

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, September 26, 2024

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met with videoconference this day at 11:30 a.m. [ET] to study Bill C-64, An Act respecting pharmacare.

Senator Ratna Omidvar (*Chair*) in the chair.

The Chair: My name is Ratna Omidvar, and I am a senator from Ontario.

I am the Chair of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

Today, we are continuing our study of Bill C-64, An Act respecting pharmacare. Before we begin, I would like to ask my colleagues to introduce themselves to our witnesses and to the public, starting with the deputy chair of the committee.

Senator Cordy: Jane Cordy, Nova Scotia. Thank you and welcome to our committee this morning. Delighted to have you.

Senator Moodie: Rosemary Moodie, Ontario.

Senator Burey: Sharon Burey, Ontario.

Senator Osler: Flordeliz Gigi Osler, Manitoba.

[*Translation*]

Senator Cormier: René Cormier from New Brunswick.

[*English*]

Senator Bernard: Senator Wanda Thomas Bernard, Nova Scotia.

[*Translation*]

Senator Brazeau: Good morning, everyone. Patrick Brazeau from Quebec.

[*English*]

Senator Seidman: Good morning, Judith Seidman, Quebec.

Senator Muggli: Tracy Muggli, Saskatchewan, Treaty 6 territory.

The Chair: Thank you colleagues. Joining us today for our first panel, we welcome the following witnesses in person — thank you for joining us in person — from the Canadian Medical Association, Dr. Joss Reimer, President; from the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Dr. Diane

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 26 septembre 2024

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 30 (HE), avec vidéoconférence, pour étudier le projet de loi C-64, Loi concernant l'assurance médicaments.

La sénatrice Ratna Omidvar (*présidente*) occupe le fauteuil.

La présidente : Je m'appelle Ratna Omidvar et je suis une sénatrice de l'Ontario.

Je suis la présidente du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

Aujourd'hui, nous poursuivons notre étude du projet de loi C-64, Loi concernant l'assurance médicaments. Avant de commencer, j'aimerais demander à mes collègues de se présenter à nos témoins et au public, en commençant par la vice-présidente du comité.

La sénatrice Cordy : Jane Cordy, de la Nouvelle-Écosse. Merci et bienvenue au comité ce matin. Ravie de vous accueillir.

La sénatrice Moodie : Rosemary Moodie, de l'Ontario.

La sénatrice Burey : Sharon Burey, de l'Ontario.

La sénatrice Osler : Flordeliz Gigi Osler, du Manitoba.

[*Français*]

Le sénateur Cormier : René Cormier, du Nouveau-Brunswick.

[*Traduction*]

La sénatrice Bernard : Sénatrice Wanda Thomas Bernard, de la Nouvelle-Écosse.

[*Français*]

Le sénateur Brazeau : Bonjour à tous. Patrick Brazeau, du Québec.

[*Traduction*]

La sénatrice Seidman : Bonjour, je suis Judith Seidman, du Québec.

La sénatrice Muggli : Tracy Muggli, de la Saskatchewan, territoire visé par le Traité n° 6.

La présidente : Merci, chers collègues. Nous accueillons aujourd'hui notre premier groupe de témoins, en personne. Merci d'être là en personne. Nous accueillons donc la Dre Joss Reimer, présidente de l'Association médicale canadienne et la Dre Diane Francœur, directrice générale de la Société des obstétriciens et

Francœur, Chief Executive Officer; from the Canadian Pharmacists Association, Dr. Danielle Paes, Chief Pharmacist Officer, and Joelle Walker, Vice President, Professional and Public Affairs.

Thank you for joining us today. We will begin with opening remarks from Dr. Reimer followed by Dr. Francœur and Ms. Walker. You will have five minutes each for your statements followed by questions from my colleagues. Dr. Reimer, the floor is yours.

Joss Reimer, President, Canadian Medical Association: Thank you for the opportunity to speak today and contribute the clinician's perspective on this initiative on pharmacare. It is vital that health care professionals have a voice in these discussions to ensure that future policies reflect the highest standards of patient care.

My name is Dr. Joss Reimer. I am President of the Canadian Medical Association, or the CMA. I've also had the privilege of serving as Chief Medical Officer and Vice-President of Medical Services for the Winnipeg Regional Health Authority and as the medical lead for Manitoba's COVID-19 vaccine task force.

My focus has been on public health, health equity and harm reduction, while continuing to practise maternity care at Women's Hospital in Winnipeg.

The CMA commends the federal government for introducing Bill C-64, An Act respecting pharmacare, and we fully support its swift passage. This bill, at its core, is about removing barriers to one of the most fundamental aspects of health care — access.

The CMA is committed to a robust, publicly funded health care system where access to vital care is determined by need, not by your bank account.

[Translation]

Canada's medicare system ensures that hospital and physician services are covered, but many patients still face gaps in coverage for essential medications. When patients cannot afford prescriptions, the care we provide becomes incomplete. These gaps leave patients vulnerable and fracture what should be a seamless care system.

gynécologues du Canada. De l'Association des pharmaciens du Canada, nous avons Mme Danielle Paes, qui est pharmacienne en chef, et Mme Joelle Walker, vice-présidente aux affaires professionnelles et publiques.

Merci d'être avec nous aujourd'hui. Nous commencerons par la déclaration liminaire de la Dre Reimer, suivie de la Dre Francœur et de Mme Walker. Vous aurez cinq minutes chacune pour vos déclarations, puis nous passerons aux questions de mes collègues. Docteur Reimer, la parole est à vous.

Joss Reimer, présidente, Association médicale canadienne : Merci de me permettre de prendre la parole aujourd'hui et de faire connaître le point de vue des médecins sur cette initiative, l'assurance médicaments. Il est primordial que les professionnelles et les professionnels de la santé puissent participer à ces discussions afin d'assurer que les futures politiques reflètent les normes les plus élevées en matière de soins à la patientèle.

Je suis la Dre Joss Reimer, présidente de l'Association médicale canadienne, l'AMC. J'ai aussi eu le privilège d'être médecin-hygiéniste en chef de l'Office régional de la santé de Winnipeg et responsable médicale du groupe de travail du Manitoba sur la campagne de vaccination contre la COVID-19.

Je m'intéresse tout particulièrement à la santé publique, à l'équité en santé et à la réduction des préjudices, tout en maintenant une pratique clinique en soins de maternité à l'hôpital pour femmes ou Women's Hospital de Winnipeg.

L'AMC félicite le gouvernement fédéral de présenter le projet de loi C-64, Loi concernant l'assurance médicaments, et soutient pleinement son adoption rapide. Ce projet de loi vise essentiellement à abolir les obstacles à l'un des aspects les plus fondamentaux des soins de santé : l'accès.

L'AMC s'engage à avoir un système de santé solide, financé par l'État, où l'accès aux soins essentiels est déterminé par le besoin, et non pas par le compte en banque.

[Français]

Le régime d'assurance-maladie du Canada veille à ce que les services médicaux et hospitaliers soient couverts. Cependant, de nombreux patients et patientes font toujours face à des lacunes quant à la couverture des médicaments essentiels. Si la patientèle n'a pas les moyens de payer des médicaments d'ordonnance, alors les soins que nous offrons restent incomplets. Ces lacunes rendent la patientèle vulnérable et créent une fracture dans un système de santé qui devrait être homogène.

[English]

I represent physicians across Canada who deeply care about their patients' access to medications. Over 70% of our members consider a patient's ability to afford prescriptions before writing them.

Prescription medications are a cornerstone of a high-quality, patient-centred and cost-effective health care system.

Yet, Canadians face some of the highest drug prices in the world. Patients are handed a prescription as the key to better health, but the medicine cabinet they need to unlock comes with a price tag many can't afford. Millions of Canadians either have inadequate drug coverage or none at all. More than 20% face financial hardship, leading to unfilled prescriptions, skipped doses or split pills. And these missed treatments have very real, costly impacts.

The average cost of receiving dialysis for someone whose diabetes has been poorly controlled, for example, is \$70,000 per patient, per year.

Chair, as I mentioned, I work in women's health. Recently, I had a patient who could not afford an intrauterine device, an IUD. She returned later with an unplanned pregnancy, facing emotional and further financial challenges.

I also regularly see patients who opt for invasive, expensive surgery, such as tubal ligation — or getting your tubes tied — because those costs are covered as it is a hospital service rather than a prescription birth control, which is not covered. These stories underscore the real-world impact of this issue.

A patchwork system of drug coverage leaves too many holes. The time has come to weave together a national plan that no Canadian can slip through.

For years, the CMA has called on governments to close the gaps in prescription drug coverage for patients. This is not a new issue. It's one that has persisted for too long.

Bill C-64 addresses a critical need in our health care system — a system that remains in crisis with an increasing number of patients struggling to access timely, quality care despite the best efforts of health care workers.

[Traduction]

Je représente les médecins de tout le Canada qui se préoccupent sérieusement de l'accès de leur patientèle aux médicaments. Avant de rédiger une ordonnance, plus de 70 % de nos membres vérifient si leurs patients peuvent s'offrir des médicaments.

Les médicaments d'ordonnance constituent la pierre angulaire d'un système de santé de qualité, rentable et axé sur la patientèle.

Pourtant, le prix des médicaments au Canada est parmi les plus élevés au monde. Les gens reçoivent des ordonnances comme étant la clé d'une meilleure santé, mais l'armoire à pharmacie que cette clé est censée ouvrir implique un prix que beaucoup ne peuvent se permettre. Des millions de personnes ont une couverture insuffisante, voire aucune assurance médicaments. Plus de 20 % d'entre elles sont aux prises avec des difficultés financières, ce qui les incite à ne pas faire exécuter leurs ordonnances, à omettre des doses et même à couper en deux des comprimés. Il va sans dire que le non-respect de ces traitements a des conséquences bien réelles et coûteuses.

À titre d'exemple, le coût moyen d'une dialyse pour une personne dont le diabète a été mal contrôlé est de 70 000 \$ par année-patient.

Madame la présidente, comme je l'ai dit, je travaille dans le domaine de la santé des femmes. J'ai récemment eu une patiente qui n'avait pas les moyens d'acheter un stérilet. Elle est revenue me voir avec une grossesse non planifiée, confrontée à des problèmes émotionnels et à d'autres soucis financiers.

Je vois aussi régulièrement des patientes opter pour une chirurgie invasive et coûteuse, comme la ligature des trompes, parce que les coûts de cette intervention sont couverts, alors que les contraceptifs, eux, ne le sont pas. Ces témoignages mettent en évidence l'impact bien réel de cet enjeu.

Un régime d'assurance médicaments disparate entraîne de trop nombreuses lacunes. Le moment est venu d'instaurer un régime national d'assurance médicaments où personne ne sera laissé pour compte.

Depuis des années, l'AMC presse les gouvernements de combler les lacunes de la couverture des médicaments d'ordonnance pour la patientèle. Ce problème n'est pas nouveau. Il existe depuis trop longtemps.

Le projet de loi C-64 répond à un besoin critique dans notre système de santé, un système qui est toujours en crise, avec un nombre croissant de patientes et de patients qui peinent à obtenir des soins de qualité dans des délais raisonnables, malgré tous les efforts déployés par les travailleuses et travailleurs de la santé.

With the inclusion of contraceptives and diabetes medications in its first phase, pharmacare will make a significant impact in the lives of so many Canadians, the patients we as doctors see every day.

Governments at all levels must collaborate to improve patient health by establishing a cost-shared prescription medication program. This is a step toward a continuum of affordable and accessible health care for everyone.

Bill C-64 is a commitment to dismantle financial barriers that prevent Canadians from accessing the care they need. It's one stride toward comprehensive, universal coverage, but more work remains.

The CMA remains willing and able to provide the voices of health workers to ensure this legislation fulfills its promise.

The Chair: Thank you, Dr. Reimer. We will move on to Dr. Francœur.

[*Translation*]

Dr. Diane Francœur, Chief Executive Officer, The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada: Good Morning, Madam Chair, members of the committee. My name is Diane Francœur. I am a practicing obstetrician and gynaecologist at CHU Sainte-Justine in Montreal, as well the Chief Executive Officer of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, SOGC. I'm here today to discuss Bill C-64, which will provide for universal free coverage of a full suite of contraception options for Canadian women.

[*English*]

Today, I want to highlight why this measure is important and long overdue, why it's not just a "women's issue" or a "luxury," why it's a smart economic policy that benefits all of society and why we urge you to ensure all forms of birth control are included in the final bill and to pass it without undue delay.

It's fitting that we are talking about this today because today is World Contraception Day. We have a unique opportunity to mark this important awareness day by taking real action for women's health and reproductive rights. Because today, somewhere in Canada, a woman will have to choose between

Avec l'inclusion des contraceptifs et des médicaments pour le traitement du diabète dans la première phase de la mise en œuvre du projet de loi, l'assurance médicaments aura un effet significatif sur la vie de nombreux Canadiens et Canadiennes, les patients et patientes que nous voyons tous les jours.

Tous les ordres de gouvernement doivent collaborer pour améliorer la santé de la patientèle en mettant en place un programme à coût partagé de couverture des médicaments d'ordonnance. C'est le premier pas vers un continuum de soins de santé abordables et accessibles pour l'ensemble de la population canadienne.

Le projet de loi C-64 est un engagement à abolir les obstacles financiers qui empêchent la population canadienne d'avoir accès aux soins dont elle a besoin. Il constitue une avancée vers l'instauration d'une couverture universelle et complète, mais il reste du travail à faire.

L'AMC reste prête et déterminée à faire entendre la voix des travailleuses et des travailleurs de la santé en vue de s'assurer que cette mesure législative tienne sa promesse.

La présidente : Merci, docteure Reimer. Nous passons à la Dre Francœur.

[*Français*]

Dre Diane Francœur, directrice générale, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada : Madame la présidente, mesdames et messieurs les membres du comité, bonjour. Je m'appelle Diane Francœur, je suis obstétricienne et gynécologue au CHU Sainte-Justine à Montréal. Je suis aussi directrice générale de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Je suis ici aujourd'hui pour discuter du projet de loi C-64, qui offrira une couverture universelle et gratuite d'une gamme complète de méthodes contraceptives aux Canadiennes.

[*Traduction*]

Aujourd'hui, je tiens à souligner les raisons pour lesquelles cette mesure est importante et s'impose depuis longtemps, pourquoi ce n'est pas une question qui concerne uniquement les femmes ni un luxe, pourquoi il s'agit d'une politique économique intelligente et avantageuse pour l'ensemble de la société, pourquoi nous vous exhortons d'inclure toutes les formes de contraception dans la version définitive du projet de loi, et d'adopter le projet de loi sans retard indu.

La discussion d'aujourd'hui tombe à point, en cette Journée mondiale de la contraception. Nous avons une occasion unique de marquer cette importante journée de sensibilisation en posant des gestes concrets pour les droits des femmes en matière de santé et de reproduction. En effet, aujourd'hui, quelque part au

buying groceries, paying her heating bill, filling up her gas tank or paying for her birth control.

We all know that Canadians are feeling the burden of the rising cost of living. But for 9 million women of child-bearing age, there's an extra cost — the cost of preventing unintended pregnancy.

Birth control is a basic need, even though it's not always openly talked about. Yet, for those 9 million women, it's just as essential to their daily lives as any other personal or bodily need.

Contraception gives women autonomy to plan their lives and plan their families. Women with barrier-free access to birth control are more likely to finish school and participate in the workforce. They enjoy more economic stability, and when they do choose to have children, they have healthier pregnancies.

On average, Canadian women spend 30 years of their lives shouldering the costs of trying to avoid a pregnancy. But these costs can limit birth control options for women.

Canada currently has a patchwork of coverage for contraceptives, which varies depending on income, insurance and where you live. This forces some women to choose the cheapest method, not necessarily the best method for their bodies or their overall health. In some cases, they may not be able to afford any birth control at all, and this can result in unintended pregnancy. I see this every week in my obstetrics-gynaecology, or OB-GYN, practice. We can do better for Canadian women.

Until today, 40% of pregnancies in Canada are still unintended. This doesn't just impact women and their families; it also affects the economy. The direct cost of unintended pregnancies in Canada is estimated at \$320 million per year, and that doesn't include the downstream costs to society or to parents.

[*Translation*]

As a national voice for women's health, the SOGC welcomes this new bill that proposes universal free access to contraceptives. But we know that new programs, especially one as significant as this, can take time to implement. We know that big changes in health care can be challenging to implement.

Canada, une femme devra choisir entre payer l'épicerie, payer sa facture de chauffage, faire le plein d'essence ou payer sa contraception.

Nous savons tous que les Canadiennes et Canadiens ressentent le fardeau de la hausse du coût de la vie. Cependant, pour neuf millions de femmes en âge de procréer, il y a un coût supplémentaire : le coût de la prévention d'une grossesse non désirée.

La contraception est un besoin fondamental, même si l'on n'en parle pas toujours ouvertement. Or, pour ces neuf millions de femmes, la contraception est tout aussi essentielle à leur vie de tous les jours que n'importe quel autre besoin personnel ou corporel.

La contraception offre aux femmes l'autonomie nécessaire pour planifier leur vie et leur famille. Les femmes qui ont un accès facile aux moyens de contraception sont plus susceptibles de terminer leurs études et de participer à la vie active. Elles ont une plus grande stabilité économique et, lorsqu'elles choisissent d'avoir des enfants, elles vivent mieux leur grossesse.

Au cours de leur vie, les Canadiennes assument les coûts liés à la prévention d'une grossesse pendant 30 ans, en moyenne, mais ces coûts peuvent limiter les options de contraception qui s'offrent à elles.

Actuellement, au Canada, la couverture offerte pour les contraceptifs est très disparate et varie selon le revenu, les assurances et le lieu de résidence. Cela oblige certaines femmes à choisir la méthode la moins chère, pas nécessairement la meilleure pour leur corps ou leur santé en général. Certaines femmes n'ont tout simplement pas les moyens de s'offrir la contraception, ce qui peut entraîner une grossesse non désirée. C'est ce que je vois chaque semaine dans mon cabinet de gynécologie-obstétrique. Nous pouvons faire mieux pour les femmes canadiennes.

Encore aujourd'hui, 40 % des grossesses au Canada ne sont pas désirées. Cela n'a pas seulement des répercussions sur les femmes et leur famille, mais aussi sur l'économie. On estime à 320 millions de dollars par année le coût direct des grossesses non désirées au Canada, sans compter les coûts en aval pour la société ou les parents.

[*Français*]

En tant que porte-parole nationale de la santé des femmes, la SOGC se réjouit du nouveau projet de loi proposant un accès universel et gratuit aux contraceptifs, mais nous savons que la mise en œuvre de nouveaux programmes, en particulier un programme aussi important que celui-ci, peut prendre du temps. Nous savons que les grands changements dans le domaine des soins de santé peuvent être difficiles à mettre en œuvre.

That is why we urge you, honourable senators, to ensure that Bill C-64 is passed smoothly and without undue delay. To fully implement the commitments contained in this bill, Ottawa will have to negotiate agreements with the provinces and territories, which will take time. Any parliamentary delay will only force women to wait longer for the help they so desperately need. Our patients, our nurses, our daughters and our neighbours ask us every day when this bill will be passed, as they are waiting impatiently for this coverage. Every day that women take the risk of unplanned pregnancy is one too many.

We also urge you to make sure the final version of this bill covers all types of contraceptives: the pill, the patch, the ring, IUDs, the shot and the implant. Every option must be available so that women can choose the one that is best for them. This will ensure that 9 million women in Canada aren't forced to make family planning decisions based on their income. Thank you.

[English]

The Chair: Thank you very much, Dr. Francœur. Ms. Walker.

[Translation]

Joelle Walker, Vice President, Canadian Pharmacists Association: Madam Chair and members of the committee, thank you very much for inviting us here today. I will make my remarks in English, but I will be happy to answer your questions in French or English.

[English]

I will make three points today. We are here today representing over 45,000 pharmacists, most of whom work in community pharmacies across every province and territory and in some of Canada's most remote locations.

Pharmacists know drug plans. Anyone who's walked into a pharmacy with their drug card knows that the pharmacist is the one managing their drug coverage. Every day, they submit millions of claims on behalf of their patients, they spend time on the phone with public and private insurance plans and they help patients identify alternative treatments when needed.

We often see patients who struggle with the costs of their medications, and changes are needed. However, it's because of the pharmacists' experience that we believe the best way forward

Voilà pourquoi nous vous demandons instamment, honorables sénatrices et sénateurs, de veiller à ce que le projet de loi C-64 soit adopté sans heurts et sans retard injustifié. Pour mettre pleinement en œuvre les engagements contenus dans ce projet de loi, Ottawa devra négocier des accords avec les provinces et les territoires, ce qui prendra du temps. Tout retard parlementaire ne fera qu'obliger les femmes à attendre plus longtemps cette aide dont elles ont tellement besoin. Nos patientes, nos infirmières, nos filles et nos voisines nous demandent tous les jours quand ce projet de loi sera adopté, car elles attendent cette couverture avec impatience. Chaque jour où l'on prend des risques de devenir enceinte de façon non planifiée en est un de trop.

Nous vous demandons également de veiller à ce que la version finale de ce projet de loi couvre tous les types de méthodes contraceptives : la pilule, le timbre, l'anneau, les stérilets, l'injection et l'implant. Toutes les options doivent être disponibles pour que les femmes puissent choisir celle qui est la meilleure pour elle. Ainsi, neuf millions de femmes au Canada ne seront pas contraintes de prendre des décisions en matière de planification familiale en fonction de leurs revenus. Je vous remercie.

[Traduction]

La présidente : Merci beaucoup, docteur Francœur. Madame Walker, la parole est à vous.

[Français]

Joelle Walker, vice-présidente, Association des pharmaciens du Canada : Madame la présidente et mesdames et messieurs les membres du comité, merci beaucoup de nous avoir invités aujourd'hui. Je vais faire mes remarques en anglais, mais je serai heureuse de répondre à vos questions en français ou en anglais.

[Traduction]

Je ferai valoir trois points aujourd'hui. Nous sommes ici aujourd'hui pour représenter plus de 45 000 pharmaciens, qui travaillent en grande majorité dans des pharmacies communautaires dans l'ensemble des provinces et territoires et dans certaines régions parmi les plus éloignées du Canada.

Les pharmaciens connaissent les régimes d'assurance médicaments. Quiconque est allé en pharmacie avec sa carte d'assurance médicaments sait que c'est le pharmacien qui gère leur assurance médicaments. Chaque jour, les pharmaciens soumettent des millions de demandes de remboursement au nom de leurs patients, passent du temps au téléphone avec les régimes d'assurance publics et privés et aident les patients à trouver d'autres traitements, au besoin.

Nous voyons souvent des patients qui peinent à payer leurs médicaments; des changements s'imposent. Cependant, nous sommes d'avis, en raison de l'expérience des pharmaciens, que

is through a universal, mixed public-private model. It would limit disruption to the system and ensure the greatest benefits for Canadians.

This brings me to my second point. The potential for significant disruption can't be overestimated. As members of this committee can likely attest from the recent Public Service Health Care Plan transition, changing drug plans can be extremely disruptive for plan members and for pharmacists. Switching from a private drug plan to a public drug plan can be equally disruptive, so changes must be implemented carefully to avoid confusion and reduce administrative burden.

Public drug plans across Canada are far less comprehensive than private plans. As the committee has heard, the diabetes and contraception lists are fairly limited. If the legislation shifts people from private to public, pharmacists and physicians will have to spend a considerable amount of time switching patients to new medications if those drugs are no longer covered, filling out paperwork to get special exemptions and communicating these changes to patients.

To provide a personal example, I'm on a birth control pill that is not listed on the proposed list of medications. It took me over three years to find something that worked for me that didn't have some of the side effects that affected my day-to-day life. Knowing that contraceptives will be covered publicly, will my employer continue to cover contraceptives? Will my pharmacy still stock those drugs that aren't covered? Will there be exemptions, and will my pharmacist have to apply for those exemptions for me? These are important questions that we believe need to be understood and answered before this legislation goes any further.

Finally, pharmacare should not just be about the cost of drugs. It should be about the care that people need to take those drugs. Every provincial pharmacare act recognizes this fact and incorporates pharmacy services in their legislation.

That's why we're proposing that this committee amend the definition of "pharmacare" to include pharmacy services, aligning Bill C-64 with provincial pharmacare programs.

In a recent poll conducted by Abacus Data, 83% Canadians agreed that the cost of pharmacy services should be included in the national pharmacare plan. That's because Canadians

la mise en place d'un modèle universel mixte public-privé est la meilleure solution pour l'avenir. Un tel modèle limiterait les perturbations du système et serait des plus avantageux pour les Canadiens.

Cela m'amène à mon deuxième point : on ne peut surestimer le risque de perturbations importantes. Comme les membres de ce comité peuvent probablement en témoigner dans la foulée de la récente transition du Régime de soins de santé de la fonction publique, changer de régime d'assurance médicaments est susceptible d'entraîner des perturbations à la fois pour les participants au régime et les pharmaciens. Passer d'un régime privé à un régime public peut avoir un effet tout aussi perturbateur. Par conséquent, la prudence est donc de mise lorsqu'on apporte des changements afin d'éviter toute confusion et de réduire le fardeau administratif.

Au Canada, la couverture des régimes publics d'assurance médicaments est beaucoup moins complète que celle des régimes privés. Comme le comité l'a entendu, les listes de médicaments contre le diabète et les listes de contraceptifs sont assez limitées. Si la mesure législative entraîne une transition du privé au public et que certains médicaments ne sont plus couverts, cela obligera les pharmaciens et les médecins à consacrer énormément de temps pour modifier la médication des patients, remplir des formulaires pour obtenir des exemptions spéciales et informer les patients de ces changements.

Permettez-moi de donner un exemple personnel. Je prends une pilule contraceptive qui ne figure pas sur la liste des médicaments proposés. Cela m'a pris plus de trois ans pour trouver un médicament qui me convient et qui ne s'accompagne pas d'effets secondaires qui nuisent à ma vie quotidienne. Sachant que les contraceptifs seront couverts par le régime public, mon employeur maintiendra-t-il la couverture? Ma pharmacie gardera-t-elle en stock des médicaments qui ne sont pas couverts? Y aura-t-il des exemptions? Mon pharmacien devra-t-il en faire la demande pour moi? Voilà d'importantes questions qui, selon nous, doivent être comprises et exigent des réponses avant que cette mesure législative n'aille plus loin.

Enfin, l'assurance médicaments ne devrait pas être uniquement une question de coût des médicaments, mais devrait être axée sur les soins dont les gens ont besoin pour prendre ces médicaments. Ce fait est reconnu dans toutes les lois provinciales sur l'assurance médicaments, qui comprennent les services pharmaceutiques.

Voilà pourquoi nous proposons que ce comité modifie la définition de « régime d'assurance médicaments » afin d'inclure les services pharmaceutiques et d'harmoniser le projet de loi C-64 aux programmes provinciaux d'assurance médicaments.

Dans un sondage mené récemment par Abacus Data, 83 % des Canadiens sont d'avis que le coût des services pharmaceutiques devrait être inclus dans le régime national d'assurance

understand and value the care that they get from pharmacists.

We also believe that pharmacists must be included in the committee of experts, which, again, would align with many provincial regulations. Pharmacists bring a unique, practical perspective, one grounded in daily interactions with patients. Their insights are critical to making sure this policy works in the real world.

In closing, we urge this committee to consider amendments that would clarify the role of private insurance in pharmacare and to ensure that pharmacy services are included in any national pharmacare plan.

I look forward to your questions.

The Chair: Thank you, Ms. Walker. We will go to questions. Colleagues, we will start with Senator Cordy.

Senator Cordy: Thank you all very much. You are all at the front line whether it's as a doctor prescribing a medication or a pharmacist trying to fill medication prescriptions, so thank you all very much for being here.

Dr. Reimer and Dr. Francœur, you both spoke about the challenges of women in terms of contraceptives and how women have to make these decisions. You have said there are 9 million women dealing with unplanned pregnancies, which sort of blows me away. I guess we don't hear about them all, but that's a very high number that I think we should always consider.

What will this bill do for women of child-bearing age in terms of contraceptions and preventing pregnancies or for family planning because not everyone is trying to prevent a pregnancy?

Dr. Francœur: As you notice, I come from Quebec, so we have been allowing women to have free access to IUDs since 2006, and I still cannot believe that close to 20 years later, it is not available for the rest of the country. Canada is still a country, and every woman in this country should have the same access.

My background is also as a pediatric adolescent gynaecologist, so I used to run the teenage pregnancy clinic. When I started, our rates were like 28 per 1,000 adolescents being pregnant. Now it's down to 4. Teenagers don't get pregnant at the same rates because of these long, active contraceptive methods that are reversible, of course.

médicaments. En effet, les Canadiens comprennent les soins qu'ils reçoivent des pharmaciens et en sont reconnaissants.

Nous sommes aussi d'avis que les pharmaciens doivent être inclus dans le comité d'experts, ce qui, encore une fois, s'harmoniserait avec diverses réglementations provinciales. Les pharmaciens apportent une perspective unique et pratique qui est fondée sur les interactions quotidiennes avec les patients. Leur point de vue est essentiel pour veiller à ce que cette politique fonctionne dans le monde réel.

En conclusion, nous exhortons le comité à examiner des modifications qui viendraient clarifier le rôle de l'assurance privée dans l'assurance médicaments et à veiller à inclure les services pharmaceutiques dans tout régime national d'assurance médicaments.

C'est avec plaisir que je répondrai à vos questions.

La présidente : Merci, madame Walker. Nous passons maintenant aux questions. Chers collègues, nous commencerons par la sénatrice Cordy.

La sénatrice Cordy : Merci beaucoup à toutes. Vous êtes toutes en première ligne, soit comme médecin qui prescrit un médicament ou comme pharmacienne qui remplit une ordonnance. Donc, merci beaucoup à vous toutes d'être ici.

Docteure Reimer et docteure Francœur, vous avez toutes les deux parlé des défis, pour les femmes, en ce qui concerne la contraception et les décisions connexes qui leur incombent. Vous avez dit que neuf millions de femmes risquent des grossesses non planifiées, ce qui me consterne, en quelque sorte. J'imagine que nous n'entendons pas parler de toutes ces femmes, mais c'est un chiffre extrêmement élevé que nous devrions toujours garder à l'esprit.

Par rapport à la contraception et à la prévention de la grossesse ou de la planification familiale — puisque ce n'est pas tout le monde qui veut éviter une grossesse —, quelle sera l'incidence de ce projet de loi sur les femmes en âge de procréer?

Dre Francœur : Comme vous le savez, je viens du Québec, où les femmes ont un accès gratuit aux dispositifs intra-utérins depuis 2006. Je n'arrive toujours pas à croire que près de 20 ans plus tard, cela n'est pas offert dans le reste du pays. Le Canada est encore un pays, et toutes les femmes de ce pays devraient avoir le même accès.

Je travaille aussi en gynécologie pédiatrique auprès des adolescentes; j'ai donc dirigé la clinique d'obstétrique adolescente. Lorsque j'ai commencé, le taux de grossesse était de 28 par 1 000 adolescentes. Maintenant, c'est 4 par 1 000. Les taux de grossesse chez les adolescentes sont moins élevés grâce aux méthodes contraceptives actives et à long terme aux effets évidemment réversibles.

It is a matter of choice, and we know that when women have the best choice that fits them, they are going to stay on it, have fewer side effects and be happy. As my colleague pharmacist just said, sometimes they are not able to choose the best method for them because it is just too expensive. Even if you count it day by day, an IUD is sometimes a cheap choice, but you have to pay for it upfront and women don't have this kind of money, and it is even worse now. I think the facts are there; we just need to make it available for the rest of the country.

Senator Cordy: Dr. Reimer, did you have anything to add?

Dr. Reimer: I completely agree with my colleague. The upfront costs are a huge barrier for many patients. I worked in a clinic in downtown Winnipeg that served northern Manitobans who go back and forth between Winnipeg and the North, and most of them cannot afford to pay for their medications. We would regularly have IUDs available in our clinic, but that was funded either by donation or by the physicians paying. We have had examples where we had to have difficult conversations about whether to use an expired IUD because there was no other option available. That's the only one we have. They can't afford anything.

These are conversations that are heartbreaking to have when an IUD is often the cheapest option in the long-run but still not available to that individual. So a bill like this will have a huge impact on Canadians and their ability to control their own family planning and make a major impact on their day-to-day lives, and it is for that reason that we encourage the swift passage of this bill without amendment to ensure that Canadians who have waited far too long for this coverage get the coverage that they need.

Senator Seidman: Thank you very much for your testimony here today, for taking the time to come and help us understand the importance of this piece of legislation. I would like to address my questions to you, Ms. Walker and Dr. Paes, if I might. As a Quebecer, I think we are very privileged and we understand only too well the importance of the pharmacist in health care as a front-line practitioner in many respects, and we know that we see our pharmacist more often than we see our general practitioners and very often pharmacists play an important role in diagnosis, in renewing prescriptions and in Quebec, most recently, even in prescribing. I feel very strongly that this is a very important aspect of the pharmacist's role for Canadians right now when access to physicians is so challenging.

C'est une question de choix, et nous savons que les femmes ont accès au médicament qui leur convient le mieux, elles continuent de le prendre, elles ont moins d'effets secondaires et elles sont heureuses. Parfois, comme ma collègue pharmacienne vient de l'indiquer, elles ne peuvent pas choisir la meilleure option parce qu'elle est trop chère. Lorsqu'on fait le calcul par jour, un dispositif intra-utérin ne coûte pas cher, mais il faut payer le montant complet d'avance et les femmes n'ont pas cet argent, ce qui est encore pire aujourd'hui. Je pense que les faits sont là; il faut simplement rendre cela accessible dans le reste du pays.

La sénatrice Cordy : Docteur Reimer, avez-vous quelque chose à ajouter?

Dre Reimer : Je suis tout à fait d'accord avec ma collègue. Le coût initial est un obstacle considérable pour bon nombre de patientes. J'ai travaillé dans une clinique au centre-ville de Winnipeg qui comptait parmi sa clientèle des gens du Nord du Manitoba qui font la navette entre Winnipeg et le Nord, et la plupart de ces gens n'ont pas les moyens de payer leurs médicaments. Des dispositifs intra-utérins étaient régulièrement disponibles à notre clinique, mais ils étaient payés à l'aide de dons, ou par les médecins. Il nous est arrivé d'avoir des conversations difficiles sur la possibilité d'utiliser un stérilet expiré, parce qu'il n'y avait pas d'autre option. C'est notre seule option. Elles n'ont pas les moyens de se payer quoi que ce soit.

Ce sont des conversations qui brisent le cœur lorsqu'un dispositif intra-utérin est l'option la moins chère à long terme, dans bien des cas, mais que la personne n'y a toujours pas accès. Par conséquent, un projet de loi comme celui-ci aura une incidence énorme pour les Canadiennes, à la fois sur leur capacité de contrôler leur planification familiale et sur leur vie quotidienne. C'est pour cette raison que nous sommes favorables à l'adoption rapide de ce projet de loi, sans modification, pour veiller à ce que les Canadiennes qui attendent cette couverture depuis beaucoup trop longtemps obtiennent la couverture dont elles ont besoin.

La sénatrice Seidman : Je vous remercie de votre témoignage et je vous remercie également d'avoir pris le temps de venir nous aider à comprendre l'importance du projet de loi. J'aimerais adresser mes questions à Mme Walker et à Mme Paes si vous me le permettez. En tant que Québécoise, je crois que nous sommes très privilégiés et que nous ne comprenons que trop bien l'importance du rôle de pharmacien dans le système de santé. Il agit comme professionnel de première ligne à plusieurs égards. Nous le voyons plus souvent que notre médecin. Très souvent, il joue un rôle important dans le diagnostic et il renouvelle des ordonnances. Depuis tout récemment au Québec, les pharmaciens peuvent même rédiger des ordonnances. À mon avis, il s'agit là d'un aspect crucial du rôle de pharmacien actuellement, à une époque où il est si difficile pour les Canadiens de voir un médecin.

I find it interesting that pharmacy services are not included anywhere in this bill. “Pharmacist” isn’t included in the definitions and “pharmacy services” aren’t included. I don’t know if that’s my special perspective because of being a Quebecker and pharmacists have always played a large role in providing service. I ask you that, to start with.

I would also like to know — you talked a bit about the administrative and bureaucratic burdens that might be placed on pharmacists as they try to navigate the changes in the bill. I would also specifically like to ask you about drug shortages because I know that we heard yesterday about restrictions in Health Canada’s formulary, and you, Ms. Walker, spoke about a drug —

The Chair: A number of questions in a short time. Ms. Walker, they were all addressed to you.

Ms. Walker: In preparation for this, we reviewed all of the provincial legislation that relates to pharmacare. Every province has some form of pharmacare act, and it is very explicit in those bills that pharmacy services are part of that. When you get a prescription filled, there is the cost of the drug, the dispensing fee and often a number of other services that are provided to make sure that the medication is taken appropriately and that they all work together. That’s a critical component that we think is missing from the bill and should align with the provincial legislation, as we know it will have to be a bilateral discussion with the provinces.

The administrative burden is real, and I spoke about the Public Service Health Care Plan. We had a lot of pharmacies in Ottawa particularly who deal a lot with public service workers. Services, different types of drugs and packaging were not available in the transition, so pharmacists were spending time filling out forms, communicating with insurance plans about what was allowed and not allowed and especially for people who are maybe older, you can’t just send them to a website. You have to really help support them in getting that treatment. For us, those are really key elements, and any transition needs to be very carefully measured.

Lastly, on shortages, this is a real issue. Pharmacists spend about 20% of their time managing drug shortages. That’s time they are not spending doing other things, including direct patient care. The concept that if you bulk buy a lot of drugs, you save money is perhaps accurate in the pure sense, but it also has a lot of consequences. We’re most vulnerable in Canada when we only have one particular medication for something. If that medication, for whatever reason — if there is a plant malfunction

Je trouve curieux que les services pharmaceutiques ne soient mentionnés nulle part dans le projet de loi. Le mot « pharmacien » ne se trouve pas dans les définitions, les mots « services pharmaceutiques » non plus. Ma réflexion vient peut-être du fait que je suis Québécoise et que pour moi, les pharmaciens ont toujours joué un rôle important dans la prestation de services. J’aimerais avoir votre avis sur la question.

J’aimerais aussi vous entendre sur un autre sujet. Vous avez brièvement parlé du fardeau administratif et bureaucratique qui pourrait incomber aux pharmaciens, qui devront s’adapter aux changements apportés par le projet de loi. J’aimerais aussi que vous nous parliez des pénuries de médicaments. Nous avons entendu des témoignages hier au sujet des restrictions liées à la liste des médicaments assurés de Santé Canada, et vous avez parlé, madame Walker, d’un médicament...

La présidente : Cela fait beaucoup de questions en peu de temps. Madame Walker, ces questions vous étaient toutes adressées.

Mme Walker : En préparation pour la réunion d’aujourd’hui, nous avons passé en revue toutes les lois provinciales liées aux régimes d’assurance médicaments. Chaque province a sa propre loi en la matière, et il est très explicite dans ces lois qu’elles s’appliquent aux services pharmacologiques. Lorsqu’on fait préparer une ordonnance, il y a le coût du médicament, les frais d’ordonnances et, souvent, d’autres services sont fournis pour veiller à ce que le médicament soit bien administré et à ce qu’il n’y ait pas de mauvaises interactions entre les différents médicaments. C’est un élément fondamental qui n’a pas été inclus dans le projet de loi. Il faudrait être cohérent avec les lois provinciales, puisque le projet de loi mènera à des discussions bilatérales avec les provinces.

Le fardeau administratif est bien réel. J’ai parlé du Régime de soins de santé de la fonction publique. Les pharmacies à Ottawa servent d’innombrables fonctionnaires. Certains services, certains types de médicaments et certains formats n’étaient pas accessibles pendant la transition, et les pharmaciens se sont retrouvés à devoir remplir des formulaires et communiquer avec les régimes d’assurance pour savoir ce qui était admissible et ce qui ne l’était pas, particulièrement pour les personnes âgées; on ne peut pas tout simplement les diriger vers un site Web. Il faut vraiment les accompagner pour qu’elles puissent suivre le traitement prescrit. Ce sont pour nous des éléments clés, et toute transition doit être soigneusement préparée.

Finalement, pour ce qui est des pénuries de médicaments, il s’agit d’un enjeu bien réel. Les pharmaciens passent environ 20 % de leur temps à gérer des pénuries de médicaments, du temps qu’ils ne peuvent pas passer à faire autre chose, comme fournir des services directs aux patients. L’achat de médicaments en grande quantité permet peut-être de faire des économies à proprement parler, mais cela a également de nombreuses conséquences. Les Canadiens sont plus vulnérables lorsque nous

in another country, we don't have that supply. So we really do need to ensure that when we're purchasing medications — which pharmacists essentially do the purchasing themselves — that we're thoughtful about how such a program —

The Chair: Thank you, Ms. Walker. We may have to come back. There may be a second round.

Senator Osler: Thank you to all the witnesses who are here today. I have two questions. The first is to the Canadian Medical Association, or CMA, and the second to the Canadian Pharmacists Association, or CPA.

You are familiar with the principles of the Canada Health Act, which is referred to in Bill C-64, in which the minister is to consider. Public administration, comprehensiveness, universality, portability and accessibility.

This committee has heard ambiguity on whether national pharmacare will be publicly administered, and that definition in the Canada Health Act is — requires that health insurance plans to be managed by a public agency on a not-for-profit basis.

CMA's recent draft policy on managing public and private health care only calls on governments to ensure universal access to medically necessary prescription drugs regardless of a patient's ability to pay.

Could you expand on that recommendation, and of those five principles, why speak only of universality and accessibility when evidence shows that the costs associated with administering public drug plans are a fraction of the costs of program administration incurred by private insurers? So why leave out public administration?

Dr. Reimer: Certainly, we value all of the principles of the Canada Health Act, and it is critical that all Canadians can trust in their health system to be available to them regardless of where they're located, that it be comprehensive, accessible, portable and publicly administered as required.

With this bill, we recognize that there is still a lot of work that needs to occur with the bilateral negotiations between the provinces and the federal government, and it is a complex system with complex outcomes. But we also recognize that with an

n'avons qu'un seul médicament disponible pour un usage donné. Si ce médicament n'est pas disponible pour quelque raison que ce soit, par exemple si une usine dans un pays étranger connaît des défaillances, nous n'avons plus le médicament en question. Il faut vraiment nous assurer que lorsque nous nous procurons des médicaments, et ce sont les pharmaciens qui placent les commandes, nous gardons en tête le fait que le programme...

La présidente : Je vous remercie, madame Walker. Il nous faudra peut-être revenir à vous. Il y aura peut-être un deuxième tour de questions.

La sénatrice Osler : Je remercie tous les témoins qui sont avec nous aujourd'hui. J'ai deux questions : une pour l'Association médicale canadienne, ou AMC, et l'autre pour l'Association des pharmaciens du Canada, ou APC.

Vous connaissez les principes établis dans la Loi canadienne sur la santé, à laquelle renvoie le projet de loi C-64, des principes dont le ministre doit tenir compte : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité.

Notre comité a entendu des témoignages ambigus concernant le caractère public, ou non, du régime national d'assurance médicaments; la définition dans la loi indique que — exige que les régimes d'assurance-maladie soient gérés par un organisme public, sans but lucratif.

Dans une récente ébauche de politique de l'AMC sur les régimes de soins de santé publics et privés, l'organisme demande simplement aux gouvernements de garantir un accès universel aux médicaments sur ordonnance de première nécessité médicale, indépendamment de la capacité de payer du patient.

Pourriez-vous nous en dire plus sur cette recommandation et sur les cinq principes? Pourquoi parler uniquement d'universalité et d'accessibilité quand les preuves montrent que les coûts associés à une gestion publique du régime d'assurance médicaments ne représentent qu'une fraction des coûts de gestion des assureurs privés? Pourquoi laisser de côté la gestion publique?

Dre Reimer : Il va de soi que les principes établis dans la Loi canadienne sur la santé nous tiennent tous à cœur. Tous les Canadiens doivent pouvoir avoir confiance en leur système de soins de santé et avoir la certitude qu'ils y auront accès, peu importe où ils habitent, et que les principes d'intégralité, d'accessibilité, de transférabilité et de gestion publique seront respectés.

Concernant le projet de loi, nous reconnaissons qu'il reste encore beaucoup de travail à accomplir au chapitre des négociations bilatérales entre les provinces et le gouvernement fédéral. Il s'agit d'un système complexe qui produit des résultats

election coming, this bill is critical to bring Canadians the access that they need, that they have been waiting far too long to have.

While the details of how it is administered may still need to be worked out, we still encourage the Senate to pass the bill without amendments to ensure that Canadians do get access because access is what we're hearing from Canadians as their primary concern right now in the health care system beyond any of the other principles in the Canada Health Act.

Senator Osler: Thank you. For CPA, you mentioned your recommendation of a universal, mixed public-private model. Similar to my last question: Have you given any consideration as to who would administer the public national pharmacare?

Ms. Walker: The way we sort of see this bill is — we have targeted two classes of medications, and they are extremely important. No one is debating that. Our view is that there are a lot of other disease groups — heart, cancer and there are patients there who are also looking for some relief — and the opportunity to provide a broader level of coverage for those people who don't have coverage would be an amazing first step to really helping a broader number of Canadians have access rather than switching people who currently have a reasonable amount of coverage — who don't maybe need it — in a first phase.

That's sort of been our approach, and we know that it works well for a lot of provinces. Quebec has that model. Things can always get better, but we think that that's a very appropriate way to move forward.

[*Translation*]

Senator Cormier: My question will be for Dr. Francœur. Welcome to all the witnesses.

On the one hand, you said that contraception wasn't just a women's issue. I agree with you. On that, I was thinking that the contraceptive pill for men is experimental, but condoms are available. Are they accessible? In fact, I've been asking myself a number of questions about the role men can play and the ways in which the medical system can help all citizens overcome the challenges related to contraception.

You said that the bill should be passed without amendment as quickly as possible, but you also said that all contraceptive methods should be included. Are all the methods included in the

complexes. Toutefois, nous reconnaissons également qu'avec l'élection qui approche, le projet de loi est essentiel pour garantir aux Canadiens l'accès au système dont ils ont besoin et qu'ils attendent depuis trop longtemps.

Bien que les détails concernant l'administration du régime ne sont pas encore arrêtés, nous encourageons le Sénat à adopter le projet de loi sans amendement pour que les Canadiens puissent avoir accès au système. C'est la principale préoccupation des Canadiens concernant le système de soins de santé, bien avant les autres principes définis dans la loi.

La sénatrice Osler : Je vous remercie. J'aurais maintenant une question pour l'APC. Vous recommandez un modèle universel mixte, donc alliant le public et le privé. Toujours dans la même veine, avez-vous songé à qui administrerait le régime national public d'assurance médicaments?

Mme Walker : Voici comment nous entrevoyons le projet de loi : on a ciblé deux catégories de médicaments, et elles sont très importantes. Personne ne le remet en question. À notre avis, il existe de nombreuses autres catégories de maladies — les maladies du cœur, les cancers, et il y a là des patients qui auraient aussi besoin d'un coup de pouce —; ce serait l'occasion d'offrir une plus vaste couverture aux personnes qui ne sont pas assurées. Il s'agirait là d'un grand premier pas qui permettrait de donner accès aux médicaments à un plus grand nombre de Canadiens au lieu d'utiliser cette première phase pour changer de régime des personnes qui ont peut-être déjà une couverture acceptable et qui n'en ont peut-être pas besoin.

C'est l'approche que nous privilégions, et nous savons qu'elle fonctionne bien dans plusieurs provinces. Le Québec a justement adopté ce modèle. On peut toujours améliorer les choses, mais nous croyons que cela constitue déjà un pas dans la bonne direction.

[*Français*]

Le sénateur Cormier : Je vais poser ma question à la Dre Francœur. Bienvenue à tous les témoins.

D'une part, vous avez dit que la contraception n'était pas que l'histoire des femmes. Je suis d'accord avec vous. À ce sujet, je me disais que la pilule contraceptive pour les hommes est expérimentale, mais que les condoms existent. Sont-ils accessibles? En fait, je me suis posé plusieurs questions sur le rôle que peuvent jouer les hommes et les façons dont le système médical peut aider l'ensemble des citoyens à contrer les défis relatifs à la contraception.

Vous disiez que le projet de loi doit être adopté sans amendement le plus rapidement possible, mais vous avez également dit que toutes les méthodes contraceptives devraient y

list of drugs, and if not, what should be done? That would undoubtedly require amendments or modifications on our part.

Dr. Francœur: That's a very good question. Currently, all methods are included in the proposal: patches, pills, IUDs, implants and injections.

That said, in an ideal world, we'd like condoms to be there as well. We can't have everything.

When it comes to women's health, it always requires a day one. Let's make it happen. Then we can always expand it. We see it in the field, and I think that Dr. Reimer has more or less the same experience as I do, that disadvantaged women are always negotiating. They don't have any help to pay for contraceptives. Their spouses manipulate them. Not having access to free contraceptives is another step that increases inequities between men and women. In the proposal, we'd prefer that the bill be passed quickly and then it can always be improved. For now, all methods are included, so that women can have access to the method that will solve most of the problems they face every day and so that women don't have to negotiate the cost of contraceptives with their spouses, because it doesn't work. The situation is even worse for disadvantaged women.

Senator Cormier: Thank you, Dr. Francœur.

My second question is for Ms. Walker. I don't know much about pharmacy services. You said that services should be included, and you named a few. Is there a list of priority services? Since the federal government will be signing agreements with the provinces and territories, would there be a way to take the needs of pharmacies into account in those agreements, as you've expressed them to us?

Ms. Walker: Pharmacists offer a variety of services in every province, and it's the same in New Brunswick. Some of them are really very drug-specific, even just to write the prescription and educate the person on possible side effects, but they also offer a lot of immunization and prescription services for minor conditions. Our concern with the federal government's bill was that it didn't reflect exactly how the provinces saw the whole situation in the context of a public system. Every province has a public drug system. We think this should be reflected in the same bill.

Senator Cormier: Could this be negotiated in the agreements?

être incluses. Est-ce que toutes les méthodes sont incluses dans la liste des médicaments, et sinon, que faudrait-il? Cela nécessiterait sans doute de notre part un travail d'amendement ou de modification.

Dre Francœur : C'est une très bonne question. À l'heure actuelle, dans la proposition, toutes les méthodes sont incluses : les timbres, les pilules, les stérilets, les implants et les injections.

Cela dit, dans un monde idéal, on aimerait bien que les condoms y soient aussi. On ne peut pas tout avoir.

En matière de santé des femmes, pour combattre les iniquités, il faut toujours un jour 1. Faisons-le arriver. Ensuite, on pourra toujours l'étendre. On s'aperçoit sur le terrain, et je pense que la Dre Reimer a un peu la même pratique que moi, que les femmes démunies sont toujours en train de négocier. Elles n'ont pas d'aide pour payer la contraception. Les conjoints les manipulent. Le fait de ne pas avoir accès à une contraception gratuite, c'est une autre étape qui augmente les iniquités entre les hommes et les femmes. Dans la proposition, on préfère que le projet de loi soit adopté rapidement et après, on pourra toujours l'améliorer. Pour l'instant, toutes les méthodes sont incluses, afin de donner la possibilité aux femmes d'avoir accès à la méthode qui pourra régler la plus grande partie des problèmes qu'elles subissent tous les jours et afin que les femmes n'aient pas à négocier le coût de la contraception avec le conjoint, parce que cela ne fonctionne pas. Chez les femmes démunies, c'est encore pire.

Le sénateur Cormier : Merci, docteur Francœur.

Ma deuxième question s'adresse à Mme Walker. Je n'ai pas de grandes connaissances en matière de services de pharmacie. Vous avez dit que les services devraient être inclus. Vous avez nommé quelques services. Y a-t-il une liste de services prioritaires? Puisque le gouvernement fédéral va conclure des ententes avec les provinces et territoires, y aurait-il moyen de tenir compte dans ces ententes des besoins des pharmacies, comme vous nous les avez exprimés?

Mme Walker : Dans chaque province, et c'est pareil au Nouveau-Brunswick, les pharmaciens offrent une variété de services. Certains sont vraiment très particuliers aux médicaments, même juste pour faire l'ordonnance et éduquer la personne sur les effets secondaires possibles, mais ils offrent aussi beaucoup de services de vaccination et de prescription d'ordonnance pour des conditions mineures. Ce qui nous inquiétait dans le projet de loi du gouvernement fédéral, c'est qu'il ne reflétait pas exactement comment les provinces voyaient toute la situation dans le contexte d'un système public. Chaque province offre un système public de médicaments. À notre avis, il faudrait que ce soit reflété dans le même projet de loi.

Le sénateur Cormier : Dans les ententes, cela pourrait-il être négocié?

Ms. Walker: Absolutely. However, it would be nice to see it in the bill as well to make sure it's clear.

[*English*]

The Chair: Thank you, Ms. Walker.

Senator Moodie: To the witnesses, thank you for being here today. I want to put it out there as a physician, I work with patients every day — with children with chronic diseases — to switch their drugs to new drugs. I write a prescription; it goes to the pharmacy; the pharmacist fills it. It's as simple as that. I'm a little concerned about the way it is characterized as complicated and the time spent that would be required to transition patients perhaps towards pharmacare drugs that might come into play with this new plan. It has been characterized as a somewhat time-consuming and perhaps complicated process. I would like you to comment on why you see this as complicated and time-consuming.

Danielle Paes, Chief Pharmacist Officer, Canadian Pharmacists Association: I would be happy to provide my perspective as a pharmacist and as someone who was there on the front line when OHIP+ was rolled out. I was having conversations with parents, with children about what that coverage looked like. So when they would come to the pharmacy expecting their drug to be covered and it wasn't, that's a really hard conversation to have. So trying to understand what their insurance coverage currently is and how that aligns with the current formulary of the public plan, connecting with their doctor, with their nurse practitioner, trying to understand if there is going to be the need for a switch. Is there a timeline for this? Will there be any delays in therapy? Trying to make sure that transition is as smooth and as comfortable for our patients, especially sick children, is important.

Senator Moodie: I understand that, but understanding also that these are transitions that happen on a daily basis. There would be perhaps a period of expansion that has to be dealt with. But your industry has dealt with periods of expansion before. So can you explain to me why this is seen as such a hurdle?

Ms. Paes: I think a lot of what pharmacists do is behind the scenes. We are on the phone with insurance plans. There is not a lot of visibility into what it takes to get access to medication. It is not just a list. It is a matter of making sure that everything aligns so that the actual drug gets into the hands of the patients. That's just the first time. If there are side effects, if it is not tolerated, if the disease progression changes and we need to re-evaluate that, all that assessment, all of that follow-up that's happening through that healthy relationship —

Mme Walker : Absolument. Toutefois, ce serait bien de le voir dans le projet de loi aussi pour s'assurer que ce soit clair.

[*Traduction*]

La présidente : Je vous remercie, madame Walker.

La sénatrice Moodie : Je remercie les témoins d'être parmi nous aujourd'hui. Je tiens à préciser qu'en tant que médecin, je travaille avec des patients tous les jours — avec des enfants souffrant de maladies chroniques — afin de faire la transition vers de nouveaux médicaments. Je rédige une ordonnance, qui est envoyée à la pharmacie, puis le pharmacien la prépare. C'est aussi simple que cela. Je suis un peu perturbée du fait qu'on dépeint le tout comme étant compliqué et qu'on parle du temps nécessaire pour effectuer la transition vers de nouveaux médicaments avec le nouveau régime proposé. Certains ont affirmé qu'il s'agissait d'un processus compliqué nécessitant beaucoup de temps. Pourriez-vous nous dire pourquoi vous envisagez le tout comme étant long et compliqué?

Danielle Paes, pharmacienne en chef, Association des pharmaciens du Canada : Je serai heureuse de vous faire part de ma perspective en tant que pharmacienne qui était sur les premières lignes lorsque le régime OHIP+, l'assurance-maladie de l'Ontario, a été mis en œuvre. J'ai eu des conversations avec des parents et des enfants concernant la nouvelle couverture. Lorsqu'ils venaient à la pharmacie chercher leurs nouveaux médicaments, qu'ils croyaient couverts et qui ne l'étaient pas, cela donnait lieu à des conversations très difficiles. Alors pour les patients de tenter de comprendre quelle est leur couverture actuelle et en quoi elle correspond à la liste actuelle des médicaments assurés, réussir à voir un médecin ou une infirmière praticienne pour tenter de comprendre si une transition s'avère nécessaire... Quel est le calendrier établi? Est-ce que cela entraînera des retards dans la thérapie? Il est important de faire en sorte que cette transition soit aussi douce et facile que possible pour nos patients, surtout pour les enfants malades.

La sénatrice Moodie : Je comprends. Toutefois, il faut comprendre aussi que ce genre de transition se produit tous les jours. Il y aura peut-être une période d'adaptation, mais votre industrie a déjà dû gérer des périodes de mise en œuvre par le passé. Pourriez-vous m'expliquer pourquoi la transition est perçue comme un si grand obstacle?

Mme Paes : Je crois qu'une grande partie des tâches des pharmaciens ne sont pas visibles. Nous parlons au téléphone avec les représentants des régimes d'assurance. Les efforts déployés pour avoir accès à un médicament passent inaperçus. Il ne s'agit pas simplement d'une liste. Il faut s'assurer que tout concorde, de sorte que le patient reçoive ses médicaments. Et là, on ne parle que de la première visite. S'il y a des effets secondaires, si le patient ne tolère pas le médicament, si la maladie évolue et qu'il faut réévaluer les médicaments, eh bien toute cette réévaluation et les suivis se font dans le cadre d'une relation saine...

Senator Moodie: — the doctor as well. It is a system thing.

Ms. Paes: Absolutely.

Senator Moodie: I have another question if I have the time. We were talking about some of the services pharmacists provide. A lot of them are services that are reimbursed at the provincial level through negotiation at the provincial level. You talk about some of this, again, as another issue, but what do you see will be your role when and if there is a pharmacare bill in advocating for the appropriate reimbursements and time and whatever at the provincial level that you would be putting in place and needing to put in place to ensure that service is continued, as this is where these negotiations occur — not with the feds, not with the bills that we are doing. This is provincial. Provinces implement health care.

Ms. Walker: I'll just use basic math because I'm terrible at math. The pharmacare bill specifically talks about the drug costs, but that's not the only thing that a public plan pays for. It also includes the dispensing fee as a core expense. So it is important that the federal government make sure that when they are doing their funding, especially if the act says the drug costs, they may not be factoring in some of the additional costs they would need to transfer to provinces.

The Chair: Thank you. We may need to get back to that.

Senator Pate: Thank you. I would like to follow up with the Canadian Pharmacists Association. As you probably know, a peer-reviewed analysis in the *Canadian Medical Association Journal* found that a national mixed public-private system like the Quebec model would force Canadians to spend 20% — \$5 billion — more per year for medicines while still having higher numbers of people unable to afford medicines versus comparable countries with single-payer systems. I'm curious as to how you would justify to Canadians, including your own patients, advocating for a system where employers and households would have to spend 20% more than they currently do for medicines with little to show for that increased cost. I want to underscore that it is my understanding, and it is fairly evident, that the negotiation of pharmacists' fees is anticipated, as Senator Cormier indicated, in the negotiations between provinces and territories and it is part of the federal funding arrangement.

Ms. Walker: One of the distinguishing factors, in particular in Quebec, is they have a very robust formulary. That's very important to provide the best level of care for patients. As I

La sénatrice Moodie : ... pour le médecin aussi. C'est la même chose dans tout le système.

Mme Paes : Absolument.

La sénatrice Moodie : S'il me reste du temps, j'aimerais poser une autre question. Nous parlions des services qu'offrent les pharmaciens. Beaucoup de ces services sont remboursés par le gouvernement provincial, grâce aux négociations menées au palier provincial. Vous dites qu'il s'agit d'un autre enjeu. Quel sera votre rôle, si le projet de loi est adopté, concernant les remboursements appropriés, le calendrier et la coordination avec les provinces, que mettez-vous en place, qu'est-ce qui devrait être mis en place pour veiller à la continuité des services, puisque c'est à ce palier que les négociations auront lieu — pas avec le gouvernement fédéral, pas selon le projet de loi que nous étudions. C'est de compétence provinciale. Ce sont les provinces qui assurent la prestation des soins de santé.

Mme Walker : Je me contenterai de faire des calculs élémentaires, car je suis nulle en mathématiques. Le projet de loi sur l'assurance médicaments aborde directement le coût des médicaments, mais ce n'est pas la seule dépense qu'un régime public assume. Les régimes publics incluent également les frais d'exécution des ordonnances dans les dépenses de base. Il est donc important que le gouvernement fédéral n'oublie pas de tenir compte, dans le financement, de certains coûts supplémentaires qu'il devra transférer aux provinces — en particulier si la loi mentionne le coût des médicaments.

La présidente : Merci. Nous devons peut-être revenir à ce sujet.

La sénatrice Pate : Je vous remercie. Je voudrais poursuivre avec l'Association des pharmaciens du Canada. Comme vous le savez probablement, une analyse évaluée par des pairs et publiée dans le *Canadian Medical Association Journal* a révélé qu'un système national mixte public-privé à l'instar du modèle québécois obligerait les Canadiens à dépenser 20 % — 5 milliards de dollars — de plus par an pour les médicaments, et le nombre de personnes incapables de se payer des médicaments resterait plus élevé que dans des pays comparables dotés de systèmes à payeur unique. Je suis curieuse de savoir comment vous justifiez auprès des Canadiens, y compris vos propres patients, l'appui à un système dans lequel les employeurs et les ménages devraient dépenser 20 % de plus qu'ils ne le font actuellement pour les médicaments, sans que cette augmentation des coûts leur rapporte grand-chose. Je souligne que je crois comprendre — et c'est assez évident — que la négociation des honoraires des pharmaciens est prévue, comme l'a indiqué le sénateur Cormier, dans les négociations entre les provinces et les territoires, et qu'elle fait partie de l'accord de financement fédéral.

Mme Walker : L'un des facteurs distinctifs, en particulier au Québec, est la robustesse de la liste des médicaments assurés. C'est très important pour fournir les meilleurs soins aux patients.

mentioned, my birth control pill is not on the list of proposed medications but it is covered by my private insurance. So I do pay a little bit out of pocket, and I think there are opportunities for the federal government to support those. But if you are focusing on a single small list of drugs, which is different from Quebec and significantly smaller than that of Quebec, it will affect the care that patients get on a day-to-day basis. And employers will have to make decisions about how they — this is something that was heard by the committee — will have to make decisions on how they decide to cover drug classes moving forward.

Senator Pate: Dr. Francœur, when you testified at committee in the House of Commons, you talked about the situation is becoming embarrassing; you have worked with Organisation for Economic Co-operation and Development, or OECD, countries around free access to medication. I understand that you have experience and know about the situation in England and Australia, both of which have well-established, effective and cost-effective universal public single-payer systems. Bill C-64 is a first step toward Canada being able to build a similar system. I'm curious as to whether you would agree that the successful experiences of Australia, England and other countries should encourage Canada forward?

Dr. Francœur: Absolutely. The Quebec model is not perfect. There is always room for improvement. Nevertheless, I sat on the RAMQ board for seven years so I know pretty much how the program is robust and well managed. Contraception is the first step but, as I said, day one is always welcome; then there are many days following. B.C. and I hear that Manitoba is looking at covering menopause drugs as well. It is time in this country that we care about women. Canadian women are half of the population. They deserve that we make sure their rights are not forgotten.

Senator Pate: Thank you.

Senator Bernard: Thank you all for being here, for the evidence you are providing and your responses to my colleagues' questions. I have been thinking — one of you mentioned teen pregnancy, and I was taken back about 40 years. Early in my career, I was doing a lot of community-based work around teen pregnancy. We were particularly concerned about teenage pregnancy in African-Nova Scotian communities and low-income communities. We established community-based health centres, community-based clinics. But still in a lot of those communities — because of stigma, some forms of resistance — the uptake was not what we thought it would be. I don't know if any of you have any experience in terms of the work that has been done in the last 20 years or so to reduce the stigma, to

Comme je l'ai mentionné, ma pilule contraceptive ne figure pas sur la liste des médicaments proposés, mais elle est couverte par mon assurance privée. Je paie donc un peu de ma poche, et je pense que le gouvernement fédéral a la possibilité d'appuyer ces patients. Mais si on se concentre sur une seule petite liste de médicaments, qui est différente et nettement plus courte de celle du Québec, cela influencera les soins que les patients reçoivent au quotidien. Et les employeurs devront prendre des décisions sur la couverture qu'ils offriront à l'avenir pour les classes de médicaments. C'est un point que vous avez entendu en comité.

La sénatrice Pate : Docteure Francœur, lorsque vous avez témoigné devant un comité de la Chambre des communes, vous avez dit que la situation devenait embarrassante; vous avez travaillé avec des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques, ou OCDE, sur le libre accès aux médicaments. Je crois comprendre que vous avez de l'expérience et que vous connaissez la situation en Angleterre et en Australie, deux pays qui ont des systèmes publics universels à payeur unique bien établis, efficaces et rentables. Le projet de loi C-64 est un premier pas vers la mise en place d'un système similaire au Canada. J'aimerais savoir si vous convenez que les expériences fructueuses de l'Australie, de l'Angleterre et d'autres pays devraient encourager le Canada à aller de l'avant.

Dre Francœur : Absolument. Le modèle québécois n'est pas parfait. Il est toujours possible de l'améliorer. J'ai cependant siégé au conseil d'administration de la RAMQ pendant sept ans et je sais donc assez bien à quel point le programme est robuste et bien géré. La contraception est la première étape, mais, comme je l'ai dit, le premier jour de changement est toujours un bon départ; puis, de nombreux autres jours de changements s'ensuivent. La Colombie-Britannique — ainsi que le Manitoba, selon ce que j'ai entendu — envisage également de couvrir les médicaments pour la ménopause. Il est temps que nous nous soucions des femmes au Canada. Les Canadiennes représentent la moitié de la population. Elles méritent que nous n'oublions pas leurs droits.

La sénatrice Pate : Merci.

La sénatrice Bernard : Je vous remercie toutes pour votre présence, pour les données que vous présentez et pour vos réponses aux questions de mes collègues. Je réfléchis... l'une d'entre vous a mentionné la grossesse chez les adolescentes, et j'ai été ramenée une quarantaine d'années en arrière. Au début de ma carrière, j'ai beaucoup travaillé dans les communautés au sujet de la grossesse chez les adolescentes. Nous étions particulièrement préoccupés par les grossesses chez les adolescentes des communautés afro-néo-écossaises et des groupes à faibles revenus. Nous avons créé des centres de santé et des cliniques communautaires. Mais dans bon nombre de ces communautés, en raison de la stigmatisation et de certaines formes de résistance, le taux de participation a été moindre que

address some of those gaps around addressing teen pregnancy issues.

Dr. Francœur: I can take this one easily. I think it's all about building trust. They have to trust — no matter where they come from because there are teens being pregnant in high-income families as well. So they have to feel respected. They have to feel that we care about them. We are so privileged in Canada that teen pregnancy went down, but we can always do better because we want to keep them in school. You know, the youngest girl I delivered was 11. So these things happen in our country. So it's pretty bad.

When I was doing that clinic, we used to lobby everyone who had a wallet around to get money and buy big jars of condoms. They were empty all the time. When they were free, they would use them all the time to prevent pregnancy and sexually transmitted infections. So it worked.

I'll finish quickly on that. We had so much joy around this bill that we are going to host our first public summit for women in November. We want to educate them. We want to let them know what the methods are — so in provinces where pharmacists can work with us hand in hand, women will come and they will already know what they need and what they want because we are going to share as much information. And this is the best way to respect people, to get that knowledge so they can make the best choice for them.

Senator Bernard: You are saying the numbers have come down. Do you have research that looks at if the numbers are coming down, are they coming down across the board or are there still some communities, some population groups where the numbers may not be moving in the direction we would hope?

Dr. Francœur: It's all about access, and access to primary care in our country is, unfortunately, very difficult. So the more people that are going to be around the table — of course, I'm in favour of pharmacists prescribing the pill like school nurses. Many years ago, in Quebec, we saw the first decrease with allowing the nurses in schools to be able to prescribe the pill. That made a big change because it was easy to see someone. This was probably the biggest step that we have taken in decreasing teenage pregnancy. But we need nurses, we need

ce à quoi nous nous attendions. Je ne sais pas si l'une d'entre vous a une expérience des efforts déployés au cours des 20 dernières années environ pour réduire la stigmatisation et pour combler certaines lacunes concernant les enjeux de grossesse chez les adolescentes.

Dre Francœur : Je peux facilement répondre à cette question. Je pense qu'il s'agit avant tout d'instaurer la confiance. Les adolescentes doivent faire confiance aux intervenants, quel que soit leur milieu, car il y a aussi des adolescentes de familles à revenus élevés qui deviennent enceintes. Elles doivent donc se sentir respectées. Elles doivent sentir que nous nous soucions d'elles. Au Canada, nous avons la chance que le nombre de grossesses chez les adolescentes ait diminué, mais nous pouvons toujours faire mieux, car nous voulons qu'elles restent sur les bancs d'école. Vous savez, la plus jeune patiente que j'ai aidé à accoucher avait 11 ans. Ce sont des événements qui arrivent dans notre pays. C'est donc assez grave.

Lorsque je dirigeais la clinique, nous faisons pression sur tous ceux qui avaient un portefeuille pour qu'ils achètent de grands pots de préservatifs. Les pots étaient toujours vides. Lorsque les préservatifs étaient gratuits, les jeunes les utilisaient tout le temps pour éviter les grossesses et les infections transmises sexuellement. L'initiative fonctionnait.

Je terminerai rapidement sur ce point. Ce projet de loi a suscité un tel enthousiasme que nous allons organiser notre premier sommet public pour les femmes en novembre. Nous voulons les sensibiliser. Nous voulons leur faire connaître les méthodes. Ainsi, dans les provinces où les pharmaciens peuvent travailler étroitement avec nous, les femmes sauront déjà ce dont elles ont besoin et ce qu'elles veulent : nous allons effectivement partager autant d'informations que possible. C'est la meilleure façon de respecter les patients : il faut leur faire acquérir les connaissances nécessaires pour qu'ils puissent faire le meilleur choix pour eux.

La sénatrice Bernard : Vous dites que les chiffres ont baissé. Disposez-vous d'études permettant de déterminer si les chiffres sont en baisse de manière générale, ou s'il existe encore des communautés — des groupes dans la population — où les chiffres ne diminuent pas, contrairement à ce que nous voulons?

Dre Francœur : Tout est une question d'accès, et l'accès aux soins primaires est malheureusement très difficile dans notre pays. Donc, plus il y aura de personnes autour de la table... Bien entendu, je suis favorable à ce que les pharmaciens prescrivent la pilule comme les infirmières scolaires. Il y a de nombreuses années, au Québec, nous avons connu une première baisse en autorisant les infirmières scolaires à prescrire la pilule. Cela a changé la donne parce qu'il était facile de consulter un professionnel de la santé. C'est probablement le plus grand pas

physicians and we need people in every community. My day two would be put that on the shelf in the pharmacy. You don't need a prescription if you don't have any —

The Chair: Thank you, Dr. Francœur.

Senator Burey: Thank you so much for being here and giving us your expert testimony. I'm also a physician and I do write prescriptions. I have been in Ontario as well. There are two questions and I'll get them right off the bat. Dr. Francœur and Dr. Reimer, you spoke about the vital importance of passing this bill. I would like you to put a point on this in particular reference to the — you spoke about the access issue — most vulnerable patients. That's the question to you.

Then to Ms. Walker and Dr. Paes: Regarding this bill and pharmacy services, is there anything in this bill that would preclude working out the details in the bilateral agreements?

Dr. Francœur: I would say with low-income women, everything is difficult. Whenever you have to talk about money, you just increase the distance between you and the patient. There is no way out. And like Dr. Reimer said, for years, we have been asking drug companies, give us some samples, give us some IUDs, give us some implants. But nowadays, they don't anymore. Our shelves are all empty. We used to have a lot of free drugs but we don't anymore.

These women are so vulnerable. No matter what age they are — teenagers I would say probably less than the older women. When you talk about money, you make them feel even more vulnerable because you are talking about a dream they will never have. To be sure, they are not going to have children when they already have too many or when they don't want to have one now. So talking about money just makes them feel worse, and the conversation is difficult and it is not respectful.

The Chair: Ms. Walker, the second question was to you.

Ms. Walker: I would say there is nothing in the bill that precludes it. However, it is constantly surprising to us that when we think about pharmacare that we are not talking about those professionals who deliver the programs. So kind of alluding to say on eye care you are just providing glasses but not the actual service that the person who is helping you figure out whether you have the right glasses. For us, they are very closely tied

que nous ayons fait pour réduire le nombre de grossesses chez les adolescentes. Mais nous avons besoin d'infirmières, de médecins et d'intervenants dans chaque communauté. La deuxième journée de ce grand projet, je ferais en sorte que la pilule contraceptive soit en vente libre dans les pharmacies. Nul besoin d'une ordonnance si la personne...

La présidente : Merci, docteur Francœur.

La sénatrice Burey : Merci beaucoup de votre présence et de vos témoignages d'expertes. Je suis également médecin et je rédige des ordonnances. Je travaille également en Ontario. J'ai deux questions à vous poser et je me lance tout de suite. Docteur Francœur et docteur Reimer, vous avez parlé de l'importance vitale d'adopter ce projet de loi. J'aimerais que vous vous prononciez sur cette question, en particulier en ce qui concerne — vous avez parlé de la question de l'accès — les patients les plus vulnérables. C'est la question que je vous pose.

Je m'adresse ensuite à Mmes Walker et Paes, au sujet de ce projet de loi et des services pharmaceutiques. Y a-t-il quoi que ce soit dans ce projet de loi qui empêcherait de régler les détails dans les accords bilatéraux?

Dre Francœur : Je dirais qu'avec les femmes à faibles revenus, tout est difficile. Dès qu'on aborde la question d'argent, la distance entre le médecin et la patiente se creuse. Il n'y a pas d'issue. Et comme l'a dit la Dre Reimer, nous demandons depuis des années aux sociétés pharmaceutiques de nous donner des échantillons, des dispositifs intra-utérins, des implants. Mais de nos jours, elles ne nous en donnent plus. Nos étagères sont vides. Nous avions jadis beaucoup de médicaments gratuits, mais ce n'est plus le cas.

Ces femmes sont tellement vulnérables. Quel que soit leur âge... Je dirais que les adolescentes sont probablement moins vulnérables que les femmes plus âgées. Lorsque vous parlez d'argent, elles se sentent encore plus vulnérables parce qu'il est question d'un rêve qu'elles n'auront jamais. Il est certain qu'elles n'auront pas d'enfants si elles en ont déjà trop ou si elles ne veulent pas en avoir maintenant. Le sujet de l'argent ne fait donc qu'aggraver leur malaise, et la conversation est difficile et peu respectueuse.

La présidente : Madame Walker, la deuxième question s'adresse à vous.

Mme Walker : Je dirais que rien dans le projet de loi n'empêche de régler les détails. Cependant, nous sommes toujours surpris de constater qu'on oublie les professionnels qui mettent en œuvre les programmes lorsqu'il est question de l'assurance médicaments. C'est un peu comme si, dans le cas des soins optométriques, on se contentait de fournir des lunettes, mais qu'on ne parlait pas du service offert par la personne qui

together. If we are having a conversation about just drug costs, we are missing an entire portion of the care that goes along with those drugs.

Senator Brazeau: Thank you all for being with us today. We have heard many witnesses talk about the need to pass this as quickly as possible and without amendment. I guess we understand that the door is kind of unlocked now and it is slightly open. I guess what stakeholders are wanting is for that door to kick wide open and to have future negotiations to include more medications.

My question is: Given the fact you have not proposed any amendments — and, again, we understand that governments are not as open to amendments as one might think because they try to keep it simple — if you were to suggest an amendment or two to strengthen this piece of legislation and to avoid any miscommunication with respect to it, what would that be?

Dr. Reimer: Following Senator Osler's question, as well as Senator Pate's, having a single-payer universal system is certainly a goal that we would like to move towards. That's more than an amendment I would say at this point. From the CMA's perspective, we see this as a critical first step towards universal pharmacare for all Canadians. The two topics that are chosen affect a very large proportion of Canadians. We support this as a way to open that door, as you said, recognizing that we very much want to see it moving towards universality and moving towards a publicly administered system in the future.

For today, we very much value what it offers to Canadians who have been waiting decades to have this covered. In particular, as we talked about, the vulnerability of some of these individuals and the stigma, having coverage for contraceptives will do a lot to change the stigma as well and change the public discourse around what it means to be able to control your own family planning.

Senator Brazeau: Anyone else?

Ms. Walker: We have proposed some amendments to broaden the definition of pharmacare, and I hope the committee will consider that. There is another area in the bill that I would also flag, and that is the area of bulk purchasing.

There is a misconception that governments buy drugs. Pharmacies buy drugs, and then they are reimbursed by governments for those drugs. Bulk purchasing is also predicated

vous aide à déterminer si vous avez les bonnes lunettes. Pour nous, ces deux aspects sont étroitement liés. Si nous nous contentons de parler du coût des médicaments, nous passons à côté de toute une partie des soins qui vont de pair avec ces médicaments.

Le sénateur Brazeau : Je vous remercie toutes d'être présentes aujourd'hui. De nombreux témoins nous ont dit qu'il faut adopter ce projet de loi le plus rapidement possible et sans amendement. Je suppose que nous comprenons que la porte est maintenant en quelque sorte déverrouillée et entrouverte. Je suppose que les parties prenantes souhaitent que cette porte soit grande ouverte et que les négociations futures englobent un plus grand nombre de médicaments.

Ma question est la suivante : étant donné que vous n'avez proposé aucun amendement — et, encore une fois, nous comprenons que les gouvernements ne sont pas aussi ouverts aux amendements qu'on pourrait le penser parce qu'ils préfèrent la simplicité —, si vous deviez en suggérer un ou deux pour renforcer ce projet de loi et éviter toute erreur de communication à son sujet, quels seraient-ils?

Dre Reimer : Pour faire écho à la question de la sénatrice Osler et à celle de la sénatrice Pate, un système universel à payeur unique est assurément un objectif que nous aimerions atteindre. Je dirais qu'à ce stade, cet enjeu est plus qu'un amendement. Selon l'Association médicale canadienne, il s'agit là d'une première étape cruciale vers un régime universel d'assurance médicaments pour l'ensemble des Canadiens. Les deux sujets choisis touchent une très grande proportion de Canadiens. Nous soutenons cette initiative et la voyons comme un moyen d'ouvrir cette porte, comme vous l'avez dit, tout en reconnaissant que nous souhaitons vivement qu'elle nous pousse en aval vers l'universalité et vers un système administré par l'État.

Pour l'instant, nous aimons beaucoup ce que cette proposition offre aux Canadiens qui attendent depuis des décennies d'être couverts. En particulier, comme nous l'avons dit, étant donné la vulnérabilité de certaines de ces personnes et la stigmatisation dont elles font l'objet, le fait d'avoir une couverture pour les contraceptifs fera beaucoup pour contrecarrer cette stigmatisation et changer le discours public sur ce que cela signifie d'être capable de contrôler son propre planning familial.

Le sénateur Brazeau : Est-ce que quelqu'un a quelque chose à ajouter?

Mme Walker : Nous avons proposé des amendements pour élargir la définition de l'assurance médicaments, et j'espère que le comité en tiendra compte. Il y a un autre aspect du projet de loi que j'aimerais souligner, et c'est celui des achats en gros.

On pense à tort que les gouvernements achètent des médicaments, mais ce n'est pas le cas. Les pharmacies achètent des médicaments et sont ensuite remboursées par les

on a concept, which is that you have to buy one particular drug in bulk, and that's what makes us vulnerable to drug shortages. We would recommend the committee think about removing that language in the bill.

The Chair: If I may, I need to ask Ms. Walker a question of clarification since you are suggesting the bill be amended to include pharmacy services. Are pharmacy services, in your view, adequately accommodated for in provincial agreements?

Ms. Paes: I think there is always room for improvement.

The Chair: But they are provided for in provincial agreements?

Ms. Paes: There are services that are available through provincial plans, yes.

The Chair: Thank you.

Senator Seidman: Thank you for allowing me to return to the issue of drug shortages. You mentioned, Ms. Walker, that there is this risk. If you look at the list of medications that the government has proposed — we heard a lot about this yesterday in witness testimony — the list is a lot smaller than a lot of provincial formularies and certainly than that of private providers. Looking specifically at the diabetes medications, I have a chart here that shows the total cost covered by health benefit plans by medication, class and province. If you look down, by province, at the diabetes medications, they give you the total cost of the medication class by province and the percent that is not on the federal list. More than 80% of all the diabetes medications that are covered by each province are not on the current list of coverage for diabetes.

So the current list seems to cover a single version of each of the products selected, which means it is reliant on a single manufacturer, which then increases supply chain problems. I'm putting it out there for you because I think plus 80% of the medications not being covered that are currently covered by the provinces and private providers is alarming.

Ms. Walker: I think the concept of trying to move diabetes patients primarily to this list — same for contraception — is challenging because, as you mentioned, pharmacists will stock what is covered and what people take. When they are making those decisions — and I can't speak for manufacturers — they'll make decisions on whether they want to bring product to Canada. If it is not something they feel they will be selling a lot of, then they are not going to be providing that. There are a lot of

gouvernements. L'achat en gros repose également sur un concept, à savoir que vous devez acheter un médicament particulier en gros, et c'est ce qui nous rend vulnérables aux pénuries de médicaments. Nous recommandons au comité d'envisager de supprimer cette formulation dans le projet de loi.

La présidente : Si vous le permettez, puisque vous suggérez que le projet de loi devrait être amendé pour inclure les services pharmaceutiques, je dois demander une précision à Mme Walker. À votre avis, les services pharmaceutiques sont-ils adéquatement pris en compte dans les ententes provinciales?

Mme Paes : Je crois que l'on peut toujours faire mieux.

La présidente : Ces services sont couverts dans les accords provinciaux, non?

Mme Paes : Il y a des services qui sont offerts par les régimes provinciaux, oui.

La présidente : Merci.

La sénatrice Seidman : Je vous remercie de me permettre de revenir sur la question des pénuries de médicaments. Vous avez souligné, madame Walker, que le risque de pénuries existe. La liste de médicaments que le gouvernement a proposée — nous en avons beaucoup entendu parler dans les témoignages d'hier — est bien plus courte que beaucoup de listes de régimes provinciaux et assurément que celles que proposent les fournisseurs privés. En ce qui concerne plus particulièrement les médicaments contre le diabète, j'ai ici un tableau qui montre le coût total couvert par les régimes d'assurance maladie, par médicament, par catégorie et par province. Si vous regardez les médicaments contre le diabète par province, vous trouverez le coût total de la catégorie de médicaments par province et le pourcentage qui ne figure pas sur la liste fédérale. Plus de 80 % de tous les médicaments contre le diabète couverts par chaque province ne figurent pas sur la liste de médicaments contre le diabète proposée en ce moment.

La liste actuelle semble donc couvrir une seule version de chacun des produits sélectionnés. Cela signifie que l'on dépend d'un seul fabricant, ce qui accroît les risques de problèmes relatifs à la chaîne d'approvisionnement. Je vous présente cette liste parce que je pense qu'il est inquiétant de constater que plus de 80 % des médicaments actuellement couverts par les provinces et les fournisseurs privés ne sont pas pris en charge par le régime proposé.

Mme Walker : Je pense que l'idée d'essayer de faire passer les patients diabétiques à cette liste et principalement à cette dernière — même chose pour la contraception — est problématique parce que, comme vous l'avez dit, les pharmaciens stockent ce qui est couvert et ce que les gens prennent. En prenant ces décisions — et je ne peux pas parler pour les fabricants —, ils décident si, oui ou non, ils souhaitent permettre l'entrée de tel ou tel produit au Canada. S'il ne s'agit

case examples of drugs for cancer, for example, where there used to be seven or eight manufacturers, now there are two or three. But when one of them goes short, the others can't keep up and that's when we cause ourselves a shortage. I think we have to be thoughtful about the kinds of lists we put forward and be mindful that we need a large number of options for patients, and also make sure that manufacturers bring their product to the Canadian market.

Senator Seidman: Thank you.

Senator Moodie: I'm thinking about global security for drug access — supply chains, in other words. I thought we heard from Canada's Drug Agency, or CDA, in testimony, but I have certainly had conversations with them and I have heard that as part of drug purchasing, the expectation that they would create a stable protected drug supply will be part of their responsibility.

I also think I have heard somewhere along the line on these travels that as well as creating agreements with pharmaceutical companies to provide drugs, there are ways that other jurisdictions have placed financial responsibility on these companies and as part of these deals, for lack of availability of their drugs — a serious disincentive for them, therefore, to interrupt supply — it very much transfers the responsibility on to them if there is an interrupted supply.

I'm wondering how in a new world, perhaps, where this might be the way we, as a country, and as other countries have gone might consider the development of this kind of agency moving in this direction. What are your thoughts about this? It would certainly take the responsibility away from the pharmacy that feels the responsibility to protect access to drugs.

Ms. Walker: We are incredibly supportive of any action that will help protect Canada's drug supply. There are many issues, and I know we don't have a lot of time to talk about that. I'm happy to come back on this issue.

Each drug shortage in Canada has a different cause. Some are caused by high demand, some because there is an issue in a plant that had to close down for a period and it doesn't provide it. But Canada is also 2% of the global market, which presents its own challenges.

pas d'un produit qu'ils pensent pouvoir vendre en grande quantité, ils ne l'offriront pas. Il existe de nombreux exemples de médicaments contre le cancer, par exemple, pour lesquels il y avait sept ou huit fabricants, alors qu'il n'en reste que deux ou trois aujourd'hui. Or, lorsque l'un d'entre eux disparaît de l'équation, les autres ne peuvent pas suivre et nous nous retrouvons avec des pénuries. Je pense que nous devons réfléchir aux types de listes que nous proposons et garder à l'esprit que nous avons besoin d'un grand nombre d'options pour les patients, tout en veillant à ce que les fabricants puissent faire entrer leurs produits sur le marché canadien.

La sénatrice Seidman : Je vous remercie.

La sénatrice Moodie : Je pense à la sécurité de l'accès aux médicaments dans une perspective mondiale, à la sécurité des chaînes d'approvisionnement, en somme. Je pense que nous avons entendu le témoignage de l'Agence canadienne des médicaments, ou ACM. Sauf que j'ai eu des discussions avec les gens de cet organisme au cours desquelles j'ai entendu dire que, dans le cadre de l'achat de médicaments, on s'attend à ce que l'agence crée un approvisionnement stable et protégé, et que cela fera partie de ses responsabilités.

Je pense également avoir entendu quelque part au cours de ces voyages qu'en plus de conclure des accords avec des sociétés pharmaceutiques pour fournir des médicaments, il existe des moyens par lesquels d'autres administrations ont placé la responsabilité financière sur ces sociétés. Or, aux termes des ententes en la matière, la responsabilité de la chute de la disponibilité de leurs médicaments leur sera très largement transférée, ce qui est une façon plutôt efficace de les dissuader d'interrompre l'approvisionnement.

Je me demande comment, dans un monde nouveau où cela pourrait devenir la direction que nous avons décidé de prendre en tant que pays — à l'instar d'autres pays —, nous pourrions envisager la création d'une agence de ce type qui aurait cette orientation. Qu'en pensez-vous? Cela enlèverait certainement la responsabilité des épaules de la pharmaceutique qui se sent responsable de protéger l'accès aux médicaments.

Mme Walker : Nous sommes extrêmement favorables à toute action visant à protéger l'approvisionnement en médicaments au Canada. Il y a de nombreux problèmes, et je sais que nous n'avons pas beaucoup de temps pour en parler. Je suis heureuse de pouvoir revenir là-dessus.

Chaque pénurie de médicaments au Canada a une cause différente. Certaines sont dues à une forte demande, d'autres à un problème dans une usine qui a dû fermer pendant un certain temps et cesser de fournir un médicament donné. Or, il faut aussi tenir compte du fait que le Canada représente 2 % du marché mondial, ce qui pose certains problèmes particuliers.

If I think back to some of the COVID vaccines that we were able to get at sort of the front of the line, we paid for that access. It is important when thinking about this that it is not just one lever that we need to pull but to think about where we want to be as a country in terms of access. Are we trying to provide broad access or fairly limited access for Canadians? I think what we have heard from Canadians is they want to know they have broad access to medications that will work for them, and we want to be financially responsible for that, but they are sometimes trade-offs on how you think about access.

Senator Osler: May I read my question into the record? It's for CPA to request a written response, and then cede the rest of my time to the sponsor of the bill, Senator Pate.

The Chair: Sure.

Senator Osler: You suggested an amendment to broaden the definition of pharmacare to include pharmacy services. Could that change in definition be a step towards harmonizing national pharmacare across provinces and territories? If the definition is not changed, what could be a possible consequence? Could I have a written response, please?

Senator Pate: Thank you very much, Senator Osler. Mine is a follow-up to Senator Moodie's question. In New Zealand, where bulk purchasing is an issue, one of the things they have been able to negotiate contracts where the manufacturers are responsible for security of supply, including by requiring manufacturers to pay costs associated with sourcing alternative suppliers if they run out of stock. Why wouldn't that be an option that's available in Canada? If we don't have time, could you provide a written response?

The Chair: We don't have time. Colleagues, I remind you that the next panel has pharmacy experts on it, so you can put some of those questions to them again.

To our witnesses, thank you very much. You have really helped us a great deal in understanding your perspectives. Thank you.

For our next panel, we welcome the following witnesses joining us in person: from the Neighbourhood Pharmacy Association of Canada, Dr. Shelita Dattani, Senior Vice President, Pharmacy Affairs and Stakeholder Relations, and Marie-Claude Vézina, Board Chair; from Association québécoise des pharmaciens propriétaires, Benoit Morin, President, and Jean Bourcier, Vice President and Chief Executive Officer. Joining us by video conference from the Canadian Association for

Si l'on pense à certains vaccins COVID que nous avons pu obtenir en quelque sorte en première ligne, on se rappelle que cela a eu un prix. Lorsque l'on réfléchit à cette question, il est important de ne pas se contenter d'actionner un seul levier, mais de se demander où nous voulons être en tant que pays en ce qui concerne l'accès. Essayons-nous d'offrir un vaste accès aux Canadiens ou un accès relativement limité? Je pense que ce que les Canadiens nous ont dit, c'est qu'ils veulent avoir un vaste accès aux médicaments qui leur conviennent, et nous voulons que cela se fasse de façon financièrement responsable. Or, il y a parfois des compromis à faire sur la façon d'envisager l'accès.

La sénatrice Osler : Puis-je lire ma question pour qu'elle soit portée au compte rendu? J'aimerais avoir une réponse écrite de la part de l'Agence canadienne des médicaments, puis je céderai le reste de mon temps de parole à la marraine du projet de loi, la sénatrice Pate.

La présidente : Bien sûr.

La sénatrice Osler : Vous avez proposé un amendement visant à élargir la définition de l'assurance médicaments pour y inclure les services pharmaceutiques. Ce changement de définition pourrait-il constituer une étape vers l'harmonisation des régimes d'assurance médicaments dans les provinces et les territoires? Si la définition n'est pas modifiée, quelles pourraient en être les conséquences? Pourrais-je avoir une réponse écrite, s'il vous plaît?

La sénatrice Pate : Merci beaucoup, madame Osler. Ma question fait suite à celle de la sénatrice Moodie. En Nouvelle-Zélande, où les achats en gros posent problème, le gouvernement a réussi à négocier des contrats aux termes desquels les fabricants sont responsables de la sécurité de l'approvisionnement, notamment parce qu'on exige d'eux qu'ils prennent en charge les coûts liés à la recherche d'autres fournisseurs en cas de rupture de stock. Pourquoi cette option ne serait-elle pas de mise au Canada? Si nous manquons de temps, pourriez-vous fournir une réponse écrite?

La présidente : Le temps nous manque. Chers collègues, je vous rappelle que le prochain groupe de témoins est composé d'experts en pharmacie et que vous pourrez donc leur poser à nouveau certaines de ces questions.

Je remercie nos témoins. Vous nous avez beaucoup aidés à comprendre vos points de vue sur la question. Merci.

Pour notre prochain groupe d'experts, nous accueillons les témoins suivants qui se joignent à nous en personne : de l'Association canadienne des pharmacies de quartier, Shelita Dattani, et Marie-Claude Vézina, présidente du conseil d'administration; de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, Benoit Morin, président, et Jean Bourcier, vice-président et directeur général. Angelique Berg, présidente et cheffe de la direction de l'Association canadienne de la gestion

Pharmacy Distribution Management, Angelique Berg, President and Chief Executive Officer. Thank you for joining us today. We will begin with opening remarks from Dr. Dattani followed by Mr. Morin and Ms. Berg. You will each have five minutes for your opening statements. Dr. Dattani, let's start with you.

Shelita Dattani, Senior Vice President, Pharmacy Affairs and Stakeholder Relations, Neighbourhood Pharmacy Association of Canada: Thank you very much. Good afternoon, senators. My name is Shelita Dattani. I am a practising pharmacist here in Ottawa, and I am very passionate about the role that pharmacy teams play across the country. I am also the Senior Vice President of Pharmacy Affairs and Strategic Engagement at the Neighbourhood Pharmacy Association of Canada.

We represent Canada's pharmacies, from the independent community pharmacy like the one my dad owned here in Ottawa for 31 years to all the diverse models of pharmacies. We care for Canadians through over 12,000 pharmacies in urban, suburban, rural, remote and First Nations communities. Thank you for having me here today to speak on behalf of our members across the country.

Neighbourhood Pharmacy strongly believes that all Canadians must have access to the medications that they need when they need them. As someone who has worked behind the pharmacy counter, I have seen first-hand the struggles of my patients without drug coverage, as we talked about previously, whether patients who don't know if their child's insulin is fully covered by their plan or the young woman who doesn't have any coverage for her contraception, as we discussed during the last session.

Helping patients access and navigate their drug coverage every day gives us the insights on what works, what doesn't work and where the gaps are. It also means we can help support you as policy-makers to achieve what we believe is our common goal.

The vast majority of Canadians already have some access to some form of medication coverage through their provincial drug programs, employee benefit programs or other private programs, and most of them are happy with it.

The government's top priority should be extending medications to the small percentage of Canadians who don't have it while also ensuring that we don't disrupt the coverage that a majority of Canadians already enjoy today.

de l'approvisionnement pharmaceutique, se joint à nous par vidéoconférence. Je vous remercie de vous être joints à nous aujourd'hui. Nous commencerons par la déclaration liminaire de la Dre Dattani, qui sera suivie de la déclaration de M. Morin et de celle de Mme Berg. Vous disposez de cinq minutes chacun pour vos déclarations. Madame Dattani, commençons par vous.

Shelita Dattani, vice-présidente principale, Affaires pharmaceutiques et relations avec les intervenants, Association canadienne des pharmacies de quartier : Merci beaucoup. Bonjour, mesdames et messieurs les sénateurs. Je m'appelle Shelita Dattani. Je suis pharmacienne praticienne ici à Ottawa et je prends très à cœur le rôle que jouent les pharmaciens dans tout le pays. Je suis également vice-présidente principale des affaires pharmaceutiques et de l'engagement stratégique à l'Association canadienne des pharmacies de quartier.

Nous représentons les pharmacies du Canada, qu'il s'agisse de pharmacies de quartier indépendantes, comme celle que mon père a tenue ici à Ottawa pendant 31 ans, ou de n'importe quel autre type de pharmacie. Nous prenons soin des Canadiens par l'intermédiaire de plus de 12 000 pharmacies situées dans les villes, les banlieues, les collectivités rurales, les collectivités éloignées et celles des Premières Nations. Je vous remercie de m'accueillir aujourd'hui pour parler au nom de nos membres de l'ensemble du pays.

L'Association canadienne des pharmacies de quartier croit fermement que tous les Canadiens doivent avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin. Ayant travaillé derrière le comptoir dans une pharmacie, j'ai vu de mes propres yeux les difficultés que peuvent avoir mes patients sans assurance médicaments, comme cela a déjà été dit, qu'il s'agisse de ceux que ne savent pas si l'insuline de leur enfant est entièrement couverte par leur régime ou de la jeune femme qui n'a pas d'assurance pour ses moyens de contraception, comme cela a été dit lors de la dernière séance.

Comme nous aidons chaque jour nos patients à accéder à leur assurance médicaments et à s'y retrouver, nous savons ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas et où sont les lacunes. Cela signifie également que nous pouvons vous aider, vous, les décideurs, à atteindre ce que nous croyons être notre objectif commun.

La grande majorité des Canadiens ont déjà accès à une certaine forme de couverture pour leurs médicaments grâce à leurs programmes provinciaux d'assurance médicaments, de leurs régimes d'avantages sociaux ou d'autres programmes privés, et la plupart d'entre eux en sont satisfaits.

La priorité du gouvernement devrait être d'étendre l'accès aux médicaments au petit pourcentage de Canadiens qui ne bénéficient pas de ces régimes, tout en veillant à ne pas nuire à la couverture dont la majorité des Canadiens jouissent déjà actuellement.

As pharmacy owners and operators, we have seen the disruption that can be caused to patient access when government programs are set up to replace coverage that already exists.

For example, in 2018, the OHIP+ program in Ontario sought to provide comprehensive medication coverage to Ontarians under the age of 25 whether they had existing coverage or not based on the Ontario provincial drug formulary. This was well-intentioned to ensure no youth was left behind, but in reality, the government paid millions more than needed for medications Ontarians were already accessing. Many of these young adults faced a disruption when their coverage changed or the medication — maybe the antidepressant they were stabilized on was not now covered by the provincial formulary. So many of us, again, as we have discussed, spend a lot of time trying to help these patients navigate the system and deal with the emotional and mental frustration over examples like this.

I think about one of my colleague's patients, a child with cancer who was receiving chemotherapy that was covered by their parents' plan. When the switch happened in Ontario, the chemotherapy drugs were not automatically covered by OHIP+ under the formulary, and their private plan withdrew coverage as soon as OHIP+ came into effect. The child did end up qualifying for OHIP coverage through an Exceptional Access Program in Ontario, but the doctor had to fill out an application and paperwork. This process took eight weeks during which time the child was unable to receive their drugs. Imagine the emotional toll this took on the family.

As this committee considers Bill C-64, it is essential that patients like this are not placed at risk of having to change programs or medications because of a national policy.

As pharmacists, business owners and Canadians, we also understand our responsibility to be fiscally pragmatic. A program that replaces all existing coverage for contraceptives and diabetes medications could cost, by our analyses, nearly \$900 million per year, yet providing coverage for only those uninsured would achieve the same objective at a third of that cost. Working collaboratively with each province and territory to equitably build up their existing programs, public and private, and fill gaps in coverage would allow taxpayer dollars to be targeted where they are so desperately needed across health care right now.

En tant que propriétaires et exploitants de pharmacies, nous avons été témoins des perturbations qui peuvent être causées à l'accès des patients lorsque des programmes gouvernementaux sont mis en place pour remplacer une couverture existante.

Par exemple, en 2018, le programme OHIP+ en Ontario a cherché à fournir une couverture complète des médicaments aux Ontariens de moins de 25 ans, détenteurs ou non d'une couverture à cet égard, en se basant sur la liste provinciale de médicaments de l'Ontario. Cette initiative partait d'une bonne intention, à savoir veiller à ce qu'aucun jeune ne soit laissé pour compte, mais en réalité, le gouvernement a payé des millions de dollars de plus que nécessaire pour des médicaments auxquels les Ontariens avaient déjà accès. Beaucoup de ces jeunes adultes ont dû faire face à des bouleversements lorsque leur couverture a changé ou que le médicament qu'il prenait — peut-être un antidépresseur qui leur avait permis de se stabiliser — a cessé d'être couvert en vertu de la liste provinciale. Beaucoup d'entre nous, comme nous l'avons dit, passent un temps considérable à essayer d'aider ces patients à naviguer dans le système et à faire face à la frustration émotionnelle et mentale que peuvent causer des exemples comme celui-là.

Je pense à l'un des patients de ma collègue, un enfant atteint d'un cancer qui recevait une chimiothérapie couverte par le régime de ses parents. Lorsque le changement est entré en vigueur en Ontario, les médicaments de chimiothérapie que prenait l'enfant ont du jour au lendemain cessé d'être couverts en vertu de la liste appliquée par OHIP+, et le régime privé qui assurait leur couverture a lui aussi cessé de les couvrir. L'enfant a fini par être admissible à la couverture de l'OHIP par le truchement du Programme d'accès exceptionnel de l'Ontario, mais le médecin a dû remplir une demande et des documents. Cette procédure a duré huit semaines, période durant laquelle l'enfant n'a pas pu recevoir ses médicaments. Imaginez la détresse que cela a pu causer à la famille.

Dans le cadre de l'examen du projet de loi C-64 qu'effectue votre comité, il est essentiel de garder à l'esprit qu'il faut veiller à ce que des patients comme celui-là n'aient pas à changer de régime ou de médicament à cause d'une politique nationale.

En tant que pharmaciens, propriétaires d'entreprise et Canadiens, nous comprenons également notre responsabilité d'être réalistes sur le plan financier. Un programme qui remplacerait toutes les couvertures existantes pour les contraceptifs et les médicaments contre le diabète pourrait coûter, selon nos analyses, près de 900 millions de dollars par an, alors que la couverture des seuls non assurés permettrait d'atteindre le même objectif pour un tiers de cette somme. En travaillant en collaboration avec chaque province et territoire pour renforcer équitablement les régimes existants, publics et privés, et combler les lacunes en matière de couverture, l'argent des contribuables pourra être utilisé là où il sera le plus utile — et nécessaire — dans le domaine de la santé à l'heure actuelle.

While our patients' access to care will always be our top priority, we can't overlook the impact these types of programs can have on pharmacies and the services that we provide. Pharmacies pay for their rent, their staff and their inventory, primarily through dispensing fees and markups. These fees, which is how we are funded, are reduced in publicly funded programs and will be in single-payer pharmacare. As pharmacy operating funds decrease, so does our ability to stay open to serve the communities that we need to, and an unintended consequence of single-payer pharmacare could very well be a reduction in pharmacy services and medication access.

As we have heard from other colleagues, Canadians are relying on pharmacies more than ever now to access medication, to access vaccination-related needs and services. So we need to ensure that we're building a pharmacare program that increases access to health care, not reduces it. We're calling on the Senate and all parliamentarians to ensure that through this legislation, it is made clear that any national pharmacare program must prioritize Canadians who do not have coverage and those with insufficient coverage. No existing plan should be displaced or disrupted as part of national pharmacare.

Work hand in hand with provincial and territorial governments to build on their existing plans. In our own engagement with provincial governments, we know that governments know their residents and their needs. Their input is essential for a national program to be a success.

And, finally, partner with medication experts and pharmacy operators like us. Bring us into the implementable solutions that can ensure that all Canadians have access to the medications they need when they need them.

We do commend the federal government for their work thus far, but we feel we must get this program right. Canadians are counting on us. Thank you very much for the invitation.

The Chair: Thank you very much. Mr. Morin.

Benoit Morin, President, Association québécoise des pharmaciens propriétaires: Thank you, Madam Chair.

Comme l'accès de nos patients aux soins sera toujours notre priorité absolue, nous ne pouvons pas négliger l'impact que ces types de programmes peuvent avoir sur les pharmacies et les services qu'elles fournissent. Les pharmacies paient leur loyer, leur personnel et leur stock, principalement par l'intermédiaire d'honoraires et de marges. Ces honoraires qui constituent notre mode de financement sont réduits lorsqu'il s'agit de programmes financés par l'État, et ils le seront aussi dans le cadre d'une assurance médicaments à payeur unique. À mesure que les fonds d'exploitation des pharmacies diminuent, notre capacité à rester ouverts pour servir les communautés que nous devons servir diminue. Une conséquence involontaire de l'assurance médicaments à payeur unique pourrait bien être un recul de l'offre de services pharmaceutiques et de l'accès aux médicaments.

Comme d'autres collègues nous l'ont dit, les Canadiens comptent plus que jamais sur les pharmacies pour se procurer des médicaments ainsi que pour accéder aux services entourant la vaccination. Nous devons donc veiller à mettre en place un régime d'assurance médicaments qui améliore l'accès aux soins de santé, et non qui le réduit. Nous demandons donc au Sénat et à tous les parlementaires de veiller à ce que ce projet de loi affirme clairement que tout programme national d'assurance médicaments doit donner la priorité aux Canadiens qui n'ont pas de couverture et à ceux dont la couverture est insuffisante. Aucun régime existant ne devrait être supplanté ou perturbé par l'instauration d'un régime national d'assurance médicaments.

Nous vous demandons de travailler en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour bâtir à partir des régimes existants. Notre engagement auprès des gouvernements provinciaux nous a permis de voir que ces derniers connaissent leurs habitants et les besoins de ces derniers. La contribution des provinces et des territoires est essentielle à la réussite d'un programme national.

Enfin, nous vous exhortons à établir des partenariats avec des experts en médicaments et des exploitants de pharmacies comme nous. Faites-nous participer à la mise en œuvre des solutions qui permettront à tous les Canadiens d'avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin au moment où ils en ont besoin.

Nous félicitons le gouvernement fédéral pour le travail qu'il a accompli jusqu'à présent, mais nous pensons que nous devons améliorer ce programme. Les Canadiens comptent sur nous. Je vous remercie de nous avoir invités à comparaître.

La présidente : Merci beaucoup. Monsieur Morin, vous avez la parole.

Benoit Morin, président, Association québécoise des pharmaciens propriétaires : Merci, madame la présidente.

[Translation]

Honourable senators, thank you for inviting me to appear before you, as President of the Association québécoise des pharmaciens propriétaires, as well as my colleague Jean Bourcier, Vice President and Chief Executive Officer. We represent the 2,092 pharmacist-owners of the 1,891 community pharmacies in Quebec, regardless of chain or company.

Quebec has an important distinction: you have to be a pharmacist to own a pharmacy. This ensures that professional independence and ethics take precedence over business decisions, and that patient well-being is at the heart of our priorities.

I would like to begin by saying that our association supports the Government of Canada's commitment to improving the accessibility and affordability of prescription drugs for all Canadians.

I would also like to remind you that all Quebeckers have had access to universal drug coverage since 1997. At present, out-of-pocket expenses are established on an equitable basis among insured individuals, even at \$0 for some, regardless of their health condition.

Implementing a no-cost approach for the two targeted conditions would only create inequity between patients based on their medical condition. We believe that ensuring that deductible and co-insurance levels are set objectively, taking into account the needs of all patients, is a better way to intervene.

Even so, this won't solve the real problem of drug coverage for patients outside the current Quebec system. A small portion of the population doesn't take advantage of their insurance plan, even though it is mandatory. The real problem of access is one of public health. Mental health issues, lack of understanding or education, or fears about taking medication are real barriers to access for this small segment of the population. A single-payer public plan will not solve the problem.

The best solution would therefore be to address the barriers related to social factors and intervene with targeted public health programs. For example, when it comes to contraceptives, a woman may not want this type of medication to appear on a spouse's or parent's insurance record and may choose not to use it, even though her situation requires it. In this context, a targeted, no-cost program may be beneficial. In the case of diabetes, we need to address other factors that explain a patient's failure to take their medication, such as mental health issues.

[Français]

Honorables sénateurs, je vous remercie de m'avoir invité à témoigner devant vous à titre de président de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, ainsi que mon collègue Jean Bourcier, vice-président exécutif et directeur général. Nous représentons les 2 092 pharmaciens propriétaires des 1 891 pharmacies communautaires réparties sur le territoire québécois, peu importe la chaîne ou la bannière.

Le Québec possède une particularité importante : il faut être pharmacien pour être propriétaire d'une pharmacie. Cela fait en sorte que l'indépendance professionnelle et la déontologie ont préséance sur les décisions d'affaires et que le bien-être du patient est au cœur de nos priorités.

D'entrée de jeu, je veux souligner que notre association appuie la volonté du gouvernement du Canada d'améliorer l'accessibilité et le caractère abordable des médicaments sur ordonnance pour tous les Canadiens.

Je tiens aussi à rappeler que l'ensemble des Québécois ont accès à une couverture universelle d'assurance médicaments depuis 1997. Les frais assumés par les patients actuellement sont établis de façon équitable entre les assurés, même à 0 \$ pour certains, peu importe leur condition de santé.

La mise en place d'une approche où les assurés n'auront aucuns frais à déboursier pour les deux conditions ciblées n'aurait pour effet que de mettre en place une iniquité entre les patients selon leur condition médicale. Nous croyons que veiller à ce que les plateaux de franchise et de coassurance soient établis de manière objective, en tenant compte des besoins de tous les patients, est un meilleur moyen d'intervenir.

Malgré tout, cela ne réglerait pas le véritable problème de prise de médicaments pour les patients qui échappent au système québécois actuel. Une faible portion de la population ne se prévaut pas de son régime d'assurance, même si ce régime est obligatoire. Le réel problème d'accès en est un de santé publique. Les enjeux de santé mentale, le manque de compréhension ou d'éducation ou les craintes liées à la prise de médicaments sont de réelles barrières à l'accès pour cette petite portion de la population. Un régime public à payeur unique ne réglerait pas la situation.

La meilleure piste de solution serait donc de se pencher sur les barrières liées aux facteurs sociaux et d'intervenir avec des programmes de santé publique ciblés. Par exemple, lorsqu'il est question de contraception, une femme pourrait ne pas vouloir que ce type de médicament apparaisse dans le dossier d'assurance d'un conjoint ou d'un parent et pourrait choisir de ne pas y recourir, bien que sa situation l'exige. Dans ce cadre, un programme de gratuité ciblé peut être bénéfique. Dans le cas du diabète, on doit s'attaquer aux autres facteurs qui expliquent qu'un patient ne prend pas ses médicaments, par exemple des enjeux de santé mentale.

It's also important to ensure that the system, as proposed, does not itself hinder accessibility. Community pharmacies in Quebec are distinguished by their accessibility and front-line care. Pharmacy teams offer a multitude of services that go far beyond dispensing and monitoring medications. The Quebec network of community pharmacies is accessible and well distributed across the province, giving many Quebecers access to their services. However, the successful deployment of these services is closely linked to the financial health of the pharmacies and, as a result, to their funding. Designing a national single-payer plan in Quebec would jeopardize the pharmacy model at the expense of patients.

Currently, Quebec pharmacies are funded mainly by professional fees for dispensing and monitoring medications. Variations in these fees can influence the ability of pharmacies to develop services for patients. The mixed public-private system allows pharmacies to provide their services in a predictable and stable manner for the plan administrator, the Régie de l'assurance maladie du Québec.

It is precisely this flexibility that allows Quebec pharmacies to grow, to be present in all regions and to offer a multitude of services to patients. Without this flexibility, the financial health of the pharmacy network would be undermined, with even greater repercussions in remote areas.

I'd also like to point out that the Quebec model meets the objectives set by the proposed national plan by promoting accessibility, affordability and optimal use of pharmaceutical products, and by providing universal coverage for all residents.

In conclusion, designing a national single-payer plan in Quebec would be counterproductive. What's more, it would weaken Quebec's community pharmacy model, a network firmly rooted in communities and envied by every Canadian province. If we really want to improve access drugs in Quebec, it's important to look at the real reasons why patients don't get their drugs.

Thank you, Madam Chair.

[English]

The Chair: Thank you very much, Mr. Morin.

Ms. Berg, please.

Il faut aussi s'assurer que le régime, tel qu'il est proposé, ne nuit pas lui-même à l'accessibilité. Les pharmacies communautaires au Québec se distinguent par leur accessibilité et leur offre de soins de première ligne. Les équipes en pharmacie offrent une multitude de services qui vont bien au-delà de la distribution et de la surveillance des médicaments. Le réseau québécois des pharmacies communautaires est accessible et bien réparti sur le territoire, ce qui permet à un bon nombre de Québécois d'avoir accès à leurs services. Or, le bon déploiement de cette offre de services est intimement lié à la santé financière des pharmacies, et donc à leur financement. Concevoir un régime national à payeur unique au Québec mettrait en péril le modèle de pharmacie au détriment des patients.

Actuellement, le financement des pharmacies québécoises repose principalement sur les honoraires professionnels liés à la distribution des médicaments et à la surveillance. La variation de ces honoraires peut influencer la capacité des pharmacies à développer des services pour les patients. Le système mixte public-privé permet aux pharmacies d'offrir leurs services de manière prévisible et stable pour le gestionnaire du régime, qui est la Régie de l'assurance maladie du Québec.

C'est précisément cette flexibilité qui permet aux pharmacies québécoises de se développer, d'être présentes dans toutes les régions et d'offrir une multitude de services aux patients. Sans cette souplesse, la santé financière du réseau des pharmacies serait mise à mal, avec des répercussions encore plus importantes en région éloignée.

Je tiens également à rappeler que le modèle québécois répond aux objectifs établis par le régime national proposé en favorisant l'accessibilité, l'abordabilité ainsi que l'utilisation optimale des produits pharmaceutiques et en prévoyant une couverture universelle pour tous ses résidents.

En conclusion, concevoir un régime national à payeur unique au Québec serait contre-productif. De plus, cela fragiliserait le modèle des pharmacies communautaires du Québec, un réseau bien ancré dans les communautés et envié par toutes les provinces canadiennes. Si l'on veut vraiment améliorer l'accès aux médicaments au Québec, il faut se pencher sur les vraies raisons qui font en sorte que le patient ne se procure pas ses médicaments.

Merci, madame la présidente.

[Traduction]

La présidente : Merci beaucoup, monsieur Morin.

Madame Berg, allez-y.

Angelique Berg, President and Chief Executive Officer, Canadian Association for Pharmacy Distribution Management: Thank you, Madam Chair and members of the committee. It is a pleasure to participate today.

I am Angelique Berg, President and CEO at CAPDM, the Canadian Association for Pharmacy Distribution Management. CAPDM is the trade association for distributors that handle over 90% of the medicines our country consumes. With their trading partners, distributors form our safe, timely and reliable supply chain that ensures physical access to medications.

So, naturally, we support the aim of Bill C-64. We support both affordability and access to medications for all Canadians, in balance, and not at the expense of one or the other.

We seek and encourage greater clarity with regard to Bill C-64. Many aspects have yet to be articulated and are to be determined after Royal Assent, which presents concerns about the potential risks and the impact to supply chain stakeholders.

I have no doubt many of you are meeting CAPDM for the first time today, so I'll provide some basics about the supply chain because, similar to how electricity reaches our homes, we rarely think about how our medicines get to us, so long as they do.

The supply chain begins with manufacturers, who sell to distributors, who then sell to pharmacies and hospitals. It is a pull model where prescriber and patient demand drive purchases by pharmacies and hospitals, which drives purchases by distributors for manufacturers. The majority of our supply chain companies are CAPDM members and form the critical infrastructure that equips the health care system and its professionals with medicines for the patients they treat.

Distributors are important pharmacare stakeholders, streamlining orders and deliveries for 15,000 products between hundreds of manufacturers and over 12,000 points of dispensing. This consolidation is estimated to deliver savings to the country of over \$1 billion annually. Their safety stock also provides a short-term shortage buffer against drug shortages.

Angelique Berg, présidente et chef de la direction, Association canadienne de la gestion de l'approvisionnement pharmaceutique : Merci, madame la présidente et chers membres du comité. Je suis ravie de participer à la séance d'aujourd'hui.

Je suis Angelique Berg, présidente et chef de la direction de l'Association canadienne de la gestion de l'approvisionnement pharmaceutique, qui gère plus de 90 % des médicaments que consomme notre pays. Les distributeurs et leurs partenaires commerciaux forment une chaîne d'approvisionnement sûre, rapide et fiable, qui garantit l'accès physique aux médicaments.

Nous soutenons donc naturellement l'objectif du projet de loi C-64. Nous appuyons à la fois l'abordabilité des médicaments et leur accessibilité pour l'ensemble des Canadiens et des Canadiennes, mais nous souhaitons que l'on établisse un équilibre entre ces deux aspects, de façon à ce que l'un ne nuise pas à l'autre.

Nous demandons et encourageons la clarification du projet de loi C-64. De nombreux aspects n'ont pas encore été bien articulés et ne le seront qu'après l'obtention de la sanction royale, ce qui génère des préoccupations quant aux risques et aux conséquences possibles pour les intervenants de la chaîne d'approvisionnement.

Je ne doute pas que beaucoup d'entre vous rencontrent aujourd'hui l'Association canadienne de la gestion de l'approvisionnement pharmaceutique pour la première fois. Je vais donc vous fournir quelques renseignements de base sur la chaîne d'approvisionnement, car, comme c'est le cas pour l'acheminement de l'électricité vers nos foyers, nous pensons rarement à la façon dont nos médicaments nous parviennent, tant qu'ils nous parviennent.

La chaîne d'approvisionnement commence avec les fabricants, qui vendent les médicaments aux distributeurs, qui les vendent ensuite aux pharmacies et aux hôpitaux. Il s'agit d'un modèle guidé par les impératifs du marché, dans lequel la demande des médecins prescripteurs et des patients détermine les achats des pharmacies et des hôpitaux, qui déterminent les achats des distributeurs auprès des fabricants. La majorité des entreprises de notre chaîne d'approvisionnement sont membres de l'Association canadienne de la gestion de l'approvisionnement pharmaceutique et forment l'infrastructure essentielle qui fournit au système de soins de santé et à ses professionnels les médicaments que requièrent les patients qu'ils traitent.

Les distributeurs sont des acteurs importants de l'assurance médicaments, car ils permettent la commande et la livraison de 15 000 produits entre des centaines de fabricants et plus de 12 000 points de distribution. Cette consolidation permet au pays de réaliser des économies de plus d'un milliard de dollars par an. Leur stock de sécurité permet également de pallier à court terme les pénuries de médicaments.

Distributors employ over 46,000 people, and our industry's over 30 distribution centres must comply with at least three overarching acts, up to seven different Health Canada licences and use advanced technology to meet these requirements.

Pharmaceuticals themselves are sensitive products. They cannot be kept in just any warehouse or put on any truck like an Amazon package. The handling of medicines is extremely complex, highly regulated — as it should be — requiring temperature-controlled storage and packaging for the safety of Canadians. These do not store or move cheaply.

Drug distribution is an expensive undertaking in our vast country. Our market is not only physically challenging due to our geography, temperature swings and climate events and lack of paved roads in rural areas, but it is also a controlled market, where funding is limited, yet operating and regulatory costs are uncontrolled and move with the market.

Distribution is largely funded — rather than on the cost of the service provided or the distance travelled — as a factor of the listed drug prices, which are regulated and out of our control. As an example, in 2007, the first generic pricing agreement reduced funding to the distribution sector by \$50 million. The lower the price, the less available to get medications to Canadians, especially to rural regions.

On the cost side, in the last five to ten years, costs have increased at least 2.5 times faster than volumes, with market forces such as rising fuel and labour costs.

Increased regulation also drives costs. Health Canada's regulations on temperature control alone cost the sector over \$20 million annually.

The result is a very low margin business to the tune of a funding gap of \$100 million annually. Distributors have been able to absorb the reduced costs with only minimal impact to Canadians, to date. As written, the potential consequences could erode the supply chain's infrastructure, which is already precarious, resulting in contracted physical access and exacerbated drug shortages.

Distributors have run so leanly and efficiently that they have driven all of the additional areas out of their services, and the unenviable choices, should costs continue to fall, are as follows:

Les distributeurs emploient plus de 46 000 personnes et les plus de 30 centres de distribution de notre secteur doivent se conformer à au moins trois lois fondamentales, obtenir jusqu'à sept licences différentes de Santé Canada et utiliser des technologies de pointe pour répondre à ces exigences.

Les produits pharmaceutiques sont des produits sensibles. On ne peut pas les conserver dans n'importe quel entrepôt ou les transporter dans n'importe quel camion comme un colis d'Amazon. La manipulation des médicaments est extrêmement complexe, très réglementée — à juste titre — et nécessite un stockage et un conditionnement à température contrôlée pour la sécurité des Canadiens. Ces produits ne se stockent pas et ne se déplacent pas à bon marché.

La distribution de médicaments est une entreprise coûteuse dans notre vaste pays. Notre marché ne présente pas seulement des difficultés physiques en raison de notre géographie, des variations de température et des événements climatiques, ainsi que de l'absence de routes goudronnées dans les zones rurales. Il s'agit également d'un marché contrôlé, qui dispose d'un financement limité, alors que les coûts d'exploitation et de réglementation ne sont pas contrôlés et évoluent en même temps que le marché.

La distribution est largement financée — plutôt qu'en fonction du coût du service fourni ou de la distance parcourue — par les prix des médicaments inscrits sur la liste, qui sont réglementés et échappent à notre contrôle. À titre d'exemple, en 2007, le premier accord sur le prix des médicaments génériques a réduit de 50 millions de dollars le financement du secteur de la distribution. Plus le prix est bas, moins il est possible de fournir des médicaments aux Canadiens, en particulier dans les régions rurales.

En ce qui concerne les coûts, ces cinq à dix dernières années, ils ont augmenté au moins 2,5 fois plus vite que les volumes, sous l'effet de forces du marché, tout comme le coût du carburant et de la main-d'œuvre.

L'augmentation de la réglementation entraîne également des coûts. Les règlements de Santé Canada sur le contrôle de la température coûtent à eux seuls plus de 20 millions de dollars par an au secteur.

Il en résulte des marges très faibles, et un déficit de financement de 100 millions de dollars par an. Jusqu'à présent, les distributeurs ont été en mesure d'absorber la réduction des coûts avec un effet minime pour les Canadiens. Sous sa forme actuelle, le projet de loi risque d'éroder l'infrastructure de la chaîne d'approvisionnement, qui est déjà précaire, ce qui entraînerait une réduction de l'accès physique et une aggravation des pénuries de médicaments.

Les distributeurs fonctionnent de manière tellement allégée et efficace qu'ils ont supprimé tous les domaines supplémentaires de leurs services. Si les coûts continuent de baisser, ils devront

to stop carrying the growing number of money-losing products, including many long-standing medicines for chronic conditions, such as lipid-lowering drugs and cardiovascular protection agents; further reduce the expense of safety stock, significantly reducing the ability to prevent or mitigate drug shortages; or reduce overall service frequency and speed to remote and rural regions, which are the highest cost to serve.

Secondly, a restrictive national formulary and bulk purchasing agreement could disrupt Canada's drug supply, as we heard from my colleagues. This can already be seen with the proposed national pharmacare list of diabetes drugs, which only includes half of the drugs on the market today. Affected Canadians would be forced to switch from their current therapy to something on the list, which has a domino effect on the supply chain. As distributors' buffer stock is depleted and manufacturers of drugs not listed on the list leave the market, over time, the drug supply will be more vulnerable to shortages.

The same applies to how bulk purchasing, whatever that will mean, will be pursued, particularly if it results in restrictive formularies in Canada relying on fewer suppliers.

The Chair: We have to stop there. I am sure you will get lots of questions put to you. Colleagues, we go to questions, four minutes each.

Senator Seidman: Thank you very much for being with us today and giving us your testimony, helping us understand what is obviously an important piece of legislation.

All of you have expressed certain cautionary tales about what the unintended consequences could be from this piece of legislation. I am particularly interested in rural and remote areas because neighbourhood pharmacies — smaller pharmacies as opposed to large chain pharmacies, and you both very much focused on small community pharmacies — what are the particular risks, and how could we mitigate them, given we're sitting here with a piece of legislation and a lot of pressure to get it passed, especially without amendments? So let's hear what you have to say.

Ms. Dattani: Thank you very much for the question.

I want to emphasize again that we represent pharmacies of all delivery models, as I alluded to in my remarks. I often think of the small pharmacy my dad had in a rural community, and I often think of my colleagues in Nova Scotia or northern Ontario

faire l'un des choix peu enviables suivants : éliminer le nombre croissant de produits déficitaires, y compris de nombreux médicaments de longue date servant à traiter des maladies chroniques, comme les médicaments hypolipémiants et les agents de protection cardiovasculaire; réduire encore les dépenses liées aux stocks de sécurité, ce qui réduirait considérablement la capacité à prévenir ou à atténuer les pénuries de médicaments; ou réduire la fréquence et la rapidité du service global dans les régions rurales et éloignées, qui sont les plus coûteuses à desservir.

Deuxièmement, comme nous l'ont dit mes collègues, une liste nationale restrictive et un accord d'achat en gros pourraient perturber l'approvisionnement en médicaments du Canada. On peut déjà le constater avec la liste nationale des médicaments contre le diabète proposée par le régime d'assurance médicaments, qui n'inclut que la moitié des médicaments actuellement sur le marché. Les Canadiens concernés seraient contraints de remplacer leur traitement actuel par un médicament figurant sur la liste, ce qui aurait un effet domino sur la chaîne d'approvisionnement. À mesure que les stocks tampons des distributeurs s'épuisent et que les fabricants des médicaments qui ne figureront pas sur la liste quitteront le marché, l'approvisionnement en médicaments deviendra de plus en plus vulnérable aux pénuries.

Il en va de même pour la manière dont on effectuera les achats en gros, en particulier si l'on établit des listes de médicaments restrictives au Canada et que l'on dépend d'un nombre réduit de fournisseurs.

La présidente : Nous devons nous arrêter là. Je suis certaine qu'on vous posera beaucoup de questions. Chers collègues, nous allons passer aux questions, à raison de quatre minutes chacun.

La sénatrice Seidman : Merci beaucoup d'être avec nous aujourd'hui, de nous apporter votre témoignage et de nous aider à comprendre ce qui est manifestement une loi importante.

Vous avez tous exprimé certaines réserves par rapport aux conséquences imprévues que pourrait avoir cette loi. Je m'intéresse particulièrement aux régions rurales et éloignées, car les pharmacies de quartier, les petites pharmacies par opposition aux grandes chaînes de pharmacies, et vous avez tous deux parlé de ces petites pharmacies communautaires... Quels sont les risques particuliers, et comment pourrions-nous les atténuer, étant donné que nous étudions ici un texte de loi et qu'il y a beaucoup de pression pour le faire adopter, surtout sans amendements? J'aimerais entendre ce que vous avez à dire.

Mme Dattani : Merci beaucoup pour cette question.

Je tiens à souligner à nouveau que, comme je l'ai indiqué dans mes observations, nous représentons toutes les pharmacies, quel que soit leur modèle de prestation de services. Je pense souvent à la petite pharmacie que tenait mon père dans une communauté

where their pharmacy may be their key access point and function almost as an emergency department.

Drawing the connection, as I expressed before, between how pharmacy is generally funded in this country through dispensing fees and markups to operate and how public plans could impact that if we go to a single-payer model makes it more difficult, especially for those small pharmacies in those rural communities to stay open. If you need somebody — your child is sick and you need to go on a Friday night or Sunday morning — and that pharmacy just can't afford to stay open, they can't keep their lights on and can't pay their wages, that is the real impact. We have to draw that connection between health policy and rural pharmacy.

Senator Seidman: Thank you.

[*Translation*]

Mr. Morin: Thank you. In Quebec, we represent small village pharmacies. We represent all pharmacies. I'm a pharmacist-owner in the Montreal area. I have a number of colleagues in the regions and they often have the main front-line access.

In Quebec, a parliamentary committee was held two days ago on Bill 67, which plans to expand the role of front-line pharmacies. This role will be a major one, meaning that pharmacists will be able to prescribe medication for several common conditions. Village pharmacies will become extremely important to their communities — they will probably become one of the only access points to medical care. The financial health of these pharmacies is important. We have to invest in pharmacies, not the other way around, if we want them to play an increasingly important role, because they are resources. There's a shortage of pharmacy workers, too, so resources are more expensive.

The adverse effect of the bill would be to destabilize the financial health of pharmacies. That's one of the issues that's been raised; you need stability and you need to be able to forecast revenue to be able to invest, organize and recreate a way of working. We're not just going to be asked to distribute drugs and monitor them, but also to be front-line workers.

[*English*]

Senator Seidman: Ms. Berg, I will go back to you about the drug shortage issue. You have talked about the supply chain. I would like to know something, to continue a long line of questioning that some of my colleagues had earlier today. Say we pass this legislation. What particular guardrails or aspects

rurale, et à mes collègues de Nouvelle-Écosse ou du Nord de l'Ontario, dont la pharmacie peut être le principal point d'accès et fonctionner presque comme un service d'urgence.

Comme je l'ai déjà dit, le fait d'établir un lien entre la manière dont les pharmacies sont généralement financées dans ce pays, grâce aux honoraires des pharmaciens et aux marges bénéficiaires, et la manière dont les régimes publics pourraient influencer sur ce financement si nous adoptons un modèle à payeur unique, complique les choses, en particulier pour les petites pharmacies des communautés rurales, qui doivent rester ouvertes. Si vous avez besoin de quelqu'un — votre enfant est malade et vous devez vous y rendre un vendredi soir ou un dimanche matin — et que cette pharmacie n'a pas les moyens de rester ouverte, qu'elle ne peut pas payer ses factures d'électricité et ses salaires, les conséquences sont réelles. Nous devons établir ce lien entre les politiques de santé et les pharmacies rurales.

La sénatrice Seidman : Merci.

[*Français*]

M. Morin : Merci. Au Québec, il y a de petites pharmacies de village que l'on représente. On représente l'ensemble des pharmacies. Je suis un pharmacien-proprétaire de la région de Montréal. J'ai plusieurs confrères en région et ils ont souvent le principal accès en première ligne.

Au Québec, on vient de tenir il y a deux jours une commission parlementaire sur le projet de loi 67, où l'on prévoit d'élargir le rôle des pharmacies en première ligne. Ce rôle sera majeur, c'est-à-dire que le pharmacien pourra prescrire des médicaments pour plusieurs conditions courantes. Les pharmacies de village deviendront extrêmement importantes pour leur communauté — elles deviendront probablement un des seuls accès à des soins médicaux. La santé financière de ces pharmacies est importante. Il faut investir dans les pharmacies, et non pas le contraire, si on veut qu'elles jouent un rôle de plus en plus grand, parce que ce sont des ressources. On fait affaire à une pénurie de main-d'œuvre en pharmacie aussi, donc les ressources sont plus coûteuses.

L'effet pernicieux du projet de loi serait de venir déstabiliser la santé financière des pharmacies. C'est l'un des enjeux qu'on a soulevés; il faut de la stabilité et il faut être en mesure de prévoir les revenus pour être capable d'investir, de s'organiser et de recréer une façon de travailler. On ne va pas seulement nous demander de distribuer les médicaments et de les surveiller, mais aussi d'être des intervenants de première ligne.

[*Traduction*]

La sénatrice Seidman : Madame Berg, je vais revenir sur la question de la pénurie de médicaments. Vous avez parlé de la chaîne d'approvisionnement. J'aimerais faire suite à une longue série de questions qu'ont posées certains de mes collègues plus tôt dans la journée et vous demander ce qui suit : Supposons que

should we guard against in looking at provincial-federal negotiations to try to maximize and not run into supply chain problems?

The Chair: Hold on to the answer to that question. Hopefully, we can get back to it in the second round.

Senator Osler: Thank you, witnesses, for being here today. I'm going to direct my question first to the Neighbourhood Pharmacy Association of Canada and then perhaps l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires and the CAPDM, if there is time.

For the Neighbourhood Pharmacy Association of Canada, if you were in the room, you heard my questions to the last panel. They were on program administration. I see in your written brief that one question for consideration that you have suggested to this committee is: How will the program outlined in Bill C-64 be administered? You mentioned that various federal programs have different practices in place. For example, the federal dental benefit is administered by a third-party provider and childcare agreements are administered differently. Your association has offered support and advice.

My question for all the organizations is this: What advice would you provide regarding a national pharmacare program as outlined in Bill C-64?

Ms. Dattani: Thank you for the question.

First and foremost, there is a lot to learn, as we said in the brief as well, from a lot of discussion with the provinces to understand what their own challenges are, to help and support and build up their programs. I think how to implement and adjudicate is something that pharmacists themselves — and pharmacy owners and operators — very much understand; they understand the challenges and gaps.

There are a number of different options, as we outlined. Going through them, understanding what the provincial challenges are and how the federal government can best work with each province to help customize and enter into discussion to help build up those programs and fill some of those gaps are parts of that implementation. Including organizations like ours and individuals like our pharmacists, pharmacy owners and operators on the committee of experts to start diving into implementation

nous adoptions ce projet de loi. Quels garde-fous ou mesures de protection devrions-nous mettre en place dans le cadre des négociations provinciales-fédérales pour optimiser les résultats et ne pas créer de problèmes au niveau de la chaîne d'approvisionnement?

La présidente : Essayez de retenir votre réponse à cette question. J'espère que nous pourrions y revenir au cours du deuxième tour.

La sénatrice Osler : Merci aux témoins d'être présents aujourd'hui. Ma question s'adresse d'abord à l'Association canadienne des pharmacies de quartier, et je me tournerai peut-être ensuite vers l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et l'Association canadienne de la gestion de l'approvisionnement pharmaceutique, s'il reste du temps.

Pour ce qui est de l'Association canadienne des pharmacies de quartier, si vous étiez dans la salle, vous avez entendu les questions que j'ai posées au dernier groupe. Elles portaient sur la gestion du programme. Je vois dans votre mémoire que vous avez suggéré au comité de se pencher sur la question suivante : « Comment le programme décrit dans le projet de loi C-64 serait-il géré? Vous avez mentionné que divers programmes fédéraux ont mis en place des pratiques différentes. Par exemple, la prestation fédérale de soins dentaires est administrée par un prestataire tiers et les accords de garde d'enfants sont administrés différemment. Votre association souhaite apporter son soutien et ses conseils.

Ma question à tous les organismes est la suivante : Quels conseils avez-vous à donner relativement à un programme national d'assurance médicaments tel que celui décrit dans le projet de loi C-64?

Mme Dattani : Merci pour cette question.

Tout d'abord, comme nous l'avons dit dans le mémoire, nous avons beaucoup à apprendre des discussions avec les provinces pour comprendre quels sont les problèmes auxquels elles sont confrontées, pour les aider et les soutenir, et pour améliorer leurs programmes. Je pense que les pharmaciens eux-mêmes — ainsi que les propriétaires et les exploitants de pharmacies — savent très bien comment mettre des mesures en œuvre et prendre des décisions; ils comprennent les difficultés et les lacunes.

Comme nous l'avons souligné, il existe un certain nombre de possibilités. Dans le cadre de cette mise en œuvre, nous devons comprendre les enjeux provinciaux et la manière dont le gouvernement fédéral peut collaborer au mieux avec chaque province pour l'aider à s'adapter, avoir des discussions en vue d'améliorer les programmes, et combler certaines de ces lacunes. L'inclusion d'organismes comme la nôtre et de personnes comme nos pharmaciens, propriétaires et exploitants de

and solutions is very worthwhile and an important dialogue that will continue after Royal Assent. We would very much like to be part of that.

Senator Osler: Perhaps I should clarify my question a little bit: Do you imagine a national pharmacare program administered through each existing province's public pharmacare program, administered by the federal government or a third-party provider?

Ms. Dattani: The provinces know how to administer their programs. Again, they know their patients and their needs. So building on what already works well — other colleagues spoke about thinking about where we are with formularies and ensuring they are robust enough to be able to meet the needs of people in their jurisdictions and not create challenges in resilience and drug supply. Those are some of the things that I would think about.

[Translation]

Mr. Morin: Thank you for the question. I think the program should be as simple as possible, and yes, through RAMQ, the provincial program would be a good solution. The solution must be computerized, simple to administer online with real-time payments. I think the Régie de l'assurance maladie du Québec is an excellent model. If we could go through that, it would be a plus.

Senator Osler: Thank you.

Jean Bourcier, Vice President and Chief Executive Officer, Association québécoise des pharmaciens propriétaires: What we also have to avoid is a model that imposes an administrative burden on pharmacists, on people on the ground. This will allow them to take care of clinical tasks and prevent them from spending too much time administering the program, because it's a complex one. We have to bear in mind that there's a shortage of health care professionals. We need to optimize the use of health care professionals in tasks that are clinical, with tasks related to patients and not related to a program.

The Association québécoise des pharmaciens propriétaires and Quebec has 27 years of experience with a universal program, and we can help manage these programs.

[English]

The Chair: Thank you. We won't get back to Ms. Berg for an answer to your question. Hopefully, we will get to it at some point.

Senator Pate: Thank you for appearing. My question is for the Association québécoise des pharmaciens propriétaires as well.

pharmacies au sein du comité d'experts qui se penchera sur la mise en œuvre et les solutions serait très utile et permettrait un dialogue important qui se poursuivra après l'obtention de la sanction royale. Nous aimerions beaucoup y participer.

La sénatrice Osler : Je devrais peut-être préciser un peu ma question : Imaginez-vous un programme national d'assurance médicaments administré par le programme public existant de chaque province, géré par le gouvernement fédéral ou par un fournisseur tiers?

Mme Dattani : Les provinces savent comment administrer leur programme. Encore une fois, elles connaissent leurs patients et leurs besoins. Ainsi, en s'appuyant sur ce qui fonctionne déjà bien... Certains de mes collègues ont parlé de réfléchir à la situation actuelle des listes de médicaments et de s'assurer qu'elles sont suffisamment solides pour répondre aux besoins des personnes dans leur administration et ne pas créer de problèmes de résilience et d'approvisionnement en médicaments. Ce sont là quelques-unes des choses auxquelles je réfléchirais.

[Français]

M. Morin : Merci de la question. Je pense que le programme doit être le plus simple possible et oui, à travers la RAMQ, le programme provincial serait une bonne solution. Il faut que la solution soit informatique, simple à administrer en ligne avec des paiements en temps réel. Je pense que le modèle de la Régie de l'assurance maladie du Québec est un excellent modèle. Si on passait à travers ça, ce serait un plus.

La sénatrice Osler : Merci.

Jean Bourcier, vice-président exécutif et directeur général, Association québécoise des pharmaciens propriétaires : Ce qu'il faut éviter aussi, c'est que le modèle amène un fardeau administratif aux pharmaciens, aux gens sur le terrain. Cela leur permettra de s'occuper des tâches cliniques et évitera qu'ils passent trop de temps à administrer le programme, parce que ledit programme est complexe. Il faut garder en tête qu'il y a une rareté de professionnels de la santé. Il faut optimiser l'utilisation de professionnels de la santé dans des tâches qui sont cliniques, avec des tâches liées aux patients et non liées à un programme.

L'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et le Québec ont une expérience de 27 ans avec un programme universel, et on peut aider dans la gestion de ces programmes.

[Traduction]

La présidente : Merci. Nous ne pourrions pas permettre à Mme Berg de répondre à votre question. J'espère que nous y reviendrons à un moment ou à un autre.

La sénatrice Pate : Je vous remercie de votre présence. Ma question s'adresse également à l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

In June, you published a news release discussing legal action you have launched to address practices of patient steering occurring in Quebec, which you described as akin to patients being held hostage. There are three things. Could you please describe what “patient steering” is and how it prevents patients from accessing medicines? Also, please clarify how the steering of patients happens and who orchestrates the steering.

Those targeted by your legal action include three patient support providers financed by drug companies, according to the news release — so more information about that — and what role they play would be helpful.

Also, do you see preferred patient network agreements between some pharmacies and private insurance companies about where patients can access medicines as raising similar concerns?

[*Translation*]

Mr. Morin: Thank you for the question. It’s difficult to answer in a short space of time.

Patients are directed to a system where they are subject to being controlled. A third party forces them to go to a particular pharmacy, which isn’t their pharmacy, with a pharmacist they don’t know. The file is being split, because a third party will intervene based on the doctor’s prescription for a product sold by a manufacturer who participates in a patient support program. They determine which pharmacy the patient will go to. This is illegal in Quebec.

All over the world, this is an unfair way of doing things. It should be the patient’s health care professional who decides. A third party should never intervene with the patient’s choice. Unfortunately, this happens. There’s an attempt to implement this Canadian way of doing things in Quebec. For us, this is a major issue and unthinkable. It is not a viable long-term system. It can’t be assumed that we’ll play the role you want us to play on the front line of chronic diseases and treatment, and expect patients to deal with three or four different pharmacies. I could tell a patient to stop treatment temporarily because he has an infection, but the patient support program or the other pharmacist will call him and insist that he take his product, because he’s managing only the product. This makes no sense in patient management.

[*English*]

Senator Moodie: This question is for the pharmacy representatives here today. We have been hearing testimony in the last few days about the very tragic and difficult reality of patients, women who cannot afford their medicines or their

En juin, vous avez publié un communiqué de presse concernant l’action en justice que vous avez engagée pour lutter contre les pratiques de dirigisme des patients au Québec, que vous avez qualifiées de « prise en otage » des patients. Il y a trois choses. Pourriez-vous décrire ce qu’est le « dirigisme des patients » et comment il empêche les patients d’accéder aux médicaments? Veuillez également préciser comment les patients sont dirigés et qui orchestre ce dirigisme.

Selon le communiqué de presse, parmi les personnes visées par votre action en justice figurent trois prestataires de services d’aide aux patients financés par des entreprises pharmaceutiques. J’aimerais donc obtenir plus de renseignements à ce sujet, ainsi que sur leur rôle.

Par ailleurs, les accords de réseaux de patients privilégiés conclus entre certaines pharmacies et des compagnies d’assurance privées pour l’accès des patients aux médicaments soulèvent-ils des préoccupations semblables?

[*Français*]

M. Morin : Merci pour la question. Il est difficile d’y répondre en peu de temps.

Les patients sont orientés vers un système où ils sont victimes de dirigisme. C’est un tiers qui les oblige à aller dans une pharmacie en particulier, qui n’est pas leur pharmacie, avec un pharmacien qu’ils ne connaissent pas. On vient fractionner le dossier, parce qu’un tiers va intervenir à partir de la prescription du médecin pour un produit vendu par un fabricant qui participe à un programme de soutien aux patients. On vient déterminer à quelle pharmacie ce patient ira. Au Québec, c’est illégal.

Dans le monde entier, c’est inéquitable comme façon de faire. Ce devrait être le professionnel de santé du patient qui décide. Un tiers ne devrait jamais intervenir dans le choix du patient. Malheureusement, cela se produit. C’est une façon de faire canadienne qu’on tente d’implanter au Québec. Pour nous, cela représente des enjeux majeurs et c’est impensable. Ce n’est pas un système viable à long terme. On ne peut pas penser qu’on va exercer le rôle qu’on veut qu’on joue en première ligne pour les soins et le traitement des maladies chroniques et penser que le patient fera affaire avec trois ou quatre pharmacies différentes. Je pourrais dire à un patient d’interrompre son traitement temporairement, parce qu’il a une infection, mais le programme de soutien aux patients ou l’autre pharmacien l’appellera et insistera pour qu’il prenne son produit, parce que lui ne gère que le produit. Cela n’a aucun sens dans la prise en charge d’un patient.

[*Traduction*]

La sénatrice Moodie : Cette question s’adresse aux représentants des pharmacies présents aujourd’hui. Ces derniers jours, nous avons entendu des témoignages sur la réalité tragique et difficile de patients, de femmes qui n’ont pas les moyens

reproductive devices; of the best outcomes being driven by upstream delivery and access to critical medicines that sometimes prevent critical and life-threatening complications such as blindness, renal failure, loss of limb, unwanted pregnancies and all that that carries, not to mention the economic burden, the burden of illness on the health care system in our country, on all of us; of the failure to support patients to have adequate access to medicines. We have been hearing about that, including about the complicated private plans that individuals are forced to navigate and may get a yay or nay for their particular drug.

Putting aside the need for protecting the financial well-being of pharmacies, would a national pharmacare plan in fact provide the drugs for individuals who currently are not covered, who present themselves — free of costs — get their drug, with no co-pays — would this not improve the burden on patients, improve access and improve outcomes?

Ms. Dattani: I'm happy to take that on first. I 100% agree with you, Senator Moodie. As a woman, as a health care provider, I think women have the right to good reproductive health. This is a public health issue, 100% agree. Where I am is the road to get there. So we know, as we described in our testimony, that the vast majority of Canadians do have some sort of coverage for — drug coverage in general. There are many other patient groups and populations as was alluded to also in the last session that have challenges and are part of that uninsured group. So we think that focusing time, money and energy on leaving no one behind because of financial barriers and getting everyone covered who doesn't have insurance is an excellent use of government dollars and health care resources.

[Translation]

Senator Cormier: Welcome to the witnesses.

My question is for all of you. When the minister appeared before us, he said that people would have the choice of using the public plan or the private plan. If the bill passes and someone goes to a pharmacy to get diabetes medication, will they be able to use their private insurance for it? If so, will private insurance be required to cover the cost from the first dollar? If private insurance doesn't cover the medication, will the patient be able

d'acheter leurs médicaments ou leurs appareils de contraception. On parle également de l'amélioration des résultats générée par la fourniture et l'accessibilité en amont de médicaments essentiels qui permettent parfois d'éviter des complications graves et mortelles, notamment la cécité, l'insuffisance rénale, la perte d'un membre, les grossesses non désirées et tout ce qui en découle, sans parler du fardeau économique, du fardeau que représente la maladie pour le système de santé de notre pays et pour nous tous. Il est également question de l'incapacité à aider les patients à bénéficier d'un accès adéquat aux médicaments. Nous avons entendu parler de ces enjeux, y compris des régimes privés complexes auxquels les personnes sont obligées d'avoir recours et qui peuvent couvrir ou non un médicament particulier.

Si nous mettons de côté la nécessité de protéger le bien-être financier des pharmacies, un régime national d'assurance médicaments permettrait-il en fait de fournir des médicaments aux personnes qui ne sont actuellement pas couvertes, qui se présentent — sans franchise — pour obtenir leur médicament, sans quote-part? Cela n'allégerait-il pas la charge des patients et n'améliorerait-il pas l'accès aux soins et les résultats?

Mme Dattani : Je serai heureuse de répondre d'abord à cette question. Je suis entièrement d'accord avec vous, sénatrice Moodie. En tant que femme et en tant que prestataire de soins de santé, je pense que les femmes ont le droit de jouir d'une bonne santé génésique. Il s'agit d'une question de santé publique, je suis totalement d'accord. Je réfléchis à la façon d'y parvenir. Nous savons, comme nous l'avons indiqué dans notre témoignage, que la grande majorité des Canadiens bénéficient d'une certaine forme de couverture... d'une couverture générale pour les médicaments. Comme on l'a évoqué lors de la dernière séance, un grand nombre d'autres groupes de patients et de populations sont confrontés à des difficultés et ne sont pas assurés. Nous pensons donc que le fait d'investir du temps, de l'argent et de l'énergie pour s'assurer que personne ne soit laissé pour compte pour des raisons financières, et pour couvrir toutes les personnes qui n'ont pas d'assurance, constitue une excellente utilisation des fonds du gouvernement et des ressources destinées aux soins de santé.

[Français]

Le sénateur Cormier : Bienvenue aux témoins.

Ma question s'adresse à vous tous. Lorsque le ministre a comparu devant nous, il a dit que les gens auraient le choix d'utiliser le régime public ou le régime privé. Si le projet de loi est adopté et si quelqu'un se présente au comptoir d'une pharmacie pour obtenir un médicament pour le diabète, pourra-t-il utiliser son assurance privée pour ce médicament? Si oui, l'assurance privée sera-t-elle obligée de couvrir le coût dès le

to use their provincial plan? Do you have any answers to these questions? Is there any flexibility? Does private insurance have to cover costs from the first dollar?

Mr. Morin: My understanding of the bill is that as long as a product is covered by the federal public plan, it's covered by the federal public plan from the first dollar. It isn't submitted to the private insurer. If the patient's product isn't included in the list of drugs covered by this plan, then it's covered by the provincial plan, either public or private. For the same file, we will manage two different programs, one with no cost and the other with a co-payment or co-insurance deductible, which may also be zero in the case of the Quebec government for Quebec patients. So we'll be managing two programs. That's my understanding of things.

[English]

Ms. Dattani: I would agree with my colleague from Quebec. I think there are deeper risks beyond that, potentially, as we understand and unravel some of the potential ambiguity. There is risk that plan sponsors, such as employers, may end up dropping some of that coverage, dropping the plan. This was alluded to in the earlier session as well. The next layer of that onion is that there may be less product generally available in Canada or fewer therapeutic choices. We know that drug therapy is complex, that we need to meet the needs of Canadians with robust drug choices out there. The real risk of having less resilience in our drug supply would be there as well.

The Chair: Can I ask you if your industry was consulted on this legislation?

Ms. Dattani: If our sector was consulted on the legislation?

The Chair: Yes.

Ms. Dattani: Yes, absolutely.

The Chair: And you put forward your concerns and recommendations? Okay. Thank you.

Senator Burey: Thank you so much for your expert testimony. I wanted to speak with Ms. Berg. Thank you for explaining the manufacturing distribution, pharmacy, hospital and the work that you do. In one of our other sessions, we heard that there is bulk buying for public plans across Canada. Just to make sure that that is correct — so what did you learn from that that would help in this situation? You obviously have experience

premier dollar? Si l'assurance privée ne couvre pas le médicament, pourra-t-il utiliser son régime provincial? Avez-vous des réponses à ces questions? Y a-t-il une flexibilité? L'assurance privée a-t-elle l'obligation de couvrir les coûts dès le premier dollar?

M. Morin : Ma compréhension du projet de loi est qu'à partir du moment où il s'agit d'un produit couvert par la liste de ce régime public fédéral, le produit est couvert par le régime public fédéral à partir du premier dollar. Il n'est pas soumis à l'assureur privé. Si le produit du patient ne fait pas partie de la liste des médicaments couverts par ce régime, à ce moment-là, c'est le régime provincial qui le prend, soit public, soit privé. Pour un même dossier, on va gérer deux programmes différents, un dont le coût est nul et l'autre avec des frais modérateurs ou une franchise de coassurance, qui peut aussi être à zéro dans le cas du gouvernement du Québec pour le patient québécois. Donc, on va gérer deux programmes. C'est ma compréhension des choses.

[Traduction]

Mme Dattani : Je suis d'accord avec mon collègue du Québec. Je pense qu'il pourrait également y avoir des risques plus graves, à mesure que nous comprendrons et que nous lèverons certaines ambiguïtés potentielles. Les promoteurs du régime, notamment les employeurs, risquent d'abandonner une partie de cette couverture, d'abandonner le régime. Cette question a également été évoquée lors de la séance précédente. Le nombre de produits généralement disponibles au Canada pourrait être moindre et les choix thérapeutiques plus restreints. Nous savons que la pharmacothérapie est complexe et que nous devons répondre aux besoins des Canadiens en leur offrant un choix de médicaments solide. Il y a également un risque réel de diminution de la résilience de notre approvisionnement en médicaments.

La présidente : Puis-je vous demander si votre industrie a été consultée au sujet de ce projet de loi?

Mme Dattani : Vous voulez savoir si notre secteur a été consulté au sujet du projet de loi?

La présidente : C'est cela.

Mme Dattani : Oui, tout à fait.

La présidente : Et vous avez fait part de vos préoccupations et de vos recommandations? D'accord. Merci.

La sénatrice Burey : Merci beaucoup de vos témoignages d'expert. J'aimerais d'abord m'adresser à Mme Berg. Je vous remercie d'avoir expliqué la fabrication de médicaments et leur distribution aux pharmacies et aux hôpitaux, ainsi que le travail que vous faites. Dans l'une de nos autres séances, nous avons entendu dire que les régimes publics partout au Canada ont recours à l'achat en gros. J'aimerais simplement vérifier si cette

from the bulk buying part of the question, which is now existing in Canada for public plans.

Then to Dr. Dattani regarding the agreements made. I'm from Ontario, so I know about OHIP+, but I understand that in the agreements made in the Ontario pharmacare plan, there was a way — with the savings made from the bulk buying and from the coverage — that supported pharmacies. Could you comment on whether or not that is a system that could probably, if I'm right about this, be something that would go forward? That is the way I understand conceptualizing how you are going to support both the distribution and the work of the pharmacies, that is, with the savings you are going to support a secure system in Canada.

Ms. Dattani: I will maybe ask for more clarity on a way to support the pharmacists. I'm not entirely sure —

The Chair: Senator Burey, is the question not to Ms. Berg?

Senator Burey: Yes, the first question is to Ms. Berg. Go ahead about the bulk buying and whether or not we already don't have infrastructure and whether what you learned from that could assist in what we are doing now.

Ms. Berg: We do. And we appreciate the focus on pharmacy and the nuances of therapeutic implications at a clinical level as well. Bulk purchasing is done by the supply chain actors, so the people who actually touch the product. That is from the pharmacies as was mentioned, from distributors to manufacturers. It also happens on a hospital level by group purchasing organizations. The unintended consequences of bulk buying is that it puts the concentration of drugs into one area, and the contracts naturally give more control and robustness to the —

Senator Burey: With the time, I wanted to know if there was anything you learned from that system that exists now that could inform the work going forward.

Ms. Berg: Yes, absolutely. Bulk purchasing has the risk to reduce the number of manufacturers operating in Canada and to reduce the supply available to Canadians.

Senator Burey: Back to my question about OHIP+ and some form of agreement being made with the government and pharmacists to offset some of the losses from the pharmacy. Can you comment on that?

information est exacte. Le cas échéant, qu'en avez-vous appris, et quelles leçons pourraient s'avérer utiles dans cette situation? Vous avez manifestement de l'expérience dans le domaine de l'achat en gros, pratique qui est maintenant en vigueur au Canada pour les régimes publics.

Ma prochaine question s'adresse à Mme Dattani et porte sur les accords qui ont été conclus. Je viens de l'Ontario, alors je connais l'Assurance-santé Plus, mais je crois comprendre que les accords conclus dans le cadre du régime d'assurance-médicaments de l'Ontario prévoient une façon de soutenir les pharmacies en misant sur les économies réalisées grâce à l'achat en gros et à la couverture. Pourriez-vous nous dire si c'est un système qui, sauf erreur, pourrait probablement être adopté? Si je comprends bien, c'est ainsi que vous comptez soutenir la distribution et le travail des pharmacies, c'est-à-dire au moyen des économies que vous allez réaliser pour appuyer un système sécuritaire au Canada.

Mme Dattani : Je vais peut-être demander plus de précisions sur la façon de soutenir les pharmaciens. Je ne suis pas tout à fait certaine...

La présidente : Sénatrice Burey, la question ne s'adresse-t-elle pas plutôt à Mme Berg?

La sénatrice Burey : Oui, ma première question s'adresse à Mme Berg. J'aimerais vous entendre au sujet de l'achat en gros. L'infrastructure n'est-elle pas déjà en place, et avez-vous tiré des leçons qui pourraient nous aider dans la démarche actuelle?

Mme Berg : Oui. D'ailleurs, nous nous réjouissons de l'accent qui est mis sur les pharmacies et les subtilités des conséquences thérapeutiques sur le plan clinique. L'achat en gros est effectué par les acteurs de la chaîne d'approvisionnement, donc par les personnes qui touchent réellement le produit. Cela englobe notamment les pharmacies, comme on l'a mentionné, les distributeurs et les fabricants. Les hôpitaux achètent aussi des médicaments en vrac par l'entremise de groupements d'achat. Une des conséquences imprévues de l'achat en gros est la concentration des médicaments dans un seul endroit, et les contrats donnent naturellement plus de contrôle et de robustesse aux...

La sénatrice Burey : Je voulais aussi savoir si, avec le temps, vous avez tiré des leçons du système en vigueur, leçons qui pourraient éclairer le travail à accomplir.

Mme Berg : Oui, absolument. L'achat en gros risque de réduire le nombre de fabricants actifs au Canada et de restreindre l'approvisionnement canadien.

La sénatrice Burey : Je reviens à ma question au sujet de l'Assurance-santé Plus et des accords qui ont été conclus avec le gouvernement et les pharmaciens pour compenser certaines des pertes subies par les pharmacies. Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet?

Ms. Dattani: If there was any sort of delay, would any of the savings be funnelled back to support the pharmacy? Is that what you are asking?

Senator Burey: I'm asking if this does exist and if this wouldn't be the way to support pharmacists in this universal system?

Ms. Dattani: Absolutely. I think it would.

The Chair: Wonders do not cease. We have time for a second round.

Senator Seidman: Ms. Berg, if I might go back to you with my question that I tried to ask at the end of my four minutes. In fact, you just said that bulk purchasing has some unintended consequence of ultimately reducing supply to Canadians. You also spoke about supply chains and the fact that this formulary list or this list of medications that Health Canada has provided with the legislation, specifically say for diabetic medications, reduces down to pretty much single manufacturers. I would like you to help us understand the risks here and if there is some way to mitigate them.

Ms. Berg: Competition is good, so the more competition we have, the better the choice for patients and the more drugs on the market.

What I'm very concerned about is that we are not talking about the infrastructure that supports it and the way that distribution is funded. Distributors get the drugs to the health care professionals who treat the patients in Canada. We don't think about that infrastructure, but I can't emphasize enough how critical it is. These are the people who equip the health care system and the people within it with the drugs that are needed.

What we would like to call on is for this committee to carefully consider Bill C-64 and introduce an amendment to the legislation that includes the principle that clearly addresses physical access of pharmaceutical products to Canadians.

Right now, the distribution is funded based on the price of the drug and controlled by provincial markups. A drug for funding for distribution is the same whether it is being delivered to downtown Ottawa or to Fort St. John, B.C., or to Nunavut. It doesn't matter. It's the same cost, and that's unsustainable. That is how precariously the supply chain is operating now. Inasmuch as we would like to be able to say we can do anything, we are at a precipice. There is nothing more to give.

Senator Seidman: Thank you.

Mme Dattani : En cas de retards, est-ce qu'une partie des économies serait réinjectée dans les pharmacies? Est-ce bien ce que vous demandez?

La sénatrice Burey : Je cherche à savoir si une telle disposition existe et si ce ne serait pas la façon de soutenir les pharmaciens dans ce système universel.

Mme Dattani : Absolument. Je pense que oui.

La présidente : Nous ne serons jamais au bout de nos surprises. Nous avons le temps pour un deuxième tour.

La sénatrice Seidman : Madame Berg, j'aimerais revenir à la question que j'ai essayé de vous poser à la fin de mes quatre minutes. En fait, vous venez de dire que l'achat en gros a pour conséquence imprévue de restreindre l'approvisionnement canadien. Vous avez également parlé des chaînes d'approvisionnement et du fait que la liste de médicaments que Santé Canada a fournie dans le projet de loi, surtout en ce qui concerne les médicaments contre le diabète, se réduit à un nombre assez limité de fabricants. J'aimerais que vous nous aidiez à comprendre les risques et que vous nous disiez s'il y a moyen de les atténuer.

Mme Berg : La concurrence est une bonne chose : en effet, plus il y a de concurrence, plus il y a de choix pour les patients et plus il y a de médicaments sur le marché.

Ce qui me préoccupe beaucoup, c'est que nous ne parlons pas de l'infrastructure qui soutient le tout et de la façon dont cette distribution est financée. Les distributeurs fournissent les médicaments aux professionnels de la santé qui traitent les patients au Canada. Nous ne pensons pas à cette infrastructure, mais je ne saurais trop insister sur son importance. C'est ce qui fournit au système de santé et à ses membres les médicaments dont ils ont besoin.

Nous demandons au comité d'examiner attentivement le projet de loi C-64 et d'y apporter un amendement qui prévoit clairement le principe de l'accès physique des Canadiens aux produits pharmaceutiques.

À l'heure actuelle, la distribution est financée en fonction du prix du médicament et contrôlée par les majorations provinciales. Le financement de la distribution d'un médicament reste le même, que celui-ci soit livré au centre-ville d'Ottawa, à Fort St. John, en Colombie-Britannique, ou au Nunavut. Cela n'a pas d'importance. C'est le même coût, et ce n'est pas viable. Voilà à quel point le fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement est précaire à l'heure actuelle. Certes, nous aimerions bien pouvoir dire que nous pouvons tout faire, mais nous sommes au bord du précipice. Il n'y a plus rien à donner.

La sénatrice Seidman : Je vous remercie.

Senator Osler: I have been asking questions on how and who will administer national pharmacare. This question was asked at the last panel and prompted in part by the brief from the Neighbourhood Pharmacy Association of Canada. Based on your organization's experience, can you provide this committee with any advice on how and who should administer a national pharmacare program?

Ms. Berg: Thank you for the question. In terms of coordination nationally, it would be terrific to have an overarching coordinating body. Right now, all the negotiations and regulations on distributors are at the provincial level, and that model has remained the same for the last 15 years without any increases. Likewise, generic medicines were reduced in 2007, and there's no increase there. The distribution right now is hurting. It is precarious. We would suggest that we look at a model whereby the cost of the service delivered is considered and protected so that the supply chain can remain robust and continue to support the health care system.

Senator Pate: My question is, again, for the Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

Nine Quebec civil society and labour groups representing over 1 million Québécois — so more than one in four households in Quebec — have vocally opposed the idea of Quebec opting out of national pharmacare while keeping federal funding, pointing to concerns about its current public-private plan. The concerns include that one, in Quebec and across Canada, girls and women with access to drug plans belonging to parents or abusive partners cannot access medicine, particularly contraceptive medications; two, in the absence of drug price controls associated with a single-payer system, drug prices are climbing and pushing employer plans to the brink — none of our systems are ready to respond to the pricing challenges posed by new ultra-high-cost medicines. Working toward a single-payer system could though — and three, drug prices are currently higher in Quebec than the Canadian average as a result of the mixed public-private system. They have the second-highest prices in the world after the U.S., and too many cannot afford medication.

Given these shared challenges we face, do you agree there is merit to work together to address these issues rather than just reject them out of hand?

La sénatrice Osler : J'ai cherché à savoir comment le régime national d'assurance-médicaments sera administré et par qui. Cette question a été posée au dernier groupe de témoins et elle découle en partie du mémoire de l'Association canadienne des pharmacies de quartier. En vous fondant sur l'expérience de votre organisation, pouvez-vous nous donner des conseils sur la façon dont un programme national d'assurance-médicaments devrait être administré? De plus, quelle entité devrait l'administrer?

Mme Berg : Je vous remercie de la question. Pour ce qui est de la coordination à l'échelle nationale, il serait formidable d'avoir un organisme central de coordination. À l'heure actuelle, toutes les négociations et la réglementation des distributeurs se font à l'échelle provinciale, et ce modèle est resté le même au cours des 15 dernières années, sans aucune bonification. De même, la quantité de médicaments génériques a diminué en 2007, et il n'y a pas eu d'augmentation. Dans l'état actuel des choses, la distribution est mise à mal. Elle est précaire. Nous vous proposons d'envisager un modèle dans lequel le coût du service fourni est pris en compte et protégé afin que la chaîne d'approvisionnement puisse demeurer solide et continuer à soutenir le système de santé.

La sénatrice Pate : Ma question s'adresse encore une fois à l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

Neuf groupes de la société civile et des syndicats québécois représentant plus d'un million de Québécois — donc, plus d'un ménage sur quatre au Québec — se sont opposés haut et fort à l'idée que le Québec se retire du régime national d'assurance-médicaments tout en conservant le financement fédéral. Ils ont exprimé des inquiétudes au sujet du régime public-privé actuel de la province. Premièrement, au Québec et partout au Canada, les filles et les femmes qui sont inscrites à des régimes d'assurance-médicaments appartenant à des parents ou à des partenaires violents ne peuvent pas avoir accès à des médicaments, en particulier aux contraceptifs. Deuxièmement, en l'absence de contrôles du coût des médicaments associés à un système à payeur unique, le prix des médicaments monte en flèche et pousse les régimes d'employeurs au bord du précipice — aucun de nos systèmes n'est prêt à relever les défis liés aux nouveaux médicaments très coûteux. Ce serait toutefois possible grâce à l'établissement d'un système à payeur unique. Enfin, troisièmement, le prix des médicaments au Québec est actuellement plus élevé que la moyenne canadienne en raison du système mixte public-privé. La province arrive au deuxième rang mondial, après les États-Unis, au chapitre du coût élevé des médicaments, et trop de gens n'ont pas les moyens d'acheter des médicaments.

Compte tenu de ces défis communs auxquels nous faisons face, convenez-vous qu'il y a lieu de travailler ensemble pour régler ces problèmes plutôt que de les rejeter du revers de la main?

[Translation]

Mr. Morin: Absolutely. In the brief, we talk about the situation of young women and women who must have access to contraceptives in complete privacy and without leaving a record — safely, let's put it that way.

As for the higher prices in Quebec or elsewhere, it's also important to take into account rebates paid to the government or third parties to establish the real price of drugs. There's a mechanism where prices are negotiated, and this negotiation increases the base price, but in fact third parties pay less. So there's a whole part that we don't see, that we don't know about, which is interesting to look at.

Our claim is that the public-private plan improves access to medication. Private coverage often has a broader form under certain conditions and compared to the choice of the group that wants to invest in its insurance and where there will be broader coverage.

There's no doubt that we need to address the evolution of drug costs, whether there's a single payer or several payers. Pricing is important, and it puts the plan at risk. Putting too much pressure on prices puts another part of the plan at risk, because providers are disappearing, and we have to spend a lot of time, as health care professionals, changing the patient's treatment rather than dealing with their real problems. We're prepared to discuss these issues because they're important.

[English]

Senator Pate: If anybody else would like to comment, I'm happy to have their comments.

Ms. Dattani: I think I agree with our colleagues in Quebec and also the colleagues in the previous session. Investing in the opportunities where pharmacies and pharmacy teams can ensure that the outcomes of those medications are toward cost avoidance and other areas of the health care system. The care regarding optimal outcomes and medication use is just as important as access to the medications and should be factored into the dialogue.

Ms. Berg: We believe that collaboration is absolutely essential. We do support Bill C-64 with an amendment to protect the infrastructure. The collaboration is especially important in the servicing of rural areas. It is the most costly area to service in Canada. It is the most vulnerable because these are businesses and they are going to have to make some unsavoury decisions.

[Français]

M. Morin : Absolument. Dans le mémoire, on évoque la situation des jeunes femmes et des femmes qui doivent avoir accès à une contraception en toute intimité et sans laisser de trace — en toute sécurité, on va le dire de cette manière.

Pour ce qui est des prix plus élevés au Québec ou ailleurs, il faut aussi tenir compte des ristournes versées au gouvernement ou au tiers pour établir le prix réel des médicaments. Il y a un mécanisme où l'on négocie les prix et cette négociation vient augmenter le prix de base, mais en fait les tiers paient moins. Donc, il y a toute une partie qu'on ne voit pas, qu'on ne connaît pas et qui est intéressante à examiner.

Notre prétention est que le régime public-privé améliore l'accès aux médicaments. Souvent, la couverture privée a un formulaire plus large dans certaines conditions et par rapport au choix du groupe qui veut investir dans son assurance et où il y aura une couverture plus élargie.

Il est certain qu'il faut s'occuper de l'évolution du coût des médicaments, qu'il y ait un seul payeur ou plusieurs payeurs. Les prix sont un aspect important et ils mettent le régime en péril. Faire trop de pression sur les prix met une autre partie du régime en péril, car il y a des fournisseurs qui disparaissent, et on doit alors passer beaucoup de temps, en tant que professionnels de la santé, à changer la thérapie du patient plutôt qu'à s'occuper de ses vrais problèmes. On est prêt à discuter de ces enjeux, car ils sont importants.

[Traduction]

La sénatrice Pate : Si d'autres témoins souhaitent intervenir, je serai heureuse de les entendre.

Mme Dattani : Je pense que je suis d'accord avec nos collègues du Québec ainsi qu'avec mes collègues de la séance précédente. Il faut investir dans les initiatives qui permettent aux pharmacies et à leurs équipes de veiller à ce que les résultats de ces médicaments contribuent à éviter des coûts et à favoriser d'autres aspects du système de santé. L'attention portée à l'optimisation des résultats et à l'utilisation optimale des médicaments est tout aussi importante que l'accès aux médicaments, et cela devrait être pris en compte dans le dialogue.

Mme Berg : À notre avis, la collaboration est absolument essentielle. Nous appuyons le projet de loi C-64 et l'idée d'y ajouter un amendement visant à protéger l'infrastructure. La collaboration est particulièrement importante pour desservir les régions rurales. C'est là où les services coûtent le plus cher au Canada. Ces régions sont les plus vulnérables parce que les

Collaboration with the supply chain actors, those people who touch the product, is essential, and we would be most pleased to work with government on this.

The Chair: Thank you, colleagues. I believe our time has come to an end.

Colleagues, please remember that next week is a marathon. We will meet and continue our study of Bill C-64 next Wednesday. We will have two committee meetings, one from 12:00 to 1:30 p.m. in room W110, and then at our usual time slot at 4:15 p.m. in this room.

Thank you to all our witnesses here and online for answering our questions. Your testimony is extremely valuable to us.

Colleagues, there being no further business, this meeting is adjourned.

(The committee adjourned.)

entreprises en question doivent parfois prendre des décisions déplaisantes. Il est donc essentiel de collaborer avec les acteurs de la chaîne d'approvisionnement, ceux qui touchent le produit, et nous serions très heureux de travailler avec le gouvernement à cet égard.

La présidente : Merci, chers collègues. Je crois que notre temps est écoulé.

Chers collègues, n'oubliez pas que la semaine prochaine sera un véritable marathon. Nous nous réunirons mercredi prochain pour poursuivre notre étude du projet de loi C-64. Nous aurons deux réunions de comité, l'une de 12 heures à 13 h 30 dans la salle W110, et l'autre à notre heure habituelle, soit 16 h 15, dans cette salle.

Je remercie tous nos témoins ici présents et en ligne d'avoir répondu à nos questions. Vos témoignages sont extrêmement précieux pour nous.

Chers collègues, puisqu'il n'y a pas d'autres points à l'ordre du jour, la séance est levée.

(La séance est levée.)
