



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 034



1^{re} SESSION



42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 1^{er} décembre 2016

—
Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le jeudi 1^{er} décembre 2016

• (0845)

[Traduction]

Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)): La séance est ouverte. Nous continuons notre étude du programme national d'assurance-médicaments. Nous avons des témoins intéressants aujourd'hui, comme toujours d'ailleurs.

Du ministère de la Santé, accueillons Sony Perron, sous-ministre adjoint principal, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. Nous avons aussi M. Scott Doidge, directeur général des Services de santé non assurés, de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. Du Bureau du vérificateur général du Canada, nous recevons M. Michael Ferguson, vérificateur général du Canada, et Dawn Campbell, directrice du Bureau du vérificateur général. Du ministère des Affaires des anciens combattants, par vidéoconférence, nous entendrons aussi Michel Doiron, sous-ministre adjoint, Direction générale de la prestation des services, ainsi qu'Elizabeth Douglas, directrice générale de la Gestion des programmes et de la prestation des services, et également Fiona Jones.

Nous allons commencer par les représentants du ministère de la Santé. Monsieur Perron, voulez-vous commencer? Les témoins ont 10 minutes pour faire leurs remarques préliminaires. Il y aura ensuite des périodes de questions de sept minutes, puis de cinq minutes.

Voulez-vous commencer si vous avez des remarques préliminaires à formuler?

M. Sony Perron (sous-ministre adjoint principal, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, ministère de la Santé): Bonjour, monsieur le président. Bonjour aux membres du comité. Je suis heureux de m'adresser au comité permanent de la santé en tant que sous-ministre adjoint principal chargé de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada.

[Français]

Il s'agit de ma première comparution devant ce comité. Je suis ravi à l'idée d'avoir cette discussion très productive avec vous, et il me tarde de bâtir une bonne relation de travail avec vous tous.

Avant de continuer, permettez-moi de vous présenter Scott Doidge, directeur général du Programme des services de santé non assurés.

[Traduction]

Aujourd'hui, je vais vous donner un aperçu de notre mandat et de nos programmes, puis je vous donnerai des renseignements plus précis sur le programme des services de santé non assurés. Santé Canada, par le biais de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, a pour mission de veiller à ce que les collectivités autochtones et inuites et leurs membres reçoivent un éventail de programmes et de services de santé répondant à leurs besoins. L'objectif global est d'améliorer leur état de santé.

[Français]

Comme vous le savez, les populations des Premières Nations et des Inuits sont aux prises avec d'importants défis en matière de santé. Lorsqu'on les compare à la population canadienne générale, on y observe une espérance de vie plus courte, un taux plus élevé de maladies chroniques — par exemple le diabète — et de maladies transmissibles, dont la tuberculose et le VIH, ainsi que des taux de mortalité et de suicide plus élevés.

Elles doivent également surmonter de plus grands défis à l'échelle des déterminants sociaux de la santé, comme un taux de chômage élevé, un niveau de scolarité plus faible et un taux plus élevé de maisons surpeuplées.

[Traduction]

Par ailleurs, les Premières Nations et les Inuits héritent un passé marqué par le colonialisme, la déculturation et les répercussions des pensionnats indiens. Le système de santé destiné aux Premières Nations et aux Inuits est complexe. Les provinces et territoires s'occupent de la prestation de services médicaux par les hôpitaux et les médecins et des programmes de santé publique destinés à tous les Canadiens, autochtones et inuits compris, mais ils ne s'occupent pas des soins donnés dans les réserves. Pour aider les Premières Nations et les Inuits à atteindre un état de santé comparable à celui des autres Canada, Santé Canada finance ou fournit une série de programmes et de services de santé dans les collectivités autochtones et inuites.

[Français]

Dans ce contexte, Santé Canada collabore avec les Premières Nations, les Inuits ainsi qu'avec des partenaires provinciaux et territoriaux pour offrir des services et des programmes de santé efficaces, durables et adaptés à leur culture en vue d'améliorer les résultats sur le plan de la santé et de leur accorder un contrôle accru sur le système de santé.

[Traduction]

Cinq éléments sont financés par Santé Canada à cet égard: la promotion de la santé et la prévention des maladies, la protection de la santé publique, les services de soins primaires, les prestations de soins complémentaires, et le soutien à l'infrastructure sanitaire.

Aujourd'hui, je vais surtout vous parler des services de santé non assurés et des volets médicaments et pharmacie.

Le programme des SSNA est l'un des programmes de santé les plus importants du pays. D'envergure nationale, il fournit des services de santé essentiels à plus de 839 000 Autochtones et Inuits vivant dans des réserves et hors réserve.

En plus des produits pharmacologiques, le programme des SSNA couvre aussi les fournitures médicales, le matériel médical, les soins dentaires, les soins ophtalmologiques, le counseling en santé mentale, et le transport médical pour aider les patients à obtenir des services médicaux essentiels qui ne sont pas accessibles dans leur collectivité.

Le mandat du programme des SSNA est de couvrir les soins médicaux essentiels compte tenu de données probantes médicales et scientifiques. Le programme ne prévoit de franchise, de cotisations, de quotes-parts ou de frais d'utilisation. Il n'y a pas de plafonds annuels pour les soins médicaux essentiels. Les fournisseurs doivent facturer le programme directement pour que les clients n'aient rien à déboursier.

L'année dernière, les dépenses totales du programme des SSNA se sont élevées à plus de 1,1 milliard de dollars, dont 427 millions pour des produits pharmaceutiques, soit le plus gros du budget. Environ 514 000 clients du programme des SSNA ont fait appel au programme pour obtenir des médicaments au moins une fois en 2015-2016, soit un taux d'utilisation de 61 %. Ce taux reste constant depuis cinq ans.

Je voudrais vous parler du mode de gestion de la liste des médicaments admissibles dans le cadre du programme des SSNA, qui s'aligne en fait sur ce d'autres systèmes publics de remboursement des médicaments au Canada. Alors qu'un payeur privé peut offrir une garantie dès qu'un médicament est approuvé au Canada, le programme des SSNA et la plupart des autres systèmes publics passent par une liste de médicaments admissibles en fonction de l'efficacité clinique, de la rentabilité et de l'innocuité.

Les prestations pharmaceutiques du programme des SSNA sont prévues dans la Liste des médicaments du programme. Les médicaments sont divisés en trois catégories. Les médicaments couverts sans restriction sont énumérés dans la Liste des médicaments et ne sont pas assortis de critères précis, de conditions liées au sexe ou à l'âge ou de l'exigence d'une approbation préalable. Les médicaments à usage restreint sont également énumérés dans la Liste des médicaments et sont assortis de critères. Ils sont couverts à condition de remplir les critères prévus et les exigences en matière d'approbation préalable.

Les médicaments d'exceptions ne sont pas énumérés dans la Liste des médicaments. Il s'agit de médicaments susceptibles d'être approuvés et couverts de façon ponctuelle lorsqu'un besoin exceptionnel est démontré. La couverture garantie par le programme des SSNA va de médicaments très bon marché à des médicaments très coûteux. Par exemple, les médicaments contre l'hypertension artérielle peuvent coûter environ 150 \$ par an par client. Les produits biologiques destinés aux patients atteints, par exemple, d'arthrite rhumatoïde ou de psoriasis peuvent coûter de 20 000 à 50 000 \$ par an par client, tandis que les chimiothérapies orales et les thérapies biologiques à hautes doses prescrites aux patients atteints de la colite ulcéreuse ou de la maladie de Crohn peuvent coûter de 50 000 à 150 000 \$ par an. À l'extrémité supérieure du spectre des coûts, on trouve les traitements enzymatiques comme l'Adagen, le Vimizim ou l'Aldurazyme, qui peuvent coûter jusqu'à 1 million de dollars par an par client.

● (0850)

[Français]

Le Programme des services de santé non assurés couvre également des médicaments en vente libre sélectionnés, qui ne sont habituellement pas couverts en vertu des autres régimes publics. En font partie des vitamines thérapeutiques comme la vitamine B12 et

l'acide folique, les vitamines prénatales, les produits de sevrage du tabac, les antihistaminiques, les antibiotiques topiques, les méthodes de contraception non hormonales et les médicaments contre la douleur en vente libre.

[Traduction]

Tout est fait pour traiter aussi efficacement que possible les demandes de remboursement de médicaments dans le cadre des services de santé non assurés. Environ 96 % de ces demandes, qui s'élèvent à environ 16 millions de dollars par an, sont automatiquement approuvées au point de service par le biais d'un système électronique qui n'exige pas de formulaires imprimés. Seulement 4 % des demandes exigent un supplément d'information pour s'assurer qu'elles répondent effectivement aux critères du programme, comme c'est le cas des autres systèmes en vigueur au Canada. La plupart des demandes de remboursement sont traitées en moins d'une demi-journée.

Le principe directeur est que le processus décisionnel doit s'appuyer sur des données probantes. Lorsque Santé Canada approuve l'utilisation d'un médicament au Canada, le programme des SSNA doit déterminer si ce médicament sera remboursable. Comme la plupart des autres systèmes au Canada, le programme des SSNA participe au programme commun d'évaluation des médicaments ou PCEM et au Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux ou PPEA, qui recommandent les inscriptions aux listes des systèmes publics participants.

Les recommandations du programme commun d'évaluation des médicaments sont formulées par le comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments, et celles du PPEA sont formulées par le comité d'experts en examen du PPEA. Ces comités, qui sont composés de spécialistes indépendants, synthétisent les données les plus valables dont on dispose en appliquant des méthodes rigoureuses de contrôle par les pairs. Ils évaluent les médicaments en fonction de leur efficacité clinique, de leurs avantages et inconvénients thérapeutiques, de la disponibilité de médicaments comparables, des avantages médicaux à court et à long termes, des coûts pour le système de santé et de l'avis des patients, des fabricants et des cliniciens.

Le programme des SSNA n'exige pas de recommandation du PCEM pour couvrir un médicament, mais il suit généralement ses recommandations.

En plus des recommandations du PCEM, le programme des SSNA s'appuie sur son propre comité consultatif sur les médicaments et les produits thérapeutiques ou CCMPT pour obtenir des recommandations sur certains médicaments associés aux problèmes thérapeutiques de ses clients. La plupart des systèmes publics du Canada ont un comité de ce genre pour compléter les avis communiqués par le PCEM.

Le CCMPT est un comité consultatif composé de professionnels de la santé très qualifiés qui fournissent des avis d'expert impartiaux et concrets sur des produits médicaux et pharmaceutiques au programme des SSNA dans le but de promouvoir la santé des Premières Nations et des Inuits par le biais de l'usage efficace de produits pharmaceutiques. Comme pour le PCEM, le processus s'appuie sur des données probantes, et l'avis traduit le savoir médical et scientifique actuel, les tendances d'utilisation, la pratique clinique actuelle, le mode de prestation de soins de santé, et certains besoins particuliers des clients du ministère.

•(0855)

[Français]

La couverture pharmaceutique des SSNA est généralement alignée sur celle des provinces et des territoires, étant donné que la plupart des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada suivent les conseils du Programme commun d'évaluation des médicaments.

[Traduction]

Les responsables ont effectué une comparaison des listes du programme des SSNA et d'autres systèmes publics à partir des données fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé. Selon cette analyse, environ 75 % des demandes de remboursement adressées au programme des SSNA en 2015-2016 concernaient des médicaments ayant le même statut dans les listes des provinces et territoires. Environ 16 % des médicaments en question avaient un statut moins restreint que dans les listes des provinces et territoires, dont des médicaments comme les antirétrovirus et les médicaments contre l'hépatite C. Les 9 % restants étaient des médicaments ayant un statut plus restreint dans le programme des SSNA que dans les listes des provinces et territoires. Il s'agissait notamment de la méthadone et des opioïdes à long terme.

En juillet 2010, le programme des SSNA a obtenu l'autorisation du ministère de conclure des ententes d'inscription de médicaments ou EIM, des ententes confidentielles entre des systèmes d'assurance-médicaments et des fabricants de médicaments pour inscrire des médicaments à la liste en échange de rabais. Le programme a conclu sa première EIM en octobre 2010 et il en avait négocié 42 autres en décembre 2015. Ces ententes ont permis au programme de fournir à ses clients un accès beaucoup plus large à des médicaments plus récents et plus coûteux.

Grâce à la collaboration de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, les systèmes d'assurance-médicaments devraient avoir plus largement accès aux mêmes réductions de prix par le biais d'EIM communes. Le programme des SSNA a conclu 24 nouvelles EIM depuis qu'il fait partie de l'Alliance, donc depuis janvier 2016.

[Français]

J'aimerais aussi profiter de l'occasion pour vous parler de la Stratégie de lutte contre l'abus de médicaments d'ordonnance du Programme des SSNA.

Le Programme des SSNA a pris un vaste éventail de mesures afin de s'assurer que les clients admissibles des Premières Nations et inuits obtiennent les médicaments dont ils ont besoin. Le fondement de ce travail important réside dans la conception du régime offert dans le cadre du Programme, qui respecte scrupuleusement une liste des médicaments assurés fondée sur des éléments probants, afin de s'assurer que les médicaments sont remboursés en fonction de preuves cliniques.

[Traduction]

Le mode de gestion des listes dans cette perspective passe par le retrait de médicaments préoccupants comme l'OxyContin, le Tylenol 4, le Ritalin de marque, le Demerol et d'autres. Le programme a également restreint le statut d'autres médicaments préoccupants, les faisant passer du statut de médicaments couverts sans restriction à celui de médicaments à usage restreint, en introduisant des critères plus exigeants.

[Français]

Le Programme des SSNA...

[Traduction]

Le président: Je suis désolé, je dois vous demander de terminer.

M. Sony Perron: Une minute...?

Le président: Vous avez déjà dépassé votre temps de parole de quelques minutes.

M. Sony Perron: Excusez-moi.

Le président: Pas de problème, nous comprenons. Je suis désolé de ne pas pouvoir vous laisser continuer.

M. Sony Perron: Je comprends.

Le président: Nous devons entendre tout le monde, et tout le monde doit avoir sa chance d'être entendu.

Passons maintenant au Bureau du vérificateur général du Canada.

Monsieur Ferguson, s'il vous plaît.

M. Michael Ferguson (vérificateur général du Canada, Bureau du vérificateur général du Canada): Monsieur le président, je vous remercie de la possibilité qui est offerte aux représentants de Santé Canada et d'Affaires des anciens combattants Canada de vous aider dans cette étude sur l'élaboration d'un programme national d'assurance-médicaments. Mes remarques s'appuient sur le rapport du printemps 2016 sur les prestations pharmaceutiques aux anciens combattants.

Je suis accompagné aujourd'hui par Dawn Campbell, directrice responsable de l'audit.

Notre audit a porté sur trois aspects applicables à n'importe quel programme d'assurance-médicaments. Premièrement, nous avons examiné l'accès des anciens combattants aux prestations pharmaceutiques. Ensuite, nous nous sommes intéressés aux stratégies de rentabilisation du ministère. Enfin, nous avons évalué les moyens employés par le ministère pour surveiller l'usage que faisaient les anciens combattants des médicaments couverts par le programme.

[Français]

Il faut bien documenter les décisions relatives aux médicaments couverts qui, elles, doivent être clairement fondées sur des éléments probants, comme des analyses des besoins des bénéficiaires et des recherches cliniques. Il faut aussi établir des dates limites pour la mise en oeuvre de ces décisions.

Dans un cas que nous avons examiné, la décision du Comité d'examen du formulaire des médicaments d'Anciens Combattants Canada de limiter l'accès à un narcotique donné n'avait pas encore été mise en oeuvre deux ans après que cette décision a été prise.

Les programmes d'assurance-médicaments doivent reposer sur un cadre qui précise les types d'éléments probants requis et la manière dont ces éléments doivent être pris en compte lors des décisions relatives à la couverture des médicaments. Le cadre servirait à déterminer les médicaments pris en charge et la limite du montant couvert. Il devrait prévoir aussi la mise à jour obligatoire des prestations pharmaceutiques.

• (0900)

[Traduction]

Certaines stratégies de rentabilisation sont inévitables. Il peut s'agir du remplacement de médicaments de marque par des produits génériques ou de la négociation de réductions de frais avec les pharmacies. Il faudra évaluer régulièrement ces stratégies pour déterminer si elles permettent effectivement d'obtenir les résultats escomptés, si elles sont à jour et si elles ont permis de réduire les coûts des médicaments et des services pharmaceutiques. Il y a lieu de s'intéresser plus particulièrement aux stratégies employées à l'égard des nouveaux médicaments très coûteux qui entrent sur le marché.

[Français]

Une stratégie bien définie pour surveiller l'utilisation des médicaments est tout aussi importante. L'approche retenue devrait être adaptée aux besoins des bénéficiaires et aider le responsable du programme à assurer une bonne gestion des prestations pharmaceutiques. Il faut accorder une attention spéciale à l'utilisation de certains médicaments à risque, car celle-ci doit être bien surveillée afin de comprendre les tendances et les habitudes de consommation.

Nos constatations sur la gestion des prestations pharmaceutiques destinées aux vétérans par Anciens Combattants Canada font ressortir l'importance des points que je viens de présenter.

[Traduction]

En conclusion, comme vous le savez peut-être, mes rapports de l'automne 2016 ont été présentés au début de la semaine. J'y ai noté les problèmes récurrents de programmes gouvernementaux qui ne sont pas conçus pour aider ceux qui doivent les consulter et qui sont plus axés sur les besoins des fonctionnaires que sur les besoins des citoyens. Il est important que le gouvernement comprenne que ses services doivent être axés sur les besoins des citoyens et non sur les exigences liées aux procédures. J'invite donc le gouvernement à réfléchir, dès l'étape de la conception, à la façon dont un système d'assurance-médicaments pourra offrir des services utiles aux Canadiens.

[Français]

Monsieur le président, je termine ainsi ma déclaration d'ouverture.

Nous serons heureux de répondre aux questions des membres du Comité.

Merci.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

Rendons-nous dans l'Île-du-Prince-Édouard par vidéoconférence.

Monsieur Doiron, avez-vous un exposé à présenter?

M. Michel Doiron (sous-ministre adjoint, Prestation des services, ministère des Anciens Combattants): Oui, monsieur.

Bonjour, monsieur le président, et mesdames et messieurs vice-présidents et membres du comité. Je suis heureux de représenter aujourd'hui le ministère des Affaires des anciens combattants du Canada pour discuter du volet médicaments du programme des avantages pour soins de santé du ministère. Comme l'a rappelé le président, je m'appelle Michel Doiron. Je suis le sous-ministre adjoint chargé de la Prestation des services au ministère des Affaires des anciens combattants. Je suis accompagné aujourd'hui par deux de mes collègues, Libby Douglas, directrice générale de la Gestion des programmes et de la prestation des services, et Fiona Jones, responsable des priorités stratégiques.

Honorables membres, comme vous le savez, le ministère des Affaires des anciens combattants s'occupe de la santé et du bien-être de nos anciens combattants, et nous leur offrons beaucoup de services et d'avantages. Ces avantages comprennent le coût des médicaments d'ordonnance, mais il faut savoir qu' AAC joue un rôle limité dans la couverture des frais de médicaments au Canada. D'après les chiffres du ministère, il y aurait environ 670 000 anciens combattants au Canada, dont environ 48 000 ont pris des médicaments d'ordonnance en 2015-2016. On parle d'environ 0,1 % de la population canadienne. Les dépenses totales du volet médicaments du programme de prestations médicales d' AAC se sont élevées à environ 92 millions de dollars en 2015-2016.

Les textes habilitants applicables aux prestations pharmaceutiques d' AAC sont la Loi sur le ministère des Anciens combattants et le Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants. Les traitements autorisés en vertu du Règlement sont offerts dans le cadre de catégories dites « programmes de choix », ou PDC pour aller vite. Le PDC 10 est le programme des médicaments d'ordonnance, et il est associé aux médicaments et autres produits pharmaceutiques offerts aux anciens combattants qui ont des besoins médicaux et qui ont une ordonnance délivrée par un professionnel de la santé autorisé à rédiger des ordonnances dans la province en question.

[Français]

L'admissibilité des anciens combattants à ce programme provient de facteurs tels que le service militaire, le statut du revenu ou l'invalidité. Certains anciens combattants sont admissibles à la couverture de médicaments qui sont prescrits pour traiter leurs problèmes médicaux. Les autres anciens combattants sont admissibles à la couverture des médicaments prescrits pour toute maladie dans la mesure où ces prestations ne sont pas offertes en tant que service assuré dans le cadre d'un système provincial de soins de santé.

• (0905)

[Traduction]

Il faut préciser, c'est important, qu' AAC ne prescrit ni ne distribue de médicaments. Les anciens combattants obtiennent des médicaments d'ordonnance de la même façon que les autres Canadiens. Une fois obtenue son ordonnance, l'ancien combattant la présente avec sa carte d'identité de santé d' AAC au pharmacien, qui lui remettra le produit. Si le produit est inscrit dans la liste des médicaments admissibles d' AAC et que tous les critères sont remplis, le ministère paie directement le pharmacien ou, dans certains cas, rembourse l'ancien combattant qui préfère payer de sa poche.

[Français]

La couverture d'Anciens Combattants Canada pour les médicaments repose sur un formulaire qui a été élaboré et maintenu par l'évaluation continue de l'efficacité, de la sécurité et de la rentabilité des médicaments.

[Traduction]

Il y a au ministère un comité d'examen de la liste des médicaments admissibles qui décide des médicaments qui doivent être inscrits. Les nouveaux médicaments sont inscrits sur la base des recommandations issues du programme commun d'évaluation des médicaments du Comité canadien d'expertise sur les médicaments. Ce comité est un comité consultatif de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, et il est composé de spécialistes des thérapies pharmacologiques. Je pense que mon collègue de Santé Canada l'a très bien décrit, et je vous épargne ce volet. Ce comité formule des recommandations applicables aux systèmes d'assurance-médicaments à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale, et, dans notre liste, les médicaments sont classés comme médicaments standards, médicaments associés à une autorisation spéciale et produits hors pharmacopée, en fonction de ses recommandations.

[Français]

Les prestations standards incluent de nombreux médicaments en vente libre et des médicaments d'ordonnance qui sont considérés par Anciens Combattants Canada comme des thérapies essentielles. Environ 80 % de tous les avantages liés aux médicaments figurant dans le formulaire d'Anciens Combattants Canada font partie de cette catégorie. Tous les avantages standards sont facilement accessibles aux anciens combattants admissibles qui en ont une prescription valide.

[Traduction]

Les médicaments associés à une autorisation spéciale sont assortis, dans la liste, de critères cliniques ou de conditions préalables. Il s'agit de thérapies de haut niveau ou très coûteuses. Pour obtenir le remboursement de ces médicaments, les anciens combattants doivent démontrer qu'ils remplissent les critères cliniques ou les conditions préalables. Par exemple, on exigera peut-être l'essai d'un médicament meilleur marché avant d'approuver un médicament plus coûteux. Les produits non inscrits dans la liste sont des produits dont on considère qu'ils n'ont pas de valeur thérapeutique ou qu'ils n'ont pas de valeur thérapeutique ajoutée suffisante comparativement au coût d'un produit comparable.

Cela dit, AAC peut approuver ces produits à titre exceptionnel. Pour être informé des problèmes éventuellement associés aux médicaments du programme de traitement, AAC se sert d'une procédure d'évaluation de l'usage pour identifier les anciens combattants susceptibles d'être en danger à cause d'un mauvais usage de médicaments.

[Français]

Par exemple, les pharmaciens reçoivent des messages d'avertissement par l'intermédiaire d'un système informatique pour les alerter sur le potentiel des médicaments en double, des thérapies en double, des interactions médicamenteuses potentielles ou une surexploitation ou un abus potentiel.

[Traduction]

AAC veille à ce que ses programmes continuent de répondre aux besoins des anciens combattants. Nous sommes heureux que le Bureau du vérificateur général ait procédé à un examen complet de notre programme de médicaments en 2015 et 2016. Le rapport du vérificateur général, qui a été déposé en mai 2016, comprend des recommandations visant à améliorer le programme.

Le Comité permanent des comptes publics a également pris connaissance du rapport du vérificateur général et il a déposé le sien, avec d'autres recommandations, le 17 octobre 2016.

Cet examen approfondi du programme de médicaments d'AAC a permis au ministère d'apporter des changements utiles qui profiteront au ministère, aux Canadiens et, surtout, aux anciens combattants.

[Français]

Les deux rapports faisaient des recommandations sur le processus, la gestion et le suivi du Programme de médicaments sur ordonnance d'Anciens Combattants Canada.

Tel qu'indiqué dans les deux rapports, Anciens Combattants Canada a accepté toutes les recommandations du vérificateur général et nous avons pris des mesures immédiates pour en commencer la mise en oeuvre.

Plus précisément, en réponse aux recommandations, Anciens Combattants Canada s'appuie sur ses partenariats avec d'autres ministères fédéraux et d'autres administrations pour s'assurer qu'il est efficace et qu'il offre des solutions rentables aux anciens combattants. Il peut s'agir, par exemple, de travailler avec nos partenaires fédéraux pour participer à la négociation des prix avec les fabricants de médicaments et d'établir des ententes sur la vente des produits en vue d'une baisse des prix.

● (0910)

[Traduction]

Par ailleurs, le ministère en a profité pour réviser et améliorer la composition du comité d'examen de la liste de médicaments admissibles et son fonctionnement, dont les procédures de fonctionnement ordinaires, qui encadrent le processus décisionnel et l'examen des données probantes. Nous sommes également en train d'élaborer un cadre qui permettra d'améliorer le suivi de l'usage des médicaments.

Pour terminer, monsieur le président, je voudrais rappeler que le rôle d'AAC dans le système national d'assurance-médicaments est limité à celui de payeur de médicaments pour un groupe défini très restreint de la population, nos anciens combattants. Nous avons une certaine expérience en raison de notre collaboration avec des partenaires, mais notre priorité est la prestation de services au profit de la santé et du bien-être des anciens combattants canadiens.

Voilà qui termine mes remarques préliminaires, monsieur le président. Nous sommes à la disposition du comité pour répondre à des questions.

[Français]

Merci.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup. Je suis sûr que nous allons avoir beaucoup de questions.

Commençons notre série de question de sept minutes, après quoi nous passerons à la série des cinq minutes.

Monsieur Kang, allez-y.

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

Merci de vos témoignages, mesdames et messieurs. Bonjour à tous.

J'ai une question d'ordre général, qui s'adresse donc aussi bien à Santé Canada, au Bureau du vérificateur général ou à Affaires des anciens combattants.

Nous avons entendu d'autres témoins de différents secteurs du gouvernement fédéral, qui s'occupent par exemple des Premières Nations, des anciens combattants, etc. Dans quelle mesure est-ce que le gouvernement fédéral coordonne la prestation de services pharmacologiques à tous ces groupes clients du fédéral? Est-ce qu'il y a une coordination entre...

M. Sony Perron: Il y a de la collaboration dans un certain nombre de secteurs. Je crois que mon collègue d'Affaires des anciens combattants parlait, il y a quelques minutes, de la négociation d'ententes d'inscription de médicaments. En fait, c'est ce qu'on fait aussi en ce moment avec nos partenaires provinciaux et territoriaux. C'est un processus horizontal. Santé Canada est le ministère de premier plan et il soutient les autres ministères fédéraux dans ce processus.

Dans certains cas, nous travaillons aussi ensemble pour négocier des ententes avec des fournisseurs de services. On a parlé tout à l'heure des frais d'officine. Il arrive que des ministères fédéraux travaillent ensemble pour négocier de meilleurs frais d'officine avec des associations pharmaceutiques.

Donc, oui, il y a une certaine collaboration. Il y en a aussi du côté technique. Nous nous tenons les uns les autres au courant des décisions relatives aux listes et aux critères employés. Il y a des différences entre les listes de médicaments admissibles, mais, en général, c'est à cause de certaines spécificités de notre population.

J'ai dit tout à l'heure que nous couvrons certains médicaments sans ordonnance dans le cadre du programme de santé des Premières Nations et des Inuits. La raison en est qu'on a besoin de soutien pour la santé prénatale et postnatale et pour le développement des enfants, et ce genre de produits sont très importants pour la santé publique. Ce sont de petites déviations à cause du type de population desservie.

M. Darshan Singh Kang: Ma deuxième question est la suivante. D'après vous, comment est-ce qu'un programme national d'assurance-médicaments favoriserait la collaboration entre les ministères pour économiser de l'argent dans ce domaine?

M. Sony Perron: Je dois dire que les décisions prises au sujet des listes associées aux divers systèmes d'assurance-médicaments, qu'ils soient privés ou publics, au Canada poussent les autres systèmes à bouger. Un meilleur alignement et une plus grande collaboration entre les systèmes ont déjà prouvé leur efficacité. Je pense que ça permet d'améliorer le service à la clientèle, parce qu'on peut prévoir les services qui seront disponibles et mieux aligner les couvertures. Ça ouvre aussi la possibilité de négocier des rabais et de prendre des mesures d'économie. C'est ce que nous faisons déjà, et on voit bien les avantages de ce genre de collaboration et de synchronisation.

Les systèmes publics sont souvent poussés à couvrir certains produits parce que des systèmes privés le font dès que Santé Canada a approuvé leur mise en marché au Canada. Mais, comme nous et nos collègues d'AAC l'avons expliqué, nous appliquons en principe le programme commun d'évaluation des médicaments, et nous arrivons donc plus tard. Mais, quand les dépenses de beaucoup de Canadiens sont couvertes par un système privé pour un certain médicament, les médecins commencent à le prescrire à cause de ça, et d'autres systèmes commencent à le couvrir aussi.

Un meilleur alignement à cet égard permet de faire des économies, c'est certain, et il y a déjà du travail en cours pour mieux aligner les couvertures.

● (0915)

M. Darshan Singh Kang: Pensez-vous qu'on arrivera à créer un guichet unique?

M. Sony Perron: Je n'en sais rien, mais ce que je peux dire, c'est que nous avons constaté les avantages d'un meilleur alignement dans la gestion des listes de médicaments admissibles.

M. Darshan Singh Kang: Merci.

Mon autre question s'adresse à Affaires des anciens combattants. Est-ce que les anciens combattants ont une sorte de couverture uniforme, tous les anciens combattants ou est-ce que ça dépend du grade? Comment fonctionne la couverture?

M. Michel Doiron: Merci de cette question, monsieur le président.

Nous avons une liste commune de médicaments admissibles qui s'applique à tous les anciens combattants. Mais le paiement dépend de la blessure et du service ou de l'aptitude de l'ancien combattant à payer. S'il est fragile et ne peut pas payer, Affaires des anciens combattants s'en occupera. Mais ça dépend d'abord de la blessure et du service. Cela dit, la liste des médicaments admissibles est uniforme pour tous les anciens combattants, d'un océan à l'autre.

M. Darshan Singh Kang: Vous avez parlé d'anciens combattants fragiles ou qui ne peuvent pas payer. Jusqu'à quel point est-ce qu'ils doivent se battre contre le ministère pour obtenir d'être couverts?

M. Michel Doiron: Ce n'est pas toujours un processus très simple. Le vérificateur général en a parlé dans son rapport en 2015.

Nous faisons énormément d'efforts. Il y a l'initiative appelée Examen de la prestation des services, qui vise à moderniser nos services et à les axer sur les besoins des anciens combattants plutôt que sur le fonctionnement du programme. Nous y travaillons.

Si un ancien combattant est fragile ou en fin de vie, nous accélérons les choses pour appliquer les programmes. Mais, du moment que vous venez nous voir et que vous avez une blessure liée au service, vous avez droit aux médicaments liés à cette blessure. Il n'est pas nécessaire de refaire une demande. Quand un cas est réglé et qu'on a dit que la perte d'ouïe est liée au service, tous les appareils auditifs, les piles ou les médicaments spécialisés sont automatiquement fournis. L'ancien combattant reçoit une carte pour les médicaments et il fait partie du club aussitôt.

M. Darshan Singh Kang: Quand on vieillit, on risque de contracter différentes maladies. Je ne pense pas que la couverture devrait être strictement liée au service, parce que ces dames et messieurs en uniforme ont mis leur vie en jeu pour nous. Je pense qu'ils devraient être mieux traités que ce que j'entends dire dans certains témoignages d'anciens combattants.

M. Michel Doiron: Je suis d'accord avec vous, monsieur, mais il faut se rappeler que, au Canada, les médicaments ne sont pas couverts partout. Ce sont des programmes provinciaux. Si les médicaments ne sont pas couverts par la province, etc., le ministère s'occupera de nos anciens combattants. C'est notre mandat primordial, et nous faisons le maximum pour le remplir.

M. Darshan Singh Kang: Ma seule préoccupation est qu'ils n'aient pas à tourner en rond pour obtenir leur couverture. C'est vraiment ça qui m'embête. Même dans ma circonscription, il y a des anciens combattants qui me parlent et ils sont en larmes. Ils disent qu'ils se cognent parfois à un mur de briques. C'est pour ça que ça me tient à cœur et que j'en parle.

M. Michel Doiron: Merci.

M. Darshan Singh Kang: Je n'ai plus de temps?

Le président: Monsieur Webber, c'est à vous.

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

Merci à tous d'être là ce soir et de nous présenter leurs points de vue. Merci.

Je lis ici un paragraphe du rapport du Bureau du vérificateur général. Il dit: « Une stratégie bien définie pour surveiller l'utilisation des médicaments est tout aussi importante. » Et il continue:

Il faut accorder une attention spéciale à l'utilisation de certains médicaments à risque, car celle-ci doit être bien surveillée afin de comprendre les tendances et les habitudes de consommation.

Ma question au ministère des Affaires des anciens combattants concerne une de mes préoccupations au sujet de l'usage fréquent, à ce qu'on dit, de la marijuana médicinale dans ce ministère. Premièrement, pour être couverte, la marijuana médicinale doit être sur la liste des médicaments admissibles.

Est-ce que vous pouvez nous donner des renseignements précis sur ce produit, par exemple des statistiques sur l'augmentation de la consommation par rapport aux années antérieures? Aussi, est-ce qu'il y a d'autres médicaments moins utilisés à cause de cette augmentation de la consommation de marijuana médicinale? Je serais très heureux d'avoir des réponses à ces questions.

M. Michel Doiron: Merci de la question.

Premièrement, la marijuana ou le cannabis consommé à des fins médicales n'est pas dans la liste des médicaments admissibles parce que ce n'est pas un médicament d'ordonnance. Ce n'est pas considéré comme un médicament, et on n'y a pas attribué de numéro d'identification de produit.

Le BVG a signalé avec raison que nous payons beaucoup d'argent pour la consommation de marijuana et que le ministère devrait se pencher sur cette question. Le ministre Hehr a dit très clairement qu'il faut avoir une politique de remboursement à ce sujet. Je pense que le comité sera heureux d'apprendre que cette politique a été annoncée et qu'elle est déjà en vigueur, depuis le 22 novembre. Aux termes de cette politique, nous limiterons le volume à trois grammes par jour, au lieu de la limite antérieure de 10 grammes. Nous plafonnerons également le montant que nous sommes disposés à payer par gramme à 8,50 \$.

Maintenant, je tiens à faire remarquer que ce n'est pas une ordonnance de marijuana, mais une porte ouverte, et Affaires des anciens combattants n'ouvre pas de porte. Nous paierons, mais c'est aux professionnels de la santé ou aux médecins qui s'occupent des anciens combattants qu'il revient de décider si la marijuana à fins médicales est le produit qu'il convient d'utiliser.

En 2007, le ministère a décidé de payer les frais des patients en soins palliatifs pour des raisons humanitaires. Au fil des ans, les frais ont augmenté. En 2013-2014, il y avait 112 patients, ce qui n'est pas beaucoup. Et puis les tribunaux ont rendu certaines décisions, et certains règlements concernant la distribution ou la disponibilité de marijuana à des fins médicales ont été changés.

À la fin de 2015-2016, il y avait un peu plus de 1 700 anciens combattants consommant de la marijuana à des fins médicales. Cette année, au bout du premier semestre, on en compte un peu plus de 3 000. Comme vous pouvez le constater, c'est une augmentation assez importante, et ce n'est pas parce qu'Affaires des anciens combattants a ouvert la porte. Je tiens à ce que vous le sachiez: de plus en plus de médecins et de professionnels de la santé décident que nos anciens combattants peuvent en tirer profit. Maintenant,

nous sommes très inquiets pour la santé et le bien-être de nos anciens combattants, et c'est pour cette raison que le ministre a formulé de nouvelles exigences.

Pour répondre à vos questions concernant une baisse dans d'autres secteurs, nous avons fait un examen il y a environ six mois, après la visite du BVG, pour savoir si, à cause des données anecdotiques dont nous entendions parler, on avait constaté une baisse dans la consommation des opioïdes ou des benzamides, ou de ce genre de médicaments. L'examen n'a rien révélé de cet ordre à l'époque. Les chiffres restent assez stables dans ce domaine, mais la consommation de marijuana augmente.

Maintenant, si vous consultez nos rapports publics, vous allez dire: « Eh bien, monsieur, les chiffres concernant les opioïdes sont en train de baisser. » Ce n'est pas parce que les gens utilisent de la marijuana. Nous avons comparé les consommateurs de marijuana et les consommateurs d'opioïdes. Les anciens combattants sont de moins en moins nombreux. Il y en a aujourd'hui 670 000. Donc la consommation d'opioïdes, de benzamides et d'autres médicaments diminue parce que la population des anciens combattants diminue.

Nous avons comparé les anciens combattants consommant de la marijuana et ceux qui consomment d'autres médicaments pour voir si on constatait une baisse dans cette population, et, à ce moment-là, il n'y avait pas d'écart significatif.

J'espère avoir répondu à toutes vos questions, monsieur.

● (0920)

M. Len Webber: Oui, merci beaucoup.

Je ne sais pas combien de temps j'ai encore, mais je voudrais poser rapidement une question à la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Est-ce que vous avez constaté une augmentation significative de la consommation de marijuana médicinale dans votre ministère?

M. Sony Perron: Comme l'a dit mon collègue d'Affaires des anciens combattants, la marijuana médicinale n'est pas un médicament d'ordonnance au Canada. La politique du programme est de couvrir seulement les médicaments d'ordonnance. Et nous n'avons donc pas couvert les frais de marijuana médicinale dans les dernières années.

M. Len Webber: Merci.

Le président: Vous avez encore un peu de temps.

M. Len Webber: Ah oui? Ah bon, d'accord. Je ne suis pas habitué à avoir sept minutes, monsieur le président. Peut-être qu'on peut simplement s'asseoir et se regarder.

Le président: Non, on ne fera pas ça, on va donner la parole à M. Davies.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Merci.

Est-ce que je peux profiter de ces minutes supplémentaires? Merci.

Merci aux témoins d'être ici aujourd'hui.

Ma première question s'adresse au vérificateur général. Excusez-moi si vous en avez déjà parlé. Est-ce que les six ministères qui offrent une couverture participent à un programme commun d'évaluation pour tous leurs médicaments? Est-ce qu'on le sait?

● (0925)

M. Michael Ferguson: En fait, les ministères seraient probablement mieux placés pour répondre à cette question.

Là encore, les résultats d'audit que nous vous présentons aujourd'hui concernent seulement Affaires des anciens combattants. Donc je pense que les ministères concernés pourraient vous donner une meilleure idée de ce qu'ils font en termes d'achat en vrac.

M. Don Davies: D'accord.

Est-ce que les représentants de Santé Canada ou d'Affaires des anciens combattants savent si les six ministères coordonnent l'achat en vrac de leurs médicaments?

M. Sony Perron: Je vais demander à Scott de vous parler de notre participation à l'alliance d'approvisionnement pharmaceutique.

M. Scott Doidge (directeur général, Services de Santé Non Assurés, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, ministère de la Santé): Depuis environ un an, nous faisons partie, avec nos homologues provinciaux et territoriaux, de l'alliance pancanadienne pharmaceutique. Nous représentons les autres ministères fédéraux dans l'alliance, et, quand des ententes sont négociées par le biais de ce consortium, nous offrons ces ententes par le biais de nos homologues fédéraux. Ensuite, c'est à chaque ministère de décider s'il veut ou non conclure ces ententes d'inscription de produits.

M. Don Davies: Comme tous les témoins le savent, le comité est chargé d'étudier la possibilité d'élaborer une forme de programme national d'assurance-médicaments. Ce que j'aimerais savoir, c'est s'il est juste de dire, à ce que j'ai compris, que Santé Canada et Affaires des anciens combattants ont un programme universel d'assurance-médicaments pour les anciens combattants d'une part et pour les Premières Nations et les Inuits d'autre part. Est-ce qu'on peut dire ça de la situation actuelle concernant ces groupes sociaux?

M. Sony Perron: Je crois qu'on peut dire que le programme est universel pour toutes les Premières Nations et tous les Inuits du Canada, à l'exception des Premières Nations qui vivent en Colombie-Britannique, parce que, là-bas, cette responsabilité a été confiée à une institution autochtone.

Dans certains endroits du Canada où les Premières Nations ou les Inuits ont des gouvernements autonomes, ils assument la responsabilité du programme, mais, en général, vous avez raison de dire que c'est un programme universel couvrant toutes les Premières Nations et tous les Inuits. Et, notamment, en raison de la situation économique de ces populations, le programme n'est pas assorti de franchise, de quote-part ou de critères fondés sur le revenu. C'est pour tous, par principe... Il y a certaines règles applicables à la liste des médicaments admissibles, dont j'ai parlé dans mes remarques préliminaires, mais, autrement, le programme couvre vraiment des produits très coûteux, et il n'y a pas de plafond si les médicaments sont essentiels.

M. Don Davies: Merci.

Monsieur Doiron, c'est à vous.

M. Michel Doiron: On ne dit pas en général que c'est un programme universel. Je tiens à être prudent. Le nôtre est axé sur les besoins des anciens combattants. Mais, si le besoin est avéré et que les critères d'admissibilité sont remplis, tous les anciens combattants ont accès aux mêmes médicaments. Dans ce sens, c'est universel, mais ça doit être lié au service, ou il faut être dans une certaine catégorie. Si le besoin est lié au service ou si on est dans une certaine catégorie, on peut utiliser la même liste de médicaments, et, là encore, il n'y a pas de plafond. Nous veillons à leur fournir les médicaments auxquels ils ont droit.

M. Don Davies: D'accord. La raison pour laquelle je pose la question est que nous ne sommes pas en train de réinventer la roue

ici. Beaucoup de pays ont des programmes d'assurance universels pour les soins donnés à l'hôpital ou chez le médecin et une forme d'assurance-médicaments. On a aussi, bien sûr, l'association des anciens combattants américains, et je pense que vos deux ministères sont des exemples de cas où nous garantissons une forme de protection universelle à un groupe défini. Ce que j'essaie de savoir ici, c'est s'il y a des leçons ou des conseils que vous pourriez partager avec le comité, compte tenu de votre expérience, sur le meilleur moyen d'élaborer un système qui protège tous les Canadiens.

Je commencerai peut-être par vous, monsieur Perron, notamment en ce qui concerne la liste des médicaments admissibles. Est-ce que cette liste est suffisamment large, d'après vous, pour les besoins de votre groupe? Est-ce que, d'après vous, l'administration du programme est efficiente et efficace?

M. Sony Perron: Merci de votre question.

Je pense que certains des principes dont le vérificateur général du Canada a parlé concernant la gestion de la liste de médicaments sont des principes que nous essayons d'appliquer. Il faut de la rigueur. Les données changent tout le temps. Il faut s'appuyer sur des conseils d'experts. C'est pour cette raison que nous nous intéressons au programme commun d'évaluation des médicaments, et le groupe d'experts qui soutient ce principe nous donne les premiers conseils sur ce que nous devrions faire quand un nouveau médicament arrive sur le marché ou quand une nouvelle valeur théorique est circonscrite à l'égard d'un médicament, dont nous devons tenir compte. Je crois que la rigueur dans la gestion de la liste de médicaments est essentielle.

L'alignement sur les autres systèmes est également très important, pour éviter les situations où un patient se voit prescrire un médicament différent selon la couverture en vigueur. En fait, le médecin qui prescrit le médicament a beaucoup de mal à savoir ce qui est couvert par les autres systèmes, et il est donc important de les aligner.

Je pense que nous avons fait des progrès. Quand je dis « nous », je ne parle pas seulement de Santé Canada. Je pense que, en général, au Canada, nous avons fait des progrès dans les dernières années du côté d'un alignement qui facilite la vie aux médecins qui prescrivent des médicaments, aux pharmaciens qui les fournissent, et aux clients, bien sûr, qui peuvent avoir accès à ce dont ils ont besoin. Il y en a encore à faire, et je pense que la rigueur est un principe important.

Il y a aussi des médicaments spéciaux qui émergent. Les thérapies anticancéreuses auparavant données dans les hôpitaux sont souvent données en pharmacie aujourd'hui, et les patients rentrent chez eux avec leur produit. C'est nouveau et ça nous oblige à réviser nos processus tout le temps parce que rien n'est statique. L'offre pharmaceutique change tout le temps. Nous devons être capables de nous adapter à ces nouvelles réalités du système de santé parce que les patients, eux aussi, y font face. Le système doit donc évoluer tout le temps.

● (0930)

M. Don Davies: Je vous remercie pour cette information. Elle correspond à une bonne partie de ce que d'autres témoins nous ont dit.

J'ai une question d'ordre très général: pensez-vous que le programme que vous administrez offre une liste de médicaments assurés assez étendue pour aider avec efficacité le groupe que vous couvrez?

M. Sony Perron: Oui. C'est ce que nous visons. Je vous dirai que nous ne cessons de réévaluer, de rajuster et d'évaluer les tendances. Je crois que nous avons mentionné les opioïdes tout à l'heure. Pendant plusieurs années, nous avons fermé les yeux sur ce problème et nous n'avons payé que les médicaments d'ordonnance, parce que nous faisons confiance aux médecins traitants. Mais cela a créé un problème de santé publique au Canada. Nous aurons désormais un rôle à jouer pour corriger cela.

M. Don Davies: Merci.

Monsieur Doiron, est-ce qu'en général les anciens combattants sont satisfaits de la couverture qu'ils reçoivent? De nouveau, selon votre expérience, trouvez-vous qu'Anciens Combattants Canada a établi une liste de médicaments assurés assez étendue pour répondre aux besoins des anciens combattants et que vous les servez d'une manière raisonnablement efficace?

M. Michel Doiron: Je répondrai que oui, comme l'a dit mon collègue. Je trouve notre liste très étendue. Nous y avons apporté quelques modifications à la suite des recommandations du BVG... Nous avons engagé plus de professionnels pour gérer notre liste. Nous avons engagé un pharmacien, et un médecin préside maintenant notre comité. Nous comprenons donc mieux la complexité des médicaments, parce que ce n'est plus uniquement une tâche administrative... Nous avons invité des professionnels de la santé à la table — surtout des pharmaciens — qui nous transmettent leurs connaissances approfondies sur les différences entre les médicaments.

Oui, notre liste de médicaments assurés est très étendue. Notre plus grande difficulté est de transiger avec les provinces, qui ont toutes une liste différente. Ou alors les médecins prescrivent différents médicaments pour différents troubles. Nous avons de la peine à suivre leurs changements de prescription. Je dirai exactement la même chose que M. Perron à ce sujet. Mais je trouve notre liste de médicaments assurés relativement étendue.

M. Don Davies: Je n'ai plus de questions.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Oliver, vous avez sept minutes.

M. John Oliver (Oakville, Lib.): Merci beaucoup. Je remercie les différents témoins que nous avons entendus.

Tout d'abord, les représentants d'Anciens Combattants et de Santé Canada nous ont dit qu'ils collaborent avec l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, l'ACMTS. Vous prenez son Programme commun d'évaluation des médicaments, puis vous étudiez les avantages des médicaments de votre point de vue, ce qui la modifie.

Je pense à un programme national. Les témoins de l'ACMTS nous ont dit qu'ils se croient en mesure d'aider à dresser une liste de médicaments assurés. De votre côté, vous vous sentez obligés de redéfinir ce que fait l'Agence. Pourriez-vous m'expliquer quels types de critères vous appliqueriez, autres que ceux de l'ACMTS?

M. Sony Perron: Nous ne redéfinissons rien. Je dirais plutôt que nous peaufinons ce que nous donne l'ACMTS. Par exemple, une grande partie de la population que nous servons vit dans des régions éloignées, rurales et isolées. Bien souvent, les critères de l'ACMTS s'appliquent au Canada en général, particulièrement aux régions urbaines et aux banlieues.

Nous devons parfois modifier notre façon de couvrir les populations des régions éloignées. En effet, ces patients ne peuvent souvent pas revenir voir leur médecin au bout d'une semaine pour essayer une autre thérapie. Nous devons parfois modifier un peu les

règles en fonction des circonstances dans lesquelles ces populations vivent et selon leur répartition géographique.

Scott pourra peut-être nous donner un exemple pour que vous compreniez mieux ce que j'essaie de dire.

M. Scott Doidge: La façon d'administrer un médicament est parfois très importante. Alors pour vous donner un exemple de la situation que Sony présentait, si un médicament doit être administré par intraveineuse et qu'il y a un autre produit que le patient peut s'injecter lui-même, nous en tenons compte en examinant cette catégorie de médicaments.

• (0935)

M. John Oliver: En passant des médicaments couverts sans restriction aux médicaments d'usage restreint, appliquez-vous d'autres critères que l'application clinique de ces médicaments? Vous avez dit que dans votre liste des médicaments assurés, vous avez les catégories de médicaments couverts sans restriction et de médicaments d'usage restreint, puis il y a les médicaments d'exception. Alors dans le cas des médicaments d'usage restreint, est-ce que quelqu'un applique certains critères autres que l'efficacité clinique du médicament?

M. Scott Doidge: Les critères que nous appliquons aux médicaments d'usage restreint et aux médicaments d'exception découlent du rôle que, selon l'ACMTS, le médicament joue dans la thérapie. Nous n'ajoutons pas de critères à ce type de produit. Si l'ACMTS nous dit de payer...

M. John Oliver: Donc c'est l'ACMTS qui s'en charge. Outre les particularités géographiques, vous acceptez les recommandations de l'ACMTS sur la liste des médicaments assurés.

M. Scott Doidge: Sauf dans de très rares circonstances.

M. John Oliver: Est-ce que c'est le cas à Anciens Combattants aussi?

M. Michel Doiron: Oui, tout à fait. Nos anciens combattants ne vivent pas dans des régions éloignées, mais parfois les blessures qu'ils ont subies nous obligent nous écarter un peu des règles. Par exemple, nous savons que les anciens combattants ont beaucoup de problèmes de santé mentale. Les gens parlent toujours de stress post-traumatique, mais nous devrions plutôt parler de santé mentale, parce qu'ils sont atteints de toute la gamme des troubles mentaux. Il nous arrive d'augmenter la disponibilité d'un médicament ou de certains traitements pour les aider, parce que nous pouvons offrir toute une gamme des services de santé mentale dont peu de Canadiens disposent, et ces services comprennent les médicaments.

La plupart du temps, nous suivons les recommandations du comité, comme mon collègue...

M. John Oliver: Justement, dans sa recommandation 4.12, le vérificateur général souligne qu'à part celles qui suivent les lignes directrices de l'ACMTS, il a trouvé 17 décisions du comité pour lesquelles il ne trouvait pas de justification clinique. Donc vous devez appliquer d'autres critères que ceux de l'ACMTS.

M. Michel Doiron: Oui, nous tenons compte des besoins des anciens combattants auxquels les critères de l'ACMTS ne répondent pas. Dans ces 17 cas, nous n'avons pas fait de suivi de la prise de décisions, mais le comité s'était réuni pour en discuter. C'est pourquoi, comme je l'ai dit tout à l'heure, nous avons invité des professionnels de la santé à la table. Nous avons demandé à nos pharmaciens et à nos médecins de l'interne de nous aider à ajuster ces demandes, ou à mieux servir ces... je ne dirai pas ces exceptions, mais ces catégories.

M. John Oliver: Il semblerait que votre processus d'assurance des médicaments corresponde plus à un processus d'adjudication qu'à un... parce que vous ne fournissez pas vraiment une couverture universelle. Vous couvrez les anciens combattants d'une certaine catégorie, ceux qui ont subi des blessures liées au service.

M. Michel Doiron: Oui, mais je vous répondrai que ce n'est pas uniquement un processus d'adjudication. Nous tenons compte des besoins des anciens combattants et des blessures qu'ils ont subies. Il s'agit parfois d'une adjudication, mais pas toujours. Dans le cas du stress post-traumatique, nos cliniques fournissent de nombreux services. Elles offrent l'aide de psychiatres et de psychologues, ce qui ne fait pas partie du processus d'adjudication.

M. John Oliver: Merci.

Je vais procéder un peu plus rapidement, parce que je n'ai que sept minutes.

Je regarde aussi les frais d'administration. Je crois qu'Anciens Combattants confie l'administration à la Croix bleue. Je ne sais pas si Santé Canada confie l'administration de ses fonds à un organisme tiers. À combien s'élèvent ces frais? Ils comprennent le coût des médicaments et le pourcentage que la Croix bleue ou les autres tiers retirent pour administrer tout cela. Quel est ce pourcentage?

M. Michel Doiron: Il faudra que je vous soumette ces chiffres plus tard. Je ne sais pas exactement et je préfère ne pas vous donner une mauvaise réponse. La Croix bleue administre tout le Programme de médicaments sur ordonnance. Elle retire un pourcentage, mais son contrat indique que...

M. John Oliver: Monsieur Doiron, si vous passiez à un seul payeur au lieu de multiples tiers payeurs, tous les assureurs privés du système et les fonctionnaires qui contractent une compagnie d'assurance privée économiseraient. À Santé Canada, est-ce que vous confiez l'administration à un organisme?

M. Scott Doide: Nous en avons un pour le programme, qui s'occupe de toutes les catégories de médicaments assurés que Sony vous a décrites au début de son témoignage. Donc pour toutes ces catégories, le rapport administration-coûts est de 5 % chez nous. Cela comprend tous les salaires des employés de Santé Canada et les frais contractuels. Nous avons signé pour cela un contrat avec la société Express Scripts Canada.

M. John Oliver: Merci.

Si vous pouviez nous remettre le coût des services d'administration que la Croix bleue fournit à Anciens Combattants, vous nous aideriez beaucoup.

M. Michel Doiron: Bien sûr, monsieur. Nous ferons un suivi là-dessus. Merci.

M. John Oliver: Il me reste moins d'une minute.

Vous payez probablement aussi pour l'adjudication. Si nous avions une liste nationale des médicaments assurés et un programme national d'assurance-médicaments, il n'y aurait pas besoin d'adjudication. Les anciens combattants recevraient les médicaments selon leurs besoins, comme tous les autres Canadiens, quelle que soit la catégorie à laquelle ils appartiennent ou la blessure qu'ils ont subie. Donc tous les frais d'adjudication, les frais de... La même chose s'appliquerait aux Autochtones, parce qu'ils se retrouveraient dans une même catégorie.

Pourriez-vous estimer les frais d'administration globaux des divers programmes qui tomberaient sous le chapeautage d'un programme universel d'assurance-médicaments?

● (0940)

M. Michel Doiron: Monsieur, nous n'économiserions pas sur les frais d'adjudication parce que, pour bien vous expliquer, quand nous suivons le processus d'adjudication pour déterminer si la blessure est liée au service...

M. John Oliver: Cela n'aurait aucune importance. Dans le cadre d'un programme universel d'assurance-médicaments, l'endroit où les prestataires auraient subi leurs blessures n'aurait pas d'importance.

M. Michel Doiron: Il serait important, parce que le médicament ne constitue qu'un élément mineur. Il y a les indemnités d'invalidité, les pensions d'invalidité ainsi que les traitements non médicamenteux qui appartiennent tous à cette catégorie.

M. John Oliver: Merci. Je comprends.

Le président: Voilà, votre temps est écoulé.

Nous passons maintenant à des rondes de cinq minutes, mais le président doit s'en aller. Je vais déposer notre cinquième rapport sur le projet de loi C-233, qui a été pour nous un beau grand travail. Je vais le déposer ce matin. En le déposant, je dirai que chaque parti a proposé des modifications qui, à notre avis, renforceront ce projet de loi.

Je vais céder la présidence à M. Webber, et je m'en vais déposer le projet de loi C-233.

Je remercie nos témoins. Je regrette de devoir manquer le reste de cette séance, car vous nous présentez des points de vue que nous n'avions pas entendus. Quoi qu'il en soit, il faut que je m'en aille.

Le vice-président (M. Len Webber): M. Carrie va prendre ma place.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci beaucoup. Votre présence nous manquera.

Tout d'abord, je tiens à remercier nos témoins d'aujourd'hui.

J'ai un grand nombre de questions à poser. Je voudrais vraiment avoir plus de cinq minutes pour cela. Nous allons instaurer un programme national d'assurance-médicaments dans le but de réduire les coûts et d'améliorer la couverture. Mais certains témoignages — même le point 9 de M. Ferguson — soulignent que quand le gouvernement administre des programmes, on n'obtient pas toujours ce que l'on visait initialement.

Nous avons défini l'assurance-médicaments. Certains militants, syndicats et autres groupes sont venus nous dire qu'il s'agirait d'un monopole à payeur unique administré par le gouvernement qui remplacerait entièrement le système pluraliste fédéral-provincial-territorial financé par l'État que nous avons actuellement au Canada. Il remplacerait les régimes d'assurance-médicaments gérés par les gouvernements et les régimes privés offerts dans les lieux de travail. En instaurant ce programme national, il faudra traiter des données extrêmement anciennes. Je m'inquiète de ce que cela coûtera aux contribuables initialement.

Monsieur Ferguson, en présentant votre point 9 aujourd'hui, vous avez dit que vous aviez « cerné des problèmes récurrents relativement à des programmes gouvernementaux qui ne sont pas conçus en fonction des personnes qui y ont recours et où l'accent est mis sur ce que font les fonctionnaires plutôt que sur les services offerts aux citoyens » et qu'il « est crucial que les représentants du gouvernement comprennent que les services doivent être conçus pour les citoyens, et non en fonction de processus ». Vous encouragez donc « les représentants du gouvernement à réfléchir, dès sa conception, à la façon dont un régime d'assurance-médicaments peut offrir des prestations qui répondent vraiment aux besoins de la population canadienne ».

Vous avez donné — je crois que c'était au point 4 — un exemple d'inefficience en ajoutant qu'il faut deux ans avant que l'on commence à examiner les choses.

Cela m'inquiète beaucoup. Nous ne savons pas vraiment combien de Canadiens sont assurés, pas assurés ou pas assez assurés. Nous ne savons pas l'effet qu'aurait ce programme sur l'accès à de nouveaux traitements et médicaments. Nous avons vu que les régimes d'assurance-médicaments d'autres pays restreignent souvent les médicaments novateurs. En étant réalistes, nous ne savons même pas quelle part des coûts les contribuables devront assumer pour cette assurance-médicaments. Nous n'en connaissons pas non plus les coûts économiques indirects, comme la perte d'emploi, la perte d'emploi dans le secteur privé et la prise de contrôle du secteur privé. Nous ne savons pas quelles en seraient les répercussions dans le cadre de l'ALENA, de quelles façons les autres pays administrent vraiment cela et ce qui fonctionne vraiment bien chez nous à l'heure actuelle.

Ma première question, monsieur Ferguson, serait la suivante: Le gouvernement ne couvre que 2,1 % de tous les médicaments d'ordonnance au Canada. Comment cela fonctionne-t-il? Le gouvernement le fait-il avec efficience à l'heure actuelle? Si nous passons de ce 2 % à 100 %, pensez-vous que cela entraînerait des coûts énormes?

Qu'en pensez-vous? Peut-être que vous n'êtes même pas en mesure de répondre à cette question.

M. Michael Ferguson: Je pourrais peut-être mettre les choses en perspective.

Je crois que dans leur allocution, les témoins de Santé Canada ont dit que certains médicaments sont extrêmement chers pour certaines personnes. Quant aux témoins d'Anciens Combattants, ils nous ont dit qu'en 2015-2016, ils ont couvert les frais de 48 000 anciens combattants pour une somme de 91,6 millions de dollars. C'est très peu par rapport à la couverture de tous les médicaments d'ordonnance. Quand nous avons mené notre audit pour 2014-2015, le ministère couvrait 51 000 anciens combattants. Le nombre de leurs prestataires a donc diminué de 3 000, mais les coûts avaient grimpé de 80 à 91,6 millions de dollars.

Une grande part de cette augmentation provient de l'utilisation de la marijuana à des fins médicinales. Mais à part cela, on s'aperçoit que le prix des médicaments d'ordonnance augmente beaucoup plus rapidement que l'inflation ordinaire. Je le répète, si vous regardez les chiffres présentés dans notre audit de 2014-2015, vous verrez que le coût moyen par ancien combattant s'élevait à 1 600 \$. D'après ce que nous avons entendu de Santé Canada, le ministère a probablement payé en moyenne près de 800 \$ par personne. Je me trompe peut-être. Ce n'est qu'un rapide calcul mental.

En multipliant cela par le nombre de personnes que l'on couvrirait, on obtient un chiffre vertigineux. Il faudra déterminer ce qui pourra

le compenser un peu. Quels programmes seraient éliminés, que paient-ils et d'où viennent leurs fonds? Il serait prudent de bien connaître les coûts d'un tel programme et les compensations qui s'y appliqueraient pour en comprendre les pressions financières.

Dans l'audit que nous avons ici, nous lisons une observation très importante pour ces types de programmes: il faut être en mesure de surveiller ces pressions financières et d'établir des stratégies de rentabilisation des coûts. Il faudra aussi établir des stratégies permettant de savoir à l'avance la manière dont le programme réagira à l'apparition sur le marché de nouveaux médicaments coûteux qui seront très demandés.

• (0945)

M. Colin Carrie: Vous parlez de prudence...

Le vice-président (M. Len Webber): Excusez-moi, monsieur Carrie, vos cinq minutes sont écoulées.

Je déteste interrompre mes collègues. À moins que nous ayons un consentement unanime autour de la table pour vous permettre de continuer...

M. Colin Carrie: Je voulais savoir si avant d'élaborer ce programme, il nous faudra des données à jour, parce que cela coûte très, très cher. Pouvons-nous les payer?

Le vice-président (M. Len Webber): M. Ferguson pourra peut-être répondre à ces questions par écrit.

Nous passons la parole à M. Ayoub.

[Français]

M. Ramez Ayoub (Thérèse-De Blainville, Lib.): Merci, monsieur le président. Même si nous ne sommes pas des collègues, c'est gentil de me donner la parole.

Parlons des Premières Nations. Nous n'en avons pas beaucoup parlé, mais il y a des préoccupations importantes.

Il semble que le Programme des services de santé non assurés incombe à certaines Premières Nations, par exemple, les Mohawks d'Akwesasne en Ontario et la nation crie de Bigstone en Alberta. Ils doivent gérer eux-mêmes le volet lié à la prestation pharmaceutique du Programme.

Pouvez-vous nous donner un peu plus d'information sur cette gestion et la raison de cette situation, s'il vous plaît?

M. Sony Perron: Je vous remercie.

Un des principes moteurs de notre intervention en santé auprès des Premières Nations et des Inuits consiste à faire en sorte que les nations elles-mêmes aient le plus grand contrôle possible sur leurs services de santé, qu'il s'agisse de prestation, d'organisation ou de conception. Dans l'ensemble du pays, plusieurs nations ont pris en charge certaines parties de programme, avec beaucoup plus d'autonomie. Les deux exemples que vous avez cités se situent davantage au niveau de la communauté.

À plus grande échelle, il y a maintenant en Colombie-Britannique une agence de santé qui gère ce genre de service. Cela couvre les 200 Premières Nations de cette province. L'agence dispose de la flexibilité nécessaire pour modifier le programme si elle le veut. Les Inuits du Nunatsiavut ont eux aussi un arrangement de ce genre. On permet ce type de transformation.

Par contre, il faut faire preuve de prudence dans le cas des régimes publics d'assurances plus modestes. En effet, le fait que plusieurs clients demandent des médicaments très coûteux — comme ceux que j'ai mentionnés un peu plus tôt — peut très rapidement mettre le régime en péril. Les risques sont plus élevés dans le cas de ces régimes. Il faut donc trouver des mécanismes pour soutenir les Premières Nations et les organisations qui assument ces responsabilités. Il faut s'assurer qu'elles ne deviennent pas fragiles financièrement en raison de réclamations de nouveaux médicaments qu'elles ne peuvent pas assumer financièrement. Nous travaillons donc de près avec ces organisations pour voir à ce que le modèle demeure viable.

Dans certains cas, notre ministère continue à offrir des services de soutien. Pour nos partenaires de la Colombie-Britannique qui ont pris en charge le Programme, par exemple, le ministère continue pour l'instant à effectuer une partie du traitement des réclamations à titre de fournisseur de services. On s'attend à ce que l'organisation transfère la gestion de son programme de pharmacie au programme provincial au cours des prochaines années.

● (0950)

M. Ramez Ayoub: Vous parlez du programme de la Colombie-Britannique?

M. Sony Perron: Oui. Si cela vous intéresse, je pourrai vous expliquer en quoi l'alignement avec les programmes provinciaux est avantageux.

M. Ramez Ayoub: Je m'intéresse également au contrôle des coûts, évidemment.

On parle ici de 824 000 membres des Premières Nations, d'une dépense de 422 millions de dollars et d'une augmentation, année après année, de 1,4 %.

Pouvez-vous me dire ce qui cause cette augmentation?

Disposez-vous de données à ce sujet?

Quelles méthodes de contrôle utilise-t-on pour s'assurer de répondre adéquatement aux besoins des Premières Nations et de voir à ce qu'elles soient le plus autonome possible tout en leur octroyant une aide particulière?

M. Sony Perron: Je vais entamer la réponse et je vais ensuite demander à mon collègue de la poursuivre en vous donnant plus de détails.

Nous avons un mécanisme annuel et pluriannuel qui nous permet de surveiller nos coûts et de savoir à quoi ils sont associés, de façon à prévoir les coûts à venir. En outre, nous vérifions si l'évolution de la demande de médicaments est semblable pour les autres régimes publics et privés.

Afin de projeter les coûts à venir et de prendre des mesures ainsi que de bonnes décisions, nous étudions la prévalence de certaines maladies dans la population que nous servons. En effet, le profil de ses besoins est souvent différent.

Après une période où l'augmentation du coût des médicaments était plutôt modérée, nous connaissons maintenant une hausse. Celle-ci a cours cette année et va se poursuivre au cours des prochaines années. C'est dû surtout aux nouvelles thérapies qui sont offertes sur le marché. Par exemple, l'année dernière ou il y a deux ans, de nouvelles thérapies reliées à l'hépatite C ont fait leur apparition et cela a eu un impact important sur notre régime public ainsi que sur plusieurs autres régimes dans l'ensemble du pays.

M. Ramez Ayoub: L'usage du fantanyl et d'autres opiacés a-t-il des incidences sur les statistiques?

Êtes-vous en mesure de garder la trace des ordonnances de ce genre?

M. Sony Perron: Oui. J'ai brièvement parlé dans ma présentation du travail que nous avons fait, au cours des 10 dernières années, sur la sécurité des médicaments.

En fait, c'était en réaction à un rapport publié par le précédent vérificateur général. Selon ce rapport, la population que nous servons avait largement accès à des médicaments entraînant des problèmes de dépendance. On y parlait aussi d'un problème de dédoublement d'ordonnances. Nous avons mis en oeuvre plusieurs mesures au cours des dernières années pour tenter de contenir ce problème, qui ne touche pas uniquement la population que nous servons dans l'ensemble du pays. Le profil est très différent d'une province ou d'un territoire à l'autre. Le fait que notre programme est national et que nous avons des clients dans chacune des régions du pays nous permet de voir comment les choses évoluent. C'est fortement relié au mode de prescription utilisé par les médecins.

Par contre, je dirais de façon générale que la dernière décennie a produit un environnement où les gens sont exposés à des médicaments pouvant créer des problèmes de dépendance. Nous avons mis en oeuvre des mesures de contrôle. Le Programme des services de santé non assurés a été l'un des premiers à retirer certains médicaments de la liste et à établir des doses limites. Pour tenter de contenir le problème, nous prenons contact avec le médecin qui a prescrit le médicament et nous l'informons des inquiétudes que suscite le dosage. Ce n'est pas vraiment une question de gestion des coûts, mais plutôt une question de sécurité pour le patient.

M. Ramez Ayoub: Merci, monsieur le président, pour le temps supplémentaire que vous nous avez alloué.

[Traduction]

Le vice-président (M. Len Webber): Je vous traite tous très bien.

Passons à Mme Harder. Vous avez cinq minutes.

Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC): Ma question s'adresse à M. Ferguson.

Au point 9 du rapport sommaire que vous nous avez présenté, il me semble que vous nous avertissez, en lançant un programme d'assurance-médicaments, de tenir compte de la prestation du programme et des prestataires au lieu de nous concentrer uniquement sur le processus.

Je voudrais que vous nous donniez votre opinion sur deux ou trois choses. D'abord, quelles données nous faut-il pour instaurer un programme national d'assurance-médicaments de manière éclairée sur un modèle qui sera efficace, et non encombrant?

Ensuite, combien coûterait l'établissement d'un programme d'assurance-médicaments?

Et enfin, quelles répercussions la création d'un programme d'assurance-médicaments aurait-elle sur la notion de choix?

● (0955)

M. Michael Ferguson: Je ne suis pas sûr d'être en mesure de répondre à plusieurs de ces questions, mais je peux m'étendre sur l'observation que je vous ai faite pendant mon allocution.

Je le répète, nous nous heurtons à ce problème dans de nombreux audits. Certains programmes se concentrent sur le processus au lieu d'être axés sur les personnes.

J'essayais simplement de vous dire que si vous décidez d'aller de l'avant, tenez bien compte du point de vue des prestataires de ce programme. Il ne s'agira pas simplement d'affirmer que les gens désirent ce type de programme. C'est probablement vrai, mais qu'en sera le coût? Comment le financerez-vous? Quelles compensations aurons-nous pour cela? À mon avis, il est important de bien comprendre cette information. Il est aussi important de comprendre les étapes du processus, mais il faut les comprendre du point de vue des répercussions qu'elles auront sur les prestataires du programme.

Je ne peux pas vous mentionner les détails de tous les types de données. Avec les renseignements que vous ont donnés les témoins de Santé Canada et d'Anciens Combattants, en faisant un calcul rapide, vous trouverez qu'il en a un assez grand nombre. Mais les coûts seront probablement compensés par le fait qu'il existe déjà différents programmes en cours dans ce domaine. S'ils ne sont pas indispensables, serait-il possible d'économiser un peu en les éliminant?

Ensuite, il faudra faire très attention au fait que l'augmentation des coûts ne proviendra pas uniquement de celle de l'indice ordinaire des prix à la consommation ou autre. Il sera aussi important de comprendre que l'inflation du domaine de la santé est bien plus forte que celle de tout autre domaine; tout gouvernement qui lance des initiatives de cette envergure devrait comprendre cela. Il faudra aussi comprendre comment aborder ces pressions financières à l'avenir.

Mme Rachael Harder: Merci beaucoup.

Ma question suivante s'adresse encore à vous. Elle a trait au problème, ou à la crise des opioïdes qui vient de se manifester. Vous l'avez brièvement mentionnée dans votre allocution. Vous avez souligné l'importance d'en assumer la responsabilité, en ajoutant que ce problème avait évolué sans surveillance pendant bien trop longtemps. Si nous instaurons un programme national d'assurance-médicaments, quelle responsabilisation faudra-t-il établir pour éviter la consommation abusive de produits pharmaceutiques?

M. Michael Ferguson: Je vais peut-être vous répondre en parlant de l'utilisation de la marijuana à des fins médicales dont nous parlons dans l'audit mené sur Anciens Combattants Canada. Nous en avons déjà discuté un peu ce matin.

La compréhension de certaines pratiques de prescription... Les témoins de Santé Canada ont parlé de certaines situations où la prescription de marijuana ne convenait pas vraiment, comme celle des gens atteints du trouble bipolaire ou de dépression. Je crois que vous avez dit qu'environ 300 anciens combattants avaient reçu une ordonnance d'antidépresseurs et de marijuana médicale. Il est évident que cette prescription manque de cohérence.

De même, en menant un audit une année, nous avons remarqué que 29 % des ordonnances de marijuana médicale provenaient d'un seul médecin.

La compréhension de cet usage, de l'usage incompatible de médicaments et même, parfois, de certaines pratiques de prescription, tout cela doit être assujéti à une stricte surveillance dans ce type de programme.

Mme Rachael Harder: Merci.

Le vice-président (M. Len Webber): Nous passons la parole à M. Eyolfson.

Vous avez cinq minutes au plus.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): Merci à tous d'être venus. J'avais déjà rencontré quelques-uns d'entre vous. Je siège aussi au comité sur les anciens

combattants, alors j'avais déjà entendu certains de vos témoignages. Ma question s'adresse à M. Doiron.

• (1000)

En décrivant la façon d'approuver les médicaments couverts par Anciens Combattants, vous avez dit qu'ils devaient viser une blessure ou une maladie liée au service. Nous avons ensuite parlé de santé mentale. Est-ce que les anciens combattants atteints de troubles mentaux graves doivent prouver que ces troubles sont liés au service pour qu'Anciens Combattants couvre leurs frais de traitement?

M. Michel Doiron: Merci d'avoir posé cette question.

Dans le cadre des services de santé mentale qu'il fournit, le ministère des Anciens Combattants reconnaît que les soldats se trouvent dans des situations très difficiles qui produisent souvent des troubles de santé mentale. Nous soutenons beaucoup ces problèmes par nos programmes et par des médicaments. S'il semble y avoir un lien quelconque, même minime, à un type quelconque de service ou à une zone de service spécial, comme nous les appelons, le ministère assume les coûts de ce trouble de santé mentale.

M. Doug Eyolfson: Je vois, merci.

Si un ancien combattant avait des antécédents de santé mentale avant d'entrer en service, sa demande risque-t-elle d'être rejetée? Savez-vous si cela se produit?

M. Michel Doiron: On rejette leur demande si rien ne prouve que leur trouble est lié au service, s'ils n'ont jamais servi dans une zone de service spécial ou autre. Mais nous ne rejetons pas leurs demandes parce qu'ils ont des antécédents de santé mentale. Lorsqu'ils entrent dans les forces, ils sont considérés comme étant en bonne santé. Nous les envoyons dans des situations dangereuses et, s'il leur arrive quelque chose, nous prenons soin d'eux, antécédents ou non.

M. Doug Eyolfson: D'accord. Merci.

M. Michel Doiron: J'ajouterais que même si leur trouble n'est pas lié au service — je vous offre un petit supplément — nous avons des programmes qui donnent 20 séances de traitement chez un psychologue. Nous payons ce programme, que le trouble soit lié au service ou non. Même si son trouble n'est pas lié au service, nous nous occupons de cet ancien combattant.

M. Doug Eyolfson: C'est bon à savoir. Merci.

En ce qui concerne ce que M. Oliver nous a dit au sujet des contrats d'administration du programme conclus avec la Croix bleue, pourriez-vous nous dire ce que vous pensez que sont les avantages et les inconvénients de ces engagements contractuels d'un tiers, au lieu de confier cette administration aux employés de l'interne?

M. Michel Doiron: Merci d'avoir posé cette question.

L'un des avantages de la Croix bleue Medavie est que cet organisme est expert en prestation et en administration des soins de santé. Il possède une expertise que le ministère n'a pas ou qu'il est très difficile de maintenir. C'est pourquoi nous achetons ses services administratifs; ce n'est pas toujours la partie de plus grande valeur — l'élément d'argent est toujours important, mais la contribution l'est plus encore. Nous avons engagé un pharmacien et un médecin pour faire de la bonne surveillance, comme l'avait recommandé le BVG, mais dans le cas des petites tâches comme les comptes, les versements et le paiement des pharmacies, il est plus rentable d'engager une entreprise comme celle-ci. La Croix bleue Medavie n'est pas uniquement une entreprise, c'est notre fournisseur.

En outre, elle entretient des relations avec toutes les pharmacies du pays. Elle a des portails par lesquels les pharmaciens nous envoient leurs factures non plus papier, mais électroniques, et cela permet à Medavie de vérifier s'il y a des dédoublements. Ce sont des tâches que nous ne pouvions pas accomplir. Je crois que c'était beaucoup plus rentable de confier l'administration à un tiers.

M. Doug Eyolfson: Très bien, merci.

Ma dernière question s'adresse à M. Perron. Si nous créons un programme national d'assurance-médicaments, pensez-vous qu'il serait avantageux de faire administrer les besoins des Premières Nations en matière de soins de santé par un même organisme commun, ou serait-il plus avantageux de continuer à administrer leur assurance-médicaments par l'entremise du Programme des services de santé non assurés?

M. Sony Perron: C'est une question provocante. Je vais essayer de me triturer les méninges pour y répondre.

Je vous dirai que certains segments de la population ont des besoins très spéciaux. Quel que soit le modèle utilisé — et je crois que nos collègues d'Anciens Combattants l'ont déjà dit —, il faudra conserver une marge de manoeuvre pour ajuster la liste des médicaments et la façon de servir certains segments de la population.

Je crois qu'il faudra bien examiner et ajuster ce désir de laisser les Premières Nations et les Inuits prendre leurs programmes en main. Par exemple, nous menons un examen conjoint du Programme des services de santé non assurés avec l'Assemblée des Premières nations pour définir leur point de vue non seulement sur les produits pharmaceutiques, mais sur les services de tous les domaines, afin d'adapter le programme et d'aborder un problème systémique qu'ils pourraient avoir dans une région ou au sujet d'un service.

Je crois que nous ne devrions pas perdre la possibilité de faire participer les Premières nations à ce programme. C'est tout ce que je peux vous répondre.

Je vous dirai qu'un des problèmes systémiques auxquels nous faisons face est le fait qu'il s'agisse d'un programme national. Nous le menons dans 13 régions. Il arrive souvent que des clients se plaignent d'avoir de la difficulté à obtenir des produits ou des services dans une province parce que tout d'un coup, les dirigeants du régime provincial décident de commencer à les couvrir, et les autres clients veulent qu'on les sorte de la catégorie des services non assurés.

Il reste bien du chemin à faire. Le manque de cohérence entre les listes de médicaments assurés des provinces et des territoires rendent la vie difficile aux clients qui essaient d'accéder à notre programme. Il nous est très difficile de surveiller cela, parce qu'en fin de compte, nous voulons faciliter l'accès aux médicaments dont les clients ont besoin.

Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question...

•(1005)

M. Doug Eyolfson: Oui, en fait vous y avez très bien répondu.

M. Sony Perron: ...mais à mon avis, il faudra maintenir un élément d'adaptation, quel que soit le modèle utilisé.

M. Doug Eyolfson: C'est sûr. Merci.

Je vous remercie de votre indulgence, monsieur le président.

Le vice-président (M. Len Webber): Je vous en prie.

Nous allons passer à M. Davies.

Vous avez trois minutes. Merci.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Je voudrais poursuivre la discussion sur la marijuana médicinale.

Monsieur Doiron, vous avez dit que vous n'utilisez pas d'ordonnances, mais des « scripts ». Quelle différence y a-t-il entre une ordonnance et un script?

M. Michel Doiron: En fait, j'aurais dû dire une « autorisation ». Je dis toujours script, mais le bon terme est une autorisation.

Certains membres de votre comité sont médecins, alors ils me corrigeront si je me trompe, mais une ordonnance sert à faire référence à certains critères. Par exemple, si le patient a une pneumonie, vous lui donnerez de la pénicilline — une certaine dose par jour pendant sept jours. On ne peut pas faire cela avec la marijuana.

Le médecin inscrit l'autorisation sur une feuille d'ordonnance, mais il écrit qu'il autorise son client à recevoir trois grammes par jour. Ce n'est pas une ordonnance, parce que dans le monde pharmaceutique, ce n'est pas un médicament homologué. Comme la marijuana ne tombe pas dans cette catégorie, on ne peut pas l'inscrire sur une ordonnance.

La feuille de papier est généralement la même, ce n'est pas un problème. La différence réside dans la terminologie.

M. Don Davies: Je comprends cela, alors je ne vais pas rentrer dans les détails techniques.

Le fait est que la Cour suprême a accordé aux Canadiens le droit d'obtenir de la marijuana à des fins médicales. Les médecins rédigent — je ne saurais pas comment l'appeler autrement — une ordonnance pour de la marijuana médicinale sur du papier d'ordonnance.

Anciens Combattants Canada assure et paie la marijuana à consommer pour traiter certains troubles. Elle s'est avérée très efficace contre le stress post-traumatique en particulier. J'ai appris cela en discutant avec quelques anciens combattants. Cela explique l'explosion de cette consommation chez les anciens combattants, notamment ceux qui souffrent de stress post-traumatique.

Alors ma question s'adresse à Santé Canada. Santé Canada, qui fait partie du gouvernement, n'approuve pas la consommation de marijuana médicinale chez les gens des Premières Nations et chez les Inuits. Pourquoi faites-vous cette différence?

M. Sony Perron: C'est à cause du mandat du programme, qui est d'assurer les médicaments d'ordonnance. Nous avons examiné les demandes — nous avons reçu de nombreuses demandes à ce propos ces dernières années —, mais la marijuana ne fait pas partie des médicaments d'ordonnance. Cela n'empêche pas les clients d'obtenir ce produit chez eux, mais pour le moment, nous n'avons pas le pouvoir de couvrir ce produit, de dépenser de l'argent pour ce produit.

M. Don Davies: Les communautés des Premières Nations et des Inuits insistent-elles pour que vous l'assuriez comme on le fait pour les anciens combattants?

M. Michel Doiron: Nous avons reçu des demandes. Je ne peux pas vous citer de volumes. Peut-être que Scott pourrait nous donner...

M. Scott Doidge: Il n'y en a pas tant que cela. Nous n'en recevons que très peu. Il s'agit plutôt de demandes de renseignements que de demandes de produits.

M. Don Davies: Je comprends.

Je vais vous demander à tous — il ne me reste que très peu de temps — de nous dire ce que vous nous conseilleriez. Si le Canada décidait d'instaurer un système d'assurance-médicaments qui sert tous les Canadiens à partir d'une liste très étendue de médicaments, du point de vue de votre propre expérience dans ce domaine, quels seraient les principaux conseils que vous donneriez à notre comité?

Je vais peut-être commencer par vous, monsieur Doiron.

Le vice-président (M. Len Webber): Excusez-moi, monsieur Davies, votre temps de parole est écoulé. Mais j'ai le plaisir de vous dire que j'ai le consentement unanime des députés autour de la table de donner cinq minutes de plus à chaque parti, alors nous allons vous donner la parole en premier.

Donc vous avez cinq minutes de plus.

M. Don Davies: Fantastique, merci.

Monsieur Doiron.

M. Michel Doiron: Je crois que nous avons tiré plusieurs leçons. Ce que je vous recommanderais, c'est d'assurer une bonne surveillance. Nous avons appris à éviter les contrecoups. Mon autre recommandation serait de fonder le système sur des données probantes afin que tout ce que vous produisez repose sur de bonnes preuves. Je crois que le BVG a mentionné cela; à mon avis, c'est important. Il faut aussi comprendre d'où viennent les coûts, ce qui les cause, afin d'essayer de les réduire.

Il y a une autre chose. De plus en plus, au ministère, nous préférons avancer avec prudence. Quand nous commençons à distribuer les ordonnances et les autorisations et autre, nous procédons avec prudence et à des niveaux peu élevés. Je crois que la marijuana nous a pris par surprise. Nous avons réagi très lentement au changement des règlements. Nous avons commencé par autoriser deux ou trois grammes par jour à 100 anciens combattants, et un an ou un an et demi plus tard, 3 000 anciens combattants en consommaient.

Voilà ce que je ferais. Assurez-vous d'avoir les données, les preuves, et surveillez bien la source des coûts.

• (1010)

M. Don Davies: Merci.

Monsieur Perron ou monsieur Doidge.

M. Sony Perron: Je vous recommanderais de gérer la liste des médicaments avec beaucoup de prudence et d'obtenir les données probantes. C'est la base de la gestion du programme. Il vous sera toujours difficile de répondre aux attentes de tous, mais il faut se concentrer avec rigueur sur les preuves scientifiques qui soutiennent la rentabilité et l'efficacité relative des différents produits. À mon avis, c'est fondamental. Que le régime serve une région, des employés ou un groupe, c'est fondamental.

M. Don Davies: Monsieur Ferguson, qu'en pensez-vous?

M. Michael Ferguson: À mon avis, ils ont tous deux mentionné les recommandations de notre audit en parlant de l'importance des

données probantes et de la surveillance et de ce genre de choses. C'est crucial pendant la conception du programme. Mais avant cela, il faut bien définir la demande. Une fois que vous aurez changé le modèle en profondeur, à quel genre de demandes vous attendez-vous de la part des citoyens? À combien estimez-vous les coûts? Quel sera le taux d'inflation? Qu'arrivera-t-il lorsqu'un nouveau médicament extraordinaire coûtant 1 million de dollars par année apparaîtra sur le marché? Comment gérerez-vous tous ces facteurs si de très nombreux clients le demandent?

À mon avis, il faut faire attention à deux aspects. Il faut comprendre la mécanique de gestion de ce genre de programme, et il faut soigneusement examiner le programme à établir; il ne sera pas exactement comme ceux qu'offrent Santé Canada et Anciens Combattants Canada. Il devra probablement répondre à des attentes différentes. Je crois que vous devrez aussi bien définir ces attentes, les effets qu'elles auront sur votre programme et le degré de satisfaction des personnes qui essaient d'y accéder.

M. Don Davies: Ces conseils sont très sages. Mais je dois avouer que nous faisons face aujourd'hui à ces mêmes enjeux exactement. Tous les régimes d'assurance, qu'ils soient privés ou gouvernementaux, font face aux enjeux que vous mentionnez.

M. Michael Ferguson: Nous faisons face exactement à ces enjeux aujourd'hui, mais évidemment que quand vous les insérez dans un programme, vous n'avez qu'un endroit à partir duquel aborder ces enjeux. Vous avez raison, ce sont les mêmes problèmes que ceux d'aujourd'hui, mais le gouvernement fédéral ne fait pas face à ces problèmes aujourd'hui. Certains ministères les abordent, mais très peu. Quand le gouvernement fédéral abordera ces problèmes, il devra comprendre en quoi ils consistent.

M. Don Davies: Je comprends. Merci.

Ma dernière question a trait aux Premières Nations et aux Inuits. Au cours de ces six derniers mois, nous avons entendu parler de problèmes dans la prestation des soins de santé aux Premières Nations, particulièrement aux enfants. Certains médecins nous ont dit — et l'ont dénoncé en public — qu'ils se heurtaient à des obstacles quand ils voulaient fournir certains traitements et médicaments à des patients des Premières Nations et que les — disons les non-Autochtones — ne se heurtent pas à ces obstacles.

Monsieur Perron, avez-vous des observations à ce sujet?

M. Sony Perron: Oui. Je ne peux pas parler pour eux tous, mais je crois que ces obstacles proviennent du fait que notre ministère exige que les médecins traitants nous indiquent pour quelles raisons ils rédigent ces ordonnances. Cela provient de la recommandation de l'ACMTS selon laquelle un produit ne devrait être utilisé que pour une thérapie de deuxième ou de troisième intention ou seulement si le patient est allergique à ce genre de produit.

Dans notre rôle de payeur, nous devons nous adresser au médecin traitant pour lui dire que telle pharmacie nous a transmis son autorisation et que nous voulons savoir pour quelle raison il a choisi ce produit; était-ce parce que son patient avait déjà essayé la thérapie de première ou de deuxième intention, ou parce que le patient a un problème d'allergie? Ce sont les critères sur lesquels nous sommes tenus de poser ces questions aux médecins.

• (1015)

M. Don Davies: Mais êtes-vous convaincu qu'il n'y a pas d'interférence avec le traitement?

M. Sony Perron: Si la réponse du médecin correspond aux critères, nous autorisons le traitement. Sinon, nous lui demandons pourquoi il n'essaie pas le traitement de première et deuxième intention.

Les médecins sont des gens occupés. Ils veulent aider leurs patients et ils peuvent parfois estimer que nous exerçons une pression sur eux, mais tous les régimes au Canada ont un certain niveau, je dirais, d'utilisation limitée qui oblige à appeler le médecin pour demander des preuves.

Comme je l'ai déjà dit, c'est un petit pourcentage. Quatre-vingt-seize pour cent des demandes de remboursement de médicaments que nous recevons sont payées à la pharmacie. Les patients se présentent à leur pharmacie, les pharmaciens remplissent l'ordonnance et nous envoient la facture, et le client part avec les médicaments. C'est 96 %.

Il y a un petit pourcentage. Nous essayons de trouver des moyens de changer notre statut ou d'affiner nos critères pour éviter d'avoir à recommuniquer avec le médecin, mais c'est parfois une question de sécurité du patient. Nous communiquons avec le médecin pour lui demander d'expliquer ce qui nous paraît être un problème. Il pourrait y avoir des contre-indications entre les deux ordonnances du patient. Nous avons l'information. Il serait irresponsable de ne pas donner suite.

La plupart du temps, nous obtenons une réponse et nous réglons la question en une demi-journée, car tout cela se fait par voie électronique entre la pharmacie, notre centre des exceptions pour médicaments et le cabinet du médecin et nous essayons d'accélérer le processus. Depuis quelque temps, nous portons une plus grande attention aux enfants, car nous voulons nous assurer que nos règles sont à jour dans ce domaine qui nous paraît sensible.

Il y a également le fait que nous fonctionnons dans 13 provinces et territoires et que certaines provinces utilisent des processus différents, ce qui est parfois un peu déroutant pour les gens sur le terrain. C'est que le régime provincial couvre la plupart de leurs clients, par exemple, et que nous allons couvrir un cas isolé. Or, les gens ne sont pas bien informés au sujet de nos processus.

C'est un des problèmes associés à un régime très vaste réparti dans tout le pays. Nous sommes petits partout et nous ne pouvons donc pas vraiment influencer la pratique. Nous devons apprendre tout le temps.

Il y a eu récemment un problème dans une province au sujet d'un produit. Des gens se sont plaints que nous refusions de le rembourser. Ce n'était que dans cette province parce que le régime provincial avait commencé soudainement à le rembourser et les médecins à le prescrire et nous n'avions pas suivi. Nous essayons au maximum de nous tenir au courant des changements dans les formulaires provinciaux pour pouvoir en tenir compte dans notre administration des produits.

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

Je dois vous interrompre, monsieur Davies.

Nous allons passer à Mme Sidhu. Vous avez cinq minutes.

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

Merci à tous les témoins de leurs présentations.

J'aimerais partager mon temps avec John.

Ma question s'adresse à Anciens Combattants Canada. Quelle mesure le ministère doit-il prendre pour améliorer sa surveillance de

l'utilisation des médicaments afin que les anciens combattants aient un meilleur accès aux services appropriés?

M. Michel Doiron: Merci de cette question.

Nous avons pris des mesures. Je pense que le problème à Anciens Combattants Canada n'est pas d'avoir plus de services. Je veux être bien clair. Je pense que les anciens combattants peuvent obtenir les médicaments dont ils ont besoin s'ils sont prescrits par un médecin traitant. Nos processus sont assez rapides tant qu'ils sont liés au service ou que les critères sont respectés.

Nous devons en effet prendre des mesures, et nous le faisons, pour améliorer la surveillance et la gestion de nos formulaires pour que les anciens combattants aient le bon médicament au bon moment. Cela fait partie de ce qui a été souligné par le Bureau du vérificateur général et nous nous sommes engagés à agir. Notre objectif est de terminer la plus grande partie d'ici la fin de l'exercice financier.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, nous avons engagé un pharmacien, et ce pharmacien, un professionnel des médicaments, examine le formulaire et s'assure que c'est le bon médicament et qu'il n'y a pas de contre-indications. Bon nombre des points soulevés par M. Perron y sont réglés. Ce comité est maintenant également présidé par un médecin, un médecin qui comprend ce qu'un autre médecin peut avoir prescrit et pourquoi.

Nous nous intéressons beaucoup également, si je puis dire, au domaine des opioïdes et des benzodiazépines pour nous assurer qu'à mesure que nous approfondirons cette question, nous ne créons pas des problèmes sur le terrain que d'autres professionnels de la santé doivent...

Le troisième et le dernier serait la marijuana, les politiques de remboursement publiées il y a quelques semaines pour la marijuana. Il y a beaucoup plus de surveillance dans ce domaine et une association plus étroite avec les différents intervenants de l'industrie.

Je tiens à souligner que les anciens combattants peuvent obtenir rapidement leurs médicaments, ce qui est très bien tant qu'ils sont liés au service ou qu'ils respectent un des critères. Une grande partie du travail que nous faisons actuellement consiste à veiller à ce que nos programmes soient bien gérés et répondent aux besoins.

• (1020)

Mme Sonia Sidhu: J'ai posé la question, car j'ai participé à une table ronde avec des anciens combattants où on a parlé d'un certain nombre de choses. Pouvez-vous me dire quels sont les délais en matière de santé mentale, combien de temps il faut pour accéder aux traitements ou quels sont tous les papiers à remplir?

M. Michel Doiron: En ce qui concerne la santé mentale, le ministère offre une gamme incroyable de services. Nous avons plus de 4 000 praticiens en santé mentale d'un océan à l'autre qui ont un contrat avec nous. Si un ancien combattant a besoin d'aide et si nous n'avons pas de clinique pour TSO à cet endroit, il peut obtenir les services.

Il faut savoir que nos programmes sont fondés sur les besoins et sur le lien avec le service. Les critères d'admissibilité sont très complexes et nous essayons de les simplifier, mais en général, ce sont ces deux points. Toute une série de services sont disponibles. Nous payons pour les psychologues et les psychiatres. En fait, nous payons les provinces pour qu'elles administrent nos cliniques pour TSO qui sont consacrées à nos hommes et femmes en uniforme et aux membres de la GRC, qui peuvent y obtenir leurs services.

Y a-t-il un temps d'attente? Oui, il arrive que dans une clinique, il faille attendre une semaine ou 15 jours pour voir un psychologue. Si vous essayez de voir un psychologue dans de nombreuses régions du pays... Je sais que dans certaines provinces, les psychiatres sont rares et il faut attendre un an pour en voir un. Avec nous, c'est environ 15 jours. Certains anciens combattants pensent que 15 jours c'est trop long.

Mais en cas de crise, le service est immédiat. Nous travaillons avec les hôpitaux, avec les médecins, avec les professionnels.

Je pense que ce dont ils parlent c'est que lorsqu'ils déposent une plainte auprès de nous, tout le processus de règlement dont j'ai parlé tout à l'heure... Nous les admettons rapidement pour le SSPT, mais l'ensemble du processus prend 16 ou 17 semaines. Ils ont besoin d'un diagnostic. Nous ne sommes pas des médecins. Un médecin doit dire « Vous avez le SSPT » ou « Vous avez un genou abîmé ». Nous couvrons tout.

Le BVG a effectivement parlé des délais et nous essayons d'accélérer les choses. Je crois, sans avoir assisté à cette table ronde, que certaines observations sur les délais ne portent pas tant sur le traitement que sur le processus de règlement associé au traitement, mais aussi aux indemnités et aux pensions d'invalidité et d'autres services. Je sais qu'il existe un réel mécontentement chez les anciens combattants face à ces délais.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Le vice-président (M. Len Webber): Je suis désolé. Vous n'avez plus le temps.

Nous devons passer à Mme Harder. Vous avez cinq minutes.

Mme Rachael Harder: Merci.

Je vais partager mon temps avec mon collègue.

J'ai deux questions, une pour le ministère de la Santé et une pour le ministère des Anciens Combattants. C'est la même question, à savoir quels sont les principaux facteurs de coûts dans votre ministère en matière de couverture pharmaceutique?

Nous pouvons peut-être commencer par M. Doidge

M. Scott Doidge: D'accord. Notre taux de croissance projeté pour l'exercice actuel est d'environ 8,3 % pour les prestations pharmaceutiques, ce qui est une hausse par rapport aux années précédentes où le taux était nettement plus bas.

Dans notre régime, l'un des principaux facteurs de hausse est l'arrivée constante de nouveaux clients ayant accès aux prestations. La croissance démographique chez les Premières Nations et chez les Inuits est près du double du taux de croissance canadien, de sorte que nous avons un fort effet population sous-jacent.

Nous avons actuellement une forte croissance dans la couverture des médicaments contre l'hépatite C. La hausse est d'environ 30 %. Les thérapies pour la dépendance aux opioïdes — comme la buprénorphine sous la marque Suboxone, ou la méthadone — sont en nette hausse, tout comme les médicaments biologiques — les médicaments contre la polyarthrite rhumatoïde, la maladie de Crohn — comme Sony l'a mentionné dans ses remarques liminaires.

Avec la chimiothérapie par voie orale, nous constatons une évolution de la chimiothérapie à l'hôpital vers des médicaments sous forme de comprimés que nous avons à rembourser et donc une croissance importante de nos paiements pour la chimiothérapie par voie orale. En ce qui concerne les maladies infectieuses comme les médicaments contre le VIH/sida, à mesure que de plus en plus de clients sont diagnostiqués, ils prennent des médicaments qui peuvent coûter de 10 000 à 15 000 \$ par an.

Ce sont des exemples de nouvelles augmentations des coûts.

• (1025)

Mme Rachael Harder: Merci beaucoup.

M. Sony Perron: J'aimerais ajouter que du point de vue de la santé publique, le fait que les gens aient accès à ces médicaments, soient traités et guéris est une très bonne nouvelle. Mais cela a un coût.

Mme Rachael Harder: C'est une bonne remarque.

Merci beaucoup.

J'ai la même question pour Anciens Combattants.

M. Michel Doiron: Merci de votre question.

M. Doidge a soulevé certains points qui sont semblables, mais d'autres sont un peu différents, car pour nous, c'est une question de changement démographique.

Pendant longtemps, Anciens Combattants Canada avait une cohorte d'anciens combattants âgés, mais depuis la guerre en Afghanistan et certaines missions de maintien de la paix avant cela, l'âge moyen de nos anciens combattants a baissé et leurs besoins ont changé.

Les nouveaux anciens combattants plus jeunes ont des blessures différentes et les médicaments utilisés pour traiter ces nouvelles blessures sont beaucoup plus coûteux que les médicaments traditionnels que nous utilisions auparavant.

Un grand nombre des changements... Bien que leur nombre ait baissé — nous avions plus de 700 000 anciens combattants et nous en avons maintenant environ 670 000 — leurs besoins sont plus complexes, les médicaments qu'ils utilisent sont différents et les coûts de ces médicaments sont en hausse. Comme je l'ai dit, certaines des blessures et maladies que nous voyons sont beaucoup plus complexes que celles des anciens combattants précédents.

Mme Rachael Harder: Merci.

M. Colin Carrie: Merci beaucoup.

J'aimerais parler un peu des coûts et du coût de passer à un système à payeur unique. Ce qui m'inquiète, c'est que cette étude se poursuit, mais il semble que nos données soient insuffisantes. Ce sont des données anciennes et d'un point de vue pratique, il y a également la complexité de la couverture fédérale, de la couverture provinciale et de la couverture privée.

Apparemment, 24 millions de Canadiens ont une couverture privée dans le cadre de leur travail. Si le gouvernement prend une décision qui va obliger 24 millions de Canadiens à prendre la couverture du gouvernement — et dans certains cas, on nous a dit qu'elle pourrait être inférieure et ne pas couvrir les médicaments qu'un régime privé couvrirait — quel sera l'effet sur notre population du point de vue des résultats, avec tout le bataclan?

Je n'ai pas beaucoup de temps, mais ce que j'aimerais demander au vérificateur général, M. Ferguson... La prestation des soins de santé relève plutôt de la compétence provinciale et territoriale. Une estimation prudente des coûts du programme serait environ 35 milliards de dollars. Avez-vous la compétence pour vérifier un programme provincial et territorial et, selon vous, combien en coûterait-il à votre ministère pour vérifier quelque chose de cette envergure du point de vue du processus?

M. Michael Ferguson: S'il s'agissait d'un programme national géré par le gouvernement fédéral, il relèverait de notre mandat. Bien entendu, si nous devons vérifier un programme additionnel très important, cela aurait un certain impact sur nous, mais nous avons ce pouvoir.

Pour ce qui est de vérifier la structure du système, nous effectuons déjà des vérifications dans les trois territoires du Nord. Nous avons accès à ce qui se passe dans les territoires et à ce qui se passe au niveau fédéral. Avec les provinces, nous devrions faire intervenir les vérificateurs provinciaux, mais ce serait en fonction de la structure telle qu'elle existe maintenant.

Si la structure était un programme national géré par le gouvernement fédéral, nous pourrions le vérifier. S'il s'agissait d'un programme national auquel toutes les provinces et tous les territoires seraient parties prenantes, comme on le voit avec la Société canadienne du sang et autres choses du genre, il faudrait savoir si nous y aurions accès ou pas. Cela devrait être clarifié dans la façon dont l'organisation serait établie.

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

Une dernière question, pendant cinq minutes, de M. Oliver.

M. John Oliver: Merci beaucoup.

Je voulais revenir aux recommandations du vérificateur général visant à s'assurer que le programme est axé sur le patient et pour son bien. Supposons que nous ayons un formulaire robuste fondé sur des données probantes et que nous ayons de bonnes stratégies de gestion des coûts dans ce formulaire. Dans le reste du système de soins de santé, la relation principale se situe entre un soignant, habituellement un médecin ou une infirmière praticienne — mais il pourrait s'agir de quelqu'un d'autre — et le patient. La relation médecin-patient permet l'accès aux services hospitaliers et aux spécialistes et c'est ainsi que notre système actuel reste axé sur le patient. La relation principale est centrée sur le patient.

En ce qui concerne le régime national d'assurance-médicaments, voyez-vous un modèle où cette relation demeure s'agissant des ordonnances? Voyez-vous une superposition bureaucratique qui viendrait s'ingérer entre un médecin et un patient au moment de faire une ordonnance?

Par exemple, j'ai entendu Anciens Combattants Canada dire qu'un ancien combattant doit faire la preuve qu'un médicament moins coûteux ne fonctionne pas. Il semble qu'il y ait un processus administratif qui teste si un produit générique est aussi efficace que le médicament d'origine. Je dirais que c'est probablement une décision importante qui est prise entre le patient et le médecin, sans qu'il y ait d'intervention bureaucratique.

● (1030)

M. Michel Doiron: Merci de cette question.

Dans notre cas, la relation entre le médecin et le patient est essentielle. Cela dit, un médecin peut prescrire un médicament alors qu'il en existe un générique qui coûte moins cher et a les mêmes attributs. À moins d'une preuve contraire, on utilise le générique. Avec des soins de santé nationaux — et je n'y avais jamais vraiment réfléchi et je vais donc être prudent — je continue de penser que ce serait encore le cas pour obtenir le coût le plus avantageux. Par conséquent, on utilise le générique d'abord et s'il ne fonctionne pas, on passe au deuxième ou troisième ordre et on utilise ce qu'il y a de mieux. Je pense que c'est ce dont parlaient mes collègues auparavant. Il y a la même chose pour les Autochtones.

Je pense que tout système de soins de santé, et même pour les médicaments, l'essentiel est la relation entre le médecin et la personne. En arrivant à la pharmacie, il faut des contrôles pour s'assurer que s'il existe quelque chose de plus rentable... surtout si nous parlons de 35 milliards de dollars par an.

M. John Oliver: C'est un bon exemple. J'allais justement revenir sur la question des génériques. Par exemple, dans le régime du gouvernement du Canada, j'ai une ordonnance dans laquelle mon médecin écrit le nom de la marque. Je paie plus cher à la pharmacie alors que si j'ai le générique, je paie moins. C'est donc finalement le choix du consommateur. Tant que le médecin me confirme qu'ils sont équivalents, c'est à moi de décider sur la question du coût.

Estimez-vous que l'introduction des génériques au Canada se passe bien en général? À mesure que la protection des brevets prend fin et que les génériques arrivent, existe-t-il des processus adéquats et ces médicaments sont-ils introduits efficacement à Santé Canada?

M. Sony Perron: Nous avons pris des mesures vigoureuses concernant l'avantage financier de mettre en œuvre des génériques et leur paiement en premier, comme option. Pour répondre à votre question, la technologie peut apporter une partie de la solution que vous recherchez. Il n'est pas nécessaire d'avoir un régime ou une personne entre le médecin, le patient et le pharmacien. La technologie peut faire beaucoup.

J'ai dit tout à l'heure que 96 % de nos demandes sont traitées directement et qu'un grand nombre de contrôles sont intégrés à la technologie. Nous pouvons aller plus loin. Que ce soit un régime national ou local, nous pouvons faire appel à plus de technologie pour que lorsque le médecin prescrit un médicament, il ait déjà les critères à sa disposition et puisse expliquer pourquoi il est préférable d'utiliser la thérapie de deuxième intention immédiatement, ou tout autre type d'information nécessaire.

Nous pouvons simplifier la vie du médecin, du patient, du pharmacien et de l'administrateur du régime. Il y a là un potentiel et je pense que nous faisons des progrès.

M. John Oliver: Cette efficacité est très importante. L'Association des pharmaciens nous a dit qu'il existe des centaines d'assureurs privés tiers. Chaque fois qu'un patient arrive avec une ordonnance, il faut passer par des centaines de processus, des régimes différents, des pourcentages différents, des quotes-parts différentes. C'est un système incroyablement complexe, sans parler de ceux qui ne peuvent pas payer les médicaments. Ils ne se présentent même pas à la pharmacie parce qu'ils ne peuvent pas se permettre d'acheter les médicaments ou s'ils le font, ils en gardent une partie pour la prochaine fois qu'ils tombent malades. Il y a des tonnes et des tonnes d'avantages évidents pour adopter un modèle national d'assurance-médicaments.

• (1035)

Le vice-président (M. Len Webber): Merci, monsieur Oliver. Votre temps est écoulé et notre série de questions est terminée.

J'aimerais remercier tous nos témoins du ministère de la Santé, du Bureau du vérificateur général et de l'Île-du-Prince-Édouard, nos amis d'Anciens Combattants Canada. Merci sincèrement. Rentrez bien.

M. Michel Doiron: Merci beaucoup, monsieur le président.

M. Colin Carrie: Pourrions-nous avoir un consentement unanime pour nous occuper de certains travaux du comité avant de terminer, ou peut-être après la prochaine réunion si nous ne pouvons pas obtenir le consentement unanime?

Le vice-président (M. Len Webber): Étant donné que ce n'est pas à l'ordre du jour, monsieur Carrie, nous devons obtenir un consentement unanime pour décider si nous pouvons ou non nous occuper d'autres travaux.

Avons-nous un consentement unanime autour de la table pour discuter d'autres questions?

Oui monsieur.

M. Don Davies: J'invoque le Règlement, monsieur le président. J'estime qu'il est difficile à voter là-dessus. Cela dépend de ce dont

on va parler. Il y a habituellement consentement unanime pour discuter d'une question particulière. Je ne peux pas voter tant que je ne sais pas de quoi il s'agit.

Le vice-président (M. Len Webber): Oui. Certainement, nous pouvons nous renseigner.

De quoi voulez-vous parler, monsieur Carrie?

M. Colin Carrie: C'est qu'avec tous les témoins et les témoignages que nous recevons, pourrions-nous peut-être entendre encore d'autres témoins?

Le vice-président (M. Len Webber): Vous voulez de nouveaux témoins. Est-ce que tout le monde est d'accord autour de la table pour discuter d'autres questions? Y a-t-il des commentaires?

Monsieur Davies.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Je serais prêt à l'envisager. Je pense que nous devrions notamment revoir notre calendrier pour l'étude de l'assurance-médicaments. Je n'ai pas en tête maintenant le nombre de réunions ni le nombre de témoins à entendre qui restent.

En fait, je pense que nous devrions peut-être planifier un peu de temps la semaine prochaine à cet effet. Je ne pense pas que ce soit urgent. Je pense que nous pouvons prendre du temps pour le faire. J'aimerais savoir qui sont les témoins et quelle est la catégorie de témoignage pour déterminer si le comité devrait ou non les entendre.

Le vice-président (M. Len Webber): D'accord. J'imagine que si nous pouvons l'inscrire à l'ordre du jour de la prochaine réunion, vous pourrez en parler à ce moment-là.

M. Colin Carrie: Merci.

Le vice-président (M. Len Webber): D'accord.

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>