



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 010



1^{re} SESSION



42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 9 mai 2016

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le lundi 9 mai 2016

•(1535)

[Traduction]

Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)):
La séance est ouverte. C'est aujourd'hui notre dixième réunion.

Je souhaite la bienvenue à nos invités sur place et en vidéoconférence. Nous recevons aujourd'hui M. Frank Swedlove, qui est le président et chef de la direction de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, ainsi que M. Stephen Frank, qui est le vice-président de la division Élaboration des politiques et Maladie de l'association. Je souhaite également la bienvenue à Mme Anita Huberman, directrice générale de la Chambre de commerce de Surrey, qui comparaitra par vidéoconférence.

Nous allons d'abord entendre Anita. Je vais vous demander de parler lentement pour que la traduction ait le temps de parvenir jusqu'à nous. Dix minutes sont prévues pour chaque présentation, et il y aura ensuite une période de questions. Nous en aurons sûrement beaucoup à vous poser.

Alors allez-y, nous vous écoutons.

Mme Anita Huberman (directrice générale, Chambre de commerce de Surrey): Merci.

Je m'appelle Anita Huberman et je suis la directrice générale de la Chambre de commerce de Surrey. Je vous remercie de solliciter le point de vue des entreprises sur les avantages d'un programme universel d'assurance-médicaments.

La Chambre de commerce de Surrey est la deuxième en importance en Colombie-Britannique. Elle rassemble plus de 2 100 PME et sociétés des secteurs de l'expédition et du transport, de la fabrication, de la haute technologie, de l'expertise-conseil, du sans but lucratif et des petites entreprises commerciales.

La Chambre de commerce de Surrey a rédigé des motions en faveur d'un programme universel d'assurance-médicaments qui améliorera la couverture de tous les Canadiens. Si nous avons adopté cette position, c'est parce que nos membres ont exprimé de sérieuses préoccupations à plusieurs égards.

Les entreprises sont très fortement sollicitées. Pour celles qui offrent l'assurance-médicaments, les coûts sont élevés et incontrôlables. C'est ce qui empêche beaucoup d'entreprises d'offrir une couverture. Elles s'inquiètent du fait que les régimes publics qui couvrent les médicaments onéreux comme celui de la Colombie-Britannique font tout de même porter un énorme fardeau aux commanditaires de régimes privés. Les entreprises redoutent également que le gouvernement adopte une loi afin de rendre l'assurance privée obligatoire, comme c'est le cas au Québec.

Lorsque les entreprises nous font part de telles inquiétudes, nous devons répondre en déterminant quelle orientation politique servirait le mieux les intérêts de nos membres, les entreprises de Surrey, en Colombie-Britannique.

Nous avons constaté que l'accès aux soins n'est pas équitable. Les entreprises se préoccupent de la santé et du bien-être de leurs employés, des familles et de la collectivité dans l'ensemble, mais le coût incontrôlable des régimes privés d'assurance-médicaments au Canada fait en sorte que beaucoup ne sont pas couverts dans notre système. Le comité sait déjà qu'au moins un Canadien sur dix n'a pas les moyens de se procurer les médicaments qui lui sont prescrits.

Des études du *Journal de l'Association médicale canadienne* et de l'institut Angus Reid ont révélé que l'accès aux médicaments est particulièrement pauvre en Colombie-Britannique. C'est parce que l'existence d'un régime public qui couvre les médicaments onéreux diminue le recours aux traitements préventifs et que les priorités des patients et celles du système de soins de santé ne convergent pas nécessairement.

Au bout du compte, tout le monde est perdant lorsque les patients n'ont pas les médicaments dont ils ont besoin, car ils aboutissent à l'hôpital et cela peut coûter aux contribuables beaucoup plus cher que les médicaments prescrits au départ.

L'autre aspect du problème, ce sont les inefficacités attribuables à la fragmentation de la couverture. Les entreprises savent mieux que quiconque combien il est important de privilégier les compétences fondamentales et de maximiser l'efficacité des processus. Les entreprises canadiennes craignent que la fragmentation de l'assurance-médicaments ne se traduise par des coûts administratifs additionnels, un pouvoir d'achat affaibli et une mentalité de cloisonnement qui pourrait réduire l'efficacité globale de l'assurance-maladie au Canada.

Il ne fait aucun doute que la fragmentation du pouvoir de négocier le prix des médicaments au Canada donne lieu à des coûts plus élevés. Des représentants du gouvernement et des spécialistes du milieu universitaire ont déjà dit à votre comité que les médicaments coûtent plus cher au Canada que dans les autres pays comparables. Je n'ai pas besoin de répéter les statistiques que pourraient vous donner les experts, mais les entreprises sont de plus conscientes que les inefficacités du système plombent leur compétitivité.

Dans nos recherches, nous avons trouvé un rapport d'Express Scripts Canada dans lequel on affirme que les employeurs et les syndicats dépensent 5 milliards de dollars chaque année pour couvrir des médicaments mal choisis et des services de pharmacie inutilement chers. Cependant, les entreprises et les groupes d'employés ne sont pas les mieux placés pour freiner l'escalade de ces coûts.

L'une des faiblesses de notre système, c'est que l'assurance privée pour les médicaments et l'assurance publique pour les soins de santé a pour effet de cloisonner la gestion de ces éléments cruciaux de notre système de soins de santé. Nous aurions un meilleur rendement si le coût des médicaments sous ordonnance qui sont médicalement nécessaires était géré conjointement avec les budgets des autres formes de soins. Dans le contexte canadien, cela signifie que les gouvernements provinciaux devraient gérer ces coûts en collaboration les uns avec les autres et avec le gouvernement fédéral.

Le coût immodéré des médicaments fait en sorte qu'il est difficile d'améliorer la santé dans le milieu de travail. Offrir à tous un régime public d'assurance-médicaments ne mettra pas un terme aux protections offertes par les employeurs, mais permettra au contraire de les améliorer. À l'heure actuelle, le coût élevé des médicaments, souvent des dizaines de milliers de dollars par patient par année, nécessite des niveaux de protection et des politiques de contrôle des coûts qui sont hors d'atteinte pour le secteur privé au Canada.

C'est aux fiscalistes qu'il reviendra de décider comment sera financé le programme universel d'assurance-médicaments. Les entreprises canadiennes doivent faire partie des négociations sur le mode de financement, mais elles seraient pour un programme public d'assurance-médicaments qui nous ferait tous économiser à l'échelle globale. De plus, le secteur privé pourrait utiliser l'argent ainsi économisé pour investir de manière considérable dans la santé de nos employés et dans nos familles.

Les gouvernements ont réduit la couverture publique à l'égard d'une vaste gamme de services essentiels. Les soins visuels, dentaires et auditifs, la physiothérapie et les soins de santé mentale sont tous des domaines où les employeurs et les syndicats pourraient faire de nouveaux investissements grâce aux économies qui découleraient d'un programme public d'assurance-médicaments pour tous. Ces autres bienfaits sont également essentiels aux patients et, du point de vue des affaires, ils sont plus faciles à prévoir et à gérer que les coûts des produits pharmaceutiques au Canada, qui sont maintenant hors de contrôle.

En conclusion, la Chambre de commerce de Surrey appuie fermement l'établissement d'un programme public d'assurance-médicaments pour tous où l'achat en gros et une politique d'établissement des couvertures fondée sur des données probantes permettraient d'améliorer et d'évaluer les médicaments tout en diminuant les coûts pour l'ensemble des Canadiens. Nous espérons que votre comité comprendra l'importance de mettre en place un régime convenable, c'est-à-dire qui soit équitable, efficace et en harmonie avec les autres éléments fondamentaux des soins de santé au Canada — et nous sommes heureux de vous soumettre notre proposition en ce sens.

Nous demandons respectueusement que votre comité laisse les entreprises se concentrer sur leurs affaires en confiant la gestion du programme universel d'assurance-médicaments à ceux qui gèrent notre système universel de soins de santé. Les entreprises seront pour une politique qui accomplit cet objectif de manière efficace et équitable.

Merci beaucoup de m'avoir permis de témoigner devant votre comité cet après-midi.

• (1540)

Le président: Vous nous en avez dit beaucoup en huit minutes et demie, merci beaucoup.

Nous allons maintenant écouter M. Swedlove.

[Français]

M. Frank Swedlove (président et chef de la direction, Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes): Merci, monsieur le président.

L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes représente les sociétés détenant 99 % des assurances-vie et des assurances-maladie en vigueur au Canada. Notre industrie fournit de l'assurance-maladie complémentaire à environ 27 millions de Canadiens.

Je tiens à féliciter le gouvernement fédéral d'avoir rétabli son engagement à l'égard du système de soins de santé au Canada.

• (1545)

[Traduction]

Je félicite également votre comité d'avoir décidé de tenir des audiences sur l'importante question de l'accès des Canadiens aux médicaments essentiels sous ordonnance.

Je veux que ce soit très clair: les assureurs du Canada ne croient pas que le système actuel fonctionne aussi bien qu'il le devrait, et nous sommes convaincus de la nécessité d'une réforme fondamentale. Personne ne devrait avoir à choisir entre se nourrir et acheter des médicaments essentiels.

La bonne nouvelle, c'est que de nombreuses mesures très simples pourraient avoir un impact positif considérable à très peu de frais pour le gouvernement et les employeurs.

La meilleure solution sera celle qui tirera profit des forces respectives des secteurs privé et public et qui joindra leurs efforts d'une manière coordonnée au bénéfice de tous.

Comme vous le savez, la responsabilité à l'égard de la couverture des médicaments sous ordonnance est partagée entre les secteurs public et privé. En 2014, les assureurs privés ont remboursé directement plus de 10 milliards de dollars en médicaments. Lorsqu'on ajoute à cela les montants payés directement par les particuliers, ce sont plus de la moitié des coûts liés aux médicaments sous ordonnance qui sont assumés dans le privé.

Les Canadiens accordent une grande valeur à leur assurance-médicaments privée, et pour cause. Il a été démontré que les régimes privés offrent de grands avantages par rapport aux régimes publics. Je m'explique.

Premièrement, les assureurs privés offrent généralement l'accès à un nombre beaucoup plus élevé de médicaments que les régimes publics, et offrent les nouveaux médicaments beaucoup plus rapidement. C'est un aspect critique, car contrairement à ce qu'avancent de nombreux militants pour la réforme, la nationalisation de l'assurance-médicaments se traduirait par une baisse de couverture pour la majorité des Canadiens.

Deuxièmement, les assureurs du Canada ont instauré au cours des dernières années certaines des plus grandes innovations axées sur les patients. Par exemple, en 2013, ils ont institué la Société canadienne de mutualisation en assurance-médicaments. Celle-ci rassemble tous les régimes d'assurance-médicaments intégrale et aide les PME à maintenir leur régime d'assurance-médicaments malgré des réclamations récurrentes dont le coût est très élevé.

De plus, c'est maintenant la norme chez les assureurs d'offrir aux commanditaires des régimes une vaste gamme de solutions innovatrices qui tiennent compte des données cliniques dans la conception des formulaires tout en améliorant les résultats obtenus par les patients et en réduisant les coûts. La gestion des cas en est un bon exemple.

Supposons que Marie s'est fait prescrire un médicament biologique qui doit être injecté. Or parce qu'elle a du mal à l'injecter elle-même, elle a cessé de l'utiliser. Le gestionnaire de cas s'est rendu compte de la situation et est intervenu auprès de Marie pour lui procurer les ressources et l'aide dont elle a besoin pour apprendre à faire les injections plus facilement. En conséquence, Marie est devenue capable d'injecter son médicament et elle suit la thérapie prescrite.

Un autre exemple serait le cas de Jean, qui prend de l'Humira, mais sans grand résultat. Le médecin lui a donc prescrit une dose quatre fois supérieure à celle recommandée, ce qui accroît le risque d'effets secondaires et fait grimper le coût du traitement. Le gestionnaire de cas discute avec le médecin et lui suggère un autre médicament qui a par ailleurs l'avantage d'être moins cher. Jean se fait prescrire le nouveau médicament et son état s'améliore. C'est un bon exemple de cas où le patient obtient de meilleurs résultats à un moindre coût.

Aucun programme comparable n'est offert aux patients couverts par les régimes publics au Canada.

Enfin, je tiens à souligner que nous prenons très au sérieux notre responsabilité à l'égard de la réduction des iniquités dans l'accès aux médicaments. Par exemple, pas plus tard que l'an dernier, les assureurs privés ont collaboré étroitement avec les rhumatologues de partout au Canada à l'élaboration d'une norme clinique nationale en matière d'accès aux médicaments biologiques pour les patients adultes atteints d'arthrite rhumatoïde.

[Français]

Toutefois, selon nous, ni les gouvernements ni les assureurs canadiens ne peuvent régler à eux seuls les défis à long terme auxquels le système est confronté. La meilleure solution pour les Canadiens s'appuiera sur les forces des secteurs public et privé et les réunira de façon coordonnée.

[Traduction]

Je vais maintenant aborder certains points de manière plus détaillée.

Nous croyons qu'il y a principalement deux grandes questions qui doivent être réglées. La première concerne la viabilité financière du système et la seconde, l'équité en matière d'accès.

Heureusement, il existe déjà dans les deux cas des solutions à peu de frais, qui peuvent être mises en oeuvre rapidement moyennant des changements mineurs à la structure du système. Comme vous le savez, les provinces et, depuis peu, le gouvernement fédéral travaillent ensemble dans le cadre de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, l'APP, en vue de négocier conjointement des prix plus bas pour les médicaments. L'alliance aide à réduire le prix non seulement des nouveaux médicaments brevetés, mais également des médicaments génériques et des produits biologiques ultérieurs, ou PBU. L'Alliance ne traite pas les médicaments génériques et les produits biologiques ultérieurs de la même manière que les médicaments brevetés. Il y a beaucoup à apprendre de cette distinction et nous pouvons certes en tirer des conclusions pour l'avenir.

Dans le cas des médicaments génériques et des produits biologiques ultérieurs, l'Alliance tire parti du pouvoir d'achat et du pouvoir réglementaire du gouvernement pour réduire les prix de manière égale pour tous les Canadiens. Peu importe que ces médicaments ou produits soient remboursés par le secteur public ou le secteur privé: tout le monde paye le même prix réduit. Cette formule a permis de réduire considérablement le coût des médicaments pour tous les Canadiens au cours des dernières années.

Malheureusement, l'Alliance a recours à une formule différente pour réduire le coût des nouveaux médicaments brevetés. Pour ces médicaments, elle négocie des prix confidentiels dont bénéficie seulement la minorité de Canadiens qui sont couverts par le régime d'assurance de la fonction publique. Les personnes qui ont une assurance privée ou qui payent de leur poche doivent les acheter à un prix beaucoup plus élevé. Cette manière de procéder n'est ni équitable ni viable.

Il y a une solution très simple: autoriser les assureurs privés à faire partie de l'Alliance. Cela permettrait aux négociateurs de tirer parti des volumes du marché canadien tout entier lorsqu'ils négocient le prix des médicaments brevetés. Ainsi, tous les Canadiens payeraient le même prix réduit et la situation financière de tous les régimes s'améliorerait au fil du temps. Il convient de noter qu'une telle mesure n'entraînerait aucun coût marginal pour les gouvernements et serait compatible avec le système actuel. Il n'y a vraiment aucune raison de ne pas le faire.

Parmi les autres grands sujets de préoccupation entourant le prix des médicaments, il y a la réforme du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, le CEPMB. Cette question est particulièrement pertinente pour votre comité étant donné que le conseil relève exclusivement de la compétence fédérale. Le conseil a pour mandat de plafonner les prix des nouveaux médicaments brevetés à des niveaux qui ne sont pas « excessifs », un peu comme le ferait une agence de protection des consommateurs. Malheureusement, la manière dont il s'y prend a élevé le Canada au rang des quelques pays dans le monde où les prix courants sont les plus élevés et dépassent largement la moyenne de l'OCDE.

Nous croyons que le mandat du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés devrait être revu. La mission de conseil devrait plutôt consister à plafonner les prix aux niveaux les plus bas possible, pas seulement à des niveaux qui ne sont pas « excessifs ».

Enfin, nous admettons qu'il y a des disparités inacceptables au chapitre de l'accès aux médicaments au Canada. L'offre de médicaments dépend parfois de la province ou de la formule de régime choisie par l'employeur, surtout dans le cas des médicaments nouveaux et onéreux. Il faut faire mieux. Les assureurs privés sont pour l'établissement d'un formulaire minimum à l'échelle nationale, qui garantirait une même couverture de base à tous les Canadiens et simplifierait le système à certains égards. En même temps, les provinces, les commanditaires de régimes et les particuliers qui le souhaitent pourraient continuer d'obtenir une couverture additionnelle.

En ce qui concerne les médicaments très rares, dits orphelins, nous pensons également que les gouvernements et les assureurs privés devraient travailler ensemble à l'élaboration d'une approche commune en vue de rendre ces médicaments accessibles. S'il est un domaine où il est essentiel d'adopter une approche commune, c'est bien celui des médicaments pour lesquels il y a très peu de patients, mais qui en même temps coûtent extrêmement cher.

•(1550)

[Français]

En conclusion, je souligne que toute solution à long terme exigera que les gouvernements et les assureurs privés adaptent leurs programmes et qu'ils collaborent plus efficacement à l'avenir.

La bonne nouvelle, c'est qu'un certain nombre de mesures politiques simples peuvent être prises dans l'immédiat. Ce sont des mesures qui auront un impact important sans coût, ou presque, pour les gouvernements et pour les employeurs.

Nous serons heureux de poursuivre le dialogue sur ces enjeux politiques et nous serons à votre disposition pour répondre à vos questions.

Je vous remercie.

[Traduction]

Merci.

Le président: Merci.

Monsieur Frank, vous pouvez y aller.

M. Frank Swedlove: M. Frank m'accompagne. Nous avons donc tous les deux fait l'exposé.

Le président: Oh, je m'excuse. Nous avons donc terminé les exposés.

Passons aux séries de questions. Monsieur Ayoub, vous avez le premier temps de parole.

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

Je poserai mes questions en français, si cela ne vous dérange pas.

[Français]

J'avais préparé plusieurs questions, mais en lisant votre discours, d'autres me sont venues à l'esprit.

Tout le monde s'entend pour réduire les coûts des médicaments et donner davantage accès aux citoyens à de meilleurs médicaments. Vous dites qu'il y a des solutions très simples pour faire baisser les prix. On peut peut-être observer un manque de dialogue ou un manque de cohésion dans la fixation ou dans la réglementation des prix. Si les solutions sont simples, pourquoi n'a-t-il pas été possible de s'entendre auparavant à ce sujet? Qu'est-ce qui a causé les embûches qui sont survenues antérieurement? Les travaux du comité nous donnent maintenant l'occasion d'en parler. Quelle est l'origine des premières embûches?

M. Stephen Frank (vice-président, Élaboration des politiques et Maladie, Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes): Il s'agit d'un processus assez nouveau pour les provinces. L'Alliance pancanadienne pharmaceutique, ou l'APP, est un système de négociation des prix des médicaments qui existe depuis quatre ou cinq ans. Ce concept, qui est assez nouveau au Canada, constitue selon moi une évolution à cet égard.

Comme M. Swedlove l'a mentionné, nous croyons qu'on peut continuer l'évolution à cet égard pour inclure les assureurs privés, comme on le fait pour les médicaments génériques et les produits biologiques ultérieurs. Ce concept est nouveau dans le système et nous maintenons un bon dialogue avec les provinces et avec le gouvernement fédéral.

M. Frank Swedlove: Notre association a aussi été invitée à joindre l'APP. Nous avons exprimé notre intérêt, mais nous attendons encore la réponse des gouvernements à ce sujet.

M. Ramez Ayoub: D'accord.

Les solutions sont donc déjà connues depuis un certain temps. Elles sont déjà sur la table.

Dans son rapport, l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes formule plusieurs recommandations, dont une qui touche l'approbation des nouveaux médicaments. Pouvez m'expliquer pourquoi Santé Canada prend plus de temps à approuver les nouveaux médicaments que ne le font les organismes de réglementation de l'Europe ou des États-Unis?

D'après vous, pour quelles raisons ce processus est-il plus long au Canada que dans les pays de l'Europe et aux États-Unis?

•(1555)

M. Stephen Frank: Malheureusement, nous n'avons pas de réponse à cette question.

Nous intervenons dans le système une fois que les médicaments sont approuvés et lancés sur le marché. Nous savons que le délai d'approbation des nouveaux médicaments est plus long au Canada qu'ailleurs, mais nous n'avons pas poussé plus loin notre recherche de la cause à ce sujet.

M. Ramez Ayoub: Vous n'avez même pas un indice à ce sujet? C'est quand même préoccupant que vous n'avez aucune...

M. Frank Swedlove: C'est le gouvernement qui décide.

M. Ramez Ayoub: Je comprends, mais lorsqu'on est dans un domaine précis, on essaie généralement de se faire une idée de l'origine des difficultés. On se questionne sur ce qui se passe et sur ce qui achoppe. Vous n'avez pas d'opinion à cet égard?

M. Frank Swedlove: Non.

M. Ramez Ayoub: Dans une autre recommandation, vous demandez de laisser plus de place aux pharmaciens pour qu'ils puissent faire une substitution de médicaments ou de traitements.

Pouvez-vous élaborer un peu plus votre position à ce sujet?

M. Stephen Frank: Nous croyons qu'il y a beaucoup de situations où les compétences des pharmaciens pourraient être davantage utilisées qu'elles ne le sont actuellement. Nous croyons que le service de substitution de médicaments et d'autres services que les pharmaciens pourraient offrir aux patients constitueraient une valeur ajoutée pour nos membres. C'est la raison pour laquelle nous soutenons une telle approche.

En collaboration avec les pharmaciens de toutes les régions du pays, les assureurs ont essayé plusieurs modèles afin de trouver un moyen de rémunérer les pharmaciens pour les services qu'ils rendent à nos membres. Les assureurs sont fortement intéressés à trouver une façon de mieux utiliser les pharmaciens dans le cadre du système. Nous pensons que les pharmaciens pourraient ainsi contribuer à faire baisser les prix et améliorer les résultats pour les patients. C'est une avenue qui nous intéresse beaucoup.

M. Ramez Ayoub: Je crois que ce genre de pratiques a déjà cours au Québec. Il y a une certaine ouverture à cet égard. Dernièrement, ils seraient de plus en plus impliqués. Êtes-vous au courant de cette situation?

M. Stephen Frank: Est-ce que vous parlez en particulier des substitutions thérapeutiques?

M. Ramez Ayoub: Je parle de l'implication des pharmaciens dans le traitement.

M. Stephen Frank: Les relations avec les pharmaciens varient d'une province à l'autre. Il y a des discussions très importantes au Québec à ce sujet et nous les suivons attentivement. Nous sommes d'accord pour que les pharmaciens soient davantage mis à contribution qu'ils ne le sont actuellement.

M. Ramez Ayoub: Mais vous ne voyez pas encore de résultats à cet égard, n'est-ce pas?

M. Stephen Frank: Comme je viens de le dire, chaque province a une approche différente pour ce qui est du processus. Par exemple, en Alberta, les pharmaciens ont beaucoup plus de pouvoirs que n'en ont présentement les pharmaciens du Québec. Chaque province a une approche différente, mais nous sommes favorables à l'idée d'avoir davantage recours aux pharmaciens.

[Traduction]

M. Ramez Ayoub: Monsieur le président, combien de minutes me reste-t-il?

Le président: Il vous reste 47 secondes. Utilisez-les judicieusement.

[Français]

M. Ramez Ayoub: Vous avez parlé de changer le barème de prix plutôt que d'adopter un prix plafond. Même si cette option semble simple, pouvez-vous nous expliquer la différence entre ces deux notions?

M. Stephen Frank: Le concept que le CEPMB utilise dans le cadre de son mandat fait en sorte que les prix ne sont pas excessifs. Cependant, nous croyons que son mandat devrait être modifié de façon à ce qu'il essaie d'obtenir les prix les plus bas possible pour les Canadiens.

De la façon dont le marché fonctionne, cela va rester un prix plafond, mais il faudrait déterminer à quel niveau ce dernier devrait se situer. Nous croyons qu'il pourrait être abaissé, et cela pourrait se faire en révisant le mandat du CEPMB afin qu'il tente vraiment d'obtenir les prix les plus bas pour les Canadiens.

• (1600)

M. Ramez Ayoub: Je vous remercie.

[Traduction]

Le président: Monsieur Carrie, allez-y.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci, monsieur le président. Je remercie les témoins de leur présence.

Monsieur Swedlove, à la page 2 de votre exposé, vous dites que les « assureurs privés offrent généralement l'accès à un nombre beaucoup plus élevé de médicaments que les régimes publics et offrent les nouveaux médicaments beaucoup plus rapidement. »

Nous avons entendu des témoins plus tôt qui ne pensent pas de la même manière que vous à ce chapitre. Avez-vous des données pour appuyer vos dires?

M. Frank Swedlove: Eh bien, des chercheurs du Canadian Health Policy Institute, soit un groupe de réflexion sur la santé, se sont penchés sur les médicaments en 2012. Parmi les 36 nouveaux médicaments homologués par Santé Canada, 92 % étaient couverts par au moins un régime privé d'assurance-médicaments en 2012, tandis que seulement 11 % l'étaient par au moins un régime public.

Pour ce qui est du délai, les régimes privés d'assurance-médicaments prenaient en moyenne environ 143 jours pour approuver un nouveau médicament, tandis que les régimes publics en prenaient 312. Bref, les régimes privés approuvent considéra-

blement plus rapidement les nouveaux médicaments que les régimes publics.

M. Colin Carrie: Vous avez également parlé de votre expérience avec l'Alliance pharmaceutique pancanadienne, et nous avons en gros entendu dire que cet organisme prend un temps fou à approuver et à négocier ces aspects. Il semble que cela prendrait des années à un organisme gouvernemental chargé de l'assurance-médicaments pour renégocier les milliers de médicaments et de contrats avec les sociétés pharmaceutiques. Si je ne m'abuse, les représentants ont dit en avoir déjà fait environ une centaine.

Selon vous, à combien se chiffrerait ce que devrait absorber le gouvernement la première journée s'il décidait de mettre en place un programme national d'assurance-médicaments? Combien cela coûterait-il de plus aux contribuables canadiens si le gouvernement décidait tout bonnement de manière unilatérale de mettre en place un tel régime?

M. Frank Swedlove: Certains partisans du concept d'un régime public font valoir les économies considérables associées à un tel régime. Le concept est évidemment qu'il n'y aurait qu'une seule unité de négociation, ce qui réduirait grandement les coûts.

Nous sommes d'avis que l'idée d'avoir une seule unité pour négocier le prix des médicaments avec les sociétés pharmaceutiques est valide, et nous y serions favorables. Nous pensons que c'est possible de le faire par l'entremise de l'Alliance pharmaceutique pancanadienne. Cependant, si vous décidiez de mettre en place demain ou l'année prochaine un organisme unique chargé de l'assurance-médicaments ou peu importe le moment que vous décidez de le faire, cet organisme aurait quand même besoin de plusieurs années pour négocier les prix des milliers de médicaments homologués. Il lui faudrait de 10 à 20 ans pour négocier le prix de tous les médicaments. Bref, les économies que certains prévoient tirer de la mise en place d'un nouveau régime national d'assurance-médicaments prendraient du temps avant de se concrétiser.

La première journée du régime, les gouvernements provinciaux et fédéral devront déboursier en gros ce que le secteur privé débourse actuellement, voire peut-être moins, parce que les gouvernements n'en couvrent pas certains et que certains médicaments génériques seraient plutôt utilisés. Si nous ne tenons pas compte de ces deux éléments, nous évaluons que les gouvernements devront quand même déboursier d'entrée de jeu environ 13 milliards de dollars.

M. Colin Carrie: Ce n'est pas vraiment ce que d'autres témoins nous ont dit. Voilà pourquoi je voulais vous entendre à cet égard.

Dans votre exposé, vous avez parlé de l'Alliance pharmaceutique pancanadienne et avez dit que son barème de prix pourrait être appliqué à tous les Canadiens protégés par des régimes publics et privés et que les Canadiens profiteraient d'économies. Je crois que d'autres témoins ont dit que ce ne serait pas le cas, parce que vous empocheriez tout simplement les profits et que vous êtes après tout une grande méchante société. Je m'intéresse vraiment aux avantages que pourraient en tirer les Canadiens. Pouvons-nous garantir que les Canadiens paieraient moins cher pour leurs médicaments?

M. Frank Swedlove: Eh bien, c'est une industrie où la concurrence est féroce. Je crois que nous avons environ une trentaine d'entreprises dans le secteur qui se livrent une féroce concurrence. Les profits dans ce milieu ne sont pas vraiment excessifs. Nous travaillons depuis longtemps d'arrache-pied pour réduire les prix des médicaments, et nous voulons que cela se concrétise, parce que nous voulons que cet argent soit réinvesti dans d'autres débouchés dans le domaine de la santé. Je crois que c'en est une partie très importante.

•(1605)

M. Stephen Frank: Je pourrais prendre un instant pour expliquer la manière dont les coûts sont transférés dans le secteur privé.

La majorité des Canadiens sont couverts par un type de régime dans le cadre duquel nous offrons seulement des services administratifs. Cela signifie que l'employeur paye les médicaments et que l'assureur fournit les services administratifs. Je rappelle que la majorité des gens sont couverts par un tel régime, et toute réduction dans les prix des médicaments profite immédiatement aux consommateurs dès la première journée ou la première fois qu'ils se présentent à la pharmacie.

Du côté des régimes gérés par un assureur, les prix sont modifiés annuellement, et les consommateurs paient des prix qui varient en fonction de la tendance. Si la tendance était à la baisse au cours de la dernière année en raison d'une réduction des prix, cela se refléterait dans l'augmentation de leur prime. Il y aurait un certain délai dans le cas des gens couverts par des régimes gérés par un assureur, mais les consommateurs en verraient l'effet sur leur prime probablement 12 mois plus tard.

L'important à retenir, c'est que les prix des médicaments constituent une ressource utilisée dans la prestation des services que nous fournissons aux employeurs et que la majorité des Canadiens profitent directement des réductions. Pour les autres, c'est indirect, mais cela se fait certainement très rapidement.

Pour revenir à l'essence de votre question, il est impossible que les assureurs absorbent ces profits. Ce sont les participants aux régimes ou les promoteurs qui en profiteraient.

M. Colin Carrie: Certains avancent l'idée d'avoir une sorte de monopole. Je suis certain que certains Canadiens se demandent si les monopoles gérés par l'État sont toujours garants de succès; en Ontario, je peux vous dire que c'est notre expérience.

En ce qui a trait aux problèmes avec lesquels sont aux prises d'autres pays qui ont en place de tels monopoles, comme nous en avons entendu parler au sujet du Royaume-Uni et de la Nouvelle-Zélande, avez-vous des données sur les pays qui ont adopté un système différent? Je sais qu'il est difficile de comparer des pommes avec des oranges, mais je me demande ce à quoi ressemble la situation sur le terrain dans ces pays qui ont un certain monopole en la matière.

M. Stephen Frank: Je crois qu'il est juste de dire que ces deux pays en particulier ont très bien réussi à contrôler les coûts. Il faut retenir que les autorités ont tendance à le faire en restreignant l'accès. C'est le compromis qu'il faut faire pour trouver l'équilibre dans tout cela.

Dans le cas du Royaume-Uni, en particulier avec certains de... Nous avons accès à des données intéressantes en ce qui concerne les taux de survie au cancer au Royaume-Uni. Le pays accuse du retard en la matière, et les autorités sont plus lentes que d'autres pays à homologuer de nouveaux médicaments contre le cancer. Il y a une corrélation, et le gouvernement du Royaume-Uni a dû récemment mettre sur pied un nouveau programme pour commencer à refinancer l'homologation des médicaments contre le cancer, parce que le Royaume-Uni a du rattrapage à faire. Les autorités sont peut-être allées trop loin.

La Nouvelle-Zélande profite d'un environnement où les coûts sont très faibles, mais la liste de médicaments est extrêmement limitée. Un sondage auprès de médecins a rapporté que 75 % d'entre eux n'ont pas pu prescrire au cours de la dernière année un médicament

qu'ils voulaient prescrire, parce qu'il ne fait pas partie de la liste limitée de médicaments.

Il faut donc faire des compromis. Nous pourrions concevoir un système très économique au Canada, mais cela se ferait au détriment de l'accès. Cela a des conséquences pour les patients.

Je crois que les exemples de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni sont souvent utilisés, mais je pense que nous devons faire attention à ce que cela entraîne.

M. Colin Carrie: Si vous me permettez de poser une question pour connaître votre opinion...

Le président: Je m'excuse, mais votre temps est écoulé.

Monsieur Davies, allez-y.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Je remercie les témoins de leur présence.

Messieurs Swedlove et Frank, vous représentez l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. Aurais-je raison de penser que vos membres tirent profit de l'administration des régimes privés de soins de santé? Est-ce exact?

M. Frank Swedlove: Eh bien, oui. C'est possible; autrement, je présume qu'ils ne le feraient pas.

M. Don Davies: Si le Canada adoptait un système public à payeur unique assurant une assurance au premier dollar, vos membres ne feraient plus d'argent, n'est-ce pas? Cela nuirait-il aux intérêts de vos membres?

M. Frank Swedlove: Nos membres utiliseraient leurs capitaux à d'autres fins.

M. Don Davies: D'accord.

Madame Huberman, le nombre d'employeurs qui offrent des avantages médicaux aux nouveaux employés est passé de 62 % en 2002 à 49 % en 2011. Nous savons déjà que le tiers des Canadiens qui travaillent à temps plein n'ont pas d'assurance-médicaments, que les trois quarts des Canadiens qui travaillent à temps partiel n'ont pas d'assurance-médicaments et que 1 Canadien sur 10 a de la difficulté à payer ses médicaments, même s'il a une assurance-médicaments.

Voici ma question. Pourquoi les employeurs n'offrent-ils plus de tels avantages à leurs employés?

•(1610)

Mme Anita Huberman: Eh bien, c'est vraiment une question de rentabilité. Le coût des médicaments effrite considérablement leur rentabilité, en particulier dans le cas des petites et moyennes entreprises.

Le milieu des affaires de Surrey compte de petites et moyennes entreprises qui doivent faire attention à leurs dépenses. Voilà pourquoi nous préconisons la mise en place d'un régime universel d'assurance-médicaments dans lequel les gouvernements provinciaux et fédéral collaborent pour trouver une solution pour que les travailleurs puissent avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin et demeurer productifs au travail.

M. Don Davies: J'ai une question complémentaire. Bon nombre des opposants que j'ai entendus — et il y en a certains ici — à un système universel à payeur unique assurant une assurance au premier dollar affirment que cela ne fonctionnerait pas, parce que ce serait trop dispendieux, que les consommateurs auraient moins de choix et qu'ils n'auraient pas accès aux médicaments qu'ils veulent. Ce sont exactement les arguments qui ont été mis de l'avant dans les années 1960 en vue d'expliquer pourquoi le Canada ne pouvait pas adopter un système universel de soins de santé; ce sont exactement les mêmes arguments.

Je me pose une question. Un Canadien peut visiter aujourd'hui son médecin, recevoir les soins dont il a besoin pour traiter son doigt fracturé, sa dépression ou son psoriasis — le médecin peut littéralement soigner des milliers de problèmes de santé — et partir sans déboursier un sou. Ce service est payé sur le plan administratif par le système à payeur unique.

Madame Huberman, y a-t-il selon vous une raison pour laquelle une personne ne pourrait pas se rendre à la pharmacie, remettre son ordonnance au pharmacien et obtenir les médicaments prescrits dont elle a besoin et qu'un pharmacien ne pourrait pas envoyer la facture au système de soins de santé, comme le fait le médecin? Y a-t-il une raison pour laquelle nous ne pourrions pas étendre l'assurance-médicaments en appliquant le même principe et le même modèle que nous appliquons déjà pour le régime universel de soins de santé?

Mme Anita Huberman: Je crois que les Canadiens de concert avec les entreprises et le gouvernement ont actuellement l'occasion de réduire le cloisonnement et la fragmentation. Ce type de modèle est certainement quelque chose d'envisageable.

M. Don Davies: Monsieur Swedlove, j'ai une autre question pour vous.

Je vais répéter certaines données que j'ai mentionnées plus tôt. Vous venez d'entendre que dans le modèle du secteur privé la majorité des Canadiens qui ont une couverture l'ont par l'entremise de leur employeur. Environ le tiers des Canadiens qui travaillent à temps plein, ou 20 % des Canadiens n'ont aucune assurance-médicaments. Donc, sept millions de Canadiens n'ont aucune assurance-médicaments ou en ont une qui a des lacunes. Le nombre d'employeurs qui offrent une assurance-médicaments à leurs employés est en baisse. Il est évident que de plus en plus de Canadiens se retrouvent sans couverture relative aux médicaments sur ordonnance.

Que répondez-vous à cela? Comment pouvons-nous nous assurer que tous les Canadiens ont accès aux médicaments dont ils ont besoin?

J'aimerais ajouter une dernière chose. Vous avez fait des commentaires sur les stratégies qui pourraient réduire les prix des médicaments, mais cela n'aide aucunement les personnes qui n'ont pas d'assurance-médicaments.

M. Frank Swedlove: Je ne suis pas certain de vos statistiques, et je ne suis pas certain d'où sortent ces calculs.

Je n'ai pas vu de statistiques, à savoir que le tiers des travailleurs à temps plein n'ont pas d'assurance-médicaments. Selon nos statistiques, 27 millions de Canadiens sont couverts par une assurance-médicaments offerte par nos membres. Nos données ne correspondent pas aux vôtres.

M. Don Davies: Mes données proviennent de la Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé. Je vous enverrai l'information plus tard. Ces données proviennent de cet organisme.

M. Frank Swedlove: Je vous en saurais gré.

Il ne fait aucun doute qu'il y a des lacunes. En tant que société, nous devrions essayer de trouver des moyens de les combler, et nous sommes certainement prêts à collaborer avec les gouvernements provinciaux et fédéral pour essayer de trouver des moyens d'y arriver.

La grande majorité des Canadiens peuvent aller chercher des médicaments à la pharmacie, et leur régime assume au moins une très grande proportion de leur coût. C'est payé par leur employeur, dans la majorité des cas, ou par l'entremise de leur convention collective.

Nous devons trouver des solutions pour combler les lacunes.

M. Don Davies: Oui, et je vous demande comment y arriver pour la minorité de Canadiens pour lesquels ce n'est pas le cas.

M. Frank Swedlove: Les provinces et le secteur privé pourraient s'asseoir à une même table pour essayer de cerner ces lacunes, car on ne sait pas avec une certitude absolue où sont ces lacunes. De façon générale, les personnes qui gagnent le moins ou qui n'ont pas d'emploi sont couvertes par les provinces. C'est aussi le cas de la plupart des aînés.

Essayons d'abord de cerner ces lacunes, puis nous verrons ce que nous pouvons faire.

• (1615)

M. Don Davies: À l'instar de M. Carrie, vous avez dit que les régimes privés offraient un meilleur accès aux nouveaux médicaments que les régimes publics. Je vous dirais, monsieur Swedlove, que cela n'est pas inévitable. Nous pourrions très bien élaborer un régime national et assurer une vaste liste de médicaments, et nous pourrions trouver une façon efficace d'y intégrer les nouveaux médicaments.

Cela n'est pas impossible. Qu'en pensez-vous?

M. Frank Swedlove: Ce n'est pas impossible. Les provinces choisissent de restreindre l'accès — par rapport à celui qu'ont nos membres — pour réduire les coûts. Je ne sais pas si le même type de pression s'exercerait avec un régime public universel d'assurance-médicaments.

M. Don Davies: Merci.

Le président: Monsieur Levitt, soyez le bienvenu au Comité.

M. Michael Levitt (York-Centre, Lib.): Merci beaucoup, et merci à nos témoins pour leur exposé.

Monsieur Swedlove, d'après ce que je comprends, lorsqu'une société privée souscrit à une assurance, il y a des frais administratifs pour la gestion des médicaments, qui couvrent la vérification du statut du demandeur, le traitement de la demande et l'émission du paiement.

Quel pourcentage moyen les frais d'administration occupent-ils dans les régimes du secteur privé et pouvez-vous nous dire, en gros, comment ces frais sont établis?

M. Stephen Frank: Les frais moyens sont bien en deçà des 10 %. Ils sont établis en fonction des coûts des services que vous venez de mentionner. Je ne sais pas ce que je pourrais dire de plus à ce sujet.

M. Michael Levitt: Sans aller dans les moindres détails, pouvez-vous décrire le processus que vous ou vos membres utilisez pour négocier les listes de médicaments? Comment établit-on la gamme de produits assurés?

M. Stephen Frank: En disant « négocier les listes de médicaments », voulez-vous dire établir les listes de médicaments, les choix et les options?

M. Michael Levitt: Oui.

M. Stephen Frank: Un assureur dispose d'une myriade d'options qu'il peut offrir à un employeur. À l'heure actuelle, chaque assureur au Canada a une liste de médicaments fixe qu'il peut offrir à un employeur, et cette liste est gérée de façon intégrale, ce qui signifie que nous évaluons chaque nouveau médicament qui est mis en marché afin d'établir s'il se retrouvera dans la liste ou non. C'est une solution qui peut être offerte à un employeur.

Ces listes gérées sont une option que nous présentons aux employeurs, et voici ce que nous leur disons: « Les participants de votre régime auront accès à tous les médicaments qui sont sur le marché, mais il y aura des catégories. » Ainsi, les médicaments que nous jugerons meilleurs sur le plan clinique feront partie de la catégorie 1, et la quote-part des participants sera moins élevée pour ces médicaments. La quote-part pour ceux de la catégorie 2 sera plus élevée et celle de la catégorie 3, encore plus élevée. C'est ce que nous appelons une liste gérée de médicaments.

Beaucoup d'employeurs aiment cette formule, car elle permet à chaque employé de faire des choix et de travailler avec son médecin afin d'établir la thérapie qui lui convient. De plus, toutes les combinaisons sont possibles. Nous pouvons donc paramétrer tous les aspects des régimes. En général, nous rencontrons les employeurs et nous leur proposons des solutions faites sur mesure, surtout pour les plus gros d'entre eux. Nous travaillons avec eux et avec leurs syndicats, nous leur demandons quels types d'avantages ils aimeraient avoir et nous leur concevons un régime en conséquence.

Aux petits et moyens employeurs, nous aurons plutôt tendance à proposer un régime forfaitaire.

Une chose très importante que je tiens à souligner c'est que nous ne vendons pas vraiment de prestations pharmaceutiques aux employeurs, mais bien un ensemble de prestations. Même à l'étape de la conception, nous tentons de tenir compte de cela dans la façon dont seront gérés les soins dentaires et les soins de la vue, les prestations d'invalidité, dans ce qui arrivera au moment de la retraite, et au moment de décider s'il s'agira de cotisations déterminées ou d'un régime à prestations déterminées. C'est ce dont nous discutons avec l'employeur. Il ne s'agit pas d'essayer de lui vendre un régime d'assurance-médicaments.

Lorsque les employeurs réfléchissent à la façon dont ils veulent que les choses soient structurées, ils le font en tenant compte de tout ce qu'ils essaient d'offrir à leurs employés.

Voilà, en essence, le type d'échanges que nous avons lorsque nous proposons un régime.

M. Michael Levitt: Merci.

J'aimerais juste une petite précision à ce sujet. Comment vous adaptez-vous à la demande pour des médicaments rares? Quel mécanisme de fixation des prix utilisez-vous pour tenir compte de ces besoins particuliers?

M. Stephen Frank: C'est la même chose. M. Swedlove a parlé de la Société canadienne de mutualisation en assurance-médicaments, qui a été créée en 2013. Cela nous permet de répartir le coût des médicaments récurrents à coût élevé entre tous les régimes entièrement assurés, et c'est quelque chose que nous avons fait.

Nous avons commencé à mener nos propres négociations en matière de fixation des prix. Pour certains des médicaments les plus chers, les assureurs qui ont une taille suffisante ont commencé à

négocier leurs propres ententes en matière de liste. C'est une autre chose que nous faisons pour faire baisser les prix.

En ce qui concerne des choses comme la gestion des cas dont M. Swedlove a parlé dans son exposé, nous utilisons un réseau de fournisseurs pour essayer de faire baisser les coûts pharmaceutiques. Il y a une foule de choses que les compagnies font pour gérer les coûts et l'accès, surtout pour les médicaments à coût très élevé.

M. Michael Levitt: Monsieur le président, combien de temps me reste-t-il?

Le président: Trois minutes.

M. Michael Levitt: Avez-vous entendu parler de l'analyse de Michael Law, Jillian Kratzer et Irfan Dhalla qui a été publiée dans l'édition de septembre 2014 du *Canadian Medical Association Journal*? On y examinait l'efficacité des assureurs privés du domaine de la santé au Canada.

• (1620)

M. Stephen Frank: Oui.

M. Michael Levitt: Cette étude démontrait que la sinistralité des régimes collectifs d'assurance-maladie des assureurs privés du Canada était passée de 94 % en 1991 à 74 % en 2011. Pouvez-vous nous expliquer ce qu'est la sinistralité?

M. Stephen Frank: Ce que je dirais à propos de cet article, c'est que la méthode et les données utilisées étaient inappropriées. Ils se sont servis de données qui incluaient le volet invalidité et une foule d'autres choses qui n'ont pas de lien avec une assurance-maladie complémentaire. Nous l'avons fait savoir aux auteurs, et ils sont tout à fait conscients de cela.

Je crois que la différence soulignée par l'étude est avant tout attribuable à la chute des taux d'intérêt et des répercussions que ces taux ont eues sur le volet invalidité des régimes. Cela n'avait vraiment rien à voir avec les prestations supplémentaires.

M. Michael Levitt: Merci.

Le président: Voilà qui termine notre première série de questions.

Avant de passer à la suivante, j'aimerais vous poser une question.

Nous avons entendu plusieurs témoins au cours des 10 séances que nous avons tenues jusqu'ici, et j'ai l'impression que la fixation des prix des produits pharmaceutiques est chaotique. Je peux me tromper.

Je crois que vous avez dit que vous représentez 30 assureurs. Est-ce bien ce que vous avez dit?

M. Frank Swedlove: Nous en représentons plus que cela, mais si on se limite à ceux qui sont actifs dans ce domaine, il y en a 24.

Le président: Payent-ils tous des prix différents pour les mêmes produits? Doivent-ils tous négocier un prix ou y a-t-il un prix fixe pour des médicaments particuliers? Je sais que vous aimeriez vous joindre à l'Alliance pancanadienne pharmaceutique pour tirer profit d'un volume accru, mais est-ce que tous les assureurs paient différents prix?

Nous avons aussi entendu parler de certaines ristournes, d'ententes de confidentialité et d'autres choses de ce type.

Les pratiques du secteur pharmaceutique sont-elles différentes de celles d'autres secteurs?

M. Frank Swedlove: Oui.

M. Stephen Frank: La réponse est oui. Les prix varient selon celui qui paie, et nous ne pensons pas qu'il devrait en être ainsi. Il ne devrait pas y avoir 24 ou 26 différents prix pour le même médicament. C'est l'une des raisons qui nous poussent à défendre l'idée que nous pourrions faire davantage par l'intermédiaire de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. L'Alliance a réussi à créer une certaine harmonie pour les payeurs publics en ce qui concerne le prix des médicaments brevetés. Elle a en outre eu beaucoup de succès pour l'harmonisation des prix des médicaments génériques et des produits biologiques ultérieurs, tous payeurs confondus.

Comme je l'ai dit, c'est un mécanisme en évolution, et nous croyons qu'il y a beaucoup de façons d'aller encore plus loin. Si les assureurs étaient à la table, les gens finiraient par payer le même prix à l'échelle du pays. Il n'y aurait qu'un prix pour tout le monde. De façon générale, ce serait probablement un prix plus bas que ce que nous payons à l'heure actuelle, puisque nous mettrions nos ressources en commun à cette fin. Nous sommes convaincus que c'est une direction que nous devrions prendre, et le plus tôt possible sera le mieux.

Le président: Tout à l'heure, vous avez parlé de 24 compagnies. Êtes-vous en train de dire qu'elles paient toutes un prix différent pour le même produit?

M. Stephen Frank: Oui.

Le président: Nous avons entendu parler de ristournes. Je n'aime pas utiliser le terme « pot-de-vin », mais il a été évoqué. Cela fait-il partie des pratiques du secteur pharmaceutique? Accorde-t-on des ristournes à certaines compagnies si elles...

M. Stephen Frank: Oui.

Cela se fait par l'intermédiaire de ristournes. Même les provinces se font donner... Lorsqu'il s'agit de payer moins cher, techniquement, ce n'est probablement pas la bonne façon de présenter cela. Les assureurs paient le prix courant, puis ils reçoivent une ristourne du fabricant à la fin du mois ou du trimestre, ce qui, avec le temps, fait baisser le prix réel.

L'une des raisons de cela, c'est que les fabricants tiennent à protéger ce prix courant, étant donné leur façon de fixer les prix de façon globale. Le monde dans lequel nous sommes en est un de ristournes et de réductions à retardement. C'est ce qu'il faut faire pour payer moins cher. C'est la façon de fonctionner et, bien honnêtement, je crois que ce n'est pas près de changer.

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant entamer la deuxième série de questions, et les questions seront de cinq minutes.

Madame Harder, vous avez la parole.

Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC): Merci.

Ma première question s'adresse à vous, monsieur Swedlove, si vous n'y voyez pas d'objection.

Si un programme national d'assurance-médicaments à acheteur unique était mis en place, j'imagine que votre industrie en souffrirait beaucoup.

Pouvez-vous nous dire rapidement combien d'emplois vous vous attendez à perdre directement ou indirectement si cela se produit? En avez-vous une idée?

J'aimerais aussi savoir si vous pensez que cela pourrait forcer une ou des compagnies d'assurance-maladie à fermer leurs portes au Canada, et si cela aurait une incidence sur les produits d'assurance disponibles.

M. Frank Swedlove: Je ne crois pas que nous sommes en mesure de vous donner un chiffre. Il y a un certain nombre de compagnies qui limitent leurs activités au secteur de l'assurance-maladie complémentaire. Bien entendu, elles pourront continuer d'offrir leurs services pour tout ce qui ne touche pas les médicaments, mais le fait demeure que cela aura une incidence sur leur organisation. Ce serait le cas de compagnies comme la Croix-Bleue et des quelques compagnies sans but lucratif qui sont actives dans ce secteur. Celles-là seraient particulièrement touchées, et leurs employés aussi.

Je ferai remarquer que beaucoup de ces organismes effectuent les tâches administratives et tout le travail d'arrière-boutique pour les gouvernements. En fait, elles dirigent une part considérable des opérations des régimes gouvernementaux eux-mêmes. Ces personnes sont aussi au service des gouvernements. Ceux-ci font appel à notre industrie pour fournir ce travail parce que nous le faisons mieux qu'eux et de façon plus rentable.

• (1625)

Mme Rachael Harder: Permettez-moi de continuer dans ce sens, car je crois que vous avez touché à quelque chose d'important.

D'autres témoins dont notre autre témoin d'aujourd'hui, Anita, ont dit qu'ils avaient l'impression que le gouvernement était en mesure de faire le même travail de façon plus efficace et à moindre coût. Qu'en pensez-vous?

M. Frank Swedlove: Je crois que la base de ce raisonnement est le fait que le gouvernement serait en mesure de négocier de meilleurs prix puisqu'il le ferait pour l'ensemble du marché canadien. C'est une dynamique importante, et c'est ce qui nous fait dire que si nous avions la possibilité de nous unir aux provinces pour négocier des prix qui tiendraient compte de l'ensemble du marché canadien, nous pourrions tous profiter de coûts plus bas. C'est cette dynamique qui permet de réaliser des économies.

Mme Rachael Harder: Ce que vous dites, c'est qu'étant donné vos coûts administratifs moindres, vous pourriez être plus efficace et plus efficient qu'un programme d'assurance-médicaments, à condition d'avoir accès aux mêmes prix et d'être en mesure de faire front commun.

M. Frank Swedlove: Oui, c'est ce que nous croyons.

Tout d'abord, l'innovation se poursuivra — ce qui, avec le temps, fait baisser le prix des médicaments —, mais il y aura également plus de choix pour les employeurs désireux d'offrir une plus grande gamme de médicaments. Cette possibilité leur serait offerte.

Je sais que les syndicats négocient souvent l'amélioration de leurs régimes d'assurance-médicaments parce qu'ils veulent offrir plus de possibilités à leurs membres que ce qu'offrent habituellement les régimes publics et maints régimes privés.

Mme Rachael Harder: Très bien.

Dans le même ordre d'idées, j'ai une autre question.

Chaque fois que les ministères mettent en place un système administratif, surtout en ce qui concerne la TI, je les vois dépenser des millions, quand ce n'est pas des milliards dans leur programme de TI, puis je vois le tout échouer, ou passer près d'échouer, et je vois beaucoup d'argent gaspillé.

Est-ce que vous ou des compagnies privées seriez en mesure de mettre au point un système efficace pour administrer les médicaments et les prestations en fonction des produits, et pourriez-vous le faire de façon rentable et en temps voulu?

Est-ce possible?

M. Frank Swedlove: Je crois que c'est déjà ce que nous faisons et le fait que les provinces se servent de nous à cette fin signifie selon moi qu'elles se rendent compte que nous pouvons nous acquitter de ces fonctions à moindres coûts.

Mme Rachael Harder: Auriez-vous la technologie nécessaire pour faire le travail comme il se doit?

M. Frank Swedlove: Nous l'avons déjà, et nous continuons à travailler avec les différents intervenants, les fournisseurs de TI et les pharmaciens afin de continuer à faire baisser les coûts associés à la fourniture de médicaments aux consommateurs.

Mme Rachael Harder: Merci.

Le président: D'accord.

L'intervenant suivant est M. Eyolfson.

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

J'aimerais remercier tous nos témoins d'être ici aujourd'hui.

Madame Huberman, vous avez parlé des avantages potentiels pour la population active et pour l'économie en général de s'assurer que tous ont accès à une assurance-médicaments.

Je suis urgentologue de profession. Je constate qu'il y a des inégalités au sein de la population et qu'au moins 10 % des patients n'ont pas une couverture adéquate. D'après mon expérience, en raison des nombreuses personnes à faible revenu — qui travaillent, mais qui n'ont pas d'assurance —, on estime qu'à l'urgence, 6 ordonnances sur 10 ne sont pas présentées à un pharmacien.

Étant donné qu'un grand nombre de maladies entraîne des coûts énormes si elles ne sont pas traitées, êtes-vous d'avis que ce régime d'assurance-médicaments serait un élément de la solution s'il permettait de réduire les coûts d'hospitalisation en veillant à ce que tout le monde puisse se procurer ses médicaments?

Cela ne réglerait-il pas une partie du problème?

• (1630)

Mme Anita Huberman: Tout à fait. La Colombie-Britannique enregistre le taux de pauvreté infantile le plus élevé au pays, et un régime d'assurance-médicaments universel fait partie intégrante de la solution. Le Comité a ici l'occasion, de concert avec les parties concernées, d'examiner ce qui pourrait être un modèle adéquat et de relever les lacunes.

Deux autres témoins nous ont dit qu'ils étaient prêts à peut-être diminuer le coût des médicaments. Il leur aura fallu du temps pour prononcer ces mots, mais je compte bien approfondir cette question, particulièrement en ce qui concerne les lacunes sur lesquelles nous devrions nous pencher.

M. Doug Eyolfson: Très bien. Merci.

Monsieur Swedlove, vous avez écrit une lettre à la ministre de la Santé Ambrose en 2015. Vous avez parlé des chercheurs qui préconisaient l'instauration d'un régime national d'assurance-médicaments. Vous aviez dit que leur analyse renfermait beaucoup d'erreurs et, qu'en fait, 14 milliards de dollars devraient être assumés immédiatement par le secteur public. D'où détenez-vous ce chiffre?

M. Frank Swedlove: Je demanderais à M. Frank de parler de cette analyse. C'est très simple, en fait.

M. Stephen Frank: Pour commencer, sachez que le secteur privé rembourse à l'heure actuelle 15,5 milliards de dollars au Canada.

Nous avons examiné une étude réalisée par le CEPMB sur les taux de pénétration des médicaments génériques au Canada et, si je ne me trompe pas, on estimait qu'il y avait un écart de 6 % entre les payeurs

publics et privés relativement au taux de pénétration des génériques. Nous nous sommes donc penchés sur les données du secteur privé pour essayer de déterminer combien on économiserait en remplaçant les médicaments brevetés par des médicaments génériques moins chers. On a conclu qu'on obtiendrait des économies de 900 millions de dollars.

Nous avons ensuite demandé à l'APP et au gouvernement de l'Ontario de nous fournir une liste de tous les médicaments pour lesquels ils avaient négocié une entente de prix, et nous avons supposé qu'ils avaient un rabais de 20 % sur ces produits. Nous nous sommes ensuite penchés sur le volume de ces médicaments, puis nous avons calculé ce qu'on épargnerait si on payait des frais moins élevés. Cela nous permettrait de réaliser d'autres économies de l'ordre de 400 millions de dollars.

Par conséquent, dans le meilleur des cas, si le gouvernement versait ces fonds immédiatement, cela représenterait 15,5 milliards de dollars. Je ne parle même pas ici du nombre de personnes qui pourraient utiliser des médicaments génériques. Toutefois, si on parvenait à réaliser toutes ces économies au cours de la première année, idéalement, on parlerait de 14 milliards de dollars.

M. Doug Eyolfson: Merci.

La question du choix se pose, et certains régimes pourraient offrir moins de choix si une liste de médicaments leur était imposée.

Un témoin nous a dit que certains régimes privés avaient plus de choix quant aux types de médicaments. Nous savons, d'après les données empiriques, qu'il y a des médicaments beaucoup plus dispendieux qui deviennent de plus en plus populaires et que les médecins veulent prescrire, mais rien ne prouve qu'ils donnent de meilleurs résultats.

Par conséquent, est-ce qu'on surestime l'importance du choix? Nous pourrions simplement avoir une liste qui indique que ces médicaments plus abordables sont la meilleure option.

M. Stephen Frank: Nous sommes d'avis que les pratiques de prescription au Canada pourraient être bien meilleures. Il y a visiblement place à amélioration. Selon nous, il faudrait en discuter avec les médecins; ce n'est pas au payeur de faire la police indirectement.

L'autre chose — et en tant que clinicien, vous comprendrez certainement —, c'est que les preuves que nous recueillons sur ces médicaments concernent l'ensemble de la population. Les données nous indiquent les réactions moyennes des gens aux médicaments. Nous estimons qu'il est préférable d'avoir plus de choix que pas assez lorsqu'on peut se le permettre. C'est donc une approche que nous devrions considérer, mais chose certaine, nous devons mieux intégrer les données probantes à nos listes.

Il y a différentes façons d'y parvenir. Nous avons envisagé le recours aux listes gérées de médicaments. Nous avons des listes de médicaments autorisés, mais nous laissons au consommateur le soin de décider de ce qui lui convient le mieux.

M. Doug Eyolfson: C'est la deuxième fois que j'entends parler des preuves à l'échelle de la population. Quelles autres preuves y a-t-il?

•(1635)

M. Stephen Frank: C'est la norme, il n'y a pas de doute. Toutefois, il faut savoir que certaines personnes vont très bien réagir à un médicament, alors que d'autres ne vont pas réagir du tout. Il faut parfois essayer plusieurs médicaments avant de trouver le bon; c'est pourquoi nous estimons qu'il est important d'avoir différentes options et de pouvoir offrir le choix aux patients.

De plus, pour bon nombre des nouveaux médicaments qui sont dispendieux, les preuves ne sont pas claires. Les essais cliniques n'ont pas su démontrer si le médicament sera efficace ou non. Par conséquent, si vous vous retrouviez devant 10 questionnaires de régime d'assurance-médicaments, ils vous diraient tous que leur liste est fondée sur des preuves, et ils auraient tous des listes différentes. Il n'y a pas d'absolu. Nous pensons qu'il est important d'avoir du choix et de la variété.

Le président: Votre temps est écoulé.

Monsieur Webber.

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

L'un des désavantages de passer après les autres, c'est que nos questions ont déjà été posées, alors la seule question qu'il me reste concerne l'issue du match de ce soir. Selon vous, qui va l'emporter?

Des voix: Oh, oh!

M. Len Webber: Sérieusement, monsieur Swedlove, vous avez évidemment parlé de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, soit l'APP. Vous avez laissé entendre que les provinces traitent avec ces fabricants pharmaceutiques et obtiennent de meilleurs prix en raison de leur important pouvoir d'achat, et que les compagnies d'assurance comme les vôtres paient des prix excessifs.

M. Casey vous a demandé pourquoi les membres que vous représentez ne se regroupent pas comme l'APP pour augmenter leur pouvoir d'achat. Vous avez dit que vos compagnies paient différents prix pour les médicaments. Je ne comprends donc pas pourquoi vous ne formeriez pas une alliance comme l'APP pour accroître votre pouvoir d'achat.

M. Frank Swedlove: L'un des avantages du gouvernement, c'est qu'il n'est pas assujéti à la Loi sur la concurrence.

M. Len Webber: Vous avez raison. Vous soulevez un très bon point.

Je pense que c'est Pittsburgh qui va gagner ce soir.

Des voix: Oh, oh!

M. Len Webber: Je vais maintenant céder la parole à M. Carrie, parce qu'on a déjà répondu à toutes mes questions.

M. Colin Carrie: Merci beaucoup.

J'aurais une question à vous poser. Mon collègue a soulevé quelque chose de très important concernant les ordonnances qui ne sont pas présentées au pharmacien. Certains témoins ont supposé que les gens ne faisaient pas remplir leurs ordonnances parce qu'ils n'avaient pas les moyens d'acheter leurs médicaments. J'ai toutefois un point de vue légèrement différent là-dessus.

Savez-vous pourquoi les gens ne font pas exécuter leurs ordonnances? Est-ce parce qu'ils se sentent mieux le lendemain ou parce qu'ils n'aiment pas le médicament qu'on leur a prescrit? Recueillez-vous des données à ce sujet?

M. Frank Swedlove: Je vais demander à M. Frank s'il a quelque chose à ajouter, mais on ne sait pas comment cette question a été posée aux gens.

La dernière fois que je suis allé voir un médecin, il m'a remis cinq ordonnances pour mes allergies aux graminées, et trois d'entre elles étaient optionnelles. Je ne les ai pas toutes présentées au pharmacien parce que je devais en payer une partie et je ne voulais pas payer pour rien si je n'en avais pas besoin. Par conséquent, si quelqu'un me demandait s'il m'est déjà arrivé de ne pas faire exécuter une ordonnance en raison du coût, je répondrais que oui, dans le cas de mes médicaments contre les allergies.

Il serait intéressant de savoir comment la question a été posée.

Maintenant, je suis sûr qu'il arrive que des gens ne se procurent pas les médicaments qu'on leur a prescrits en raison de leur coût trop élevé. Ce sont les lacunes dont j'ai parlé tout à l'heure, et nous aimerions avoir plus d'information pour combler ces lacunes, car comme nous l'avons souvent dit, les Canadiens ne devraient jamais avoir à choisir entre la nourriture et les médicaments.

Nous l'affirmons depuis longtemps. En fait, nous avons même publié un document là-dessus il y a six ans.

•(1640)

M. Colin Carrie: J'étais simplement curieux de savoir si vous aviez des données à ce sujet, parce que j'ai déjà entendu ça, et je sais que parfois, un médecin peut nous prescrire un médicament au cas où notre état s'aggraverait. Il y a donc différentes raisons pour lesquelles les gens font remplir ou non leurs ordonnances, et on a émis certaines hypothèses.

J'aimerais qu'on discute de la prescription excessive de médicaments d'ordonnance. Vous avez abordé la question plus tôt. Il semble que les médecins prescrivent beaucoup trop de médicaments, et l'une de mes préoccupations, si on commence à couvrir tous ces médicaments, c'est qu'on opte pour cette solution facile au lieu d'examiner le problème en profondeur.

Avez-vous des données au sujet de la prescription abusive ou erronée? Un des témoins a indiqué que 40 % des personnes âgées se font prescrire des médicaments qui ne leur conviennent pas. Nous avons entendu parler de la crise des opioïdes également — et du fait que les médecins sont formés pour prescrire ces médicaments et peut-être pas assez pour amener les gens à y renoncer.

Avez-vous des données à nous fournir sur le nombre excessif d'ordonnances et sur les coûts que cela représente pour les contribuables canadiens ou l'industrie?

M. Stephen Frank: Non, mais ce que je pourrais dire concernant les prescriptions — et cela se trouve dans le document dont a parlé Frank —, c'est que nous ne sommes pas un modèle pour ce qui est des pratiques de prescription au Canada. Vous pourriez examiner les lignes directrices et les structures qui ont été mises en place dans d'autres pays qui ont tenté de s'attaquer aux causes du problème. Il faut veiller à ce que nos médecins prescrivent des médicaments adéquatement. Nous devons favoriser la formation et établir un processus en vue d'améliorer les choses. Nous appuierions certainement de telles mesures.

En ce qui nous concerne, nous intervenons une fois que la prescription a été présentée à la pharmacie. Toutefois, nous sommes conscients qu'il y a des problèmes en amont auxquels on pourrait certainement remédier, et cela pourrait profiter à nous tous si nous pouvions faire mieux.

M. Colin Carrie: Je vais vous poser une question que je n'ai pas pu vous poser la dernière fois. Un témoin nous a demandé: êtes-vous d'avis que le système fonctionne à l'heure actuelle? Devons-nous jeter le bébé avec l'eau du bain?

Le système est-il efficace au moment où l'on se parle?

M. Frank Swedlove: En ce qui a trait au coût des médicaments, je dirais que non.

Nous ne sommes pas ici pour appuyer le statu quo, mais plutôt pour réclamer une réforme qui pourrait se faire sans accroître les coûts ni le rôle du gouvernement. Il nous incombe de collaborer avec le gouvernement afin d'obtenir le meilleur coût possible, et nous croyons que c'est tout à fait réalisable.

M. Colin Carrie: Qu'en est-il de l'accès?

Le président: Vous n'avez plus de temps.

M. Colin Carrie: Mon temps est écoulé. Je pourrais peut-être avoir une brève réponse.

M. Frank Swedlove: Pour ce qui est de l'accès, nous proposons en quelque sorte une liste, de façon à ce que tout le monde ait au moins le niveau minimal.

Le président: C'est maintenant au tour de Mme Sidhu.

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

Merci à vous tous pour vos exposés très instructifs.

Ma question s'adresse à Mme Anita Huberman.

Pourriez-vous nous expliquer un peu la position de votre organisation sur l'adoption d'une assurance-médicaments universelle? En quoi un régime d'assurance-médicaments universel serait-il avantageux pour les petites et moyennes entreprises?

Mme Anita Huberman: Nous constatons que le Canada est aux prises avec un régime public d'assurance-médicaments inefficace, et ce sont les entreprises qui en font les frais. À Surrey, comme je l'ai indiqué, on compte beaucoup de petites et moyennes entreprises, et les petites entreprises sont celles qui sont les moins susceptibles d'offrir une assurance-médicaments. Très peu d'entrepreneurs et de travailleurs autonomes sont couverts par un régime d'assurance-médicaments, ce qui nuit à l'efficacité de notre économie, puisque de nombreux Canadiens vont privilégier un emploi qui offre un bon régime d'assurance plutôt qu'un emploi qui les passionne ou pour lequel ils ont des aptitudes.

D'après notre analyse, les employeurs canadiens dépensent jusqu'à 5 milliards de dollars pour des régimes privés d'assurance-médicaments, et c'est de l'argent gaspillé, parce que ces régimes

sont mal placés pour contrôler le prix des médicaments ou pour influencer les décisions des professionnels de la santé concernant l'administration et la prescription des médicaments.

Je tiens à souligner que ce ne sont pas les entreprises qui devraient prendre les décisions entourant les médicaments, mais plutôt les médecins et les gestionnaires de la santé.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Pourriez-vous m'expliquer rapidement pourquoi la gestion de cas est un concept privé? Ne pensez-vous pas que la médecine personnalisée pourrait occuper une place dans le cadre du régime national d'assurance-médicaments?

D'autres témoins nous ont dit que c'était possible au sein d'un régime public, si l'on se fie à d'autres pays.

• (1645)

M. Stephen Frank: Quand vous parlez de médecine personnalisée, à quoi faites-vous référence?

Mme Sonia Sidhu: Non, je parle de gestion de cas.

M. Stephen Frank: D'accord.

D'après nos observations, la gestion de cas se fait dans le secteur privé et pas dans le secteur public. C'est un exemple de quelque chose que vous perdriez si vous optiez pour un régime national d'assurance-médicaments.

Les compagnies d'assurance privée font toutes sortes de choses que ne font pas les provinces. Le recours à des réseaux de fournisseurs privilégiés en est un autre exemple, ce qui nous permet de tirer davantage profit de la pharmacie que par le passé. Nous négocions des économies avec nos membres. Nous leur fournissons des services améliorés. Nous menons de nombreux projets pilotes et toutes sortes d'activités intéressantes.

Comme Frank l'a dit, dans le secteur privé, on innove et on offre plus de choix; il s'agit d'un environnement très dynamique. Il n'est pas aussi largement reconnu ou compris qu'il devrait l'être. On risque de perdre cela si on opte pour un régime qui n'encourage pas ce type d'innovation. C'est une mise en garde que nous faisons.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Ma prochaine question est la suivante: si le Canada décidait d'aller de l'avant avec un régime public universel d'assurance-médicaments, quel rôle votre organisation jouerait-elle dans cela concrètement?

M. Stephen Frank: Vous dites que...

Mme Sonia Sidhu: Si le Canada décidait d'aller de l'avant avec un régime public universel d'assurance-médicaments, quel rôle votre organisation jouerait-elle dans cela concrètement? Que feriez-vous pour soutenir une telle initiative?

M. Frank Swedlove: Eh bien, nous ne pensons pas que ce soit une bonne idée.

Premièrement, cela impliquerait des coûts considérables que les gouvernements devraient assumer dès le départ. Comme M. Frank vous l'a mentionné, nous estimons ces coûts à quelque 14 milliards de dollars. Comment allons-nous payer cela?

Deuxièmement, cela signifierait la fin des options en fait de régimes offerts. Selon nous, cela viendrait limiter l'accès à bien des médicaments au Canada. De plus, il a été démontré qu'il fallait plus de temps pour qu'un médicament fasse son entrée dans le régime, alors cela aussi aurait des répercussions.

Il faut également penser à l'aspect innovation et amélioration. Tout cela pourrait être mis en péril s'il n'y a qu'un vaste régime universel qui ne favorise aucunement la concurrence, ni l'innovation, par conséquent.

Le président: C'est terminé.

M. Davies est le prochain intervenant.

M. Don Davies: Merci.

Monsieur Swedlove, vous avez parlé des coûts à quelques reprises. Selon la majorité des témoins que le Comité a entendus, sauf une exception, c'est au Canada que les médicaments d'ordonnance coûtent le plus cher au monde. C'est le secteur privé qui contrôle le système, essentiellement, depuis une cinquantaine d'années.

Si le système privé est si efficace et qu'il fonctionne si bien, pourquoi est-ce qu'aujourd'hui, en 2016, il y a encore 20 % des Canadiens qui n'ont pas d'assurance ou qui n'ont pas une couverture suffisante, alors que c'est ici que les médicaments sont les plus chers, ou presque? Pourquoi est-ce ainsi?

M. Frank Swedlove: Ce que j'ai répété à maintes reprises, c'est que ce qui ne fonctionne pas, c'est le prix que doivent payer les Canadiens pour leurs médicaments. Nous avons proposé des moyens de remédier à cela, par exemple en modifiant la formule du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, qui encourage l'adoption de médicaments onéreux. Il y a aussi le fait que nous n'arrivons pas à négocier des médicaments à meilleur prix sur le marché canadien. Ce sont des choses qui pourraient être modifiées avec le système actuel.

M. Don Davies: Pourquoi est-ce que cela n'a pas été fait?

M. Frank Swedlove: Je crois que c'est une bonne question à poser aux gouvernements: pourquoi ils ne nous permettent pas de nous joindre à l'Alliance pharmaceutique pancanadienne et pourquoi le Conseil d'examen continue à soutenir les médicaments onéreux?

M. Don Davies: Je vais vous confronter davantage concernant votre présomption qu'un système public est nécessairement synonyme de choix restreints.

Quand je vais à l'hôpital, un établissement public, et que j'ai besoin de médicaments d'ordonnance, je peux avoir tous les médicaments dont j'ai besoin. J'ai 53 ans et je n'ai jamais entendu dire qu'un patient n'avait pas pu avoir les médicaments nécessaires avant ou après une chirurgie à l'hôpital. En fait, le Comité a plutôt entendu le contraire: le problème est que les gens reçoivent des soins actifs à l'hôpital et obtiennent les médicaments d'ordonnance dont ils ont besoin, puis ils ont leur congé de l'hôpital, et pour diverses raisons, s'ils n'ont pas d'assurance privée, ils ne peuvent avoir les médicaments d'ordonnance qu'il leur faut. Leur état se détériore et ils se retrouvent encore une fois aux soins de courte durée, qui coûtent beaucoup plus cher.

Pouvez-vous m'expliquer pourquoi, si le système de santé public n'est pas en mesure d'offrir toute la gamme de médicaments d'ordonnance dont la population a besoin, ce n'est pas ce qu'on voit quand on va à l'hôpital, un établissement public?

• (1650)

M. Frank Swedlove: Je crois que c'est un fait reconnu par tous que les régimes publics sont plus restrictifs que les régimes privés. Si vous me dites que les gens ont accès à plus de médicaments avec les régimes publics qu'avec les régimes privés, cela ne cadre pas du tout avec tout ce que j'ai entendu à ce sujet.

M. Don Davies: Vous parlez du Canada, mais c'est aussi un fait reconnu que le Canada est le seul pays au monde à avoir un système de soins de santé universel, sans avoir de régime universel d'assurance-médicaments.

Si on compare le Canada à l'Allemagne ou à la Belgique, aux Pays-Bas, au Danemark, à la Norvège, à la Suède, à la France ou à la Grande-Bretagne, diriez-vous que la population de ces pays ne profite pas de la même variété de médicaments qu'offrent les régimes privés du Canada? Est-ce bien ce que vous dites?

M. Stephen Frank: La réponse simple est que les pays que vous avez énumérés ont un système mixte. Le système allemand est administré par le secteur privé, et il en va de même pour les Pays-Bas. L'Australie a un système mixte.

Nous sommes d'accord pour dire que nous n'avons pas un accès universel aux médicaments. Il y a des lacunes au Canada. Cela ne veut pas nécessairement dire que nous devons choisir entre la privatisation totale et la nationalisation totale. Si on regarde ce qui se fait dans le monde, on constate que la plupart des pays ont des systèmes mixtes, à l'instar de la prestation des soins de santé généraux.

À notre avis, il faut travailler avec le système que nous avons. Nous devons l'améliorer. Nous proposons des solutions qui sont relativement simples à mettre en place et qui auront d'énormes retombées positives. C'est là-dessus que nous devrions concentrer nos efforts, selon nous.

M. Don Davies: Madame Huberman, y a-t-il un pays qui pourrait servir de modèle pour le Canada en ce qui a trait à la prestation des services que recherchent vos membres?

Mme Anita Huberman: Je n'ai pas d'exemple; je vais laisser le soin aux experts de répondre à la question.

Le président: Monsieur Davies, votre temps est écoulé.

M. Don Davies: Merci.

Le président: C'est ce qui conclut la période de questions officielle.

Je suis légèrement confus, encore une fois. Vous dites qu'un programme national d'assurance-médicaments coûterait au gouvernement 14 milliards de dollars. Bon nombre des témoins que nous avons entendus nous ont dit que cela permettrait au pays d'économiser 6 milliards de dollars. C'est un écart de 20 milliards de dollars.

Je sais qu'on compare des pommes et des oranges, mais pouvez-vous m'expliquer cet écart?

M. Stephen Frank: La différence est que les personnes qui avancent ce chiffre surestiment les coûts administratifs associés au système, et elles présument qu'il y a un moyen de réduire très rapidement et immédiatement le prix de milliers de médicaments sur le marché. Nous ne voyons pas comment nous pourrions faire cela.

M. Carrie a raison. L'Alliance pharmaceutique pancanadienne a négocié environ une centaine d'accords jusqu'à maintenant. Selon la méthode de calcul, il y a entre 6 000 et 7 000 médicaments au Canada. S'il a fallu trois ans pour négocier 100 accords, cela va prendre des décennies pour arriver au bout.

Il faut penser à la transition. Il y a d'importantes économies à réaliser avec la négociation collective du prix des médicaments, et nous voulons nous y mettre. Commençons par cela et allons chercher ces économies.

Si vous voulez trouver 15,5 milliards de dollars ailleurs dans le système, je ne sais pas comment vous pouvez réalitement affirmer que vous pourriez réduire la note de 7, 8 ou 9 milliards de dollars dans un délai raisonnable. Je crois que c'est le défi que vous devez soumettre à ces personnes qui lancent ce genre de chiffres. Nous ne voyons pas comment vous pourriez y arriver.

Le président: Merci beaucoup, tout le monde.

Merci, madame Huberman, d'avoir été des nôtres et d'avoir patienté pendant deux heures, ou une heure et demie. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Nous n'avons pas reçu votre mémoire, mais nous avons très hâte de l'avoir.

Je tiens à remercier les témoins encore une fois. Vous nous avez donné beaucoup d'informations pertinentes. Il est fort possible que nous fassions appel à vous de nouveau avant la fin de notre étude.

Nous allons faire une courte pause avant de poursuivre la séance à huis clos. Nous allons reprendre dans quelques minutes.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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