerne les personnes âgées, l'enjeu est double. D'un côté, il faut prendre des mesures pour s'assurer qu'il n'y a pas d'abus, vu cette tendance à trop prescrire de médicaments qui a été décrite de manière assez détaillée aux membres du Comité aujourd'hui. D'un autre côté, si nous voulons adopter un régime d'assurance universel, quel devrait en être le modèle de paiement?

À l'heure actuelle, les montants que les personnes âgées pourraient avoir à payer sont établis en fonction de certains critères liés au revenu, mais, souvent, les plafonds, les franchises, les critères d'admissibilité trimestriels, et ainsi de suite, ne tiennent pas nécessairement compte comme il le faut du revenu relatif. Comme je l'ai mentionné, il serait très difficile, sur le plan politique, d'envisager une hausse des quotes-parts ou des cotisations, ou autre chose de la même nature.

La réalité, c'est que nous avons d'une part des personnes de 65 ans et plus relativement aisées, qui ont accès à une très bonne assurance qui couvre le coût de leurs médicaments, et d'autre part, les personnes dans la trentaine, dont je parlais il y a quelques minutes, qui sont chefs de famille monoparentale, ont plus d'un enfant, gagnent un revenu très modeste et dont l'emploi est plutôt irrégulier, ce qui les empêche d'avoir accès aux avantages offerts par l'employeur, des personnes qui n'ont absolument aucune couverture.

Il faut au bout du compte mettre tout cela dans la balance en se demandant s'il s'agit vraiment d'une façon raisonnable d'envisager un modèle d'assurance efficient pour le Canada.

Le président: Nous avons assez de temps pour une question de plus.

Madame Khera.

Mme Kamal Khera (Brampton-Ouest, Lib.): Merci à tous les témoins de s'être présentés.

Il est important de prendre connaissance des autres systèmes au moment d'évaluer le nôtre. Comment nos normes d'établissement des prix se comparent-elles avec celles des autres pays en ce qui a trait aux coûts des médicaments? Je sais que vous en avez tous parlé, et c'est pourquoi j'aimerais que vous en disiez un peu plus sur le sujet.

Mme Tanya Potashnik: Il y a des différences, certainement, du point de vue de l'organisme de réglementation fédéral, quant à la façon dont nous envisageons les prix. Voilà une des raisons pour lesquelles nous envisageons de moderniser le cadre de travail et que nous examinons les pratiques exemplaires ailleurs dans le monde.

Je puis vous dire, par exemple, que l'une des choses dont nous tenons compte, lorsque nous examinons un nouveau médicament arrivant sur le marché canadien, concerne les autres agents thérapeutiques déjà sur le marché du Canada pour lesquels les indications sont les mêmes. Lorsque nous procédons à cet examen et que nous trouvons d'autres médicaments associés aux mêmes indications thérapeutiques que la nouvelle drogue, nous examinons ensuite le prix de ces autres médicaments au Canada et nous acceptons que le prix de ce nouveau médicament soit égal au prix du médicament le plus cher de la même catégorie thérapeutique.

C'est un exemple parmi tant d'autres de ce qui se fait à l'échelon fédéral. Évidemment, lorsque les provinces négocient les prix, par le truchement de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, l'APP, elles vont examiner le prix de tous les médicaments utilisés pour le traitement de la maladie en question. À l'échelon fédéral, nous plaçons la barre, si vous le voulez, au niveau du prix le plus élevé du médicament qui est déjà vendu sur le marché.

Dans d'autres pays, on s'intéresse beaucoup plus à la moyenne, et l'examen porte sur l'ensemble d'une catégorie thérapeutique ou sur l'ensemble des médicaments de cette catégorie thérapeutique, et, s'il y a des solutions de rechange — en Allemagne, par exemple —, on tiendra compte également des médicaments génériques éventuels au moment d'évaluer ce que devrait être un prix approprié ou acceptable pour ce nouveau traitement. C'est un exemple.

L'autre exemple concerne la façon dont nous examinons les prix ailleurs dans le monde. Encore une fois, une fois le médicament arrivé sur le marché, nous laissons les prix de ce médicament au Canada augmenter jusqu'à atteindre après quelques années le prix le plus élevé sur le marché international, mais d'autres pays vont revoir leurs prix de façon plus régulière et vont réaliser une économie de coût en réduisant le prix au fil du temps. À mesure que le temps passe, et même si les prix au Canada respectent les normes internationales, après un certain temps, l'écart tend à augmenter, comme les données le montrent.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Davies, vous pouvez poursuivre encore un peu.

M. Don Davies: Je crois que c'est M. Diverty qui a parlé des données? Oui.

Auriez-vous une estimation de ce qu'il en coûterait pour fournir au gouvernement des données précises avec lesquelles il pourrait modéliser le coût de divers régimes d'assurance-médicaments universels au Canada?

• (1720)

M. Brent Diverty: C'est une question à laquelle on peut répondre de bien des façons, je crois.

Les coûts de l'amélioration des données par rapport aux coûts du programme sont très peu élevés. En fait, notre organisme a un budget de fonctionnement total de 100 millions de dollars. Nous réunissons des données sur la santé qui reflètent les différents secteurs des soins de santé, les dépenses en santé, la main-d'oeuvre en santé, etc.

Pour améliorer les données, il ne faudrait qu'un peu plus d'argent. Il faudrait quelques petits millions de dollars, environ, pour les améliorer. Mais il y a aussi, et c'est plus important, des coûts non monétaires. Il y a la volonté des divers organismes de transmettre des données. Je crois que c'est un aspect très important, avec la possibilité que nous offrent la santé numérique, la cybersanté, de saisir des données de façon plus naturelle à mesure que les services sont fournis plutôt que d'en faire une tâche administrative supplémentaire, après coup. Je crois que nous devrions tableer sur cela.

S'il y avait des normes nationales touchant les dossiers de santé électroniques, partout au pays, et s'il était obligatoire de saisir toutes ces données en un même endroit, en fonction d'une même norme, notre capacité d'examiner les coûts, les implications, les possibilités, serait, je crois, beaucoup plus grande pour tous les enjeux dont nous avons parlé: les résultats en matière de santé pour tout le monde, le gaspillage, le dédoublement, les ordonnances inappropriées, toutes ces sortes de choses. Voilà une occasion réelle.

M. Don Davies: Est-ce que cela peut être fait? Si le gouvernement disait voici 5 millions de dollars, ou 10 millions de dollars ou 50 millions de dollars, et vous demandait expressément de réunir toutes les données que vous êtes capable de réunir pour créer un modèle et nous dire si, oui ou non, un régime d'assurance-médicaments universel permettrait au Canada de sauver de l'argent... c'est qu'il y a différentes opinions. J'ai entendu l'opinion de Mme Hoffman, mais notre comité va également entendre l'opinion d'autres experts qui diront catégoriquement qu'en adoptant un autre système, nous sauverions de l'argent à long terme. La seule façon de prévoir cela, je dirais, consiste à réunir des données aussi précises qu'il est possible et de créer différents modèles. Nous aurions ainsi, au moins, une meilleure idée. Est-ce que cela peut être fait?

M. Brent Diverty: Tout dépend de la question à laquelle vous voulez répondre, de la mesure dans laquelle il est possible de bien faire cela. Je suis certainement d'avis qu'il est possible de créer des modèles et d'explorer les répercussions des différentes options. La base de renseignements dont nous disposons aujourd'hui, et cela est particulièrement vrai pour certaines provinces, est en outre assez solide. Si nous pouvions examiner des exemples ou des débouchés, dans certaines administrations, nous pourrions être en mesure de les appliquer à un modèle national. Je crois que cela dépend en réalité des questions auxquelles nous voulons répondre et du niveau de facilité ou de difficulté ou du coût que suppose l'élaboration d'une réponse.

M. Don Davies: Je vais vous lire un extrait tiré, encore une fois, de la conférence « Pharmacare 2020 ». Voici:

En ce qui concerne le prix des médicaments, le système canadien qui s'appuie sur de multiples payeurs est l'un des systèmes les plus coûteux du monde, car il réduit notre pouvoir d'achat. Le prix des médicaments génériques, au Canada, est près de deux fois (79 %) plus élevé que le prix médian des autres pays de l'OCDE et plus de quatre fois (445 %) plus élevé que le meilleur prix offert dans les pays de l'OCDE.

De la même façon, le prix des médicaments brevetés au Canada, est supérieur de 30 % à leur prix dans des pays comparables, comme le Royaume-Uni.

Tous ces chiffres ont été fournis par le groupe de Mme Potashnik, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Voici :

Prenons le cas du Lipitor, par exemple, un médicament vedette. Au Canada, un approvisionnement de un an pour ce médicament de marque coûte au moins 811 \$; en Nouvelle-Zélande, où une administration publique négocie les prix pour l'ensemble du pays, un approvisionnement de un an coûte seulement 15 \$. La version générique du Lipitor coûte elle-même au moins 140 \$ au Canada, soit plus de neuf fois plus qu'en Nouvelle-Zélande.

Et le rapport poursuit en dressant une liste des différents aspects d'un système universel d'assurance-médicaments, qui permet de contrôler les coûts, de travailler avec les médecins prescripteurs, de faire des achats groupés et de négocier. Il met en place toutes les pièces pour construire un système efficient.

Ma dernière question — et je sais que je n'ai presque plus de temps — est la suivante: si certains auteurs croient que nous pouvons clairement, au moyen de diverses approches, nous assurer que chaque Canadienne et chaque Canadien peut obtenir la couverture dont il a besoin à un coût moindre que ce que nous payons aujourd'hui, mais qu'il y a un désaccord quant à la question de savoir si cela est possible, ne devrions-nous pas chercher à régler cette très importante question en matière de politique de la santé?

• (1725)

Mme Tanya Potashnik: Nous avons récemment publié la mise à jour d'une étude comparant le prix des médicaments génériques au Canada et ailleurs dans le monde, et je puis vous dire que les nouvelles sont bonnes, à ce chapitre, et que les efforts déployés par l'Alliance pancanadienne pharmaceutique ont permis de combler certains écarts.

Notre rapport est assez exhaustif, et nous ne choisissons pas nos exemples, car il présente des exemples des deux extrêmes.

J'aimerais faire une mise en garde: en ce qui concerne l'examen du prix des médicaments en Nouvelle-Zélande par rapport aux prix au Canada, nous avons constaté que les médicaments comparables étaient beaucoup moins nombreux. Cela peut vouloir dire que les produits génériques qui y sont offerts sont moins nombreux, et qu'il serait peut-être risqué d'adopter un certain modèle, puisqu'il réduirait l'éventail des choix.

Les répercussions de cette situation pour le traitement relèvent d'une autre question, mais il est certain qu'il faudrait l'examiner.

Le président: Merci beaucoup.

Nous n'avons pas le temps de commencer une autre série de questions, mais il y a un intervenant qui n'a pas encore eu l'occasion de poser sa question. Je me demandais si nous ne pouvions pas lui accorder trois minutes. Est-ce que tout le monde est d'accord?

Monsieur Oliver, allez-y.

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

Je vais commencer par commenter rapidement une chose que Mme Hoffman a dite. Je sais que les problèmes sont nombreux, mais de mon point de vue, l'assurance ou l'accès est fondamental. Les coûts et l'utilisation sont importants, mais secondaires, du point de vue de la justice et de l'équité, et on doit réfléchir au fait que certains Canadiens y ont accès, d'autres non. Je crois que nous réglerons les autres problèmes pendant que nous résoudrons le problème de l'accès.

Mes questions s'adressent plutôt aux représentants de l'Institut canadien d'information sur la santé. Quelque 35 % des Canadiens sont protégés par un assureur privé. Je suppose qu'il s'agit dans la plupart des cas d'employeurs. Quel avantage y aurait-il pour des employeurs si nous adoptions un modèle universel? En plus du coût

des médicaments, dont vous avez parlé, ils devraient acquitter des frais d'administration, pour leurs assureurs. Avez-vous une idée de l'ordre de grandeur de ces frais d'administration?

M. Brent Diverty: Non, nous n'avons pas examiné cette question. Je ne pourrais pas vous donner de réponses à cette question, spontanément.

M. John Oliver: Cette tranche de 35 % concerne de manière générale les employeurs, est-ce exact?

M. Brent Diverty: Oui, il s'agit de l'assurance fournie par les employeurs, grâce aux employeurs. C'est vrai dans la majorité des cas.

M. John Oliver: Il s'agirait donc d'environ 10 milliards de dollars, que nous... Tout dépend de la façon dont les choses évoluent, nous aiderions les employeurs du secteur privé qui fournissent déjà une assurance à la population.

Mme Abby Hoffman: Je crois qu'il serait juste de dire, cependant, qu'au bout du compte ce sont les employeurs qui, en réalité, versent des cotisations aux compagnies d'assurance, mais cela est pris en compte dans le calcul du salaire total des employés.

Je crois que l'avantage, pour les employeurs et pour les assureurs, c'est que le coût de l'assurance-médicaments augmente, étant donné que, dans ces systèmes — je dirais systèmes non gérés, à défaut d'un meilleur terme — dans ces systèmes d'assurance-médicaments financés par le secteur privé, le fardeau économique est de plus en plus lourd pour les employeurs. Les assureurs ont de la difficulté à offrir aux grands employeurs de bons régimes d'assurance-médicaments en raison des coûts que cela représente.

Il y a certains aspects efficients, dans un régime public — les formulaires, un certain contrôle des pratiques touchant les ordonnances, la négociation des prix, les médicaments génériques de substitution, toutes ces choses — que les employeurs accueilleraient avec plaisir, à mon avis. Ils peuvent certainement envisager — je ne dis pas qu'ils vont tout de suite le faire — des scénarios selon lesquels ils pourraient offrir à leurs employés les mêmes avantages, exactement, à des coûts considérablement moins élevés. Et, même s'il n'y avait aucun changement, certains pourraient faire valoir qu'ils auraient peut-être la possibilité d'offrir ces avantages à une partie de leurs employés à temps partiel ou de leurs employés non syndiqués.

Partout où l'on fait des économies, on voit s'offrir à tout le moins la possibilité que certains des écarts au chapitre de la couverture... Vous avez raison de dire...

M. John Oliver: Si nous décidions d'adopter une couverture universelle, cela constituerait pour les employeurs un grand avantage étant donné qu'ils pourraient transférer les coûts qu'ils assument pour les faire payer par le secteur public, n'est-ce pas? C'est une façon de voir les choses.

Mme Abby Hoffman: Oui, mais pas nécessairement... Encore une fois, j'aimerais en revenir aux deux modèles théoriques que j'ai présentés, et je crois qu'il vaut la peine d'examiner...

M. John Oliver: Voilà ce qui a éveillé mon intérêt, honnêtement.

Mme Abby Hoffman: Oui.

Dans certains des autres pays où le terme « couverture universelle » est utilisé de façon plus ou moins précise, les gens ont tous accès à une couverture, mais cela ne veut pas dire que les gouvernements assument l'ensemble des coûts. Les gouvernements peuvent contrôler les paramètres de l'assurance-médicaments, et il serait utile que votre comité examine la gamme des modèles existants qui, au bout du compte, assurent tous une couverture universelle.

M. John Oliver: En ce qui concerne un formulaire pancanadien, existe-t-il au Canada un organisme qui serait habilité à élaborer un formulaire national et qu'y mettrait-il?

•(1730)

M. Brian O'Rourke: Oui, et nous serions très heureux de nous attaquer à cette tâche.

Le président: Merci.

Au nom de tous les membres du comité, je tiens à remercier les témoins. Vous nous avez fourni une mine de renseignements, et je crois que nous allons devoir vous inviter de nouveau, car je crois que vous avez réponse à la plupart de nos questions.

Nous allons poursuivre la séance à huis clos pendant quelques minutes pour discuter du budget et de quelques autres enjeux, et nous allons donc prendre une courte pause. La séance est levée.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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