



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 011 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 16 mai 2016

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le lundi 16 mai 2016

• (1530)

[Traduction]

Le vice-président (M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC)): Nous allons commencer.

J'aimerais tout d'abord remercier les témoins d'être venus aujourd'hui. Je ne veux pas tarder, vu notre programme chargé.

Je vous prie de vous présenter et d'indiquer aux témoins la circonscription que vous représentez. Il me semble que ce serait utile.

Mme Kamal Khera (Brampton-Ouest, Lib.): Je m'appelle Kamal Khera. Je suis la députée parlementaire de Brampton—Ouest.

Je vois de nombreux visages qui me sont connus. Quel plaisir de vous revoir. Je suis également la secrétaire parlementaire de la ministre de la Santé.

M. Nick Whalen (St. John's-Est, Lib.): Je suis Nick Whalen. Je suis le député de St. John's—Est, et je remplace aujourd'hui Bill Casey.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): Bonjour. Je m'appelle Doug Eyolfson. Je représente la circonscription de Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley de Winnipeg.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Je suis Sonia Sidhu, et je représente Brampton—Sud.

M. John Oliver (Oakville, Lib.): Je m'appelle John Oliver. Merci beaucoup d'être venus. Je suis le député d'Oakville.

M. Darshan Singh Kang (Calgary Skyview, Lib.): Je suis Darshan Kang, député de Calgary Skyview. Merci d'être venus.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Je suis Colin Carrie, le député d'Oshawa.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NDP): Je m'appelle Don Davis. Je suis le député de Vancouver Kingsway ainsi que le porte-parole du Parti néo-démocratique en matière de santé.

Le vice-président (M. Len Webber): Je suis Len Webber. J'occupe le fauteuil aujourd'hui à la place de Bill Casey. Bill est auprès de sa femme, qui se fait opérer aujourd'hui. Nous pensons à eux.

Nous entendrons maintenant les exposés. Ce sera Lisa Ashley qui commencera. Vous disposez de 10 minutes et ensuite, une fois que tous les exposés auront été donnés, nous poserons des questions.

Merci.

Mme Lisa Ashley (infirmière-conseillère principale, Politiques, représentation et planification stratégique, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Merci beaucoup. Je remercie le Comité de m'avoir donné cette occasion.

Je représente l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et 139 000 infirmières et infirmiers autorisés. Je suis infirmière

autorisée et infirmière-conseillère principale auprès de notre association.

Notre mémoire ainsi que mon exposé d'aujourd'hui viennent rejoindre les positions d'autres organisations nationales d'infirmiers, qui représentent collectivement plus de 400 000 infirmiers au Canada.

Comme vous le savez, le Canada est le seul pays développé doté d'un régime d'assurance-maladie universel qui exclut une couverture universelle des médicaments d'ordonnance.

Au stade où vous en êtes dans vos consultations, vous connaissez bien les problèmes qui ont donné lieu à l'appel à un programme national d'assurance-médicaments. Vous avez recueilli des estimations fiables quant aux besoins et aux coûts. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada se fie aux mêmes données, experts et études examinées par des pairs pour étayer ses recommandations.

Nous avons aujourd'hui le plaisir de témoigner à titre de professionnels des soins infirmiers. De notre point de vue, nous qui oeuvrons dans le domaine des soins actifs, à long terme et communautaires, les inégalités en matière d'accès aux médicaments d'ordonnance sont évidentes.

Nous travaillons chaque jour auprès des patients, de leur famille et de leurs aidants. Chaque jour, ces gens doivent décider s'il faut remplir une ordonnance ou acheter d'autres articles de nécessité, comme de la nourriture. Nous voyons des Canadiens vulnérables souffrant de maladies chroniques, pris dans un engrenage qui ne leur permet pas de se procurer les médicaments dont ils ont besoin pour assurer leur santé et, par conséquent, se retrouvent dans des cliniques et aux urgences, où il faut leur administrer des soins urgents et complexes. Les problèmes qu'on vous a décrits sont bien réels.

Nous savons que les Canadiens paient plus cher leurs médicaments d'ordonnance que les citoyens d'autres pays comparables. Plus on avance, plus les Canadiens dépensent sur les médicaments d'ordonnance et en reçoivent moins. Les économies considérables réalisées pourraient servir à combler d'autres lacunes en matière de soins de santé, tels que la promotion de la santé, les soins à domicile ou les soins palliatifs, et la vaste majorité des Canadiens seraient en faveur d'un programme national de médicaments d'ordonnance. C'est ce que veulent les Canadiens.

Ce qu'il nous faut maintenant, c'est du leadership de la part de nos dirigeants politiques.

La mission de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada vise notamment la promotion d'un système public de soins de santé. Ainsi, nous croyons que chaque Canadien devrait avoir accès en temps opportun à des médicaments d'ordonnance sûrs, efficaces et à prix abordable, et qu'aucun citoyen n'en devrait être privé en raison de son incapacité de payer.

Aujourd'hui, je vous souligne cinq recommandations tirées de notre mémoire qui décrivent le rôle du gouvernement fédéral, bailleur de fonds et cinquième fournisseur le plus grand de services de soins de santé au Canada, en partenariat avec les provinces et territoires, pour mettre en oeuvre une stratégie équitable pancanadienne visant les médicaments d'ordonnance.

Premièrement, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada recommande une couverture de médicaments d'ordonnance qui soit exhaustive, universelle, publique et abordable et qui tienne compte des besoins et non de la capacité de payer.

Moins de 50 % des Canadiens bénéficient d'un régime public d'assurance-médicaments qui couvre les médicaments d'ordonnance habituels, tandis que presque 100 % des citoyens bénéficient d'une telle couverture dans quasi tous les pays semblables. Comme vous l'avez entendu, jusqu'à un Canadien sur cinq a déclaré ne pas avoir pris ses médicaments tels que prescrits par souci du coût. On voit donc augmenter le risque de problèmes et de complications de santé, ce qui coûte plus cher globalement au régime de soins de santé.

Deuxièmement, le Canada a besoin d'information et de mécanismes pour appuyer des pratiques de prescription adéquates. Le gouvernement devrait encourager la mise en oeuvre de Choisir avec soin et réserver une partie des crédits attribués à l'Inforoute Santé du Canada pour cibler les ordonnances électroniques.

De plus, le gouvernement fédéral pourrait mettre à jour la Loi sur les aliments et drogues et son règlement afin de permettre aux infirmiers praticiens de distribuer des échantillons de médicaments, à l'instar des médecins, des pharmaciens, des dentistes et des vétérinaires.

Ainsi, un médicament qui est contre-indiqué pour un patient est une dépense inutile qui coûte cher et qui peut également entraîner des effets secondaires nécessitant d'autres médicaments. Au Canada, les personnes âgées à qui on prescrit de nombreux médicaments sont bien souvent celles qui présentent le risque plus élevé d'abus de médicaments. Compte tenu de notre population vieillissante, nos pratiques en matière de prescription doivent être alignées sur les stratégies pour le bien-être des personnes âgées du Canada afin de limiter l'utilisation de médicaments multiples et d'encourager le respect des lignes directrices en matière de pratiques exemplaires.

• (1535)

La mise à jour de la loi fédérale permettra aux infirmiers praticiens d'offrir aux patients des échantillons. C'est une mesure simple, sans frais, que pourrait prendre le gouvernement en vue d'améliorer l'accès et la sécurité. Je serais heureuse de vous en parler davantage plus tard.

Troisièmement, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada recommande l'adoption de stratégies d'achat, comme l'achat collectif, afin de réduire le coût des médicaments. Le Canada a réalisé certains progrès dans ce domaine dans tous les territoires et provinces, y compris le Québec, et le gouvernement fédéral est membre de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, l'APP.

Les provinces et territoires collaborent afin de réduire le prix des médicaments génériques d'usage courant à 18 % du prix des médicaments de marque, mais il reste d'autres mesures d'efficacité à prendre.

Quatrièmement, notre association recommande la création d'un seul formulaire pharmaceutique pancanadien afin d'éliminer les inégalités entre les provinces et les territoires au chapitre de la disponibilité et du coût des médicaments, et de réduire les frais administratifs liés au maintien de 13 différents formulaires. Notre

régime actuel donne lieu à des variations considérables quant au nombre et au type de médicaments bénéficiant d'une couverture, et à la période qui s'écoule entre l'approbation réglementaire des nouveaux médicaments et leur ajout au formulaire pharmaceutique.

De plus, on retrouve de nombreuses différences dans les formulaires pharmaceutiques des régimes d'assurance maladie privés. Un formulaire pancanadien éliminerait les inégalités régionales en matière de prescriptions et de prix des médicaments et offrirait des consignes claires aux sociétés pharmaceutiques pendant le processus d'inscription au formulaire, afin qu'elles puissent déterminer les recettes auxquelles elles pourront s'attendre.

Cinquièmement, notre association recommande aux gouvernements d'adopter un régime obligatoire de substitution par des médicaments génériques, en permettant toutefois aux patients d'acheter le médicament plus cher et de payer la différence et aux professionnels d'interdire la substitution sur l'ordonnance pour des raisons médicales.

Plusieurs pays, dont la Norvège et la Suède, ont comme pratique la substitution obligatoire par des médicaments génériques. Les médecins et les infirmiers praticiens sont obligés de prescrire l'équivalent le moins cher à moins qu'il n'existe des raisons médicales impérieuses de prescrire le médicament plus cher. Les pharmacies sont aussi tenues d'informer les patients s'il existe un médicament générique meilleur marché. Si les patients ne veulent pas de la version générique, ils sont obligés de payer la différence. Lorsqu'il faut éviter les médicaments génériques pour des raisons médicales, les médecins et infirmiers praticiens peuvent interdire la substitution sur l'ordonnance.

Notre mémoire contient également des recommandations portant sur un approvisionnement stable en médicaments cliniquement sûrs et économiques et une stratégie concernant les médicaments contre les maladies rares, dont ont parlé d'autres témoins.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada vous transmet ces recommandations aujourd'hui afin de vous aider dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie pharmaceutique exhaustive, universelle, publique, abordable et pancanadienne. En adoptant ces recommandations, le Comité permanent sera en mesure de contribuer à l'amélioration de la santé et des soins et à une meilleure rentabilisation, et ce, pour le compte de tous les Canadiens.

Merci.

• (1540)

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

Passons maintenant à nos prochains témoins qui représentent l'Association des pharmaciens du Canada.

Monsieur Eisenschmid et monsieur Emberley, à vous la parole.

M. Perry Eisenschmid (chef de la direction, Association des pharmaciens du Canada): Merci à vous, monsieur le président, et merci au Comité de nous avoir invités aujourd'hui.

Je m'appelle Perry Eisenschmid. Je suis chef de la direction de l'Association des pharmaciens du Canada. Je suis accompagné par mon collègue, Phil Emberley, notre directeur des Affaires professionnelles, qui est également pharmacien ici à Ottawa.

Nous sommes venus aujourd'hui au nom des 40 000 pharmaciens du Canada. Les pharmaciens voient tous les jours les conséquences pour les patients qui n'ont pas les moyens de se procurer leurs médicaments. Ces pharmaciens ne font pas seulement qu'offrir des conseils aux patients pour les aider à suivre leur traitement médicamenteux, ils sont également ceux qui doivent transmettre la nouvelle dévastatrice aux patients qu'ils n'ont aucune couverture.

Bref, les pharmaciens sont les professionnels de la santé qui sont les plus concernés par votre étude. Nous, qui côtoyons des patients confrontés tous les jours à une couverture insuffisante pour leurs médicaments d'ordonnance, nous qui constatons l'impact négatif, voulons participer au dialogue sur un régime national d'assurance-médicaments.

Notre premier souci, c'est de nous assurer que les patients ont accès aux médicaments dont ils ont besoin et qui leur conviennent. Nous devons avant tout accorder la priorité aux bénéficiaires pour la santé et aux besoins des patients. Le fait d'investir en amont dans les médicaments et services nécessaires est non seulement salutaire pour les patients, mais assure également la viabilité de notre régime de soins de santé.

Du point de vue de notre association, le statu quo n'est point acceptable. Soyons clairs: notre association est tout à fait pour un régime d'assurance-médicaments pancanadien dans lequel le gouvernement fédéral joue un rôle pour s'assurer que tous les Canadiens ont accès aux médicaments dont ils ont besoin, quels que soient leurs revenus.

Notre association croit que tout régime d'assurance-médicaments pancanadien doit avoir quatre grandes priorités: premièrement, s'assurer que tous les Canadiens peuvent se procurer les médicaments dont ils ont besoin; deuxièmement, mettre les Canadiens à l'abri de difficultés financières indues; troisièmement, garantir aux patients l'accès à un approvisionnement stable en médicaments cliniquement prouvés et bon marché; quatrièmement, offrir l'accès à la pleine gamme de services pharmacologiques.

Nous sommes ici pour transmettre deux messages au Comité. Le premier, c'est que le Comité devrait examiner les solutions progressives et à long terme. Le deuxième, c'est l'importance des soins qui font partie de l'assurance-médicaments.

Votre comité a recueilli les témoignages de personnes qui ont des avis différents quant à la façon d'aider les Canadiens qui ne bénéficient pas d'une couverture ou dont l'assurance est insuffisante. Nous sommes tous d'accord que le Canada pourrait offrir un meilleur accès aux médicaments d'ordonnance. Il reste à savoir, cependant, comment on doit procéder.

De façon générale, la discussion a reposé sur la présomption voulant qu'il y a deux seules façons d'aborder le problème: créer un nouveau régime national d'assurance-médicaments, ou faire fond sur le système actuel afin de le rendre plus équitable et efficace. Nous ne sommes pas d'accord. L'un n'exclut pas forcément l'autre.

Nous savons que les Canadiens ne veulent pas que leurs amis, leur famille ou leurs voisins aient à choisir entre payer le loyer et s'acheter des médicaments. Nous sommes également d'accord qu'il faudra du temps pour concevoir et mettre en oeuvre un nouveau régime national d'assurance-médicaments qui remplacerait tous les régimes publics et privés. En attendant, de nombreux Canadiens continueraient à être privés des médicaments dont ils ont besoin.

C'est la raison pour laquelle nous recommandons à la fois des mesures immédiates pour améliorer l'accès des Canadiens aux médicaments, ainsi que des mesures s'inscrivant dans une approche à plus long terme. Notre recherche fournit au Comité diverses

possibilités pratiques et abordables afin d'améliorer le régime actuel, ce qui permettrait d'aider immédiatement les Canadiens qui passent actuellement entre les mailles du filet.

À long terme, il sera important de reconnaître que tous les modèles présentent des forces et des faiblesses. Quelle que soit l'approche retenue par le Canada, nous devrions être conscients des risques possibles. C'est d'autant plus important lorsqu'il est question d'accès et des meilleurs résultats possible pour la santé, et nous devons trouver des façons d'atténuer les risques. Au final, nous devons nous assurer que les pharmaciens puissent donner aux patients le meilleur traitement médicamenteux pour leur santé.

Voilà ce qui m'amène notre deuxième recommandation, qui est l'aspect soin de l'assurance-médicaments. Il est certes essentiel de gérer les coûts, mais ce n'est qu'un élément. Un régime d'assurance-médicaments efficace doit non seulement combler les lacunes de la couverture accordée aux patients, mais également régler les problèmes d'accès aux services qui permettent d'offrir une pharmacothérapie sûre et efficace aux patients. En tant qu'experts dans le domaine pharmacologique, les pharmaciens savent que le fonctionnement de tout régime futur repose sur des considérations importantes, que le régime soit public ou privé, afin que les Canadiens tirent les meilleurs avantages possible de leurs médicaments d'ordonnance sur le plan de la santé.

Quel que soit votre point de vue, il demeure que les médicaments ne représentent que 15,7 % des dépenses totales dans le domaine de la santé au Canada. Un traitement médicamenteux indiqué, suivi à la lettre, est une intervention à forte valeur, à coût faible et bénéfique sur le plan de la santé, surtout si on le compare à d'autres interventions qui coûtent cher, comme la chirurgie et les visites aux urgences.

● (1545)

Les médicaments d'ordonnance sont un outil puissant et perfectionné. Ils permettent de sauver des vies lorsqu'ils sont utilisés à bon escient, mais leur abus peut mener à des problèmes de santé et même à la mort. Tout régime d'assurance-médicaments a comme élément clé la gestion et le plafonnement des frais associés aux médicaments, mais l'heure est venue de voir plus grand. Ne serait-il pas mieux d'investir afin de s'assurer dans un premier temps que tous les Canadiens ont les médicaments indiqués, et ensuite que nos citoyens peuvent bénéficier facilement d'une surveillance et d'une gestion efficaces de leurs médicaments?

Un plan à long terme pour l'assurance-médicaments doit mettre l'accent sur la santé des Canadiens pendant toute leur vie, et non seulement lorsqu'ils sont à la pharmacie pour acheter leurs médicaments. Une approche holistique, qui reconnaît la valeur d'une pharmacothérapie indiquée, peut nous aider à réaliser des économies dans l'ensemble du régime de soins de santé, tout en offrant des soins axés sur le patient qui soient viables. Il faut s'assurer que les Canadiens puissent se procurer les médicaments qui améliorent leur santé, ce qui veut dire que les Canadiens pourront bénéficier des conseils et de la surveillance des experts incontestés dans le domaine des médicaments. Les 40 000 pharmaciens qui travaillent dans les collectivités et les hôpitaux du pays se consacrent pendant de nombreuses années, à l'université et au travail, à l'étude exclusive de la façon dont les médicaments agissent et des conditions dans lesquelles ils n'ont et n'ont pas l'effet souhaité.

Au cours des dernières années, la portée de la pratique des pharmaciens a énormément grandi, ce qui est avantageux à la fois pour les patients et les assureurs. Les services pharmacologiques accrus vont au-delà de la distribution de médicaments d'ordonnance et reposent sur l'accessibilité et l'expertise des pharmaciens pour ce qui est d'offrir une surveillance bien nécessaire dans notre système de soins pharmaceutiques.

Prenons, par exemple, les services d'examen des médicaments offerts par les pharmaciens. Ces services aident à assurer la consommation correcte et le respect de l'ordonnance, deux grands facteurs pour ce qui est de l'obtention des meilleurs résultats en matière de santé et des frais associés au régime d'assurance-médicaments. Dans certains cas, il est question de réduire la consommation de médicaments, et dans d'autres, d'augmenter le nombre de médicaments.

En voici un exemple pratique. La plupart des personnes âgées de plus de 65 ans prennent au moins cinq médicaments. Pour ce qui est de la tranche d'âge des plus de 85 ans, c'est 10 médicaments ou plus à la fois. C'est un défi auquel s'attaque la profession. Nous avons connu le cas d'une dame de 77 ans, vivant à Ottawa, qui prenait pas moins de 32 médicaments différents. Avec l'aide d'un pharmacien, on a pu réduire le nombre de médicaments à 17 en toute sécurité. Grâce aux examens de médicaments, les pharmaciens peuvent travailler avec les patients et les professionnels de la santé afin de trouver les pharmacothérapies optimales pour que les Canadiens prennent les médicaments dont ils ont besoin.

Malheureusement, ces services ne sont pas offerts à tous les Canadiens. Le grand défi, c'est que les services des pharmaciens sont offerts différemment dans le pays, et certains services sont plus complets que d'autres. Un régime d'assurance-médicaments qui reconnaît le rôle des services offerts par les pharmaciens, tels que les examens des médicaments, répondrait à bon nombre des préoccupations qu'a entendues votre comité quant au besoin d'aller au-delà du simple fait de payer pour les médicaments. Il y aurait alors l'aspect soins de l'assurance-médicaments.

Il ne s'agit pas uniquement des examens des médicaments; d'autres avantages découleraient de la diversification des services pharmacologiques. Une étude menée en Ontario a permis de trouver que les soins offerts par un pharmacien peuvent réduire de façon considérable la tension artérielle, atténuant ainsi le risque d'AVC d'environ 30 %. De plus, il faut songer à la façon dont les pharmaciens aident les gens à arrêter de fumer. Les données récentes du programme antitabagisme des pharmaciens en Ontario montrent que 29 % des participants au programme ne fumaient toujours pas au bout d'un an. Il y a également le vaccin contre la grippe, surtout dans le cas des personnes qui sont à risque de souffrir de séquelles: un sondage récent a conclu que 28 % des Canadiens dans ce groupe n'auraient pas été immunisés s'il n'y avait pas eu l'offre pratique de vaccins dans une pharmacie.

Pour terminer, nous aimerions dire au Comité que l'objectif de tout modèle d'assurance-médicaments pancanadien, que ce soit à court ou à long terme, ne devrait pas uniquement viser la réduction des frais, mais également la prestation de soins optimaux. On devrait adopter comme principe la valorisation de chaque dollar dépensé au titre du régime de soins de santé, et non seulement sur les médicaments. Nous devons reconnaître que les dépenses sur les médicaments sont un investissement dans la santé des Canadiens et que la course après des économies à court terme peut parfois mener à des coûts à plus long terme, à la fois pour ce qui est des dépenses dans le domaine de la santé et de la qualité de vie.

Nous savons que le Comité est saisi d'une tâche complexe. Il n'y a pas de réponses ou de solutions simples. Néanmoins, nous encourageons le Comité à se pencher sur les approches à court et à long terme. Nous encourageons également le Comité à s'assurer que les soins font partie de tout régime d'assurance-médicaments. Les services des pharmaciens sont une composante essentielle d'un régime pancanadien.

Merci beaucoup. Nous serons heureux de répondre à vos questions.

• (1550)

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

Nous entendons maintenant Julie White qui représente la Coalition canadienne de la santé. Julie, vous avez la parole.

Mme Julie White (membre du conseil d'administration, Coalition canadienne de la santé): Je vous remercie de me donner l'occasion de m'entretenir avec vous aujourd'hui.

Je suis d'abord et avant tout une chercheuse. J'ai aussi écrit quatre livres et de très nombreux articles axés principalement sur les enjeux liés à la main-d'oeuvre. Pendant 10 ans, j'ai travaillé pour le Syndicat canadien des communications, de l'énergie et du papier, qui s'est uni depuis au syndicat des Travailleurs canadiens de l'automobile pour former Unifor.

Mon travail consistait, entre autres, à mener des recherches sur la négociation des avantages des employés, notamment les régimes d'assurance-médicaments. Je suis à la retraite depuis quatre ans. Je suis membre de l'Association des syndicalistes à la retraite du Canada, que je représente auprès de la Coalition canadienne de la santé.

La Coalition canadienne de la santé (CCS) est un organisme voué au maintien et à l'amélioration du régime national de soins de santé publique. J'ai rédigé récemment le document d'orientation de la CCS intitulé *Un régime public universel d'assurance-médicaments pour tous*, que vous recevrez bientôt si ce n'est déjà fait.

Aujourd'hui, je vais parler de la portion de la population qui est couverte par des régimes privés offerts par les employeurs et je voudrais contester l'utilisation de cette expression à certains égards.

Nous savons tous, je pense, que la majorité de la population profite d'un régime offert par l'employeur. Dans mon rapport, je parle de 66 % de la population, donnée tirée d'un document produit par l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. J'ai trouvé d'autres statistiques, mais tous s'entendent pour dire que la majorité de la population est couverte par un régime privé.

Je tiens à soulever trois points. Premièrement, il convient de se demander qui paie pour ces régimes. Deuxièmement, ces régimes sont très coûteux. Troisièmement, les soins offerts sont de piètre qualité.

Premièrement, qui paie la note? On parle souvent des régimes d'assurance-médicaments offerts par les employeurs comme si leur coût était défrayé par ces derniers, parce que ce sont eux qui versent les primes aux compagnies d'assurances. Cependant, ils sont loin d'être les seuls à payer, parce que les employés le font aussi, à la fois directement et indirectement.

Prenons l'exemple des infirmières en Alberta, connu de plusieurs personnes ici présentes. Ces infirmières assument directement 25 % du coût de leur régime d'assurance-maladie au moyen d'une retenue salariale. À Terre-Neuve, les infirmières assument directement 50 % du coût des primes. Même les retraités de la fonction publique fédérale sont en train de voir leur contribution au régime d'assurance-maladie, qui comprend les médicaments, passer de 25 % à 50 % du coût des primes sur une période de quatre ans. Pour d'autres, la contribution est moins directe et se traduit par un salaire plus bas ou une réduction des autres avantages sociaux. Quand les syndicats négocient les avantages sociaux et les salaires, des concessions sont souvent accordées.

Soyons clairs: les employés paient pour leur régime d'assurance-médicaments.

Deuxièmement, les régimes offerts par les employeurs coûtent très cher. Pour commencer, il est impossible de négocier le prix des médicaments. Comme il existe des milliers de régimes, aucun n'a le poids nécessaire pour négocier à la baisse le prix des médicaments auprès des sociétés pharmaceutiques. Par ailleurs, les employeurs n'étant pas en mesure de déterminer l'efficacité relative d'un médicament par rapport à son prix, les régimes couvrent généralement tous les médicaments, indépendamment de leur efficacité ou de leur prix. Cela est coûteux.

On gaspille aussi de l'argent à gérer des milliers de régimes différents. Chacun d'entre eux a ses limites, ses exigences et ses règles de couverture. Il faut vérifier chaque prescription par rapport au régime qui couvre une personne donnée. Les compagnies d'assurances doivent aussi analyser les coûts, fixer les primes, négocier tous les ans ou tous les deux ans l'augmentation des primes avec les employeurs, et chercher de nouveaux clients. De plus, les compagnies d'assurances sont en affaires pour réaliser un profit raisonnable, ce qui n'est pas le cas des régimes publics d'assurance-médicaments. Tout ceci entraîne des coûts supplémentaires.

Au Québec, la RAMQ a comparé les coûts d'administration de son régime public d'assurance-médicaments à celui des régimes privés d'assurance-maladie. Il s'est avéré que les coûts d'administration du régime public d'assurance-médicaments du Québec sont de 2,9 %, soit cinq fois moins que ceux des régimes privés, qui s'élèvent à 14,6 %. D'autres études laissent entendre que l'écart est beaucoup plus significatif. Au chapitre des coûts, les régimes publics d'assurance-médicaments sont plus économiques que les régimes privés.

• (1555)

Je voudrais maintenant parler de la qualité des soins offerts par ces régimes coûteux.

Il est discutable d'affirmer que la majorité de la population est couverte par un régime offert par l'employeur. Il convient de se questionner sur le type de protection offerte, surtout compte tenu du coût élevé qui y est associé. Les problèmes qui se posent concernent notamment la couverture inéquitable et aléatoire offerte par les régimes, l'absence de protection véritablement complète dans la plupart des cas, la détérioration des régimes en raison de la hausse des coûts et le fait que la couverture ne soit pas sûre. Je vais aborder brièvement chacun de ces points.

Quels travailleurs bénéficient d'une couverture offerte par leur employeur? Les employés du secteur public sont plus susceptibles d'être couverts que ceux du secteur privé; les employés à temps plein, plus que ceux à temps partiel; les employés syndiqués, davantage que ceux qui ne le sont pas; les travailleurs âgés, plus que les jeunes. Remarquez bien que rien de tout cela n'est lié aux besoins

médicaux. Tout dépend de l'endroit où vous travaillez et de la nature de votre régime d'assurance-médicaments. Il est aléatoire et injuste de fournir des soins de santé à la population de cette façon.

La protection offerte par la plupart des régimes est loin d'être complète. Une étude réalisée en Ontario par Mercer, pour le compte de la Chambre de commerce de l'Ontario, a révélé que seulement 38 % des employeurs offrent un régime d'assurance-médicaments qui couvre 100 % du coût des médicaments. Le reste des employeurs, c'est-à-dire 62 % d'entre eux, ne défraient qu'un pourcentage du coût, par exemple 80 %, 70 % ou 60 %. Autrement dit, à la pharmacie, les employés doivent déboursier entre 10 % et 40 % du coût du médicament. Il est important de souligner que cela n'a rien à voir avec leur capacité de payer. Je dirais même que les employés qui ont été en mesure de négocier les meilleurs régimes d'assurance-médicaments et la meilleure couverture sont souvent ceux qui ont un meilleur emploi et un meilleur salaire.

Les pressions exercées sur ces régimes sont proportionnelles à la hausse des coûts. Par conséquent, les employés paient davantage et leur couverture diminue. Les régimes d'avantages sociaux flexibles sont apparus quand je travaillais au Syndicat canadien des communications, de l'énergie et du papier (SCEP). Selon moi, ces régimes ne devraient tout simplement pas être permis. Ils permettent aux travailleurs de choisir un niveau de couverture des médicaments et de payer la prime correspondant à ce niveau. Plus la couverture est élevée, plus la prime coûte cher, et inversement. Vous voyez le genre de dilemme que cela pose. En gros, vous évaluez quels seront vos besoins en matière de médicaments pour les deux ou trois prochaines années, parce que c'est la période habituellement visée par ce genre de régimes. La couverture des médicaments ne devrait pas être fondée sur une approximation de la santé future de votre famille.

J'ai conseillé aux syndicats d'éviter les régimes d'avantages sociaux flexibles, mais ceux-ci ont fait leur place quand même, sous la pression exercée par la hausse du coût des primes, transmise par les employeurs, et par les employés.

Je tiens à parler de la sécurité des régimes offerts par les employeurs pour ceux qui en bénéficient. L'expression « offerts par les employeurs » est très révélatrice. Si vous changez d'emploi ou que vous êtes mis à pied, vous perdez votre régime d'assurance-médicaments. Pendant les 10 années où j'ai travaillé au SCEP, 30 000 travailleurs de l'industrie du papier ont été mis à pied. Le ralentissement sensible des activités de nombreuses papeteries, ou leur fermeture, a été attribuable à une baisse de la demande de papier journal et à l'appréciation du dollar canadien. Ces 30 000 travailleurs et leur famille — conjoints et enfants — ont tous perdu leur régime d'assurance-médicaments.

Il ne faut pas oublier que le régime est sujet à des changements chaque fois qu'il est négocié, soit aux deux ou trois ans. Quant aux travailleurs non syndiqués, leur régime peut être modifié en tout temps.

J'ai quelques remarques à formuler pour terminer.

D'après mon expérience, les employeurs ne veulent plus négocier des régimes d'assurance-médicaments pour les employés. Comme moi, ils se demandent pourquoi des employeurs dont l'entreprise fabrique du papier ou des automobiles, ou qui gèrent des services publics municipaux et provinciaux, doivent prendre des décisions qui concernent les médicaments sur ordonnance.

•(1600)

Pourquoi nous trouvons-nous dans cette situation aberrante où des employeurs, et parfois des syndicats, prennent des décisions en matière de santé qui concernent les médicaments sur ordonnance? Ne serait-il pas préférable de confier ces décisions à des professionnels de la santé et à des chercheurs du domaine médical?

Dans sa présentation, Marie-Claude Prémont vous a expliqué très clairement l'erreur qui a été commise par le Québec lorsqu'il a institutionnalisé les régimes offerts par les employeurs et obligé les travailleurs à y participer. La montée en flèche des coûts associés à cette décision devrait certainement nous faire réfléchir sur la réussite des régimes publics universels d'autres pays à maîtriser les coûts par opposition à la précarité du régime québécois.

En résumé, les régimes offerts par les employeurs sont un échec. Ils sont coûteux, inéquitables, inadéquats et incertains. Le problème actuel leur est attribuable en grande partie et ils ne font pas partie de la solution.

Merci.

Le vice-président (M. Len Webber): Merci, madame White. Je vous sais gré de votre présentation. Vous avez pris un peu plus de temps que prévu, mais puisque vous êtes à la retraite et que vous êtes venue ici...

Mme Julie White: J'ai tout mon temps. Je suis désolée.

Le vice-président (M. Len Webber): Exactement. Nous vous remercions malgré tout de votre présence.

Le dernier exposé sera présenté par Connie Côté et Debra Lynkowski, de la Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé.

Vous pouvez commencer Connie.

Mme Connie Côté (directrice générale, Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé): Merci.

Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité, je vous remercie de me donner l'occasion de comparaître devant vous aujourd'hui. Je m'appelle Connie Côté et je suis la directrice générale de la Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé. Comme l'a mentionné M. Webber, je suis accompagnée de Debra Lynkowski, qui est membre de notre conseil d'administration, ainsi que présidente-directrice générale de l'Association pulmonaire du Canada, l'un des 30 organismes qui forment la coalition.

[Français]

D'abord et avant tout, j'aimerais exprimer ma gratitude envers le Parlement pour avoir entamé la discussion sur la question de l'assurance-médicaments et pour avoir pris des mesures en vue d'amorcer la collaboration avec les provinces et les territoires afin d'en arriver à des solutions à ce sujet.

[Traduction]

La Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé est un organisme géré pour le compte des 30 organismes de bienfaisance en santé et groupes de patients qui en sont membres. Ceux-ci représentent la majorité des Canadiens qui sont aux prises avec des problèmes de santé. Chaque année, nous rejoignons des millions de personnes. Nous travaillons ensemble à l'amélioration de la santé en relevant les lacunes, en observant les tendances, en faisant la promotion de pratiques exemplaires et en améliorant ces dernières, ainsi qu'en finançant des travaux de recherche en santé. Nous croyons en l'importance des partenariats avec les patients et nous donnons à ces derniers des occasions concrètes de participer à la

planification, à la prise de décisions et à l'examen de processus, comme le processus d'examen de l'ACMTS. Qui plus est, nous sommes une source d'information fiable. Les Canadiens comptent sur nos membres pour leur fournir des renseignements fondés sur des données probantes et faciles à comprendre à propos de diverses maladies.

Les points de vue dont nous vous faisons part aujourd'hui viennent des patients et des familles avec lesquels nous travaillons quotidiennement. Nous sommes ici pour vous dire que l'accès aux médicaments est un enjeu très important pour les Canadiens.

Imaginez les scénarios suivants. Un patient atteint d'une maladie pulmonaire obstructive chronique visite un médecin à maintes reprises. En raison d'exacerbations sévères, le patient revient constamment à la clinique, et il se rend parfois à l'urgence. Le médecin craint que le traitement prescrit ne soit inefficace, jusqu'au jour où le patient lui avoue qu'il utilise son inhalateur une fois par jour seulement au lieu de deux, tel que prescrit. Pourquoi agit-il de la sorte? Parce qu'il n'a pas les moyens de renouveler son ordonnance. Il a donc décidé de réduire le nombre de doses quotidiennes pour faire durer le médicament un peu plus longtemps.

Une jeune femme qui souffre d'arthrite vient d'obtenir son diplôme universitaire. Elle a obtenu un poste de débutante et est impatiente d'entrer sur le marché du travail. Ce qui devrait être un moment excitant de sa vie s'est transformé en cauchemar. Depuis qu'elle a obtenu son diplôme, elle n'est plus admissible au régime d'assurance de ses parents. Pour gérer ses symptômes, elle prend un inhibiteur du TNF alpha qualifié de traitement biologique, qui coûte plus de 1 800 \$ par mois. Elle est inscrite au programme de couverture des médicaments onéreux de sa province, mais elle apprend que le médicament dont elle a besoin ne figure pas sur la liste des options de traitement admissibles pour sa maladie. Elle est désemparée. Imaginez un instant que vous ne puissiez pas avoir accès au médicament dont vous avez besoin. Dans le cas de cette jeune femme, la douleur et les symptômes sont devenus insupportables et elle est devenue incapable de travailler. Elle se sent vaincue.

C'est le genre d'histoires que nous entendons tous les jours. Que pouvons-nous donc faire?

La Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé estime que tous les habitants du Canada doivent avoir accès aux médicaments d'ordonnance de façon équitable et rapide, compte tenu des meilleurs résultats possible pour leur santé et non de leur capacité de payer.

Aujourd'hui, nous allons présenter trois recommandations. Premièrement, le gouvernement du Canada doit mettre sur pied un groupe consultatif afin de créer des normes pancanadiennes exhaustives fondées sur des données probantes en matière d'assurance-médicaments. Deuxièmement, le gouvernement du Canada doit agir en leader et assumer une partie des coûts liés à la mise en oeuvre de ces normes. Troisièmement, les organismes de bienfaisance en santé et les Canadiens qu'ils représentent doivent participer activement à toute consultation fédérale, provinciale et territoriale sur l'assurance-médicaments.

L'accès inéquitable aux médicaments a des répercussions graves et très concrètes sur les patients. Cela veut dire qu'il y a des gens qui n'ont pas les moyens de se procurer les médicaments dont ils ont besoin ou qui n'y ont pas accès. En guise d'exemple, 57 % des diabétiques disent ne pas respecter la thérapie qui leur a été prescrite parce qu'ils n'ont pas les moyens de se procurer les médicaments, les appareils et les fournitures dont ils ont besoin, ce qui peut compromettre leur capacité de gérer leur maladie.

Bien que la majorité des Canadiens bénéficient d'une certaine couverture relative aux médicaments, soit par le biais d'un régime offert par leur employeur, d'une police d'assurance privée ou d'un régime provincial d'assurance-médicaments, nombreux sont ceux qui affirment avoir de la difficulté à se procurer leurs médicaments.

● (1605)

Mme Debra Lynkowski (membre du conseil d'administration, Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé):

J'allais vous donner des statistiques convaincantes pour attirer votre attention, mais on en a déjà mentionné aujourd'hui, et je présume que vous avez entendu de nombreuses statistiques au cours des dernières semaines. Je ne crois pas avoir besoin de vous convaincre davantage qu'il ne s'agit pas simplement d'une petite faille dans le système. Je sais que, parfois, c'est ce que l'on pense, ou nous pensons qu'il s'agit de cas isolés.

Puisqu'il est question de patients et de leurs histoires, je peux vous dire que j'ai été vraiment étonnée d'apprendre que, parfois, il faut échouer avec un médicament avant d'obtenir celui dont le patient a véritablement besoin, celui que le médecin souhaitait que le patient prenne au départ. Je trouve cela complètement aberrant. De même, le patient a parfois tout intérêt à demeurer à l'hôpital parce qu'il a plus de chance de recevoir les médicaments dont il a besoin.

Vous connaissez les histoires, vous connaissez les statistiques, alors je ne vais pas les répéter. Je vais parler d'une solution et de ce que notre coalition formée de 30 organismes de bienfaisance en santé... Faire en sorte qu'une trentaine d'organismes de bienfaisance en santé s'entendent sur une solution n'est pas une mince tâche, alors croyez-moi, le fait que nous soyons d'accord indique bien qu'il y a un sérieux problème.

Notre solution est fondée sur des principes. Nous croyons qu'elle doit reposer sur quatre grands principes, à savoir un partenariat avec les patients, la qualité, l'accès équitable et la viabilité.

En ce qui a trait au partenariat avec les patients, nous estimons que les normes nécessaires doivent être élaborées en partenariat avec les patients dans le cadre d'une véritable collaboration, et non d'une façon symbolique, et nous devons nous assurer que les bons patients reçoivent les bons médicaments au bon moment et à bon prix.

En ce qui concerne la qualité, les Canadiens méritent des services et des pharmacothérapies de grande qualité aptes à combler leurs besoins — comme on l'a répété à maintes reprises aujourd'hui — qui respectent leur choix et qui leur sont prodigués conformément aux connaissances scientifiques et aux recommandations de leur médecin.

Pour ce qui est de l'accès équitable, tous les Canadiens devraient avoir un accès équitable à une vaste gamme de médicaments éprouvés. C'est essentiel. Cela devrait être garanti sans égard au patient, à sa maladie, à son lieu de résidence au Canada ni au contexte de soins.

La viabilité est bien entendu très importante. Nous ne sommes pas naïfs. Nous savons que la mise en oeuvre des normes doit être adéquatement financée et rentable et qu'elle doit se faire dans un système de soins de santé qui est continuellement révisé, évalué et amélioré.

Nous proposons des recommandations précises liées à ces quatre principes directeurs. Ma collègue en a déjà parlé, mais je vais y revenir brièvement.

La Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé demande au gouvernement du Canada de créer un groupe consultatif multilatéral. J'insiste sur le fait qu'il s'agit d'un groupe multilatéral,

car nous croyons que c'est essentiel. Ce groupe aurait pour tâche d'élaborer des normes pancanadiennes exhaustives et fondées sur les faits visant l'assurance-médicaments. Axé sur la collaboration, le groupe formulerait des recommandations en matière de normes, lesquelles viendraient éclairer l'établissement d'une entente viable et équitable entre le fédéral, les provinces et les territoires visant à améliorer l'accès aux pharmacothérapies ainsi que les résultats des soins de santé.

Je le répète, l'adoption de normes permettrait à chaque citoyen d'avoir accès à une couverture pour ses médicaments d'ordonnance, qui seraient prescrits en fonction des meilleures données probantes et du choix du patient et de son médecin, conformément au besoin et non au coût.

Nous recommandons aussi que le gouvernement du Canada agisse en leader. Nous comprenons la question des compétences, mais le gouvernement du Canada est également responsable de la santé et du bien-être des Canadiens, et nous croyons qu'il doit assumer une partie des coûts liés à la mise en oeuvre de ces normes.

Sur le plan pratique, le gouvernement pourrait se montrer responsable et augmenter son investissement dans les régimes d'assurance-médicaments en précisant les exigences qui doivent être respectées pour accroître les paiements de transfert aux provinces et aux territoires.

Enfin, nous demandons que les organismes de bienfaisance en santé et que les Canadiens qu'ils représentent soient des participants actifs aux consultations fédérales, provinciales et territoriales qui auront lieu pour éclairer l'élaboration de ces normes.

Comme ma collègue l'a mentionné, nous représentons des millions de Canadiens et des millions de patients. Ils veulent véritablement avoir voix au chapitre et ils veulent participer. Nous pouvons offrir un point de vue utile dans le cadre de l'élaboration des politiques et d'une réforme. Nous sommes bien placés pour donner et décrire des exemples concrets, mais nous sommes surtout bien placés pour proposer des solutions constructives et novatrices.

● (1610)

Pour terminer, je dirai que nous savons qu'il s'agit d'un enjeu complexe, qu'il y a de nombreux intérêts divergents et qu'il peut s'avérer difficile de créer une véritable collaboration, mais nous avons confiance dans la sagesse collective des membres du Comité et d'un groupe consultatif multilatéral, et nous croyons fermement que si vous utilisez le patient comme boussole, vous ne ferez jamais fausse route.

Je vous remercie. Nous serons ravis de répondre à vos questions.

Le vice-président (M. Len Webber): Je vous remercie beaucoup.

Vous avez terminé à une seconde près. Vous vous êtes sûrement exercée.

Je vous remercie tous pour vos exposés. Nous allons maintenant passer au premier tour de questions.

Je crois que la parole est à vous, Darshan Kang, pour sept minutes. Merci.

M. Darshan Singh Kang: Je vous remercie, monsieur le président.

Ma principale préoccupation est le conflit d'intérêts, alors si un témoin se trouve dans une situation d'apparence de conflit d'intérêts, il est très important que le public soit au courant.

Ma première question est la suivante: est-ce que vous, ou bien votre organisme ou un représentant, êtes inscrit au registre des lobbyistes en vue d'influencer les politiques du gouvernement fédéral portant sur un régime national d'assurance-médicaments?

Deuxièmement, est-ce que votre organisme est financé par des sociétés pharmaceutiques, des compagnies d'assurances, des entreprises de marketing ou d'autres entités qui ont tout intérêt à influencer les politiques liées à régime national d'assurance-médicaments?

Ce sont mes deux questions.

Le vice-président (M. Len Webber): Monsieur Kang, à qui s'adressent vos questions?

M. Darshan Singh Kang: À tout le monde.

Mme Julie White: Je crois que c'est une très bonne question. Je pense qu'il est très important de savoir à qui nous nous adressons et s'il y a des conflits d'intérêts.

Je n'ai aucun conflit d'intérêts à dévoiler et je n'attends pas non plus un appel téléphonique.

M. Perry Eisenschmid: Je crois qu'il y avait deux questions.

Je suis inscrit au registre des lobbyistes, mais pas pour un sujet en particulier.

Pour ce qui est du financement en général, ce qui est mal compris à propos de l'Association des pharmaciens du Canada, c'est qu'elle représente 40 000 pharmaciens dévoués dans l'ensemble du pays. Nous ne représentons pas les grands détaillants ou les sociétés pharmaceutiques. Nous représentons les pharmaciens qui travaillent dans nos collectivités et nos hôpitaux partout au pays.

Une autre chose qu'on ignore souvent à propos de notre organisation, c'est que plus de 90 % de notre financement provient de la vente de nos produits et services, c'est-à-dire les outils de référence qui fixent la norme en matière de médicaments et de produits thérapeutiques que nous vendons aux professionnels de la santé au pays. Cela représente 90 % de notre financement.

Nous recevons occasionnellement du financement de la part de divers intérêts du secteur privé à des fins précises. Par exemple, au sujet du régime d'assurance-médicaments, nous recevons du financement pour mener des consultations nationales auprès du public et des pharmaciens un peu partout au pays.

•(1615)

M. Darshan Singh Kang: Qu'en est-il de la Coalition des organismes de bienfaisance en santé?

Mme Connie Côté: Je ne suis pas une lobbyiste inscrite au registre. Nous ne satisfaisons pas au critère établi pour pouvoir s'inscrire. Des membres de notre coalition sont toutefois — la majorité d'entre eux — inscrits au registre sous leur propre nom d'organisme.

En ce qui concerne les conflits d'intérêts et le financement, comme nous représentons nos membres, ce sont eux qui nous financent. Nous n'avons pas d'autres sources de financement à l'exception de petites subventions occasionnelles pour soutenir certains projets, mais il n'y a aucun conflit d'intérêts en ce qui a trait au dossier qui nous occupe.

Mme Debra Lynkowski: Je suis une lobbyiste inscrite au registre au nom de l'Association pulmonaire du Canada, même si je ne satisfais pas au critère prescrit.

Je n'ai aucun conflit d'intérêts à déclarer. Si nous recevons du financement de la part de partenaires du secteur privé, il s'agit de

subventions à des fins d'éducation qui n'ont aucun lien avec le sujet en question.

M. Darshan Singh Kang: Alors ce sera le cas aussi dans le futur, selon vous?

Mme Debra Lynkowski: Nous ne nous mettrons pas en situation de conflit d'intérêts. Nous conservons très jalousement notre indépendance et notre autonomie pour que nous puissions être des intermédiaires honnêtes et indépendants.

M. Darshan Singh Kang: Merci.

Lisa.

Mme Lisa Ashley: Je vous remercie.

Je suis inscrite au registre pour un certain nombre de questions liées à la santé.

Je ne suis pas en conflit d'intérêts et notre organisme non plus. La majorité de notre financement provient de nos membres. Il arrive parfois que nous soyons commandités par une société pharmaceutique lors d'une conférence, mais je ne crois pas que ce sera le cas lors de la prochaine conférence.

M. Darshan Singh Kang: Je vous remercie.

Ma prochaine question s'adresse à l'Association des pharmaciens du Canada.

Est-ce que vos membres sont rémunérés par des sociétés pharmaceutiques lorsqu'ils vendent des médicaments de marque alors qu'il existe un médicament générique tout aussi efficace?

Deuxièmement, est-ce qu'un régime national d'assurance-médicaments aurait une incidence sur cette pratique?

M. Philip Emberley (directeur, Affaires professionnelles, Association des pharmaciens du Canada): Je vous remercie pour votre question.

Non, les pharmaciens ne sont pas rémunérés par une société pharmaceutique lorsqu'ils vendent un médicament de marque. Les pharmaciens sont tenus d'offrir le médicament le moins coûteux. Cela fait partie de leur code de déontologie.

Pour répondre à votre deuxième question, je dirai qu'un régime national d'assurance-médicaments ne changera pas cette situation.

M. Darshan Singh Kang: Vous avez dit qu'ils sont tenus de faire cela. Qui les surveille? Il pourrait y avoir des incitatifs qui poussent les pharmaciens à vendre des médicaments de marque. Il doit bien exister des avantages pour le pharmacien ou la pharmacie à vendre des médicaments coûteux plutôt que des médicaments génériques.

M. Philip Emberley: Non, la pratique de la pharmacie est réglementée à l'échelon provincial, et les pharmaciens sont tenus d'offrir les médicaments les moins coûteux. Si un médicament générique existe, la réglementation les oblige à offrir ce médicament.

M. Darshan Singh Kang: Même si le patient insiste pour obtenir le médicament de marque?

M. Philip Emberley: Dans la plupart des provinces, si le patient insiste, il doit payer la différence entre le coût du médicament générique et celui du médicament de marque. Il arrive parfois que le patient fasse part de cette préférence au pharmacien.

Le vice-président (M. Len Webber): Il vous reste 40 secondes.

M. Darshan Singh Kang: D'accord, je crois que je vais poursuivre dans la même veine. Si un patient est couvert, peut-il obtenir le médicament de marque?

M. Philip Emberley: Si le patient a une couverture pour les médicaments de marque — la plupart du temps il le sait — alors il peut demander au pharmacien d'obtenir ce médicament. Par exemple, souvent, les personnes qui travaillent pour une société pharmaceutique doivent se procurer uniquement les médicaments de marque, conformément à la politique de la société, et, dans un tel cas, elles en font part au pharmacien, qui leur remettra le médicament de marque.

M. Darshan Singh Kang: On n'encouragera pas le patient à opter pour le médicament générique parce qu'il est moins coûteux.

M. Philip Emberley: Normalement, on en discute. En tant que pharmaciens, nous croyons que les médicaments génériques sont équivalents, bioéquivalents, conformément aux exigences de Santé Canada, alors on encourage les patients à opter pour ces médicaments. Cependant, dans bien des cas, les patients demandent précisément le médicament de marque.

M. Darshan Singh Kang: Merci.

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

La parole est à M. Carrie, et ensuite, à M. Davies.

M. Colin Carrie: Je vous remercie, monsieur le président. Vous faites un excellent travail aujourd'hui.

Je suis préoccupé par le fait que nous parlons d'améliorer l'accès aux produits pharmaceutiques. Je crois qu'il faut savoir que, sans mesures de contrôle, cela pourrait s'avérer dangereux et coûteux. Au Canada, le nombre excessif d'ordonnances et l'abus de médicaments d'ordonnance constituent un problème. J'aimerais avoir votre opinion à ce sujet.

Divers témoins nous ont dit que jusqu'à 40 % des personnes âgées prennent des médicaments inappropriés. Monsieur Eisenschmid, je crois que vous avez mentionné que les pharmaciens pourraient repérer ce genre de situation. Monsieur Emberley, je crois que vous avez travaillé au sein du gouvernement de la Colombie-Britannique et que vous êtes un spécialiste de l'utilisation optimale des médicaments.

Avez-vous déjà calculé combien d'argent le système public pourrait épargner si les médicaments étaient mieux prescrits aux patients?

• (1620)

M. Perry Eisenschmid: Je n'ai jamais vu une telle analyse. C'est au cas par cas, mais je crois que des économies importantes sont possibles.

Cela revient au sujet de mon exposé. Il faut s'assurer que tous les Canadiens bénéficient d'une couverture appropriée et que les médicaments soient couverts par des régimes publics ou privés. C'est une excellente chose. L'objectif ultime, cependant, est d'éviter de prescrire davantage de médicaments. Les professionnels doivent gérer les médicaments pour s'assurer que le patient obtient les bons soins. Nous croyons que les pharmaciens, qui travaillent dans 10 000 pharmacies ouvertes, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, sont le premier point de contact idéal et les spécialistes les mieux placés pour s'assurer que les médicaments sont prescrits correctement et non d'une manière excessive.

M. Colin Carrie: Je crois que c'est important dans votre pratique, car 40 % du temps, les personnes âgées ne reçoivent pas la bonne médication. À quel point est-ce dangereux pour le système?

Je suis également préoccupé par les statistiques au sujet de l'abus d'opioïdes. Je crois que le Canada enregistre le nombre le plus élevé d'utilisateurs d'opioïdes. On se demande pourquoi les Canadiens ont davantage besoin d'opioïdes que les citoyens d'autres pays dans le monde.

Quel rôle pouvez-vous jouer en tant que pharmaciens et quelle incidence cela aurait-il sur votre relation avec les médecins?

Un de mes voisins à Oshawa était pharmacien et il m'a dit qu'il repérait des contre-indications dans des ordonnances. Je peux voir dans quelle mesure votre rôle pourrait être élargi. Cela pourrait être très rentable. Dans quelle mesure votre relation avec les médecins changerait-elle?

M. Perry Eisenschmid: Je crois que notre pharmacien est probablement mieux placé pour répondre à cette question.

M. Philip Emberley: C'est une excellente question, et je dirais qu'il s'agit d'un problème qui ne concerne pas uniquement les médecins, les infirmières ou les pharmaciens. C'est un problème qui indique qu'il faut adopter une approche axée sur le travail d'équipe. Il faut adopter une approche qui tire profit des connaissances et des compétences de chaque professionnel.

Cela fait 28 ans que je suis pharmacien, et je crois qu'au cours des 10 dernières années, les pharmaciens ont établi une collaboration beaucoup plus étroite avec les médecins en vue d'optimiser les soins. Il n'est pas question de cesser la médication des gens. Il s'agit plutôt de trouver la combinaison optimale de médicaments dont les gens ont besoin.

Je dois mentionner que certains aînés que je vois prennent tellement de médicaments qu'ils ne savent plus pourquoi ils prennent tel ou tel médicament. Il s'agit parfois d'un mélange toxique. Je crois que les pharmaciens peuvent apporter une contribution utile en analysant la médication, en formulant une recommandation lorsque c'est approprié et en signalant qu'il y a un problème auquel il faut remédier. C'est ainsi que nous pourrions parvenir à optimiser les soins pour le patient.

M. Colin Carrie: En ce qui concerne les soins par rapport aux coûts, je me souviens qu'il y a quelques années Deb Matthews était préoccupée à l'égard du gouvernement fédéral, car elle voulait que davantage d'opioïdes contenus dans des emballages inviolables soient vendus au lieu des opioïdes génériques. Je crois qu'elle a affirmé que 85 % de la population de l'une de nos Premières Nations avait une dépendance aux opioïdes.

C'est préoccupant, car il est facile de rédiger une ordonnance. Dans certains cas, comment un pharmacien pourrait-il faire en sorte que l'ordonnance soit plus appropriée, comme vous l'avez mentionné, afin que les Canadiens reçoivent les médicaments qui leur conviennent? Comment pouvons-nous envisager votre rôle et la portée de votre pratique et quelle importance devrions-nous accorder à un régime d'assurance-médicaments?

Vous avez mentionné que, dans certaines provinces, vous n'êtes pas entièrement rémunérés pour les conseils que vous donnez. Comment pouvons-nous changer cela en vue d'améliorer le système et le travail de l'équipe qui s'occupe du patient?

• (1625)

M. Perry Eisenschmid: Je peux commencer, et ensuite, Phil pourra renchéir.

L'un des principaux obstacles, et bien des gens ne s'en rendent pas compte, c'est que la rémunération des pharmaciens pour ce genre de services élargis provient malheureusement du budget des gouvernements provinciaux réservé aux régimes d'assurance-médicaments. En voulant constamment limiter les coûts, on se retrouve dans une situation où les provinces n'ont pas beaucoup les moyens de financer ces importants services élargis dont nous parlons.

Si le gouvernement fédéral contribue davantage financièrement par l'entremise d'un régime national d'assurance-médicaments ou d'une autre façon, nous devons examiner la nécessité de commencer à financer ces services avec des fonds qui ne proviennent pas des budgets provinciaux consacrés aux régimes d'assurance-médicaments, qui sont continuellement réduits, pour faire en sorte que les médicaments prescrits soient gérés efficacement.

Lorsqu'un trop grand nombre de médicaments sont prescrits, les pharmaciens le constatent immédiatement. Ils voient des patients qui font les frais d'ordonnances inappropriées. Ils sont aux premières loges et, s'ils sont rémunérés convenablement et que la réglementation les autorise à le faire, ils pourront intervenir et faire ce qu'il faut pour rectifier la situation.

M. Colin Carrie: Il semble que les professionnels canadiens de la santé savent très bien comment prescrire, mais quand vient le temps de prescrire moins... Est-ce que les pharmaciens pourraient travailler en partenariat avec les médecins à cet égard? Étant donné les énormes quantités d'opioïdes que prennent les Canadiens tous les ans, peut-on savoir pourquoi c'est au Canada qu'on consomme le plus d'opioïdes? Je crois que 25 % des personnes qui commencent à prendre des opioïdes prescrits par un médecin développent une dépendance.

Le vice-président (M. Len Webber): Monsieur Carrie, votre temps est presque écoulé. Je vous prie de répondre brièvement.

M. Perry Eisenschmid: Je crois que certains partenariats existent actuellement. Il faudrait qu'il y en ait davantage. Comme vous l'avez fait valoir, ce sont les médecins qui normalement prescrivent un médicament et c'est le pharmacien qui voit le patient régulièrement et qui renouvelle les ordonnances. Les pharmaciens sont les mieux placés pour intervenir de façon appropriée à mon avis.

M. Philip Emberley: Oui, en effet, des patients se mettent à avoir des problèmes, et on ne peut pas tout simplement cesser un médicament. Dans bien des cas, il faut une méthode systématique pour les aider à réduire la dose.

Je crois que les pharmaciens font autre chose de très important, puisqu'ils voient les patients très souvent, et c'est de s'en rendre compte quand les patients commencent à avoir des problèmes. Il y a des signes visibles, par exemple, quand les patients renouvellent leur ordonnance plus tôt qu'il ne le faut. Vous vous en doutez, quand les gens se mettent à avoir des problèmes. Je pense que s'il est un rôle important que les pharmaciens jouent, c'est bien d'informer les membres de l'équipe de telles situations afin qu'ils puissent intervenir et offrir des services de gestion de la toxicomanie.

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

Les intervenants suivants sont M. Davis, puis M. Ayoub.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président, et merci à tous les témoins d'être venus pour nous faire profiter de leur expertise.

J'ai sept minutes pour obtenir et décoder la théorie unifiée sur l'assurance-médicaments au Canada, alors je vais vous prier de répondre succinctement pour que je puisse poser le plus de questions possible.

Madame Ashley, je vais commencer par vous. Pouvez-vous donner au Comité un exemple d'effet lié au coût du non-respect de l'ordonnance auquel des infirmières membres de votre organisation doivent faire face? Autrement dit, donnez-moi un exemple de ce qui se produit quand un patient n'a pas accès à l'assurance-médicaments et de la façon dont cela est plus coûteux pour notre système.

Mme Lisa Ashley: Je ne peux vous donner un coût en argent, mais je peux certainement vous parler des coûts pour la vie. Si un aîné souffrant de multiples problèmes chroniques ne peut se permettre les médicaments qu'il lui faut, il va aboutir à l'urgence à cause d'un accident vasculaire cérébral. Il pourrait faire des chutes parce qu'il n'a pas les bons médicaments pour contrôler cela, alors il va aboutir à l'urgence, puis finir dans un établissement de soins de longue durée parce qu'il ne sera plus capable de vivre chez lui.

M. Don Davies: Est-ce que vos membres voient de tels cas?

Mme Lisa Ashley: Oui.

M. Don Davies: Dans votre mémoire, vous recommandez la substitution obligatoire par des médicaments génériques. Vous l'avez aussi dit dans votre exposé. Certaines personnes venues témoigner devant le Comité nous ont mis en garde contre de telles mesures et en fait contre un régime d'assurance-médicaments universel, parce que cela restreindrait les choix des patients et minerait éventuellement leur accès à des thérapies de qualité.

Que répondez-vous à ces critiques?

Mme Lisa Ashley: Il ne fait aucun doute qu'un tel régime offre la possibilité d'une démarche d'équipe et que tout dépend de la façon dont un régime est conçu. Nous avons des opinions divergentes sur la conclusion à laquelle nous devons arriver, mais je pense que ce qui ressort constamment, c'est qu'il faut veiller à ce que les patients aient accès à des médicaments qu'ils peuvent se permettre.

M. Don Davies: Madame White, lors d'une séance antérieure, nous avons entendu un témoin affirmer que les syndicats et les membres des syndicats s'opposent, ou pourraient être opposés à un régime d'assurance-médicaments public, car ils préfèrent la protection des régimes privés qu'ils ont au travail. En tant qu'organisme qui travaille en étroite collaboration avec les syndicats et les travailleurs syndiqués, êtes-vous d'accord avec cela?

● (1630)

Mme Julie White: J'ai vu ce commentaire. Cela m'a fait sourire, parce qu'à la Coalition canadienne de la santé, nous recevons énormément d'appui du milieu syndical, y compris les grands syndicats. Je pourrais vous les énumérer, mais je ne le ferai pas pour ne pas prendre trop de temps.

Il n'y a pas que les syndicats eux-mêmes qui sont pour. De nombreux membres de syndicats viennent à notre activité annuelle de lobbying auprès des députés pour parler à ces derniers de l'importance d'un régime d'assurance-médicaments d'ordonnance. Je ne suis pas en train de dire qu'il n'existe pas de syndiqués ayant une protection totale qui ne se demandent pas ce qui va arriver avec un régime public. Il y en a peut-être.

Ce que je leur dis, c'est que vous avez une protection et c'est très bien, mais est-ce que toute votre famille est protégée? Est-ce que vos enfants d'âge adulte sont protégés? Est-ce que vos petits-enfants sont protégés? Je crois qu'il est tout à fait faux de dire que les syndicats ne veulent pas de régime d'assurance-médicaments national public. Ils se battent pour cela.

M. Don Davies: Merci.

Madame White, certains témoins ont aussi recommandé au Comité de regarder le modèle québécois. Ce régime comporte un seuil d'assurance publique pour ceux qui n'ont pas d'assurance, puis s'appuie sur un régime privé qui est payé par les employeurs pour tout ce qui dépasse ce seuil.

Votre organisation a-t-elle une opinion sur le modèle québécois, ou préfère-t-elle plutôt un régime universel fondé sur un payeur unique qui couvre tout à partir du premier dollar?

Mme Julie White: Je préfère la deuxième solution. Dans ma déclaration, je disais en quelque sorte que ce sont les genres de problèmes que vous aurez si vous essayez d'intégrer un modèle axé sur le travail comme celui du Québec dans le régime public, lequel ne s'occupe alors que des cas particuliers qui ne sont pas protégés par un régime au travail. Vous allez avoir tous les coûts accrus qui viennent avec le régime au travail, vous n'aurez pas de protection générale pour la population, et vous n'aurez pas non plus la capacité de négocier les prix des médicaments avec les compagnies pharmaceutiques, ce qui va se traduire par un régime beaucoup plus coûteux qui n'aura pas d'aussi bons résultats.

M. Don Davies: Merci.

Madame Ashley, est-ce que l'Association des infirmières et infirmiers du Canada a adopté une position concernant le modèle québécois? Préférez-vous plutôt un régime universel fondé sur un payeur unique qui couvre tout à partir du premier dollar?

Mme Lisa Ashley: Il faudrait que je vérifie cela.

M. Don Davies: Merci.

Monsieur Eisenschmid, je ne suis pas sûr d'avoir bien compris, mais je crois que oui. Vous avez dit qu'il faudrait du temps pour mettre en place un programme universel d'assurance-médicaments, ce qui est logique. Cependant, si je vous ai bien compris, vous avez dit que le processus de mise en œuvre laisserait certains patients sans protection.

Je m'interroge sur la source de cette déclaration. Avez-vous des données à ce sujet? Est-ce inévitable? Ne pourrions-nous pas créer un programme d'assurance-médicaments universel et veiller à ce que tous les Canadiens soient protégés pendant ce processus, ou croyez-vous que c'est inévitable?

M. Perry Eisenschmid: C'est possible. Sur la question de la conception du programme final, ce que nous disons est plutôt lié à la réalité du temps qu'il faut pour apporter un changement aussi fondamental à la protection. Il va falloir du temps, et dans l'intervalle, ne devrions-nous pas chercher des façons de combler le fossé qui existe? C'est plutôt une situation temporaire.

M. Don Davies: Je vois. D'accord.

Madame Côté, je crois que votre organisation ne prône pas un régime en particulier. Est-ce juste?

Mme Connie Côté: C'est juste.

M. Don Davies: Est-ce que votre organisation a exprimé des préoccupations concernant la transition du Canada vers un régime fondé sur un payeur unique qui couvre tout à partir du premier dollar afin d'offrir une protection universelle aux Canadiens?

Mme Connie Côté: Nous nous sommes penchés sur diverses options, et ce qui compte vraiment pour nous, c'est que peu importe l'option choisie, il faut que les patients puissent se prononcer et que nous nous arrêtions aux façons dont les patients pourront avoir accès à la protection. C'est l'accès inéquitable qui nous préoccupe en réalité, alors nous vous invitons à bien envisager les résultats que les patients obtiendront.

M. Don Davies: Oui.

Combien de temps me reste-t-il?

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

M. Don Davies: J'ai une minute.

Je n'arrive pas à me rappeler qui a demandé ou dit ceci — je crois que c'était vous, madame White, ou peut-être vous, madame Côté —, mais quelqu'un a dit que 50 % des Canadiens n'ont pas de régime d'assurance-médicaments au travail. Est-ce que j'ai bien entendu cela?

Mme Julie White: Ce que j'ai dit, c'est que la majorité des Canadiens, probablement 60 à 65 %, ont une protection au travail. Les autres n'en ont pas.

M. Don Davies: Donc, vous diriez qu'environ 30 à 35 % des Canadiens n'ont pas de régime d'assurance-médicaments au travail.

Madame Côté, si vous pouviez donner un seul conseil au Comité sur la façon dont nous devrions nous y prendre, quel serait ce conseil?

Mme Connie Côté: Nous demandons des normes en matière d'assurance-médicaments. Nous estimons important que tout le monde comprenne à quoi nous travaillons et les normes que nous essayons d'obtenir. Nous espérons vraiment que nous aurons une discussion bien plus étendue et que la démarche sera très complète et fera intervenir les divers intervenants.

Nous voyons tous les choses dans des perspectives différentes, alors un point de vue unique ne nous amènera pas là où nous devons être.

M. Don Davies: Merci.

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

Nous passons à M. Ayoub, puis ce sera Mme Harder.

•(1635)

[Français]

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

Je remercie également les témoins de leurs discours très intéressants et des informations extrêmement importantes qu'ils nous fournissent dans le cadre de cette étude.

Je n'ai pas encore eu le temps de me présenter. Je suis député de la circonscription de Thérèse-De Blainville. Elle est située au nord de la ville de Montréal, au Québec.

Je vais d'abord m'adresser surtout aux représentants de l'Association des pharmaciens.

Monsieur Eisenschmid, à plusieurs reprises, vous avez mentionné qu'il ne faut pas trop s'attarder au coût des médicaments. Qu'on le veuille ou non, les coûts de la recherche se reflètent dans le coût des médicaments. L'estimation des coûts d'un éventuel système d'assurance-médicaments pancanadien nous montre qu'ils seraient élevés.

J'aimerais vous entendre sur le fait que les pharmacies de détail majorent parfois le prix des médicaments d'ordonnance. J'ai ici des chiffres qui remontent à 2012-2013. Cette marge bénéficiaire représentait 4,2 % des coûts totaux payés par les régimes d'assurance publics pour les médicaments d'ordonnance, soit environ 323 millions de dollars. Donc, les régimes d'assurance publics imposent un plafond au remboursement de la marge bénéficiaire des médicaments d'ordonnance.

Pourquoi les pharmacies de détail majorent-elles le prix des médicaments d'ordonnance? Les régimes privés imposent-ils eux aussi un plafond au remboursement de la marge bénéficiaire?

Selon vous, comment faudrait-il aborder la question du plafonnement de la marge bénéficiaire des médicaments d'ordonnance dans l'éventualité de la création d'un système pancanadien d'assurance-médicaments?

[Traduction]

M. Perry Eisenschmid: Je ne comprends pas bien votre question. Quand vous dites que les pharmaciens augmentent... que les prix des médicaments augmentent, ou que les fabricants augmentent les prix...

[Français]

M. Ramez Ayoub: Je vous parle des pharmacies de détail.

[Traduction]

Les détaillants.

M. Perry Eisenschmid: Parlez-vous des frais d'exécution d'ordonnance?

[Français]

M. Ramez Ayoub: J'aimerais en savoir davantage sur la marge bénéficiaire des pharmacies.

[Traduction]

Ce ne sont pas les frais d'exécution d'ordonnance, mais...

[Français]

la marge bénéficiaire.

[Traduction]

M. Perry Eisenschmid: Voulez-vous dire les profits des magasins?

[Français]

M. Ramez Ayoub: Je veux parler de la majoration du prix des médicaments d'ordonnance.

[Traduction]

M. Perry Eisenschmid: Vous dites que vous avez de l'information selon laquelle les profits sur des médicaments d'ordonnance ont augmenté au Québec.

M. Ramez Ayoub: Non, non, pas au Québec, mais en général. C'est l'information que la recherche vise à faire ressortir, et c'est l'information que nous avons en ce moment. N'êtes-vous pas au courant de cela?

M. Perry Eisenschmid: Nous représentons les pharmaciens, qui sont normalement payés à l'heure ou sont des employés salariés. Cette question devrait plutôt s'adresser aux propriétaires de chaînes de magasins de détail, qui pourraient vous parler de leurs opérations commerciales.

M. Ramez Ayoub: D'accord. Je suis un peu surpris, mais ça va.

[Français]

Depuis la mise en place des premiers régimes d'assurance-médicaments provinciaux dans les années 1970, les compagnies de médicaments génériques ont offert des rabais aux pharmacies. Les médicaments génériques sont ainsi devenus une partie importante des revenus des pharmacies. Cependant, au cours des dernières années, les réductions des taux de remboursement des médicaments génériques par les régimes publics ont diminué les rabais consentis aux pharmaciens par les fabricants de médicaments génériques.

Les compagnies de médicaments génériques continuent-elles à offrir ce genre de rabais aux pharmacies? Si oui, quel pourcentage de leurs revenus ces rabais représentent-ils généralement? Dans quelle mesure ces rabais sont-ils consentis ou redonnés aux clients par les pharmacies?

[Traduction]

M. Perry Eisenschmid: Encore là, à moins que Phil ait d'autres renseignements... Vous parlez des activités commerciales? Vous parlez des relations entre les fabricants de médicaments et les propriétaires de pharmacies?

[Français]

M. Ramez Ayoub: Je parle des médicaments génériques.

[Traduction]

M. Perry Eisenschmid: Oui.

[Français]

M. Ramez Ayoub: En définitive, les pharmacies qui obtiennent un rabais sur les médicaments génériques redonnent-elles une part de ce rabais à leurs clients? La question n'est pas compliquée.

[Traduction]

M. Philip Emberley: Des provinces canadiennes permettent encore les rabais aux pharmacies. Certaines ont instauré des contrôles. Par exemple, l'Ontario ne permet pas les rabais pour les entreprises qui fabriquent des médicaments génériques.

Avec les changements qui ont été apportés aux prix des médicaments génériques à l'échelle du Canada, les rabais ont nettement diminué. Nous trouvons très important qu'il y ait des fonds convenables pour bon nombre des services que nous avons décrits et que les pharmaciens offrent. Je sais que les rabais ont diminué récemment.

● (1640)

M. Ramez Ayoub: Ma deuxième question est celle-ci: est-ce qu'on fait profiter les clients de ces rabais? Est-ce que les clients obtiennent un pourcentage des rabais, ou les rabais vont-ils tous aux pharmaciens? Avez-vous ce genre d'information?

M. Perry Eisenschmid: Je crois que votre question porte en réalité sur les modèles de paiement des pharmacies en tant qu'activités commerciales et des pharmaciens eux-mêmes. Je crois que vous soulevez un excellent point, et c'est qu'en ce moment, les montants versés aux pharmacies et aux pharmaciens ne correspondent pas aux services et à la valeur qui est offerte. Il ne fait aucun doute qu'en ce moment, les pharmacies misent beaucoup sur les rabais ou sur les allocations qui, dans certaines provinces, les aident à financer leurs activités en général, parce qu'ils vous diraient qu'ils ne sont pas convenablement payés pour les interventions directes comme le respect de l'ordonnance.

Nous dirions tous qu'il faudra au bout du compte un changement dans la structure des paiements aux pharmacies et aux pharmaciens pour que les paiements correspondent aux services et pour que les pharmacies n'aient pas à compter sur la marge de profits sur les médicaments qu'elles dispensent pour couvrir d'autres services. C'est ce que nous dirions.

[Français]

M. Ramez Ayoub: La plupart du temps, les pharmaciens sont propriétaires de leur pharmacie ou ils sont des exploitants de la pharmacie. Comme vous l'avez dit, ce n'est toutefois peut-être pas toujours le cas. Il y a des pharmaciens qui travaillent à taux horaire. Cela est autre chose, si je comprends bien la situation.

[Traduction]

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

M. Ramez Ayoub: Merci, monsieur le président.

Le vice-président (M. Len Webber): Nous amorçons le deuxième tour. Chaque membre du Comité a cinq minutes.

Nous allons écouter Mme Harder, puis M. Oliver.

Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC): Merci.

C'est à vous que je vais vous adresser ma question, monsieur Eisenschmid.

Le Comité a entendu divers groupes de témoins — des universitaires, des membres de l'industrie, des particuliers et des représentants — et nombreux sont ceux qui ont montré du doigt les pharmaciens quand il s'agit des prix élevés des médicaments. Les universitaires à l'origine du rapport *Pharmacare 2020* sont même allés jusqu'à mettre en doute la crédibilité de votre organisation pour la réalisation de travaux de recherche et s'en sont pris à certaines des statistiques que vous aviez présentées, indiquant que vos conclusions étaient motivées par les marges de profits plutôt que par d'autres possibilités.

J'imagine que vous connaissez bien ces allégations. Je vais en fait vous demander d'y réagir.

M. Perry Eisenschmid: Nous avons été très déçus par ces allégations et par leurs attaques contre la crédibilité de l'Association des pharmaciens du Canada. Nous trouvions qu'elles n'étaient pas fondées. En fait, nous avons eu des discussions de suivi avec eux pour essayer de comprendre les raisons de cela.

La recherche qui a suscité en particulier leurs critiques n'avait pas de perspective particulière. C'était une analyse économique menée par un chercheur en économie qui essayait en gros de présenter des faits et de mettre à jour le modèle de M. Morgan, parce qu'il utilisait les taux de change de 2013. Nous savions que le monde avait beaucoup changé depuis qu'il avait créé son modèle, alors nous avons commandé une étude portant sur ce modèle, mais aussi sur d'autres modèles, y compris celui du Québec et celui de l'Île-du-Prince-Édouard, par exemple.

Nous voulions seulement faire ressortir des faits. Ce n'était pas un document énonçant notre position. Nous n'avons pas fait de recommandation. Nous voulions seulement nous assurer que les décideurs auraient accès à des données pertinentes.

Mme Rachael Harder: J'ai une autre question à vous poser. J'ai trouvé intéressant de constater que seulement 31 % des Canadiens voulaient un régime véritablement national, selon le dépliant que vous avez fourni, et que 85 % des Canadiens doutaient de la capacité du gouvernement de gérer officiellement un régime.

Pourriez-vous nous parler de ces conclusions et nous en dire un peu plus?

M. Perry Eisenschmid: Je ne peux qu'émettre des hypothèses. C'était purement une recherche sur les opinions de la population canadienne. Ce qui sous-tend... C'est une enquête très complète.

La majorité des Canadiens sont protégés par des régimes privés, et ils sont nombreux à en être satisfaits. Ils entendent des histoires à propos d'une transition vers un régime public qui protégerait tout le monde et du risque de diminution des indemnisations qu'ils reçoivent. Environ les trois quarts des Canadiens craignaient que de passer à un régime public intégralement couvert à l'échelle nationale se traduise par une diminution de leur protection.

●(1645)

Mme Rachael Harder: Je vais vous poser une autre question, si cela ne vous dérange pas.

Votre organisation a déclaré publiquement:

...un programme d'assurance-médicaments national fondé sur le principe du payeur unique représenterait vraisemblablement des coûts publics élevés par rapport à des avantages nets limités pour les Canadiens, d'après la recherche que nous avons menée à ce jour.

Pouvez-vous m'expliquer pourquoi c'est l'impression que vous avez gardée et pourquoi les résultats de votre recherche diffèrent de ceux du rapport *Pharmacare 2020*?

M. Perry Eisenschmid: Les données fondamentales de cela sont venues de cette recherche, laquelle indiquait que le passage à un régime d'assurance-médicaments fondé sur un payeur unique qui couvre tout à partir du premier dollar entraînerait essentiellement un transfert des coûts annuels de 6,6 milliards de dollars du secteur privé au secteur public.

Encore là, le secteur public a la capacité de hausser les taxes pour compenser cela, mais c'est un changement considérable, de passer d'un financement qui vient du secteur privé à un financement qui vient du secteur public, et cela s'accompagne de risques inhérents.

Mme Rachael Harder: Précédemment, Mme White a dit qu'il était peut-être temps pour le gouvernement d'intervenir et d'assumer une partie des coûts.

Je trouve cette déclaration intéressante. D'après vous, où le gouvernement trouvera-t-il cet argent? Vous pourriez nous dire ce que vous pensez de cela, monsieur Eisenschmid.

M. Perry Eisenschmid: Où le gouvernement trouverait-il les 6,6 milliards?

Mme Rachael Harder: Oui. Si le gouvernement devait participer, où trouverait-il les 6,6 milliards?

M. Perry Eisenschmid: Je ne peux pas répondre à cela.

Mme Rachael Harder: Pensez-vous que vous pourriez vous essayer à des suppositions éclairées?

M. Perry Eisenschmid: Où trouverait-il l'argent?

Mme Rachael Harder: Oui.

M. Perry Eisenschmid: Eh bien, c'est manifestement le contribuable, qu'il s'agisse des sociétés ou...

Mme Rachael Harder: Merci.

Le vice-président (M. Len Webber): Votre temps est écoulé. Merci.

Pour cinq minutes, nous aurons M. Oliver, puis M. Carrie.

M. John Oliver: Merci beaucoup, et merci à tous pour vos exposés.

Mes questions s'adressent principalement à M. Eisenschmid et M. Emberley.

Dans votre document sur un régime pancanadien d'assurance-médicaments, vous laissez entendre qu'un programme national d'assurance-médicaments entraînera des pharmacothérapies inappropriées. Les raisons que vous donnez, c'est qu'une liste des médicaments fermée limitera les choix des patients et l'autonomie des cliniciens, ce qui aura des répercussions négatives sur la santé des patients.

Tous les hôpitaux canadiens se servent d'une liste des médicaments fermée. Voulez-vous dire, alors, qu'en utilisant une liste fermée, les hôpitaux nuisent à la santé des patients?

M. Perry Eisenschmid: Non, ce que nous voulons dire, c'est que dans les pays qui ont adopté ce genre de programme, on voit que la stratégie est centrée beaucoup plus sur la limitation des coûts que sur la santé des patients.

Dans des endroits comme la Nouvelle-Zélande ou le Royaume-Uni, on impose des limites sur le nombre de médicaments assurés, et ce n'est pas pour rien. Une des raisons pour lesquelles on choisit un tel régime, c'est pour tenter d'obtenir une ristourne sur les achats groupés. Évidemment, c'est impossible d'obtenir ce genre de ristourne sans essayer de réunir les dépenses en médicaments.

M. John Oliver: Pour le compte rendu, voulez-vous donc dire que les pays dotés d'un programme universel d'assurance-médicaments nuisent à la santé des patients en se servant de listes des médicaments fermées? C'est le genre d'argument qu'on entendait dans les années 1980 et au début des années 1990, à l'époque où les hôpitaux adoptaient les listes fermées.

Je trouve la position de votre association un peu anachronique.

M. Perry Eisenschmid: Puis-je dire quelque chose?

M. John Oliver: Ma deuxième question porte sur le rapport intitulé *Pharmacare Costing in Canada*. On y déclare qu'un programme national d'assurance-médicaments empêcherait les pharmaciens de bien servir les patients. Quand j'ai demandé ce que cela signifiait à l'auteur du rapport, il m'a expliqué qu'à d'autres endroits où les régimes publics ne payent pas les pharmaciens aussi bien que les régimes privés, les pharmaciens retiennent leurs services.

Je dois vous poser la question suivante, vous qui êtes le chef de votre association. Si nous adoptons un programme national d'assurance-médicaments, ordonnerez-vous vraiment aux pharmaciens canadiens de ne pas fournir tous leurs services, plutôt que de négocier avec le gouvernement dans le but de trouver une rémunération juste et honnête?

M. Perry Eisenschmid: Bien sûr que non.

Je pense que vous confondez encore les associations. Nous représentons les pharmaciens typiquement rémunérés à l'heure ou salariés qui travaillent dans les pharmacies. Ils ne négocient pas avec le gouvernement pour établir leurs conditions de travail ou leur rémunération.

• (1650)

M. John Oliver: Excusez-moi; vous n'avez pas parrainé le rapport de la société PDCI?

M. Perry Eisenschmid: Bien sûr que oui.

M. John Oliver: L'auteur y dit qu'il y aurait une incidence négative...

M. Perry Eisenschmid: C'est le point de vue du chercheur.

M. John Oliver: Ma troisième question porte sur le document dans lequel vous comparez les options d'assurance-médicaments. Ma question est du même ordre que celle de ma collègue, Mme Harder.

Pour les 6,6 milliards de dollars, vous ne le précisez pas, mais il s'agit de la comparaison du coût pour le gouvernement. Ce n'est pas le coût de l'ensemble du régime. D'autres études ont montré qu'en fait, l'adoption d'un régime national d'assurance-médicaments permettrait de réduire le coût total du système.

Lorsque nous avons transformé le régime de soins de santé couvert par l'employeur à la fin des années 1960 et au début des années 1970, les entreprises privées qui payaient les assurances et le gouvernement se sont partagé les coûts. Selon vous, est-ce là une solution envisageable pour combler l'écart? Pourrions-nous à la fois réduire les coûts des régimes d'assurance-médicaments que les entreprises privées payent actuellement et couvrir un régime public au Canada au moyen de l'appui des entreprises privées?

M. Perry Eisenschmid: Absolument. Je le répète, nous ne faisons que présenter les faits.

Concrètement, c'est un transfert des coûts de 6,6 milliards de dollars. C'est au gouvernement de trouver comment compenser, ou partiellement compenser, cette somme.

M. John Oliver: Il y a donc des solutions qui permettent aux pharmaciens de continuer à offrir des services aux Canadiens tout en étant bien rémunérés. Nous disposons de différentes façons de payer les services.

Ainsi, de façon générale, vous appuyez l'affirmation selon laquelle un modèle de liste des médicaments fermée ne nuit pas à la santé des Canadiens.

M. Perry Eisenschmid: Ce type de modèle n'est pas toujours nuisible.

Je le répète, nous ne sommes ni pour ni contre un programme entièrement payé par l'État. Nous voulions présenter les faits. Tout programme national d'assurance-médicaments peut fonctionner efficacement, pourvu qu'il vise non seulement la réduction des coûts, mais aussi le bien-être des patients.

M. John Oliver: Je tiens à dire que vos documents présentent le régime national d'assurance-médicaments sous un jour très défavorable. Que ce soit votre intention ou non, vous semblez vous y opposer, ce qui est une position difficile pour votre association et vos membres, à mon avis.

Le vice-président (M. Len Webber): Votre temps de parole est écoulé, monsieur Oliver.

Je redonne maintenant la parole à Mme Rachael Harder. Ensuite, ce sera le tour de M. Whalen.

Mme Rachael Harder: Merci.

Madame White, vous avez dit tout à l'heure que les services pourraient être fournis avec efficacité s'ils passaient de la sphère privée au gouvernement. Pouvez-vous nous donner deux autres exemples de cas dans lesquels l'efficacité des services a augmenté et leur coût a diminué après qu'ils ont été nationalisés? Ce serait utile d'avoir une étude de cas ou un exemple en tête.

Mme Julie White: L'exemple qui me vient immédiatement à l'esprit, c'est simplement le prix extrêmement élevé que le Canada paye dans le cadre du régime actuel, comparativement au prix généralement plus faible que les pays dotés d'un régime national d'assurance-médicaments payent, tout en fournissant un meilleur service à la population.

Je ne sais pas si cela répond à votre question.

Mme Rachael Harder: Pas tout à fait.

Je me demande s'il y a d'autres secteurs dans lesquels le gouvernement canadien a pris des mesures semblables, où il a nationalisé un service du secteur privé et l'a rendu plus efficace sur les plans financier et administratif.

Mme Julie White: Nous l'avons fait avec les médecins et les hôpitaux. Au Canada, à une certaine époque, l'État ne couvrait ni les médecins ni les hôpitaux. Les gens payaient eux-mêmes ce qui était généralement considéré, je crois, comme des soins de qualité inférieure, comparativement aux soins fournis lorsque toute la collectivité partage la responsabilité des risques et aide à fournir des soins à l'ensemble de la population. Ce n'est pas tout le monde qui tombe malade et qui doit aller à l'hôpital, mais tout le monde aide à assurer les gens qui ont besoin de ces services.

Ce que je dirais, c'est que nous demandons la même approche pour le troisième volet, c'est-à-dire, bien entendu, les produits pharmaceutiques.

Mme Rachael Harder: Monsieur Eisenschmid, je m'adresse à nouveau à vous.

Votre organisation a affirmé qu'au lieu d'examiner différents modèles, le Canada en avait envisagé un seul. Les témoignages recueillis par le Comité sont certainement surtout liés à *Pharmacare 2020*. On ne nous a pas vraiment parlé d'autres modèles.

J'aimerais que vous nous présentiez aujourd'hui d'autres modèles qui méritent aussi d'être examinés.

• (1655)

M. Perry Eisenschmid: Certainement.

Vous lisez sûrement quelque chose qui a été écrit il y a environ six mois; à ce moment-là, aucun autre modèle n'avait vraiment été pris sérieusement en considération à l'échelle nationale. Ceux que nous avons proposés dans notre document sont celui du Québec, dont il a déjà été question aujourd'hui, et celui de l'Île-du-Prince-Édouard, qui offre une couverture générique de base aux patients de la province. C'est probablement le point d'entrée le moins coûteux. Ce sont les deux autres modèles que nous suggérerions.

Mme Rachael Harder: D'accord. Merci beaucoup.

Je vais m'adresser maintenant à Mme Ashley.

Vous avez dit plus tôt que les gens retardent l'achat des médicaments sur ordonnance. Le Comité en a déjà parlé; on semble croire que la raison est liée aux coûts. Or, nous n'avons toujours pas vu d'étude là-dessus et nous n'avons pas reçu de véritables données.

Avez-vous connaissance d'une étude qui le montre? Pouvez-vous nous fournir des données à ce sujet?

Mme Lisa Ashley: Je serais ravie de vous faire parvenir ces renseignements.

Mme Rachael Harder: D'accord.

Mme Lisa Ashley: J'ai quelques témoignages d'infirmières-praticiennes, si cela vous intéresse.

Mme Rachael Harder: Non. J'aimerais connaître les chiffres.

Connaissez-vous le pourcentage de gens qui n'achètent pas leurs médicaments sur ordonnance strictement en raison du coût?

Mme Lisa Ashley: Non, mais je serais heureuse de trouver cette donnée pour vous.

Mme Rachael Harder: D'accord.

Avez-vous la moindre idée de ce que serait ce pourcentage?

Mme Lisa Ashley: Non.

Le vice-président (M. Len Webber): Madame Ashley, si vous fournissez ces renseignements au président, nous pourrions les transmettre au Comité.

Mme Rachael Harder: Je m'adresse à nouveau à vous.

Le vice-président (M. Len Webber): Vous avez 30 secondes.

Mme Rachael Harder: D'accord.

À votre avis, combien coûterait la nationalisation de la gamme complète des services offerts actuellement par les pharmaciens dans le cadre du régime privé? Vous avez dit 6,6 milliards de dollars. Pensez-vous que cette somme comprend tout?

M. Perry Eisenschmid: Ce n'est pas une question de ce que je pense. C'est l'expert-conseil spécialisé dans le domaine qui était d'avis que c'était le bon chiffre, et nous n'avons aucune raison d'en douter.

Mme Rachael Harder: Le coût vous semble-t-il exact?

M. Perry Eisenschmid: Oui.

Mme Rachael Harder: D'accord. Je voulais simplement vérifier.

Merci.

M. Perry Eisenschmid: Ce n'est pas pour les services offerts par les pharmaciens. Il y a une discussion distincte à ce sujet; j'en ai parlé brièvement. On n'a pas évalué le coût des services offerts par les pharmaciens. La somme comprend la gestion des médicaments et le respect des ordonnances.

Mme Rachael Harder: Oui. Il faudrait en tenir compte dans un programme d'assurance-médicaments, non?

M. Perry Eisenschmid: Pas nécessairement, mais nous vous le recommandons fortement. Un programme national d'assurance-médicaments ne vaut pas grand-chose si on ne veille pas à ce que les gens utilisent convenablement les médicaments.

Mme Rachael Harder: Et...

Le vice-président (M. Len Webber): Je dois vous arrêter là, madame Harder.

Nous allons passer à M. Whalen. Il sera suivi de M. Davies.

M. Nick Whalen: Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci à tous d'être ici. Nous vous sommes tous très reconnaissants des efforts que vous et vos membres déployez pour aider à protéger la santé des Canadiens, de votre travail dans ce dossier et de vos mémoires très détaillés. Les questions sont nombreuses.

Je vais accorder une minute de mon temps à M. Eyolfson à la fin. Je demanderais à quelqu'un de me le rappeler, s'il vous plaît.

J'ai quelques questions pour Mme Ashley.

Je trouve certains aspects du plan proposé par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada très productifs. De notre côté de la Chambre, nous tenons à combler les écarts d'une façon ou d'une autre pour aider les Canadiens à recevoir l'ensemble des soins dont ils ont besoin. Nous avons pris cet engagement. Du moins, je l'ai pris personnellement.

Nous voulons faire en sorte que ce programme soit mis en œuvre de manière exceptionnelle, afin que les Canadiens soient convaincus qu'ils gagnent et non qu'ils perdent quelque chose. Je me demande si l'une de vos recommandations est vraiment une exigence ou plutôt une mesure souhaitable. C'est celle qui recommande d'accorder aux infirmières le droit de prescrire, réservé actuellement aux médecins, aux chirurgiens, aux vétérinaires et aux pharmaciens. Les infirmières sont déjà largement surmenées. La façon actuelle de répartir le travail est-elle appropriée? Conviendrait-il d'assigner des tâches supplémentaires aux infirmières?

Mme Lisa Ashley: J'aimerais apporter une précision. Partout au pays, des lois permettent aux infirmières-praticiennes de prescrire tous les médicaments qui figurent sur la liste. En Ontario, c'est presque tous les médicaments, et c'est la seule province où c'est différent.

Cette pratique n'est pas nouvelle. En réalité, elle permet de fournir des services aux Canadiens qui se trouvent dans des régions où il n'y a pas de médecins, en raison des points d'accès.

M. Nick Whalen: D'accord. C'est très bien. Merci pour ce renseignement.

Au sujet des dossiers de santé électroniques et de la prestation complète de services, constatez-vous des lacunes, des endroits au Canada où l'absence de dossiers de santé électroniques dans certaines provinces fait en sorte qu'il est difficile de connaître tous les avantages et effets des pratiques en matière de prescription?

• (1700)

Mme Lisa Ashley: Certainement. Je pense que nos collègues, les pharmaciens, en ont aussi parlé. C'est ici qu'il faut travailler en équipe.

Un dossier de santé électronique permet à tous les fournisseurs de savoir quels médicaments un patient prend. Quand un patient reçoit les services de nombreux fournisseurs de soins de santé, le pharmacien peut devenir la personne-ressource qui veille à ce qu'il n'y ait pas de contre-indication ou de polypharmacie.

M. Nick Whalen: D'accord.

Votre organisation est-elle satisfaite, madame Ashley, de la surveillance fournie par les pharmaciens pour veiller à l'utilisation appropriée des médicaments génériques? À votre avis, le code de déontologie des pharmaciens répond-il à cet aspect de votre plan?

Mme Lisa Ashley: Je ne veux pas porter de jugement sur mes collègues, mais je pense que c'est certainement, encore une fois, une occasion de collaborer et de faire en sorte que le patient a les médicaments dont il a besoin et qu'il peut se permettre d'acheter.

M. Nick Whalen: D'accord.

Par rapport aux moyens de couvrir l'assurance-médicaments, pensez-vous que vos membres appuieraient l'idée d'une réduction de leur rémunération équivalant à une augmentation de leurs prestations de soins de santé dans le cadre d'un régime universel d'assurance-médicaments? Je vous demanderais de répondre brièvement pour que je puisse aussi obtenir une réponse de Mme White.

Mme Lisa Ashley: Nous n'avons pas posé la question à nos membres, mais si nous tentons de faire en sorte que les gens aient accès aux services dont ils ont besoin et si cela cadre avec les autres régimes examinés, la réponse est certainement oui.

M. Nick Whalen: D'accord.

Mme Julie White: Je suis désolée, mais je n'ai pas bien saisi la partie sur la réduction équivalente.

M. Nick Whalen: Les membres des syndicats avec lesquels vous faisiez affaire, je sais que vous n'en faites plus partie... Observez-vous, au sein du mouvement syndical, une ouverture et une volonté d'appuyer l'idée, pour les membres, d'une réduction de la rémunération équivalant à une augmentation de la prestation de soins de santé dans le cadre d'un régime universel d'assurance-médicaments? Les gouvernements qui assurent la rémunération des infirmières et des employés du secteur public pourraient dire qu'ils n'ont plus à offrir cet avantage. Les employés n'auraient plus à payer 50 % des frais d'assurance, mais en contrepartie, la rémunération serait réduite d'un montant équivalent pour payer ce régime universel d'assurance-médicaments.

Le vice-président (M. Len Webber): Puis-je vous interrompre? Il vous reste moins d'une minute. Je ne sais pas si vous voulez...

M. Nick Whalen: Nous aurons la réponse, puis...

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

Mme Julie White: Je suis désolée; vous me demandez de vous dire ce que pensent les divers syndicats de cette idée. Honnêtement, je ne peux parler en leur nom. Tout ce que je peux dire, c'est qu'il est clair que les principaux syndicats du pays appuient l'idée de la création d'un régime national d'assurance-médicaments.

Cherchez-vous à savoir si les membres seraient prêts à payer pour ce régime? Eh bien, beaucoup d'entre eux récupéreraient de l'argent s'ils ne contribuaient pas à ces régimes d'assurance-médicaments. Il y a donc une marge de manoeuvre à cet égard.

M. Nick Whalen: Merci.

Le vice-président (M. Len Webber): Monsieur Eyolfson, vous avez sept secondes. Je ne sais pas si vous avez...

M. Doug Eyolfson: Sept?

Le vice-président (M. Len Webber): Sept secondes, et nous sommes rendus à trois.

Je suis désolé; nous devons poursuivre.

Nous passons à M. Davies.

M. Don Davies: Monsieur Eisenschmid, votre association est-elle d'avis qu'un régime d'assurance-médicaments public n'ayant qu'un seul intervenant entraînerait une réduction des frais d'exécution d'ordonnance des pharmaciens?

M. Perry Eisenschmid: Peut-être, peut-être pas. C'est possible.

M. Don Davies: Très bien. Vous n'avez pas une opinion ferme à ce sujet?

M. Perry Eisenschmid: Non.

M. Don Davies: Tout au long de votre témoignage, vous avez maintes fois fait allusion au rapport commandé par votre association — *Pharmacare Costing in Canada* — en utilisant le terme « étude ». Vous avez parlé d'experts du domaine et avez indiqué qu'il s'agissait de « présenter les faits ». Cette étude n'a pas fait l'objet d'un examen par des pairs, n'est-ce pas?

M. Perry Eisenschmid: Non, en effet.

M. Don Davies: Monsieur Emberley, vous êtes pharmacien, n'est-ce pas?

M. Philip Emberley: C'est exact.

M. Don Davies: Vous êtes un scientifique. Vous conviendrez que... Le Comité devrait-il considérer que des rapports de consultation sont aussi crédibles que des documents scientifiques révisés par des pairs?

M. Perry Eisenschmid: Puis-je répondre à la question?

M. Don Davies: J'ai posé la question à M. Emberley; il est pharmacien.

M. Philip Emberley: Je consulte les études examinées par les pairs pour les questions médicales, un aspect pour lequel elles ont une grande pertinence. Le document de recherche en question portait sur les coûts; je ne vois donc pas en quoi ils seraient semblables.

M. Don Davies: Toutefois, la démarche scientifique n'exige-t-elle pas la prise en compte d'études de recherche évaluées par les pairs pour en arriver à une solution scientifique acceptée...

M. Philip Emberley: Certes, mais pour les questions scientifiques.

M. Don Davies: Très bien.

On nous présente des chiffres très différents. Certains groupes affirment que le régime national d'assurance-médicaments coûtera au Canada 6 milliards de dollars par année, comme l'indique votre rapport. D'autres maintiennent qu'un tel régime nous permettrait d'économiser des milliards de dollars par année. Je précise que la dernière affirmation est tirée d'une étude examinée par les pairs. En fait, l'article du Dr Steve Morgan intitulé « Estimated Cost of Universal Public Coverage of Prescription Drugs in Canada » a reçu la semaine dernière le prix du meilleur article de l'année des Instituts de recherche en santé du Canada, au terme d'un long processus mené par des experts-conseils en politique de la santé, des professionnels et des décideurs.

Je me demande si nous devrions en faire abstraction et accorder plutôt une plus grande importance à votre rapport, qui n'a pas fait l'objet d'un examen par des pairs. Je vous prie de m'aider; où trouve-t-on des données crédibles?

•(1705)

M. Perry Eisenschmid: Il y a deux aspects à cela, je pense que Phil en a parlé. L'examen par les pairs est un élément très important pour les publications scientifiques. Dans le cas des médicaments et des thérapies, l'examen des analyses économiques par les pairs porte davantage sur la méthodologie de recherche, mais habituellement, les hypothèses sur lesquelles cela est fondé ne sont pas vraiment remises en question. Les différences fondamentales entre l'étude des coûts que nous avons faite et l'étude Morgan sont liées aux hypothèses, comme les taux de change, par exemple.

Suis-je d'avis que notre étude est crédible? Bien sûr, car contrairement à M. Morgan, qui n'a pas d'expérience réelle, notre chercheur a travaillé au sein de l'appareil fédéral et du CEPMB; il a donc une expérience dans le monde réel.

M. Don Davies: Brièvement, madame White... Une des raisons pour lesquelles on estime qu'un régime national d'assurance-médicaments entraînerait des économies, c'est qu'il permettrait l'approvisionnement en gros, la création d'une liste nationale, la lutte contre l'effet lié au coût du non-respect de l'ordonnance, la possibilité d'offrir un accès exclusif à certains fournisseurs afin de négocier des prix plus bas, la simplification de l'administration — l'élimination de milliers de régimes administrés par le privé et leur remplacement par un régime public simplifié — et l'adoption de

meilleures pratiques en matière d'ordonnances. S'agit-il là de certains des facteurs qui pourraient entraîner une baisse des coûts?

Mme Julie White: Ce sont certains des facteurs. Je pense que c'est également en partie lié à la capacité d'exercer un certain contrôle sur les sociétés pharmaceutiques, qui font des profits considérables. Elles interviennent auprès des médecins pour leur recommander certains médicaments, en plus d'organiser des conférences à leur intention.

Ce qu'il faut, c'est fournir aux médecins des informations objectives comme on le fait dans certains régimes d'assurance-médicaments publics, notamment en Australie et au Royaume-Uni, où les médecins reçoivent des informations objectives sur les médicaments qu'ils devraient prescrire.

Certaines préoccupations ont été exprimées ici aujourd'hui, et j'aimerais vous faire part d'une de mes préoccupations. Elle porte sur les statines, pour lesquelles il y a 38 millions d'ordonnances par année au Canada, soit plus d'une ordonnance pour chaque homme, femme et enfant au pays. La situation est hors de contrôle.

L'utilisation de statines pour les gens qui n'ont pas eu un problème cardiaque est très controversée. Nous n'avons aucune façon d'exercer un contrôle à cet égard. Le problème, c'est que des médecins prescrivent des statines en se fiant aux informations des sociétés pharmaceutiques. Il y a là beaucoup d'économies à faire.

Le vice-président (M. Len Webber): Très intéressant. Nous devons nous arrêter ici; la séance est terminée.

J'aimerais remercier nos témoins d'être venus au Comité et de nous avoir bien renseignés

J'ai une petite question pour M. Eisenschmid. Dans votre exposé, vous avez indiqué que vous représentez 40 000 pharmaciens au Canada. Avez-vous observé une augmentation importante du nombre de pharmaciens et de pharmacies au cours des six derniers mois, environ?

Je pose la question parce que je cherche activement un emplacement pour établir mon bureau de circonscription dans ma circonscription de Calgary Confederation. Cela s'est avéré très difficile, parce que dès qu'un local se libère — un emplacement ayant pignon sur rue —, j'arrive toujours trop tard: l'emplacement est pris par un pharmacien. Cela fait trois fois que cela m'arrive.

Je ne sais pas... Est-ce pareil dans l'ensemble du pays, où est-ce seulement dans ma circonscription?

M. Perry Eisenschmid: Le nombre de pharmacies n'a pas beaucoup changé; on en compte entre 9 500 et 9 800. Il y a certes eu des changements. Certaines pharmacies de petite taille ont été fermées et fusionnées avec de plus grandes entreprises, mais il n'y a pas eu une multitude de...

Le vice-président (M. Len Webber): Certains de ces locaux font 850 pieds carrés, ce qui n'est guère suffisant pour une pharmacie, à mon avis. Cela me porte à croire qu'on se prépare au cas où notre gouvernement irait de l'avant dans le dossier de la marijuana à des fins médicales, et qu'on espère en assurer la distribution. Je ne sais pas.

Merci beaucoup à tous. Nous vous sommes très reconnaissants de vos témoignages.

Je vais lever la séance; nous nous reverrons tous à la prochaine réunion. Merci à tous.

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>