



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA



NUMÉRO 019



1<sup>re</sup> SESSION



42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le jeudi 22 septembre 2016**

**Président**

**M. Bill Casey**



## Comité permanent de la santé

Le jeudi 22 septembre 2016

•(0845)

[Traduction]

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

Juste une petite chose avant de commencer et d'entendre les témoins.

On m'a dit que j'étais un peu laxiste dans la durée des questions et des réponses et que je laissais les gens parler un peu trop longtemps. Je vais donc resserrer un peu les exigences. Donc, pour les questions et réponses de sept minutes, je vais vous demander de vous limiter à sept minutes, puis à cinq minutes. On n'interrompra personne, mais je vous demanderais d'être un peu plus concis. J'ai tendance à laisser les gens aller, parce que, quand les questions sont intéressantes, on veut tous les entendre et connaître les réponses.

Oui, monsieur Davies.

**M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD):** Monsieur le président, j'ai signifié mon avis de motion avec un préavis de 48 heures comme l'exige le Règlement, et je voudrais déposer ma motion:

Que, en vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, le comité étudie de toute urgence la crise des opioïdes au Canada.

Permettez que j'explique très rapidement. On sait qu'il y a une crise. Tous les membres du comité le savent très bien. Je sais qu'on est en train d'examiner la question de l'assurance-médicaments, mais je dirais qu'on aura besoin de quatre réunions pour ça. Je ne propose pas de rédiger un rapport, mais, peut-être, une série de recommandations à l'intention de la ministre.

Peut-être qu'après avoir entendu les témoins d'aujourd'hui, on pourrait prendre une dizaine de minutes, à la fin de la réunion, pour voir comment le comité pourrait s'organiser. Je pense qu'il y a urgence. Je ne pense pas qu'il faut le faire tout de suite, comme à la prochaine réunion, mais je crois qu'il faut le faire aussi rapidement que possible tout en respectant notre ordre du jour sur l'assurance-médicaments.

**Le président:** Je veux simplement vérifier que la motion est admissible et le préavis.

La motion est admissible.

C'est un peu comme celle de monsieur Webber.

Monsieur Webber.

**M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC):** J'apprécie l'intention de cette motion néo-démocrate, évidemment, mais, en fait, j'ai proposé une motion du même genre demandant un consentement unanime à adopter cette motion en raison de l'urgence de la situation. J'aimerais seulement savoir comment adresser une motion au greffier. Ça doit être traduit, n'est-ce pas? Et est-ce qu'il faut avoir la parole pour déposer une motion?

**Le président:** On l'a en français et en anglais. C'est ça que vous voulez dire?

**M. Len Webber:** Oui. Je parle de processus ici, parce que, quand j'ai présenté ma motion, j'avais la parole et je parlais de mon intention de déposer cette motion. Évidemment, j'avais la parole et je vous ai présenté ma motion. Je voudrais savoir où on en est du point de vue de la personne qui a déposé la motion.

**Le président:** Je comprends.

On me dit que c'est admissible. Les deux sont arrivées par courriel, la sienne d'abord, et les deux avec un préavis de 48 heures. Le président reconnaît que les deux motions sont presque semblables, et je pense que c'est vous qui avez soulevé la question.

**M. Len Webber:** Je ne fais que poser la question.

•(0850)

**Le président:** Je pense que cette question sera réglée au moment du vote du comité.

**M. Len Webber:** Je l'espère.

**Le président:** Est-ce qu'il y a d'autres controverses au sujet de la motion?

**M. Len Webber:** Je voudrais apporter quelques modifications à cette motion, monsieur le président. Je pense qu'elle est assez faible. Elle ne parle pas de l'objet de l'étude proposée.

Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, j'aimerais que l'honorable député néo-démocrate, Don, m'en donne un exemplaire. Merci.

Bon, je la vois... et je pense qu'il y manque un plan d'action. Ma motion en proposait un. Je peux vous la lire. Je vais commencer par lire celle de l'honorable Don Davies:

qui dit ceci

Que, en vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, le comité étudie de toute urgence la crise des opioïdes au Canada.

La motion que j'ai déposée lundi, ou que j'avais essayé de déposer, sur consentement unanime se lit comme suit: « Que, en vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, le comité étudie immédiatement la crise du fentanyl et des opioïdes au Canada compte tenu du nombre croissant et alarmant de décès causés par ces substances, afin de déterminer les mesures que le gouvernement fédéral pourrait prendre. »

Je voudrais modifier la motion de M. Davies pour la rendre plus précise en y ajoutant un objet et un plan d'action.

**Le président:** Avez-vous le libellé?

**M. Len Webber:** Oui, je l'ai ici, avec la traduction. C'est ce que je vous avais soumis le jour où j'ai pris la parole, lundi, quand j'ai essayé d'obtenir un soutien unanime pour cette motion.

**Le président:** Est-ce que c'est effectivement votre motion originale?

**M. Len Webber:** Oui.

**Le président:** Vous proposez de remplacer...

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

**Le président:** ... le texte de M. Davies par le vôtre ou d'y ajouter quels mots?

**M. Len Webber:** Euh, non. Enfin, oui, d'ajouter...

**Le greffier du Comité (M. David Gagnon):** Il remplacera « étude de toute urgence » par « étude immédiatement la crise du fentanyl »...

**M. Len Webber:** C'est ça, et puis le plan d'action à la fin.

**Le greffier:** ... « compte tenu du nombre croissant et alarmant de décès causés par ces substances, afin de déterminer les mesures que le gouvernement fédéral pourrait prendre. »

**Le président:** Vous savez exactement de quoi il est question ici. Les membres du comité doivent savoir exactement ce que vous voulez dire.

**M. Len Webber:** Oui, d'accord.

**Le président:** Est-ce que vous pouvez le mettre par écrit pour que tout le monde puisse le voir?

**M. Len Webber:** Ça a été déposé, et je crois que vous allez prendre une décision, passer au vote, à ce sujet. Je propose une modification à la motion.

**Le président:** Nous avons déjà votre modification originale. Je ne tiens pas à vous compliquer les choses, mais nous devons savoir exactement sur quoi nous votons.

**M. Len Webber:** Le comité devrait étudier la crise « immédiatement » au lieu de « de toute urgence ».

**Le président:** Ce serait juste de remplacer « immédiatement » par « de toute urgence ».

**M. Len Webber:** C'est un élément.

**Le président:** En fait, je voulais dire: remplacer « de toute urgence » par « immédiatement ».

**M. Len Webber:** C'est ça, oui.

Et ensuite ajouter: « la crise du fentanyl et des opioïdes au Canada compte tenu du nombre croissant et alarmant de décès causés par ces substances, afin de déterminer les mesures que le gouvernement fédéral pourrait prendre. »

C'est plus précis. Et ça prévoit un plan d'action. On peut espérer que l'étude exige d'être immédiate en raison de l'urgence de la situation.

**Le président:** Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Je pense que la modification de M. Webber revient à une différence sans réelle distinction. Le fait de remplacer « de toute urgence » par « immédiatement » n'a aucune importance. En fait, je dirais que « de toute urgence » a plus d'impact que « immédiatement ».

Ensuite, au sujet du fentanyl, c'est un opioïde. Donc, quand on parle de « la crise des opioïdes », on inclut le fentanyl. Concernant l'ajout de « compte tenu de la crise au Canada », c'est implicite. C'est juste un élément explicatif.

Enfin, pour ce qui est de déterminer les mesures à prendre, ma motion vise à entreprendre de toute urgence une étude de la crise des opioïdes au Canada. Je pense qu'il est évident, clair, implicite et entendu, du fait de la motion elle-même, que cette étude viserait à déterminer les mesures à prendre. C'est implicite.

Je ne pense pas qu'une quelconque modification ajouterait quoi que ce soit à la motion telle qu'elle est formulée. Sauf votre respect, il me semble que c'est une histoire de fierté d'auteur qui est en train de l'emporter sur l'importance du fond, qui est d'inviter le comité à prendre acte de la crise des opioïdes et à entreprendre une étude aussi rapidement que possible.

La raison pour laquelle je pense que le mot « immédiatement » ne convient pas est qu'il fixe un délai. Une étude entreprise immédiatement commencerait maintenant. Est-ce que nous devrions suspendre tout de suite notre étude sur l'assurance-médicaments? À mon avis, ce ne serait pas juste pour le comité. Nous sommes tous conscients, ici, de l'importance de ce problème, et nous savons tous qu'il faudra se préparer un peu. Il faudra entendre des témoins qui nous éclaireront sur la question des opioïdes. Ça va prendre un peu de temps. Donc je ne crois pas que cette étude pourrait être entreprise immédiatement. Ma motion prend acte de l'urgence de la situation. Et elle nous laisse la possibilité de prendre les trois ou quatre prochaines journées pour proposer des témoins et permettre aux analystes de prévoir les réunions. Des témoins sont déjà prévus pour lundi et mercredi prochains dans le cadre de l'étude sur l'assurance-médicaments.

Je pense que ma motion répond à tout ce que souhaite M. Webber. Si nous sommes vraiment soucieux de ce problème, votons sur la motion, adoptons-la, et ensuite nous pourrions nous remettre à l'étude de l'assurance-médicaments.

•(0855)

**Le président:** Monsieur Eyolfson.

**M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.):** Je suis d'accord avec M. Davies. Et je comprends votre intention, monsieur Webber. Mais, si on dit « immédiatement », on pourrait se trouver dans l'obligation, à cause du sens de ce mot, de suspendre toutes nos autres activités. Il faudrait renvoyer tous les témoins des trois prochaines réunions, et je ne pense pas que ce soit possible. Et puis la motion modifiée contient des précisions dont on n'a pas besoin. Le fentanyl n'est qu'un des opioïdes en cause dans cette crise. Il existe plusieurs types d'opioïdes.

Je vous le redis, je comprends très bien le sens de votre modification, mais je ne pense pas qu'elle soit utile. Je pense que celle de M. Davies dit tout ce qu'il y a à dire. Elle est assez souple pour permettre d'avoir les trois prochaines réunions sur l'assurance-médicaments avant de nous pencher sur ce problème. Si une motion est proposée, je l'appuierai.

**Le président:** Madame Harder.

**Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC):** En 2014, le comité a effectué une étude sur les opioïdes au Canada. Ce qui est intéressant dans la situation actuelle, c'est qu'on ne parle pas des opioïdes en général, mais au caractère distinctif du fentanyl, et c'est là que l'urgence se trouve en 2016. Pour faire la distinction entre l'étude de 2014 et ce qu'on pourrait prendre le temps de faire aujourd'hui, je crois que le fentanyl est un élément central.

**Le président:** Monsieur Eyolfson.

**M. Doug Eyolfson:** Je n'ai pas envie de discuter sur cette question. Je suis d'accord pour dire que le fentanyl en fait partie, mais il y a aussi de nouveaux opioïdes qui sont entrés en scène le mois dernier et qui sont différents du fentanyl et encore plus dangereux. Le fentanyl en fait partie, d'accord, mais il y en a d'autres, plus nouveaux, qui alimentent cette crise.

Je ne vois pas la nécessité d'attirer l'attention plus particulièrement sur le fentanyl. Je pense aussi au carfentanil. C'est un composé différent. J'ai lu des articles à ce sujet il y a des années et je ne pensais pas qu'on le retrouverait un jour en vente dans les rues.

Je ne pense pas qu'on ait besoin de faire de distinction. Il s'agit de tous les opioïdes, c'est une crise générale, et je crois que ce que nous avons recouvert le tout. Il y a encore des gens qui meurent en utilisant les plus vieux opioïdes. On trouve encore de l'OxyContin et encore de l'héroïne dans les rues. Ça fait partie du problème et c'est un élément du même problème. Je pense donc que cette motion nous permet de faire cette étude.

**Le président:** Il se trouve que, hier soir, on en parlait dans les nouvelles à la télévision. On expliquait qu'il fallait en parler et que c'était important.

Monsieur Webber.

**M. Len Webber:** Monsieur le président, c'est effectivement une urgence. Et c'est une étude qu'il faut faire immédiatement. Je respecte vos commentaires à tous, mais c'est quelque chose qu'il faut faire tout de suite. Si ça veut dire qu'il faut reporter quelques témoignages sur l'assurance-médicaments, eh bien d'accord. Nous avons entendu le groupe de l'autre jour, et la crise est liée au fentanyl. Je crois donc qu'on devrait faire cette étude immédiatement. Évidemment que c'est une urgence, mais qu'est-ce que ça veut dire? L'idée de faire l'étude immédiatement veut dire que ça doit être fait tout de suite.

Pour ce qui est du reste, il faut lui donner du mordant. On a besoin d'un but et d'un plan d'action. Je pense que le plan d'action pourrait être le dépôt immédiat d'un rapport rédigé lorsque nous aurons commencé l'étude. J'insiste: il y a urgence, là, maintenant! Il faut faire une étude immédiatement, tout de suite.

• (0900)

**Le président:** À première vue et compte tenu de notre calendrier à venir, si cette motion est adoptée, nous pourrions probablement commencer l'autre mardi. Je pense que c'est assez rapide. Il nous faut un plan de travail et aussi des témoins. Si nous avons les deux autres réunions prévues sur l'assurance-médicaments, avec les témoins prévus, si la motion est adoptée, ça nous donnerait le temps de convoquer les témoins que nous voulons tous vraiment entendre. Et ça permettrait aux témoins de l'autre réunion de terminer et aux chercheurs de nous fournir des informations.

Madame Harder, à vous.

Nous parlons de l'autre mardi, si la motion est adoptée.

**Mme Rachael Harder:** Je ne tiens pas non plus à discuter et je ne veux surtout pas m'éterniser, mais je pense que, avec tout ce qui se dit dans les nouvelles et le fait que ça attire toute cette attention au Canada en ce moment, je crois qu'il faudrait insister sur le fentanyl, étant donné l'ampleur nationale de ce problème.

Les témoins que nous avons entendus l'autre jour ont surtout parlé du fentanyl. Sauf votre respect, ils n'ont pas parlé des autres opioïdes, mais essentiellement du fentanyl. C'est ce qui alimente les nouvelles, jour après jour, en ce moment dans notre pays. C'est ce qui inquiète des provinces comme la Colombie-Britannique, où le

nombre de décès est alarmant. Je pense que ça mérite une étude sérieuse.

**Le président:** Monsieur Kang.

**M. Darshan Singh Kang (Calgary Skyview, Lib.):** Monsieur Webber, nous comprenons parfaitement votre inquiétude. Tout le monde veut faire quelque chose. Si vous pensez que c'est le fentanyl qui est le problème, peut-être qu'on pourrait dire « une étude sur la crise des opioïdes, comme le fentanyl, au Canada ». C'est une simple suggestion. Ça insère le fentanyl dans la motion. Est-ce que ça vous conviendrait?

**M. Len Webber:** Merci, monsieur Kang. Je ne voudrais pas...

**Le président:** Pardon, c'est au tour de M. Eyolfson.

**M. Doug Eyolfson:** Si une motion est proposée, je voudrais demander la mise aux voix.

**Le président:** D'accord.

Deux autres personnes doivent parler d'abord.

Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Pour répondre aux observations de madame Harder, j'entends bien que le fentanyl fait partie des opioïdes, et, quand je dis « la crise des opioïdes », il est évident que le fentanyl est l'un des principaux opioïdes qui attirent l'attention en ce moment, mais il y en a d'autres. Il y a l'OxyContin et encore d'autres problèmes. Je veux qu'on comprenne bien que, quand je parle de la « crise des opioïdes », je parle de l'ensemble des opioïdes, dont le fentanyl.

**Le président:** Je ne prétendrai pas que je m'y connais, mais, d'après l'émission de télévision hier soir, j'ai vu qu'on mentionnait aussi un autre opioïde encore plus dangereux que le fentanyl. Je crois que c'était le Carfentanil.

C'est terminé, monsieur Webber. Il faut passer au vote sur la modification.

**M. Len Webber:** Je voudrais simplement rappeler l'urgence de la situation et le fait qu'il faut agir tout de suite. Je suggère donc... eh bien est-ce qu'on pourrait mettre les deux: « immédiatement » et « de toute urgence »? Est-ce que je peux faire ça dans une deuxième motion ou est-ce qu'il faut l'inclure dans la motion initiale que j'ai proposée? Ou est-ce qu'on est en train de discuter de ma modification initiale?

• (0905)

**Le président:** Est-ce qu'il peut modifier la modification?

**Une voix:** Non.

**Le président:** Il faut d'abord voter sur la première modification.

**M. Len Webber:** Ensuite, je peux toujours proposer une deuxième modification.

**Le président:** Peu importe, c'est impossible avant mardi.

**M. Len Webber:** D'accord, je ne vais pas m'éterniser non plus.

Monsieur le président, j'ai encore la parole, n'est-ce pas?

**Le président:** Excusez-moi, je pensais que vous aviez fini.

**M. Len Webber:** Je tiens à rappeler que les témoignages d'hier nous ont appris que, en moyenne, une personne meurt toutes les 14 heures, et mardi, c'est très loin dans une situation comme ça.

Je voudrais que ce comité et le greffier se préparent pour que... eh bien, entreprendre une étude immédiatement, ça veut dire à la prochaine réunion. Il y a eu 488 décès jusqu'ici en Colombie-Britannique. En neuf mois, 488 décès à cause du fentanyl. Je pense que c'est une urgence immédiate. Je suis sûr que vous êtes tous de cet avis aussi. Je ne peux que réitérer l'importance de la situation. J'ai même bien du mal, actuellement, à concentrer mon esprit sur l'étude de l'assurance-médicaments.

Quoi qu'il en soit, votons, et je pense que nous avancerons.

**Le président:** Le libellé modifié est le suivant: que, en vertu du paragraphe 108(2), le comité étudie immédiatement — au lieu de « de toute urgence » — la crise du fentanyl et des opioïdes au Canada, compte tenu du nombre croissant et alarmant de décès causés par cette substance, afin de déterminer les mesures que le gouvernement fédéral pourrait prendre.

(L'amendement est rejeté.)

**Le président:** Nous allons maintenant voter sur la motion principale, à savoir:

Que, en vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, le comité étudie de toute urgence la crise des opioïdes au Canada.

(La motion est adoptée.)

**Le président:** Très bien, c'est réglé. Merci beaucoup.

Monsieur Webber, eh bien, nous savons tous que vous avez soulevé le problème au début, et donc...

**M. Len Webber:** Ce n'est pas mon problème à moi.

**Le président:** Nous y viendrons. Je ne vois pas comment ce serait possible avant l'autre mardi de toute façon, étant donné le plan de travail et le calendrier de convocation des témoins.

**L'hon. Pierre Poilievre (Carleton, PCC):** Monsieur le président, j'ai déposé un avis de motion au printemps. Elle a été proposée dans les deux langues officielles et elle est recevable. Elle se lit comme suit: « Que, en vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, le comité entreprenne immédiatement une étude sur le rejet par le gouvernement de la décision d'un groupe d'experts de situer le campus Civic de l'hôpital d'Ottawa sur une terre domaniale en face de l'hôpital actuel, et que le comité invite les ministres de l'Environnement, du Patrimoine et de l'Agriculture, ainsi que M. Mark Kristmanson, premier dirigeant de la Commission de la capitale nationale (CCN) à venir en discuter. »

Je suis ici aujourd'hui pour présenter cette motion. Je vous remercie, monsieur le président, de me donner la parole. Comme je l'ai dit, cette motion est recevable, et l'avis a été déposé en juin. J'avais l'intention de la proposer à ce moment-là, mais le calendrier ne l'a pas permis, et donc j'ai attendu jusqu'à aujourd'hui. Aujourd'hui est une journée particulièrement importante en l'occurrence parce que la Commission de la capitale nationale a deux réunions, une pour les « VIP » de la région d'Ottawa et l'autre pour la population générale, pour discuter des 12 endroits où il serait possible d'installer le campus Civic.

Pour vous donner un peu de contexte, en temps normal, on ne parlerait pas de l'endroit où serait installé un hôpital dans le cadre d'un comité de la Chambre des communes fédérale, parce que la santé est du ressort des provinces. Mais c'est un cas tout à fait unique, parce que le gouvernement précédent avait accordé une

cinquantaine d'acres sur le terrain de la ferme expérimentale fédérale, qui se trouve juste en face de l'hôpital actuel.

Quand elle est entrée en fonction, la ministre de l'Environnement, Catherine McKenna, a brusquement stoppé cette décision et demandé à l'hôpital de retourner à la table à dessin et de trouver un autre endroit. Les autorités de l'hôpital ont proposé quatre possibilités, mais la ministre n'était toujours pas satisfaite. Elle a donc demandé à la ministre du Patrimoine de charger la CCN, la Commission de la capitale nationale, de trouver un endroit convenable.

La CCN a depuis identifié 12 sites possibles. La plupart de ces endroits...

• (0910)

**Le président:** Je dois vous interrompre. Je vous souhaite la bienvenue au comité, et nous sommes heureux de vous avoir parmi nous, mais je dois déclarer votre motion irrecevable. Elle n'est absolument pas de notre ressort, de quelque façon qu'on la considère. Je sais que vous y tenez beaucoup, comme je tiens à mon hôpital à Amherst et que chacun tient à l'hôpital de sa région, mais ce n'est pas de notre ressort. On ne peut pas parler de mon hôpital ici, ni du vôtre.

C'est tout simplement irrecevable. Je comprends très bien...

**L'hon. Pierre Poilievre:** Je voudrais faire un rappel au Règlement ici, monsieur le président.

En fait, le comité est le maître de son propre domaine et il peut étudier ce qu'il veut. Le mandat du comité tel qu'il est formulé dans le site Web indique que « le Comité permanent de la santé peut également étudier les questions qu'il choisit d'étudier de son propre chef ». Si le comité décide d'examiner la situation de cet hôpital ou de n'importe quel hôpital, ça devient recevable.

En principe, je ne soumettrais pas une question relative à un hôpital en particulier à un comité de la Chambre des communes fédérale, mais la situation n'est pas ordinaire. Plusieurs ministres fédéraux ont un rôle dans cette affaire. Il y a un organisme fédéral, la Commission de la capitale nationale, dont le mandat relève exclusivement du gouvernement fédéral, qui participe au choix d'endroits éventuels pour installer cet hôpital. L'un de ces endroits est le Parc Tunney, qui, comme vous le savez, est une zone centrale pour les fonctionnaires fédéraux. C'est un territoire appartenant intégralement au gouvernement fédéral.

Autrement dit, tout ça relève de la sphère fédérale. Franchement, je préférerais que ce ne soit pas le cas. Je pense que les résidents d'Ottawa aimeraient bien que le gouvernement fédéral ne soit pas aussi souvent partie prenante dans les décisions locales de cette nature. Et, si c'était le cas, je ne serais pas ici aujourd'hui.

Monsieur le président, je peux vous assurer, car je sais avec quelle vigueur vous représentez votre région, que, si le gouvernement fédéral se mêlait de choisir un endroit pour l'hôpital de votre collectivité, vous seriez ici à taper sur la table avec force pour faire valoir que votre motion est recevable. Heureusement, le gouvernement fédéral ne s'occupe pas de ça dans la plupart des collectivités. Dans ma collectivité, malheureusement, c'est le cas, et je dirais quant à moi: beaucoup trop. C'est pourquoi je pense que le comité est habilité à examiner cette question.

Pourquoi le Comité de la santé? C'est très simple: l'établissement en question est un hôpital, et, par définition, ça relève du domaine de la santé. Je demande qu'on vote sur cette motion. Si les membres estiment que la situation de cet hôpital ne doit pas être examinée par le Comité de la santé, qu'ils votent en ce sens. Et s'ils pensent qu'il faut l'examiner, on verra avec le greffier comment organiser l'audience de témoins.

Je ne suis pas ici pour vous faire perdre du temps. Le temps file, et je sais que vous avez des témoins à entendre. Tout ce que je demande, c'est qu'on vote sur cette motion.

Je vous remercie.

**Le président:** J'ai pris une décision et j'ai besoin de savoir si le comité appuie ma décision ou non. Nous allons donc d'abord voter sur ma décision.

Monsieur Davies.

Avez-vous un hôpital?

**M. Don Davies:** Oui.

Monsieur le président, je voudrais dire un mot rapide là-dessus, car, en termes de structure, je crois que M. Poilievre a raison: le comité peut étudier ce qu'il veut. Je pense que la question de la santé au Canada est très complexe, parce que, évidemment, elle est à la fois du ressort fédéral et du ressort provincial. Je ne voudrais pas appuyer une décision qui donne à penser que le comité ne peut pas étudier quelque chose qui pourrait nous lier les mains plus tard parce que c'était du ressort local ou provincial.

Je ne peux pas appuyer votre décision. Et je ne vais pas appuyer la motion. Aussi importante que soit cette question à l'échelle locale, nous avons à étudier la question de l'assurance-médicaments. Nous avons adopté des motions sur l'étude de la résistance antimicrobienne, sur la santé des Autochtones, sur les soins de santé dans la collectivité et à domicile, et, juste à l'instant, sur la crise des opioïdes.

Aussi importante que soit la question soulevée par M. Poilievre au sujet de la situation d'un hôpital dans sa région, ces autres questions, à mon humble avis, ont des répercussions beaucoup plus graves sur les Canadiens. Je voulais simplement vous faire part de ces réflexions. Très respectueusement, je vais voter contre la motion que nous ne pouvons pas étudier, mais aussi contre la motion sur son bien-fondé.

• (0915)

**Le président:** Monsieur Ayoub.

[Français]

**M. Ramez Ayoub (Thérèse-De Blainville, Lib.):** Monsieur le président, à titre d'information, ainsi que par respect pour les membres du Comité et les témoins, j'aimerais connaître la façon de fonctionner du Comité.

Je me demande si nous ne sommes pas en train de gruger une demi-heure du temps alloué aux témoins. Nous consacrons beaucoup de temps à trouver de bons témoins. Or, nous prenons du temps pour passer ou présenter des résolutions alors que nous pourrions faire cela après la période des questions aux témoins, quitte à dépasser la durée normale de la séance. De cette manière nous n'empiétons pas sur le temps des témoins.

Je suis peut-être dans l'erreur. Peut-être que le fonctionnement d'un comité doit se faire comme cela. Toutefois, si c'est le cas, je trouve cela malheureux.

Même moi, actuellement, je suis en train de parler, alors que nous devrions plutôt nous entretenir avec les témoins. Tout cela fait que

nous consacrons la première heure à des résolutions qui ne mènent nulle part.

Voilà mon commentaire. Si vous pouviez m'informer de la procédure, ce serait bien.

[Traduction]

**Le président:** Je suis entièrement d'accord, mais nous avons une procédure et des règles à suivre. Nous devons d'abord entendre les témoins, puis vaquer à nos affaires ensuite, parce que, comme on sait, l'audition de certains témoins a déjà été reportée une fois. Par respect, nous devons d'abord entendre nos témoins, mais les membres ont le droit de soulever des questions et de proposer des motions.

Nous allons voter sur ma décision.

(Décision du président maintenue)

**Le président:** Désolé, monsieur Poilievre. Mais nous comprenons. Je sais que ça vous tient à cœur depuis des années, et je respecte votre décision de le porter à notre attention.

Nous allons maintenant entendre les témoins.

Bienvenue au comité. Certains d'entre vous sont déjà venus: nous sommes heureux de vous revoir. À ceux dont l'audience a été reportée, merci d'être venus témoigner devant le comité sur l'assurance-médicaments.

Nous allons entendre M. Keon, de l'Association canadienne du médicament générique.

Nous allons essayer de limiter vos observations à cinq minutes, pour qu'on puisse vous poser des questions.

**M. Jim Keon (président, Association canadienne du médicament générique):** D'accord. J'avais prévu un exposé de dix minutes, mais je vais le raccourcir.

**Le président:** Si vous pouvez vous limiter un peu, nous vous en serions reconnaissants.

**M. Jim Keon:** Oui, d'accord.

Je remercie les membres du comité de nous donner l'occasion de participer aujourd'hui aux audiences sur l'élaboration d'un régime national d'assurance-médicaments.

Comme on vient de vous le dire, je m'appelle Jim Keon, et je suis président de l'Association canadienne du médicament générique.

[Français]

L'ACMG est l'association nationale qui représente l'industrie du médicament générique au Canada. Depuis plus de 50 ans, l'industrie canadienne du médicament générique joue un rôle essentiel au sein du système de soins de santé du pays et de son économie en offrant des options sûres, efficaces et éprouvées pour remplacer les médicaments de marque plus coûteux.

Accroître l'accès pour les patients et contribuer à assurer la viabilité des régimes d'assurance-médicament — et, plus largement, du système de soins de santé — sont des valeurs fondamentales de l'industrie du médicament générique au Canada.

Pour mesurer davantage notre contribution, certaines données fournies par IMS Brogan sont révélatrices. Au Canada, les médicaments génériques sont utilisés pour remplir 69 % de toutes les ordonnances, mais ne représentent que 22 % des 26 milliards de dollars dépensés chaque année en médicaments d'ordonnance.

• (0920)

[Traduction]

Je dirai d'abord quelques mots sur l'idée d'un régime national d'assurance-médicaments. Nous pensons qu'un régime national pourrait, au Canada, améliorer les soins médicaux nécessitant des médicaments d'ordonnance. Notre association serait heureuse de participer à l'élaboration d'un système d'assurance couvrant les médicaments d'ordonnance pour tous les Canadiens. Un régime national pourrait faciliter et rendre plus efficace le processus décisionnel concernant les médicaments qui devraient être couverts et l'opportunité de les prescrire.

On pourrait aussi faire des économies en rationalisant le double emploi causé par les différentes procédures d'énumération des médicaments assurés qu'emploient les provinces et territoires et qui augmentent les frais administratifs aussi bien pour les régimes d'assurance-médicaments que pour les fabricants de médicaments. Et tout ça entraîne un accès inégal des patients aux soins de santé à travers le Canada.

J'ajouterai quelques mots à ce qui a été dit jusqu'ici. Je pense que le comité doit savoir que, en termes de durabilité et de coordination nationale, l'Association et les gouvernements provinciaux, principalement, ont déjà pris des mesures importantes et directes qui donnent des résultats importants.

En 2010, les provinces et les territoires du Canada ont créé l'Alliance pancanadienne pharmaceutique ou APP. Tous les nouveaux médicaments brevetés du Canada sont désormais ouverts à négociation du prix à l'échelle nationale par le biais de l'APP, et, au début de l'année, on indiquait sur le site de l'Association que plus d'une centaine de négociations mixtes avaient été effectuées.

Du côté des médicaments génériques, mon sujet, les juridictions participantes, qui comprennent désormais le gouvernement fédéral et ses régimes, et l'ACMG se sont entendues sur un cadre national de graduation des prix des médicaments génériques. Dans le cadre du système APP/ACMG, depuis avril 2013, le prix de dix-huit des médicaments d'ordonnance génériques qui se vendent le plus a été réduit à 18 % du prix des médicaments brevetés équivalents. Ça permet au système de santé d'économiser plus de 1,6 milliard de dollars sur la durée de l'entente. Ces résultats sont importants compte tenu du fait que, au Canada, les ventes de médicaments d'ordonnance génériques remboursés ne sont que de 5,5 milliards de dollars par an sur un total de ventes de 26 milliards de dollars.

Je vais raccourcir mon exposé.

Une étude fondée sur les données du CEPMB qui a été effectuée au début de l'année a révélé que le moyen le plus efficace d'économiser encore serait de multiplier l'utilisation des médicaments génériques. Non seulement le système APP/ACMG a permis de faire d'énormes économies au système de santé du Canada, mais il a aussi suscité la collaboration de tous les Canadiens. Malgré la pression exercée sur la chaîne d'approvisionnement en médicaments génériques au Canada à cause des prix inférieurs, ça a permis d'instaurer une stabilité et une prévisibilité dont avaient grand besoin les fabricants qui tentaient de mettre en marché des produits génériques plus économiques.

Là non plus, je n'entrerai pas dans le détail, mais je pense que certaines des études qui ont été faites sur le projet d'assurance-médicaments national donnent, à notre avis, des estimations irréalistes des économies à prévoir. Comme je l'ai dit tout à l'heure, nous avons négocié des prix avec les provinces, et maintenant avec les régimes du gouvernement fédéral, depuis des années, et, à moins

que vous pensiez que les provinces n'ont pas fait du bon travail, elles ont déjà les prix qu'elles ont négociés et estiment justes et équitables.

Je ferai quelques observations pour terminer.

À cause de l'élaboration de système de graduation des prix comme celui de l'APP/ACMG, les médicaments d'ordonnance génériques n'ont jamais eu autant de valeur. Il est temps que les Canadiens profitent de cette baisse des prix en augmentant l'utilisation de ces produits. Comme je l'ai signalé tout à l'heure, le rapport du CEPMB, publié l'an dernier sous le titre de « CompassRx », a confirmé que le meilleur moyen de contrôler les coûts des médicaments d'ordonnance au Canada serait d'augmenter leur utilisation. L'utilisation de médicaments génériques a permis aux gouvernements, aux employeurs et aux patients d'économiser près de 15 milliards de dollars l'an dernier. Pour chaque point de pourcentage d'augmentation des médicaments génériques, les Canadiens économiseraient 434 millions de dollars de plus. J'ai dit, dans mes observations en français, que l'utilisation en est actuellement au Canada à 69 % de toutes les ordonnances entraînant l'achat de génériques. Aux États-Unis, ils en sont à 89 %. Il y a encore du chemin à faire pour augmenter l'utilisation et les économies.

Pour terminer, je dirai qu'on a fait beaucoup de progrès grâce à l'Alliance pancanadienne pharmaceutique et notamment grâce au système APP/ACMG de graduation des prix des médicaments génériques. Si un système national d'assurance-médicaments doit voir le jour, le secteur des produits pharmaceutiques génériques et les médicaments d'ordonnance génériques seront la clé de sa viabilité et de sa durabilité. L'Association canadienne du médicament générique et les entreprises qui en font partie sont disposées à collaborer avec tous les protagonistes intéressés pour améliorer la couverture des médicaments d'ordonnance au Canada.

Merci de m'avoir reçu.

**Le président:** Merci de votre exposé.

Accueillons Andrew Casey, président et chef de la direction de BIOTECanada. Aucun lien de parenté.

• (0925)

**M. Andrew Casey (président et chef de la direction, BIOTECanada):** Je suis content que vous ayez précisé ça, monsieur le président.

**Le président:** Je vous en prie.

[Français]

**M. Andrew Casey:** Merci, monsieur le président.

Au nom des membres de BIOTECanada, je remercie le comité de nous donner l'occasion de témoigner aujourd'hui au sujet de ces très importantes questions.

[Traduction]

Je vais présenter rapidement notre secteur d'activité.

La biotechnologie est un domaine très vaste. Ça comprend la biotechnologie de la santé, mais, pour BIOTECanada, ça comprend aussi des membres dans l'espace industriel, agricole et environnemental. Nous allons nous intéresser seulement au secteur de la santé aujourd'hui, mais nous avons des membres dans d'autres secteurs de la biotechnologie.



Du côté de la santé, nos membres sont entre autres de grandes multinationales dont la marque est connue de tout le monde, mais elles représentent un très petit pourcentage de nos entreprises affiliées. La grande majorité de nos membres sont de petites entreprises commerciales qui essaient de commercialiser de nouveaux produits. Elles sont partout dans le pays, dans toutes les provinces, et on les trouve généralement regroupées autour d'hôpitaux ou d'établissements universitaires et postsecondaires. Ce sont elles qui font la promotion de ces innovations. Elles le font dans un monde assez mal en point en ce moment. Nous sommes peut-être 6,5 ou 7 milliards d'êtres humains, mais nous serons très bientôt 9 milliards. La pression exercée sur la planète est énorme. Ça change notre environnement, et nous devons déjà faire face à un nouvel environnement. Il faut trouver des solutions pour atténuer la pression exercée sur la planète, mais aussi et surtout sur les gens qui y vivent. C'est là que la biotechnologie entre en jeu. C'est une solution à beaucoup de ces problèmes.

Dans le domaine de la santé en particulier, au moment où émergent de nouvelles maladies partout dans le monde, nous voyons aussi se multiplier ce qu'on pourrait considérer comme des maladies traditionnelles, celles auxquelles nous sommes habitués dans les pays occidentaux, et qui émergent maintenant dans d'autres pays. À mesure que leurs économies se développent et qu'ils se mettent à adopter une alimentation plus occidentale, on voit émerger des maladies similaires. L'obésité, l'hypertension, le diabète, l'asthme, tout ce à quoi nous sommes habitués commence à se répandre aussi dans ces pays. Il faut trouver des solutions.

Il faut aussi tirer parti du fait qu'on peut désormais cartographier l'ADN humain. Nous savons à quoi ressemble le génome humain et nous pouvons prédire le genre de maladies que les gens auront, mais on peut aussi trouver des moyens de les guérir. C'est une occasion en or. C'est une occasion économique en or pour le Canada, parce que notre pays est un chef de file de l'innovation dans ce domaine depuis longtemps, depuis les premiers vaccins, que ce soit contre la polio ou d'autres maladies, et jusqu'à notre contribution dans la lutte contre le virus Ébola.

Il y a encore des choses à venir. Notre pays est devant une occasion en or, et, comme je l'ai dit, nous avons une longue expérience. Nous avons d'excellentes institutions. Et nous formons d'excellents scientifiques qui font avancer ces innovations.

Je vais vous donner un exemple d'innovation. Ça vient du Nouveau-Brunswick. C'est fait à base de salive de musaraigne. La musaraigne cendrée, qui est une sorte de petite souris forestière. Cette salive est paralysante, et le produit paralysant est un peptide. C'est un professeur de l'Université du Nouveau-Brunswick qui a découvert qu'on pouvait l'appliquer à une forme rare du cancer de l'ovaire. C'est un usage remarquable de quelque chose qui semble complètement inoffensif, de la salive de souris... Mais il a besoin de financement et de partenaires pour avancer et créer une entreprise canadienne. C'est le genre d'entreprise que nous représentons.

Il y en a des milliers dans le monde. Il n'y a pas qu'au Canada. Nous savons que d'autres viendront. Il y a des solutions fantastiques. On voit des solutions là où on voyait des condamnations à mort, qu'on parle du sida ou d'autres maladies, qui ne sont plus mortelles. Il y a des traitements pour beaucoup de ces maladies, et ça permet au moins de prolonger la vie et de transformer ces maladies mortelles en maladies chroniques.

C'est une innovation énorme, mais ça a un prix. On le sait. On sait ce que les gouvernements provinciaux et d'autres payeurs doivent assumer. Et nous pensons que c'est une occasion importante et

opportune de faire ce genre d'étude pour découvrir les solutions qui conviennent le mieux. Au final, ce qu'on veut, c'est que les patients aient accès à ces solutions. L'important, c'est la santé. Notre secteur d'activité est absolument disposé à affronter ces défis en collaboration avec toutes les parties intéressées, comme l'a dit M. Keon. Nous voulons discuter. Nous pensons que nous pouvons être un élément important de la solution en faisant valoir tout ça au nom de tous les patients.

J'en resterai là. Je vous remercie. Ça me fera plaisir de répondre à vos questions.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous avons ensuite Jessica Harris, vice-présidente de la Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada.

Est-ce que vous êtes déjà venue ici ou est-ce qu'on a reporté votre audience?

**Mme Jessica Harris (vice-présidente, Affaires gouvernementales, Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada):** On a reporté mon audience.

**Le président:** C'est bien ce que je pensais. Heureux de vous revoir.

**Mme Jessica Harris:** Merci.

Bonjour à tous et merci, monsieur le président et membres du comité, de m'avoir invitée à discuter avec vous de l'élaboration d'un régime national d'assurance-médicaments.

Je suis étudiante en quatrième année à l'Université du Collège de médecine de la Saskatchewan. Je suis actuellement vice-présidente de la Fédération pour les affaires gouvernementales.

La Fédération représente plus de 8 000 étudiants en médecins de 15 facultés de médecine au Canada. Il y en a 17 en tout, et la Fédération médicale étudiante du Québec représente le reste des étudiants en médecine. Comme porte-parole national des étudiants en médecine du Canada, la Fédération a pour mission de relier, d'aider et de représenter ses membres pendant qu'ils apprennent à servir leurs patients et la société.

Nous sommes reconnaissants d'être ici pour présenter la perspective des étudiants en médecine sur la question de l'assurance-médicaments. Nous espérons que, en collaboration avec les autres parties intéressées, nous pourrions alimenter les recommandations finales que vous présenterez au Parlement.

Sachez que la Fédération appuie vigoureusement le principe d'un régime universel et public d'assurance-médicaments à payeur unique qui aiderait nos futurs patients à avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin grâce à un système rentable fondé sur des données probantes.

Pour souligner certains des problèmes du système actuel, nous avons décidé d'attirer votre attention sur la couverture fragmentée et les coûts exorbitants. Le Canada est le seul pays de l'OCDE, l'Organisation de coopération et de développement économiques, qui est doté d'un régime universel d'assurance-maladie sans régime d'assurance-médicaments correspondant.

Les coûts des médicaments prescrits aux patients non hospitalisés sont couverts par une combinaison de sources publiques, privées et personnelles, et ça varie beaucoup d'une région et d'une personne à l'autre. Ce système fragmenté est financièrement intenable. Le pourcentage d'augmentation annuel des dépenses en médicaments d'ordonnance augmente plus vite au Canada que dans tous les pays de l'OCDE, et les prix de nos médicaments sont parmi les plus élevés au monde et d'environ 30 % supérieurs à la moyenne de l'OCDE. Compte tenu de la proportion relativement faible du financement public des dépenses pharmaceutiques, ces coûts sont assumés par vos électeurs et nos futurs patients. Dans l'état actuel des choses, un Canadien sur dix n'a pas les moyens de se procurer ses médicaments d'ordonnance, et la proportion est plus élevée parmi les ménages à faible revenu.

Comme le traitement pharmaceutique d'un patient non hospitalisé remplace ou complète dans bien des cas le traitement en établissement que notre système public est censé couvrir, il est clair qu'on a besoin d'une couverture des thérapies pharmaceutiques des patients non hospitalisés pour que notre système de santé réponde effectivement aux besoins des patients. Les soins de qualité ne s'arrêtent pas à la porte de l'hôpital, mais doivent être fournis également dans la collectivité.

Quant aux avantages d'un accès aux médicaments grâce à une assurance-médicaments, un rapport de l'Institut C.D. Howe publié en 2013 sur le respect des ordonnances dans des juridictions aux systèmes différents révèle que, quand les coûts sont moins élevés, les patients prennent leurs médicaments plus systématiquement. C'est au Royaume-Uni et aux Pays-Bas que les ordonnances des médecins sont le plus respectées, et le régime d'assurance y est universel, tandis que les patients paient très peu de leur poche.

Un régime d'assurance-médicaments entraîne aussi des ordonnances sûres et fondées sur des données probantes. En créant une liste de médicaments assurés, on aidera à normaliser les pratiques et à garantir que les thérapies prescrites aux Canadiens de tout le pays sont sûres, efficaces et fondées sur des données probantes. Il faut rappeler que les recommandations d'ordonnances fondées sur des données probantes comprennent un élément de rentabilité. En tant que telle, la couverture des médicaments nécessaires ne signifie pas qu'il faut couvrir de nouveaux médicaments ou des médicaments coûteux dans la plupart des cas. Un régime national d'assurance-médicaments permettrait d'alimenter la recherche et d'améliorer les pratiques d'ordonnance, et finalement de faire des économies.

Les frais administratifs des régimes privés d'assurance-médicaments représentent 15 % du coût total au Canada, comparativement à 3,2 % pour les soins de santé publics. Selon certaines études, si on passe à un système à payeur unique au Canada, on économisera jusqu'à 1,3 milliard de dollars et on éliminera la nécessité de la publicité sur le marché de l'assurance privée.

Une autre analyse a révélé que le gouvernement pourrait probablement s'attendre à une augmentation des coûts de base — et je sais que M. Martin et M. Morgan vous en ont parlé — d'environ un milliard de dollars, que les auteurs ne considèrent pas comme prohibitive pour justifier un modèle pharmaceutique à payeur unique. Les employeurs et les autres fournisseurs de régimes d'assurance-médicaments privés économiseraient jusqu'à 8,2 milliards de dollars selon la même analyse récente. Au total, les économies nettes faites sur les médicaments d'ordonnance seraient ainsi réduites de 7,3 milliards de dollars selon l'étude effectuée par Morgan et ses collaborateurs.

Pour exprimer la perspective des étudiants en médecine et leur point de vue sur la question, nous estimons qu'il s'agit d'une dissonance cognitive et que nous devons réconcilier ce qu'il en est réellement de l'accès aux médicaments dans ce pays et ce que nous apprenons à la faculté de médecine. On nous enseigne que tous les Canadiens devraient avoir accès aux soins dont ils ont besoin, que chaque vie est également précieuse et que nous devons traiter les patients selon les principes les plus à jour de la science et selon les données probantes.

● (0930)

Mais, quand nous passons de la classe à la clinique et à la pratique, nous voyons nos professeurs et nos mentors passer des heures à lutter pour les patients, à faire valoir leur besoin de médicaments. Nous constatons aussi que notre pratique à venir sera généralement définie par quelque chose à quoi nous n'avons pas vraiment été préparés, qui est d'essayer de contourner le système pour garantir que nos patients ont accès aux soins.

Ce qui est pire, c'est que les résultats de ces efforts pour défendre les patients ne sont ni cohérents ni durables. Pour chaque patient que nous arrivons à aider, nous savons qu'il y en a des tas d'autres qu'on ne pourra pas aider. Ça ajoute au stress professionnel, ce qui n'est guère propice au bien-être du médecin ou du système et qui finit par compromettre notre capacité à offrir les soins de qualité que méritent les patients. Un régime national d'assurance-médicaments contribuerait à atténuer ces problèmes et nous permettrait de concentrer notre attention sur l'essentiel: traiter nos patients.

Personnellement, j'ai fait une expérience décourageante. Un patient que je voyais en clinique n'avait pas vu un médecin depuis plus de deux ans, ce qui est tout à fait normal pour un homme de quarante ans. Mais ce patient était atteint de diabète de type 2, et son état devait être évalué régulièrement. Je lui ai demandé pourquoi il avait tant attendu. À sa dernière visite, il était en plein divorce. Il avait perdu son emploi depuis et, finalement, il n'avait plus eu les moyens de se payer ses médicaments. Il était donc de retour, deux ans plus tard, avec un emploi qui lui permettait de voir ses dépenses médicales couvertes par le régime d'assurance de l'employeur. Comme vous pouvez l'imaginer, ces deux années sans traitement ont eu de nombreuses conséquences négatives: prise de poids, taux de cholestérol élevé, problèmes d'acuité visuelle, et j'en passe. Les ramifications de tout ça sur le système de santé dans l'avenir est quelque chose que je n'ai pas calculé, mais je suis sûre que c'est très grave.

Malheureusement, les étudiants en médecine entendent trop souvent des histoires comme celle que je viens de vous raconter, aussi bien quand nous sommes au travail, quand nous discutons avec nos précepteurs et dans nos conversations entre étudiants. Il est difficile de réconcilier le protocole de traitement que nous apprenons en classe comme étudiants et ce qu'on nous demande dans notre pratique dans la collectivité. On nous explique quels médicaments sont les meilleurs pour telle maladie, mais, dans la pratique réelle, nous devons apprendre de nouvelles compétences, dont celle de réduire les dépenses et de trouver les médicaments que nos patients auront les moyens de se payer.

Notre organisation sait que les étudiants de tout le pays se passionnent pour cette question. Depuis quelques années, nous avons décidé de faire de l'assurance-médicaments un cheval de bataille. Comme beaucoup d'entre vous le savent, enfin je l'espère, nous organisons une journée de lobbying annuelle sur la colline parlementaire. En novembre 2014 et en février 2016, nous sommes venus discuter de l'assurance-médicaments avec les députés.

Nous avons aussi lancé une campagne intitulée « Humans of Pharmacare », dans le cadre de laquelle nous recueillons les idées et les témoignages de médecins, de pharmaciens, d'étudiants en médecine, de professionnels de la santé alliés et de patients sur les répercussions négatives du système actuel sur la qualité des soins.

Au printemps 2015, notre organisation a adopté une motion intitulée « L'assurance-médicaments ou la promotion de l'accès équitable aux médicaments », qu'on peut consulter intégralement sur notre site. Les quatre principales recommandations qui y sont formulées sont les suivantes:

Premièrement, le gouvernement du Canada devrait dresser une liste nationale de médicaments assurés qui soient sûrs, efficaces, rentables et fondés sur des données probantes.

Deuxièmement, le gouvernement du Canada ou un organisme pancanadien devrait faciliter l'achat en vrac de tous les médicaments nécessaires. Depuis cette publication, le gouvernement fédéral s'est joint à l'APP. Il y aura sûrement des économies supplémentaires en plus des 490 millions de dollars du fait de la participation du gouvernement fédéral, mais l'APP est loin d'être une solution parfaite. Les régimes d'assurance publics ne couvrent que 42 % des coûts médicaux à l'échelle nationale, et la coordination entre les provinces est un processus compliqué. L'APP est elle aussi limitée sur les plans organisationnel et logistique. Si on regroupe un système de couverture fragmenté en un même acheteur, on peut disposer d'un pouvoir d'achat qui fera baisser le coût des médicaments.

Troisièmement, le gouvernement du Canada devrait appuyer l'élaboration d'un régime public et universel d'assurance-médicaments à payeur unique, comme je l'ai expliqué au début.

Quatrièmement, nous voulons que les protagonistes de l'enseignement de la médecine au Canada collaborent pour veiller à la mise en place d'un régime d'assurance-médicaments doublé d'efforts renouvelés pour faire valoir l'ordonnance de médicaments fondés sur des données probantes, et c'en est un élément important.

Nos membres ont fait connaître leur avis haut et fort. Le régime d'assurance-médicaments est important pour les futurs médecins de ce pays, c'est-à-dire ceux qui seront chargés de prescrire des médicaments et de traiter les patients dans les années à venir. Le Canada a besoin d'un régime public et universel d'assurance-médicaments à payeur unique, et toute autre solution ne servirait ni nos patients ni notre société. L'assurance-médicaments est vraiment la pièce manquante du système de santé universel du Canada.

Merci beaucoup. Nous avons hâte de connaître vos recommandations

• (0935)

**Le président:** Merci d'être revenu.

Nous accueillons maintenant Jan Hux de l'Association canadienne du diabète. Exprimez-vous.

**Dre Jan Hux (conseillère scientifique principale, Association canadienne du diabète):** Merci de me donner l'occasion de vous entretenir aujourd'hui d'une question qui nous touche tous, l'accès aux médicaments pour tous les Canadiens.

Je suis la conseillère scientifique principale de l'Association canadienne du diabète, et je m'adresse à vous à ce titre, parce qu'avoir accès aux médicaments est essentiel pour plus de trois millions de Canadiens atteints du diabète.

Les diabétiques ont besoin de médicaments pour gérer leur maladie et obtenir de meilleurs résultats sur leur santé et rehausser leur qualité de vie. Malheureusement, ce ne sont pas tous les patients

qui ont accès à des médicaments sur ordonnance en raison des coûts de ceux-ci. C'est une situation problématique pour la personne malade, sa famille, le système de santé qui doit gérer les conséquences sur la santé d'un diabète mal géré et aussi pour la société. Dans notre pays, l'accès à des médicaments essentiels est maintenant déterminé par l'endroit où on habite et l'argent dont on dispose.

D'après un sondage réalisé en 2014, 32 % des diabétiques prennent de trois à quatre médicaments, 40 %, entre cinq et neuf et 12 %, au moins 10. Comme vous le savez, la couverture publique des médicaments varie de façon appréciable selon l'âge de la personne, le nombre et le type de médicaments nécessaires et son revenu. Dans les régimes d'assurance privés payés par l'employeur, l'accès aux médicaments varie aussi considérablement.

Les coûts élevés qu'il faut payer de sa poche peuvent obliger les gens à choisir entre payer la nourriture et le loyer ou acheter les médicaments et les fournitures. Les petits salariés dont le revenu est toutefois supérieur au seuil pour toucher de l'aide sociale, les travailleurs à temps partiel et les travailleurs autonomes sont ceux qui sont les plus touchés par les coûts qu'il faut payer de sa poche. Des personnes nous ont dit devoir faire des choix difficiles pour payer leurs médicaments et nous ont parlé des répercussions sur leur santé physique et mentale et sur les membres de leur famille. Des parents aux prises avec le diabète de type 2 renoncent à leurs médicaments pour acheter des vêtements et des fournitures scolaires à leurs enfants.

Le coût des médicaments est particulièrement difficile pour les patients atteints d'une maladie chronique et les petits salariés. Une étude a révélé que 23 % des gens aux prises avec une maladie chronique ne se médicamentent pas à cause des coûts comparativement à 10 % dans la population générale. Chez les diabétiques, notre enquête de 2015 a indiqué que 25 % des personnes aux prises avec le diabète ont dit que le coût a eu un effet sur leur participation à un traitement prescrit. Dans le cadre d'une autre étude, les diabétiques sans assurance étaient cinq fois plus susceptibles de ne pas prendre leurs médicaments que ceux avec assurance. Certaines personnes ne prennent que la moitié de la dose à la fois pour avoir des médicaments plus longtemps. Le risque généré par le non-respect de la médication est plus grand pour une condition asymptomatique comme le diabète parce que si un diabétique ne prend pas son médicament aujourd'hui, il ne verra pas de différence, mais à long terme, le risque de complications comme la cécité, l'amputation et la cardiopathie augmente.

De nos jours, les traitements pour le diabète sont plus nombreux et plus efficaces et ils produisent de meilleurs résultats sur la santé de ceux qui les prennent comme il le faut. Au cours des deux dernières décennies, il y a eu deux fois moins de cas de graves complications liées au diabète, comme la cardiopathie, l'amputation et l'AVC, et cette amélioration est attribuable à pratiquement 100 % à l'administration de traitements éprouvés. Ce ne sont malheureusement pas tous les Canadiens qui peuvent en profiter parce qu'ils n'en ont pas les moyens financiers.

Des études ont démontré qu'un régime national d'assurance médicaments, pour remplacer la formule actuelle régimes public et privé, pourrait réduire les dépenses publiques et privés au titre des médicaments sur ordonnance. Je ne suis pas ici aujourd'hui pour défendre un modèle en particulier, parce que chaque approche a des avantages et des coûts qui n'ont pas été assez clairement définis pour que les Canadiens les comprennent. De toute évidence, les Canadiens entendent le message qu'il faut faire en sorte que les gens aient les médicaments dont ils ont besoin en supprimant la barrière des coûts.

Ce qui m'amène à vous présenter nos deux premières recommandations. Dans un premier temps, nous recommandons que le gouvernement du Canada étudie les avantages et les coûts des diverses approches relativement à un régime national d'assurance médicaments offrant l'accès universel aux Canadiens et qu'il rende publiquement compte des résultats de sa réflexion. Dans un deuxième temps, que le gouvernement du Canada adopte une approche dans le dossier du régime national d'assurance médicaments visant à réduire les frais que les diabétiques doivent payer de leur poche et à éliminer les coûts qui nuisent à un traitement médical optimal et à de meilleurs résultats sur la santé.

Il est impératif que les diabétiques participent activement à la conception, à l'élaboration et à la mise en place d'un système qui, en fin de compte, satisfera leurs besoins médicaux. Ce sont les patients qui doivent être au centre des changements apportés au système. Notre recommandation suivante : que les personnes atteintes de diabète soient invitées à participer activement à la préparation et mise en œuvre de l'approche gouvernementale au chapitre du régime national d'assurance médicaments.

• (0940)

Étant clinicienne, je sais qu'il incombe en partie aux fournisseurs de soins de santé de donner aux patients les médicaments qui conviennent à leur condition et une approche nationale à l'égard d'un régime d'assurance médicaments visant à faciliter l'accès aux médicaments nécessaires devrait prévoir de soutenir la pratique clinique optimale. L'application de technologies éprouvées, par exemple, le dossier médical électronique, est l'un des moyens les plus efficaces de favoriser le fait de bien prescrire.

Des outils d'aide à la décision incitent les professionnels de la santé à faire des ordonnances basées sur des données probantes pour s'assurer que chaque patient reçoit le traitement approprié, sécuritaire et rentable au plan clinique pour la maladie dont il est atteint. La transmission à ces professionnels de renseignements sur les pratiques exemplaires au point de service pour appuyer les décisions qu'ils prennent a permis, preuve à l'appui, d'améliorer les résultats, en particulier pour les diabétiques. Ce soutien est un volet important pour prendre les devants afin de garantir que les bons patients reçoivent les bons médicaments. Ainsi, notre dernière recommandation vise à demander au gouvernement du Canada d'assumer un rôle de premier plan dans la mise en place d'outils de soutien à la gestion du diabète en intégrant les dossiers médicaux électroniques aux systèmes de santé de son domaine de compétence et d'encourager les provinces à le faire aussi.

Encore une fois, merci de l'intérêt que vous portez à cette question d'une importance vitale et de votre invitation. J'ai bien hâte d'en discuter.

• (0945)

**Le président:** Merci beaucoup à vous tous. Nous apprécions les temps que vous avez passé avec nous.

Nous allons maintenant passer aux questions. Nous allons commencer par M. Olivier. Vous avez sept minutes.

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

Je dois dire que je regrette assez ne pas avoir été en mesure d'écouter vos présentations de 10 minutes en entier pour des raisons d'horaire du comité, mais si vous auriez l'obligeance de soumettre vos observations, je peux vous assurer que nous, moi et mes collègues, en ferons une lecture fidèle pour nous assurer d'avoir bien compris tous vos commentaires. Je vous en remercie et merci pour ce que vous représentez.

Ma première question s'adresse à M. Casey et porte sur l'abordabilité de l'immunothérapie et les produits biologiques qui y sont associés. Voici un très bon exemple à cet égard. Je pense que nous en avons entendu parler. Paul Henderson, notre très célèbre joueur de hockey, a reçu un diagnostic d'une forme de leucémie pour laquelle le traitement était l'Imbruvica. Je le prononce probablement mal. Le traitement a été très efficace, mais il coûte 100 000 \$ par année et doit être administré toute la vie, selon la façon dont le patient y réagit.

Le revenu moyen du Canadien tourne autour de 27 600 \$. Même chez les plus hauts salariés canadiens (1 %), le revenu moyen est de 381 000 \$. Donc, nous voici avec de nouveaux traitements et médicaments tout à fait fabuleux qui portent la certitude du retour à la santé et de la poursuite de la vie. Mais comment nous le permettre? On nous a aussi dit que les régimes privés payés par l'employeur, en raison d'une partie du fardeau de ces nouveaux médicaments, réduisent le pourcentage couvert ou tout simplement les employeurs rayent l'assurance médicaments du régime d'avantages qu'ils offrent à leurs employés.

Le choix que nous avons me frappe. Soit que nous adoptons les nouvelles technologies et que, dans le cadre d'un programme national d'assurance médicaments, nous examinons la façon de nous partager les coûts de ces traitements, soit que nous nous retrouvons avec un petit pourcentage de Canadiens qui peuvent se permettre d'adhérer à un régime privé qui offrirait une couverture.

Des réactions, des idées sur la façon de rendre ces médicaments abordables? Des réactions à mes commentaires au sujet du régime national d'assurance médicaments par rapport aux régimes privés?

**M. Andrew Casey:** Vous avez certainement mis le doigt sur un aspect important du dossier, soit que ces produits sont nouveaux et innovateurs, qu'ils changent les règles du jeu et sauvent des vies. Nul doute qu'ils sont également dispendieux. Dans le domaine des produits biologiques, c'est toute une autre affaire. Il vous faut une infrastructure assez importante pour mettre le traitement au point, et cela entraîne des dépenses. C'est une partie de l'équation.

L'autre partie, celle sur laquelle, à mon avis, nous nous attaquons, se résume au fait que le problème est présenté de façon très binaire, à savoir que le patient doit déboursier 100 000 \$ par année sans tenir compte de ce qu'il en coûterait autrement si le patient n'avait pas accès au traitement. Ce n'est pas comme si nous interrompions tous les traitements pour les patients qui ne sont pas en mesure de payer; il faut donc le chiffrer. Si un patient est atteint de leucémie, d'arthrite ou de diabète, on parle de coûts de traitement permanents pour ce patient et pour le système, sans nécessairement améliorer les résultats, mais il y a tout de même des dépenses. Nous devons aussi en tenir compte.

Ce qui ne veut pas dire que cela n'exercera pas de pressions sur le système, au contraire. Il faut qu'il y ait des solutions. J'estime que le régime national d'assurance médicaments présente certaines options. Il me reste à vérifier une définition distincte du concept en soi; il m'est donc difficile de vous expliquer exactement en quoi ce régime consistera et ce que cela impliquera. C'est la raison pour laquelle l'industrie souhaite prendre part à la définition de la solution, car, de toute évidence, nous représentons un volet important de ce qui doit être pris en compte en ce qui concerne les soins aux patients.

Certes, nous souhaitons nous asseoir pour participer à la conception, pour nous assurer d'être sur la bonne voie, de pouvoir mettre notre expertise à contribution aussi et de faire en sorte que les contribuables comprennent les prochaines étapes. Nul doute qu'il y en aura d'autres. Ce sont des percées remarquables.

**M. John Oliver:** Monsieur Keon, où sont les produits génériques dans les produits biologiques? Dans les thérapies et traitements d'ADN recombinant, est-ce que les produits génériques peuvent intervenir ou est-ce que ce n'est vraiment pas du ressort des compagnies de produits génériques?

• (0950)

**M. Jim Keon:** Excellente question.

La suite des produits biologiques est désignée « produits biosimilaires » ou selon le libellé des lois de Santé Canada, « produits biologiques ultérieurs ». Ils font leur apparition sur le marché canadien. Cinq produits sont maintenant approuvés au Canada. Il y a des produits génériques pour certains des traitements les plus dispendieux. Pour la polyarthrite rhumatoïde, il y a maintenant un médicament générique, le Remicade. Les entreprises conventionnelles de produits génériques avancent dans cette direction. Nous avons des approbations de compagnies comme Sandoz et Apotex, qui sont au Canada les grandes entreprises de produits génériques.

Sans oublier des compagnies créatrices de produits de marque traditionnelles comme Merck, Pfizer et Eli Lilly qui mettent aussi au point des produits biosimilaires. C'est un nouveau domaine et c'est palpitant.

À propos de l'observation que vous avez faite au sujet des coûts énormes des médicaments biologiques et de la médecine complexe, le nombre de médicaments est époustoufflant. Je pense que nous voulons tous plus de concurrence dans cette sphère. L'une des principales façons d'y arriver, c'est de promouvoir les produits biosimilaires et nul doute que c'est ce que notre secteur s'évertue à faire.

Nous avons, de notre propre chef, formé un nouvel organisme appelé le conseil des produits biosimilaires dont le seul but est d'augmenter l'utilisation et l'acceptation de produits biosimilaires au Canada.

**M. John Oliver:** D'autres témoins ont dit craindre notamment qu'avec un régime national d'assurance médicaments, les régimes privés aient tendance à être plus englobants et les régimes publics, à limiter ces genres de nouveaux médicaments, de nouvelles technologies et de nouveaux traitements. L'industrie des produits génériques se dirigeant vers les produits biosimilaires, à votre avis, est-ce vrai ou pensez-vous que les régimes nationaux peuvent prendre en compte ces genres de nouvelles technologies et de nouveaux traitements?

**M. Jim Keon:** L'été dernier, nous avons parcouru le Canada et avons rencontré des tiers payants privés importants et de grandes sociétés d'assurances. Actuellement, l'un des constats intéressants,

c'est que tous les tiers payants, publics ou privés, ont très hâte que les produits biosimilaires arrivent sur le marché. Ils les attendent. Ils souhaitent notamment générer de la concurrence. Par contre, il y a beaucoup de résistance de la part des groupes de patients et de prescripteurs. Bien franchement, et à mon humble avis, cette résistance est fomentée par certaines des entreprises de produits d'origine qui vendent ces produits depuis plus de 20 ans. Elles ont créé certaines craintes, mais Santé Canada a approuvé ces produits comme étant semblables et ne présentant aucune différence thérapeutique significative par rapport aux produits d'origine.

Je pense que les ventes de produits biologiques totalisent maintenant six milliards de dollars par année au Canada et celles de produits biosimilaires, environ sept millions de dollars, une toute petite fraction. Nous ne faisons que commencer à surfer sur la vague des produits biosimilaires au Canada.

**Le président:** Madame Harder, vous avez sept minutes.

**Mme Rachael Harder:** Merci beaucoup d'avoir pris le temps d'être parmi nous aujourd'hui et de votre patience au début de cette réunion.

Jim, chez les patients qui utilisent des médicaments génériques, dans quel pourcentage sont-ils efficaces?

**M. Jim Keon:** Le taux d'efficacité des médicaments génériques est identique à celui des produits d'origine. Ces produits sont approuvés comme équivalents par Santé Canada.

Quand nous testons les produits, nous devons faire la preuve que le produit en question est absorbé au même rythme et à la même vitesse et que les résultats sont comparables, équivalents. Les produits ont les mêmes ingrédients médicinaux que les produits d'origine, à la seule différence que parfois, les charges et les ingrédients non médicinaux peuvent varier dans la médication finale. Or, il y a de rigoureuses preuves cliniques scientifiques que les produits génériques sont aussi efficaces que les produits de marque.

**Mme Rachael Harder:** J'ai dernièrement rencontré un électeur dont la fille prenait un médicament pour l'épilepsie qui a été retiré du marché; son médecin lui a donc prescrit un produit générique qui n'a même pas traité la condition de sa fille. Il arrive parfois que les médicaments génériques ne soient pas efficaces. Je me demande dans quel pourcentage?

• (0955)

**M. Jim Keon:** Ils sont efficaces tout le temps. Santé Canada ne les approuverait pas s'ils n'étaient pas équivalents...

**Mme Rachael Harder:** D'accord, mais cette étude de cas laisse entendre que c'est le contraire. Le médicament n'a même pas traité l'épilepsie.

**M. Jim Keon:** Je ne peux faire de commentaires à propos de ce cas. Tout ce que je peux faire, c'est de vous réitérer que Santé Canada a approuvé ces médicaments. Les programmes provinciaux de médicaments...

**Mme Rachael Harder:** Je ne dis pas qu'ils sont approuvés ou ne le sont pas, qu'ils sont efficaces ou non...

**M. Jim Keon:** ...les responsables des programmes provinciaux de médicaments sur ordonnance les ont examinés, les ont inscrits sur le formulaire et les remboursent, car ils fonctionnent et sont efficaces. Sept ordonnances sur 10...

**Mme Rachael Harder:** Donc, les médicaments génériques ont un effet positif sur tous les patients? Ils permettent de faire disparaître les symptômes de la maladie chez tous les patients?

**M. Jim Keon:** Les médicaments génériques sont équivalents aux produits d'origine.

**Mme Rachael Harder:** Vous ne répondez pas à ma question. Vous la contournez.

**M. Jim Keon:** Je ne peux rien dire sur ce cas en particulier.

**Mme Rachael Harder:** Merci.

**M. Jim Keon:** Ils sont cependant équivalents. Ils sont approuvés par le gouvernement fédéral, par les gouvernements provinciaux et par l'ensemble des contribuables.

**Mme Rachael Harder:** Je comprends cela.

**M. Jim Keon:** Les médecins et les pharmaciens prescrivent en toute confiance tous les jours au Canada.

**Mme Rachael Harder:** Si nous, en tant que pays, devons passer entièrement aux produits pharmaceutiques génériques, est-ce que la condition de chaque patient canadien serait adéquatement prise en charge?

**M. Jim Keon:** Ce n'est pas réaliste. Les nouveaux médicaments sont très importants, comme M. Casey l'a mentionné. Ils sont protégés par un brevet pendant 20 ans et pendant cette période, il est interdit de vendre des produits génériques. Une fois le brevet expiré et que les entreprises aient eu la chance de récupérer leur investissement et d'investir dans de nouveaux médicaments, les produits génériques apparaissent sur le marché. Ils sont approuvés par Santé Canada. C'est à ce moment-là qu'il faudrait, à mon avis, utiliser le plus possible les produits génériques.

**Le président:** Je pense que M. Casey a un commentaire à faire.

**M. Andrew Casey:** Merci, monsieur le président. Merci pour la question, madame Harder.

Je pense que votre question soulève un point très important. Ce n'est pas nécessairement le traitement qui est en cause, ce sont les gens. Les personnes sont très complexes. Elles réagissent différemment à des molécules et traitements différents.

Le point qu'a fait valoir M. Keon est exact. Santé Canada réglemente la sécurité et l'efficacité. Les produits génériques sont toujours sécuritaires et efficaces. Cependant, on administre parfois des traitements différents à des personnes et elles réagissent différemment. Cela amène un aspect très important, celui des produits biologiques ultérieurs ou les produits biosimilaires. Certes, ils sont tous réputés être sécuritaires et efficaces selon Santé Canada, mais il s'agit de molécules très complexes qui se comportent différemment selon la personne. Voilà pourquoi le dialogue entre le médecin et le patient est d'une importance capitale.

Je ne peux parler du cas précis mentionné, mais je pense qu'il y aurait tout intérêt dans ce cas à mieux comprendre la vision du médecin.

**Mme Rachael Harder:** Si nous devons adopter un programme national d'assurance médicaments, j'estime devoir souligner ici que souvent nous finissons par utiliser les médicaments génériques puisqu'ils sont d'habitude moins dispendieux. C'est là que les gouvernements ont tendance à investir.

Or, j'estime qu'il faut faire valoir le fait qu'ils ne sont pas aussi efficaces que les autres médicaments. Autrement dit, le scénario pour les patients, c'est que les médicaments qu'ils doivent prendre seront couverts par un régime public, mais qu'ils devront tout de même payer de leur poche si ces produits génériques ne sont pas efficaces pour eux.

Je ne sollicite pas de commentaires à ce sujet. Je cherche plutôt à défendre ma déclaration.

Ma prochaine question porte sur BIOTECCanada. J'aimerais vous entendre à savoir si un programme d'assurance médicaments permettrait, en fait, à notre industrie d'innover davantage.

**M. Andrew Casey:** Absolument, tout dépend de la façon dont il est conçu. Notre industrie est complexe, en ce sens que de petits innovateurs avec de grandes idées essaient de les matérialiser, mais ils ont besoin de partenaires. Ils ont besoin d'investisseurs. Beaucoup de ces partenaires et investisseurs proviennent de multinationales qui font des affaires ici.

Il est très facile d'examiner un médicament et son coût et de dire qu'on va en diminuer la production de tel pourcentage parce qu'on sait exactement, d'après les livres, ce que nous allons économiser. Ce faisant, par contre, vous négligez certains des autres volets qui sont touchés par l'industrie.

Comme l'a indiqué M. Keon, impossible de dissocier le secteur des produits génériques de celui de l'innovation. Voilà le genre de relation qu'il faut établir. Il faut que ces innovateurs soient solides et qu'ils contribuent à l'écosystème au Canada et à l'échelle planétaire, car ce sera le moteur de l'innovation dans l'avenir.

L'industrie a fondamentalement évolué au cours de la dernière décennie. Elle avait l'habitude de s'efforcer de tout faire. Certaines entreprises faisaient tout, de la recherche au développement, à l'interne. Elles ont modifié leur modèle. Elles recherchent maintenant partout dans le monde ces innovations pour alimenter la machine. Et elles les trouvent dans les petites entreprises, tant au Canada qu'ailleurs.

Il est très important de ne pas perdre de vue cette interconnexion quand on songe à adopter un programme d'assurance médicaments, car il y aura des conséquences. Comme l'a indiqué Mme Hux, il faut mesurer tout cela pour mieux en comprendre l'impact éventuel.

**Mme Rachael Harder:** D'après ce que vous estimez, monsieur Casey, comment devrions-nous nous prendre pour protéger ces entreprises de produits d'origine afin de nous assurer que nous facilitons l'innovation?

**M. Andrew Casey:** Le système en place le permet déjà. Il fonctionne très bien. En ce qui concerne les petites molécules, la protection conférée par le brevet permet l'apparition de produits génériques. Nous nous apprêtons à appliquer le même genre de système pour les produits biologiques complexes. Nous y sommes presque.

Dans le cadre d'un système d'assurance médicaments, le défi se résume selon moi à ce qui suit — et vous l'avez souligné dans vos remarques —: si on adopte un seul type, que ce soit celui des produits génériques, ou qu'on limite l'accès à un certain nombre de nouveaux médicaments différents, on crée un marché qui ne rivalise pas avec les autres marchés. Nous parlons d'un marché mondial. C'est bien de penser que le Canada est un lieu agréable et confortable, mais nous évoluons en fait dans un marché mondial.

Dans le même ordre d'idées, impossible de faire le plein à Fort McMurray à 10 ¢ le litre, parce que l'essence est achetée sur un marché mondial. Ce n'est pas différent. C'est même plus compliqué parce qu'il ne s'agit pas d'une marchandise. Il s'agit d'un produit innovateur.

Si on associe le traitement à une marchandise et qu'on le traite comme tel, il y aura une incidence négative au plan de l'ensemble du domaine de l'innovation.

•(1000)

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

Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Merci à tous de votre présence aujourd'hui.

Monsieur Casey, je pense que vous avez soulevé une question fondamentale. Vous avez demandé de quoi nous parlons quand nous parlons de régime d'assurance-médicaments. Je vais poser une question générale, puis je vais demander à chacun de vous de répondre par oui ou non et j'approfondirai.

D'après les preuves présentées à ce comité, environ 20 % des Canadiens n'ont pas accès aux médicaments dont ils ont besoin quand ils sont malades, près de 10 % n'ont aucune protection et pour 10 % des autres Canadiens, la protection qu'ils ont est si sporadique que c'est comme ne pas en avoir du tout. On parle de 7,5 millions de Canadiens partout dans le pays qui ne peuvent aujourd'hui se permettre d'acheter les médicaments dont ils ont besoin pour aller mieux même s'ils sont prescrits par un médecin.

Appuyez-vous l'idée de mettre au point un régime permettant à chaque Canadien d'avoir accès aux médicaments dont il a besoin, peu importe sa capacité de payer?

Madame Harris

**Mme Jessica Harris:** Oui.

**M. Andrew Casey:** Absolument.

**M. Jim Keon:** Oui.

**Dre Jan Hux:** Oui.

**M. Don Davies:** Merci.

Madame Hux, dans une déclaration publiée en 2015 par l'Association canadienne du diabète, vous auriez affirmé:

Au cours de la dernière décennie, les taux de complications majeures du diabète, comme la crise cardiaque, l'amputation et l'insuffisance rénale, ont diminué de moitié. Cette amélioration est presque entièrement attribuable à l'utilisation de médicaments fondés sur des données probantes. Malheureusement, tous les Canadiens ne tirent pas profit de ces avancées.

Vous avez abordé ce sujet aujourd'hui. Selon vous, quelles seraient les conséquences d'un programme universel d'assurance-médicaments sur les taux de complications associés au diabète?

**Dre Jan Hux:** Je ne peux pas mettre un chiffre là-dessus, mais ce que nous savons avec certitude, c'est que les améliorations constatées — une réduction de 66 % des crises cardiaques et de 50 % des AVC et des amputations — sont attribuables à l'application de traitements fondés sur des données probantes. Nous savons également que les diabétiques ne prendront pas ces médicaments s'ils n'ont pas les moyens de se les procurer.

Comme je l'ai mentionné, un grand nombre des considérations dont il faut tenir compte dans le traitement du diabète sont les facteurs de risque asymptomatiques, par exemple, le cholestérol. Une personne ayant un taux de cholestérol élevé ne se sent pas différente lorsqu'elle ne prend pas ses médicaments. Si elle doit choisir entre nourrir sa famille et acheter ses statines, elle choisira sa famille. À long terme, les conséquences de ce choix sont, d'une part, le coût personnel que représentent l'amputation, la perte de la vue, la crise cardiaque, et d'autre part, le coût social associé au traitement de ces complications.

**M. Don Davies:** Il serait donc juste de dire, intuitivement, sans mettre de chiffres, que si la couverture est élargie de manière à garantir que ces patients ont accès aux médicaments dont ils ont besoin, logiquement, on réduit en même temps le nombre de complications que ces personnes connaissent.

**Dre Jan Hux:** Oui, cela réduirait le nombre de complications.

**M. Don Davies:** Je vous remercie.

Madame Harris, dans les notes d'information que la FEMC a présentées à ce comité, vous soulignez la contradiction qui existe entre le fait qu'on vous enseigne quels médicaments s'avèrent les plus efficaces, et que dans la pratique, on vous demande de prendre des décisions en fonction des moyens de payer du patient. À votre avis, est-il fréquent que les médecins soient obligés de choisir un traitement sous-optimal parce que leur patient n'a pas une assurance-médicaments adéquate?

**Mme Jessica Harris:** Je n'ai pas de données précises à ce sujet, mais je peux vous dire que cela arrive très fréquemment. Je sais qu'en Saskatchewan, il existe un livret sur l'assurance-médicaments qui dresse la liste de prix de chaque médicament. Les médecins le consultent souvent pour choisir quel médicament prescrire. Même s'il s'agit tous de médicaments approuvés par Santé Canada et fondés sur des données probantes, tous ne représentent pas le traitement optimal pour ce problème de santé. Mais il arrive souvent que vous n'avez pas le choix que de trouver l'option la moins chère.

Il y a quelques semaines, un de mes patients a eu une attaque de goutte. Il avait des douleurs intenses et aucune assurance-médicaments. Lui et sa conjointe travaillent tous les deux, mais le régime privé de sa conjointe est de 300 \$ par mois. Ils n'avaient donc pas les moyens d'acheter le médicament dont il avait besoin. Il a dû se contenter de l'ibuprofène qu'il avait à la maison. Il n'avait tout simplement pas l'argent nécessaire pour acheter le médicament d'ordonnance de 20 ou 25 \$.

Nous travaillons tous les jours avec des patients dont il faut tenir compte des moyens de payer leurs médicaments. Je n'ai pas de chiffres à vous donner, mais cela arrive très souvent.

•(1005)

**M. Don Davies:** Oui, c'est un phénomène bien réel.

**Mme Jessica Harris:** Tout à fait réel.

**M. Don Davies:** Je vous remercie.

Monsieur Keon, vous avez souligné le fait que selon les données d'IMS Brogan, seuls 59 % des ordonnances délivrées et remboursées par les régimes privés d'assurance-médicaments visent des médicaments génériques, comparativement à 74 % dans le cas des régimes publics. Vous avez dit aujourd'hui — et avec raison, je crois — qu'il était souhaitable d'augmenter l'utilisation des médicaments génériques. Cela aurait, selon moi, des répercussions positives sur les coûts pour notre système.

Comment expliquez-vous la différence entre la façon dont les régimes publics et les régimes privés remboursent les médicaments génériques?

**M. Jim Keon:** Vous avez raison, le nombre d'ordonnances de médicaments génériques dans les régimes d'assurance privés est moindre. Comme vous l'avez dit, l'avantage avec les génériques, c'est qu'ils créent ce qu'on appelle une marge dans les dépenses pharmaceutiques. En économisant sur le coût de médicaments plus anciens, il est plus facile de pouvoir payer certains nouveaux médicaments. C'est clairement comme cela que beaucoup de programmes fonctionnent.

Au Canada, nous avons un système de soins de santé universel. La plupart des employés sont couverts. S'ils tombent malades et vont voir le médecin, s'ils doivent être hospitalisés, ces coûts sont couverts. Ce qui n'est pas le cas aux États-Unis où les régimes d'assurance-médicaments d'employé font souvent partie d'un régime de soins de santé plus vaste et beaucoup plus cher. Honnêtement, je crois qu'aux États-Unis, la gestion des soins de santé est beaucoup plus axée sur les régimes privés. Au Canada, il existe des régimes qui ne couvrent pas exclusivement les médicaments génériques. Dans le régime public d'assurance-médicaments de l'Ontario, si le médecin écrit « Lipitor » sur l'ordonnance — le Lipitor existe en version générique —, il est fort probable que le patient recevra l'atorvastatine à 18 % du coût du Lipitor, de sorte que le médecin peut remplir cinq ou six ordonnances. Par ailleurs, beaucoup de régimes privés paieront le Lipitor sans imposer d'aucune façon l'utilisation du générique. À mon avis, certains régimes privés doivent commencer à se montrer plus rigoureux dans l'application de la couverture de médicaments génériques seulement.

**M. Don Davies:** Vous avez la parole, monsieur Casey.

**Le président:** Vous n'avez pas beaucoup de temps.

**M. Don Davies:** D'accord, ma question est brève.

D'autres pays dans le monde ont des régimes d'assurance-médicaments universels. Quelle approche l'un ou l'autre de ces pays adopte-t-il à l'égard des traitements biologiques et autres types de traitements innovants ou coûteux?

**M. Andrew Casey:** Vous avez tout à fait raison, d'autres pays ont des régimes universels. Certains fonctionnent bien, mais d'autres ont trouvé une façon de réduire leurs coûts en éliminant certaines de ces thérapies, tout simplement. Ils précisent que ces traitements ne sont pas couverts, les retirent immédiatement de la liste et le patient n'y a jamais accès. C'est ce qui me fait dire que, quels que soient la définition ou le modèle d'un régime de soins de santé, l'important est de concevoir une formule qui garantit que les patients reçoivent les traitements dont ils ont besoin, sans limite d'accès.

Le fait de limiter l'accès vous fait économiser beaucoup d'argent, de la même manière que vous pouvez économiser énormément en gardant votre réfrigérateur vide pendant un an. Vous allez sauver beaucoup d'argent, mais vous allez aussi subir les conséquences d'avoir passé un an sans manger. C'est pareil avec les soins de santé. Si vous n'avez pas accès à certains traitements, il y aura des conséquences. Mais une chose est certaine, vous allez économiser de l'argent.

**Le président:** Madame Sidhu.

**Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.):** Merci à vous tous d'être venus nous faire part de ces précieux renseignements.

En tant qu'éducatrice sur le diabète, je suis bien placée pour savoir que le diabète entraîne d'autres problèmes de santé pouvant représenter un fardeau pour le système de santé.

Ma question s'adresse à Mme Hux.

Pourriez-vous parler davantage des coûts associés au traitement du diabète de type 1 et de type 2? Il semble y avoir beaucoup de problèmes liés à l'insuline et aux pompes à insuline. D'après vous, comment le programme devrait-il être conçu pour répondre aux besoins de la population en général?

**Dre Jan Hux:** Il est vrai que la gestion du diabète de type 1 est souvent très lourde. Le diabète de type 1, qui touche moins de 10 % des diabétiques au Canada, apparaît presque toujours en bas âge et bien souvent, les familles sont accablées par les coûts du traitement.

Et ce n'est pas tout: dans les cas où la pompe à insuline n'est pas remboursée par le régime public, les familles sont souvent forcées de choisir entre un traitement optimal et un traitement sous-optimal qui consiste en de fréquentes injections quotidiennes. Grâce, en partie, à nos plaidoyers, et grâce au discernement de notre gouvernement, chaque province a maintenant son programme de pompes à insuline, mais certaines provinces imposent des restrictions d'âge.

Certains jeunes se voient offrir une possibilité de stage pour un bon emploi dans une autre province, mais ils savent qu'en quittant l'Ontario, ils perdront le remboursement de leur pompe. Les coûts exorbitants que cela implique rendent l'expérience inabordable. On leur demande de renoncer à un traitement qui leur assure un excellent taux de glycémie pour s'exposer au risque de cécité, de perte de la vue et des fonctions rénales, d'amputation. Un système aussi disparate nous semble injuste. Les coûts à déboursier peuvent être très contraignants, en particulier pour un jeune diplômé stagiaire ou pour un jeune qui occupe un travail peu rémunérateur. Dans certains cas, ces coûts peuvent représenter des milliers de dollars par année. Ils sont parfois partiellement assumés par les familles, mais lorsque les jeunes dépassent l'âge de couverture fixé dans le régime des parents, il faut assumer ces frais autrement et bien souvent, cela se traduit par un choix de traitement sous-optimal.

Un peu plus tôt, j'ai mentionné le fait que dans le diabète de type 2, en particulier en ce qui concerne la gestion des facteurs de risque associés au diabète, les patients sont asymptomatiques. Dans le diabète de type 1, l'insuline est un traitement salvateur. Le fait de ne pas prendre son médicament entraîne rapidement des conséquences graves, sinon mortelles, et il est impératif que le patient se rende au service d'urgence de l'hôpital le plus proche.

• (1010)

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Je veux faire écho aux observations de Mme Harris. J'ai entendu dire qu'en ce qui concerne les diabétiques en particulier, les médicaments génériques ne fonctionnent pas aussi bien que les médicaments de marque. J'aimerais demander des éclaircissements à Mme Harris et ensuite, à Mme Hux.

**Mme Jessica Harris:** Me demandez-vous de parler de ma propre expérience avec les médicaments génériques?

**Mme Sonia Sidhu:** Les génériques fonctionnent-ils moins bien pour les diabétiques?

**Mme Jessica Harris:** Comme je suis encore étudiante en médecine, je ne prescris pas encore de médicaments. Nous travaillons avec les médecins et nous participons au processus de gestion des médicaments, cependant, comme M. Keon l'a mentionné, les patients utilisent des génériques quotidiennement, Lipitor, atorvastatine. Il est démontré que les médicaments génériques ont la même efficacité que les médicaments de marque correspondants. Il ne m'est jamais arrivé d'entendre un patient dire: « Le générique n'est pas bon pour moi. »

D'après mon expérience, ça n'est jamais arrivé.

**Mme Sonia Sidhu:** Docteur Hux, seulement chez les patients atteints de diabète et d'épilepsie.

**Dre Jan Hux:** Je suis d'accord avec M. Keon. Pour qu'un médicament soit homologué, il doit être prouvé qu'il est équivalent au médicament de marque. Quant à savoir comment il se fait qu'un patient puisse réagir différemment, il est difficile de me prononcer sur un cas individuel.



Avant d'homologuer un médicament, nous effectuons des essais contrôlés et randomisés avec des centaines de patients auxquels un traitement est attribué. À la fin du traitement, nous sommes en mesure de déterminer si des changements dans l'état de santé sont attribuables au médicament. On ne peut pas tirer de conclusions avec un seul patient, on ne sait pas comment son état de santé aurait évolué. Des changements dans les symptômes et dans l'état de santé auraient pu se produire indépendamment du changement de médicament. Nous nous fondons sur les données probantes de la recherche, qui montrent que les médicaments génériques en question sont équivalents à leur version brevetée. À ma connaissance, aucun patient n'a connu de détérioration de son état de santé après avoir utilisé des médicaments génériques.

**Mme Sonia Sidhu:** Je sais que certains pays ont inscrit l'insuline sur la liste des médicaments salvateurs et que toutes les personnes atteintes de diabète y ont accès. Si un programme national d'assurance-médicaments devait assurer cet accès, pouvez-vous nous parler de l'expérience d'autres pays où les patients peuvent obtenir l'insuline sans problème?

**Dre Jan Hux:** Je connais bien la notion d'inscription de l'insuline sur la liste des médicaments d'importance vitale et de sa gratuité, mais je ne peux pas parler de l'expérience particulière des gouvernements qui l'ont fait.

Encore une fois, une personne atteinte de diabète de type 1 a besoin d'insuline tous les jours pour éviter une complication mortelle appelée l'acidocétose diabétique, comme vous le savez. Des doses adéquates d'insuline sont constamment nécessaires pour prévenir les complications à long terme. Ces doses indispensables à court terme font qu'à long terme, le patient reçoit les doses adéquates lui permettant d'éviter les complications à long terme. Il ne fait aucun doute que l'accès gratuit améliorerait l'utilisation adéquate et appropriée de l'insuline.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Pouvez-vous décrire les obstacles auxquels les personnes atteintes de diabète se heurtent pour obtenir les nouveaux traitements? Le coût en est un, mais quoi d'autre?

**Dre Jan Hux:** Pour ce qui est de l'accès aux nouveaux traitements, faites-vous référence aux médicaments les plus récemment arrivés sur le marché?

**Mme Sonia Sidhu:** Oui.

• (1015)

**Dre Jan Hux:** Beaucoup de ces médicaments ne sont pas couverts, surtout pas de manière cohérente. Certaines provinces les inscrivent sur leur liste, d'autres pas. S'il n'est pas couvert par le régime privé du patient ou par le régime public, son coût doit être déboursé par le patient. Il s'agit souvent de médicaments dont le coût à lui seul empêche les patients de profiter de leurs bienfaits.

**Mme Sonia Sidhu:** Parmi les coûts associés au traitement du diabète de type 1 et de type 2, lesquels sont couverts par les régimes privés d'assurance-maladie?

Monsieur Keon, pouvez-vous nous éclairer sur ce point?

**M. Jim Keon:** Quelqu'un est sûrement mieux placé que moi pour répondre à cette question.

**Dre Jan Hux:** Nous devons constamment composer avec le même refrain récurrent: la disparité du système. La couverture des régimes privés est incohérente elle aussi, les quotes-parts varient beaucoup. Par exemple, les gens dont le régime d'employé assure la couverture des appareils, des fournitures et des médicaments

nécessaires à la gestion efficace de leur diabète sont très vulnérables aux changements d'emploi. Ils hésiteront à partir travailler pour une entreprise qui leur offre de meilleures conditions, mais qui n'offre pas la couverture dont ils ont besoin.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous avons terminé la première ronde de questions.

J'ai une question pour M. Keon. Monsieur Keon, vous avez dit, dans votre déclaration liminaire, que certaines estimations d'économies possibles reflétaient des attentes irréalistes. Était-ce simplement une observation, ou existe-t-il une étude qui appuie cette affirmation?

**M. Jim Keon:** Ce à quoi je faisais référence — et le témoin de la Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine en a aussi parlé... Au cours des quatre dernières années, comme je l'ai dit, nous avons négocié avec l'industrie du médicament générique ce qu'on appelle un cadre de tarification par niveau. Lorsqu'un produit est difficile à fabriquer et qu'il n'existe qu'un seul fabricant, le prix peut être plus élevé. Lorsqu'on descend de niveau et que la concurrence est forte, comme dans le cas du Lipitor pour le traitement du cholestérol, les prix sont très bas, de l'ordre de 18 % du prix de la version brevetée équivalente. C'est cinq ou six ordonnances pour le prix d'une seule.

Un autre aspect du cadre de tarification par niveau, c'est que le secteur privé, qui n'est pas à la table, est lui aussi visé par ces prix. Nos prix sont transparents. Ils sont les mêmes pour tous les régimes, public ou privé. Le secteur privé en profite déjà.

Je m'interroge sur la façon dont un programme national d'assurance-médicaments pourra réduire les coûts de façon spectaculaire dans le secteur des médicaments génériques, au-delà même, par exemple, de ce que les provinces ont déjà négocié. Il est peut-être possible de réaliser des économies supplémentaires, nous sommes à la table pour en discuter.

Du côté de l'industrie des médicaments de marque, il existe des ententes confidentielles d'inscription privée auxquelles je ne pense pas que les chercheurs ont accès et qui permettent aux payeurs de réaliser des économies supplémentaires. Tout ce que je dis, c'est que ces estimations nous semblent exagérément optimistes. Nous estimons que si vous voulez avancer la mise en place d'un programme universel d'assurances-médicaments, vous le faites pour améliorer l'accès des patients aux médicaments et parce que c'est la bonne chose à faire, et non dans le but de sauver des milliards de dollars. Je ne pense pas que cette hypothèse soit réaliste.

**Le président:** Je comprends, mais vous venez de dire que ces estimations vous « semblent » trop optimistes. Existe-t-il une étude pour appuyer vos dires?

**M. Jim Keon:** Je vous dis que nous sommes déjà en négociations.

**Le président:** D'accord.

**M. Jim Keon:** Il y a une étude qui parle de 7 milliards de dollars. Nous avons contesté cette étude, nous n'acceptons pas ses conclusions.

**Le président:** D'accord.

Pour la seconde série de questions, nous entendrons M. Webber pour cinq minutes.

**M. Len Webber:** Merci à tous les témoins pour leur patience aujourd'hui. Je suis désolé de revenir à la charge sur certains points, mais c'est un sujet qui m'intéresse énormément. Ma question s'adresse à vous, monsieur Casey.

Votre exposé était très intéressant. J'ai beaucoup aimé vos remarques sur les dernières innovations et la salive de la musaraigne. Je trouve fascinant que la salive puisse éventuellement servir à traiter le cancer ovarien. La question que j'aimerais vous poser, et peut-être aussi à M. Keon, est la suivante: pensez-vous que les médicaments expérimentaux devraient être inclus dans un régime universel d'assurance-médicaments? Le cas échéant, devrait-on imposer une limite de couverture? Sur quelles bases pourrait-on établir cette limite? Est-ce cela relève de votre domaine?

**M. Andrew Casey:** Pourriez-vous définir ce que vous entendez par « médicament expérimental »?

**M. Len Webber:** À propos des médicaments expérimentaux, je reviens à votre exemple sur la salive. Les recherches vont se poursuivre et un jour, espérons-le, si les résultats sont positifs, elle deviendra peut-être un médicament. À ce moment-là, j'imagine qu'elle sera considérée comme un médicament expérimental, en supposant qu'elle réponde aux exigences du Canada en matière de soins de santé. Pensez-vous qu'un médicament expérimental qui a prouvé son efficacité devrait faire partie d'un programme national d'assurance-médicaments?

**M. Andrew Casey:** Bien sûr, mais soyons clairs et n'oublions pas que d'ici là, c'est-à-dire dans 10 ou 15 ans, le médicament aura fait l'objet d'un rigoureux processus d'essais en laboratoire, d'abord sur des souris puis dans le cadre d'essais cliniques. Les essais cliniques chez les humains comportent trois phases qui permettent de s'assurer que le médicament à l'essai est absolument sans danger et efficace pour les patients. C'est seulement à cette étape que le médicament est approuvé par Santé Canada et qu'il peut réellement être administré aux patients.

Je considère qu'à ce moment-là, il ne s'agit plus d'un médicament expérimental, puisqu'il a été testé et qu'il a prouvé son efficacité et sa sécurité pour les patients. On parle alors d'une nouvelle thérapie, puisqu'elle vient répondre à un besoin demeuré insatisfait jusque là. De toute évidence, le médicament vise à traiter une maladie dont le patient souffre. Il pourrait aussi sauver des vies, alors, oui, tout programme d'assurance-médicaments devrait couvrir ce traitement.

• (1020)

**M. Len Webber:** Techniquement, il n'y a pas vraiment de médicaments expérimentaux qui...

**M. Andrew Casey:** Ce qui s'approche le plus d'un médicament expérimental est celui pour lequel des patients sont invités à participer à un essai clinique et au processus de découverte des propriétés de ce médicament... Mais avant que des patients ingèrent ce médicament, sa sécurité aura été avérée. La question est de connaître la posologie adéquate et la dose que le patient est en mesure de supporter.

**M. Len Webber:** Merci.

**M. Jim Keon:** Je souscris à ce que M. Casey vient de dire. Toutefois, il arrive parfois que pour une raison ou pour une autre, un laboratoire pharmaceutique n'ait pas déposé de demande d'homologation d'un médicament au Canada et que, par conséquent, le médicament soit interdit à la vente chez nous, même s'il est autorisé ailleurs. Santé Canada a mis en place un programme qui rend possible la couverture d'un tel médicament, même si sa vente n'est pas autorisée au Canada, dans les situations exceptionnelles où un médecin estime que son patient en a besoin.

**M. Andrew Casey:** S'il a été approuvé, bien sûr. Habituellement, il a été aussi été homologué par le FDA ou la communauté médicale

européenne. Nous ne parlons pas de médicaments apparus mis sur le marché.

**M. Len Webber:** Je vous remercie.

Madame Hux, j'aimerais vous dire que votre exposé était aussi des plus intéressants, et je suis heureux que vous nous ayez formulé des recommandations. Votre dernier commentaire portait sur le leadership dont le gouvernement fédéral devrait faire preuve dans la mise en place d'un système national de dossiers de santé électroniques.

Au printemps dernier, nous avons été saisis d'un projet de loi d'initiative privée concernant la création d'un registre national des donneurs d'organes. Ce projet de loi a été rejeté par le gouvernement. Il n'a pas été adopté. La raison pour laquelle il n'a pas été adopté c'est qu'on a cru que cela empiétait sur la sphère de compétence des provinces. Nous avons déjà entendu dire qu'un programme national d'assurance-médicaments serait une partie de bras de fer entre les compétences fédérale et provinciales.

Envisagez-vous des problèmes de compétence? Je poserai peut-être la question à l'ensemble des témoins. Il est certain que la question des territoires de compétence entre les gouvernements fédéral et provinciaux entre en jeu. Voyez-vous un problème avec la mise en oeuvre d'un système national d'assurance-médicaments et les provinces?

**Dre Jan Hux:** Vous avez commencé votre question avec le dossier médical électronique. Je n'ai peut-être pas été assez exhaustive dans mes observations, mais ce que je propose, c'est que le gouvernement fédéral mette en oeuvre un registre de dossiers de santé électroniques pour les soins de santé qui sont de son ressort et qu'il incite les provinces à faire de même dans leurs aires de compétence respectives.

Ces questions de compétence sont difficiles à gérer, surtout lorsque des patients se retrouvent pris entre deux feux et qu'à cause de cela, ils reçoivent un traitement et obtiennent des soins de qualité inférieure. Néanmoins, nous voyons dans le dossier médical électronique un avenir très prometteur pour les personnes atteintes de diabète. Le nombre de médicaments offerts pour la gestion de la glycémie dans le diabète de type 2 a, à elle seule, quadruplé au cours des 10 dernières années, et il est difficile pour les médecins de toujours savoir quel est le meilleur traitement à prescrire à un certain patient dans une certaine situation.

Le dossier médical électronique peut recenser toutes ces données et rappeler au médecin que le médicament qui lui semble être le meilleur ne doit peut-être pas être prescrit à tel patient en raison, par exemple, de sa déficience des fonctions rénales. Voilà qui améliore la sécurité et l'efficacité d'un médicament. Nous croyons que les personnes atteintes de diabète méritent cela. L'intégration du dossier médical électronique dans l'initiative du programme d'assurance-médicaments serait un bon moyen d'en appuyer la mise en oeuvre.

**M. Len Webber:** Merci.

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

Monsieur Kang.

**M. Darshan Singh Kang:** J'aimerais remercier les témoins de comparaître devant notre comité.

Ma première question est pour M. Jim Keon.

Selon le CEPMB, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, le prix des médicaments génériques au Canada a diminué de 45 % entre 2010 et 2014, et il continue de demeurer 19 % plus élevé que la moyenne internationale. Pourquoi le prix des médicaments génériques au Canada continue-t-il d'être plus élevé que dans d'autres pays?

• (1025)

**M. Jim Keon:** Oui. Le rapport du CEPMB dont vous parlez date de 2014. Depuis, les prix des médicaments génériques n'ont cessé de baisser. Vous avez parlé d'une baisse de 45 %. Selon le CEPMB, la baisse des prix des génériques a été plus forte au Canada que dans n'importe quel autre pays.

Si vous prenez les données actuelles, tout en prenant en compte la valeur du dollar canadien de 2014, qui était plus faible, ainsi que les autres baisses de prix, je dirais que nos prix sont compétitifs par rapport à ceux pratiqués par d'autres pays de l'OCDE. Je répète que nous maintenons un dialogue constant avec les provinces, et le gouvernement fédéral a maintenant l'intention d'y participer, afin de déterminer un prix équitable pour les médicaments. Nous croyons que les prix actuels sont équitables et nous poursuivons nos discussions et nos négociations afin de déterminer ce qu'ils devraient être dans le futur.

**M. Darshan Singh Kang:** Ma deuxième question concerne l'efficacité des médicaments génériques par rapport aux médicaments de marque. Est-ce une question de perception? Vous avez dit que les médicaments génériques avaient exactement le même effet que les médicaments de marque. Par exemple, mon épouse a tendance à préférer le médicament de marque, et moi aussi. J'ai toujours choisi le médicament d'origine. Les patients hésitent beaucoup à prendre les médicaments génériques comparativement aux médicaments brevetés.

Quel rôle devraient jouer les fabricants de médicaments génériques? Est-ce une question d'éducation? Que peut-on faire pour...?

**M. Jim Keon:** Dans tous les régimes, même dans ceux précisant qu'ils ne... En général, on ne parle pas de régimes de médicaments génériques, mais plutôt de régimes de médicaments de substitution à faible coût. Ces régimes ne rembourseront que les médicaments de substitution à faible coût. Tous les régimes permettent aux médecins de les prescrire en indiquant les effets secondaires néfastes. Si leur patient, pour une raison ou une autre, ne réagit pas bien, ils peuvent l'indiquer. S'il existe un motif acceptable reconnu, la plupart des régimes rembourseront un médicament différent. C'est prévu.

Concernant l'effet placebo, oui, cela se produit parfois. Sur le marché, on trouve ce qu'on appelle des « ultra-génériques »; ils sont identiques aux produits d'origine, sont produits dans la même usine et sont vendus comme des génériques. Il peut arriver qu'un patient revienne voir son médecin en disant que ce médicament ne donne pas d'aussi bons résultats. C'est le même produit, il porte seulement une inscription différente. Si les patients pensent qu'il ne sera pas aussi efficace, ce peut poser un problème.

En matière d'éducation, je vous répète que notre secteur, le gouvernement fédéral et Santé Canada disposent d'un énorme volume de documentation sur la façon dont les génériques sont approuvés. Je vous rappelle que 7 prescriptions sur 10 sont remplies au moyen de médicaments génériques. Au Canada, ces médicaments sont utilisés pour remplir près de deux millions de prescriptions par jour. Ils donnent de bons résultats. En cas de problème, il y a un système en place qui permet au patient de prendre un produit différent.

**M. Darshan Singh Kang:** Des essais ont-ils été menés auprès de patients qui, à leur insu, se voient prescrire le médicament de marque ou le médicament d'origine?

**M. Jim Keon:** Oui, nous le faisons tout le temps.

Avant d'approuver un médicament générique, nous effectuons ce que nous appelons un essai à double insu. La moitié des volontaires prend un médicament de marque et l'autre moitié, le générique. Le personnel médical et infirmier étudie ensuite les réactions produites dans leur corps. Ensuite, au cours de la même fin de semaine ou un peu plus tard, les mêmes patients reçoivent un médicament de substitution. Leur réaction au produit est examinée. Si l'on juge qu'ils réagissent de la même manière aux deux médicaments, le générique est alors approuvé.

Comme je l'ai dit, les génériques sont soumis aux mêmes bonnes pratiques cliniques et de fabrication que les produits de marque. Ils sont considérés comme étant aussi fiables et efficaces que les produits d'origine comparables.

**Le président:** Vous avez la parole, monsieur Carrie.

**M. Colin Carrie (Oshawa, PCC):** Je remercie tous les témoins d'être parmi nous aujourd'hui. J'ai quelques questions à poser.

Je m'adresse d'abord à vous, monsieur Keon, parce que j'apprécie votre savoir institutionnel. Vous êtes déjà venu témoigner à quelques reprises devant ce comité depuis que j'en fais partie, par intermittence depuis 2004.

Vous avez fait une observation très importante. Pour quelle raison faisons-nous cela et comment définissons-nous le problème? Des témoins nous ont dit qu'une partie des données statistiques sur lesquelles nous nous appuyons reflètent une perspective canadienne et n'ont pas vraiment été mises à jour depuis le rapport Romanow.

Beaucoup d'hypothèses sont posées. M. Davies a soulevé certains points que nous avons entendus tant et plus, notamment que 20 % des Canadiens ne bénéficient pas d'une protection adéquate. Nous ne savons pourtant pas vraiment qui définit ce qu'est une protection adéquate. Selon lui, sept millions de Canadiens ne sont pas assurés et n'ont pas les moyens de se procurer les médicaments dont ils ont besoin. Un grand nombre de Canadiens sans assurance-médicaments ne semblent toutefois pas avoir de problème à assumer le coût de leurs médicaments, peut-être parce qu'ils se trouvent dans une situation financière différente.

Si nous examinons la situation à long terme ainsi que certaines statistiques qui, comme je viens de le dire, n'ont pas été mises à jour depuis le rapport Romanow, force est de constater que le Canada a bien changé. Les avantages sociaux liés à l'emploi ont bien changé. Les travailleurs à temps partiel sont plus nombreux qu'avant. Les pensions et les prestations de retraite ont changé. Le nombre d'ainés est en hausse, et avec la tendance démographique, ils bénéficient probablement d'une couverture parce qu'ils sont un peu plus âgés.

J'aimerais connaître votre opinion et celles des autres témoins. Le gouvernement fédéral devrait-il mettre à jour ses statistiques afin que nous ayons un portrait clair de l'état actuel des prestations d'assurance-médicaments au Canada?

De plus, en l'absence de données statistiques récentes, croyez-vous que nos recommandations risquent de manquer de pertinence, même si elles visent un objectif louable? Quelle est votre opinion à ce sujet?

•(1030)

**M. Jim Keon:** En tant qu'entreprise, en tant que secteur, nous préconisons une harmonisation accrue d'un bout à l'autre du Canada. Nous croyons qu'il n'est pas bon d'avoir une diversité de programmes d'assurance-médicaments différents. Si des médicaments sont efficaces dans une province, ils devraient l'être tout autant dans une autre. Nous avons activement recommandé l'harmonisation accrue des formulaires nationaux, des médicaments couverts et de ceux qui ne le sont pas. Comme d'autres l'ont fait remarquer, c'est une véritable mosaïque à l'heure actuelle. Nous souhaitons une plus grande harmonisation.

Concernant les personnes non couvertes, il existe, comme vous l'avez dit, une diversité de programmes, tant privés que publics. Pour les personnes vraiment désespérées, il existe des programmes comme le programme Trillium, en Ontario, qui peuvent couvrir des coûts exceptionnellement élevés.

Je suis tout à fait d'accord avec vous pour dire que nous avons besoin d'une base de données à jour et d'un portrait clair de la situation pour savoir qui est couvert et qui ne l'est pas dans telle et telle circonstance. En général, toutefois, nous préconisons la mise en place d'un système plus général et harmonisé d'assurance-médicaments à la grandeur du Canada.

**M. Colin Carrie:** Quelqu'un d'autre souhaite ajouter un mot au sujet des statistiques. Monsieur Casey et docteur Hux, par exemple?

**M. Andrew Casey:** Vous avez soulevé la question la plus importante pour notre secteur. Avant de parler de ce qu'est un régime d'assurance-médicaments, il faudrait d'abord cerner le problème avant de concevoir un système capable de le régler. Est-ce un problème d'assurance ou un problème d'accès, ou des deux à la fois? Si une personne présente les symptômes d'un infarctus du myocarde, vous n'allez pas lui ouvrir la poitrine immédiatement pour examiner son cœur. Vous allez commencer par vous demander ce qui se passe vraiment chez cette personne. Nous devrions agir de la même manière. Je pense que nous devrions examiner la situation et nous demander que représentent ces chiffres.

La commission Romanow a fait un excellent travail, mais c'était il y a une vingtaine d'années. Que disent les statistiques? Quel défi faut-il surmonter? Quelle possibilité s'offre à nous? Lorsque nous aurons une meilleure idée de ce que nous voulons faire, la solution nous paraîtra alors un peu plus évidente.

**M. Colin Carrie:** Jan.

**Dre Jan Hux:** Que ce soit à cause de mon travail de recherche ou de ma formation, jamais je ne mettrai en doute l'importance d'avoir des données plus fiables et à jour. Je suis toutefois certaine que n'importe quelle étude confirmerait que les personnes qui vivent avec le diabète doivent surmonter de gros obstacles pour avoir accès à leurs médicaments, comme l'a fait remarquer Mme Harris. Dans le cadre d'une étude effectuée en 2015, nous avons demandé à des personnes si elles avaient facilement accès à leurs médicaments et 23 % des personnes diabétiques ont répondu qu'elles ne pouvaient pas prendre les médicaments prescrits parce qu'elles n'avaient pas les moyens de les payer. Nous savons que le diabète n'est pas une maladie répartie équitablement puisqu'elle se concentre dans les collectivités à faible revenu. Un fardeau disproportionné de cette maladie, dont le traitement coûte très cher, retombe donc sur les épaules de personnes qui n'ont pas les moyens de gérer leur traitement.

•(1035)

**M. Colin Carrie:** Cela concerne tout particulièrement le diabète. Vous avez tout à fait raison.

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

**M. Colin Carrie:** D'accord. C'est dommage.

**Le président:** Monsieur Eyolfson.

**M. Doug Eyolfson:** Je remercie tous les témoins de leur présence.

J'ai un bref commentaire à l'intention de Mme Harris.

Merci. Ayant obtenu mon diplôme en 1993, je sais pertinemment qu'un étudiant en médecine est fort occupé. Je vous félicite de trouver le temps de faire ce travail parallèlement à vos études. C'est extraordinaire.

Concernant le cas déchirant que vous nous avez décrit, je dois vous dire que tout au long de votre pratique médicale, vous rencontrerez des cas similaires chaque semaine, voire chaque jour. C'est d'ailleurs l'une des raisons qui m'a incité à réorienter ma carrière.

Pour revenir au diabète, c'est un exemple que j'ai utilisé à maintes reprises et que j'ai souvent rencontré durant ma carrière médicale. J'ai pratiqué la médecine d'urgence dans un hôpital urbain desservant une population très pauvre et un grand nombre de patients autochtones. Nous savons quel est le taux de diabète dans ce segment de la population. Je connais le coût du non-respect des ordonnances; il est très élevé. Je sais que les personnes présentant une acidocétose diabétique se retrouvent souvent à l'unité des soins intensifs et nous n'ignorons pas le coût exorbitant de ces traitements. Ajoutez à cela les amputations, les infarctus, les AVC et les dialyses.

Je vous pose peut-être une question qui vous a été posée d'une manière différente. Au sujet de cette maladie, examinons combien les personnes qui ne respectent pas leur médication, celles qui n'ont pas les moyens de se les payer, coûtent au système en frais médicaux comparativement à ce que nous coûterait un système universel d'assurance-médicaments pour tous. Quelle serait la différence? Serait-il encore trop cher de fournir à tous les patients leur insuline? Cette dépense ne serait-elle pas plus ou moins compensée par les économies que le système ferait?

**Dre Jan Hux:** Je n'ai pas les chiffres exacts pour répondre à votre question, à savoir si le remboursement des médicaments serait moins élevé que le coût lié aux complications, mais nous avons des preuves très intéressantes en ce qui concerne l'avantage que présente l'accès universel. La Dre Gillian Booth, de l'Hôpital St. Michael's de Toronto, a mené une étude fascinante sur l'avantage d'atteindre 65 ans en Ontario. En général, on sait que les problèmes cardiaques s'aggravent après 65 ans en raison de l'impact de la retraite et du changement de mode de vie. La chercheuse s'est toutefois penchée sur les facteurs socioéconomiques. Pour les personnes à faible revenu âgées de moins de 65 ans, dont beaucoup n'ont pas les moyens de payer leurs médicaments, elle a constaté que le taux des complications, comme les amputations, les AVC et les infarctus étaient beaucoup plus élevés. Ce facteur disparaît presque entièrement à compter du moment où les personnes arrivent à l'âge de 65 ans et ont accès à l'assurance universelle.

Bien que son étude ne soit pas encore terminée, nous avons demandé à Mme Booth d'effectuer une analyse économique qui répondra à votre question: les dépenses liées à ces complications seraient-elles compensées par la prise en charge du coût des médicaments? C'est une excellente question.

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

Monsieur Keon, je suis ravi de vous entendre dire que nous devrions aller de l'avant parce que c'est la bonne chose à faire ou parce que cela permettrait de réaliser des économies. Je suis d'accord avec vous parce que cela ferait en sorte que tout le monde aura les moyens de payer ses médicaments. Les chiffres confirmeront peut-être si, comme vous l'affirmez, il n'y a pas beaucoup d'économies à faire en ayant un mécanisme fédéral d'achats groupés plutôt qu'un mécanisme provincial.

Selon vous, est-il juste de dire que nous cherchons à faire des économies non pas uniquement pour épargner de l'argent, mais aussi pour démontrer que l'argent que nous économiserons pourrait compenser les dépenses engagées dans ce système? Est-il juste de supposer que c'est l'un des résultats que nous devrions viser?

**M. Jim Keon:** Comme je l'ai dit, nous sommes d'accord avec l'idée que tous les Canadiens devraient avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin. Comme la plupart des témoins l'ont dit, il est clair que cela permettra de faire des économies ailleurs dans le système. Je répète que notre secteur prévoit une marge de manoeuvre afin que les médicaments soient vendus à un prix abordable.

J'aimerais faire un commentaire à ce sujet, parce qu'on nous a posé des questions concernant la qualité et l'innocuité. Le mécanisme d'approbation des médicaments au Canada est le même que celui utilisé aux États-Unis par la Food and Drug Administration, et en Europe par l'Agence européenne des médicaments. Les médicaments génériques sont soumis aux mêmes normes. Il s'agit d'une science reconnue à l'échelle internationale.

Après l'obtention des brevets, notre rôle consiste à garantir la protection des nouveaux médicaments novateurs dont le coût est souvent très élevé. Le CEPMB a lui-même reconnu n'avoir pas toujours réussi à contrôler les prix au Canada.

À l'expiration des brevets, vous avez des médicaments de bonne qualité. La science le démontre. Ils devraient être utilisés pour élargir l'accès aux médicaments pour l'ensemble des Canadiens.

•(1040)

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

**M. Doug Eyolfson:** Je veux simplement vous rappeler que, d'après mon expérience et mes connaissances de la médecine, aucun médecin ni aucune publication scientifique ne vous contredira là-dessus.

**Le président:** Monsieur Davies, vous avez trois minutes.

**M. Don Davies:** Merci.

Une question a été soulevée concernant la prémisse de cette étude, à savoir s'il y a des Canadiens qui n'ont pas accès à des médicaments. Des témoins nous ont confirmé que cela avait un impact.

Monsieur Keon, je vais commencer par vous. Vous représentez un acteur important du secteur pharmaceutique canadien. Votre organisation peut-elle fournir au Comité des données ou des renseignements démontrant qu'il y a des Canadiens qui n'ont pas les moyens de payer leurs médicaments?

**M. Jim Keon:** Nous avons des données sur l'utilisation des médicaments, mais nous n'avons malheureusement pas de données fiables sur les gens qui ne prennent pas de médicaments et qui ne sont pas couverts par une assurance. Notre rôle dans le système consiste à fournir des médicaments fiables, sécuritaires et de qualité, à prix raisonnable.

**M. Don Davies:** C'est bien.

Monsieur Casey, vous êtes à la fine pointe dans ce domaine. Y a-t-il des gens au Canada qui n'ont pas accès, faute d'argent, aux

médicaments biologiques et autres médicaments novateurs produits par votre secteur? Avez-vous des chiffres à nous fournir à cet égard? Est-ce que tout le monde peut se procurer les médicaments dont il a besoin?

**M. Andrew Casey:** Je n'ai pas de données à vous fournir. Il est difficile de répondre à cette question. En général, je pense que, pour le moment, la plupart des gens ont accès aux médicaments; en revanche, c'est à partir de maintenant que la bataille s'engage. Nous commençons à constater ce qui pointe à l'horizon et les gens commencent à s'apercevoir qu'ils ont du mal à gérer leur facture de médicaments. Comment s'en sortiront-ils avec ce qui s'en vient? Je pense que c'est là un défi de taille. Pour l'instant, on a l'impression que tout va bien, mais je pense que nous avons un gros problème devant nous.

**M. Don Davies:** Selon des témoignages que nous avons entendus, un grand nombre de Canadiens souscrivent une assurance-médicaments par le biais de leur employeur. Des groupes d'employeurs nous ont dit que bon nombre d'entre eux ne proposent pas ce genre d'assurance ou, s'ils le font, il y a des quotes-parts et des franchises à payer. En fait, certains employeurs ont du mal à composer avec la hausse du coût de ces régimes et ils sont de plus en plus nombreux à renoncer à offrir un régime d'assurance-médicaments à leurs employés. Certains conjoints ou conjointes qui ne travaillent pas sont parfois partiellement couverts par le régime d'assurance-médicaments de leur conjoint et un grand nombre de travailleurs canadiens n'ont aucune protection. Quelqu'un conteste-t-il ces faits?

**M. Andrew Casey:** Selon moi, c'est un problème. Je suis moi aussi un employeur. Nous avons un personnel à gérer et nous effectuons des examens périodiques avec notre fournisseur d'assurance. Même avec seulement neuf employés, nous constatons ce problème tous les jours. Je peux facilement imaginer ce que c'est pour les gros employeurs.

J'aimerais signaler qu'il y a d'autres facteurs à prendre en compte. Nous avons examiné une très mince portion du spectre des soins, comment garder les malades hors de l'hôpital, comment réduire les dépenses et sauver le système de santé. Il ne faut toutefois pas oublier le rôle important joué par l'employeur. Si vous traitez les gens pour qu'ils retournent au travail, l'employeur est gagnant.

De surcroît, nous savons que les travailleurs qui ont un emploi bien rémunéré et qui jouent un rôle actif au travail sont en bien meilleure santé. Ils ont également l'impression de contribuer à la société et d'être une meilleure personne à la maison, dans leur rôle de parent ou d'époux ou d'épouse. Il y a donc une foule d'autres facteurs importants à prendre en compte. Je sais pertinemment que les employeurs et les compagnies d'assurance-vie et d'assurance-santé tiennent compte de ces facteurs dans leur prise de décisions; les gouvernements ont moins tendance à le faire pour des raisons évidentes.

**M. Don Davies:** J'ai une brève question à poser. Nous nous demandons comment faire des économies. Jusqu'à maintenant, le Comité a entendu parlé d'achats groupés, de contrats d'exclusivité avec des fournisseurs, d'économies générées par le fait que des personnes ne prennent pas leurs médicaments faute d'argent, de l'adoption d'un formulaire national indépendant, de prescriptions fondées sur des données probantes et d'administration harmonisée. Ce sont autant de caractéristiques des régimes universels nationaux d'assurance-médicaments qui permettent de réaliser des économies. En fait, la Nouvelle-Zélande...

**Le président:** Veuillez abréger votre question, monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Oui, j'y arrive.

Je cite :

En contrôlant rigoureusement son formulaire national, la [Nouvelle-Zélande] a réussi à stabiliser les coûts, malgré la hausse des prix des médicaments. Une étude a conclu que la Nouvelle-Zélande a payé 51 % moins que la Colombie-Britannique pour quatre grandes catégories de médicaments d'ordonnance

Je voudrais simplement signaler aux témoins qu'il existe des exemples concrets dans le monde démontrant que les régimes nationaux universels permettent de réaliser des économies, justement en raison de ces facteurs.

**M. Andrew Casey:** Puis-je faire un commentaire à ce sujet? C'est un excellent exemple. Je lancerais toutefois une mise en garde concernant ce qui se fait ailleurs. Vous avez tout à fait raison, mais si ces pays ont réussi, c'est notamment parce que l'accès est limité. Leurs formulaires couvrent un nombre plus restreint de thérapies.

• (1045)

**M. Don Davies:** Tous les formulaires ne limitent-ils par l'accès, jusqu'à un certain point?

**M. Andrew Casey:** Tout à fait, mais si vous excluez plus de 50 % des médicaments couverts au Canada, vous économisez. Faites le calcul et vous verrez. Dans votre commentaire général, vous avez mentionné que c'était un résultat. Nous devons chercher à obtenir de meilleurs résultats. Il existe différentes façons d'y arriver. Nous devons étudier toutes les possibilités afin d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients.

**M. Don Davies:** Merci.

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

**M. Jim Keon:** Monsieur le président, puis-je répondre brièvement?

**Le président:** Je remercie sincèrement tous nos témoins. Vous nous avez communiqué une foule de renseignements que nous allons examiner. Si vous souhaitez nous fournir d'autres renseignements, n'hésitez pas à nous les faire parvenir pour que nous les intégrions à notre étude.

Merci encore. Je vous souhaite un bon voyage de retour.

Chers collègues, nous devons réserver un peu de temps pour nos travaux. À notre prochaine réunion, nous consacrerons du temps aux travaux du Comité parce que nous avons du pain sur la planche.

Dorénavant, nous limiterons les allocutions d'ouverture des invités à cinq minutes. Tout le monde est d'accord?

C'est tout.

Je vous rappelle que vous devez proposer des témoins pour l'étude sur les opioïdes.

Prenez-en bonne note, monsieur Webber et madame Harder. Veuillez nous proposer des noms dans les plus brefs délais.

**Mme Rachael Harder:** Voulez-vous fixer une date limite pour cela?

**Le président:** Pourquoi pas vendredi?

**Mme Rachael Harder:** D'accord.

**Le président:** C'est demain.

La séance est levée.

---









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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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

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

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

---

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

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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

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

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

---

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