



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 042



1^{re} SESSION



42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 14 février 2017

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le mardi 14 février 2017

•(1110)

[Traduction]

Le vice-président (M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC)): La séance est ouverte.

Étant donné que notre temps est limité, nous allons commencer. J'aimerais souhaiter la bienvenue à M. Matthew Brougham, consultant en économie chez Brougham Consulting Inc. Il a déjà été vice-président, Produits et services, à l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé et chef de la direction à Pharmac.

Nous sommes heureux de vous accueillir, monsieur Brougham. Merci beaucoup d'être venu. Vous aurez 10 minutes pour livrer votre exposé, et nous vous poserons ensuite des questions. Allez-y.

M. Matthew Brougham (à titre personnel): Je vous remercie de me donner l'occasion de vous parler aujourd'hui. J'espère que je pourrai vous aider dans vos délibérations sur cet enjeu important pour le Canada. Mais surtout, je vous souhaite tous une bonne Saint-Valentin.

La Nouvelle-Zélande offre l'accès universel aux produits pharmaceutiques à un coût raisonnable. Mais surtout, le pays peut contrôler pleinement les coûts liés à son régime universel d'assurance-médicaments avec une précision pratiquement inégalée.

La Nouvelle-Zélande utilise un formulaire étendu qui contient plus de 2 000 éléments. Comparativement à d'autres pays, ses quotes-parts sont très peu élevées, à savoir de zéro à cinq dollars par élément, par mois. Par rapport aux normes comparatives, sa quote-part maximale est très faible. En effet, aucune famille ne dépense plus de 100 \$ par année pour des médicaments. Il n'y a aucune limite annuelle et aucune limite à vie. Les coûts ont augmenté à un taux gérable au cours des 20 dernières années, à savoir de 1 à 3 %, en moyenne. Pendant cette modeste croissance des dépenses, le volume des médicaments subventionnés a également augmenté, parfois de plus de 8 %. De plus, de nouveaux médicaments brevetés et un plus grand nombre de médicaments brevetés ont été ajoutés au formulaire.

Les témoignages livrés devant votre Comité et les sentiments exprimés par vos membres indiquent clairement que le Canada souhaite offrir un régime d'accès universel aux médicaments à ses citoyens. C'est évidemment la façon d'y parvenir qui pose problème.

J'ai lu certains des témoignages que vous avez entendus au cours des 12 derniers mois, et je suis frappé par la complexité de la situation. Le Canada est un vaste pays qui est unifié dans le cadre d'un fédéralisme relâché. Cela rend l'adoption d'un régime universel d'assurance-médicaments beaucoup plus difficile. En revanche, la Nouvelle-Zélande a un gouvernement unitaire et la plupart de ses services sociaux sont fournis par un gouvernement central. Sa masse terrestre est très petite et sa population n'est pas plus grande que celle de la Colombie-Britannique.

Que peut apprendre le Canada de l'expérience de la Nouvelle-Zélande en matière de gestion d'un régime d'assurance-médicaments? Eh bien, peu importe la décision du Canada, il doit maîtriser un élément clé qui lui permettra d'y arriver, et c'est la capacité de contrôler les coûts liés à une telle initiative ou à de telles initiatives. La Nouvelle-Zélande contrôle ces coûts, et je crois donc qu'on peut tirer des leçons de l'approche qui lui permet d'exercer ce contrôle.

Voici donc les leçons à retenir, selon moi, de l'expérience de la Nouvelle-Zélande.

Tout d'abord, un seul acheteur doit se trouver dans chaque territoire, peu importe la définition de territoire. Qu'est-ce que cela signifie concrètement? Cela signifie que l'acheteur doit avoir le pouvoir de négocier. Plus précisément, lorsque l'acheteur refuse la proposition d'acheter un produit pharmaceutique, sa décision doit être respectée. Si un vendeur peut s'adresser à un autre acheteur au sein du même territoire, cela diminue la capacité de négocier. De la même façon, si le vendeur peut demander à un politicien d'infirmier un refus, la capacité de négocier est anéantie.

Cela mène à la deuxième leçon, c'est-à-dire que les décisions précises liées au choix des produits pharmaceutiques qui seront financés ou non doivent être distinctes du processus décisionnel politique. En effet, le gestionnaire du régime d'assurance-médicaments ne peut pas négocier et gérer les coûts si ses décisions quotidiennes risquent d'être modifiées. Manifestement, la gestion d'un régime d'assurance-médicaments doit faire l'objet d'une surveillance générale par nos représentants élus et les décisions individuelles doivent faire l'objet d'une reddition de comptes. Toutefois, je crois que cette surveillance est plus efficace si elle est exercée par l'entremise d'autres moyens qui ne nuisent pas à la capacité de négocier. En résumé, le droit de veto devrait être utilisé judicieusement et rarement.

La troisième leçon est un peu technique, mais elle est néanmoins essentielle. En effet, il est plus facile de gérer des régimes d'assurance-médicaments en établissant un budget spécifique et en exigeant que les gestionnaires obtiennent le plus d'avantages possible en matière de santé dans le cadre de ce budget, plutôt qu'en fixant des seuils décisionnels. Je présume que la plupart d'entre vous ont entendu parler de NICE, le modèle que nous étudions au Royaume-Uni. Dans ce modèle, les décisions se fondent habituellement sur un seuil, en général le coût par AVAQ, et tiennent compte de certains autres éléments. Par exemple, ce seuil peut être fixé à 40 000 livres par AVAQ. C'est ce que j'entends par seuil décisionnel. Pour plusieurs raisons, je ne crois pas qu'il s'agit d'une façon raisonnable d'approcher la gestion dans ce domaine.

Tout d'abord, l'organisme de financement connaît manifestement les défis auxquels il fera face lorsqu'il établira le budget, mais surtout, l'établissement d'un budget doté d'un objectif précis crée des incitatifs pour les gestionnaires et procure un outil utile aux politiciens. Brièvement, lorsqu'on s'assure qu'un budget fixe fournit le plus grand nombre d'avantages en matière de santé, on obtient plusieurs résultats importants.

Premièrement, c'est le moyen le plus efficace de motiver les acheteurs à minimiser les coûts de renonciation liés à leurs décisions. Ensuite, cela motivera les vendeurs, confrontés aux efforts des acheteurs pour minimiser les coûts de renonciation, à proposer des prix plus près du prix minimum auquel ils sont prêts à vendre leurs produits. En revanche, lorsqu'on utilise des seuils, les vendeurs peuvent décider que c'est le prix du produit. Ce n'est manifestement pas une bonne façon de négocier des prix dans un marché.

Fait plus important, la population, lorsqu'elle reçoit des renseignements, comprend les décisions rationnelles prises dans le cadre de contraintes budgétaires. C'est ce que j'ai appris lorsque je gérais l'Agence de gestion pharmaceutique de la Nouvelle-Zélande. Les gens qui ont fait face aux conséquences de ces décisions, en quelque sorte à leurs dépens, comprennent qu'il est important de maximiser les avantages pour la société en cas de contrainte budgétaire.

Enfin, lorsqu'on maîtrise l'établissement d'un objectif précis dans un budget spécifique, on fournit un outil très puissant aux politiciens. Cet outil leur permet de réaffecter délibérément et consciencieusement des fonds entre les régimes d'assurance-médicaments et d'autres régimes de soins de santé de façon à offrir ce qu'ils jugent être le plus grand nombre d'avantages.

Nous sommes tous habitués à l'idée d'avoir des budgets et d'être en mesure de réaffecter les fonds parmi différents budgets, mais fréquemment, ces budgets ne sont pas respectés. Dans ce cas-ci, je tente d'insister sur la différence consistant à maîtriser la gestion du budget pharmaceutique au sein d'un budget établi.

Toutes ces leçons sont de nature structurelle, et c'est pourquoi je les ai présentées ici. Si vous devez retenir une chose de mon témoignage aujourd'hui, c'est que si vous souhaitez contrôler les coûts dans ce domaine, il faut tenir compte de la structure.

Enfin, j'aimerais formuler un commentaire sur une critique importante de l'approche néo-zélandaise, et je suis sûr que vous l'entendrez de mes collègues à la fin de cette heure. Cette approche est le plus souvent durement critiquée pour la limite apparente qu'elle impose à l'éventail de médicaments auxquels les Néo-Zélandais ont un accès financé. Par exemple, certaines personnes font valoir que le taux d'adoption d'une nouvelle technologie — c'est-à-dire les nouveaux produits chimiques dans ce domaine — est trop restreint.

Même si je peux discuter de la signification du mot « trop » dans l'expression « trop restreint », l'adoption de nouvelles technologies en Nouvelle-Zélande est effectivement restreinte. Lorsqu'on crée un budget fixe et qu'on exige que les gestionnaires le respectent, on crée une pression concurrentielle sur le marché seulement si le budget ne peut pas tout financer.

Je vous demande simplement de mettre cette critique en contexte. Tous les Néo-Zélandais, et je dis bien tous les Néo-Zélandais, ont accès à un très large éventail de médicaments financés par l'État. C'est tout le contraire de la situation du Canada, où certains Canadiens ont accès à un plus large éventail de médicaments, alors que d'autres, le plus souvent des travailleurs pauvres, n'ont rien d'autre qu'un accès payant à cet éventail généreux de produits pharmaceutiques aux prix très généreux. La différence est mise en évidence par la recherche du Dr Booth, dont vous avez entendu

parler l'an dernier, et dans laquelle on soulignait que les Ontariens souffrant de diabète insulino-dépendant et en âge de travailler ont un taux de décès plus élevé que les personnes de 65 ans et plus souffrant de diabète insulino-dépendant, tout simplement parce que l'accès des personnes plus âgées à l'insuline est financé. Inutile de préciser que ce n'est pas un résultat qu'on observe dans le cadre de l'approche utilisée en Nouvelle-Zélande, et j'espère certainement que c'est un résultat que le Canada pourra bientôt corriger.

● (1115)

Le vice-président (M. Len Webber): Excellent. Merci, monsieur Brougham. Nous vous sommes reconnaissants de votre exposé.

Nous entamons la première série de questions de sept minutes. La parole est à M. Darshan Kang.

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

Monsieur Brougham, je vous remercie d'avoir expliqué le régime d'assurance-médicaments de la Nouvelle-Zélande.

Étant donné que vous avez travaillé des deux côtés, pouvez-vous nous parler de certains des points forts et des faiblesses de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé comparativement au Comité consultatif sur les médicaments et les produits thérapeutiques? Comment le Canada peut-il veiller à prendre les décisions les plus éclairées en matière de formulaire de régime national d'assurance-médicaments? Vous avez parlé de l'Ontario, mais comment pourrions-nous veiller à ce que tout le monde en profite?

M. Matthew Brougham: Dans le cadre de l'évaluation des technologies de la santé, qui fait partie des activités de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé — ou son acronyme, ACMTS —, on évalue les produits pharmaceutiques d'une manière très similaire à celle d'autres agences à l'échelle mondiale, y compris celle de la Nouvelle-Zélande. Je dirais que l'approche canadienne est très précise et méticuleuse, et probablement de plus grande qualité que ce que j'ai observé lorsque j'étais en Nouvelle-Zélande.

Au centre de son processus décisionnel, le Canada dispose de renseignements de très grande qualité pour prendre des décisions sur les éléments qu'il faut inclure dans un formulaire et sur les coûts et les avantages de ces options, etc. Il a la capacité et la technologie nécessaires — c'est-à-dire que l'institution nécessaire existe — pour faire cela.

Un grand nombre d'acheteurs de partout au pays profitent également de ces renseignements et les utilisent de différentes façons. En ce moment, le Canada n'a pas la capacité d'utiliser pleinement ces renseignements pour créer un régime national d'assurance-médicaments, et ce n'est pas la faute de l'organisme d'évaluation des technologies de la santé. C'est la faute — si on veut parler de faute — des structures en place qui servent à uniformiser, à l'échelle nationale, l'accès aux produits pharmaceutiques, et à offrir l'accès universel au bout du compte. Toutes les capacités nécessaires sont déjà présentes au Canada. À mon avis, il s'agit seulement de les structurer de façon à permettre au Canada d'en profiter.

● (1120)

M. Darshan Singh Kang: À votre avis, quels sont les besoins? Peut-on regrouper les approches? Selon vous, quelle partie du travail en vue d'offrir un régime d'assurance-médicaments est déjà accomplie?

M. Matthew Brougham: J'ai lu les témoignages et je travaille dans ce domaine, et je parle donc à beaucoup de gens dans ce domaine. Je crois que votre question concerne en partie la vaste tension qui se manifeste dans le milieu politique du Canada, c'est-à-dire ce fédéralisme qui confie essentiellement aux provinces la responsabilité de rendre les médicaments accessibles aux Canadiens. Il faut donc composer avec cette dynamique provinciale-fédérale, et permettez-moi de préciser que ce n'est pas mon domaine d'expertise. Je n'ai aucune compétence précise dans ce domaine et en fait, le témoignage que j'ai lu et que j'ai trouvé intéressant provenait de Roy Romanow, car il disait essentiellement qu'il faut manipuler le côté obscur du fédéralisme pour réussir à concrétiser ces choses.

Je crois que cela revient essentiellement à deux options. Habituellement, le Canada réussit à offrir des programmes nationaux lorsque le gouvernement fédéral suit l'initiative des provinces, et il semble que cette approche convient au Canada depuis des années. Par conséquent, un groupe de conseillers soutiennent qu'il faut permettre aux provinces d'offrir l'accès universel dans le cadre de leur régime, mais un autre groupe soutient essentiellement que cette approche produira une série de différences — non seulement des différences en matière d'accès, mais des différences en matière de niveau de compétences un peu partout au pays, et des différences de prix, et qu'il vaudrait mieux adopter ce qu'on pourrait décrire comme étant une approche en une seule vague et tenter de réaliser ce projet à partir du gouvernement fédéral et de descendre ensuite les échelons.

Je peux concevoir qu'il est possible d'y arriver en adoptant l'approche en une seule vague, car c'est l'approche avec laquelle j'ai grandi et celle dans laquelle j'ai vécu, et je peux la comprendre. Le côté obscur de la politique fédérale et la division provinciale-fédérale que vous devez pratiquer ici au Canada ne sont pas des domaines dans lesquels je suis un expert, et je ne suis donc pas en mesure de vous conseiller la démarche appropriée.

M. Darshan Singh Kang: Merci.

D'après ce que je comprends, la Nouvelle-Zélande impose une quote-part de 5 \$ par ordonnance. Avez-vous tenté de déterminer si les subventions aux Néo-Zélandais à faible revenu avaient permis de veiller à ce que personne ne soit exclu de l'accès au régime d'assurance-médicaments?

M. Matthew Brougham: Écoutez...

M. Darshan Singh Kang: De plus, ce modèle présente-t-il d'autres difficultés que nous devrions connaître?

M. Matthew Brougham: Comme je l'ai dit, ces quotes-parts sont faibles si on les compare aux normes internationales. En effet, elles vont de zéro dollar pour les moins de 13 ans à 5 \$ par élément sur une ordonnance par mois. Comme je l'ai dit, une fois qu'une famille atteint 100 \$ au cours d'une année, elle n'a plus de quote-part à fournir pour cette année.

Je dirais que même si les quotes-parts sont très faibles, certaines personnes ont de la difficulté à exécuter une ordonnance. Il y a des gens qui obtiennent une ordonnance, entrent dans une pharmacie et s'opposent à l'idée de payer 5 \$. Certaines personnes sont très pauvres.

• (1125)

M. Darshan Singh Kang: Je suis désolé, était-ce 5 \$ par élément, par médicament? Par exemple, si j'avais...

M. Matthew Brougham: Si la personne a cinq éléments, cela ferait 25 \$.

M. Darshan Singh Kang: Cela ferait 25 \$. D'accord. Vous pensez que cela suffirait à décourager des personnes pauvres d'exécuter leur ordonnance?

M. Matthew Brougham: Je dirais que même 5 \$, dans certains cas, est un prix trop élevé. Je tenais seulement à préciser que même avec ces faibles quotes-parts, on crée des obstacles pour certaines personnes, et il faut s'y résigner. La quote-part était de 3 \$ il y a environ deux ou trois ans, et 5 \$ avant cela.

Les quotes-parts servent d'obstacles. On les utilise pour tenter de contrer les problèmes liés au risque moral. Dans ce domaine, il faut vraiment se poser une question difficile — et il faut la poser aux économistes: existe-t-il réellement un risque moral dans ce cas? A-t-on réellement besoin de cela pour contrôler la surconsommation de médicaments d'ordonnance? Je n'en suis pas certain.

Je ne sais pas si mon temps est écoulé.

Le vice-président (M. Len Webber): Votre temps est écoulé, mais vous pourrez peut-être répondre à cette question lorsque ce sera à nouveau le tour d'un intervenant du Parti libéral.

La parole est maintenant à Rachael Harder du Parti conservateur. Vous avez sept minutes.

Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC): Je donne mon temps à Colin Carrie.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci beaucoup. J'aimerais également remercier le témoin d'être ici aujourd'hui.

Malheureusement, j'ai manqué votre exposé, car je devais prendre la parole à la Chambre, mais mon collègue a soulevé une question sur laquelle j'aimerais revenir. Je crois que selon un sondage mené par le Fonds du Commonwealth en 2013, 8 % des Canadiens dont le revenu est inférieur à la moyenne n'ont pas exécuté une ordonnance ou ont sauté des doses pour des raisons liées aux coûts.

Ce système nous est présenté comme l'exemple à suivre dans notre pays, mais d'après ce que je comprends, 18 % des Néo-Zélandais ont sauté des doses de médicaments en raison des coûts. Pouvez-vous formuler des commentaires à cet égard?

M. Matthew Brougham: Ma réponse est largement la même que celle que j'ai donnée à l'intervenant précédent, c'est-à-dire que les quotes-parts...

M. Colin Carrie: C'est un problème que nous tentons de régler. Ce que j'essaie de déterminer, c'est si l'adoption d'une telle approche permettra de le résoudre. Je présume que vous dites que ce n'est pas nécessairement le cas, n'est-ce pas?

M. Matthew Brougham: J'hésiterais beaucoup avant de faire des comparaisons entre les deux pays. D'abord, j'examinerais les données afin de voir si ces différences existent vraiment. Aussi, il faut comparer la richesse globale des deux pays afin de voir si ce genre de différences se manifestera.

Je ne crois pas que quiconque ici prétende que le Canada devrait adopter ce modèle tout de go. Dans mon exposé, que vous avez manqué, j'ai parlé de ce que la Nouvelle-Zélande a à offrir. L'expérience de la Nouvelle-Zélande vous permet de voir essentiellement quelles structures vous pourriez adopter pour contrôler les coûts.

Si vous analysez attentivement les risques moraux et si le copaiement au Canada ajoute à ces risques, vous pourrez peut-être conclure que le copaiement n'est pas nécessaire.

M. Colin Carrie: Par simple curiosité, si je ne m'abuse, la population de la Nouvelle-Zélande s'élève à 4,6 millions d'habitants. Une de nos grandes régions — la région de Durham, là où je vis, dans la région du Grand Toronto — compte environ 6 millions d'habitants.

En Nouvelle-Zélande, est-ce une institution du gouvernement central qui prend les décisions relatives aux soins de santé ou est-ce que cette responsabilité est confiée à des organismes régionaux? Est-ce la responsabilité d'une autorité centrale?

M. Matthew Brougham: En fait, il s'agit d'un modèle mixte. Donc, en ce qui a trait aux produits pharmaceutiques, c'est une autorité centrale qui décide quoi mettre sur le formulaire. D'ailleurs, cette autorité joue maintenant ce rôle pour le secteur hospitalier également.

Le système est un peu plus complexe lorsqu'il s'agit d'autre chose que des produits pharmaceutiques. Il y a 20... enfin, je crois que certains ont uni leurs forces, donc, si je ne m'abuse, environ 19 districts participent à la gestion de leur propre régime de soins de santé, mais en confiant à une autorité centrale le contrôle sur les produits pharmaceutiques, les districts confient également à cette autorité la responsabilité relative au contrôle des produits pharmaceutiques pour leurs districts.

M. Colin Carrie: Dans le cadre du régime de soins de santé de la Nouvelle-Zélande, les visites chez le médecin ou dans une clinique, par exemple, sont-elles assujetties à un système de copaiement?

M. Matthew Brougham: Encore une fois, cela dépend s'il s'agit d'une OSP — une organisation de soins primaires — ou du niveau socioéconomique du patient.

Mais, l'accès à des services de médecins est plus facile au Canada qu'en Nouvelle-Zélande.

• (1130)

M. Colin Carrie: Lorsque l'on regarde le régime dans son ensemble, il est difficile de comparer des pommes avec des pommes. J'aimerais donc aller un peu plus en profondeur.

À quoi ressemble le milieu des assurances privées en Nouvelle-Zélande? Dans ma communauté, à Oshawa, beaucoup de travailleurs syndiqués jouissent d'une très bonne couverture. Une des critiques formulées à l'égard du régime de la Nouvelle-Zélande est qu'il est possible que le médicament de marque ou novateur que souhaite prendre un patient ne soit pas couvert. J'ai entendu dire que des gens vont en Australie, par exemple, pour suivre certains traitements.

Pourriez-vous nous parler du rôle du réseau privé en Nouvelle-Zélande?

M. Matthew Brougham: Les assurances privées ne sont pas aussi complètes qu'ici. Elles jouent un rôle moins important dans la prestation de soins de santé en Nouvelle-Zélande. La plupart des gens ont une assurance privée qui couvre, essentiellement, les interventions et procédures chirurgicales. C'est principalement ce que couvrent les assurances privées.

Ce que vous dites est vrai lorsqu'il s'agit d'obtenir une couverture supplémentaire pour les produits pharmaceutiques. Lorsque je suis parti de la Nouvelle-Zélande, une seule compagnie d'assurances offrait ce genre de couverture, principalement parce que les autres s'appuyaient tout simplement sur la couverture nationale offerte.

Oui, certains médicaments ne sont pas couverts, parce que les décideurs jugent qu'ils sont moins avantageux pour le pays que d'autres options. Par conséquent, les patients sont placés devant deux choix: payer le médicament de leur poche ou, si possible,

profiter du régime australien, mais peu de gens peuvent se prévaloir de cette option.

M. Colin Carrie: En réalité, je crois que tous aimeraient se faire traiter dans leur propre pays ou communauté.

En examinant la question, on remarque que les complications sont nombreuses. Si je ne m'abuse, au Canada, en vertu du régime d'assurance privée, c'est plus de la moitié des produits pharmaceutiques qui sont couverts, si l'on tient compte de la valeur en dollars. Donc, si nous adoptons, disons, un régime administré par le gouvernement, certains avancent qu'il faudrait investir environ 17 milliards de dollars dès le premier jour. Il y a aussi la question du choix et je crois que beaucoup de Canadiens ont le choix.

Une des critiques à l'égard du régime de la Nouvelle-Zélande, c'est qu'il faut attendre longtemps avant qu'un médicament ne soit ajouté au formulaire. Qu'en pensez-vous?

M. Matthew Brougham: C'est vrai, mais il peut s'écouler beaucoup de temps ici aussi avant qu'un médicament soit couvert. Certains produits sont bloqués dans le cadre des efforts de l'APPC. On demande à certains gestionnaires de marchander durement ou d'obtenir un bon prix auprès d'un fabricant. Si le fabricant a un produit dont la valeur n'est pas très élevée et qu'il refuse de baisser son prix, alors, effectivement, il peut y avoir des délais.

Parallèlement, comme je l'ai dit dans mon exposé, lorsque les gestionnaires reçoivent des directives claires — obtenir les meilleurs produits en fonction du budget disponible —, cela crée des incitatifs dans les deux sens. Donc, les produits qui n'offrent pas une grande valeur restent en attente jusqu'à ce que le prix soit ajusté à la baisse. Les produits de grande valeur sont adoptés très rapidement. Selon mon expérience, dans certains cas, la Nouvelle-Zélande était parmi les premiers pays à financer de nouvelles technologies, car les autorités jugeaient qu'il s'agissait de technologies de grande valeur.

Le vice-président (M. Len Webber): Très bien. Je suis désolé, mais je dois vous interrompre. Nous devons poursuivre avec un autre intervenant.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à M. Pierre-Luc Dusseault au comité de la santé. Il s'agit du meilleur comité de la Chambre des communes.

M. Pierre-Luc Dusseault (Sherbrooke, NPD): Je peux le constater. Merci.

Le vice-président (M. Len Webber): Vous avez la parole pour sept minutes, monsieur Dusseault.

M. Pierre-Luc Dusseault: Merci.

Merci aux témoins d'avoir accepté notre invitation.

Je vais m'exprimer en français. Vous voudrez peut-être utiliser vos écouteurs. Je suis désolé.

• (1135)

[Français]

J'espère que cela va fonctionner.

Je remercie les témoins de leur présence parmi nous aujourd'hui.

Tout d'abord, j'aimerais savoir quelle est la raison première qui explique que les prix des médicaments sont beaucoup plus bas en Nouvelle-Zélande qu'au Canada. À votre avis, quelle en est la principale raison? Est-ce l'achat en grande quantité? D'autres facteurs pourraient-ils jouer à cet égard? Comme l'a dit mon collègue plus tôt, la Nouvelle-Zélande compte de quatre à cinq millions d'habitants. Il y en a 35 millions et bientôt 36 millions au Canada. Le fait que vous achetiez en grande quantité et qu'il s'agisse d'un achat centralisé par le gouvernement est-il vraiment la seule raison qui explique que les coûts soient plus bas? Y a-t-il d'autres facteurs qui font en sorte que les coûts soient plus bas?

[Traduction]

M. Matthew Brougham: Oui, il y a d'autres facteurs qui entrent en ligne de compte. Les achats en gros font partie des options, car elles permettent de faire baisser les prix, mais comme quiconque est en affaire le sait, la façon de maintenir un prix élevé, c'est de promouvoir son produit comme étant un produit unique. De l'autre côté — du côté de l'acheteur —, il faut savoir quels produits peuvent être substitués par d'autres. Cela accélère le processus concurrentiel et introduit des incitatifs pour encourager la concurrence dans les prix sur le marché.

Il y a plusieurs façons d'y arriver. Par exemple, en Nouvelle-Zélande, lorsque le brevet d'un produit est expiré, les autorités envoient une demande de soumissions afin de trouver un fournisseur unique pour le produit en question. Évidemment, il y a de nombreux fournisseurs et ces produits peuvent très bien être substitués les uns pour les autres, même à la perfection.

Lorsqu'un médicament est couvert par un brevet, il arrive souvent qu'un concurrent... soyons clairs: le concurrent fabrique un produit semblable afin de se tailler une part du marché. Souvent, ces produits semblables peuvent être substitués les uns pour les autres. Donc, même pour les médicaments couverts par un brevet, il est possible d'influencer le prix des concurrents et c'est l'une des façons d'accroître les avantages.

Donc, l'achat en gros n'est pas la seule option. D'ailleurs, ces différentes options sont souvent utilisées dans le cadre de ce que l'on pourrait appeler une « passation de marché astucieuse ».

[Français]

M. Pierre-Luc Dusseault: Relativement à cette question, si ma mémoire est bonne, les médicaments qui sont couverts par l'assurance en Nouvelle-Zélande sont précisés dans une annexe à la loi. J'aimerais donc connaître le processus qui permet de déterminer quels médicaments font partie de cette annexe de médicaments couverts et savoir jusqu'à quel point cette liste peut changer au fil du temps. Vous avez dit que les compagnies se livrent une forte concurrence entre elles. Certains médicaments peuvent être interchangeables et avoir le même effet, mais porter des noms différents.

Par ailleurs, avec le temps, comment pouvez-vous adapter votre liste de médicaments couverts et avoir le meilleur médicament sur le marché?

[Traduction]

M. Matthew Brougham: La Nouvelle-Zélande utilise un processus semblable à celui du Canada. Au Canada, on effectue une analyse de la technologie de santé pour évaluer si les avantages pour la santé sont suffisants par rapport au prix. Il s'agit d'un processus important afin de savoir quelle part de l'enveloppe budgétaire consacrer à la technologie en question. Mais, plus

important encore, le fait de classer par ordre ces options permet de voir lesquelles présentent la meilleure qualité-prix.

Ce genre d'analyse est utile pour comprendre lesquelles présentent le plus d'avantages. C'est ce que nous voulons dire par minimiser les coûts de substitution de ces décisions.

Le même processus est utilisé ici, sauf que les résultats sont utilisés différemment. Les produits font l'objet de la même analyse technique pour comprendre leurs avantages et en évaluer les coûts en fonction du budget disponible. Ces options sont ensuite comparées avec d'autres et des recommandations quant à l'ajout d'un produit à la liste sont formulées, dans le cas de la Nouvelle-Zélande, à l'intention du conseil d'administration de la Pharmaceutical Management Agency.

Le processus évolue au fil des ans... et, comme je l'ai dit, il y a la substitution des produits. Lorsque les occasions de substituer un produit par un autre se présentent, on en profite et on demande aux patients de passer à l'autre produit. On demande essentiellement aux médecins d'administrer ce passage à un autre médicament auprès des patients.

• (1140)

[Français]

M. Pierre-Luc Dusseault: Il y a quand même une certaine flexibilité.

Je voulais aussi poser une question sur l'accès aux médicaments qui figurent dans cette annexe.

Au Canada, nous avons parfois connu dans le passé des problèmes de pénurie de médicaments et d'accès à certains d'entre eux. Avez-vous déjà vécu une situation similaire en ce qui concerne les médicaments couverts et recommandés par le gouvernement de la Nouvelle-Zélande? Y a-t-il déjà eu des problèmes d'accès et de pénurie et, si oui, qu'avez-vous fait pour régler la situation?

[Traduction]

M. Matthew Brougham: En un mot, oui. Tous les régimes qui couvrent les produits pharmaceutiques vivent une telle situation.

La chaîne d'approvisionnement des produits pharmaceutiques est très fragile. Il s'agit d'un processus d'ingénierie très précis. Lorsque quelque chose ne tourne pas rond, l'impact se fait sentir sur un grand nombre de produits et dans de nombreux pays. C'est la raison pour laquelle, selon moi, aucun régime au monde n'est à l'abri d'une pénurie de produits pharmaceutiques.

En réalité, selon ce que j'ai pu constater au cours des cinq ou six dernières années, les pénuries de médicaments ont été moins problématiques et moins fréquentes qu'au Canada. Cela s'explique, en partie, par le fait que les deux pays s'appuient sur deux chaînes d'approvisionnement différentes. Il existe deux ou trois chaînes d'approvisionnement au monde et les pays s'appuient habituellement sur une seule d'entre elles.

Une autre raison pour expliquer cette différence, c'est les ententes de sous-traitance, même si la Nouvelle-Zélande se tourne vers un fournisseur unique pour les produits pharmaceutiques dont le brevet est expiré. Les contrats sont très clairs quant à la continuité de l'approvisionnement.

Par exemple...

Le vice-président (M. Len Webber): Je suis désolé, monsieur Brougham, mais je dois vous interrompre. Nous devons passer à la prochaine série de questions. Peut-être que vous pourrez poursuivre sur le même sujet lors de votre prochaine intervention, monsieur Dusseault.

Notre prochain intervenant sera un membre ministériel. Docteur Eyolfson, vous avez la parole pour sept minutes.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): D'accord. Merci.

Merci d'avoir accepté notre invitation.

Je suis médecin et je pratique mon métier depuis près de 20 ans. Ce sujet m'intéresse donc beaucoup. J'ai pu constater, dans les urgences, le résultat de l'inobservance.

C'est un chiffre très difficile à établir. Ma question risque donc d'être très difficile à répondre. Lorsque les gens ne prennent pas leurs médicaments, cela cause des maladies et ajoute aux coûts du système. A-t-on une idée des coûts associés à l'inobservance de la part des patients pour le régime de soins de santé?

M. Matthew Brougham: On voit, à l'occasion, des estimations portant sur une intervention précise. Vous me rappelez une chose. Une ou deux études générales ont été réalisées aux États-Unis sur le sujet. Toutefois, ces études font habituellement l'objet de vives critiques de la part des universitaires en raison de la méthodologie employée.

Vous avez raison. Il est très difficile d'affirmer que l'inobservance de X n'entraîne pas des coûts supplémentaires dans le système Y. À mon avis, c'est pratiquement impossible.

• (1145)

M. Doug Eyolfson: D'accord.

Si j'ai bien compris, Pharmac a été créé en 1993, c'est exact?

M. Matthew Brougham: En effet.

M. Doug Eyolfson: Bien.

Avant 1993, quel pourcentage des Néo-Zélandais ne jouissaient d'aucune couverture ou d'une couverture limitée?

M. Matthew Brougham: Si je ne m'abuse, la Nouvelle-Zélande dispose d'un programme d'assurance-médicament depuis 1956. En 1993, l'administration du programme est passée du ministère de la Santé à un organisme gouvernemental indépendant. De mémoire, il y a eu aussi d'autres changements. Le membre du comité qui s'est exprimé avant vous a parlé d'une annexe à la fin de la loi. Cette annexe n'existe plus. Elle est maintenant publiée par l'organisme chargé de la gestion du régime.

Ce changement est survenu en 1993. En conséquence, certaines pratiques ont également été modifiées. J'ai fait brièvement référence à la substitution des produits et à l'accélération de la concurrence sur le marché. Certains de ces efforts ont été entrepris par le ministère de la Santé avant la création de Pharmac.

M. Doug Eyolfson: D'accord.

Je crois connaître déjà la réponse, mais je veux m'assurer que l'information figure au compte rendu. Des gens se voient-ils refusés la couverture relative aux médicaments en raison d'une condition préexistante?

M. Matthew Brougham: Non.

M. Doug Eyolfson: C'est bien ce que je pensais, mais, comme je l'ai dit, pour des raisons évidentes, je voulais que l'information

figure au compte rendu. C'est un problème important, surtout aux États-Unis, en ce qui concerne les régimes d'assurance privée.

M. Matthew Brougham: Effectivement.

M. Doug Eyolfson: C'est un problème que nous aimerions éviter.

Dans le cadre du régime national, les pratiques des médecins en ce qui a trait à la prescription d'ordonnances font-elles l'objet d'une surveillance afin de voir si les médecins d'une certaine région ou même des médecins en particulier accordent une préférence à des médicaments plus dispendieux, alors qu'il existe des médicaments génériques moins dispendieux sur le marché? Les pratiques des médecins à cet égard font-elles l'objet d'une surveillance?

M. Matthew Brougham: En un mot, oui.

La notion sur laquelle j'ai mis l'accent et dont j'ai essayé de parler à propos du changement structurel qui favorise la concurrence sur le marché est ce qu'on appelle la gestion axée sur l'offre, tandis que la notion dont vous parlez est ce qu'un économiste appellerait la gestion axée sur la demande. Vous voulez gérer la demande de produits pharmaceutiques — autrement dit, la préparation d'ordonnances.

Il existe effectivement des organismes nationaux. Il y a le Best Practice Advocacy Centre, dont le siège se trouve à l'Université d'Otago, en Nouvelle-Zélande, qui fait essentiellement ce qui est appelé de la « formation continue en pharmacothérapie ». En gros, on compare les pratiques des médecins avec ce qui pourrait être considéré comme des pratiques semblables et on leur demande pourquoi ils sortent des rangs, ce qu'ils pensent qu'ils font différemment et ainsi de suite.

Oui, ces activités de gestion axée sur la demande sont bien utilisées.

M. Doug Eyolfson: Bien.

M. Matthew Brougham: Ce n'est que la pointe de l'iceberg.

M. Doug Eyolfson: Oui, sans aucun doute.

M. Matthew Brougham: Il y a d'autres réponses à la question.

M. Doug Eyolfson: Tout à fait.

Nous parlons d'une liste des médicaments assurés. De toute évidence, il y a différentes listes disponibles, et nous voulons déterminer laquelle nous utiliserions s'il fallait en choisir une. Il y a celle de l'Organisation mondiale de la santé et d'autres qui sont différentes.

À votre avis, de quelle façon la liste des médicaments assurés de la Nouvelle-Zélande diffère-t-elle de celle de l'Organisation mondiale de la santé? Sont-elles comparables? Y en a-t-il une qui est moins ou plus inclusive?

M. Matthew Brougham: Je dirais qu'elle est beaucoup plus longue.

M. Doug Eyolfson: Bien. Merci.

Recommanderiez-vous une liste de ce genre pour le Canada, ou pensez-vous que celle de l'Organisation mondiale de la santé convient comme point de départ?

•(1150)

M. Matthew Brougham: Pour être franc, je pense que n'importe quelle liste conviendrait comme point de départ pour offrir un accès universel, pourvu que les provinces s'entendent toutes pour la financer. Vous y apporteriez des modifications et des ajouts au fil du temps. Vous pourriez veiller à ce qu'il soit possible d'y ajouter les autres médicaments aux prix très élevés, en raison du marché de l'assurance actif que vous avez en Amérique du Nord. En fait, je pense que le Canada, en un sens, est mieux placé que l'était la Nouvelle-Zélande pour avoir un accès universel à une bonne panoplie de produits tout en préservant simultanément l'accès à certains traitements très spécialisés et très coûteux.

Le vice-président (M. Len Webber): Très bien. Merci, monsieur.

Nous allons passer à notre deuxième série de questions. Cinq minutes seront accordées aux intervenants, et nous allons commencer par Mme Harder, du Parti conservateur.

Mme Rachael Harder: Merci, monsieur le président.

Merci, Matthew, d'être venu passer un peu de temps avec nous aujourd'hui pour nous aider à mieux comprendre le système néo-zélandais.

Je vous présente mes excuses, car je vais maintenant aborder un autre sujet. C'est une question qui presse, une motion qui a été déposée au début de décembre. C'est malheureusement l'occasion qui s'offre à moi d'en parler.

J'aimerais que nous reprenions maintenant le débat sur la motion qui a été remise à plus tard lors de la réunion du 13 décembre. La motion demande au Comité de revoir l'efficacité du Programme de contributions aux survivants de la thalidomide.

Les membres du Comité se souviendront qu'à la réunion du 13 décembre, comme je l'ai mentionné, on a présenté un long compte rendu de l'histoire de la thalidomide et un résumé détaillé des problèmes auxquels font face les survivants dans le cadre de leurs efforts pour obtenir une indemnisation. Pendant la présentation, on a indiqué que les dossiers médicaux des survivants, qui remontent aux années 1960, ont été perdus ou détruits. Les témoins sont décédés, et aucun contrôle médical ou physique n'est fait et aucune rencontre n'a lieu pour déterminer si les survivants sont admissibles à une indemnisation.

La motion demande un examen des procédures actuelles d'admissibilité à une indemnisation ainsi qu'un examen de la façon dont elles doivent être modifiées pour faire en sorte que les services aux victimes de Crawford soient inclusifs plutôt qu'exclusifs.

Ces survivants, qu'on a refusé d'indemniser en vertu des règles actuelles, viennent maintenant de passer un autre Noël sans bénéficier de l'aide gouvernementale offerte à d'autres victimes. C'est pourquoi je demande respectueusement aux membres de limiter le débat et de se prononcer maintenant sur cette motion afin que le Comité puisse entamer en 2017 cet examen très important.

Le vice-président (M. Len Webber): Je vous remercie de ces explications, madame Harder.

Je m'excuse, monsieur Brougham, de vous imposer ce débat sur cette motion. Espérons que nous reviendrons tout de suite à vous.

J'ai sur la liste le nom d'une personne qui souhaite intervenir.

Allez-y, monsieur Oliver.

M. John Oliver (Oakville, Lib.): Je propose l'ajournement du débat sur cette motion.

Le vice-président (M. Len Webber): Monsieur Oliver, la motion de Mme Harder a préséance, et nous devons la mettre aux voix — oh, je suis désolé; nous devons nous prononcer sur la motion de M. Oliver, qui vise à ajourner le débat.

M. Colin Carrie: J'aimerais un vote par appel nominal, s'il vous plaît.

Le vice-président (M. Len Webber): Nous allons procéder à un vote par appel nominal, qui ne porte pas sur la motion présentée par Mme Harder, mais plutôt sur celle de M. Oliver qui souhaite ajourner le débat.

(La motion est adoptée par 5 voix contre 3.)

Monsieur Oliver, votre motion visant à ajourner le débat a été approuvée.

Madame Harder, nous devons poursuivre nos questions. Il vous reste près de trois minutes.

•(1155)

Mme Rachael Harder: Merci beaucoup.

Ma première question alors, concerne les temps d'attente.

Selon New Zealand Medicines, le temps d'attente moyen en Nouvelle-Zélande est de 2,4 années à compter du moment où un médicament entre sur le marché jusqu'au moment où son ajout au barème des produits pharmaceutiques est approuvé. C'est beaucoup de temps. J'ai regardé en ligne pour faire une comparaison avec d'autres pays, et c'est en fait le plus long délai. À titre comparatif, au Canada, le temps d'attente moyen est de 464 jours. C'est environ la moitié du temps nécessaire en Nouvelle-Zélande pour approuver un médicament et le mettre à la disposition des patients.

Cet écart très prononcé semble nuire beaucoup à la santé des patients en les empêchant d'avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin. Cela semble très préjudiciable alors que nous parlons d'améliorer l'accès des patients aux médicaments pour qu'ils puissent se soigner.

J'aimerais entendre vos commentaires là-dessus. Pensez-vous que ce très long délai est avantageux pour les patients?

M. Matthew Brougham: Eh bien, comme d'habitude, il y a un compromis, n'est-ce pas? Dans ce cas-ci, le compromis est que certains Canadiens n'ont accès à aucun médicament.

Mme Rachael Harder: Pensez-vous alors que c'est avantageux?

M. Matthew Brougham: Un temps d'attente de deux ans et demi pour obtenir un nouveau médicament par rapport à aucun accès pour certaines personnes... Est-ce raisonnable...

Mme Rachael Harder: Rappelons-nous que jusqu'à 18 % des Néo-Zélandais n'ont toujours pas accès à des médicaments à cause des coûts, tandis qu'ici, au Canada, ce chiffre n'est que de 10 %. Je ne sais donc pas si votre argument est valable.

M. Matthew Brougham: Je ne sais pas d'où viennent ces chiffres. Je les contesterais dans une certaine mesure, mais...

Mme Rachael Harder: Ce sont les chiffres de New Zealand Medicines...

M. Matthew Brougham: Le nom est Medicines New Zealand.

Mme Rachael Harder: ... qui est la société pour laquelle vous travaillez, n'est-ce pas?

M. Matthew Brougham: Non, ce n'est pas le cas. Parlez-vous de Medicines New Zealand?

Mme Rachael Harder: Oui.

M. Matthew Brougham: C'est l'organisation qui représente les sociétés qui font breveter des produits pharmaceutiques.

Mme Rachael Harder: Donc, vous remettez en doute ces chiffres, n'est-ce pas? Diriez-vous que le temps d'attente n'est pas de deux ans et demi en Nouvelle-Zélande?

M. Matthew Brougham: Comme je l'ai dit avant, j'aimerais connaître la source des chiffres, car les comparaisons ne fonctionnent pas, selon moi.

Mme Rachael Harder: Vous n'êtes donc pas préoccupé par la situation, n'est-ce pas?

M. Matthew Brougham: Ce qui me préoccupe davantage, c'est le grand nombre de personnes au pays — j'ai entendu dire qu'il s'agit de 10 à 20 % des gens — qui ne suivent pas une ordonnance à défaut de pouvoir se le permettre. Ils n'ont pas accès aux médicaments.

Mme Rachael Harder: Ce chiffre est-il de 18 % en Nouvelle-Zélande?

M. Matthew Brougham: Je ne sais pas. Je ne connais pas les chiffres.

Mme Rachael Harder: Savez-vous quel est le pourcentage de Néo-Zélandais qui ne peuvent pas observer une prescription?

M. Matthew Brougham: Non, je ne le sais pas.

Mme Rachael Harder: Je vois. Merci.

Pouvez-vous me dire pourquoi il y a une hausse de...

Le vice-président (M. Len Webber): Je dois vous arrêter ici. Votre temps est écoulé, et nous devons poursuivre. Nous allons également entendre, par téléconférence, deux témoins qui se trouvent en Nouvelle-Zélande, et il est important que nous les accueillions sans tarder, monsieur Brougham, car il est 5 h 55 du matin pour eux, et il est très gentil de leur part de comparaître devant nous.

Monsieur Clerk, sommes-nous prêts à entendre l'exposé des...

Il faut attendre 30 secondes pour amorcer la téléconférence; ils pourront ensuite faire leur exposé.

Monsieur Brougham, si vous le souhaitez, il serait formidable que vous restiez et que vous répondiez ensuite à d'éventuelles questions.

M. Matthew Brougham: Bien sûr.

Le vice-président (M. Len Webber): Nous allons suspendre la séance pendant environ 30 secondes le temps de démarrer la téléconférence.

Merci.

•(1155)

(Pause)

•(1200)

Le vice-président (M. Len Webber): Reprenons, s'il vous plaît. Si tout le monde veut prendre place, j'aimerais souhaiter la bienvenue à nos collègues néo-zélandais, qui sont à... À quel endroit précis de la Nouvelle-Zélande vous trouvez-vous?

Mme Heather Roy (présidente du conseil d'administration, Quartier général, Medicines New Zealand): Nous sommes à Wellington.

Le vice-président (M. Len Webber): Eh bien, bienvenue.

Je souhaite la bienvenue à Mme Heather Roy. Heather est présidente du conseil d'administration au Quartier général de Medicines New Zealand, une association de l'industrie qui représente des sociétés spécialisées en recherche et développement ainsi qu'en fabrication et en commercialisation de médicaments d'ordonnance.

Nous accueillons également Graeme Jarvis, qui est directrice générale au sein de la même association.

J'ai cru comprendre qu'il est 5 h 55 du matin en Nouvelle-Zélande...

Mme Heather Roy: En effet.

Le vice-président (M. Len Webber): Nous vous sommes très reconnaissants de témoigner pour nous, au Canada. Nous entamons une étude sur l'assurance-médicaments, et votre témoignage sera écouté très attentivement. Espérons que nous tirerons parti des connaissances de la Nouvelle-Zélande.

J'aimerais maintenant entendre votre exposé. Vous avez environ 10 minutes à votre disposition, et des membres des trois partis représentés à la Chambre des communes du Canada vous poseront ensuite des questions. Je vous prie de commencer votre exposé, et nous passerons ensuite aux questions.

Merci.

Mme Heather Roy: Merci beaucoup de nous avoir invitées à vous faire part de notre point de vue sur le modèle de Pharmac en Nouvelle-Zélande.

Je suis présidente de Medicines New Zealand depuis cinq ans, et j'ai siégé auparavant pendant 10 ans au Parlement de la Nouvelle-Zélande. Pendant la majeure partie de ma carrière, je me trouvais de votre côté de la table. Il est donc intéressant d'inverser les rôles.

Je vais juste demander à Graeme de se présenter brièvement avant que nous commençons notre exposé.

Dre Graeme Jarvis (directrice générale, Medicines New Zealand): Bonjour. Il est très tôt pour nous, et presque le temps d'aller dîner pour vous, je suppose.

Je suis directrice générale à Medicines New Zealand depuis un peu plus de deux ans. Auparavant, j'ai travaillé dans différentes industries, où mon travail portait surtout sur l'innovation, l'expansion des exportations et la mise au point de produits. Voilà en quoi consiste mon expérience.

Mme Heather Roy: Merci.

Je ne sais pas à quel point vous connaissez le système médical néo-zélandais, mais c'est un système grandement socialisé. Il présente de nombreuses similitudes avec le système canadien. Vous voudrez peut-être me poser plus de questions là-dessus plus tard, mais nous avons pensé nous attaquer directement à la façon dont les produits pharmaceutiques en Nouvelle-Zélande sont homologués et financés afin que vous ayez de bonnes connaissances de base.

En gros, nous avons un organisme de réglementation qui s'appelle Medsafe, ce qui correspond à la FDA aux États-Unis. Cet organisme décide quels médicaments peuvent être commercialisés en fonction de leur salubrité et de leur efficacité. Dans l'ensemble, cette façon de procéder fonctionne bien en Nouvelle-Zélande. L'homologation se fait très rapidement, surtout par rapport à ce qu'on voit ailleurs dans le monde.

Nous avons ensuite l'organisme de financement des médicaments, Pharmac, dont nous n'avons pas beaucoup entendu parler dans l'exposé de Matthew, je crois, mais dont nous allons vous parler. Cet organisme est responsable du financement de la grande majorité des médicaments en Nouvelle-Zélande. En Nouvelle-Zélande, le marché privé est minuscule, et les assureurs ne couvrent généralement que les médicaments approuvés par Pharmac. Pharmac possède un secrétariat et un comité clinique appelé le PTAC, qui est l'abréviation anglaise de comité consultatif pharmaceutique et technique. Ce comité a également divers sous-comités cliniques spécialisés.

Même si les activités de Pharmac s'appuient sur une évaluation des technologies de la santé, une ETS, qui consiste plus particulièrement en une analyse coût-utilité, de nombreux aspects des pratiques exemplaires d'ETS ne sont pas appliqués.

Par exemple, le comité clinique dont j'ai parlé, le PTAC, n'est pas indépendant du secrétariat. Ces aspects problématiques ont mené à un système critiqué par les patients et les cliniciens parce qu'il ne répond pas aux besoins des patients, parce qu'il manque de cohérence dans ses décisions et parce qu'il est responsable d'importants retards dans l'accès aux nouveaux traitements. À cet égard, la Nouvelle-Zélande est loin derrière les autres pays de l'OCDE.

L'une des recommandations de Medicines New Zealand pour accroître la transparence est que le comité clinique soit indépendant du secrétariat, ce qui se traduirait par la mise en place d'un système normal de freins et contrepoids, qui est nécessaire dans un système de financement de ce genre.

J'aimerais également mentionner que, à un niveau élevé, Pharmac n'est pas assujéti à certains éléments clés de la loi néo-zélandaise sur le commerce, ce qui lui permet de négocier de manière très énergique. L'organisme conclut des ententes et transige en regroupant des contrats. Par exemple, Pharmac accepte de financer un médicament destiné à certaines personnes si le fournisseur lui en vend un autre, ce qui permet de nouer des relations avec un fournisseur unique. Autrement dit, Pharmac peut faire appel à une société qui occupera 100 % du marché, habituellement pour trois ans, et il arrive souvent qu'une population de patients se retrouve entièrement avec l'autre option la plus abordable à la fin du contrat, ce qui comporte son lot de problèmes.

J'espère que ces explications ont un peu situé le contexte pour vous.

Je vais maintenant donner la parole à Graeme qui parlera brièvement des forces et des faiblesses, selon nous, de l'environnement de Pharmac en Nouvelle-Zélande.

• (1205)

Dre Graeme Jarvis: Merci beaucoup.

Je vais me contenter de parler des nouveaux médicaments et des médicaments brevetés. De toute évidence, en tant qu'association de l'industrie des médicaments brevetés, nous ne représentons pas les fabricants de médicaments génériques et de produits en vente libre. Je vous demande donc d'en tenir compte.

Pour tout le monde, la plus grande force — et je suis certain que Matthew en a parlé longuement —, est la limitation des coûts ou le respect du budget de Pharmac. C'est l'aspect de notre budget qui est demeuré relativement stable. On parle d'environ 5 % du budget fédéral total de la santé depuis environ une dizaine d'années. Il faut reconnaître le mérite de Pharmac à cet égard. Paradoxalement, les coûts des soins de santé augmentent en Nouvelle-Zélande, comme ailleurs dans le monde, en raison de tendances comme le nombre croissant de personnes âgées atteintes de maladies chroniques.

On nous fait souvent remarquer, entre autres choses, que Pharmac fait un excellent travail compte tenu de l'espérance de vie supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE, ce qui s'explique essentiellement par les normes néo-zélandaises en matière de soins de santé et de médicaments. Au pays, l'espérance de vie est d'environ 80,3 ans. Cependant, même le Trésor a signalé que l'espérance de vie n'est pas un indicateur particulièrement utile de l'efficacité du système de santé, car elle est évidemment influencée par de nombreux autres facteurs, qu'il s'agisse des conditions de vie, de la situation socio-économique ou du mode de vie. C'est souvent l'exemple qu'on nous donne de la force du système de Pharmac.

En revanche, nous éprouvons des difficultés en ce qui a trait aux nouveaux médicaments, aux médicaments novateurs. De nombreuses études, comparatives ou autres, indiquent que la Nouvelle-Zélande accuse un retard sur le reste du monde pour ce qui est de l'accès aux nouveaux médicaments ou aux médicaments novateurs. En effet, le pays figure au vingtième rang parmi 20 pays comparables de l'OCDE. À vrai dire, seuls 13 % des médicaments novateurs inscrits sur une liste de 247 médicaments ont été financés en Nouvelle-Zélande sur une période de cinq ans. À titre de référence, le taux d'accès au Canada était trois fois plus élevé, malgré les différents systèmes que vous utilisez selon ce que j'ai compris.

Par ailleurs, le processus d'homologation est plutôt lent. Selon une étude publiée en 2011 à laquelle nous n'avons pas participé, l'intervalle de temps entre l'inscription à la liste d'un médicament par Pharmac et son homologation est de 3,6 ans. Comme l'étude était plutôt vieille, nous avons fait une mise à jour à l'interne. Nous avons constaté que l'intervalle est de plus de quatre ans et demi pour les nouveaux médicaments, ce qui veut dire qu'il semble avoir augmenté au cours des cinq dernières années.

Comme Heather Roy l'a également mentionné, il arrive que le processus d'approbation de Pharmac ne soit pas transparent. C'est ce que nous a révélé des données rendues publiques par le PTAC, le comité consultatif technique. Pharmac a recommandé le financement de 91 médicaments rentables, mais le temps d'attente pour ces médicaments — car, rappelez-vous, on les a recommandés, mais pas financés — est maintenant de plus de trois ans, et ce n'est pas dans un seul domaine thérapeutique. On parle de médicaments pour soigner les maladies mentales, la dépression, le cancer et le diabète, des médicaments auxquels les Canadiens ont accès, d'après ce que j'ai compris, mais tout simplement pas les Néo-Zélandais. Les diabétiques de type 2 n'ont pas accès aux médicaments dans le cadre des régimes publics. C'est la même chose pour ceux qui souffrent d'asthme et d'arthrite.

Il y a eu ce qu'on appelait des médicaments hautement prioritaires, auxquels le comité a accordé un niveau de priorité élevé. Jusqu'à six années se sont écoulées depuis la recommandation du comité, et ils ne sont toujours pas financés. Ils ne sont pas disponibles dans le système de santé et les patients n'y ont pas accès.

Quand on demande ce que cela signifie, on répond souvent qu'on ne dispose que d'une certaine somme d'argent.

•(1210)

Pourtant, selon des études sur l'innovation pharmaceutique, le financement de ces médicaments aurait un effet sur la santé des patients, sur le système de santé dans son ensemble et, en fait, sur la société. Ces études s'appuient sur ce que nous appelons des données du monde réel. Elles ne viennent donc pas d'essais cliniques, comme c'est souvent le cas dans le cadre des évaluations des technologies de la santé.

Selon une étude particulièrement bonne qui a été réalisée en Australie en 2015, en 2011 seulement, les investissements dans les médicaments novateurs ont mené à des économies nettes de 1 milliard de dollars dans le système de santé de la Nouvelle-Zélande.

En 2016, nous avons fait une autre étude dont on a parlé au Parlement de la Nouvelle-Zélande et qui fait actuellement l'objet d'un examen. Selon cette étude, juste pour le cancer, chaque dollar investi dans les médicaments en Nouvelle-Zélande a permis de réduire d'un dollar les coûts d'hospitalisation. Cet investissement se traduit par des coûts moindres, par une hospitalisation réduite ainsi que par des choses comme l'amélioration du taux de survie et une réduction du nombre d'années perdues, et, par conséquent, une diminution du taux de mortalité, qui est passé à 5 %.

C'est très important d'un point de vue pécuniaire et budgétaire, et pour la santé des patients. L'étude a été faite à plusieurs reprises lorsque nous la financions, mais les données ont ensuite été recueillies à partir de sources publiques distantes. Malheureusement, l'étude a conclu que si la Nouvelle-Zélande avait investi davantage dans les nouveaux médicaments anticancéreux, les retombées dont je viens de parler auraient pu être beaucoup plus importantes, tant pour les patients dans le système de santé que pour les cliniciens, qui auraient eu plus d'outils à leur disposition pour prodiguer des soins.

Enfin, et surtout, nous ne sommes pas les seuls à exprimer ce genre de points de vue. En 2010, l'ancien ministre de la Santé a commandé un rapport sur le rôle de Pharmac, en vue d'une éventuelle expansion. On l'a appelé le rapport Sage. Dans le rapport, on a demandé d'apporter des corrections opérationnelles aux procédures de Pharmac compte tenu du manque de transparence dans les processus scientifiques liés à la prise de décisions; des délais dans la prise de décisions sur le financement; du manque d'accès direct pour les intervenants au comité clinique, au PTAC; ainsi que du manque de pouvoir pour contester une décision relative au financement ou l'absence de processus d'appel.

On a également posé des questions sur la pratique du regroupement, car on avait l'impression qu'elle menait à des processus décisionnels axés sur les bons prix ou les bonnes affaires, mais pas nécessairement sur ce qui représente la meilleure solution pour les patients ou le système de santé en général. Malheureusement, aucune de ces mesures n'a vraiment été mise en place, malgré la façon dont Pharmac change maintenant son modèle et la manière, à vrai dire, dont l'organisme s'occupe actuellement de l'approvisionnement en matériel médical pour le système de santé public.

Je crois qu'il convient également de souligner que je pense que nous ne sommes pas les seuls à dire ces choses...

•(1215)

Le vice-président (M. Len Webber): Je vous prie de terminer votre dernière observation, monsieur Jarvis. Nous allons bientôt passer aux questions.

Dre Graeme Jarvis: Oui. Au cours des cinq dernières années, je crois que nous avons vu que le public, les professionnels de la santé

et les médias en général sont beaucoup plus sensibilisés à l'accès limité aux médicaments en Nouvelle-Zélande. Il pourrait être intéressant de mentionner que, selon un sondage en ligne terminé l'année dernière, 89 % des 1 000 répondants pensaient que le gouvernement de la Nouvelle-Zélande devait investir davantage dans les nouveaux médicaments.

Les spécialistes et les médecins en oncologie ainsi que leurs patients se font entendre beaucoup plus qu'avant. L'année dernière, il y a eu un important mouvement en faveur des médicaments novateurs pour soigner le cancer de la peau, le mélanome. Notre taux de personnes atteintes est le plus élevé au monde. En Australie, cinq médicaments novateurs étaient financés, mais nous n'en avons pas un seul, aucun, même si ces médicaments se sont révélés très efficaces.

Il n'est pas seulement question de médicaments contre le cancer, mais aussi de médicaments contre les maladies rares, le diabète et l'arthrite. Le débat public sur l'accès à ces médicaments est beaucoup plus répandu. Même chez les omnipraticiens, comme les médecins de famille, une enquête réalisée l'année dernière a montré que 71 % d'entre eux étaient d'avis que la gamme de médicaments remboursés par l'entremise de Pharmac pouvait compromettre la santé des patients, et ils étaient 72 % à penser que la gamme de médicaments disponibles faisait du tort à leurs pratiques de prescription.

Ces choses sont mauvaises pour les patients et le système de santé de la Nouvelle-Zélande, et nous savons que le montant d'argent disponible est limité. Il faut donc investir de la meilleure façon possible pour obtenir le meilleur rendement possible. Selon nous, et d'après les données, les médicaments novateurs représentent une solution très rentable à envisager dans tous les systèmes de santé.

Merci.

Le vice-président (M. Len Webber): Monsieur Jarvis, madame Roy, merci de votre exposé.

Nous devons passer rapidement aux questions. Notre temps est très limité.

Nous allons commencer par nos collègues du Parti libéral, par Mme Sidhu. Vous avez sept minutes à votre disposition.

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

Je remercie les représentants de Medicines New Zealand.

À votre avis, quel genre de modèle d'établissement des prix des produits pharmaceutiques ou de stratégies de remboursement est nécessaire pour promouvoir l'innovation dans la mise au point de nouveaux médicaments tout en assurant la viabilité des programmes de remboursement des médicaments?

Dre Graeme Jarvis: Je pense que c'est une question d'équilibre dans le financement. Comme nous l'avons dit, Pharmac a fait du bon travail dans le cadre de l'entente qui est en place, mais il faut avoir le bon niveau de financement. Je ne sais pas si Matthew a abordé la question, mais, l'année dernière, Pharmac a bénéficié d'un financement record. Je me rappelle que cette hausse considérable s'appuyait sur les analyses de rentabilisation des médicaments novateurs, comme les médicaments contre le mélanome ou l'hépatite C. Dans certains cas, ces médicaments guérissent des maladies, et ils diminuent le montant des factures en amont, comme je l'ai mentionné.

Je pense qu'il faut trouver le bon équilibre, ce qui ne devrait pas se faire à l'aide d'un modèle de limitation des coûts, mais plutôt en optimisant les investissements, en regardant, au-delà d'un budget médical, les retombées plus générales que ces médicaments auront sur la société et sur le système de santé proprement dit. C'est comme une ambulance au sommet d'une falaise par rapport à une ambulance au pied d'une falaise. Celle qui se trouve en bas coûtera souvent plus cher.

Mme Sonia Sidhu: Selon Medicines New Zealand, le temps d'attente moyen, qui est environ de deux ans et demi, pour obtenir les médicaments inscrits à la liste de produits pharmaceutiques est trop long. Quelle est l'incidence des longs délais concernant les décisions relatives aux médicaments inscrits sur la liste? De plus, selon vous, quelles mesures Pharmac peut-il prendre pour améliorer les délais dans le processus d'approbation?

Mme Heather Roy: Nous pensons que les délais sont trop longs, et rien ne garantit le financement d'un médicament dont Pharmac est saisi. Le comité clinique examine les demandes et présente des recommandations au conseil de Pharmac, qui accepte ou refuse le financement du médicament et lui accorde un niveau de priorité: faible, moyen ou élevé.

Medicines New Zealand a mené un projet que nous appelons la « liste d'attente » pour savoir quelle proportion des produits auxquels on a accordé un niveau de priorité est financée. À l'heure actuelle, le financement d'un nombre croissant de médicaments se fait attendre. On a recommandé de les financer, mais ce n'est toujours pas fait. C'est souvent les médicaments dont le niveau de priorité est faible que le comité du conseil recommande de financer en premier, pas ceux dont le niveau est élevé.

Beaucoup d'efforts doivent être déployés pour bien établir les priorités. Il y a également des problèmes de transparence.

Ces explications ne répondent qu'en partie à votre question, mais il s'agit de certains problèmes que nous voulions porter à votre attention. Ces aspects du modèle sont problématiques, et il faut se pencher là-dessus si on veut adopter des pratiques exemplaires dans le cadre d'autres évaluations des technologies de la santé.

● (1220)

Mme Sonia Sidhu: Pensez-vous que le tarif fixe a créé un obstacle pour certains citoyens néo-zélandais?

Mme Heather Roy: Certaines personnes présentes diraient que le tarif fixe est très peu élevé en Nouvelle-Zélande. Le plafond est de 5 \$, et le montant varie selon le médicament. On ne demande à aucune famille de payer pour plus de 20 ordonnances par année. Ce n'est donc pas un obstacle important comme on pourrait s'y attendre. Lorsque des familles ou des particuliers ont besoin de médicaments, il arrive souvent que les pharmaciens fassent preuve d'une grande générosité en renonçant au tarif. Je ne crois pas que c'est un obstacle important, non.

Mme Sonia Sidhu: D'après votre expérience, que nous apprend la comparaison des coûts et des avantages de l'assurance-médicaments, les économies réalisées dans l'ensemble du système de santé?

Dre Graeme Jarvis: Je serais très heureux de faire parvenir les documents à votre comité, si vous le souhaitez, car des études ont quantifié ces économies. Il s'agit d'études axées sur les données du monde réel auxquelles j'ai fait allusion.

L'étude australienne dont j'ai parlé portait sur une gamme de maladies chroniques et aiguës — le cancer, le diabète, l'arthrite. Elle a montré que des économies sont réalisées, que c'est rentable pour le système de santé. Selon d'autres études, l'accès à certains

médicaments permet également, comme je l'ai mentionné, d'accroître la productivité, c'est-à-dire les retombées économiques, en réduisant l'absentéisme au travail et le présentéisme, un terme qui signifie que le rendement d'une personne au travail n'est pas optimal, car elle est à moitié endormie, comme moi ce matin.

Des études ont quantifié ces économies en analysant les données du monde réel. Il s'agit d'études économiques. Par conséquent, je pense qu'il y a une place pour les médicaments, notamment les médicaments novateurs, dans le système de santé. C'est une question d'équilibre.

Je crois que c'est la question fondamentale aujourd'hui. Lorsqu'on ne trouve pas le bon équilibre en matière de financement et qu'on rembourse seulement ce qui est approuvé sans tirer parti de la réelle rentabilité des médicaments novateurs dans le cadre du système de santé, des problèmes sont créés.

Si tout était parfait et que nous avions les bons médicaments, je ne m'attendrais pas à voir les coûts des soins de santé augmenter aussi rapidement qu'ils le peuvent. L'investissement année après année dans notre système de santé est 29 fois plus important qu'il l'a été pour nos médicaments. C'est considérable.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Le vice-président (M. Len Webber): Merci, madame Sidhu.

Nous allons passer à un membre du Parti conservateur, Rachael Harder. Vous avez sept minutes.

Mme Rachael Harder: Merci.

Je vous remercie tous de vous être joints à nous ce matin. Je sais qu'il est très tôt là-bas, et je vous suis donc reconnaissante de comparaître dans notre intérêt.

Je lisais certains chiffres. Selon le Fonds du Commonwealth, 18 % des Néo-Zélandais ne font pas remplir leurs ordonnances. Je me demande seulement si vous pouvez en parler et m'aider à comprendre pourquoi une proportion de 18 % de votre population est concernée.

Mme Heather Roy: Je pense qu'un certain nombre de raisons l'expliquent. L'observation des prescriptions est un facteur, et ce n'est donc pas juste une question de faire remplir les ordonnances. Le fait de ne pas prendre les médicaments qu'on est allé chercher représente également un important problème. De nombreux organismes, y compris le nôtre et Pharmac, se penchent là-dessus.

Je pense qu'une partie de ces problèmes sont culturels. Les gens hésitent souvent à prendre des médicaments même si leur omnipraticien les encourage à le faire. Certaines personnes diraient que les coûts sont considérables, et on a parlé plus tôt de la possibilité que le tarif fixe crée un obstacle, mais je ne pense pas que ce soit un problème important. Quand on regarde le montant du tarif fixe dans d'autres pays ayant un système de santé similaire, on constate qu'il est beaucoup plus élevé.

Je pense qu'il y a diverses raisons. Il est difficile de les cerner. Parfois, il s'agit du simple fait que les gens n'aiment pas vraiment prendre des médicaments à moins de sentir que c'est vraiment nécessaire. C'est davantage une question d'éducation qu'un problème attribuable au type de système que nous avons.

● (1225)

Mme Rachael Harder: Merci.

Ma prochaine question concerne les délais. Vous en avez déjà parlé. L'un des problèmes que vous avez cernés dans votre système est que les délais moyens sont de 2,4 années. C'est presque deux ans et demi. Pendant ce temps, le délai moyen dans l'ensemble des provinces du Canada n'est que de 464 jours. C'est à peu près la moitié, ce qui signifie que nos gens ont rapidement accès aux médicaments.

L'un des points que vous avez également soulevés, si je vous comprends bien, est que les médicaments ayant un niveau de priorité élevé se retrouvent d'une certaine façon au bas de la liste plutôt que de se faire un chemin au sommet.

J'ai besoin que vous m'aidiez à comprendre, car cette situation semble être très nuisible à votre population.

Dre Graeme Jarvis: C'est une question de transparence, car même si le Comité consultatif de pharmacologie et de thérapeutique, ou PTAC, classe les priorités comme étant élevées, moyennes, faibles, ou financées, mais sans coûts, nous ne sommes pas certaines de connaître ses critères à ce chapitre. C'est probablement ce qu'ils appellent les facteurs à considérer, mais la question demeure sans réponse.

Les délais dont vous parlez ne sont pas les plus longs. Certains médicaments recommandés sont sur la liste depuis maintenant deux ans. D'autres qui sont hautement prioritaires s'y trouvent même depuis six ans. Nous pouvons poser la question, mais c'est malheureusement Pharmac qui pourra vous donner une réponse, et non pas nous.

Mme Heather Roy: Vous avez soulevé une question lorsque vous avez parlé de comparaisons avec Matthew. Vous avez dit que la Nouvelle-Zélande figure au bas de la liste de l'Organisation de coopération et de développement économiques, ou OCDE, ce qui est tout à fait juste. Nous estimons toutefois que c'est inacceptable pour un pays industrialisé. Il faut beaucoup de temps avant d'avoir accès aux médicaments dont les patients ont besoin lorsqu'ils sont malades. Les gens recevraient les médicaments beaucoup plus vite s'ils vivaient dans l'un des 19 autres pays de la liste de l'OCDE.

Mme Rachael Harder: Merci beaucoup.

Dans le même ordre d'idée, je crois comprendre que la Nouvelle-Zélande subit des retards importants dans le cas des médicaments oncologiques. Vous avez dit que des médicaments offerts en Australie ne se trouvaient nulle part en Nouvelle-Zélande, ce qui est encore une fois préjudiciable à ceux qui en ont besoin.

Je crois comprendre que ce temps d'attente est de plus en plus néfaste, car il pourrait retarder les essais cliniques sur ces médicaments qui sont effectués dans votre pays, ou en diminuer le nombre.

Pourriez-vous commenter la situation?

Dre Graeme Jarvis: Bien sûr. En fait, on disait justement l'inverse pour recruter des participants aux essais cliniques. Étant donné que les patients n'ont pas accès aux médicaments novateurs, ils devraient participer à des essais cliniques en Nouvelle-Zélande puisqu'ils peuvent alors... Le comité spécial sur la santé a examiné la question. C'était l'un des avantages cités de la participation aux essais cliniques.

Bien franchement, les deux éléments ne sont pas nécessairement liés. Nos entreprises réalisent beaucoup d'essais cliniques en Nouvelle-Zélande, et j'aimerais qu'elles en fassent plus encore. Je crois paradoxalement que c'est une façon d'avoir accès aux médicaments novateurs. C'est pourquoi il est très facile de recruter des participants ici. À vrai dire, les essais cliniques sont souvent

transférés de l'Australie à la Nouvelle-Zélande puisque nos patients ont besoin des médicaments. Je suis désolée d'affirmer cela en tant que Néo-Zélandaise, mais c'est la vérité.

• (1230)

Mme Rachael Harder: Je vous remercie.

Je crois comprendre que la plupart des formulaires ou des médicaments qui sont inscrits au formulaire sont génériques. Or, les produits pharmaceutiques génériques ne sont pas efficaces dans tous les cas, de sorte que certains patients devront parfois acheter un médicament de marque, qui coûte plus cher.

Pourriez-vous expliquer comment votre système fonctionne à ce chapitre? Comment prenez-vous de telles dispositions?

Dre Graeme Jarvis: La procédure est la même, peu importe si le médicament est générique ou novateur. Les médicaments génériques comptent pour 78 % du volume, de sorte que la majorité des produits pharmaceutiques sont génériques. À notre connaissance, quelques-uns seulement relèvent du système de remboursement, dont Matthew vous a probablement parlé.

Le système est le même. Évidemment, l'analyse coût-utilité que le PTAC réalise au nom de Pharmac attire davantage l'attention étant donné que les médicaments novateurs sont un peu plus chers.

Les prix sont essentiellement les mêmes, mais nous avons beaucoup moins de médicaments novateurs que bien d'autres pays.

Mme Heather Roy: Vous avez tout à fait raison. Même si un médicament est approuvé, il se peut qu'il ne convienne pas à tous les patients.

L'une des difficultés propres à la Nouvelle-Zélande est attribuable à l'approvisionnement exclusif, selon lequel le gouvernement choisit de financer un seul médicament au sein d'une famille de produits pharmaceutiques. Par conséquent, les médecins ne peuvent souvent pas choisir parmi les produits, alors que ce serait dans l'intérêt des patients.

La situation est fort difficile pour un patient qui n'a pas les moyens de payer un médicament non financé, mais qui serait préférable pour lui. Les gens doivent souvent se contenter d'un produit pharmaceutique qui n'est pas aussi efficace qu'un autre. Cette absence de choix est assurément un problème pour nos médecins.

Dre Graeme Jarvis: Je pense à la dernière série d'appels d'offres...

Mme Rachael Harder: Vous pouvez terminer votre idée.

Dre Graeme Jarvis: La proportion était d'environ 80 % lors de la dernière série d'appels d'offres, ce qui est l'objectif de Pharmac. Quelque 80 % des produits pharmaceutiques communautaires faisaient l'objet d'un approvisionnement exclusif, une proportion qui atteint 78 % dans les hôpitaux.

Fait intéressant, la Nouvelle-Zélande connaît des pénuries de médicaments. Lors des huit dernières qui nous ont frappés, l'Australie n'a pas été touchée parce qu'elle a plus d'un fournisseur. Voilà qui engendre des problèmes pour les patients du système de santé, les pharmaciens et les médecins. Lorsqu'il n'y a qu'un seul fournisseur et que celui-ci ne peut pas faire entrer le médicament au pays, les professionnels de la santé commandent les médicaments de leur mieux.

Mme Rachael Harder: Merci beaucoup.

Le vice-président (M. Len Webber): Nous devons poursuivre rapidement et laisser la parole sept minutes au NPD. Allez-y, monsieur Davies.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Je vous remercie d'être parmi nous aujourd'hui.

J'aimerais mieux comprendre qui vous êtes. Selon la description de votre groupe que nous avons en main, vous êtes l'association représentant les entreprises actives dans la recherche, la mise au point, la fabrication et la commercialisation de médicaments d'ordonnance.

Est-ce une bonne description de vos activités?

Mme Heather Roy: Oui.

M. Don Davies: Représentez-vous uniquement des entreprises établies en Nouvelle-Zélande, ou bien des sociétés multinationales qui ont des activités en Nouvelle-Zélande aussi?

Mme Heather Roy: Toutes nos sociétés sont des multinationales qui ont des activités en Nouvelle-Zélande.

M. Don Davies: Pouvez-vous me donner la liste des grandes entreprises que vous représentez?

Mme Heather Roy: Bien sûr. Je ne pourrai peut-être pas toutes les nommer de mémoire...

M. Don Davies: Donnez-nous simplement le nom des principales entreprises.

Mme Heather Roy: ... mais il y a Novartis, Bristol-Myers Squibb, Pfizer, Sonovion, GSK...

Dre Graeme Jarvis: Roche.

Mme Heather Roy: ... Roche, Bristol-Myers — je pense que je l'ai dit —, et Biogen.

M. Don Davies: Merci.

Mme Heather Roy: Dois-je continuer?

M. Don Davies: Non, c'est bien. Voilà qui me donne une idée. Je vous remercie.

J'aimerais commencer ici... je crois savoir que la Nouvelle-Zélande a créé Pharmac en 1993, n'est-ce pas?

Mme Heather Roy: C'est exact.

M. Don Davies: J'ai entendu dire que depuis, les sommes par habitant consacrées aux médicaments universels sont les plus faibles au monde. Est-ce juste?

Mme Heather Roy: Je pense que oui, quoique je ne peux pas l'affirmer catégoriquement. Je dirais toutefois que la limitation des coûts n'est qu'un des volets d'un système de santé efficace.

M. Don Davies: Je comprends. Je voulais simplement confirmer ce fait.

Pourriez-vous expliquer à notre comité comment Pharmac a si bien réussi à contrôler les prix des médicaments? Quels sont les principaux facteurs de coût qui expliquent cet exploit tout à fait remarquable?

Mme Heather Roy: Je pense qu'un certain nombre de facteurs entrent en ligne de compte. Vous devrez tôt ou tard poser la question à Pharmac pour obtenir une réponse complète, mais je pense que l'organisme négocie de façon très musclée avec les entreprises — je l'ai d'ailleurs mentionné dans mes remarques liminaires. Elle négocie fermement et compare les entreprises entre elles. L'organisme a très bien réussi à réduire les coûts de façon considérable.

En revanche, nous ne connaissons pas les coûts exacts. Seules les sociétés et Pharmac sont au courant. Nous avons également un système de rabais confidentiels, qui sont gardés secrets. Personne ne connaît ces chiffres. Il arrive que le prix courant affiché ne soit pas le coût réel. Par exemple, bien souvent...

Vous devez faire preuve d'une certaine prudence lorsque vous parlez des mesures de limitation des coûts, car nous savons que certains produits pharmaceutiques semblent être moins chers qu'en Australie, alors que ce n'est pas le cas.

M. Don Davies: Qu'en est-il de l'administration du régime? Je sais par exemple que les milieux de travail canadiens peuvent souvent offrir une protection. Les employeurs mettent alors en place un régime privé d'assurance-médicaments par l'intermédiaire d'un certain nombre de fournisseurs. Il y a des centaines, voire des milliers d'administrateurs de régimes au pays.

Comment Pharmac gère-t-il le paiement et le remboursement des médicaments? Y a-t-il une seule ou plusieurs structures administratives? Le savez-vous?

• (1235)

Dre Graeme Jarvis: C'est un système financé par l'État. Je pense qu'il a été mentionné plus tôt que la plupart des gens y ont accès lorsqu'ils reçoivent une ordonnance chez un médecin, puis qu'ils se présentent chez un pharmacien local pour récupérer le médicament. Essentiellement, dès que les médicaments sous ordonnance sont ramassés, la société reçoit un chèque de Pharmac. Voilà donc le fonctionnement du système.

M. Don Davies: Est-il administré par un organisme public?

Dre Graeme Jarvis: Oui, c'est un système d'administration publique qui relève de la santé publique.

Mme Heather Roy: Il y a très peu d'employeurs en Nouvelle-Zélande qui offrent une couverture médicale à leurs employés. Lorsqu'ils le font, la couverture relève plus souvent du milieu chirurgical que du milieu pharmaceutique.

M. Don Davies: J'aimerais savoir ce que vous pensez de l'incidence de la participation aux coûts. C'est une mesure que notre comité doit examiner. Je sais qu'il y a une participation modeste de 5 \$, si ma mémoire est bonne. Il y a aussi des exemptions, et ainsi de suite.

Avez-vous des conseils à nous donner? Devrions-nous envisager la participation aux coûts ou non?

Mme Heather Roy: Je suis d'avis que c'est une question philosophique. Dans l'ensemble, la population de la Nouvelle-Zélande a semblé être relativement satisfaite de la participation aux coûts à hauteur de 5 \$. Elle était de 3 \$ il y a quelques années, et l'augmentation n'a rien changé aux taux de participation. Je pense que 5 \$ par médicament est relativement peu. Il arrive même que ce soit moins lorsque le coût du médicament est inférieur à 5 \$.

Comme je l'ai mentionné dans mon introduction, les habitants ne paient que 20 médicaments par famille, après quoi ils n'ont plus à participer aux coûts. C'est donc une somme relativement faible.

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

Dre Graeme Jarvis: La Nouvelle-Zélande dispose maintenant d'un système permettant aux jeunes de moins de 13 ans de recevoir des ordonnances gratuites, sans devoir déboursier quoi que ce soit. Les jeunes enfants ne sont aucunement facturés.

M. Don Davies: Ai-je le temps de poser une question rapide?

Le vice-président (M. Len Webber): Il vous reste une minute.

M. Don Davies: Merci, monsieur Webber.

On me dit que j'ai encore une minute.

Veillez m'excuser si vous avez déjà abordé ce point, mais je veux m'assurer de bien comprendre. Pharmac a récemment commandé l'étude « Mind the gap » en réponse à un commentaire voulant que l'accès aux médicaments oncologiques en Nouvelle-Zélande entraîne des résultats décevants en matière de santé, par rapport à ceux de l'Australie. Il semble que l'étude a démontré qu'une quantité supérieure de médicaments ne donnerait pas nécessairement de meilleurs résultats pour la santé. Sur les 35 médicaments anticancéreux qui ne sont pas financés en Nouvelle-Zélande, seulement trois présentaient des avantages importants du point de vue clinique. Pharmac a d'ailleurs déjà financé l'un d'entre eux, le pertuzumab utilisé pour traiter le cancer du sein, et l'organisme envisage de financer les deux autres.

L'étude conclut que:

Une politique visant à financer un plus grand nombre de nouveaux médicaments anticancéreux dans le but d'atteindre une parité numérique avec l'Australie ou d'autres pays n'entraînerait aucune amélioration substantielle de la santé et coûterait beaucoup plus cher...

Avez-vous quelque chose à dire sur cette conclusion de Pharmac?

Dre Graeme Jarvis: Cette étude a été largement critiquée publiquement par les oncologues au moment de sa publication initiale. Elle n'est pas fondée... Comme je l'ai mentionné, les études que j'ai consultées se basaient sur le monde réel et se penchaient sur ce vaste système et ses médicaments.

Or, l'étude de Pharmac était surtout basée sur des données d'essais cliniques et, comme on pouvait s'y attendre, elle a vertement été critiquée en Australie. C'est comme si elle disait que le système de santé australien gaspille 400 millions de dollars pour l'achat de médicaments anticancéreux qui ne sont vraiment pas efficaces.

Nous rejetons donc cette étude puisqu'elle ne repose pas sur des données probantes tirées du monde réel. Il faut plutôt étudier les médicaments là où ils sont utilisés, ce que cette étude ne faisait pas. Elle reprenait des essais cliniques et reposait sur les données qui en découlent.

• (1240)

M. Don Davies: Merci.

Le vice-président (M. Len Webber): Merci, monsieur Davies.

Nous allons rapidement passer à M. Ayoub, du Parti libéral.

M. Ramez Ayoub (Thérèse-De Blainville, Lib.): Est-ce vraiment à mon tour?

Le vice-président (M. Len Webber): En fait, la parole est à vous, monsieur Darshan Kang.

M. Darshan Singh Kang: Merci, monsieur le président.

Je vous remercie de vous être levées tôt ce matin pour nous dire ce que vous pensez de Pharmac.

Ma première question est la suivante. Vous devez négocier avec les compagnies pharmaceutiques, ce qui est probablement fastidieux et long. Étant donné qu'il faut se positionner favorablement dans le cadre de négociations pour réaliser des économies et garantir l'approvisionnement des médicaments, comment la Nouvelle-Zélande négocie-t-elle les médicaments destinés au traitement des maladies rares, dont les coûts peuvent être astronomiques?

Mme Heather Roy: La question des maladies rares est fort problématique étant donné que Pharmac l'examine dans une perspective démographique. C'est donc une question difficile à régler. Je doute que les patients qui souffrent de ces maladies en Nouvelle-Zélande reçoivent un traitement particulièrement généreux.

Il y a un an, le gouvernement a demandé à Pharmac de réaffecter des sommes aux maladies rares, mais nous croyons savoir que l'argent n'a pas vraiment été dépensé. Il s'agissait d'une somme modeste sur cinq ans, et ce budget n'a pas été utilisé. Graeme aura peut-être quelque chose à ajouter.

Dre Graeme Jarvis: La question arrive à point nommé, parce que Pharmac a justement révisé son programme relatif aux maladies rares après cinq ans, dans lequel il a investi environ 25 millions de dollars. Je pense que l'organisme y a ajouté 10 médicaments. Sans vouloir critiquer, je sais qu'un des médicaments pour lequel un financement a été approuvé ne convient à aucun patient néo-zélandais. Par conséquent, personne en Nouvelle-Zélande ne peut vraiment en bénéficier pour soigner une maladie rare.

Les jeunes patients sont admissibles, mais aucun n'est atteint de cette maladie rare pour le moment. Je crois que le modèle est calqué sur le fonds écossais pour les maladies rares, de sorte qu'il s'agit d'une somme distincte. Or, une personne a soumis une demande à Pharmac en vertu de la loi sur l'information officielle, et elle a découvert que l'argent n'était pas du tout alloué à ce fonds.

Le fonds fait d'ailleurs l'objet d'une révision à l'heure actuelle. Comme Heather l'a dit, il est assez plein étant donné que les médicaments sont plutôt chers. Il ne cible pas beaucoup de gens, et Pharmac achète au nom de toute la population de la Nouvelle-Zélande.

M. Darshan Singh Kang: Ce fonds secret fait-il l'objet d'un examen? Combien de temps faut-il à un patient pour y avoir accès? La procédure est-elle efficace, ou est-elle fastidieuse lorsqu'un patient demande un médicament spécial?

Dre Graeme Jarvis: Qu'il s'agisse de médicaments destinés au traitement de maladies rares ou de tout autre médicament, le processus est le même. La procédure est identique, et il n'y a aucune différence. Seul le calcul est modifié. L'analyse coût-utilité devient plutôt difficile lorsqu'il y a aussi peu de patients, et je pense que c'est pourquoi un fonds distinct a été créé au sein du budget pharmaceutique communautaire global, quoique, comme je l'ai dit...

M. Darshan Singh Kang: Cela veut-il dire qu'un médicament spécial n'est peut-être pas inscrit au formulaire?

Dre Graeme Jarvis: Ces médicaments ne se trouvent pas nécessairement sur le formulaire puisqu'ils visent un petit segment de la population, mais ils devront être répertoriés par Pharmac.

M. Darshan Singh Kang: Je vous remercie.

Dans quelle mesure les décisions concernant le financement des produits pharmaceutiques dans votre système national sont-elles transparentes? Les négociations sont-elles ouvertes au public d'une manière ou d'une autre? Dans le cas contraire, pourquoi?

Mme Heather Roy: Nous croyons que la transparence ou le manque de transparence est un grave problème qui touche divers paliers du système. Ce qui nous inquiète le plus, c'est que selon les pratiques exemplaires en matière d'aide technologique en santé, le comité consultatif ne devrait pas faire partie du système d'assurance-médicaments. Il devrait être indépendant, or ce n'est pas le cas en Nouvelle-Zélande. Il fait partie de la même organisation.

Ce comité est administré par Pharmac. Il présente des recommandations au conseil, si bien qu'il se trouve à se faire des recommandations à lui-même. Nous trouvons cela problématique. Il y a un manque de transparence. Comme Graeme l'a déjà expliqué, nous ne savons pas sur quoi se fondent ses évaluations. Nous parlons souvent avec les représentants de Pharmac pour leur demander des explications, mais ils sont très fermés lorsque nous leur demandons de décrire comment ils prennent leurs décisions.

Comme des médicaments de faible priorité sont souvent financés avant des médicaments de priorité élevée qui pourraient coûter plus cher, nous en concluons que les décisions sont prises en fonction d'impératifs financiers plutôt qu'à la lumière de données scientifiques de qualité.

• (1245)

Le vice-président (M. Len Webber): Il vous reste une minute et 25 secondes.

M. Darshan Singh Kang: On parle toujours de rapport coût-efficacité, mais la qualité de vie est importante aussi. Les problèmes de santé chroniques persistent et coûtent cher à bien des gens, donc en quoi le fait d'avoir un régime universel d'assurance-médicaments changerait-il la qualité de vie de ces personnes?

Dre Graeme Jarvis: Je vais prendre l'exemple du diabète. Un Néo-Zélandais sur 16 souffre de diabète de type 2; il y a donc environ 250 000 diabétiques de type 2 en Nouvelle-Zélande, sur une population de 4,7 millions de personnes.

Encore une fois, nous ne sommes pas les seuls à le dire. Je comprends, d'après ce que je vois dans votre formulaire, que les diabétiques du Canada ont accès à trois classes de médicaments différentes contre le diabète, dont les GLP-1 et les DPP-4.

En Nouvelle-Zélande, nous avons la métformine, les sulfonilurés et l'insuline, qui sont surtout pour les diabétiques de type 1. Les médecins et les spécialistes soutiennent sur la place publique que les diabétiques de type 2 auraient besoin de certains de ces médicaments, peut-être même de tous, puisqu'ils contribuent à réduire la comorbidité du diabète, qui coûte actuellement presque 1,1 milliard de dollars par année à la Nouvelle-Zélande.

Vous avez accès à ces médicaments au Canada. Ce sont des médicaments recommandés dans les lignes directrices internationales sur le traitement du diabète, mais les diabétiques de type 2 de la Nouvelle-Zélande n'y ont actuellement pas accès. Il y a probablement de 10 à 20 % des diabétiques de type 2 qui en auraient vraiment besoin. C'est très bien, la métformine, mais nous avons besoin de ces autres médicaments.

Le but est donc de trouver un équilibre. Le fardeau associé aux maladies chroniques s'accroît quand on n'a pas accès aux bons traitements qui pourraient faire une différence, comme les médecins le savent.

Mme Heather Roy: Bien sûr, il en découle des coûts beaucoup plus élevés pour le système de santé en général à long terme quand on ne traite pas les maladies chroniques qu'on aurait pu traiter à bien moindre coût plus tôt.

Le vice-président (M. Len Webber): Merci, monsieur Kang.

Nous passerons rapidement à notre collègue conservateur, M. Carrie, pour cinq minutes.

M. Colin Carrie: Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie les témoins de s'être levés si tôt pour être parmi nous aujourd'hui, comme tout le monde l'a dit.

J'aimerais poursuivre dans la foulée des dernières questions sur les coûts par rapport à la qualité. Je crois, Heather, que vous avez dit avoir déjà été députée, donc vous êtes déjà trouvée dans une situation similaire à la nôtre. Nous avons parlé du souci d'équilibre, du fait qu'il faut tirer le maximum d'un budget limité et optimiser les investissements. Je suppose que c'est correct, tant qu'on n'est pas la personne qui a besoin d'un nouveau médicament.

Vous avez mentionné le mélanome. Je me dis que si j'étais un citoyen de la Nouvelle-Zélande, qui avait payé toute ma vie pour ce système d'assurance-médicaments, je serais bien embêté le jour où j'aurais besoin d'un nouveau médicament et que je ne pourrais pas l'obtenir. Au Canada, nous avons une industrie de l'assurance privée très dynamique. Nous avons aussi des entreprises très dynamiques qui fabriquent des médicaments génériques comme des médicaments brevetés.

Avez-vous des données sur le nombre de personnes n'ayant pas accès aux nouveaux médicaments? Y a-t-il déjà eu des poursuites à ce sujet? Comme je le disais, si je faisais partie de cette société, que j'avais payé toute ma vie pour ce système, puis que quelques bureaucrates décidaient que je ne peux pas avoir accès à tel médicament, que pourrais-je faire en tant que citoyen néo-zélandais si j'avais besoin du traitement?

• (1250)

Mme Heather Roy: Il n'y a pas de poursuites en Nouvelle-Zélande, et ce, pour deux raisons. Premièrement, Pharmac est exempté de la Loi sur le commerce, donc une entreprise ne peut pas tenter de poursuites contre Pharmac pour cette raison. Nous avons également un régime d'assurance publique pour l'indemnisation en cas d'accident, qui n'intervient qu'en cas d'accident et non de maladie. Ce système a été mis en place aussi pour éviter la prolifération des poursuites en Nouvelle-Zélande. Elles ne sont pas impossibles, mais elles sont rares.

Pour répondre à votre question, il est très difficile de colliger des données sur les personnes n'ayant pas accès à des traitements. Il est beaucoup plus facile de recueillir des données sur ceux qui prennent des médicaments, ce qui laisse un grand vide quant au nombre de personnes exclues du système.

Faute de données, nous mesurons le bruit qu'on entend dans la société sur ceux qui n'ont pas accès aux traitements voulus. Les gens trouvent que nous avons un assez bon système, pour l'essentiel, jusqu'à ce qu'eux-mêmes ou un de leur proche ne se découvre une maladie, puis n'aient pas accès à un médicament dont leur médecin sait qu'il pourrait les aider à combattre la maladie, en la traitant ou en la guérissant. Il y a quelques patients qui ont fait les manchettes pour avoir présenté des pétitions au Parlement et manifesté devant le Parlement. C'est arrivé récemment au sujet du traitement contre le mélanome. La personne à l'origine de cette campagne vient de se faire décerner le titre de Néo-Zélandaise de l'année 2016.

Il y a de l'inquiétude. Beaucoup de groupes de patients se font entendre et exercent beaucoup de pressions en raison de l'inaccessibilité à des médicaments auxquels ils savent qu'ils auraient automatiquement accès s'ils vivaient en Australie, au Canada ou au Royaume-Uni.

L'équilibre est très important. J'aimerais qu'il y ait beaucoup plus de transparence autour du processus décisionnel de Pharmac, et nous voudrions que le gouvernement s'engage à bonifier le financement qu'il octroie à Pharmac pour les médicaments.

M. Colin Carrie: Je trouve vos propos intéressants, parce qu'au Canada, j'ai le droit, en tant que citoyen, de souscrire une assurance-médicaments privée si je le souhaite.

Par curiosité, pour me faire une petite idée de l'industrie en Nouvelle-Zélande, les sociétés privées d'assurance-médicaments emploient-elles beaucoup de gens? Avez-vous une véritable industrie? Je sais que vous avez une industrie des médicaments brevetés, mais y a-t-il vraiment beaucoup de recherche qui se fait en Nouvelle-Zélande ou êtes-vous plutôt des acheteurs?

C'est un peu comme l'industrie des médicaments génériques au Canada. Dans ma région, il y a une entreprise qui, en plus de fabriquer des médicaments génériques, fait de la recherche et du développement, ce qui génère des emplois. Y a-t-il une industrie comparable en Nouvelle-Zélande, qui contribue à l'économie, ou vous limitez-vous pratiquement à l'achat de médicaments, un point c'est tout?

Dre Graeme Jarvis: Nous sommes un importateur net de produits pharmaceutiques. Dans les années 1990, il y avait deux ou trois entreprises néo-zélandaises qui fabriquaient principalement des médicaments génériques, mais l'une de ces entreprises n'existe plus. L'autre est une exportatrice nette de médicaments génériques de la Nouvelle-Zélande. Elle a changé son modèle d'affaires dans les années 1990. Elle n'avait d'autre choix, bien honnêtement, en raison du modèle de Pharmac, et je l'affirme pour avoir parlé avec le propriétaire de l'époque, qui est malheureusement décédé depuis. Paradoxalement, un fabricant néo-zélandais de médicaments génériques est un exportateur net.

Notre industrie contribue néanmoins davantage à l'économie de la Nouvelle-Zélande qu'avant — nous venons justement de terminer une étude à ce sujet —, parce qu'elle investit dans la recherche et le développement, qu'elle mène des essais cliniques et qu'elle achète des matières premières. Nous avons démontré qu'au cours des dernières années, les entreprises membres de notre association ont acheté des produits et services d'une valeur de 380 millions de dollars et contribué à notre PIB à hauteur de 384 millions de dollars par année.

Même si nous sommes un importateur net, globalement, l'industrie néo-zélandaise contribue tout de même beaucoup à l'économie. Chaque emploi dans cette industrie, en Nouvelle-Zélande, crée neuf emplois à temps plein ou à temps partiel pour les Néo-Zélandais. C'est un multiplicateur économique très important pour une industrie. J'aimerais que notre industrie nationale soit plus grande encore, mais comme je l'ai indiqué, il y a de forts obstacles à l'atteinte de cet objectif pour l'instant.

•(1255)

Mme Heather Roy: Aucune de nos entreprises membres ne fabrique ses produits en Nouvelle-Zélande, toute la fabrication se fait à l'étranger, mais il y a des essais cliniques qui se font au pays. C'est toutefois délicat, parce qu'il y a des dilemmes éthiques... Il n'y a jamais aucun espoir que nos produits soient financés, donc vaut-il même la peine d'essayer de les faire homologuer en Nouvelle-Zélande? C'est problématique, parce que cela signifie que les médecins qui voudraient les prescrire n'ont pas accès à ces médicaments, même sur le marché privé.

Le vice-président (M. Len Webber): Merci. Je vous remercie aussi, monsieur Carrie.

Nous allons maintenant passer rapidement à notre ami John Oliver, député libéral.

M. John Oliver: Merci beaucoup.

Je vous remercie de ce témoignage. Je vais poursuivre dans la même veine, pour être certain de bien comprendre.

Vous avez cité diverses sources de délais qui font que la population néo-zélandaise n'a pas accès à certains médicaments pourtant accessibles au Canada aujourd'hui. Est-il possible pour les gens en moyens d'acquérir ces médicaments? Les gens peuvent-ils sortir de la Nouvelle-Zélande, les acheter ailleurs, les rapporter chez eux, puis poursuivre leur traitement? Y a-t-il des assureurs privés, en Nouvelle-Zélande, qui assurent les gens pour des médicaments qu'ils ne peuvent pas se procurer avec Pharmac?

Mme Heather Roy: Notre secteur de l'assurance-santé privé est assez petit. Environ 30 % des Néo-Zélandais souscrivent une assurance privée ou une autre, mais c'est surtout...

M. John Oliver: Est-ce pour les médicaments?

Mme Heather Roy: Non, ce n'est pas pour les médicaments, c'est surtout pour les chirurgies. Je pense que le plus grand assureur privé offre une petite couverture pour les produits pharmaceutiques.

M. John Oliver: N'y a-t-il donc pas une forte demande du public pour de l'assurance privée, particulièrement pour les médicaments?

Mme Heather Roy: Il n'y a pas d'offre. Je pense qu'il y a de la demande, mais il n'y a pas d'offre.

M. John Oliver: Y a-t-il des lois qui interdiraient aux assureurs privés...

Mme Heather Roy: Non.

Dre Graeme Jarvis: Ils assument généralement une partie des médicaments financés par Pharmac. Pour être franc, certains assureurs privés ont commencé à investir dans les traitements contre le cancer, notamment contre le mélanome, ils offrent des couvertures spéciales, mais elles viennent en option, s'ajoutent au plan régulier...

M. John Oliver: Il ne me reste que quelques minutes, donc nous allons bifurquer un peu. Je m'excuse d'avoir l'air de vous presser ainsi à la fin de votre témoignage.

Pour ma deuxième question, je serais curieux de vous entendre nous parler du discours politique en Nouvelle-Zélande sur l'assurance-médicaments et de ce que vous faites. Le Parti national est probablement de centre-droite, et le parti New Zealand First est probablement plus à gauche.

Au Canada, il y a probablement un peu plus de 200 compagnies d'assurance privées. Quand une personne n'est pas assurée par le régime public, elle a généralement sa propre assurance, par son employeur ou un régime privé. Y a-t-il un parti politique en Nouvelle-Zélande qui milite pour le retour à un modèle d'assurance privé plutôt fracturé, comme le nôtre, ou tous les partis cherchent-ils plutôt à améliorer le modèle national d'assurance-médicaments?

Mme Heather Roy: C'est plutôt le deuxième scénario.

M. John Oliver: Il n'y a personne qui milite pour un modèle qui ressemblerait davantage à celui du Canada, où d'immenses pans de la population ne sont pas assurés, dans un marché assez éclaté.

Mme Heather Roy: Non.

M. John Oliver: J'ai remarqué que vous aviez pour valeurs de reconnaître les pressions financières associées aux services de santé et de proposer des solutions avant de critiquer, donc je suis curieux: que réussissez-vous à faire par la voix des grandes sociétés pharmaceutiques qui vous appuient? Quelles sont les principales solutions que vous recommandez aux problèmes que vous nous avez exposés aujourd'hui?

Dre Graeme Jarvis: Elles ont surtout permis d'élargir le débat. Ces entreprises réclament très clairement de la transparence dans le processus décisionnel de Pharmac. Je pense, Heather, que leurs dirigeants seraient à l'aise s'ils pouvaient voir comment se prennent les décisions, entendre que leurs médicaments ne seront pas financés pour telle ou telle raison. Pharmac traîne même à prendre ce genre de décision, et le temps est un stress pour tout le monde en affaires.

C'est le genre de solutions qu'elles réclament, elles veulent une amélioration des règles de fonctionnement. Je pense que même les politiciens néo-zélandais de tous les partis voient que l'une des solutions les plus simples serait de lui accorder un financement adéquat. Sommes-nous trop conservateurs dans notre façon de financer les médicaments? Je pense que nous avons parlé aujourd'hui des raisons qui pourraient nous porter à le croire.

Il est difficile pour n'importe quel gouvernement de trouver la bonne formule de financement, et nous voulons faire partie de la solution.

• (1300)

Mme Heather Roy: La solution ultime, c'est d'avoir une population en santé, pour que tout le monde puisse bien s'occuper de sa famille et que tout le monde travaille. Quand on est malade et qu'on ne peut pas avoir accès aux traitements dont on a besoin pour que ce soit possible, il y a un problème. Le gouvernement actuel a un programme très vigoureux pour aider les gens à retourner au travail et mettre davantage l'accent sur le bien-être que sur le traitement de la maladie.

M. John Oliver: Pour ce qui est de la lenteur à offrir de nouveaux traitements contre le diabète ou le cancer, dont vous avez parlé aujourd'hui, croyez-vous qu'elle est surtout attribuable à des contraintes budgétaires ou à la lenteur bureaucratique de Pharmac? À votre avis, pourquoi ces décisions ne sont-elles pas prises plus vite? Avez-vous soumis des recommandations à Pharmac sur la façon d'accélérer son processus décisionnel?

Mme Heather Roy: Oui. Je pense qu'il y a de nombreux facteurs à cela, budgétaires comme opérationnels.

Cependant, pour ce qui est du délai de décision pour nos entreprises, Pharmac n'a pas à prendre de décision. Pharmac n'a pas à examiner de soumissions, puis à accepter ou à refuser de financer un nouveau médicament. Nous faisons beaucoup de pressions depuis longtemps pour qu'il y ait des limites de temps, de sorte que quand la réponse est non, l'entreprise puisse arrêter de négocier avec Pharmac, dans des démarches très énergivores, puis simplement se concentrer sur ses autres options.

Pharmac résiste beaucoup à l'idée d'établir des limites de temps claires. Nous croyons que si des négociations ne sont pas terminées au bout de 18 mois, c'est qu'il ne vaut probablement pas la peine de continuer de négocier.

Pharmac aime étirer les négociations parce que la durée restante du brevet diminue pendant ce temps et que si elle finit par décider de financer un produit, le coût sera moindre.

M. John Oliver: Merci beaucoup.

Le vice-président (M. Len Webber): Merci. Monsieur Oliver, votre temps est écoulé.

C'était tout le temps dont nous disposions pour la séance d'aujourd'hui. Nous devons maintenant parler un peu de nos prochaines séances. J'aimerais toutefois commencer par vous remercier sincèrement, monsieur Jarvis, madame Roy et monsieur Brougham, d'avoir comparu devant notre comité. Votre perspective est très pertinente, donc je vous en remercie infiniment.

J'aurais une toute petite question à poser rapidement à Mme Roy, et je suis certain qu'elle pique la curiosité de tous les députés autour de la table. Vous avez été députée au Parlement de la Nouvelle-Zélande. Où vous situez-vous sur l'échiquier politique? Quel parti représentiez-vous?

Des voix: Oh, oh!

Mme Heather Roy: Je déteste me positionner sur l'axe droite-gauche. Je faisais partie d'un tout petit parti qui s'appelle le Parti ACT, qui est toujours présent au Parlement. Il s'agit d'un parti économiquement et socialement libéral.

Le vice-président (M. Len Webber): Très bien. C'est intéressant.

Mme Heather Roy: Certains diraient qu'il est d'extrême droite.

Le vice-président (M. Len Webber): Très bien.

M. Ayoub voudrait dire quelque chose.

M. Ramez Ayoub: C'est surtout une question technique.

Le vice-président (M. Len Webber): D'accord. Alors oui, bien sûr, nous allons donc parler des affaires du Comité.

Je vous remercie beaucoup de votre présence parmi nous. Nous allons maintenant discuter de questions d'ordre administratif.

Dre Graeme Jarvis: Merci.

Mme Heather Roy: Merci.

Le vice-président (M. Len Webber): Prenons quelques instants pour discuter des travaux du Comité.

Allez-y, monsieur Ayoub.

[Français]

M. Ramez Ayoub: J'aimerais simplement soulever une question technique, monsieur le président.

[Traduction]

Vous voudrez peut-être mettre vos écouteurs, parce que je veux justement parler de l'interprétation.

[Français]

Durant la période où j'ai écouté le canal d'interprétation, il y a eu plusieurs moments où il n'y avait pas du tout d'interprétation. Ce ne sont pas nos interprètes qui sont en cause. C'est à cause de problèmes techniques. Comme il s'agit de témoins de la Nouvelle-Zélande, nous avons connu toutes sortes de difficultés techniques aujourd'hui, durant toute la période des questions. Personnellement, je n'ai pas toujours besoin de l'interprétation. Toutefois, aujourd'hui, compte tenu de l'accent du témoin, entre autres choses, j'ai voulu écouter l'interprétation. Ce faisant, j'ai perdu une bonne partie du contenu de la discussion.

En grande partie, cela milite justement en faveur des voyages. Les choses sont différentes lorsque les gens sont sur place. C'est le genre de difficultés techniques qui surviennent lorsque nous posons des questions à des gens qui sont à l'autre bout de la terre, et je trouve cela malheureux. Ces gens sont loin et, lorsque nous les appelons, il faut pouvoir traiter les deux langues officielles du Canada de la même façon. C'est de base.

Que serait-il arrivé si j'avais posé une question en français? Je ne suis même pas certain qu'ils avaient un interprète de leur côté. Je ne voyais pas d'écouteurs ni d'éléments de préparation pour répondre aux questions. Je n'ai pas l'impression qu'ils étaient équipés pour faire l'interprétation de leur côté.

J'aimerais qu'on puisse prendre cela en considération pour la prochaine fois.

● (1305)

[Traduction]

Le vice-président (M. Len Webber): Absolument, monsieur Ayoub. Je vous en remercie.

Nous allons demander au greffier de faire un suivi auprès des services d'interprétation, pour voir ce que nous pouvons faire à l'avenir.

Merci.

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>