



# ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

## Journal des débats

**de la Commission permanente  
de la santé et des services sociaux**

**Le jeudi 10 mars 2016 — Vol. 44 N° 100**

Consultations particulières sur le projet de loi n° 81 — Loi  
visant à réduire le coût de certains médicaments couverts par le  
régime général d'assurance médicaments en permettant  
le recours à une procédure d'appel d'offres (5)

**Président de l'Assemblée nationale :  
M. Jacques Chagnon**

---

**QUÉBEC**

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

|                                                  |           |
|--------------------------------------------------|-----------|
| Débats de l'Assemblée                            | 145,00 \$ |
| Débats de toutes les commissions parlementaires  | 500,00 \$ |
| Pour une commission parlementaire en particulier | 100,00 \$ |
| Index (une session, Assemblée et commissions)    | 30,00 \$  |

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages.

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec  
Direction de la gestion immobilière et des ressources matérielles  
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85  
Québec (Québec)  
G1A 1A3

Téléphone: 418 643-2754  
Télécopieur: 418 643-8826

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires dans Internet à l'adresse suivante:  
**[www.assnat.qc.ca](http://www.assnat.qc.ca)**

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

**Commission permanente de la santé et des services sociaux**

**Le jeudi 10 mars 2016 — Vol. 44 N° 100**

**Table des matières**

|                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------|----|
| Auditions (suite)                                            | 1  |
| Association québécoise des distributeurs en pharmacie (AQDP) | 1  |
| Marc-André Gagnon                                            | 9  |
| Médicaments novateurs Canada                                 | 18 |
| Commissaire à la santé et au bien-être                       | 29 |
| Coalition Priorité Cancer au Québec                          | 39 |

**Autres intervenants**

M. Marc Tanguay, président

M. Gaétan Barrette

M. Jean-François Lisée

M. François Paradis

M. Amir Khadir

- \* M. Luc Martinovitch, AQDP
- \* M. Denis Forget, idem
- \* M. Paul Lirette, Médicaments novateurs Canada
- \* M. Frédéric Alberro, idem
- \* M. Yves Lacoursière, idem
- \* M. Donald Allard, idem
- \* M. Robert Salois, Commissaire à la santé et au bien-être
- \* Mme Caroline Cambourieu, bureau du Commissaire à la santé et au bien-être
- \* Mme Ghislaine Cleret de Langavant, idem
- \* Mme Anne Robitaille, idem
- \* M. Serge Dion, Coalition Priorité Cancer au Québec
- \* Mme Monique Beaupré-Lazure, idem
- \* M. Pierre Boucher, idem
- \* M. Michel Bissonnette, idem
  
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission





Le jeudi 10 mars 2016 — Vol. 44 N° 100

**Consultations particulières sur le projet de loi n° 81 — Loi visant à réduire le coût de certains médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments en permettant le recours à une procédure d'appel d'offres (5)**

*(Onze heures dix-neuf minutes)*

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je demande à toutes les personnes présentes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de vos téléphones cellulaires.

La commission est réunie afin de poursuivre les consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 81, Loi visant à réduire le coût de certains médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments en permettant le recours à une procédure d'appel d'offres.

M. le secrétaire, y a-t-il des remplacements?

**Le Secrétaire :** Non, M. le Président.

**Auditions (suite)**

**Le Président (M. Tanguay) :** Ce matin, nous recevons donc les représentants de l'Association québécoise de distributeurs en pharmacie ainsi que M. Marc-André Gagnon. Nous ajournerons nos travaux à 18 heures.

Alors, bienvenue aux représentants de l'Association québécoise des distributeurs en pharmacie. La période...

**Des voix : ...**

• (11 h 20) •

**Le Président (M. Tanguay) :** S'il vous plaît, chers collègues. À l'ordre, s'il vous plaît! Voulez-vous que je prenne un rôle plus actif? J'en serais ravi, mais je ne suis pas sûr que nos invités, ce matin, aimeraient ce qu'ils verraient.

Alors, bienvenue à votre Assemblée nationale. Vous disposez d'une période de 10 minutes de présentation. Par la suite — et vous les voyez fébriles — vous aurez l'occasion de vous entretenir avec les parlementaires. Et, pour des fins d'enregistrement, j'aimerais que vous précisiez vos noms, vos fonctions. Et, sans plus tarder, la parole est à vous et uniquement à vous. Merci beaucoup.

**Association québécoise des distributeurs en pharmacie (AQDP)**

**M. Martinovitch (Luc) :** Bonjour, M. le Président. M. le ministre, les membres de la commission. Je me présente, Luc Martinovitch. Je suis vice-président, directeur général chez McMahon Distributeur pharmaceutique et je suis accompagné, à ma gauche, par M. Denis Forget, qui se trouve à être directeur général chez Pharmaplus, et, à ma droite, par M. Daniel Denis, de KPMG-Secor, qui a réalisé une importante étude économique pour l'association québécoise des distributeurs pharmaceutiques, qui vient appuyer nos recommandations.

Tout d'abord, je tiens à souligner la présence dans l'assistance des membres de l'AQDP, entre autres Mme Paula Keays, vice-présidente de McKesson Canada; M. Albert Falardeau, président de Familiprix; M. Alain Lafortune, premier vice-président au Groupe Jean Coutu, ainsi que M. Denis Roy, vice-président chez Pharmaprix.

D'abord, je veux souligner que l'AQDP partage les objectifs de contrôle de dépenses en santé, car nous sommes tous ici contribuables soucieux des finances publiques. Ceci étant dit, nous n'appuyons pas l'approche préconisée par le ministre pour y arriver.

L'association québécoise pour les distributeurs pharmaceutiques rassemble et représente les entreprises responsables de l'approvisionnement des pharmacies communautaires et celles des hôpitaux et a pour mission de connaître notre rôle et les enjeux qui touchent à la distribution de médicaments. La distribution de médicaments est méconnue et prise pour acquise par plusieurs acteurs du réseau de la santé. Pourtant, c'est à nous qu'incombe d'assurer que le bon médicament soit livré au bon moment, au bon patient le jour même, et ce, même dans les régions éloignées. Nous sommes également les gardiens de l'intégrité de ces mêmes médicaments, qui sont de plus en plus complexes à entreposer, à manipuler et à livrer. Nous collaborons avec plus de 160 fabricants et gérons plus de 15 000 produits. Nous effectuons plus de 1 million de livraisons par année, soit presque 19 000 par semaine, aux 1 866 pharmacies communautaires, avec un taux de précision de 99,9 %.

Selon nous, le projet n° 81 comporte plusieurs risques. Les patients risquent d'être privés du bon médicament livré au bon moment, particulièrement dans les régions du Québec et hors des grands centres. Il menace l'ensemble des services offerts aux pharmaciens, les empêchant de jouer pleinement leur rôle. Il accroît les risques de pénurie et de rupture d'approvisionnement. Il réduit aussi notre capacité de répondre aux nouveaux défis auxquels nous faisons face, comme la mitigation des pénuries, l'infiltration de médicaments contrefaits dans les pharmacies et la gestion des médicaments de spécialité. Mais, d'abord et avant tout, il vient compromettre un écosystème performant et risque de mettre en péril la santé des Québécois.

L'AQDP formule trois recommandations afin de maintenir un secteur de la distribution robuste, stable et fiable et protéger l'accès des médicaments pour l'ensemble des patients du Québec. La première recommandation, c'est d'exclure le volet distribution du projet de la loi n° 81. La deuxième, c'est de reconnaître l'apport historique des distributeurs au contrôle des dépenses de santé et, finalement, de travailler ensemble via l'Alliance pancanadienne pharmaceutique et assurer la pérennité de l'accès à des produits pharmaceutiques de qualité pour la population du Québec.

Nous croyons que le mécanisme d'appel d'offres n'est pas adapté pour l'approvisionnement des pharmacies communautaires et bouleverserait inutilement des réseaux hautement stables, fiables et performants. Selon nous, il serait difficile, voire impossible pour un seul distributeur d'approvisionner l'ensemble des pharmacies du Québec, car nous en desservons en moyenne 500 chacune; l'investissement requis, beaucoup trop important; les risques, trop élevés, et ce, pour générer des économies encore hypothétiques. Nous craignons la création de monopoles et de barrières à l'entrée du marché et une réduction de notre capacité à investir pour accroître la productivité et assurer l'intégrité de la chaîne d'approvisionnement. Enfin, il n'y a aucun exemple international d'attribution d'une exclusivité pour la distribution de médicaments via les appels d'offres.

Dans sa forme actuelle, le projet de loi mène tout droit à un monopole, avec les risques que cela comporte pour les patients. Par exemple, nous pensons à un affaiblissement de la chaîne d'approvisionnement, car tout repose sur un seul distributeur pour l'ensemble des pharmacies. Nous pensons également aux risques de rupture en cas d'événement imprévu. On n'a qu'à penser à un incendie, une grève, une attaque informatique ou une pandémie. Nous croyons qu'il contribuerait au phénomène de pénurie qui s'accroît au Québec depuis le milieu des années 2000 et dont nous réduisons les effets. Il réduirait la capacité des pharmaciens de se tourner vers un autre distributeur pour obtenir un médicament. Il va aussi à l'encontre des constats du Vérificateur général du Québec et du Comité permanent de la Santé du Parlement fédéral, qui prônent une certaine redondance dans les secteurs pharmaceutiques pour sécuriser les réseaux d'approvisionnement et donc les patients. C'est pourquoi le modèle monopolistique doit être écarté d'emblée, pour des raisons sanitaires évidentes et préserver la robustesse des réseaux d'approvisionnement des pharmacies.

En 2010, le Québec s'est doté d'un mécanisme le plus transparent au Canada pour assurer la distribution des médicaments dans toutes les pharmacies du Québec. Selon cette recette, le ministre fixe le prix du médicament, il fixe la marge bénéficiaire du distributeur ainsi que les termes de paiement. Ce système prévoit même un plafond pour les produits dispendieux à 39 \$. La compensation versée au distributeur, fixée à 6,5 % depuis 2012, est déterminée en fonction du prix du médicament. Ainsi, chaque baisse de prix des médicaments se répercute automatiquement sur les montants payés par le gouvernement pour la distribution de médicaments et génère ainsi des économies substantielles en santé. Par exemple, un médicament à 5 \$, nous recevons 0,33 \$. Si le prix du médicament baisse à 1 \$, notre compensation serait de 0,07 \$. Ce qui me permet de souligner aux parlementaires : Avec ces mesures et baisses de prix, notre taux réel est passé en réalité de 6,5 % présentement à environ 5,3 %, un taux qui va malheureusement continuer de baisser avec les initiatives en place et qui devra éventuellement être ajusté.

Ce système a également l'avantage de ne pas pénaliser les pharmacies des régions, car elles ont accès aux mêmes médicaments, à la même fréquence et au même prix. Elles ne sont pas facturées en sus, même si les coûts de livraison hors des grands centres sont plus importants.

Grâce à ce système, nous avons contribué à près de 170 millions de dollars, depuis 2011, au contrôle des dépenses, alors que le gouvernement économisait 1,4 milliard de dollars en raison des diverses initiatives mises en place au cours des cinq dernières années, comme la baisse du prix des génériques, entre autres, l'abolition de la loi des 15 ans et plus récemment l'adhésion récente du Québec à l'alliance pharmaceutique pancanadienne. Cependant, nous n'avons aucune influence sur nos revenus liés à la distribution de médicaments, car nous ne pouvons négocier un prix d'achat avec les fabricants et nous ne pouvons facturer directement nos clients, et ce, dans un contexte d'augmentation de nos coûts d'opération attribuable notamment aux augmentations de salaire et aussi aux exigences accrues de Santé Canada.

Compte tenu de tous ces facteurs, nous nous inquiétons de la tendance actuelle de la compression des sommes attribuées à la distribution de médicaments et nous nous interrogeons sur les moyens que compte mettre en place le gouvernement pour maintenir un réseau d'approvisionnement robuste, stable et fiable. C'est pourquoi nous croyons que le projet de loi n° 81 n'est tout simplement pas le véhicule approprié pour générer des économies tout en garantissant le même niveau de services auquel s'attendent et ont droit des milliers de professionnels de la santé et de Québécois.

Depuis 2010, l'Alliance pancanadienne pharmaceutique permet aux provinces d'économiser sur le prix des médicaments génériques et innovateurs. L'approche négociée de l'APP a permis des économies de plus de 490 millions. Encore une fois, en raison de la recette dont s'est doté le Québec, les réductions de prix dont profite le Québec se traduisent automatiquement en économies pour la distribution de médicaments. De plus, l'approche progressive et négociée avec l'APP permet de considérer l'ensemble des facettes de l'écosystème de la santé et donne non seulement la prévisibilité nécessaire aux parties prenantes pour s'ajuster au mécanisme de réduction des coûts et ainsi prévenir certaines pénuries. Recourir à des appels d'offres pour le volet de la distribution pharmaceutique est un non-sens et un bouleversement inutile, injustifié et risqué. Le patient devrait être au cœur de toutes nos décisions. Et présentement il demeure la première victime du projet de loi n° 81. Voilà pourquoi l'AQDP recommande que le volet des appels d'offres en distribution soit totalement exclu du projet de loi n° 81. Merci de votre attention.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, pour débiter les échanges, pour une période de 16 min 30 s, je cède la parole au ministre de la Santé.

• (11 h 30) •

**M. Barrette :** Merci, M. le Président. Alors, M. Forget, M. Marinovitch, M. Denis, bienvenue à cette commission parlementaire. Et je vous remercie à l'avance d'avoir pris le temps de construire, de confectionner votre mémoire et de

prendre le temps de venir nous le présenter. Et, comme vous le savez évidemment, ces consultations-là nous permettent d'acquiescer un éclairage qui soit nouveau, nouveau ne serait-ce que par l'angle par lequel vous regardez, sous lequel vous regardez la problématique actuelle. Et je dois avouer que votre angle ne me surprend pas mais demeure évidemment intéressant et soulève un certain nombre de questions.

Vous représentez les distributeurs en pharmacie, bon, et, dans votre allocution introductive, vous attaquez le modèle. Mais, comme je l'ai dit, évidemment... bien, le modèle, le principe. Pas le modèle, parce que, là, on parle plutôt d'un principe, le modèle n'étant pas établi dans son détail. Le jour où il le sera, ça implique qu'il y ait une structure à ce moment-là, qui n'est pas encore établie. Mais, comme tout le monde, évidemment, vous faites référence... et vous êtes le énième groupe, parce que tous les groupes qui viennent font référence à l'alliance pharmaceutique pancanadienne, et conséquemment je suis obligé de conclure que, si vous vous y référez, sans que vous l'ayez dit de façon nominative...

Et je vais vous poser la question : Considérez-vous donc qu'il y a encore une marge? Parce que, si vous considérez qu'il n'y a pas de marge et vous vous référez à l'alliance pancanadienne, vous nous diriez à ce moment-là, d'emblée, qu'on est rendus au maximum du côté de l'alliance, ça n'ira pas plus bas. Alors que moi et vous, ensemble on sait très bien que ce n'est pas le cas, là, il y a encore des négociations et il est très possible et, je dirais, même probable qu'il y ait encore un effet à la baisse sur les médicaments. Alors, est-ce qu'on peut s'entendre sur le prix des médicaments? Est-ce qu'on peut s'entendre au moins sur le fait qu'il y a encore de la marge?

**M. Martinovitch (Luc) :** Je vais vous répondre... Première des choses, je suis ici pour représenter l'association québécoise de distributeurs pharmaceutiques. On a vraiment pris le volet de l'article 6.0.0.2, qui est la partie distribution, et, pour répondre à cette question-là, je pense que le modèle est assez clair, il est assez transparent. Dans une de mes recommandations que je faisais au début, la première, c'était de retirer le projet de loi directement au niveau des appels d'offres pour la distribution, et le troisième élément était de travailler avec l'alliance pancanadienne. Je me souviens bien de vous avoir rencontré, vous nous avez demandé des solutions, et je pense que la meilleure solution, c'est la décision que vous avez prise, M. Barrette, d'aller directement avec l'alliance pancanadienne, parce que je pense que c'est là que les économies ont passé dans les dernières années.

Et, pour répondre à votre question, je pense que c'est à vous d'aller voir s'il y a encore des argents. Mais, pour le bien des gens qui sont ici, qui représentent l'association, au niveau distribution strictement, on considère qu'il faut quand même retirer l'article 6.0.0.2.

**M. Barrette :** O.K. Pour le bien de notre connaissance à nous toutes et tous, là, pouvez-vous nous éclairer, nous informer sur l'état de la situation au Québec en termes de distribution? Et, quand je vous pose cette question-là, là, ma compréhension est que vous avez des ententes spécifiques entre un distributeur et une bannière. Pouvez-vous nous expliquer comment ça... peut-être pas comment ça fonctionne, mais l'état de la situation?

**M. Martinovitch (Luc) :** Ce que je vais vous répondre, je vais vous répondre en deux volets, parce que le volet touche naturellement... Puis je pense que vous avez fait référence de façon régulière au modèle des hôpitaux. Présentement, au Québec, il y a cinq distributeurs, il y en a deux seulement qui desservent les hôpitaux. Et ce que je peux vous dire par rapport à ça, c'est, quand on regarde le modèle, et encore je vais prendre le volet grossiste...

**M. Barrette :** Moi, je parle des bannières.

**M. Martinovitch (Luc) :** Je comprends, mais moi, si vous me permettez de terminer ma réponse, j'aimerais ça revenir quand même au niveau du grossiste. On n'a pas l'occasion de se voir souvent, et l'objectif de notre mémoire puis de la raison pour laquelle on est ici, c'est vraiment de vous parler de cet aspect-là. Parce qu'en bout de ligne ce que vous cherchez, c'est des économies, on y adhère. Et ce qu'on vous dit, c'est qu'avec le principe qu'on a et le système qui est en place déjà au Québec, dont le prix est fixé, la marge est fixée, même les termes de paiement, vous bénéficiez d'économies additionnelles. La bannière n'a rien à voir présentement avec le volet grossiste. Le modèle, probablement... — et vous avez utilisé, je pense, ministre Barrette, à quelques occasions, le terme «opaque» ou de «transparence» — le modèle le plus transparent qu'il y a présentement dans tout cet écosystème-là, c'est probablement le modèle de distribution, parce que vous déterminez tous les paramètres. Et c'est ça qu'on vient protéger aujourd'hui.

**M. Barrette :** Dans le but d'utiliser efficacement notre temps parlementaire, vous êtes ici pour nous éclairer, et c'est la raison pour laquelle on vous pose ces questions-là, donc. Alors, y a-t-il ou non, dans votre milieu... vous représentez les distributeurs, là, y a-t-il un pairage, à toutes fins pratiques, exclusif entre une bannière et un distributeur? Quels sont-ils?

**M. Martinovitch (Luc) :** Il y en a, vous les connaissez, je pense, vous avez rencontré certains groupes. Il y a effectivement des affiliations de certaines bannières et grossistes.

**M. Barrette :** ...éclairer la population, là, la population qui nous écoute, là, elle ne sait pas ça, elle, là, là. Alors, y a-t-il un pairage? Pouvez-vous nous dire, là, par exemple — je ne sais pas, moi, j'en prends un au hasard, là, les gens ici, qui sont là — Pharmaprix, il est avec qui? C'est quoi, le pairage, là?

**M. Martinovitch (Luc) :** Bien, le pairage... dans le mémoire qu'on vous a donné, il y a trois modèles différents. Il y a des gens qui sont intégrés avec leur propre centre de distribution, comme Familiprix, comme Jean Coutu, comme... — j'en

oublie un autre — Familiprix, et il y en a d'autres qui sont des grossistes, comme Pharmaprix, qui n'ont pas de bannière, qui sont libres. Il y a des gens comme McMahon, qui sont un entre-deux, et McKesson, qui ont leur propre bannière mais qui ont aussi un grossiste ouvert qui livre à différents types de pharmacies et à d'autres compétitions. Donc, les modèles d'affaires sont différents. Je ne suis pas ici pour parler des différents modèles des joueurs.

Il y a une chose qui est certaine, puis ça, je pense que c'est important de bien le comprendre, c'est que, malgré les différents modèles d'affaires qu'on peut avoir et malgré qu'on soit compétiteurs, il y a une chose qui demeure claire — et la preuve, c'est que tout le monde est ici aujourd'hui — au niveau de l'aspect distribution — c'est la raison pour laquelle on est ici — sur le volet du 6.0.0.2... on est tous du même avis qu'il n'y a plus d'argent dans ce système-là.

**M. Barrette :** Pardonnez-moi de vous interrompre. Encore une fois, là, je suis sûr que vous êtes tous du même avis. Tout le monde qui vient ici vient nous dire : N'allez pas dans cette direction-là, allez dans la direction de l'alliance. Et la conclusion, je l'ai dit hier, je vais vous la redire aujourd'hui, la conclusion qu'on doit tirer, c'est que vous ne voulez pas un modèle parce qu'il présente une perturbation — on va le qualifier comme ça — du modèle actuel, parce que le modèle actuel a des avantages.

Alors, je reviens à ma question, là, pour établir une chose une fois pour toutes. Une bannière, en général, elle a un distributeur avec lequel elle a une entente d'une certaine exclusivité, sinon une quasi-exclusivité. La réponse à ça, c'est binaire : c'est oui ou c'est non, là.

**M. Martinovitch (Luc) :** Je vous ai répondu. Je vous ai répondu : On a trois types de modèles d'affaires. Mais le lien ne se fait pas.

**M. Barrette :** O.K., le lien ne se fait pas.

**M. Martinovitch (Luc) :** Je veux dire, un distributeur, c'est un distributeur.

**M. Barrette :** O.K., c'est bon. Alors, moi, si je vous dis, là, que telle bannière a une entente d'affaires d'exclusivité avec tel distributeur, vous allez me dire que ça n'existe pas.

**M. Martinovitch (Luc) :** Je ne vous ai pas dit que ça n'existait pas. Je vous ai dit qu'il y a des modèles d'affaires qui sont différents. Ici, on est aujourd'hui pour parler de distribution, et ce que je vous dis, c'est que, par rapport à la distribution uniquement, le modèle qu'on a présentement — peu importe le modèle d'affaires auquel vous faites référence, M. Barrette — est le même pour tout le monde. Donc, c'est un système qui est clair et transparent.

**M. Barrette :** O.K., je comprends votre hésitation, là. On a tous compris.

**M. Martinovitch (Luc) :** Ce n'est pas une question d'hésitation.

**M. Barrette :** Alors, quel est le principe, à ce moment-là, que... Parlez-nous du constat que nous faisons tous sur le marché, qui est celui de l'intégration verticale. Et quel est son impact sur le prix, sur l'autonomie, l'indépendance du pharmacien propriétaire... pas propriétaire, mais du pharmacien tout court?

**M. Martinovitch (Luc) :** Vous n'aimerez pas ma réponse, mais je vais quand même vous la donner : La distribution est complètement séparée. On est ici pour parler de la distribution, et le modèle de distribution, présentement, est complètement séparé de ce que le reste peut se faire. Donc, je ne suis pas en mesure de vous parler aujourd'hui au nom de tous les membres de chacun de leur modèle d'affaires et comment ça fonctionne. Ce que je peux vous dire par contre, c'est qu'au niveau de la distribution le modèle québécois est le plus transparent et apporte des économies d'au-dessus de 170 millions par année... pas par année, mais depuis 2011.

**M. Barrette :** Ce que j'essaie d'explorer avec vous, là... Parce qu'elle existe, cette réponse-là. Le modèle d'intégration verticale, c'est un modèle d'intégration que j'avais qualifié correctement de commercial, avec, donc, des avantages et des désavantages, ça a un impact, ça.

Alors, n'est-il pas vrai, là, que le modèle d'intégration verticale... Il y a un groupe, là, qui est venu ici, d'une bannière, nous expliquer et venir défendre ce modèle-là. Alors, il doit y avoir un avantage, là, il doit y avoir une négociation, il doit y avoir des ententes avec vous autres et la bannière, il doit y avoir un impact au bout chez le pharmacien. Ça fait qu'on essaie de savoir... ou, du moins, j'essaie de vous permettre de nous expliquer quel est cet impact-là.

**M. Martinovitch (Luc) :** Je vais vous répondre en deux volets. Le premier, vous avez demandé quel est l'avantage, je pense qu'il y a un avantage au niveau du patient, premièrement, parce que le patient reçoit ses médicaments à tous les jours peu importe la région, peu importe où il est. Donc, ça, c'est un des avantages.

Par rapport à votre question plus spécifique, je vais revenir encore une fois, malheureusement, la distribution présentement demeure le même modèle pour tout le monde, que tu sois chez Le Groupe Jean Coutu ou que tu sois chez Pharmaprix ou Familiprix, on est tous rémunérés de la même façon, et c'est réglementé. Donc, on reçoit le prix, on le vend aux termes que vous avez convenus, incluant les termes de paiement, et c'est comme ça que la distribution se fait.

Donc, j'ai de la difficulté à répondre à votre question, pas que je veux l'éviter, mais tout simplement parce qu'on change de sujet versus la raison pour laquelle on est ici. Et honnêtement...

**M. Barrette :** Bien, vous me permettez de vous dire que vous êtes ici pour nous éclairer, là. Je comprends que vous êtes ici pour nous donner votre opinion, puis vous le faites très bien, mais en même temps nous, on a des questions à vous poser pour acquérir un éclairage qui nous permet d'avoir une lecture la plus fine de la situation.

Moi, ce que j'ai entendu à date, là, j'ai entendu de divers intervenants un certain nombre d'éléments, notamment la question de l'intégration verticale. L'intégration verticale, là, ça produit une exclusivité. Il y a des gens qui sont venus nous expliquer, là, qu'il y avait des négociations, voire des quasi-appels d'offres vis-à-vis des fabricants. Bien, c'est parce qu'au bout... dans cet ensemble-là, il y a obligatoirement, à quelque part, un échange de bénéfices ou l'application de la règle de comportement commercial qui avantage ou désavantage en fonction de ce qui fait quoi.

Je vais vous donner un exemple, là. Vous, vous êtes un distributeur, est-ce que n'importe quel fabricant peut avoir accès à votre entrepôt?

• (11 h 40) •

**M. Martinovitch (Luc) :** N'importe quel fabricant? Oui.

**M. Barrette :** Bon. À quelles conditions?

**M. Martinovitch (Luc) :** Bien, les conditions commerciales. En bout de ligne, vous décidez du listing des produits qui se retrouvent à la RAMQ, donc on garde les produits qui sont à la RAMQ et on les livre...

**M. Barrette :** O.K. Si c'est le cas, là, moi, ce que je comprends des différentes interventions, et c'est comme ça que ça a été fait ou ça a été véhiculé à date, ce n'est pas ça qui se passe, vous le dites vous-même : Un distributeur ne distribue pas tout. Un distributeur peut avoir un modèle d'affaires où il y a une intégration verticale. Donc, il y a une exclusivité. Dans cet univers-là, le fabricant n'a pas accès à tout le monde, et il y a une condition certainement d'accès, et il y a des relations contractuelles. Qu'en est-il? Pouvez-vous nous éclairer là-dessus?

**M. Martinovitch (Luc) :** Ça me ferait plaisir d'aller vous rencontrer à La Pinière, puis vous parlez du modèle McMahon puis comment on fonctionne. Je ne peux pas vous parler de chacun des modèles, ce que je peux vous dire, par contre, et encore une fois je vais revenir au modèle de distribution : Peu importe le modèle d'affaires que vous avez présentement, le modèle de distribution, tous les distributeurs gardent les produits. Donc, on garde le produit, on livre le produit avec un taux, et c'est comme ça que ça fonctionne. Donc, au niveau... parce que vous regardez... Il faut regarder l'ensemble de la chaîne, moi, je suis ici pour parler d'une partie de l'ensemble de la chaîne, qui est la partie distribution.

**M. Barrette :** Je parle de votre partie, je vous ai posé une question très précise, très spécifique : Quels sont les genres de conditions d'accès à vos entrepôts, donc, vous, comme distributeur, qui existent?

**M. Martinovitch (Luc) :** Nos produits sont listés, tous les produits sont listés.

**M. Barrette :** Alors, vous me dites, là, que, chez vous, là, n'importe qui peut entrer?

**M. Martinovitch (Luc) :** N'importe qui peut entrer.

**M. Barrette :** Mais comment ça se fait que tout le monde ne rentre pas?

**M. Martinovitch (Luc) :** Bien, encore une fois, vous parlez de différents modèles d'affaires. C'est parce que...

**M. Barrette :** Bon!

**M. Martinovitch (Luc) :** Mais non, mais, M. Barrette, parce que vous allez sur un terrain où il faudrait que je parle de chacun des modèles d'affaires qui sont différents. On parle comme grossiste, on a la majorité des produits, sinon tous les produits. On vous a dit tout à l'heure : On garde au-dessus de 15 000 produits.

**M. Barrette :** Moi, j'essaie de vous donner l'opportunité de nous éclairer sur ce que vous avez, les modèles d'affaires. Vous représentez ce monde-là, alors je postule, peut-être à tort, que vous avez une connaissance assez fine ou, du moins, au moins sommaire de l'ensemble des modèles d'affaires et des conditions, sans peut-être tout savoir.

Alors, quand on veut rentrer chez vous, là, y a-tu des conditions? Je comprends que ce ne soit pas une bonne idée pour vous de dire : Dans telle compagnie, c'est telle condition, mais il doit y avoir des conditions.

**M. Martinovitch (Luc) :** Les conditions, c'est les conditions de marché qui sont connues, termes de paiement, etc., donc il n'y a rien de particulier.

Je vais faire un aparté et je vais prendre mon exemple personnel, si vous me le permettez, chez McMahon. On est un distributeur, on livre à deux endroits, on livre des pharmacies communautaires et on livre des hôpitaux, donc on est dans deux types de marchés différents. On a la majorité des produits listés. Je vais prendre un exemple encore plus concret. Si on parle d'un produit novateur, on va garder le produit Lipitor, naturellement, tout le monde va le garder. Le générique de Lipitor, il peut avoir 15 compagnies, on n'en garde pas 15, M. Barrette, on en garde cinq, peut-être six, question d'efficacité.

Vous nous demandez de participer au système, d'amener des économies, ça suppose d'aller chercher des efficacités. C'est évident que, dans un entrepôt, de garder 13 ou 15 produits du même produit mais juste sous une marque différente, il vient un moment donné où ce n'est pas efficace. Donc, on fait des choix. Parce que, justement, si on regarde notre taux de distribution... Je vais revenir à notre taux de distribution. Si on recule en 2012, le taux avait été négocié à 6,5 %, et, à ce moment-là, le ministre de la Santé qui était là reconnaissait la valeur du système de distribution et avait cru bon de majorer de 6 % à 6,5 %. Aujourd'hui, ce taux-là est à 5,3 %. Alors, c'est évident qu'à 5,3 % on fait certains choix, on ne gardera pas 15 molécules d'une compagnie différente, on va essayer d'en garder quatre, cinq, question d'efficacité.

**M. Barrette :** Il me reste simplement 30 secondes pour vous laisser le temps de pouvoir répondre à une question. Je vais vous en poser une dernière. Votre modèle...

**M. Martinovitch (Luc) :** Pardon?

**M. Barrette :** Il ne me reste presque plus de temps, là, pour vous permettre d'avoir du temps de répondre à ma dernière question, là, je vais vous en poser une courte. Votre modèle vient-il limiter l'indépendance du pharmacien dans le choix du médicament?

**M. Martinovitch (Luc) :** Non.

**M. Barrette :** Je n'ai plus d'autres questions, M. le Président.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, maintenant, au tour du collègue de Rosemont pour une période de 10 minutes.

**M. Lisée :** Merci. Merci. Bonjour, M. Forget, M. Martinovitch. M. Daniel Denis, toujours heureux de vous rencontrer. Vous savez que je suis un de vos lecteurs les plus attentifs, même depuis le début des années 90. Vous et moi sommes les seuls à savoir de quoi nous parlons.

Je vois que vous faites trois recommandations. Première recommandation : «Exclure du projet de loi le volet des appels d'offres en distribution.» Donc, ça, c'est non. Deuxième recommandation : «Reconnaître l'apport [...] des distributeurs au contrôle des dépenses de santé.» Vous dites : On fait une bonne job, reconnaissez-le. Troisième recommandation : «Travailler ensemble pour préserver l'intégrité de l'écosystème via l'Alliance pancanadienne pharmaceutique...» Donc, ne touchez à rien.

Finalement, vous ne nous faites aucune recommandation de réforme quelle qu'elle soit. Ce que vous dites, c'est : Pour ce qui est des distributeurs, le système est optimal et il ne peut pas être bonifié. C'est quand même surprenant.

**M. Martinovitch (Luc) :** Je trouve qu'on est un petit peu durs sur le système, je pense que le système canadien et québécois de distribution est reconnu à travers le monde comme étant extrêmement efficace. On veut faire partie de la réforme, on contribue. Ce qu'on vous dit : On est ici pour discuter de solutions. Je pense que la solution, elle est déjà là. Vous avez déjà un mécanisme, vous avez déjà un mécanisme en place en gérant le prix, par le ministre, en gérant la marge bénéficiaire, en gérant même les termes de paiement. Votre mécanisme, au niveau des économies, au niveau de la distribution, se fait automatiquement à toutes les fois que le ministre Barrette va être capable de réduire les prix. Et la preuve, c'est quand on regarde le taux qui avait été négocié, quand on recule en 2012, à 6,5 %, aujourd'hui se trouve à 5,3 %. Quand on parle de médicaments dispendieux, ce taux à 39 \$ était antérieurement négocié à 4 %. Présentement, il tourne environ à 2,8 %.

Si vous me permettez...

**M. Lisée :** Vous dites... Non, j'ai...

**M. Martinovitch (Luc) :** O.K.

**M. Lisée :** ...plusieurs questions, et puis, vous allez voir, vous allez pouvoir m'éclairer sur plusieurs aspects.

Nous avons eu de vos collègues en distribution, plus tôt pendant cette commission parlementaire, qui nous ont dit : Écoutez, l'impossibilité logistique pour un distributeur québécois de livrer à 400 clients actuels et dire qu'on va gagner l'appel d'offres en distribution, qu'on va devoir livrer à 1 800 clients sur trois ans, c'est une impossibilité telle, parce qu'il faudrait acheter des camions et ensuite s'en débarrasser après trois ans si on ne gagne pas l'appel d'offres suivant, que, si le ministre commettait la faute d'appliquer ça, nous ne serions pas parmi les soumissionnaires. Est-ce que vous pouvez nous dire ça aujourd'hui, vous, ce système-là est tellement déficient et non rentable qu'en aucun cas vous ne feriez une soumission?

**M. Martinovitch (Luc) :** Je ne peux pas parler pour les autres, mais je suis pas mal convaincu que ce serait exactement le cas. Si vous me permettez...

**M. Lisée :** Pour votre compagnie à vous, par exemple.

**M. Martinovitch (Luc) :** Pour notre compagnie, pour vous. Et je vais vous donner un exemple encore plus concret, je pense, qui est encore plus probant. Un petit peu plus tôt aujourd'hui, je vous ai parlé qu'au niveau de la distribution au Québec on avait sept grossistes ou sept distributeurs. Dans les hôpitaux présentement, il y en a deux uniquement. Il y a McKesson, qui se trouve être un joueur multinational et même global, et il y a McMahon, qui est un joueur, en passant, régional québécois, qui n'est pas une multinationale mais qui est un joueur québécois appartenant à Metro Richelieu, et présentement il y a seulement deux joueurs. On vient d'obtenir dernièrement une soumission pour Gasec, qui est les contrats gouvernementaux des hôpitaux pour l'Est du Québec. On était deux à se présenter pour la soumission. McMahon, étant donné les conditions, étant donné les prix, étant donné les prix plus bas, mais aussi les prix de distribution et les demandes, les exigences de livrer aux Nunavut, de livrer aux Îles-de-la-Madeleine, tout ça mis ensemble, on a décidé de se retirer.

Et je vais même pousser plus loin pour vous dire qu'il y a un grand distributeur américain, qui s'appelait AmerisourceBergen, qui était un des trois gros joueurs aux États-Unis en compétition avec McKesson, qui est venu au Canada en 2008-2009, qui a décidé d'aller dans le milieu des hôpitaux, donc on parle de barrière à l'entrée... Il a gagné le contrat en Outaouais, il n'a pas été capable de terminer son contrat parce que les pharmacies, dans les hôpitaux, étaient extrêmement insatisfaites du service. La complexité de livrer des médicaments était telle qu'ils ont été obligés de se retirer du contrat, et aujourd'hui AmerisourceBergen a plié bagage et est retourné aux États-Unis. Donc, c'est ce qu'on voit.

• (11 h 50) •

**M. Lisée :** Je comprends bien. Et donc vous dites que... je ne veux pas le dire avec certitude, là, mais que le risque est grand que ce système-là se solderait par l'absence de soumissionnaires, et il n'y aurait pas d'entrée d'un joueur étranger non plus parce que le système est trop complexe.

Maintenant, je ne comprends pas pourquoi le ministre ne comprend pas ça. C'est-à-dire, moi, ces présentations-là m'ont été faites en privé. Je suis un sceptique professionnel, je pose des questions, puis il me semble que ça ne fonctionne pas, cette idée de distribution au Québec, en termes de faire des appels d'offres. Alors, est-ce que vous, vous comprenez pourquoi le ministre ne comprend pas ça?

**M. Martinovitch (Luc) :** J'ai beaucoup de difficultés, honnêtement, à le comprendre. Et je pense que les chiffres sont probants, je pense qu'on a des résultats concrets au niveau des hôpitaux. C'est peut-être un système qui a fonctionné pour un certain moment, mais on se rend compte aujourd'hui que c'est rendu extrêmement difficile. E, moi, la question que j'aimerais poser au ministre, et finalement à tout le monde, c'est : Si demain matin on parlait de monopole, si demain matin McMahon se retire et n'est plus du tout dans les hôpitaux et qu'il y a seulement un joueur, ça veut dire quoi pour les prix puis ça veut dire quoi s'il y a une pandémie? Ça amène beaucoup d'autres problèmes. Donc, je pense qu'il faut faire attention.

Vous m'avez dit un petit peu plus tôt qu'on n'amenait pas de solution. On n'a pas besoin d'amener une solution parce que la solution, elle est déjà sur la table et elle est déjà efficace. Alors, pourquoi réparer quelque chose qui fonctionne déjà très bien?

**M. Lisée :** O.K. Je note que dans... Évidemment, vous parlez pour vous, les distributeurs, vous dites : Bon, il ne faut pas que ça se fasse pour la distribution. Vous ne vous prononcez pas sur le manufacturier générique. Et donc moi, je vais vous poser la question : Si, en prenant des précautions, dont le ministre a fait état dans l'avis d'impact réglementaire qu'il a eu la bonne idée de publier avant ces audiences... Il dit : Évidemment, il faut faire attention de garder plusieurs manufacturiers, il faut faire en sorte que les appels d'offres soient dans les cas où le volume est suffisant pour justifier les coûts administratifs. Donc, en tenant compte de l'ensemble de ces conditions-là, qu'est-ce que ça changerait pour vous, les distributeurs, si l'État québécois procédait à des appels d'offres pour des médicaments génériques?

**M. Martinovitch (Luc) :** Encore une fois, je vais être aussi... Vous allez avoir la même réponse que j'ai répondu avec le ministre Barrette, je pense que vous avez déjà rencontré des groupes qui se sont prononcés là-dessus, et je vais répondre : Je vous dirais que ça pourrait créer des pénuries. Et on le voit dans les hôpitaux, je pense que les gens... Pour ceux qui se souviennent de la crise Sandoz, pour ne pas nommer quelqu'un ou une compagnie en particulier, avoir uniquement un joueur au niveau de la production de médicaments peut être extrêmement risqué. Donc, ce n'est pas à moi de répondre. Je vous donnerais cette réponse-là rapide et...

**M. Lisée :** Ça n'a pas d'impact sur le distributeur, ça a un impact sur la disponibilité du produit. Si on fait bien notre job puis on fait en sorte, par exemple, de garder le deuxième et le troisième soumissionnaire pour leur donner une part du marché, il y a plusieurs méthodes pour ne pas se retrouver en situation de monopole, même si on fait un appel d'offres. Vous, si on vous dit : Écoutez, c'est par appel d'offres pour un certain nombre de médicaments génériques, distribuez-le, vous, est-ce que ça vous pose un problème de les distribuer?

**M. Martinovitch (Luc) :** Je peux juste vous répondre que, présentement dans les hôpitaux, c'est ce qu'on fait, mais on se rend compte qu'il y a des problématiques présentement, quand il y a des manquements au niveau des produits, et je pense que ça s'en va vers un marché qui va être monopolistique, qui va créer énormément de problèmes. Vous mentionnez tantôt quand on parle spécifiquement de distributeur, mais, en bout de ligne, je veux juste que personne n'oublie que le centre de tout ça, c'est le patient, et c'est évident.

Puis je vais vous donner un autre exemple concret. On a eu un changement, peu importe, informatique, et j'ai une dame qui m'a appelé, et son nom, c'était Mme Tremblay, elle avait, je pense, 82 ans et elle m'a rejoint directement pour me dire qu'elle n'avait pas son médicament, et j'ai tenté par tous les moyens, pendant 15 minutes, de lui expliquer pourquoi on

n'était pas capables de lui livrer son médicament, mais, en bout de ligne, je me suis rendu compte que ça n'avait aucune importance que je le lui explique ou pas, la réalité, c'est que Mme Tremblay ne comprenait pas qu'elle n'avait pas son médicament, et, en passant, c'était un médicament de gavage. Elle en avait de besoin pour la fin de semaine, c'était sa façon de se nourrir. Alors, on a fait quoi? On l'a mis dans un taxi puis on l'a livré parce que c'était une question de survie, c'est une question de... Alors, je pense qu'il faut faire attention dans l'équilibre.

**M. Lisée :** Puisque vous le soulevez, quelle était la cause de la rupture d'approvisionnement dans ce cas-là?

**M. Martinovitch (Luc) :** C'était notre cause à nous, c'était notre problème à nous. Tantôt, je mentionnais que ça peut être des pandémies, ça peut être des pénuries, ça peut être une grève, ça peut être un système informatique. Dans ce cas-là, c'était nous, on a eu un problème au niveau informatique, et le médicament n'est pas sorti comme il aurait dû. Donc, ça a été rectifié, mais il demeure qu'il faut quand même être aux aguets parce qu'en bout de ligne il y a un patient qui est en bout de ligne. Et on est très fiers de dire qu'on livre à 99,9 % d'efficacité dans toutes les régions du Québec et que Mme Tremblay, peu importe où elle est, elle reçoit son médicament quand elle en a de besoin. Je pourrais vous donner d'autres exemples de patients qui sortent des hôpitaux qui ont besoin le lendemain.

**M. Lisée :** Vous êtes M. Martinovitch, c'est ça?

**M. Martinovitch (Luc) :** Oui.

**M. Lisée :** Alors donc, s'il y a quelqu'un qui nous écoute qui n'a pas son médicament, appelez directement M. Martinovitch : il va le mettre dans un taxi puis il va vous le livrer.

**M. Martinovitch (Luc) :** Ça va me faire plaisir.

**M. Lisée :** Merci beaucoup.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, maintenant, nous allons chez notre collègue de Lévis pour 6 min 30 s.

**M. Paradis (Lévis) :** Merci, M. le Président. M. Forget, M. Denis, M. Martinovitch, bienvenue. Je retourne dans l'aspect très... et je reprends au bond un petit peu ce que vous étiez à dire, dont votre exemple de Mme Tremblay, où vous dites : Bien, écoutez, dans ce cas-ci, c'était carrément nous. Vous dites : À 99,99 %, on livre. Dans ce cas-là, vous étiez dans le 0,01 %, mais le problème s'est produit. Là, à ce moment-ci, dans le contexte dans lequel vous travaillez, alors l'alliance pancanadienne, votre méthode de distribution, les coûts qui sont réglementés, votre modèle d'affaires, ça s'est produit quand même.

Avez-vous l'impression que, si effectivement le projet de loi faisait en sorte qu'on aille vers l'appel d'offres sur les médicaments, votre marge de 99,99 % serait menacée? Voyez-vous déjà l'impact dans votre job à vous, au-delà des prix qui seraient négociés par appel d'offres, des impacts sur votre réseau à vous?

**M. Martinovitch (Luc) :** Je vous dirais que la réponse est fortement oui. À quel niveau? À quel pourcentage? Je ne le sais pas. Ce que je peux vous dire, c'est qu'au niveau du distributeur ou du grossiste il y a plusieurs choses qu'on fait, et, entre autres, c'est garder des inventaires le plus sécuritaires possible. Donc, on a un coût à garder des inventaires. Quand on sait qu'il va y avoir une rupture de manufacturier, on essaie d'augmenter. Mais, dans certaines situations, quand le produit n'est tout simplement pas là, peu importe la raison... Et malheureusement on voit des produits à court de façon régulière. On en a une, deux par semaine, donc c'est récurrent. Et je vous dirais que ça va l'être encore plus dans les prochaines années, tout simplement parce que les exigences de Santé Canada, de FDA, au niveau de l'Australie, sont beaucoup plus demandantes qu'ils l'étaient avant, tant au niveau du manufacturier, générique, novateur, qu'au niveau de la distribution. Donc, c'est évident que ce resserrement-là des normes va amener d'autres problématiques au niveau de la distribution... pas la distribution, mais l'approvisionnement de produits.

**M. Paradis (Lévis) :** Ramenons la discussion également au niveau de l'économie comme telle, parce que le but de l'exercice, c'est faire en sorte que globalement, par ces mesures-là et dans le projet de loi... autant sur l'appel d'offres du médicament ou sur la distribution, c'est de faire en sorte que ça nous coûte collectivement moins cher, dans l'hypothèse où il y a moyen de faire des gains encore.

Êtes-vous en train de nous dire que, dans votre créneau à vous, il n'y a plus d'économie à faire, là, vous êtes accotés? Admettons, hypothèse, que cet article-là soit laissé de côté et que le gouvernement vous demanderait, par exemple, à la lumière de ce que vous avez, là, le 6,5 %, le 39 \$, de faire un effort supplémentaire et de négocier à la baisse pour aller chercher un retour et puis une économie, êtes-vous accotés ou vous êtes capables encore de participer au fait qu'on puisse diminuer les coûts collectifs de cette industrie-là?

**M. Martinovitch (Luc) :** J'adore votre question. Je vais utiliser un commentaire que, je pense, M. Falardeau a utilisé, qui a dit que le système est très fragilisé. M. Coutu a dit qu'il n'y avait plus de place, et je vais vous confirmer qu'il n'y en a plus, de place. Parce qu'il ne faut pas oublier que le taux était à 6,5 %, est tombé à 5,3 %. Enlevez les termes



de paiement, on tombe à 3,3 %. Enlevez les livraisons, les coûts des employés, les entrepôts, il reste combien, vous pensez? Il n'en reste pas beaucoup.

Alors, si on veut être en mesure de réinvestir en technologie, de manière à être plus efficaces, de manière à, justement, faire notre part, bien, à un moment donné, on ne peut plus réduire. Et, si vous avez bien entendu ce que j'ai dit, je disais : On est rendus au point de non-retour où il va falloir éventuellement avoir une discussion pour probablement indexer. Parce qu'il va y avoir des impacts, et on l'a vu, il y a des entrepôts qui ont fermé, donc, au Canada, et ce n'est pas ça qu'on veut non plus.

**M. Paradis (Lévis) :** Ce que vous êtes en train de me dire puis de nous dire, c'est que, peu importe ce qui se passera ici, puis le résultat, puis le vote, au bout du compte, quand bien même on resterait avec ce que vous considérez être le modèle idéal... Vous l'avez dit tout à l'heure, là, ce qu'on vit maintenant, là, l'alliance pancanadienne puis notre réseau de distribution, notre efficacité, au nom des patients, c'est parfait. Malgré ça, au moment où on se parle, si vous avez le loisir de le faire, ce que vous demanderiez puis vous battriez pour avoir davantage, c'est qu'on indexe le 6,5 % puis le 39 \$, parce que, là, au moment où on se parle, vous êtes à la limite de la survie.

• (12 heures) •

**M. Forget (Denis) :** Juste un commentaire là-dessus. Ce qu'il faut comprendre, c'est que, dans la mécanique de taux de distribution des distributeurs, c'est intrinsèque. À toutes les fois qu'on gagne du côté des génériques puis on réduit les taux ou on réduit les coûts d'acquisition, nous, on facture en pourcentage sur ce prix-là. Donc, est-ce qu'on fait un effort? Bien oui, on en fait un, c'est automatique, c'est intrinsèque dans le système.

Alors, on nous disait qu'on a baissé 170 millions, depuis les quelques dernières années, de nos revenus, puisque, si le produit est à 75 % de l'original puis il est rendu à 25 %, puis il va descendre probablement plus bas encore, bien sûr qu'on amène des économies dans le système. C'est des pertes pour nous puis c'est à nous à s'ajuster puis à ajuster nos coûts d'opération en conséquence. Mais l'effort de guerre est là par le principe même de la façon qu'on est rémunérés.

**M. Paradis (Lévis) :** Alors, même si on restait dans le processus qui est le nôtre actuellement, sachant pertinemment qu'on s'en va vers des économies, que plusieurs ont dit : Bien, au niveau de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, il faudrait être plus agressifs, donc aller chercher des baisses supplémentaires sur le coût des médicaments, parce que l'objectif est celui-là, même là, vous nous dites : Nous autres, on est automatiquement... on a les mains liées, ça va couper des revenus.

**M. Forget (Denis) :** Oui. Ça va coûter moins cher à l'État, puisqu'on va facturer moins.

**M. Paradis (Lévis) :** Est-ce que ça menace, le fait que vous soyez obligés d'encaisser ces chocs-là... Parce que vous êtes l'industrie et vous êtes sur la corde, est-ce que ça peut modifier vos visions d'affaires, faisant en sorte que vous vous vantiez d'être à 99,99 % partout, mais un jour vous serez obligés de dire : Bien là, on va être obligés de modifier la donne puis de distribuer différemment?

**M. Martinovitch (Luc) :** La réponse, je pense, se trouve en partie au niveau du modèle des hôpitaux. Et c'est évident que, comme entreprise, là, on parle... il y a un camion qui part d'un entrepôt en quelque part, qui livre aux Îles-de-la-Madeleine puis qui livre au Nunavut, et puis que la personne a son médicament. C'est évident que, demain matin, si on livre cinq fois par semaine et puis qu'on est tellement compressés, il y aura des choix à faire. Et ces choix-là vont peut-être vouloir dire couper à deux fois semaine la livraison, et, à un moment donné, c'est le système même, la qualité du système pour le patient qui va être attaquée.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Merci. Alors, nous vous remercions beaucoup, les représentants de l'Association québécoise des distributeurs en pharmacie.

Je suspends les travaux quelques instants.

(Suspension de la séance à 12 h 2)

(Reprise à 12 h 9)

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, chers collègues, maintenant nous recevons M. Marc-André Gagnon, qui est professeur associé, qui va nous faire une présentation en vidéoconférence. Alors, M. Gagnon, désolé pour le délai. Vous avez maintenant une période de 10 minutes de présentation. Et par la suite vous aurez l'occasion d'échanger avec les parlementaires. Alors, M. Gagnon, la parole est à vous.

**Marc-André Gagnon**

(Visioconférence)

**M. Gagnon (Marc-André) :** Bien, merci beaucoup. M. le Président, M. le ministre, Mmes, MM. les députés, c'est un plaisir pour moi de pouvoir venir présenter le résultat de mes recherches. Je vais vous parler de deux choses aujourd'hui.

D'une part, j'aimerais pouvoir vous parler de... le système... la question du coût des médicaments au Québec par rapport aux autres pays de l'OCDE, et ensuite vraiment regarder la question des génériques en particulier.

J'avais préparé un PowerPoint. J'ai appris que je ne pouvais pas le présenter directement. Mais je peux vous décrire quelque peu les éléments d'information qui s'y trouvent.

Si on compare le Canada par rapport aux autres pays de l'OCDE, il faut comprendre, la moyenne pour les pays de l'OCDE... On paie 498 \$ per capita en moyenne dans les pays de l'OCDE, alors que le Canada, on est le pays le deuxième plus cher au monde après les États-Unis. Au Canada, on paie 771 \$ per capita. Aux États-Unis, on paie 10 010 \$ per capita. Le Québec se situe entre les deux. En fait, on est la province canadienne où est-ce qu'on paie le plus cher per capita, ça a été 865 \$. Donc, au niveau des coûts des médicaments per capita, on paie très cher au Québec. Bon, il y a différentes raisons historiques qui peuvent expliquer ça, et, en soi, ce n'est pas si tant un problème pour moi que la question de l'évolution des coûts.

• (12 h 10) •

Sur la question de l'évolution des coûts, il faut comprendre, de 2000 à 2012, au Canada, les coûts ont augmenté de 96 % per capita. Si on se compare aux autres pays de l'OCDE, on regarde l'Australie, par exemple, on regarde l'Allemagne, qui sont des pays bien reconnus pour faire un très mauvais travail pour contenir la croissance des coûts, bien, ces pays-là ont quand même fait beaucoup mieux que le Canada. La croissance des coûts, au lieu de 96 %, ça a été 84 %, 77 % en Allemagne, Australie. Des pays qui ont fait beaucoup mieux avec des régimes publics universels plus efficaces, en se donnant des capacités institutionnelles nécessaires pour mieux contenir la croissance des coûts en médicaments, on regarde la France, le Royaume-Uni, eux, la croissance des coûts a été 55 % de 2000 à 2012, contrairement à 96 % au Canada, Nouvelle-Zélande, 50 %, Danemark, 36 %. Le Danemark a beaucoup misé sur un meilleur usage du médicament. Les États-Unis, qui est un modèle de gaspillage et d'inefficacité sur la question de l'assurance médicaments, bien, aux États-Unis, la croissance des coûts a été de 87 % entre 2000 et 2012, donc beaucoup moins que ce que ça a été au Canada. Au Québec, la croissance a été de 107 %. Donc, on a fait pire que le Canada, qui a fait pire que tous les pays comparables de l'OCDE.

Donc, pour moi, un petit peu mon point de départ, c'est de dire : Regardez, en ce moment, la croissance des coûts au Québec n'est pas soutenable. Le régime actuel n'est pas soutenable. Il va y avoir des réformes. Quelles que soient les réformes, il va y en avoir des majeures, ce système-là ne peut pas survivre à terme.

Donc, à partir de là, il y a deux grands types de réformes qui sont possibles, soit on peut remettre un petit peu le risque sur les épaules des patients en disant : Bien, dans ce cas-là, on va leur demander de payer une plus grande part, par exemple en augmentant les franchises, les coûts assurance, les primes, ou bien, et c'est ce que je propose dans mes travaux, essayer de s'inspirer des meilleures pratiques de ce qui se fait à l'étranger pour comment mieux contenir les coûts tout en assurant les meilleurs soins possible pour la population au Québec et au Canada.

Et, juste pour vous donner une idée sur les échelles de coûts, si on avait fait aussi pire que les États-Unis entre 2000 et 2012, aussi pire que l'Allemagne ou l'Australie pour contenir les coûts, bien, on aurait quand même... on paierait en ce moment 1 milliard de moins par année en médicaments. Si on avait fait aussi bien que la France ou le Royaume-Uni, aussi bien que la Nouvelle-Zélande ou le Danemark, en ce moment on économiserait entre 2 et 3 milliards de dollars par année en médicaments, juste si on s'était dotés de meilleures capacités institutionnelles pour contenir les coûts.

Ce qui m'amène maintenant à parler des génériques. Les génériques, c'est un des facteurs parmi d'autres qui contribuent à ce fort coût des médicaments per capita au Québec, parce que, oui, on paie trop cher pour les médicaments génériques. Dans un rapport en 2014, j'avais estimé les économies possibles... la mise en place d'un système d'appel d'offres pour les génériques. Ça signifie, à peu près, pour le Québec seulement, environ 173 millions qu'on pourrait aller chercher en économies. Depuis 2014, les choses ont évolué un petit peu, c'est peut-être... L'estimation aujourd'hui serait peut-être plutôt de l'ordre de 150 millions, mais c'est à peu près les chiffres approximatifs sur les économies possibles.

Donc, si on regarde au niveau des prix des médicaments génériques, bon, j'ai inséré à la fois dans mon mémoire et dans le PowerPoint la comparaison des prix des génériques faite par le conseil d'examen des prix des médicaments brevetés, donc entre le Canada, et 11 pays comparables. Il y a seulement la Suisse et l'Australie qui paient plus cher que le Canada au niveau des prix des génériques, et ça se comprend, la Suisse et l'Australie, c'est deux pays reconnus pour favoriser beaucoup l'industrie brevetée locale, donc il n'y a aucune tentative de réduire le coût des génériques. Mais, si on regarde des pays comme... qui utilisent des systèmes d'appel d'offres pour les génériques, on voit ici l'Allemagne, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, ces pays-là, par rapport au Canada, ils économisent entre 28 % et 64 % sur le coût des génériques.

Ça, c'est pour l'ensemble des génériques. Si on prend de manière plus particulière les génériques les plus vendus... bon, on a les chiffres pour les cinq génériques les plus vendus en Ontario, il faut comprendre, le régime public de l'Ontario obtient normalement les meilleurs prix disponibles au Canada, et le prix au Québec est le meilleur prix disponible. Bien, en fait, si on prend les cinq médicaments vendus et on compare les prix au Canada par rapport aux États-Unis et la Nouvelle-Zélande, on voit des grandes différences de prix. Et, entre autres, ce qui est intéressant, c'est que, pour la simvastatine, par exemple, c'était une compagnie de génériques canadienne qui avait obtenu l'appel d'offres pour la Nouvelle-Zélande. Donc, la compagnie canadienne vendait sa simvastatine, donc le Zocor générique, à 0,24 \$ le comprimé en Nouvelle-Zélande, et la même compagnie qui produisait le même médicament de la même usine vendait ce même médicament 0,625 \$ le comprimé au Canada. Et là ce n'est pas la faute du fabricant du générique, c'est la faute du système qu'on a en place au niveau de la tarification, au niveau des prix des génériques, parce que c'est des prix fixés par rapport au coût du médicament breveté.

En fait, un élément qui, pour moi, est essentiel aussi, surtout en se joignant à l'alliance pharmaceutique pancanadienne, mais il ne faut pas oublier que le prix des médicaments brevetés, le prix officiel devient de plus en

plus arbitraire. Le prix réel, on va réussir à aller chercher de plus en plus des rabais substantiels. Donc, le prix officiel devient un prix arbitraire. Fixer le prix du générique à partir du prix officiel arbitraire artificiellement gonflé du médicament breveté, pour moi, il y a un petit peu un non-sens ici.

On nous dit beaucoup que, si on met en place un système d'appel d'offres pour les génériques, ça va créer une explosion de pénuries de médicaments, il faut faire très attention. Dans un article dans le *Health Affairs* en 2014, Jamie Daw et Steven Morgan avaient regardé les meilleures pratiques au niveau contractuel au niveau des systèmes d'approvisionnement en médicaments dans différents pays et notaient, bon, en particulier pour le cas de la Nouvelle-Zélande, que la Nouvelle-Zélande avait mis son système d'appel d'offres, oui, pour réduire les coûts, mais aussi du fait que c'est un pays qui était petit et isolé et qu'il y avait des gros problèmes au niveau de la sécurité de l'approvisionnement. Donc, à partir de là, ils ont mis en place un système d'offres pour justement permettre une plus grande sécurité d'approvisionnement, réduire les ruptures de stock. Donc, évidemment, ça demande de mettre en place des appels d'offres avec certains paramètres, certaines clauses où est-ce qu'on a une divulgation obligatoire, par exemple, des pénuries potentielles. La Nouvelle-Zélande a commencé en 1994-1995 à avoir des divulgations obligatoires des pénuries potentielles. Au Canada, il a fallu attendre 2014-2015 avant qu'on mette le système en place. Donc, je veux dire, à cet égard-là, la Nouvelle-Zélande a été un petit peu un pionnier.

D'un autre côté, on met en place des clauses pour s'assurer que tous frais afférents pour empêcher une pénurie potentielle, bien, ces coûts-là vont être portés par le fabricant lui-même, ce qui fait en sorte qu'on donne des incitatifs financiers très importants pour le fabricant pour s'assurer qu'il va prioriser le territoire québécois, pour s'assurer que, oui, on ait une sécurité dans l'approvisionnement et que, non, il n'y ait pas de rupture de stock.

Un autre argument que j'ai beaucoup entendu, c'est que, bien, appel d'offres, ça va réduire la concurrence, réduire le nombre de compétiteurs, des fournisseurs uniques. On a beaucoup de fournisseurs uniques en ce moment, mais le problème, c'est qu'au niveau de la concurrence, dès 2012, j'avais écrit sur les ruptures de stock puis j'avais montré qu'un des principaux facteurs de rupture de stock, c'était justement la concentration industrielle qu'on avait dans le secteur générique. On a une immense vague de fusion-acquisition qui se déroulait, et là ça a explosé littéralement en 2015. Donc, à ce moment-là, il y a concentration industrielle maintenant.

Une politique qui dit : Nous ne faisons rien et on va continuer à maintenir des prix des génériques artificiellement gonflés, bien, je ne vois pas en quoi ça va nous protéger d'une réduction de la concurrence. Je veux dire, des pratiques de collusion, ça existe. Et on a eu quelques cas patents, entre autres on pense à Martin Shkreli aux États-Unis, on pense Valeant aussi, avec ses pratiques sur certains de ses médicaments. On a des dynamiques de collusion en place et on n'a rien pour se protéger contre ça. Pour moi, oui, un système d'appel d'offres peut être un de ces outils qu'on peut utiliser contre ce type de collusion.

• (12 h 20) •

J'inviterais... en fait, je recommande aussi que, lorsqu'on fait ces appels d'offres là on puisse ouvrir les appels d'offres à des fabricants qui ne sont pas nécessairement autorisés présentement au Québec, qu'ils puissent soumissionner et qu'ils puissent obtenir l'appel d'offres sous condition seulement qu'ils obtiennent les autorisations par la suite. Ça va créer des délais, oui, c'est un facteur de coût qu'on peut prendre en compte, mais il faudrait ouvrir l'appel d'offres aussi aux fabricants étrangers.

Et aussi, à ce niveau-là, j'aime beaucoup le modèle suédois, qui s'est doté d'une firme publique pour fabriquer des génériques. Ce n'est pas pour fabriquer tous les génériques, mais ça sert un petit peu de garde-fou, de chien de garde dans le système. C'est une firme qui fait beaucoup de la pharmacie magistrale, entre autres choses, pour adapter certains médicaments aux besoins cliniques spécifiques de certains patients. Mais c'est aussi une compagnie qui permet de pallier parfois certaines ruptures de stock. Avoir ce type d'expertise... Je veux dire, quand on a des systèmes d'appel d'offres, on l'a vu dans le secteur de la construction, avoir une expertise publique pour comprendre les prix, comprendre s'il y a un gonflement des prix, pour moi, est essentiel, et se doter d'une telle entreprise pourrait être quelque chose de véritablement... en fait de ce type d'expertise serait quelque chose de véritablement intéressant.

Finalement, deux points que je veux mentionner rapidement. La question de la tarification régressive, qui est souvent présentée comme un modèle alternatif intéressant, c'est un modèle qui est plus intéressant que le modèle de fixation des prix à partir d'un taux arbitraire, 25 %, 18 %. Oui, mais, attention, la tarification régressive, il y a des gros problèmes. Il faut comprendre, tarification régressive, bon, s'il y a un seul compétiteur, on va payer 80 % du prix du médicament breveté, s'il y a deux compétiteurs, on va payer 60 %, trois, 40 %, et on descend jusqu'à 18 %. Mais, de la façon que ça fonctionne, c'est qu'à tous les trois mois on renouvelle pour savoir qui est prêt à fournir les médicaments dans le marché pour déterminer comment on fixe le prix. Ça signifie que les fabricants doivent resoumettre tous les trois mois pour dire : Oui, dans les prochains mois, on va continuer à fournir pour ce médicament-là. Et donc cette soumission-là fait en sorte que...

En fait, Michael Law, Jillian Kratzer, à UBC, avaient fait le calcul, à un moment donné, pour dire que, bien, si on regarde juste les 10 médicaments génériques les plus vendus en une seule année, des soumissions aux trois mois, ça signifierait, en fait, 1 128 soumissions qu'il faudrait juger si elles sont bonnes, et tout, pour permettre l'entrée et déterminer le coût en conséquence. Et ça fait aussi que c'est très difficile pour... Donc, la lourdeur administrative est là, mais en plus c'est que c'est très difficile pour les acteurs de planifier dans tout ça, à la fois pour les patients, pour les hôpitaux, pour les régimes d'assurance médicaments, mais pour les fabricants aussi. C'est-à-dire, bien, tous les trois mois, le prix peut varier de manière considérable, et si le prix varie de manière substantielle qui fait en sorte qu'un gros joueur dit : Bien, à ce prix-là, pour nous, ce n'est plus intéressant, et donc on se retire du marché, bien, à ce moment-là, oui, on peut aussi créer des ruptures de stock.

Mais fondamentalement le problème avec la tarification régressive est le suivant : supposons que je suis un fabricant de génériques et je veux étendre mes parts de marché, j'ai le choix soit investir dans une nouvelle chaîne de montage pour un nouveau produit, pour l'emmener sur le marché, et ça ferait baisser le prix du générique sur ce marché-là,

ou bien, dans le système actuel, avec les ristournes aux pharmaciens, au lieu d'investir de cette manière-là, je vais investir avec plus de ristournes aux pharmaciens pour étendre le nombre de tablettes sur lesquelles je vais pouvoir mettre mes produits que je produis déjà en ce moment. Et, au niveau des incitatifs financiers, en fait, la tarification régressive offre un immense incitatif pour augmenter les ristournes et non pas pour augmenter la concurrence et la production de nouveaux produits génériques.

Finalement, dernier point que je veux amener, c'est sur la question de la structure de rémunération des pharmaciens. J'ai vu qu'on en a parlé déjà en commission. Il faut comprendre, là, le système d'allocations professionnelles, donc les ristournes des fabricants de génériques aux pharmaciens, ça n'a pas lieu d'être. Je veux dire, un pharmacien, c'est un professionnel de la santé, il doit être payé au niveau des services professionnels qu'il offre, pas par une rémunération opaque à travers quasiment des paiements en dessous de la table, même chose pour la question des honoraires professionnels demandés au régime privé d'assurance médicaments qui... soit dit en passant, il n'y a aucun plafond, aucune limite, aucune transparence, ça se fait dans une opacité la plus complète. Et là c'est clair qu'on voit souvent des honoraires professionnels abusifs au niveau des régimes privés. Et on ne blâme pas les pharmaciens. Si on a ouvert la porte aux pharmaciens pour qu'ils puissent charger ces montants-là, bien, ce n'est pas surprenant qu'ils puissent le faire, surtout lorsqu'ils cherchent à compenser pour des pertes de revenus ailleurs.

Donc, juste un exemple là-dessus : lorsque, de 2000 à 2012, au Québec, on a diminué le prix des génériques de 50 % du prix du médicament breveté à 25 %, on a vu que le coût moyen des prescriptions au Québec, pour la RAMQ, pour le régime public, est passé de 37,76 \$ à 36,51 \$. Donc, il y a eu des économies substantielles pour le régime public. Toutefois, ce qu'on a vu, c'est que les pharmaciens ont compensé beaucoup en augmentant les honoraires professionnels pour les régimes privés. Et le coût moyen d'une prescription pour les régimes privés est passé de 5,27 \$ à 52,16 \$. Donc, les baisses de coût pour le régime public ont été en fait moins importantes que les hausses de coût pour les régimes privés.

On a baissé le prix des médicaments génériques au Québec entre 2000-2012, mais on n'a pas baissé le coût des médicaments, on a simplement pelleté les coûts, déplacé les coûts ailleurs dans le système. Donc ça, pour moi, c'est un des éléments importants. Si on veut mettre en place un système d'appel d'offres, bien, il ne faudrait pas que le résultat de ce système d'appel d'offres là conduise simplement à une augmentation des honoraires professionnels pour les régimes privés, ce qui ferait en sorte qu'on ferait juste déplacer les coûts d'un endroit à l'autre, et ce qui fait que, dans un système fragmenté comme celui du Québec, bien, effectivement, c'est notre grand problème, de contenir les coûts. Disons que déplacer les coûts est une chose beaucoup plus simple et facile.

J'ai utilisé dans mes diapos, par exemple, un graphique du conseil... non, du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, donc, publié en 2015, qui montre, pour 1 million de comprimés d'atorvastatine calcique, donc le Lipitor générique, combien c'était payé dans les différentes provinces en termes de coût de détail du médicament et le coût de délivrance par le pharmacien. Si on considère qu'au Québec on a le meilleur prix disponible, donc, on se retrouve ici avec le prix du Manitoba. Donc, pour 1 million de comprimés, on aurait payé 408 000 \$ au niveau du coût de détail du médicament, ce qui signifie que le coût de délivrance, donc ce qui est payé aux pharmaciens au Québec, a été de l'ordre de 750 000 \$, donc plus de trois fois ce qui est payé aux pharmaciens dans les autres provinces pour le même nombre de comprimés d'atorvastatine calcique. Il y a différents facteurs qui expliquent ça...

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci.

**M. Gagnon (Marc-André) :** ...mais il y a des problèmes structurels auxquels il faut s'attaquer. Pour moi, l'élimination des allocations professionnelles et l'élimination de...

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci, M. Gagnon.

**M. Gagnon (Marc-André) :** ...l'opacité des honoraires professionnels pour les régimes privés sont un véritable problème. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup, M. Gagnon. Alors, c'était très, très, très intéressant, si bien que M. le ministre de la Santé m'a demandé de prendre de son temps de discussion avec vous pour vous permettre de compléter votre présentation, qui était très intéressante. Et donc, des 18 minutes qui étaient imparties à M. le ministre, il en reste neuf, ayant pris neuf minutes de plus. Alors, sans plus tarder, je cède la parole pour l'échange à M. le ministre de la Santé.

**M. Barrette :** Bien, bonjour, M. Gagnon. Vraiment, on aurait bien aimé vous avoir en personne, mais je dois vous avouer que vous êtes tout aussi impressionnant en image, dans votre propos et dans son contenu.

Écoutez, je dois vous avouer, là, que vous m'avez beaucoup impressionné dans la dernière partie de vos propos. Évidemment, vous avez relaté que les honoraires des pharmaciens étaient, si j'ai bien compris, là, passés de 5 \$ à 58 \$ dans une dizaine d'années. Puis je pense que vous avez qualifié ça, dans un article, cette année, en 2015, d'abusif, là. Est-ce qu'à votre connaissance ça semble être la même tendance actuellement?

**M. Gagnon (Marc-André) :** Là, il faut faire attention, là, sur ça, sur les frais d'honoraires des pharmaciens. Est-ce que c'est des frais abusifs? Si on se compare aux autres provinces, oui, on paie beaucoup plus cher au Québec

au niveau des honoraires professionnels pour les régimes privés. Et ça, à ce niveau-là, du fait qu'il n'y a aucune transparence, souvent... En fait, on a eu une étude faite par *Protégez-Vous*, en 2011, qui montrait qu'effectivement il y avait un problème structurel. Ceci dit, il faut comprendre, on a le renouvellement mensuel obligatoire au niveau du régime public, donc ce qui fait que, par rapport aux autres provinces, les ordonnances se font mensuellement, donc il y en a beaucoup plus. Et souvent, pour les conditions chroniques, il n'y a pas de raison clinique pour avoir ces renouvellements mensuels obligatoires. Toute la justification est basée sur... Bien, mensuellement, c'est la question des franchises, entre autres, que les patients doivent payer puis pour que ça soit plus équitable. Ça, on comprend. Mais le gaspillage administratif en termes, entre autres, d'honoraires professionnels pour le régime public peut être très, très important.

Là, il faut comprendre aussi, c'est que, si vous êtes une pharmacie qui desservez une population qui est couverte d'abord et avant tout par le régime public, où est-ce que les honoraires professionnels sont plafonnés, bien, à ce moment-là, une population couverte par le régime public, c'est une population qui travaille moins puis qui est plus âgée, qui est plus pauvre aussi, vous risquez d'avoir des gros problèmes à joindre les deux bouts. Alors que, si vous êtes une pharmacie qui dessert d'abord et avant tout une population couverte par des régimes privés, bien là, à ce moment-là, il n'y a pas de transparence au niveau de ce que vous chargez, au niveau d'honoraires professionnels au régime privé et disons que ça peut être... les revenus sont beaucoup plus intéressants pour ce genre de pharmacie. Donc, ici, on a des inéquités structurelles, dans le système, qui sont très importantes.

• (12 h 30) •

**M. Barrette :** Alors, si je résume, là, M. Gagnon, vous nous dites qu'il y a eu un transfert spectaculaire de la perte des ristournes du côté public vers le côté privé, vous nous dites que ces montants-là sont pour le moins, j'allais dire, spectaculaires, probablement excessifs. J'ai une autre question : Dans votre analyse, est-ce que la baisse du prix générique du côté public se reflète toujours du côté privé? Il y a 60 % des Québécois, là, qui paient des primes, là.

**M. Gagnon (Marc-André) :** Attention, c'est parce que, là, on parle de deux choses : Est-ce qu'on parle du coût de détail du médicament pour le comprimé ou est-ce qu'on parle du coût payé par le patient, les remboursements qu'il va obtenir à travers sa couverture d'assurance privée? Le problème qu'on a... En fait, regardez, dans l'exemple qu'on avait... Quand je travaillais pour *Protégez-Vous*, il y avait eu cette étude qu'on avait faite pour cinq médicaments génériques, Pantoloc, Lipitor, Glucophage, Norvasc et Effexor, le prix coûtant moyen de ces médicaments-là était de 17,77 \$ pour les pharmacies, et, les pharmacies — on a fait un sondage auprès de 320 pharmacies — pour les régimes privés, c'était revendu à 43,53 \$ en moyenne, ce qui signifie que les frais d'ordonnance moyens étaient de 25,76 \$. Ça, c'est plus du double de ce qu'on voit normalement dans les autres provinces. Moi, je suis assuré en Ontario, je suis à l'Université Carleton, ici, mon employeur plafonne mes frais d'ordonnance à 8,00 \$ par prescription. Ça fait que, si je vais dans une pharmacie, on me charge plus que 8,00 \$, c'est à moi à payer, mais la plupart des pharmacies en Ontario, pour les régimes privés, ne dépasseront pas 8,00 \$. Donc, oui, effectivement...

**M. Barrette :** Eh bien! Eh bien! Alors, je vois qu'il y a toutes sortes d'avenues pour aller manifestement avoir de l'économie dans la société. Parce qu'on comprend que — on va être d'accord là-dessus — il y a un régime public puis il y a un régime privé, et c'est la société qui ferait ces économies-là, là, quand je reviens à votre tableau d'économies potentielles pour le Québec, quand vous êtes rendu à 2,9 milliards, évidemment c'est pour la société et ce n'est pas simplement le coût des médicaments.

Quand on arrive à la question de l'appel d'offres, là, si j'essayais de résumer votre pensée, parce que le temps passe, je comprends que le principe de l'appel d'offres, pour vous, ne pose pas un problème ni sociétal, en termes de qualité et de disponibilité, ni nécessairement économique sur le plan industriel. Est-ce que je comprends bien votre pensée?

**M. Gagnon (Marc-André) :** Bien, tout à fait. Au niveau de la question de la crainte au niveau des ruptures de stock, il faut faire attention. Si on met en place un système d'appel d'offres, un peu comme on faisait en construction, par exemple, O.K., on est obligé de prendre le plus bas prix disponible, point final, bien là, on se retrouve à se créer un piège. Si on met en place un système d'appel d'offres où est-ce qu'on met des paramètres clairs au niveau d'assurer la sécurité de l'approvisionnement, ce type d'appel d'offres là peut véritablement servir d'outil pour assurer cette sécurité de l'approvisionnement et réduire les problèmes qu'on peut avoir en approvisionnement actuellement. Donc, non, pour moi, c'est un outil parmi d'autres qu'il est important à se donner. Si on veut se doter des capacités institutionnelles pour mieux contenir la croissance des coûts, évidemment les appels d'offres, c'est une de ces capacités institutionnelles parmi d'autres dont il faut se doter.

**M. Barrette :** Deux éléments auxquels je veux m'adresser avant que vous terminiez votre intervention, puis il me reste seulement 2 min 45 s, le premier, c'est... À l'autre extrême, vous le présentez comme ça, vous aussi, vous prenez ça comme étant l'autre extrême du spectre des possibilités : à une extrémité, il y a les appels d'offres, à l'autre, il y a des tarifs dégressifs. Le problème des tarifs dégressifs, est-ce qu'il vient de la fréquence de ce qui se fait actuellement dans le marché, on va dire, entre guillemets, là, ou il vient simplement du fait qu'on a une difficulté à trouver le bon pourcentage? Autrement dit, là, c'est une question théorique que je vous pose, la technique du tarif dégressif, si elle était utilisée différemment, serait-elle une bonne technique?

Je vais vous poser tout de suite l'autre question qui vient avec, là, pour vous laisser le temps de répondre, la parce qu'il reste deux minutes. Vous êtes un chercheur, vous avez regardé un paquet d'affaires. Moi, j'ai des gens qui me donnent des avis à l'effet que d'être un producteur de médicaments... Vous nous proposez, comme État, de produire et de

mettre sur le marché des médicaments génériques. Ma compréhension de nos accords internationaux, sur le plan économique, libre-échange et compagnie, c'est que ce ne serait pas permis.

Alors, les deux questions, qu'est-ce que vous pourriez nous dire là-dessus, là?

**M. Gagnon (Marc-André) :** L'idée, c'est que, s'il y a une concurrence de marché qui se joue dans le secteur des génériques, n'importe quel système où est-ce qu'on se retrouve avec un prix fixe, même si c'est régressif, reste problématique, en particulier si on fixe le prix à partir d'un pourcentage du prix du breveté, qui devient de plus en plus complètement arbitraire. Il faut comprendre, une tarification régressive est quand même mieux que le système actuel, entre autres ça offre certains incitatifs pour les fabricants de génériques de payer, en fait, l'ensemble des coûts réglementaires pour arriver avec un nouveau produit sur le marché. Il faut comprendre, les frais légaux peuvent être très importants.

Donc, on comprend la logique qui peut être derrière ça, mais, au bout du compte, est-ce que c'est un bon système? Non. C'est moins pire que ce qu'on a actuellement, mais ce ne serait pas un système des plus intéressants, surtout pas si, entre autres pour certains médicaments, on ne peut pas utiliser des appels d'offres. On pourrait utiliser la tarification régressive pour l'ensemble des médicaments et ensuite y aller au cas par cas pour dire : Bon, bien, ce médicament-là, allons en appel d'offres, celui-là aussi, parce qu'on voit qu'il peut y avoir des problèmes, mais, si c'est le seul système, non, fixer un prix dans un système en concurrence ne fonctionne pas.

Sur la question des accords internationaux, il faut faire attention, là, simplement, si on a cette capacité en tant qu'État... Puis il faut comprendre, là, on a eu des firmes publiques pendant... Comment s'appelle, en Ontario, pendant un bout de temps, là, qui produisait l'insuline... Au niveau des accords de commerce internationaux, c'est clair qu'on ne peut pas avoir un concurrent direct, mais on peut se donner une espèce de chien de garde. Juste un exemple, là : lors que Martin Shkreli a augmenté le prix des génériques de 15 \$ le comprimé — en fait, pour le Daraprim — 15 \$ le comprimé à 750 \$ le comprimé, bien, on a une firme de pharmacie magistrale au Québec qui simplement est allée chercher l'ingrédient actif et qui s'est mise à produire elle-même ce comprimé-là à 1,50 \$ le comprimé. C'est fantastique! Le problème, c'est que, cette firme-là, elle peut nous protéger d'une pratique prédatrice d'un des fabricants, mais elle n'est pas du tout en lien avec les différents hôpitaux, et donc elle n'est pas en mesure de diffuser l'information, et le système de santé au Québec n'est pas capable de naviguer ce problème-là. On avait une solution qui était là, il s'agit de se donner l'expertise pour naviguer dans tout ça. Pas obligé d'avoir une firme publique générique, on peut simplement avoir recours à des organisations contractuelles de fabrication à façon en particulier, mais il faut quand même se doter de cette expertise publique pour naviguer ces problèmes à la fois de rupture de stock, mais à la fois de pratiques prédatrices, qui sont de plus en plus fréquentes dans le système.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci, M. Gagnon. Alors, à la demande de notre collègue de Rosemont, il vous a permis évidemment de compléter votre réponse, ce qui fait en sorte que vous allez maintenant avoir une période d'échange de 9 min 45 s avec notre collègue de Rosemont.

**M. Lisée :** Pr Gagnon, merci beaucoup pour vos éclairages. Je vais revenir sur cette question de l'usine pilote, disons, témoin, mais d'abord, sur la question des appels d'offres, vous nous dites : Un système régressif est mieux que ce qu'on a maintenant, mais ce n'est pas parfait. C'est ce que l'alliance pancanadienne fait en ce moment, et vous dites : Bien, si on garde ce système-là mais qu'on se réserve le droit, dans un certain nombre de cas, d'aller en appel d'offres, ça améliore les choses. Est-ce que je vous entends? Est-ce que vous dites que ce système hybride est optimal ou qu'il faudrait délaissier complètement l'alliance pancanadienne et se fier seulement sur des appels d'offres?

• (12 h 40) •

**M. Gagnon (Marc-André) :** Attention, l'alliance pancanadienne fait un travail très intéressant au niveau de négocier le prix des médicaments brevetés. Mais il faut faire attention, ce n'est pas une solution magique aussi. Si on regarde pour 2014 les économies générées par l'alliance pancanadienne, c'était 275 millions d'économies qu'ils ont réussi à générer à l'ensemble du pays. Bien, 275 millions, c'est moins de 1 % de ce qu'on paie en médicaments actuellement. Donc, on est encore loin d'avoir un système de négociation efficace comme on peut avoir dans différents autres pays. Quand on parle au niveau européen, souvent eux, ils vont chercher facilement des 40 % de baisse de prix au niveau des médicaments brevetés, et on est loin de ça.

Mais, bon, l'alliance pancanadienne se développe et est en train de faire son petit bonhomme de chemin, s'améliore. Il faudrait qu'elle puisse fonctionner pour l'ensemble du territoire canadien et non pas juste pour les régimes publics. Bon, ça, c'est une autre chose. Ils ont mis en place la tarification régressive depuis 2014, je crois. C'est leur façon de fonctionner. Parce qu'au niveau pancanadien, bien, vous le savez, l'achat de médicaments, ça relève des provinces, et, avoir un système d'achat pancanadien, il y a différentes difficultés sur les génériques. Ce n'est même pas toutes les provinces qui ont les mêmes barèmes de pourcentage de prix pour les génériques. Donc, pour l'alliance pancanadienne, la tarification régressive, en termes de pragmatisme et de réalisme dans le système pancanadien actuel, c'était la meilleure chose à faire. Ceci dit, les gros problèmes, surtout si la tarification régressive... Si on garde un système de ristournes pour les pharmaciens, qui est possible, on a un système qui, pour moi, est complètement biaisé. Il y a des conflits d'intérêts qui sont au centre de ça.

**M. Lisée :** On s'entend là-dessus. Je veux vous arrêter, parce qu'on essaie de comprendre ce qu'il y a dans la tête du ministre aussi, là, d'une part, et, d'autre part, on essaie de voir qu'est-ce qui est optimal comme système. Alors, moi, je n'ai aucun dogmatisme à rester dans l'alliance pancanadienne ou à en sortir, ce qui m'intéresse, c'est le meilleur coût du médicament et sa disponibilité pour les Québécois. Alors, si on remet sur la page blanche, je veux comprendre ce

que vous dites, vous dites que, finalement, nous pourrions, avec un système d'appel d'offres québécois, faire mieux que l'alliance pancanadienne en n'appliquant même pas la tarification régressive, en faisant strictement l'appel d'offres.

**M. Gagnon (Marc-André) :** À ce niveau-là, oui. Ceci dit, d'un autre côté, un système d'appel d'offres pour les génériques, c'est clair qu'on ne peut pas commencer demain matin, et on fait un appel d'offres pour l'ensemble des génériques. Il faut commencer tranquillement, là, on va commencer avec un médicament, l'acétaminophène, quelque chose de très simple, et tout, puis ensuite on va développer notre propre expertise au niveau des appels d'offres, on va aller vers les médicaments de plus en plus compliqués. Donc, au bout du compte, il me semble qu'un système d'appel d'offres pour la très grande ou la majeure partie des médicaments me semble peut-être la meilleure solution. D'ici là, c'est clair que, pour les autres médicaments, il faut trouver des paramètres. La tarification régressive, oui, peut être, comme seconde solution, un truc intéressant, mais en elle-même, elle est extrêmement problématique aussi.

**M. Lisée :** Alors, un des arguments... Parce qu'il y a la question du médicament, du juste prix du médicament, il y a la question aussi de la présence d'un secteur industriel du générique au Québec. Alors, les gens de Sandoz, par exemple, vous avez parlé de la Suède... il a dit ensuite: J'ai zéro employé parce qu'ils font des appels d'offres, et ma production en Suède est incapable de compétitionner avec les autres soumissionnaires internationaux, et que, donc, au Québec, si j'ai bien compris, à part un certain nombre de produits d'injection ou qui ont un avantage comparatif à être proches du marché, pour ce qui est des comprimés, un système d'appel d'offres ferait en sorte de faire disparaître la production de comprimés qui reste sur le territoire québécois. Qu'est-ce que vous en pensez?

**M. Gagnon (Marc-André) :** Sur la question de Sandoz... Il faut comprendre, bon, Sandoz, d'une part, est possédé par Novartis, donc une firme brevetée, mais aussi c'est que, quand on a eu les ruptures de stock de Sandoz, en 2012, il faut se rappeler, c'était d'abord et avant tout dû à des problèmes réglementaires. La compagnie ne respectait pas les standards demandés par la FDA, et, à ce moment-là, lorsqu'il y a eu des problèmes, la première chose que Sandoz a faite, c'est de dire : Bien, on arrête de produire pour le Canada et on concentre nos efforts pour continuer à bien servir le marché américain, qui est notre marché le plus rentable. Avoir eu un système d'appel d'offres avec Sandoz, on aurait peut-être évité la rupture de stock de 2012. Ceci dit...

**M. Lisée :** Comment?

**M. Gagnon (Marc-André) :** Bon, je suis un petit peu vieille école à ce niveau-là, mais, pour moi, le budget de la santé doit être utilisé pour assurer que, pour chaque dollar dépensé, on obtient le maximum de valeur thérapeutique pour le patient. Le budget de la santé n'est pas là pour servir de politique industrielle pour attirer des investissements. Donc, à ce niveau-là, tout ce discours de, bien, il faut payer plus cher nos génériques pour mieux attirer de l'investissement et créer de l'emploi, je regrette, le secteur des génériques, c'est un secteur mature au Canada depuis les années 60, c'est un secteur qui est extrêmement fort. C'est un secteur qui est capable de concurrencer au niveau international. Je ne vois pas pourquoi nous, on devrait s'empêcher de réduire les coûts en santé pour... comme moyen de politique industrielle.

**M. Lisée :** Bon, bien, je suis d'accord avec vous. Si vous avez suivi nos conversations, je pense que le soutien à l'industrie doit se faire par la politique industrielle, le soutien à la recherche, au développement, à la formation, mais il est vrai que, d'avoir des employés qui gagnent 78 000 \$ en moyenne, ça serait bon de trouver une façon de les garder, mais, vous avez raison, ce n'est pas aux patients, via le ministère de la Santé, de payer pour ça.

Revenons sur votre proposition d'avoir une usine pilote, directement ou indirectement. Un des arguments qui est invoqué, c'est que c'est l'approvisionnement pour la matière première et que, la matière première, qui est surtout produite en Chine et en Inde, évidemment, les grands fabricants génériques internationaux ont un levier important pour contrôler l'approvisionnement et, comme il ne seraient pas contents de voir apparaître des usines pilotes pour que nous connaissions la vraie structure de prix, feraient en sorte que nous n'aurions pas un accès facile à la matière première. Qu'est-ce que vous répondez à ça?

**M. Gagnon (Marc-André) :** C'est un argument intéressant. En décembre dernier, j'étais avec les Instituts de recherche en santé du Canada, on rencontrait différents sous-ministres adjoints sur la question de sécurité de l'approvisionnement, mais vraiment au niveau de la sécurité de la molécule, la qualité de la production, en particulier du fait qu'on fait affaire de plus en plus avec des pays émergents, l'Inde, la Chine en particulier. Et en même temps, il faut comprendre, là, je parlais de Sandoz, c'était : on ne respectait pas les standards réglementaires de production, on est à Boucherville. Et, quand on regarde aux États-Unis, bon, après le scandale d'héparine en 2008, on s'est mis à faire plus d'inspections au niveau des fabricants de génériques, c'était plus de 50 % des fabricants de génériques qui ne respectaient pas les standards réglementaires en vigueur au niveau de la sécurité du produit. Au niveau des pays émergents, il faut comprendre que, même dans le système actuel, au niveau de la qualité du produit, bien, des fois, on peut y avoir des... au niveau de l'ingrédient actif qui se retrouve, dans le système actuel, à travers... dans nos médicaments, bien, il peut y avoir des «batches» qui sont problématiques. Si on veut s'assurer une meilleure qualité, entre autres, ce qui était vu comme extrêmement important, c'est d'avoir un meilleur système au niveau de la pharmacovigilance, qui est un des éléments qui, pour moi, est très déficient ici, au Canada et au Québec.

Mais, écoutez, l'idée, c'est que, si on se fait menacer par des étrangers de «écoutez, si vous essayez de réduire vos coûts puis d'essayer d'en avoir pour votre argent, on va vous mener la vie dure...» Moi, je considère que, dans un système fragmenté...

**M. Lisée :** Professeur, en Suède, est-ce qu'ils ont des problèmes d'approvisionnement pour leurs matières premières pour leur usine publique?

**M. Gagnon (Marc-André) :** Écoutez, pas à ce que je sache. La littérature, en Suède, est en suédois, et mon suédois est assez limité. De ce que j'ai compris, non, ce n'était pas un problème plus grave qu'ailleurs. Ce qu'on voit, au contraire, c'est que cette usine publique a été capable de pallier certaines ruptures de stock et aussi a vraiment réussi, en fait, non seulement à réussir à adapter, au niveau de la pharmacie magistrale, certains médicaments selon des besoins cliniques spécifiques pour les patients, plus que ça, c'est que cette usine-là est devenue pour l'ensemble de l'Europe une des usines références. Entre autres pour les essais cliniques, quand vous avez besoin de médicaments un petit peu expérimentaux, bien, on se tourne vers cette usine-là, et, pour créer une infrastructure d'essais cliniques beaucoup plus intéressante, bien, cette usine publique suédoise est devenue une espèce de chef de file qui permet, qui facilite en fait la recherche et développement.

**M. Lisée :** O.K. En quelques secondes, est-ce qu'il y a d'autres cas que la Suède où il y a une usine publique de référence qui existe?

**M. Gagnon (Marc-André) :** En fait, dans des pays latino-américains, en fait Brésil, Équateur, Thaïlande aussi, on en a. C'est ceux que je connais. Mais, ceci dit, pas obligé d'avoir une usine entre quatre murs, etc., simplement une expertise, une capacité de faire affaire avec des organisations contractuelles de fabrication pour mieux naviguer la qualité et la sécurité de l'approvisionnement.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, maintenant, vous allez poursuivre, M. Gagnon... Oui, M. Lisée. Pardon.

**M. Lisée :** ...simplement vous dire que je crois que nous n'aurons pas le choix : nous devons aller en Suède pour voir de visu comment ça s'organise.

**Le Président (M. Tanguay) :** Bien, alors, nous aurons l'occasion d'en discuter, M. le député de Rosemont. Je m'excuse, je vous ai appelé autrement. Donc, collègue de Rosemont, je vous remercie. Nous poursuivons les échanges maintenant avec notre collègue de Lévis pour 6 min 30 s.

• (12 h 50) •

**M. Paradis (Lévis) :** Merci, M. le Président. Pour la Suède, on est d'accord, mais pas plus qu'une semaine, parce qu'on a des agendas un peu serrés, mais ça va aller pour le reste. Merci, M. le Président.

M. Gagnon, je vous salue. Je vous remercie, il y a des données qui sont extrêmement intéressantes et qui éclairent également, parce que le but de l'exercice, hein, c'est la Loi visant à réduire le coût de certains médicaments, puis la proportion économique, l'analyse économique prend tout son sens.

Je vais reparler des chiffres. Vous dites, bon : Vente de médicaments génériques dans les pharmacies communautaires, 1,2 milliard; les économies estimées, en fonction de vos calculs, en fonction de l'appel d'offres, 150 millions — vous avez dit 173, maintenant 150, le créneau d'aujourd'hui. Alors, vous avez fait, je présume, des projections, vous avez fait des scénarios sur ces appels d'offres là, vous avez réussi à les chiffrer, et c'est peut-être la première fois. Parce que, dans l'analyse d'impact réglementaire, bien, c'est souvent le questionnaire qu'on a : Ça va donner quoi comme économies potentielles? Comment arrivez-vous à ça? Quels types d'appels d'offres? C'est sur des appels massifs? C'est sur des molécules à gros volume? Comment vous arrivez à votre donnée, à vos données en fonction de l'appel d'offres idéal?

**M. Gagnon (Marc-André) :** Écoutez, au niveau des données, au niveau des différents scénarios que j'avais regardés, c'était vraiment, bon, l'élimination du système de ristournes. On avait les travaux surtout de Michael Law, Jillian Kratzer, à UBC, qui ont beaucoup regardé plus en détail les modalités des appels d'offres et qui ont fait des comparaisons de prix au niveau international, et c'était vraiment observer le prix de nos génériques ici par rapport aux autres pays internationaux où est-ce qu'on procédait aux appels d'offres, qu'est-ce qu'on peut aller chercher comme économies. En fait, je détaille ça dans mon rapport de 2014. Sur les modalités de quels pays on avait pris exactement, ça, il faudrait que j'aille retourner, mais, le rapport de *Vers une politique rationnelle d'assurance médicaments*, on détaille tout ça comme il faut.

**M. Paradis (Lévis) :** Reprenons et essayons de voir le modèle néo-zélandais, par exemple, à la lumière de vos analyses et de vos estimations économiques. Le modèle néo-zélandais est-il, dans sa façon de faire, sur le volume, les molécules les plus en demande, ou le nombre d'appels d'offres, ou l'appel d'offres massif... Est-ce que le modèle néo-zélandais est celui qui, en tout cas, semble être performant? A-t-il des lacunes particulièrement?

**M. Gagnon (Marc-André) :** Pour moi, c'est un modèle qui est extrêmement performant. Entre autres, bien, les appels d'offres pour le générique, c'est un outil parmi d'autres. Mais toute la logique du modèle néo-zélandais, c'est-à-dire... Écoutez, on a une agence qui n'est pas politisée, c'est-à-dire qui est basée vraiment sur l'évaluation des technologies de santé, et on donne un mandat très clair et simple aux gens de l'agence, c'est : Voici votre budget, et, avec ce budget-là, vous maximisez la valeur thérapeutique, le gain thérapeutique qu'on peut obtenir pour chaque dollar dépensé. Et, à partir de là, vous dites à vos fonctionnaires : Utilisez toute l'imagination et la créativité que vous pouvez, mais votre mandat, c'est d'en avoir le plus possible pour votre argent, en termes de valeur thérapeutique pour chaque dollar dépensé.



Donc, la Nouvelle-Zélande, oui, recourt aux appels d'offres, va être... Pour des médicaments pour lesquels on n'a pas clairement une idée de la valeur thérapeutique du produit par rapport au prix, souvent on va dire non, on ne peut pas justifier le prix, donc on refuse de l'acheter. Mais on va utiliser aussi d'autres tactiques. Par exemple, les prix de référence, on l'utilise au Québec au niveau des inhibiteurs de pompes à protons, c'est-à-dire pour certaines catégories thérapeutiques, voici le prix maximal qu'on va payer. Évidemment, si le patient, il ne veut pas avoir ce médicament-là de référence, il peut aller chercher un autre médicament, mais il va payer la différence de sa poche. Le système d'assurance médicaments offre un bon choix et offre les meilleurs produits disponibles à bas prix pour ses clients. Si le client veut autre chose, bien, c'est sa responsabilité de payer de sa poche.

Donc, les prix de référence, mais aussi négociation croisée, qui est un truc très intéressant, c'est-à-dire une nouvelle compagnie arrive et dit : Bon, j'ai ce nouveau produit, j'ai ce nouveau produit que je veux vendre, qui coûte très cher, et là moi, je vois : Bien, vous avez cet autre produit qui pourrait faire baisser mon prix de référence pour une autre catégorie thérapeutique. Bien, à ce moment-là, vous pouvez négocier avec la compagnie, dire : On va accepter de payer votre produit, mais baissez le prix pour une autre catégorie thérapeutique, et là les deux peuvent être gagnants dans tout ça. Et ce genre de négociation là, au départ, c'est plus difficile, c'est plus compliqué, et tout, mais on apprend avec le temps et, au bout du compte, on peut développer des outils beaucoup plus efficaces pour négocier les prix.

**M. Paradis (Lévis) :** Je comprends. Et le temps file, M. Gagnon. Dans l'analyse d'impact réglementaire, je vous disais il y a deux instants : On n'a pas réussi à chiffrer les économies potentielles. On les espère, mais il n'y a pas de scénario établi pour tenter de démontrer l'avantage d'un modèle par rapport à un autre. D'abord, êtes-vous étonné qu'on n'ait pas réussi à avoir d'évaluation de ce type-là ou d'exemples chiffrés pour penser aux économies potentielles à venir en fonction d'un modèle?

**M. Gagnon (Marc-André) :** Bien, en fonction du modèle des appels d'offres... Parce qu'il faut comprendre par rapport à quel pays on se compare. Mais, comme je disais, il y avait une belle analyse qui était publiée dans *Healthcare Policy* par Michael Law, ça s'appelait *Money Left on the Table*, puis, justement, qui arrivait avec des scénarios pour voir, bien, combien d'argent... combien d'économies on refuse en ce moment en n'allant pas en appel d'offres compétitives au niveau du secteur des génériques. Donc, ces analyses-là, puis on pense à Amir Attaran, à l'Université d'Ottawa... Il y a des analyses qui ont déjà été faites, on a des estimations de coût qui sont déjà là. Moi personnellement, je m'étais simplement basé sur ces estimations qui avaient été faites par d'autres.

**M. Paradis (Lévis) :** Je vous pose une dernière question rapidement. Parce qu'on a parlé de l'alliance pharmaceutique pancanadienne, et des gens sont venus dire ici que ce modèle-là faisait en sorte qu'on puisse, si on était plus agressifs, aller chercher des économies qui, somme toute, vaudraient probablement celles, compte tenu des risques, de la notion d'appel d'offres. Vous en dites quoi?

**M. Gagnon (Marc-André) :** Bien, en fait, c'est parce que l'alliance pharmaceutique pancanadienne, dans le cas des génériques, c'est cette tarification régressive qui, pour moi, est... Comme j'ai dit, le... Regardez, là, de la façon qu'on est en train de faire les ententes contractuelles à la fois avec les brevetés puis les génériques, où est-ce qu'on a de plus en plus des prix qui deviennent opaques et des prix officiels complètement arbitraires... Puis là, si on fixe les marges du grossiste ou le prix du générique en termes du pourcentage du prix du breveté, qui est complètement arbitraire et qui ne reflète pas le prix réel, on a un problème.

Mais, pire que ça, c'est qu'en ce moment on a un système où est-ce que, de plus en plus... Écoutez, si, pour un médicament, je suis capable d'aller chercher un rabais de 70 % sur le prix officiel du breveté, mais, au Québec, le patient, lui, doit payer 35 % du prix officiel du médicament, bien là, on a un problème, là. On se retrouve avec un système où est-ce que les prix réels sont complètement déconnectés du prix officiel, et les patients, eux, se retrouvent avec une plus grande prise en charge du prix du produit parce qu'ils ne paient pas par rapport au prix réel : ils paient des pourcentages du prix officiel du médicament. Et ça, en termes de transparence et même d'équité démocratique de base, on a des problèmes qui se posent...

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup...

**M. Gagnon (Marc-André) :** ...avec ce type de système là. J'avais dit auparavant...

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci. M. Gagnon, je dois maintenant céder la parole à notre collègue de Mercier pour 3 min 30 s, et vous aurez l'occasion, peut-être, d'étayer votre réponse. Collègue de Mercier.

**M. Khadir :** Oui, bonjour, Pr Gagnon, très heureux de vous recevoir par ce moyen technologique. On a eu l'occasion déjà de vous questionner, nous, à Québec solidaire, à plusieurs reprises pour votre expertise en matière de la structure de l'industrie du médicament et des prix des médicaments.

Ce que je comprends, donc, de votre intervention, c'est qu'il ne faut pas fétichiser les appels d'offres, qu'il y a d'autres techniques de négociation et, je dirais, d'accord, d'obtenir des accords et des prix, qu'il faut introduire dans le système. Vous avez parlé des négociations croisées, vous avez parlé de prix de référence. Mais vous avez parlé également de l'opportunité, éventuellement, d'avoir une firme de production publique comme la Suède, qui contrôle à peu près 1 % du marché et qui réussit, donc, avec cette capacité de production, en même temps d'exercer une pression favorable

pour maintenir les prix bas et aussi de pallier aux problèmes de pénurie, lorsqu'ils surviennent. Parce que je retrouvais un de vos articles d'il y a quelques années dans le *Canadian Health Care Policy*, où vous référiez justement à la capacité de la Suède d'éviter les ruptures de production.

Maintenant, une de nos préoccupations, c'est de savoir si le Québec est capable de mener des appels d'offres en grand nombre pour que ça vaille la peine, parce que, si on le fait sur quelques molécules, il n'y aura pas grande économie. Qu'est-ce que vous pensez de l'expérience néo-zélandaise? Ont-ils eu des problèmes? Parce que, là, chaque année, d'après les questions qu'on a posées hier, comme les ententes sont pour trois ans, donc, chaque année, environ le tiers des molécules, des vraiment produits actifs, il y en a à peu près 800, donc, c'est 250 à 300 qui sont mis en appel d'offres. Est-ce que vous pensez qu'il y a des problèmes reliés au grand nombre?

**M. Gagnon (Marc-André) :** Bien, écoutez, effectivement, il ne faut pas fétichiser les appels d'offres. C'est un outil extrêmement intéressant et, je dirais, extrêmement nécessaire aussi parmi d'autres outils.

Au niveau du nombre, comme je disais, il ne faut pas commencer demain matin à dire : Bien, O.K., on ouvre pour 200 produits. On va commencer... La Nouvelle-Zélande, ça a été la même chose : ils ont commencé avec l'acétaminophène, les produits simples, et tout, lesquels on voyait clairement qu'il y avait possibilité de jeu. Et tranquillement on se déplace vers les injectables en hôpitaux, là, où est-ce que, O.K., là, on a une dynamique plus problématique, mais là on connaît mieux les paramètres qu'il faut imposer pour s'assurer la sécurité de l'approvisionnement. Et, au bout de quelques années, oui, on peut être en mesure d'avoir un système d'appel d'offres un peu plus généralisé pour l'ensemble des produits. Peut-être que, pour certains produits et certaines exceptions, ce système d'appel d'offres là, on va réaliser : Non, ce n'est pas le meilleur outil pour ce genre de produit là. Utilisons autre chose. Mais c'est clair que c'est un des outils qu'il faut se donner.

**M. Khadir :** Puis une société publique de production pharmaceutique comme la Suède, quels avantages ça représenterait... ou quels risques que ça présenterait et quels avantages ça représenterait?

• (13 heures) •

**M. Gagnon (Marc-André) :** Bien, au niveau des risques, vraiment, c'est l'idée de se construire une expertise au niveau public pour pouvoir mieux naviguer un système qui est extrêmement opaque en ce moment et, je dirais, un système dans lequel on a des pratiques de plus en plus prédatrices de la part de certains acteurs. Donc, à ce niveau-là, le cas de la Suède... Il faut comprendre, la Suède, là, c'est un cas un peu spécial, les chaînes de pharmacies étaient entièrement publiques jusqu'en 2009, là, ça a été privatisé. Et cette pharmacie magistrale, qui était la pharmacie magistrale pour le réseau public de pharmacies, est devenue indépendante, mais toujours publique, possédée par l'État. Et là ça s'est mis à... toujours la pharmacie magistrale, mais aussi on a des problèmes de rupture de stock...

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci.

**M. Gagnon (Marc-André) :** ...et on est en mesure de produire à ce moment-là, et selon les modalités qu'on s'est données, pour mieux prévenir ces ruptures de stock.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci, M. Gagnon.

**M. Gagnon (Marc-André) :** Mais, bon, ça fait partie d'un système plus complet.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup, M. Gagnon, pour votre participation à nos travaux et votre éclairage. Alors, portez-vous bien.

Et, chers collègues, compte tenu de l'heure, je suspends les travaux jusqu'à 15 heures.

(Suspension de la séance à 13 h 1)

(Reprise à 15 h 10)

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! La commission reprend ses travaux. Je demande à toutes les personnes présentes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de vos téléphones cellulaires.

Nous allons donc poursuivre les consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 81, Loi visant à réduire le coût de certains médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments en permettant le recours à une procédure d'appel d'offres.

Je souhaite la bienvenue aux représentants de Médicaments novateurs Canada. Bienvenue à votre Assemblée nationale. Vous disposez d'une période de 10 minutes de présentation. Par la suite, vous aurez l'occasion d'échanger avec les parlementaires. Pour les fins d'enregistrement, s'il vous plaît, bien prendre soin de vous nommer, préciser vos fonctions. Et, sans plus tarder, la parole est à vous.

#### Médicaments novateurs Canada

**M. Lirette (Paul) :** Avec plaisir. Bonjour. M. le Président, M. le ministre de la Santé et Services sociaux, Mmes et MM. membres de la commission, mon nom est Paul Lirette. Je suis P.D.G. pour GSK Canada. Mais aussi j'ai

d'autres fonctions, je suis également président du comité Québec de l'association Médicaments novateurs au Canada. Je suis accompagné de collègues : Frédéric Alberro, ici, à ma droite, directeur, Québec, de Médicaments novateurs; à ma gauche, Yves Lacoursière, directeur Affaires externes chez Sanofi Canada et vice-président du comité Québec, Médicaments novateurs, et, en dernier, non le moindre, mon collègue Donald Allard, directeur Politiques publiques, Affaires du Québec pour BMS, Bristol-Myers Squibb.

Tout d'abord, au nom de mes collègues, je veux sincèrement vous remercier pour nous avoir invités à participer à cette consultation, ici.

Les membres de notre association, Médicaments novateurs Canada, sont en fait au coeur de l'écosystème québécois des sciences de la vie. En fait, on représente tout près de 56 000 emplois secteur sciences de la vie au Québec. Notre association représente l'industrie pharmaceutique qui recherche et développe les médicaments de l'avenir.

D'emblée, nous croyons important de souligner que nous supportons l'objectif du ministre de la Santé et des Services sociaux, soit d'assurer la pérennité du régime d'assurance médicaments du Québec. Selon nous, plus on aura un système durable, plus les Québécois pourront avoir un meilleur accès aux médicaments. On considère qu'il est tout à fait légitime que le gouvernement du Québec étudie la faisabilité du système d'appel d'offres pour l'acquisition de certains médicaments. Toutefois, il existe des risques qu'il faut mitiger. Nous avons donc des propositions concrètes à cet égard à vous faire, et ça, dans le but de bonifier le projet de loi.

Mais, avant d'expliquer plus en détail nos propositions en termes de bonification, je veux maintenant céder la parole à mon collègue M. Alberro, qui va vous parler un peu plus de la perspective du contexte entourant l'étude du projet de loi.

**M. Alberro (Frédéric) :** M. le Président, de s'attarder sur des mécanismes pour rendre le budget du médicament plus durable est tout à fait souhaitable, tout comme de revoir l'organisation du réseau de la santé qui fait face à de nombreux défis, que ce soit le vieillissement de la population ou des impératifs budgétaires, et nul doute que le gouvernement s'y attarde actuellement.

Maintenant, en ce qui a trait au système d'assurance médicaments du Québec, plusieurs importantes décisions ont été prises au cours des récentes années. En fait, on constate que le budget du régime d'assurance médicaments est maintenant stabilisé depuis quelques années avec une croissance presque nulle. Et, si on regarde seulement les médicaments novateurs, on constate qu'au cours des trois dernières années les montants remboursés par la RAMQ ont diminué de 12 %. En fait, la proportion des dépenses liées aux médicaments novateurs, dans les dépenses totales de la santé, a diminué pour atteindre un niveau d'environ 6 %. Ces décisions qui ont engendré ces résultats, et certaines d'entre elles sont énumérées dans l'analyse d'impact réglementaire, rapidement : l'abolition de la règle des 15 ans, le gel des prix des médicaments novateurs, l'imposition d'un prix maximal payable pour certains médicaments novateurs, le resserrement de la règle «ne pas substituer» et la diminution, depuis les années 2000, du pourcentage de nouveaux médicaments novateurs remboursés par le Québec.

Devant ces nombreuses mesures gouvernementales, notre association a maintenu un dialogue constructif avec le gouvernement, d'une part pour trouver d'autres solutions qui permettraient au gouvernement de rencontrer ses impératifs budgétaires, tout en s'assurant que les Québécois puissent obtenir les meilleurs traitements disponibles, et aussi pour soutenir le développement économique du Québec. Nous avons supporté le gouvernement au printemps dernier pour la mise en place d'un processus de négociation d'entente d'inscription des médicaments, qui est maintenant disponible et qui apportera des économies additionnelles au gouvernement. Et l'adhésion récente du gouvernement du Québec à l'Alliance pancanadienne pharmaceutique lui permettra de profiter d'une plateforme plus large pour les négociations d'entente d'inscription et de profiter de d'autres économies. On ne peut pas dire que le statu quo a été l'approche préconisée.

Le modèle québécois en matière d'assurance médicaments est salué par plusieurs intervenants ici, dans les autres provinces et ailleurs dans le monde, notamment pour son caractère universel, un système universel mixte, et notamment aussi pour l'expertise de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Maintenant, cela ne soustrait aucunement le Québec à continuer à parfaire son modèle, et notre mémoire propose certaines recommandations en ce sens.

Maintenant, en ce qui a trait au projet de loi, tel que M. Lirette l'a mentionné, nous avons des propositions concrètes pour le bonifier, que mon collègue M. Lacoursière vous exposera.

**M. Lacoursière (Yves) :** Alors, M. le Président, notre première bonification concerne une précision quant à la portée des appels d'offres entre médicaments, et la deuxième traitera du transfert du médicament novateur à la liste d'exception.

Le ministre de la Santé a mentionné dans son communiqué de presse du 24 novembre dernier qu'il appliquerait les appels d'offres pour déterminer quelle version d'un même médicament serait remboursée. Donc, selon notre compréhension, il ne vise pas des appels d'offres entre produits novateurs d'une même classe. Cela est également précisé dans l'analyse d'impact réglementaire du gouvernement, et le ministre de la Santé a réitéré cette vision et intention lors des consultations du projet de loi, notamment cette semaine.

Nous trouvons cela rassurant pour les patients, pour les professionnels de la santé et, sans aucun doute, pour notre secteur. Mais, par souci de précaution, nous invitons le ministre et les parlementaires à apporter cette précision dans le projet de loi indiquant que les médicaments novateurs et les produits biologiques ultérieurs en sont exclus et que seuls les produits génériques sont visés par ce projet. Un amendement en ce sens est proposé dans notre mémoire. Sans cet amendement, on laisse planer un risque que des appels d'offres inappropriés puissent être effectués par divers gouvernements dans le futur.

Pour le bénéfice de l'ensemble des parlementaires et de l'auditoire, j'aimerais rappeler que de procéder à des appels d'offres entre des médicaments novateurs d'une même classe peut engendrer des impacts sur le plan clinique. La

substitution des médicaments novateurs versus un autre médicament novateur ne devrait en aucun cas être dictée, selon nous, par des mesures administratives, réglementaires ou législatives. C'est pourquoi nous invitons à prévoir un amendement en ce sens, qui servirait de rempart contre toute dérive future.

Notre deuxième proposition porte sur le transfert du médicament novateur à la liste d'exception prévue dans le projet de loi. Nous considérons que cette disposition n'est pas nécessaire pour les raisons suivantes : premièrement, il n'est pas nécessaire considérant la règle du prix le plus bas existant au Québec, et ce, depuis fort longtemps. En vertu des règles actuelles, si le patient n'accepte pas de payer la différence entre le prix du médicament novateur et le prix du médicament générique, le pharmacien a l'opportunité de lui distribuer la version générique correspondante en informant adéquatement le patient. Deuxièmement, nous croyons que cela pourrait engendrer une lourdeur administrative additionnelle pour le médecin, qui devra remplir un formulaire lui demandant du temps supplémentaire, et pour la RAMQ, qui devra traiter un volume potentiellement plus important de demandes de médicaments d'exception. Et, troisièmement, cela pourrait avoir comme effet de compliquer l'approvisionnement du médicament novateur en cas de rupture de stock du médicament générique, compte tenu qu'on s'en va vers le médicament d'exception. En bout de ligne, ce sont les patients qui risquent d'être pénalisés.

Maintenant, concernant les appels d'offres effectués entre médicaments génériques, le ministère, dans son analyse, a identifié certains risques, dont les possibilités de rupture d'approvisionnement, un processus qui pourrait ne pas nécessairement donner des résultats intéressants, et la réduction de la concurrence, amenant une pression à la hausse sur les prix. Nous invitons les parlementaires à identifier des dispositions permettant de mitiger ces risques, surtout à les enchâsser dans le projet de loi.

Maintenant, je passe la parole à M. Lirette pour le mot de la fin.

• (15 h 20) •

**M. Lirette (Paul) :** En somme, M. le Président, notre association supporte les initiatives qui permettront de dégager des économies dans le budget du médicament et n'ayant pas d'impact négatif sur les patients. Ces marges de manoeuvre vont permettre de rendre les innovations disponibles plus rapidement aux patients. Pour l'approche des appels d'offres entre génériques, on doit s'assurer de prévoir des mesures pour protéger un approvisionnement stable et sécuritaire.

Finalement, nous avons une initiative ambitieuse à vous soumettre, une mesure qui vise à permettre aux patients d'avoir accès plus rapide aux médicaments novateurs, d'y avoir accès dès que Santé Canada émet des avis de conformité. On doit faire en sorte que la recommandation de l'INESSS de rembourser ou non un médicament soit rendue dès l'obtention d'un avis de conformité de Santé Canada. Cela aura pour effet de donner aux patients québécois un accès plus rapide aux médicaments novateurs, d'améliorer les résultats cliniques, de permettre au Québec de se différencier du reste du Canada et d'attirer des investissements en recherche clinique. Merci de votre attention.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, pour une période de 20 min 30 s, je cède la parole au ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Barrette :** 20 minutes?

**Le Président (M. Tanguay) :** 30 secondes.

**M. Barrette :** 30 secondes.

**Le Président (M. Tanguay) :** 20 min 30 s.

**M. Barrette :** 20 min 30 s pour...

**Le Président (M. Tanguay) :** Oui.

**M. Barrette :** Merci, M. le Président. Alors, M. Lirette, M. Lacoursière, M. Alberro, M. Allard, bienvenue à cette commission parlementaire, à ces audiences... ces consultations publiques. Je dois vous avouer que j'ai été surpris de vous voir vous présenter, parce que, comme vous l'avez bien mentionné, le projet de loi vise d'abord et avant tout les génériques, là. Bien, je dois conclure que, dans votre lecture, vous n'êtes pas contre le principe des appels d'offres.

**M. Lacoursière (Yves) :** Bien, écoutez, M. le ministre, lorsqu'on...

**M. Barrette :** À certaines conditions, j'entends, là, évidemment, là.

**M. Lacoursière (Yves) :** Oui. Lorsqu'on adresse les appels d'offres pour une classe de médicaments qui est du même dénominateur commun, même teneur, je pense qu'à ce moment-là, si on parle du générique, on ne parle pas de molécules différentes, innovatrices, qui sont uniques. Est-ce qu'il y a une marge de manoeuvre à être faite de ce côté-là? C'est effectivement un endroit où il y a beaucoup moins de risque. Alors, pour nous, on pense que, s'il y a des appels d'offres à se faire, vous devriez effectivement viser beaucoup plus le générique, à cause de cette particularité que ce sont des médicaments qui sont identiques, en autant que les mesures sont prises pour mitiger les risques qu'on a mentionnés puis que l'analyse réglementaire du ministère le mentionnait. Il faut s'assurer qu'en bout de ligne on mitige les risques

potentiels avec les fournisseurs, avec l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement pour s'assurer qu'en bout de ligne celui ou celle qui va recevoir le médicament n'ait pas de mauvaise surprise, donc pour que le patient ait accès à ses médicaments.

Alors, je pense que, pour nous, notre vision, c'est un peu ça. Si vous me parlez pour le médicament novateur, ce sont des molécules différentes, et nous croyons que les appels d'offres ne s'appliquent pas au médicament novateur.

**M. Barrette :** Ce matin, il y a eu un intervenant, puis il y en a eu quelques autres, mais il y en a eu au moins un ce matin qui a fait un certain nombre de commentaires, mais j'aimerais ça vous entendre là-dessus. Un premier commentaire qui a été fait, qui m'a un peu surpris... je le savais, là, je connaissais la teneur de la chose, mais, de la manière que ça a été affirmé, là, c'était tellement catégorique que ça, c'est ce côté-là, un peu, qui m'a surpris. Cette personne-là a affirmé d'une façon catégorique qu'ailleurs, dans les autres pays, puis là je comprends qu'on est en dehors du projet de loi n° 81 en soi, là, parce qu'on parle surtout de générique, mais on a... Cet expert-là a affirmé avec énergie qu'ailleurs, chez vous, les fabricants, les novateurs, la négociation donnait de bien meilleurs résultats qu'au Québec, qu'au Canada en général, donc qu'au Québec inclusivement. Donc, même là, on payait, là aussi, trop cher par rapport à d'autres pays. Est-ce que vous avez une lecture qui concorde avec ça?

**M. Alberro (Frédéric) :** Oui. Je pense que vous faites référence, probablement, à la présentation de Pr Gagnon.

**M. Barrette :** Oui, en effet.

**M. Alberro (Frédéric) :** Il est fort intéressant, d'ailleurs. Il y a des éléments qu'on aimerait compléter. M. Gagnon, par ailleurs, a confirmé effectivement que ce sont les études du conseil d'examen du prix du médicament, là, un organisme fédéral, qui confirmaient que le prix des génériques était supérieur au Canada que la moyenne des autres pays. Il a aussi mentionné le fait qu'il fallait faire attention dans les comparatifs, là. Lorsqu'on parle des prix des médicaments, des fois, on compare des médicaments à la sortie, là, ce qui comprend le prix du grossiste puis les honoraires, et tout ça. Mais, si on prend le prix du médicament soumis par les manufacturiers, je vais prendre la même source que M. Gagnon a prise, qui est celle du conseil d'examen du prix du médicament, et l'étude du CEPMB confirme que, depuis 1994, le prix moyen, au Canada, du médicament novateur est inférieur à la moyenne des pays étudiés. Il est inférieur de 31 %. Alors, ça, c'est la situation factuelle au niveau des prix des médicaments au Canada.

**M. Lirette (Paul) :** Je pense que son étude, c'était jusqu'en 2012.

**M. Alberro (Frédéric) :** Oui. Bien, merci, Paul. Effectivement, il y a une chose intéressante aussi à soulever, c'est que l'étude de M. Gagnon parlait de la hausse, hein, des médicaments par habitant au Québec, Canada et ailleurs dans le monde, une étude qui est de 2000 à 2012. Or, depuis 2012, comme je l'ai mentionné dans mon intervention, il y a beaucoup de mesures qui ont été prises depuis, hein? Ça a été vraiment de façon effrénée, disons, là, j'en ai nommé quelques-unes, beaucoup de mesures qui ont changé le portrait.

**M. Barrette :** Oui. Mais là on s'adresse à la croissance du coût des médicaments, là, évidemment, cette étude-là, laquelle il faisait référence... pas à laquelle il faisait référence, les chiffres qu'il a montrés montraient une croissance qui était beaucoup plus grande au Canada et au Québec qu'ailleurs dans le monde, et ça, on comprend. Bon, vous avez raison, depuis 2012, il y a des choses qui ont changé, ça, je suis d'accord avec vous. Il faudrait voir les derniers chiffres pour voir à quel point on a réussi à contrôler cette croissance-là. Oui, on l'a, on voit dans nos chiffres à nous qu'on a réussi à contrôler la croissance. On a tous compris aussi, de son propos, que lui s'adressait au coût global et que ce n'était pas juste une question d'achat, là, il y a la question de l'utilisation, la pertinence, et ainsi de suite, là, qu'il n'a pas abordée faute de temps, évidemment, qui sont des avenues tout à fait intéressantes à regarder pour contrôler la croissance des coûts, mais on n'a pas eu le temps de regarder ça.

Mais il a abordé un autre élément aussi, qui est un petit peu plus difficile, puis là j'aimerais ça que vous nous donniez votre opinion. Bon. Il n'a pas été un grand fan, quoiqu'il ait dit que c'était, grosso modo, un moindre mal, de prendre la voie du tarif régressif ou dégressif. Bon. Et, quand il faisait ses commentaires, il faisait des commentaires se basant sur le fait que le prix du novateur était... — ce n'est pas ses mots, là, alors je vais exprimer plus une interprétation qu'une citation — que c'étaient des prix qui étaient, disons, pour le moins... dont la valeur était très discutable. Il a quasiment dit que c'étaient des prix essentiellement gonflés, qu'il ne fallait pas se fier là-dessus. Il a peut-être un peu raison, parce que, quand on arrive à faire des négociations avec les entreprises que vous représentez aujourd'hui, c'est sûr qu'on arrive à faire des négociations qui nous permettent de générer des montants qui sont parfois significativement inférieurs aux prix affichés. Alors donc, il a un peu raison là-dessus, ne trouvez-vous pas?

**M. Alberro (Frédéric) :** Écoutez, deux choses là-dessus. La première, effectivement, hein, dans les différents mécanismes de contrôle du prix du médicament à travers le monde, il y a différents outils, le Canada en a plusieurs, le CEPMB, l'INESSS, les politiques de prix. Et, à la question des ententes d'inscription, plusieurs juridictions, à travers le monde, sont allées de cette initiative-là. Et le Commissaire à la santé a recommandé de mettre ce processus-là au Québec. Il y a également CIRANO qui a recommandé ça. Il y a plusieurs groupes qui ont recommandé de mettre ça en place, et ça l'est actuellement. Dans le reste du Canada, ça a commencé avant le Québec.

Notre position a toujours été la suivante : lorsque nos entreprises soumettent un prix, il y a une valeur, il y a... Et on souhaite que ce prix-là soit analysé par l'institut national d'excellence en services sociaux, que le médicament soit

inscrit selon le prix que l'on soumet, ça, c'est notre position initiale. Mais, considérant les impératifs budgétaires qu'il y avait au Québec puis considérant que, dans le reste du Canada, il y a une mouvance vers des ententes d'inscription, nous avons appuyé le projet de loi pour dire : Écoutez, c'est une alternative intéressante qui permet aux patients d'avoir accès aux médicaments plus rapidement puis en même temps, aussi, il y a... ça soulage, je dirais, le budget du médicament.

Maintenant, deuxième point, le Québec, ayant décidé d'être membre de l'APP, est maintenant autour de la table. Donc, les différentes provinces ont accès à l'ensemble des ententes qui sont signées, donc ont accès aux données, hein, finalement, générales qui leur permettent de prendre décision, autant pour le produit novateur que pour le produit générique, puisqu'ils ont accès finalement à l'ensemble des données.

**M. Barrette :** Je suis d'accord avec vous, vous avez tout à fait raison dans ce que vous dites. Mais moi, je reste quand même accroché au fait qu'ailleurs, en tout cas c'est difficile de le vérifier, parce qu'évidemment il y a plein d'ententes là-dedans qui ne sont pas publiques, qu'ailleurs, même dans la partie qui est visible, on arrive, semble-t-il... — vous, vous dites le contraire, puis je ne conteste pas ce que vous dites, là, je n'ai pas les chiffres devant moi — qu'ailleurs on arriverait à avoir des prix inférieurs, mais, vous, votre position, c'est l'inverse, on est meilleurs au plus bas ici qu'ailleurs, c'est ça?

**M. Alberro (Frédéric) :** Écoutez, on prend les données factuelles, c'est-à-dire, lorsqu'on prend les données du CEPMB, qui vraiment fait un comparatif des prix... On prend cette donnée-là. Ensuite, on prend en considération que le Canada maintenant s'est doté de mécanisme que les autres pays ont aussi, qui est celui des ententes d'inscription. Donc, nous prenons pour acquis qu'effectivement les prix sont compétitifs au Canada et au Québec comparativement à ce qui se fait à l'international.

• (15 h 30) •

**M. Barrette :** Quand on regarde ce qui se passe sur le marché... non, mauvais terme, dans l'espace public et qu'on constate que les compagnies, les fabricants de médicaments novateurs, donc les gens que vous représentez, viennent constamment sur le marché offrir le novateur malgré qu'il y a un générique, ça, c'est toujours étonnant, ça veut dire que vous y trouvez votre compte, vous, là, à continuer à produire ce médicament-là, des fois, potentiellement, à un prix compétitif avec le générique.

**M. Lirette (Paul) :** Je peux prendre celle-là. En fait, c'est une bonne question puis c'est une réponse qui est difficile, parce que je vous dirais peut-être que 60 %, 70 % des compagnies ne le font pas puis une autre partie le font. Alors, moi, je suis ici pour représenter une association dans laquelle il n'y a pas de consensus par rapport à ça, M. le ministre, donc difficile à répondre.

**M. Allard (Donald) :** Si je peux me permettre aussi de rajouter, c'est qu'à travers le monde les brevets n'arrivent pas nécessairement tous à échéance en même temps, ce qui permet à des manufacturiers comme nous de continuer à produire les médicaments et de les garder en marché pendant une certaine période de temps. Même si le brevet doit être terminé, par exemple, au Canada, aux États-Unis il peut continuer à pouvoir le vendre continuellement. Donc, pour la population, on va garder le médicament toujours disponible.

**M. Barrette :** Je comprends, mais il n'en reste pas moins que vous... Moi, je ne connais pas de compagnie qui met quelque chose sur le marché à perte, là.

**M. Lirette (Paul) :** Mais, écoutez, moi, je n'ai pas accès au «profit and loss» des autres compagnies, ça fait que, pour moi, c'est très difficile d'expliquer leurs décisions par rapport à ça, M. le ministre. Ça fait que je pense que je vous suggérerais plutôt de rentrer en communication avec eux. Mais, pour moi aujourd'hui, en tant que «chairman», c'est difficile de vous donner une position par rapport à ça parce qu'on n'a pas une unanimité par rapport à l'approche.

**M. Barrette :** Là, je parle de façon complètement théorique, évidemment, là, mais, dans un appel d'offres d'un certain type ou d'une classe de médicaments, entreriez-vous dans la danse?

**M. Lirette (Paul) :** Votre question... juste essayer de la comprendre... Est-ce qu'une compagnie qui est focussée sur les médicaments innovateurs ferait une soumission pour des produits génériques? C'est ça, votre question?

**M. Barrette :** Oui. Avec un produit qui est hors brevet.

**M. Lirette (Paul) :** Alors, j'ai travaillé quatre ans en Australie, j'ai travaillé quatre ans en Europe, c'est une pratique que j'ai vue sur une base régulière. La compagnie X, qui est focussée sur un médicament novateur surtout, qui ont décidé de faire partie des offres d'achat pour les produits génériques, donc, oui, j'ai vu ça dans le passé. Qu'est-ce que les compagnies au Canada vont vouloir faire? Je ne le sais pas, mais c'est quelque chose que j'ai vu.

**M. Barrette :** Et donc il y a des compagnies que vous avez vu participer et qui ont probablement, peut-être, même gagné des appels d'offres?

**M. Lirette (Paul) :** Oui.

**M. Barrette :** Donc, ça se fait et il y a potentiellement, là aussi, la possibilité d'aller chercher des économies?

**M. Lirette (Paul) :** Pour vous, hein, bien sûr?

**M. Alberro (Frédéric) :** Dans la mesure que ça se fait toujours dans...

**M. Barrette :** Oui, oui.

**M. Alberro (Frédéric) :** ...entre médicaments génériques de même dénomination commune là.

**M. Barrette :** Moi, je maintiens qu'un appel d'offres, ça peut être construit d'une façon sécuritaire pour le public, qu'il soit à l'avantage, au sens fondamental du terme, de toutes les parties et incluant le patient là-dedans. Je pense que ça se construit, un appel d'offres. Mais donc vous me confirmez, là, que ça s'est déjà fait et que ça... Le pas plus loin étant, vous n'avez pas vu... Parce que je comprends de votre réponse, M. Lirette, que vous l'avez vu ailleurs, vous avez une expérience internationale. Puis la question qui suit, c'est : Vous n'avez pas vu de perturbations significatives de l'approvisionnement, de la qualité du produit, et ainsi de suite, dans ces pays-là, là?

**M. Lirette (Paul) :** Bien là, écoutez, je suis un peu limité dans le temps. Je pourrais vous parler de l'Australie...

**M. Barrette :** Ah! il nous reste sept minutes, M. Lirette.

**M. Lirette (Paul) :** ...de l'Australie, Nouvelle-Zélande de long en large, mais je vous dirais qu'il y a des prudences, puis je pense qu'il y a quelqu'un qui est venu de la Nouvelle-Zélande vous donner des apprentissages : il faut le faire bien, il faut faire attention, parce que, si on y va en grande pompe sur tous les médicaments en même temps puis si ce n'est pas bien planifié, on se ramasse avec des ruptures, puis ça, je vous le dis, c'est inquiétant pour les patients. Donc, ça fait partie de notre mémoire, on vous donne des recommandations par rapport à ça. Je pense qu'il y a l'approche de marcher avant de courir par rapport à... le tout.

**M. Alberro (Frédéric) :** Et, si vous me permettez, dans cette évolution et apprentissage là, qui va être évolutif dans le temps, c'est la raison pour laquelle on recommande aux parlementaires aussi, puis je tiens à répéter ce message-là, de mettre un amendement pour s'assurer qu'il n'y ait pas d'appel d'offres entre médicaments novateurs d'une même classe de médicaments. Comme vous l'avez mentionné verbalement dans le communiqué de presse, il faut juste s'assurer que, dans le temps, là, lorsque le Québec va évoluer dans les appels d'offres, on n'arrive pas avec un gouvernement qui finalement fait ce type d'appel d'offres. Donc, on aimerait ça que les parlementaires puissent sécuriser les patients, les professionnels de la santé et notre industrie et mettre l'amendement qu'on a précisé dans notre mémoire.

**M. Allard (Donald) :** Et, si je peux me permettre de revenir sur le point de mon collègue M. Lacoursière, précédemment, pourquoi on fait aussi la proposition de ne pas mettre le médicament novateur à «médicaments d'exception»? Parce qu'il faut comprendre que nous, on peut avoir vendu pour cinq à sept ans un médicament, donc on a beaucoup de patients qui sont sur ce médicament-là. On a une responsabilité, nous, de nous assurer que les patients vont toujours avoir accès à leurs thérapies, il y a des thérapies chroniques. Les génériques, quand ils vont arriver, en général il va y en avoir un ou deux qui peuvent arriver. Et nous, je peux vous le dire, notre compagnie, on l'a vécu dans les dernières années, lorsque le premier générique est arrivé, il a été en rupture de stock pendant les 18 premiers mois qu'il est arrivé sur le marché. Donc, par chance, on avait continué à manufacturer le produit et on a continué à le vendre. Quand le deuxième générique est arrivé, lui également est tombé en rupture de stock six mois après. Pourquoi? On ne le sait pas. Mais nous, on continuait parce que, dans tous les pays d'Asie et aux États-Unis, on continuait à vendre le médicament à toute la population, parce qu'on était toujours couverts par le brevet.

Donc, c'est pour ça que l'amendement qu'on demande dans le projet de loi, de ne pas mettre le médicament novateur en médicament d'exception, aurait fait, par exemple ici, au Québec, que tous les médecins qui traitaient ces patients-là avec le médicament en question auraient dû remplir des formulaires de médicament d'exception, parce que les patients étaient déjà traités par ce médicament-là.

**M. Barrette :** Bien, je comprends très bien ce que vous me dites. Bon. D'abord, sur la base du fait que certains médicaments peuvent avoir certaines indications, et ainsi de suite, là, je comprends bien, là, ce que vous me dites. Mais en même temps, dans... A contrario, là, si vous me permettez, quand le générique arrive, il arrive au moment où le brevet s'éteint. Bon. Et là vous, là, quand arrive la fin du brevet, vous avez — et c'est un peu le sens de ma question — le choix de continuer à le produire et le vendre, de compétitionner les génériques, là, à toutes fins utiles, là, vous avez cette possibilité-là. Alors, n'est-ce pas là la réponse à l'argument ou à la problématique que vous soulevez?

Si vous étiez un joueur... Puis ça, j'ai toujours de la difficulté à comprendre ça, là, honnêtement. Vous l'avez produit, là. Techniquement, vous êtes rendus à la fin du brevet, vous êtes rentables. Vous avez couvert vos coûts de recherche et développement, vous avez «streamliné» vos chaînes de production, là, vous êtes rendus... Vous, là, théoriquement, là, vous êtes rendus, là... Quand on est rendu à la fin du brevet, vous êtes à la vitesse grand V, vitesse de croisière sur la production, le coût d'un médicament, et vous choisissez de ne pas être dedans. Pourquoi vous n'êtes pas dedans d'une façon plus, disons, intense?

**M. Lirette (Paul) :** M. le ministre...

**M. Barrette :** Parce que — je m'excuse de vous interrompre, M. Lirette — il me semble que, pour vous, ça devrait être rentable, peut-être pas à la même hauteur que durant le brevet — puis là je ne veux pas embarquer là-dedans, là, ça, c'est une autre affaire — mais il me semble que vous êtes potentiellement rentables quand même et que vous êtes dans une situation compétitive hyperavantageuse.

**M. Lacoursière (Yves) :** Bien, il y a un élément qu'il faut tenir compte, c'est qu'également, lorsque notre brevet se termine au Canada...

**M. Barrette :** Le? Le brevet. Excusez-moi.

**M. Lacoursière (Yves) :** ... — le brevet, pardon — le brevet court toujours ailleurs, et le Canada est, je ne dirais pas en compétition, mais il y a des pays qui surveillent ce qui se passe au Canada, et puis, si une compagnie décide de maintenir son médicament au Canada — au prix qui est là, c'est parce qu'à un moment donné c'est que l'effet de comparaison avec d'autres pays peut amener une pression dans d'autres pays. Une compagnie peut faire une décision qui lui appartient en disant : Oui, je vais entrer dans un appel d'offres et le diminuer, mais ça, ça se fait en fonction vraiment de son portfolio puis de la situation internationale.

**M. Barrette :** Oui, mais il y a une question aussi de circulation du médicament. Si on était sur une autre planète puis qu'il n'y avait pas de moyen de communication avec les autres pays, ça vous dérangerait moins. Parce que c'est sûr que, Canada—États-Unis, la frontière est transgressable, là, légalement, facilement. Mais c'est un peu plus ce genre de choses là, là.

**M. Allard (Donald) :** C'est un peu ce que M. Lirette disait aussi précédemment. Ça dépend beaucoup du modèle d'affaires de chacune des compagnies, parce que, par exemple, si je prends un médicament donné qu'on aurait lancé en 2005, à cette époque-là on avait peut-être un focus plus en cardiovasculaire. Maintenant, peut-être qu'on est plus en oncologie, qui va faire qu'on a délaissé progressivement le marché du cardiovasculaire. Donc, ce médicament-là qu'aujourd'hui il y a sept ou huit molécules génériques qui sont sur le marché, bien, finalement, c'est là qu'on va avoir pris... il n'y a plus de protection nulle part dans le monde, donc là la compagnie prend globalement la décision d'arrêter la production, tout simplement.

**M. Barrette :** Êtes-vous, vous, distribués par les mêmes distributeurs qui distribuent les génériques?

• (15 h 40) •

**M. Allard (Donald) :** Bien, en fait, on utilise, oui, majoritairement les compagnies... Puis ça, c'est un modèle... Il faut prendre en note que les modèles pharmaceutiques ou du médicament évoluent avec le temps, et d'ailleurs c'était dans l'introduction. Ce qu'on disait, c'est que le modèle du Québec est un modèle qui est quand même assez unique, qui est particulier, qui a aussi évolué et qui va continuer à évoluer, comme notre modèle d'affaires à nous aussi a évolué. Et c'est pour ça qu'auparavant, je vous dirais il y a 15, 20 ans, on distribuait direct presque tous nos médicaments, parce qu'on en avait souvent, dans les compagnies, beaucoup. Aujourd'hui, on utilise les mêmes systèmes de distribution que les médicaments génériques.

**M. Barrette :** Et, pour avoir accès à l'entrepôt d'un distributeur, là, vous avez quels genres de frais à payer?

**M. Allard (Donald) :** En fait, nous, ce qui est important quand on sélectionne les distributeurs, on va sélectionner les distributeurs sur la qualité du service qui va être donné au client...

**M. Barrette :** Mais, pour avoir accès à ce distributeur-là, là, contractuellement, là, vous avez un frais à l'entrée?

**M. Allard (Donald) :** En fait, les frais qu'on a, on a des ententes avec eux qu'on va faire sur des points de vue administratifs, service à la clientèle. Par exemple, si, dans votre compagnie, les commandes peuvent se faire dans votre propre compagnie, donc là, à ce moment-là, vous n'avez pas à payer des frais de commande, parce que le distributeur ne les prend pas.

**M. Barrette :** Donc, il y a un échange commercial entre le distributeur puis vous pour distribuer?

**M. Allard (Donald) :** Oui.

**M. Barrette :** Bon. Donc, il y a un gain pour quelqu'un?

**M. Allard (Donald) :** Pour beaucoup de compagnies, il y a un gain, parce que, par exemple, le service à la clientèle peut être fait par le distributeur.

**M. Barrette :** Donc, il y a une mécanique de coût pour entrer... C'est un échange de services, mais il y a une...



**M. Allard (Donald) :** C'est un échange de services.

**M. Barrette :** ...mécanique de coût pour entrer chez le distributeur.

**M. Allard (Donald) :** C'est ça. Mais, pour le prix du médicament en tant que tel, c'est vous qui les fixez.

**M. Barrette :** Je comprends, mais il y a une mécanique d'entrée.

**M. Allard (Donald) :** Oui.

**M. Barrette :** C'est parfait. Merci.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, je me tourne vers notre collègue de Rosemont pour 12 minutes.

**M. Lisée :** Merci, M. le Président. M. Lirette, M. Alberro, M. Lacoursière, M. Allard, votre position est assez claire. Je la comprends très bien. Alors, je vais vous poser des questions un petit peu à l'extérieur de vos recommandations, puisque le ministre nous a indiqué qu'il avait déposé un projet de loi assez pointu mais que ça permettait de discuter plus largement de l'industrie du médicament, et, comme je vous ai devant nous, et le débat du prix du médicament est évidemment très important, et on est tous frappés par les variations d'un pays à l'autre, d'une région à l'autre, y compris pour les produits novateurs, je vais vous poser une question d'information. Je suis allé sur votre site, j'ai essayé de trouver cette information, je ne la trouve pas. Je comprends que le chiffre d'affaires des compagnies novatrices au Canada est à peu près de 3 milliards de dollars par année. Est-ce exact?

**M. Alberro (Frédéric) :** Oh! je ne pourrais pas... Je suis désolé, M. Lisée, je ne pourrais pas vous la confirmer, cette donnée-là. Mais, écoutez, si c'est la donnée que vous avez trouvée sur notre site, allons-y avec ça. Il y a certainement un chiffre d'affaires, c'est clair.

**M. Lisée :** Il y a un chiffre d'affaires.

**M. Alberro (Frédéric) :** Quelle est la hauteur? Écoutez, il y a...

**M. Lisée :** Est-ce que vous avez... vous pouvez nous éclairer sur l'évolution de la marge de profit de l'industrie canadienne pharmaceutique ces dernières années?

**M. Alberro (Frédéric) :** Comme association, vous comprendrez que, ce genre de discussion là, avec l'ensemble de nos membres, on ne peut pas avoir ce type de discussion là.

**M. Lisée :** Je ne vous demande pas compagnie par compagnie, là. Vous n'avez pas une évaluation? Est-ce que vos marges sont en croissance, en décroissance?

**M. Alberro (Frédéric) :** Ce que je peux vous dire, c'est que l'ensemble de l'industrie a traversé au cours des dernières années un bouleversement énorme par rapport à des enjeux qui sont majeurs, tels que le fait que les dépenses en R&D... toute l'étape de la R&D, qui peut durer 10 ans, 12 ans, a vraiment augmenté. Le temps que ça prend pour faire une découverte a également augmenté. Il y a eu des pertes de brevet de la part de nos membres. Il y a eu une série, je vous dirais, là, d'éléments, qu'on pourrait qualifier presque de tempête parfaite, qui a fait en sorte que le modèle d'affaires de nos membres a dû être revu de fond en comble.

**M. Lisée :** Je comprends. Je comprends très bien, M. Alberro, mais c'est vrai aussi pour vos collègues des États-Unis, mais une étude montre que le taux de profit pour les compagnies pharmaceutiques américaines est plus élevé que dans la majorité des autres industries. Est-ce que c'est la même chose au Canada? Est-ce que vous considérez que les marges de profit sont plus importantes dans le pharmaceutique que dans l'informatique, que dans les autres industries?

**M. Alberro (Frédéric) :** Je ne suis pas en mesure de vous donner cette donnée-là, M. Lisée. Par contre, ce que je peux vous dire, c'est que c'est une des industries les plus risquées à travers le monde. C'est une industrie à très haut risque et c'est une industrie dont le modèle d'affaires, qui fait en sorte que... Si on veut découvrir les médicaments de l'avenir, il faut s'assurer d'avoir des revenus et un chiffre d'affaires, on ne s'en sort pas, et de faire de la recherche. Actuellement, il y a 7 000 médicaments qui font l'objet de la R&D, dont 1 400 qui est ici, au Canada, 7 000 médicaments à travers le Canada, donc, en R&D, et 1 400 au Canada, où différents centres de recherche ou essais cliniques ont lieu ici, au Canada, pour justement arriver à une découverte pour les patients, et c'est le modèle d'affaires de nos membres.

Donc, il y a effectivement chiffre d'affaires, profitabilité, R&D, et c'est vraiment... Et c'est un modèle, comme je le disais, qui est de plus en plus décentralisé aussi, hein? Il y a de plus en plus, avec des partenaires, avec le CHUM, avec le CUSM, l'Institut de cardiologie de Montréal, avec les Ricard... de plus en plus il y a des partenariats, ce qui est bon pour l'écosystème des sciences de la vie du Québec.

**M. Lisée :** Oui, oui, j'ai moi-même, lorsque j'étais ministre de Montréal et dans mon comté de Rosemont, fait en sorte que l'Institut de cardiologie de Montréal développe un partenariat très efficace avec plusieurs entreprises novatrices et qui fait en sorte qu'il y a de bons emplois et de la bonne recherche qui est faite. Et je salue ces développements-là.

Vous connaissez l'expression «pay for delay»?

**M. Lirette (Paul) :** «Pay for»?

**M. Lisée :** «Pay for delay». Vous pouvez nous expliquer de quoi il s'agit?

**M. Lirette (Paul) :** Je connais l'expression «pay for performance», mais «pay for delay», je m'excuse.

**M. Lisée :** C'est lorsqu'une compagnie novatrice s'entend avec des compagnies génériques pour les payer pour qu'ils ne fassent pas en sorte de faire entrer un produit générique rapidement sur le marché.

**M. Alberro (Frédéric) :** Je ne suis pas en mesure de commenter ça, M. Lisée, c'est... Je vous dis... Ce type de pratique là, est-ce que vous pourriez commenter? Est-ce que ça, c'est une pratique...

**M. Lisée :** C'est une pratique qui est assez répandue aux États-Unis, et, dans le programme électoral d'Hillary Clinton, elle veut légiférer pour empêcher cette pratique-là. On a eu une discussion, d'ailleurs, avec un spécialiste de Nouvelle-Zélande hier, qui en parlait aussi. Donc, c'est une pratique que vous ne connaissez pas et qui n'est pas courante au Canada?

**M. Alberro (Frédéric) :** Bien, écoutez, on a un code d'éthique qui est très strict au sein de notre association. Il y a des pratiques, effectivement, qui sont inacceptables. Dernièrement, d'ailleurs, notre président a fait une sortie publique sur certaine pratique qui a eu lieu aux États-Unis et même ici, au Canada, auprès d'une entreprise qui n'est pas membre de notre association. On a un code d'éthique excessivement strict. Ce que vous me dites là, moi, je vais faire les vérifications. Si c'est un type de pratique qui n'est pas conforme à notre code d'éthique, et ça a lieu au Canada, c'est clair que je vous invite à faire une plainte, et l'association va intervenir.

**M. Lisée :** D'accord. Une autre question qui est un peu intéressante, aux États-Unis particulièrement, mais, comme on écoute parfois des émissions américaines, on le voit, et la pratique canadienne est différente, mais elle existe, c'est le développement des publicités directes aux consommateurs. Alors, aux États-Unis, on en voit plein. Je dirais que c'est une plaie, d'ailleurs, et certaines compagnies novatrices ont des budgets de mise en marché et de publicité plus importants que leurs budgets de recherche et de développement. Au Canada, il est interdit pour les entreprises pharmaceutiques de faire de la publicité directe lorsqu'on... Alors, c'est intéressant, parce qu'on peut nommer le produit, mais on ne dit pas à quoi il sert. Alors, ce qui fait qu'on a des publicités de Viagra où il faut déduire de la publicité à quoi ça peut bien servir.

Est-ce que vous constatez chez vos membres une augmentation de l'utilisation de la publicité? Est-ce que vous avez une estimation des sommes qui sont investies par vos membres en publicité directe aux consommateurs?

**M. Alberro (Frédéric) :** Non.

**M. Lisée :** Vous n'avez pas ces informations-là?

**M. Alberro (Frédéric) :** Non.

**M. Lisée :** Est-ce que vous êtes préoccupés par l'existence de ces publicités?

**M. Alberro (Frédéric) :** On est préoccupés pour s'assurer d'avoir un cadre réglementaire au Canada qui, effectivement, évite des dérives comme on voit aux États-Unis. Et on a un cadre qui, effectivement, évite des publicités à outrance auprès des patients et des consommateurs.

**M. Lisée :** Alors, évidemment, au Québec, on a la capacité, même à l'intérieur de la fédération canadienne... Je sais que le ministre pense sortir d'un des mécanismes de la fédération canadienne pour séparer la façon québécoise d'avoir le meilleur prix. Je le constate, je ne lui reproche pas. Il y a parfois des avantages à l'indépendance, c'est très important.

Mais, par exemple, le Québec a légiféré sur la publicité pour les enfants. On a un des lieux au monde où il y a le moins de publicité directe aux enfants. Il serait possible pour le Québec de décider d'interdire toute publicité pharmaceutique directement aux clients, que l'on nomme la destination ou non, et de faire en sorte que ces sommes-là puissent être utilisées à de meilleurs escients que de se substituer, finalement, au médecin, qui, lui, doit être en mesure, sans l'environnement publicitaire, de dire : Vous avez besoin de tel médicament et de tel autre. Ce n'est pas parce que vous l'avez vu à la télé puis que le porte-parole avait l'air sympathique que vous devriez avoir ce médicament-là. Est-ce que vous seriez opposés à ce que le Québec légifère en ce sens-là?

**M. Lacoursière (Yves) :** Bien, je pense que c'est la prérogative du gouvernement de prendre cette décision-là. Si le gouvernement légifère dans cette direction-là, il en fait une loi, nous, on respecte les lois. Je pense que c'est ça qu'il

faut retenir, là, du message de l'industrie. Lorsque le gouvernement met en application une législation, c'est la responsabilité de tout le monde de la respecter.

• (15 h 50) •

**M. Lisée :** Très bien. Est-ce qu'il n'y a pas un avantage aussi pour l'industrie? Parce qu'à partir du moment où certains de vos membres décident de faire de la publicité directe aux consommateurs, même en respectant le cadre canadien, bien, ça oblige les autres à le faire aussi. Et là on est dans un genre de surenchère de dire : Bien là, nous, on a le droit de parler aux médecins, on a le droit de parler aux pharmaciens, on a le droit de parler au législateur, puis ça allait, si le marché est le même. Mais, si un compétiteur décide, lui, d'augmenter sa part de marché par là, moi, je suis obligé de faire la même chose. Et donc ça augmente la part de vos ressources qui est dévolue à ce nouveau front là. Alors, si on faisait en sorte de dire : Non, non, ce n'est pas la peine, est-ce que ce ne serait pas un gain pour l'industrie?

**M. Lacoursière (Yves) :** Bien, écoutez, vous avez donné un exemple, et je vous dirais que l'ensemble de nos membres ne sont pas dans cette direction-là actuellement, de faire de la publicité directe, là. Je veux dire, il y a quelques exemples, puis c'est des choix qui appartiennent aux entreprises. Maintenant, moi, ce que je vous dis, c'est que, si le législateur prend une direction quelconque, et décide d'interdire, et qu'il le fait, s'il y a des représentations à être faites par les compagnies, ils vont faire leurs représentations. Mais, en bout de ligne, la décision va être prise par le législateur. Et, à partir de là, à ce moment-là, s'il y a un cadre législatif qui est clair, bien, il y a un cadre.

**M. Lisée :** Très bien. Je vous remercie beaucoup.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, maintenant, la parole est à notre collègue de Lévis pour 8 min 30 s.

**M. Paradis (Lévis) :** Merci, M. le Président. M. Lirette, M. Alberro, M. Lacoursière, M. Allard, merci d'être là. Je reviendrai à votre mémoire. Et on comprend bien le sens du mémoire, et votre volonté, je pense, c'est bien exprimé, c'est assez clair. Et, au-delà de ça, dans vos conclusions, vous dites : Allons plus loin, il y a probablement d'autres façons de faire des économies, et vous en proposez quelques-unes, puis j'aimerais ça qu'on les regarde un peu ensemble.

Je commencerais avec une d'entre elles qui dit : Pour économiser, il faudrait peut-être «accélérer l'analyse des dossiers soumis à l'INESSS de façon à permettre une inscription à la liste des médicaments dès la réception d'un avis de conformité de Santé Canada». Vous l'avez bien exprimé tout à l'heure. Mais ce n'est pas la première fois qu'on entend ça. J'aimerais que vous expliquiez davantage les économies à être réalisées et le handicap qu'on a de ne pas agir rapidement comme on pourrait le faire.

**M. Lirette (Paul) :** D'une façon très pratico-pratique, bon, j'ai su cette semaine qu'on vient de passer le nombre d'inscriptions, pour l'INESSS, de sept à neuf, je crois.

**Une voix :** De sept listes à neuf listes.

**M. Lirette (Paul) :** Donc, neuf listes. Pratico-pratique, ce qu'on dit, c'est : Pourquoi attendre avant de rembourser le générique? Et je crois que les dernières données que les compagnies génériques ont données, ça pourrait être une économie d'environ 33 millions sur deux ans. Alors, je me dis : Pourquoi pas?

Puis, dans le même principe mais pour le médicament novateur, écoutez, vous êtes patient qui souffre de cancer au Québec, vous attendez neuf à 10 mois avant d'avoir une réponse de l'INESSS, nous, on se dit : Dès la journée un que Santé Canada a donné l'avis de conformité, ce serait super pour le patient au Québec d'avoir une réponse s'il est remboursé ou pas. Alors, c'est deux dimensions qu'on suggère, qu'on appelle chez nous notre temps zéro.

**M. Paradis (Lévis) :** Vous me dites... L'économie et les chiffres que j'avais, dont vous parlez, sont ceux qu'on avait déjà entendus. Évidemment, le fait d'aller en ce sens-là... D'abord, comment expliquez-vous que, si c'est très clair à travers les économies à faire puis l'avantage patient... Vous venez de le dire, là, il y a manifestement quelque chose. Puis ce n'est pas la première fois qu'on entend ça. Ce n'est probablement pas la première fois que vous le demandez non plus. Qu'est-ce qui fait que ça... Qui bloque où? Et pourquoi?

**M. Alberro (Frédéric) :** Bien, très bonne question. Écoutez, la solution est fort simple. En fait, c'est que c'est l'INESSS, hein, qui fait toute l'évaluation des médicaments, l'analyse coût-efficacité. Il y a un calendrier actuellement auprès de l'INESSS. Il faudrait simplement déplacer le calendrier de l'INESSS de sorte que les manufacturiers puissent soumettre auprès de l'INESSS avant que Santé Canada émette un avis de conformité. Ce sont deux processus en parallèle différents. Actuellement, on ne peut pas le faire. On ne le fait pas. Il n'y a pas de barrière législative ni de barrière réglementaire. C'est strictement administratif. Donc, ce qu'on souhaite, c'est qu'il y ait une vision par rapport à ça, une volonté politique. Il ne suffirait que de changer le calendrier d'analyse de l'INESSS un peu plus en amont. Et, quand Santé Canada émet son avis de conformité, l'INESSS a son avis et répond oui ou non si le médicament est remboursé ou pas.

**M. Lirette (Paul) :** Et ce n'est pas...

**M. Paradis (Lévis) :** Allez-y. Oui.

**M. Lirette (Paul) :** Je voulais juste dire : Tu peux peut-être parler de «peak order» où est-ce que, dans le fond, on pouvait avoir des rencontres présoumission.

**M. Allard (Donald) :** Actuellement, en fait depuis deux ans, au point de vue canadien, on peut faire des soumissions, particulièrement en oncologie, six mois avant l'homologation du produit au Canada, ce qui fait que l'APP, qu'on a joint l'automne dernier suite au projet de loi n° 8, a fait que, maintenant, c'est juste... l'analyse de «peak order» va sortir, et, presque simultanément avec le moment de l'homologation du produit, la négociation peut commencer avec l'APP. Actuellement, l'INESSS ne peut juste commencer son analyse qu'au moment de l'homologation de Santé Canada. Donc, vous comprenez que, si la négociation commence avec les autres provinces canadiennes au moment de l'homologation mais que l'INESSS va commencer dans un ou deux mois posthomologation, bien, ils vont être en retard quand la négociation va être faite. Donc, on risque que la négociation va être faite et que le Québec ne soit pas là. Donc, c'est ce qu'on dit dans notre mémoire, entre autres choses, quand Frédéric parlait de déplacer l'évaluation plus tôt et le faire en parallèle de Santé Canada.

**M. Paradis (Lévis) :** Et il y a une problématique, puis il y a une perspective patient qui est importante dans le projet de loi également, tous l'ont dit, là, je veux dire, la crainte de rupture, le fait qu'on puisse couper des lignes de production, qu'on se retrouve avec des médicaments qui, dans leurs formes, leurs couleurs, ne seront pas semblables. On a à peu près tout dit. Dans ce dont vous me parlez là, je comprends bien le bénéfice patient de faire en sorte que rapidement on puisse obtenir le médicament pour un traitement que l'on souhaite efficace. La notion du coût... Où est-ce qu'on va chercher de l'économie là-dedans?

**M. Allard (Donald) :** L'économie se fait avec la négociation avec les autres provinces canadiennes et qui... Aussi, récemment, suite à la réunion des ministres de la Santé qui a eu lieu en janvier, vous savez, il y a eu l'annonce que, maintenant, les programmes fédéraux se joignent aussi maintenant avec les provinces. Donc, maintenant, il y a un groupe qui va négocier ensemble avec le manufacturier. Donc, plus tôt, dès que tous les gens sont à la table, bien, la négociation peut commencer. Et c'est là, pour nous, que c'est important, on pense, que d'avoir le Québec à la table en même temps que les autres provinces et que le Québec, qui a toujours eu un leadership aussi dans l'évaluation des médicaments, pourrait prendre sa place.

**M. Paradis (Lévis) :** Cet avant-midi, on a eu une démonstration chiffrée des avantages économiques des appels d'offres. Parlant des génériques, vous êtes des novateurs, je pense que les choses ont été assez clairement exposées. Reste que plusieurs nous ont dit : On peut être plus agressifs avec l'APP, avec l'association pharmaceutique pancanadienne. Mais en même temps d'autres nous ont dit : Elle a ses limites. Elle ne pourra jamais aller en bas de ce qu'on peut aller chercher probablement sur l'appel d'offres. Avez-vous l'impression qu'il y a encore du chemin à faire avec l'alliance, c'est-à-dire en étant plus agressifs, en ayant un rôle de leadership, qu'on puisse manifestement avoir un impact économique sur le coût du médicament, ce que l'on veut actuellement?

**M. Alberro (Frédéric) :** Tout à fait. Tout à fait, parce que le Québec vient tout juste d'y adhérer, hein? Mais le reste des provinces ont signé une multitude d'ententes, et le Québec, en étant autour de la table, va pouvoir accéder et puis négocier des ententes concrètes, là, à court terme et à moyen terme, cette année, des économies concrètes pour le Québec, et aussi apprendre dans ce processus-là. Et nul doute que le Québec va sûrement prendre un leadership autour de la table, et puis c'est une question de négociation. Et l'ensemble des provinces... Et aussi l'APP aussi apprend, hein, dans ce système-là, qui a été mis en place il y a à peu près quatre ans, et regardez depuis quatre ans, hein, ce qu'ils ont fait avec les produits génériques, ce qu'ils ont fait également avec les produits novateurs : en quatre ans, il y a eu beaucoup d'économies. Alors, c'est en évolution et c'est à l'ensemble des provinces et à la population canadienne, finalement, et québécoise d'en profiter au maximum.

**M. Paradis (Lévis) :** Mais soyons critiques puis amusons-nous à penser que la notion de l'appel d'offres est retenue. Dans la mesure où, dans l'aspect réglementaire et sa mise en place, on fait en sorte d'éviter les craintes exprimées, l'approvisionnement, les ruptures et ce que vous voudrez — sur le plan économique, vous dirigez des gens qui manifestement sont dans une industrie qui aussi rapporte, et, bon, vous l'avez dit tout à l'heure — est-ce que, de fait et mathématiquement, il n'y a pas moyen d'aller chercher davantage d'économies en faisant des appels d'offres sur des produits précis que par le principe de l'APP?

**M. Alberro (Frédéric) :** C'est les produits génériques que vous parlez?

**M. Paradis (Lévis) :** Oui.

**M. Alberro (Frédéric) :** Bien, écoutez, notre position est la suivante, c'est-à-dire qu'on a lu l'analyse réglementaire du gouvernement, à certains égards qui a été rassurante. Par contre, il y a des éléments là-dedans où il y a certains risques qu'on vous a... En tout cas, on invite les parlementaires de vous assurer de certaines dispositions puis idéalement de les enchâsser dans la loi. Mais, si, dans les analyses du gouvernement, il y a des appels d'offres qui peuvent dégager des économies sans qu'il y ait d'impact dans la chaîne d'accessibilité du médicament, qu'il y ait des économies concrètes, qu'elles soient supérieures au coût de faire l'appel d'offres, hein, parce que ça a été soulevé aussi dans

l'analyse que, des fois, il peut arriver que le coût de faire l'appel d'offres peut être supérieur aux économies... Si tout ça est rencontré, oui, effectivement, il y a des économies. Mais on n'est pas en mesure, nous, de le quantifier, et l'analyse réglementaire non plus ne le quantifie pas.

**M. Lirette (Paul) :** Donald, tu veux-tu, là, donner l'exemple, s'il te plaît, de l'Ontario, 60-30, là, s'il te plaît?

**M. Allard (Donald) :** Bien, en fait, ce que je voulais donner à monsieur...

**Une voix : ...**

**M. Allard (Donald) :** Oui. Je voulais donner à M. Paradis qu'en mars, au 31 mars 2015, il y avait 14 molécules génériques qui étaient à 18 % dans l'APP et 63 ententes qui avaient été faites avec des molécules novatrices qui généraient 490 millions par année d'économies aux provinces, excluant le Québec et excluant les programmes fédéraux. Donc, mettez le poids du Québec là-dedans, mettez les programmes fédéraux, et cette économie-là va monter.

Et, en date du 31 janvier 2016, dans l'APP, on est rendu à 90 molécules innovatrices, et, au 1er avril 2016, quatre autres nouvelles molécules génériques vont se joindre dans l'APP, dans la négociation. Donc, quand on vous dit : Les appels d'offres, c'est une forme de le faire, bien, maximisons ce qui se fait actuellement dans l'APP et allons chercher les économies qui sont là.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci. Merci beaucoup. Alors, merci aux représentants de Médicaments novateurs Canada.

Je suspends nos travaux quelques instants.

*(Suspension de la séance à 16 heures)*

*(Reprise à 16 h 3)*

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, chers collègues, nous poursuivons nos travaux. Nous accueillons maintenant le Commissaire à la santé et au bien-être. Bienvenu à votre Assemblée nationale, ainsi qu'aux personnes qui vous accompagnent. Nous aimerions donc vous préciser que vous disposez d'une période de 10 minutes de présentation. Peut-être, pour les fins d'enregistrement, préciser vos noms et fonctions, également des personnes qui vous accompagnent. Et, sans plus tarder, la parole est à vous.

#### **Commissaire à la santé et au bien-être**

**M. Salois (Robert) :** Merci beaucoup, M. le Président. Je me présente, Robert Salois, Commissaire à la santé et au bien-être. Je suis accompagné de Mme Guylaine Cleret de Langavant, commissaire adjointe à l'éthique et à l'appréciation; de Mme Caroline Cambourieu, économiste de la santé et experte au dossier du médicament d'ordonnance; et de Mme Anne Robitaille, directrice générale.

M. le Président, M. le ministre, Mmes et MM. les députés, je vous remercie de me donner l'opportunité de me prononcer sur le projet de loi n° 81. C'est avec plaisir et intérêt que je vous parlerai des travaux que nous avons réalisés au sujet de la performance du système de santé dans le domaine des médicaments d'ordonnance et que je répondrai plus tard à vos questions.

Pour débiter, voici une brève présentation de l'organisme qu'est le Commissariat à la santé et au bien-être. Notre mission est d'apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale dans le but de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être des Québécoises et des Québécois.

Je suis entré en fonction comme commissaire en 2006. Dès les débuts de nos travaux, nous avons choisi d'apprécier la performance du système de santé et de services sociaux en utilisant une approche dynamique et novatrice qui prend en compte le point de vue des citoyens et les enjeux éthiques. Pour appuyer cette démarche, nous travaillons de concert avec un forum de consultation, une instance délibérative permanente constituée majoritairement de nombreux citoyens auxquels se joignent des membres experts.

Au cours des dernières années, nous avons produit différents rapports d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux. Nous avons également produit, à la demande du ministre de la Santé, un rapport sur les enjeux éthiques du dépistage prénatal de la trisomie 21 et un avis sur le programme de procréation assistée. Chaque année, nous produisons aussi un rapport d'appréciation globale de la performance du système, qui présente des données et fournit des outils d'analyse de la performance. Cette année, nous revoyons en profondeur notre modèle afin de l'adapter aux changements survenus à la gouvernance du réseau et de pouvoir ainsi témoigner des résultats atteints.

Enfin, en participant activement aux travaux du comité de l'enquête internationale du Commonwealth Fund, nous sommes en mesure de rendre disponible chaque année des données inédites propres au Québec, ce qui nous permet de comparer notre système à ceux d'autres provinces ou pays, ce qui était la volonté du législateur au moment de notre création.

En mars 2015, je publiais le rapport *Les médicaments d'ordonnance : Agir sur les coûts et l'usage au bénéfice du patient et de la pérennité du système*. J'indiquais alors que la forte croissance des coûts des médicaments est très préoccupante et que l'usage qui en est fait inquiète également. Je soulignais l'urgence d'agir pour corriger un

ensemble de problèmes en lien avec les médicaments d'ordonnance. Il est donc très heureux que le ministre ait choisi d'agir à ce sujet.

Les médicaments d'ordonnance occupent en effet une place prépondérante au cœur de notre système et ont pris une place grandissante, notamment depuis la création du régime général d'assurance médicaments. Avec l'évolution des soins de santé et les mesures de santé publique, ils contribuent à l'atteinte de gains de santé très importants, notamment en diminuant les hospitalisations, en augmentant l'espérance de vie et en diminuant le taux de mortalité pour certaines conditions. S'il existe un lieu où des grandes économies sont possibles par une meilleure gestion, c'est bien celui du médicament d'ordonnance, le tout dans un contexte où les besoins de la population augmentent et changent alors que les efforts budgétaires sont requis pour assurer la pérennité de notre système.

Mais, en plus de viser le meilleur prix pour nos médicaments, nous devons aussi nous assurer que l'usage qui en est fait est optimal. L'usage optimal a un impact majeur et déterminant sur l'état de santé des personnes, sur les dépenses des médicaments et sur la performance du système de santé. À titre d'exemple, certaines études scientifiques ont documenté que 80 % des médicaments seraient utilisés de façon inappropriée, alors que d'autres ont mis en évidence des problèmes d'adhésion aux médicaments prescrits, variant de 30 % à 70 %, selon le médicament et la population visée. Il y a donc, à plusieurs étapes de la chaîne du médicament, un potentiel d'économie fort important sur lequel il est primordial de se pencher.

Comme l'a souligné le ministre à des participants à cette commission parlementaire, les acteurs sont nombreux dans le domaine du médicament, il nous apparaît essentiel d'adopter des stratégies d'action qui agissent à différents paliers afin d'optimiser les résultats des actions gouvernementales.

À l'instar de ce que vivent le Québec et le Canada, d'autres pays, dont l'Union européenne, connaissent aussi une croissance rapide et continue des dépenses pharmaceutiques, d'où l'intérêt d'analyser ce qui a été tenté ailleurs pour s'en inspirer. Les enjeux sont mondiaux dans le domaine du médicament, le Québec ne peut faire cavalier seul. De par le monde, au centre des pays comparables, différents mécanismes sont utilisés pour fixer le prix des médicaments génériques dans le but d'exercer un meilleur contrôle des prix. Parmi ceux-là, à des fins d'analyse comparative, deux mécanismes ont été retenus en fonction de leur potentiel d'application en contexte québécois : il s'agit de l'appel d'offres, objet de ce présent projet de loi, et de la fixation des prix par niveau dégressif. Ces méthodes présentent des avantages et inconvénients dont je vous parlerai maintenant.

• (16 h 10) •

Tout d'abord, les appels d'offres ont le potentiel de générer des économies importantes, la vive concurrence ainsi créée incite fortement les fabricants à réduire leurs prix en vue de détenir l'exclusivité du marché. Il est largement documenté que la concurrence féroce qui en découle peut avoir de nombreux impacts négatifs, dont nuire à la sécurité de l'approvisionnement, retarder considérablement et parfois dissuader l'arrivée de nouveaux génériques sur le marché et, à terme, affaiblir l'industrie. Cela peut aussi avoir des effets pour augmenter le coût des ordonnances à la pharmacie pour les bénéficiaires des régimes privés, qui présentent plus de la majorité des utilisateurs de médicaments.

Quant aux politiques de fixation des prix par niveau dégressif, elles parviennent à combler certaines faiblesses de l'appel d'offres, tout en comportant des avantages indéniables, dont la facilité de la mise en oeuvre. Ce mécanisme de fixation des prix stimule la concurrence et favorise l'arrivée rapide et opportune sur le marché des nouveaux médicaments génériques. Cette approche est universelle, car elle s'applique à tous les médicaments génériques, peu importe le nombre de soumissionnaires. De plus, elle requiert peu d'interventions de la part de l'assureur public.

Ainsi, à la lumière des différentes expériences et analyses réalisées, il est proposé qu'une approche intégrant ces deux mécanismes de fixation des prix des médicaments soit retenue et que des rapports sur les résultats de ces derniers soient faits. Ceci permettrait, dans les cas où les résultats obtenus se distancent des cibles établies par le régulateur, d'ajuster les mécanismes en vue d'obtenir le meilleur prix, en minimisant les impacts non désirés à plus long terme, tout en assurant la sécurité de l'approvisionnement des médicaments. Considérant donc l'ensemble des éléments que je viens d'évoquer et afin de bonifier le projet de loi n° 81, je me permets de faire les recommandations suivantes. Il m'apparaît essentiel de développer et de mettre en oeuvre une nouvelle politique du médicament. Cette politique est essentielle avant d'avoir une vision globale des visées gouvernementales en lien avec les médicaments d'ordonnance, et ce, afin de pouvoir atteindre nos objectifs collectifs. Une telle politique devrait notamment comprendre un volet exhaustif sur la fixation des prix des médicaments génériques. Pour éviter des impacts négatifs potentiels des appels d'offres et maximiser ses effets positifs, je recommande de combiner l'approche des appels d'offres à celle de la fixation des prix des médicaments génériques par niveau dégressif. À cet égard, le Québec pourra s'inspirer des provinces où ce mode de fixation des prix a déjà été implanté, notamment en Ontario, en Alberta et en Saskatchewan.

Le projet de loi est très peu détaillé, et, en raison des impacts négatifs potentiels de l'appel d'offres, je recommande de clarifier, à même le projet de loi ou dans un règlement afférent présenté avant l'adoption du projet de loi, les modalités d'implantation des appels d'offres et les coûts qui y sont associés. Il m'apparaît aussi nécessaire de préciser avant l'entrée en vigueur de cette loi les modalités d'évaluation et de suivi à l'aide de cibles prédéfinies.

Dans mon rapport 2015, nous avons souligné les inéquités existantes entre les personnes couvertes par le régime public et celles couvertes par les régimes privés, qui, je le rappelle, représentent 60 % des utilisateurs de médicaments. Le projet de loi n° 81 est susceptible d'accroître ces inéquités si rien n'est fait à ce sujet. Et c'est pourquoi je recommande aussi d'encadrer le coût des ordonnances des médicaments pour les personnes couvertes par le régime collectif privé.

Et finalement, compte tenu de ces effets positifs sur la baisse des coûts des médicaments, il est impératif que le Québec participe activement et assure un leadership et aussi participe de façon continue à la concertation de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, à laquelle il s'est joint à l'automne 2015. Merci beaucoup de votre attention. Ça me fait plaisir de répondre à vos questions avec les membres de mon équipe.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, pour une période de 20 min 30 s, je cède maintenant la parole au ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Barrette :** Merci, M. le Président. Alors, M. Salois, c'est toujours un plaisir de vous recevoir. Mme Robitaille, Mme Cleret de Langavant, madame... je n'ai pas saisi votre nom.

**Mme Cambourieu (Caroline) :** Cambourieu, Caroline.

**M. Barrette :** Excusez-moi. Alors, bienvenue à cette commission parlementaire, et c'est toujours un plaisir de vous recevoir, l'équipe du Commissaire à la santé et au bien-être, parce que vous avez évidemment l'avantage de la neutralité, je dirais. Et je me permets d'insister sur le fait que vous avez une indépendance dans vos travaux, je me permets de le rappeler, là, vous avez la totale indépendance dans vos analyses et, quand vous arrivez ici, vous avez un regard que je peux qualifier de neutre, même si vous avez une position, qui est celle que vous nous avez présentée à l'instant.

Justement, si on revient à vos conclusions et qu'on va un petit peu par en arrière, on remonte un peu dans votre analyse puis votre collection de données, là, vous avez regardé quand même ce qui se passait ailleurs sur la planète, n'est-ce pas?

**M. Salois (Robert) :** Tout à fait. On a produit un premier document, qui est un état de situation, en fait c'est probablement une bible au niveau du médicament ici, au Québec, dans lequel c'est la première fois qu'on a regroupé, dans un document, toute la chaîne du médicament, et, à l'intérieur de ça, il y a énormément d'informations qui sont utilisées sur toutes les étapes de la chaîne du médicament. Et on me dit que ce document est utilisé dans certaines écoles de pharmacie actuellement pour être capable d'amener les étudiants en pharmacie à comprendre le monde pharmaceutique.

**M. Barrette :** O.K. Sur le plan économique, quand vous parlez de toute la chaîne du médicament, là — j'aime bien ça que vous utilisiez cette expression-là, je l'ai utilisée moi aussi à un certain nombre de reprises — il y a quand même un impact ou... corrigez-moi, là, il y a un impact. Cette chaîne-là a, dans sa nature et dans sa vie intrinsèque, un impact sur le coût du médicament. Est-ce que je me trompe?

**M. Salois (Robert) :** Tout à fait. Et c'est d'ailleurs l'esprit dans lequel le... c'est d'ailleurs dans cet esprit-là que le rapport a été fait, c'est qu'à chaque étape de la chaîne du médicament il y a des gains à faire, notamment celui avec l'industrie sur lequel on discute aujourd'hui, mais il y a des gains absolument importants à faire au niveau de l'usage optimal par rapport aux prescripteurs et aux utilisateurs, par rapport aussi au choix des médicaments qu'on fait. Mais il existe une... prenez l'exemple... Pourquoi j'insiste sur l'usage optimal, c'est qu'on a, au Québec en 2014, 197 millions d'ordonnances qui ont été payées par le système public, et on peut penser que, quand on sait comment il n'y a pas un usage optimal, il y a là des gains maximaux qui peuvent être faits par un système de santé qui voudrait s'impliquer au niveau des prescripteurs et des utilisateurs, et, si c'était accompagné évidemment d'un projet où on peut négocier des prix à meilleur prix, ça s'amplifierait, puisque, si on a un bon prix, mais on n'utilise pas bien le médicament, tous les efforts et les gains qu'on va faire risquent d'être diminués.

**M. Barrette :** On va y revenir parce que c'est un point important que vous abordez. Mais, si on s'attarde, là, maintenant à l'objet du projet de loi, pas que ce n'est pas... votre commentaire, pas qu'il n'est pas pertinent, il l'est, je vais y revenir ultérieurement, mais, sur le principe d'aller en appel d'offres, je comprends bien de votre propos que, quand vous regardez ailleurs, là — et je suis convaincu que vous avez suivi nos travaux, là, avec assiduité, là, depuis le début, là, ça ne fait pas longtemps quand même — toutes les craintes qui sont exprimées ne se réalisent pas si l'appel d'offres est construit correctement. Moi, je pense que vous avez vu ça aussi ailleurs. Ce serait intéressant de l'entendre de vos observations.

**M. Salois (Robert) :** C'est un peu ce qu'on faisait comme commentaires dans mon discours, à l'effet qu'il y a à apprendre de ce qui s'est passé ailleurs, et, quand on voit ailleurs où il y a des appels d'offres, c'est souvent accompagné de d'autres mesures à l'intérieur de simplement l'appel d'offres. C'est dans cet esprit-là que, nous, l'appel d'offres, elle s'inscrit dans une politique du médicament dans laquelle il y a une vue d'ensemble, où il va y avoir des étapes dans lesquelles, chaque fois, on va gagner quelque chose. Mais l'appel d'offres, en soi, quand elle est accompagnée et qu'on connaît les risques, c'est possible, évidemment, de la réaliser. Mais, dans la limitation de l'appel d'offres par rapport, par exemple, à certains médicaments ou certaines situations, nous, on pense que, s'il était combiné avec une politique de tarifs dégressifs, on aurait là un coffre à outils quand même assez intéressant pour couvrir tous les médicaments qui existent, et d'utiliser, quand on peut, une des deux politiques, surtout que, dans ce coffre à outils là, il y a déjà la politique du Québec du prix le plus bas. Donc, on est déjà équipés, là.

**M. Barrette :** Est-ce que je comprends de votre propos que vous considérez... Là, je mets quasiment des mots dans votre bouche, puis ce n'est pas ce que je veux faire, là. Je vais le formuler dans une question. Vous proposez de combiner et l'appel d'offres et le tarif dégressif.

**M. Salois (Robert) :** Tout à fait.

**M. Barrette :** Alors, le tarif dégressif, est-ce que je dois conclure ou comprendre de ce que vous nous dites que vous considérez que cette dégression n'est pas suffisamment grande ou que les chiffres qui sont utilisés ne sont pas les bons ou pourraient être à notre avantage?

**M. Salois (Robert) :** Bien, en fait...

**M. Barrette :** Et — si vous me le permettez, là — pour peut-être vous donner un angle supplémentaire, de la manière que c'est établi actuellement, cette progression-là ou cette progression négative là, le côté dégressif de ces prix-là, c'est arbitraire, puis on pourrait arbitrairement être plus agressifs là-dedans, là?

**M. Salois (Robert) :** Je voudrais... Dans un premier temps, juste parce que vous ouvrez la porte, la politique...

**M. Barrette :** Je vous l'ouvre toute grande.

• (16 h 20) •

**M. Salois (Robert) :** Vous avez ouvert tout grand, je vais me faufiler tranquillement. Je voulais juste vous dire que la politique, actuellement, de tarifs dégressifs qui existe au Canada, ça a été fait à partir des travaux du commissaire. En 2013, le commissaire a exploré ces avenues-là, c'étaient les premiers pas qu'on faisait dans le domaine du médicament, et Mme Cambourieu, à l'époque, a piloté ce dossier-là avec des chercheurs de différentes universités, puis nous a proposé, au bureau du commissaire, une approche de tarification dégressive pour rembourser les médicaments. Suite à ça, l'Alberta l'a mise en place à travers une loi, et ils l'ont... Donc, une des raisons principales pourquoi notre conseil est d'utiliser les deux, c'est que c'est nouveau et il y a besoin d'une évaluation. Et, comme on est le Commissaire à la santé et au bien-être, puis nous, on aime toujours mesurer puis on aime toujours analyser... Quand on met une nouvelle politique de cette nature en place là, en la combinant avec ces deux techniques-là, avec des cibles et des indicateurs pour bien mesurer, on soit capables dans tout le cours du moment où on la met en place de pouvoir la mesurer... Et, en combinant les deux, on a les effets positifs. Le tarif dégressif peut s'appliquer à tous les médicaments, il n'y a pas de... Il y a aussi la possibilité de pouvoir, dans cette mesure-là, permettre que des nouveaux médicaments génériques arrivent plus rapidement. Il y a aussi la possibilité, à l'intérieur de ça, que ça ne dérange pas le système ou l'écosystème, que j'ai entendu comme expression ici souvent, parce qu'à un moment donné on regarde la compétition à l'intérieur de ça. Et nous, on pense que, dans certaines situations, les appels d'offres pourraient probablement être le meilleur outil et que, dans d'autres, utiliser le tarif dégressif pourrait être un autre outil que le gouvernement pourrait utiliser de façon à bonifier et à avoir deux outils dans son coffre à outils pour être capable d'avoir les meilleurs prix pour le système québécois.

**M. Barrette :** Je reste dans cette pièce-là, on a ouvert la porte, on est entrés dans cette pièce-là. C'est vrai, je suis d'accord avec vous, vous faites bien de le souligner que c'est vos travaux qui ont mené à d'autres provinces de prendre les décisions qu'ils ont prises. Ce n'est pas toujours souligné que le reste du Canada s'inspire de ce qui se fait au Québec, là, mais, dans ce cas-là, c'est la réalité, et il faut le souligner. Vous êtes arrivé à ces conclusions-là en 2013, là, c'est ce que vous avez dit il y a un instant. Avec le temps, est-ce que vous considérez que la mécanique de détermination des pourcentages pour les tarifs dégressifs par rapport aux médicaments innovateurs est une mécanique qui est satisfaisante?

**M. Salois (Robert) :** Bien, en fait, je pense que, dans les... C'est plus applicable dans le domaine des génériques, mais elle s'applique aussi dans tous les autres territoires, que ça soit des médicaments novateurs ou autres. Ce qu'on observe, nous, depuis la mise en place... Parce qu'évidemment on suit ça, étant donné qu'on a mis le bébé au monde, donc on essaie de le suivre, là.

**M. Barrette :** C'est pour ça que je vous pose la question.

**M. Salois (Robert) :** Ce n'est pas de la pratique illégale que je fais, là, «mettre le bébé au monde», là!

Mais ce que je veux dire, là, c'est qu'on a suivi... Puis, le travail qu'on a fait — puis, ceux que ça intéresse, c'est sur le site Internet — on avait été beaucoup plus agressifs, nous autres, dans les différents paliers qui ont été déjà mis en place au niveau du gouvernement albertain et même de l'APP, et on avait fait à ce moment-là une analyse assez exhaustive, où on avait comme 10 étapes, parce qu'il y avait beaucoup de fabricants, et, quand on faisait un niveau dégressif qui allait même jusqu'à 4 % au lieu de 18 %, puis on prenait les 10 médicaments les plus payés par le régime d'assurance maladie puis on appliquait le système dégressif tel qu'on le proposait dans l'exercice puis tel que les chercheurs le proposaient, on sauvait 121 millions. Évidemment, quand on l'a mis en place, nous, c'était un exercice que les chercheurs nous avaient proposé, mais, dans les faits, quand les gouvernements l'ont mis en place, ils l'ont mis en place de façon beaucoup plus «conservative». Mais la décision de fixer les prix par rapport au nombre de fabricants qui rentrent dans le système, c'est une décision qui se prend en groupe ou à travers l'association, ou même le Québec pourrait le faire jusqu'à cet effet, mais plus c'est bas, plus il y a des avantages. Est-ce que Caroline voudrait ajouter quelque chose?

**Mme Cambourieu (Caroline) :** Oui, alors, peut-être pour revenir sur les niveaux dégressifs du barème actuel, c'est évident qu'il est possible de modifier le barème. Le barème a été établi par l'APP à ce jour en se basant un petit peu sur ce qui avait été fait sur l'Alberta. En ce moment, l'Alberta, ça fait deux années... ça fait la deuxième année donc... la troisième année qu'ils l'ont mis en place. Ils sont en train d'évaluer leur cadre de tarification, de fixation des prix afin de voir comment il peut être maximisé. Parce que c'est évident que, quand on commence à appliquer une politique



qui était tout à fait novatrice, entre les effets espérés et attendus et les effets réalisés et les résultats obtenus, des fois il y a une marge.

Alors, il est possible... et d'ailleurs il aurait été possible aussi de le proposer que le Québec aille avec un barème dégressif mais que le barème soit plus agressif, entre guillemets, c'est-à-dire qu'on commence... au lieu de commencer à 70 %, on puisse commencer à 60 %. Mais ça, il faut bien voir que le barème est établi en fonction des conditions de marché de chaque province. Ce qu'a fait l'APP, elle l'a fait de façon à proposer aux provinces un cadre, un cadre de tarifs, enfin de pourcentage qu'ils souhaiteraient applicable. Il est évident que chaque province peut appliquer son propre cadre et être à la fois plus... intégrer plusieurs autres niveaux en fonction du nombre de fabricants sur le marché. Et ça, c'est très important, parce que notamment ce que l'expérience de l'Alberta nous apprend, et en cela c'est très riche pour le Québec, puisque c'est le Québec qui a démarré la réflexion sur la démarche, mais c'est l'Alberta qui a été la première province à l'appliquer, ce que... L'Alberta, donc, comme elle l'a déjà appliquée, elle peut nous apprendre beaucoup sur peut-être certains effets, qui peuvent être plus ou moins favorables, de la démarche actuelle. Cependant, il faut voir aussi que l'Alberta fait comme le Québec, applique... En plus de son barème dégressif, elle applique la politique du prix le plus bas. Donc, en quelque part, elle se garde une porte de sortie qui fait que, si toutefois le tarif... le prix, devrais-je dire plutôt, du médicament obtenu n'est pas satisfaisant ou demeure encore trop haut pour le régulateur, la province peut toujours aller vers l'application du prix le plus bas au Canada.

Donc, vous voyez, il y a une combinaison de mécanismes qui peut être possible. Et c'est un petit peu la flexibilité de cette approche aussi qui lui vaut, à mon avis, son grand potentiel et son grand pouvoir. Mais, en effet, pour répondre, donc pour revenir au point que vous énonciez tout d'abord, oui, il est possible de modifier les niveaux.

**M. Barrette :** Ça, j'en conviens, là, évidemment, parce que ça devient une décision arbitraire dans le bon sens du terme, là, au sens où, bien, c'est un choix qui est imposé. Et, ayant participé dans le passé, à plusieurs reprises, à des appels d'offres, des achats de groupe canadiens, là, j'ai fait ça pendant plusieurs années, je vous dirais que toutes les provinces n'ont pas la même sensibilité aux impacts présumés que peuvent exprimer certains joueurs dans un environnement particulier, dit d'une façon polie.

Alors, la raison pour laquelle je vais dans cette direction-là, parce que c'est intéressant comme concept, parce que, pour déterminer ce prix-là, à un moment donné il faut se baser sur les impacts potentiels. Et là, évidemment, toutes les parties vont venir, comme on le voit dans ces consultations publiques là, tout le monde va vouloir venir et dire : Ça a un impact sur moi et c'est un impact tellement terrible que je vais... ça va être la catastrophe, je vais mourir, et ainsi de suite, commercialement parlant j'entends.

Mais, quand on regarde, évidemment, l'effet de la tarification dégressive comparée au même effet... je m'en vais... oui, l'effet, c'est vraiment ce que je veux dire, la tarification dégressive qui, elle, est fixée, à l'effet du résultat dans l'appel d'offres, comme on voit en Nouvelle-Zélande, force est de constater que, dans des environnements similaires, puis là je vais dire : Nouvelle-Zélande, barre oblique, si vous me passez l'expression, Allemagne, barre oblique, Pays-Bas, vous voyez des pays qui, pas par la fixation d'un tarif dégressif, arrivent à des montants, des pourcentages de l'innovateur qui sont nettement plus bas et qui ne semblent pas perturber nécessairement, du moins vu de l'extérieur ou de ce que l'on entend ici, les milieux en question.

Je comprends que vous... Et je comprends très bien la pensée que vous exprimez ou vous exposez sur le fait que la combinaison des deux soit bonne. Mais, sur la fixation du barème dans l'approche du tarif dégressif, si on met ça en relation avec les appels d'offres, force est de constater que, du côté dégressif, l'arbitraire pourrait être plus agressif, si on l'exprime comme ça, sans perturber ce que d'aucuns appellent un écosystème.

• (16 h 30) •

**M. Salois (Robert) :** Tout à fait d'accord qu'à un moment donné le choix qui a été fait par la province qui l'a mis en place, ça a été fait avec une grande prudence. On est évident qu'on aurait pu avoir... Nous, dans le document, on va jusqu'à 2 %. Donc, c'est évident qu'il y a... En fait, quand on dit 2 %... Et, dans les domaines qu'on avait, on avait 10, 12, 13 fabricants, donc, à l'époque où on a fait ça.

Mais je vais juste revenir sur l'exemple d'impact des appels d'offres dans certains pays, et vous avez parlé tout à l'heure des Pays-Bas et de l'Allemagne qui ont eu passablement de succès avec les appels d'offres, il faut juste comprendre l'écosystème dans lequel ils sont. Quand on arrive en Europe et puis on a les Pays-Bas, il y a, quoi, 15, 16 millions, il y a 80 millions de personnes en Angleterre, et on est inondé, et puis le marché autour est de 500 millions, on peut comprendre que, si deux pays de cette nature-là décident d'aller sur des appels d'offres et que, dans la Communauté européenne, il y a énormément de possibilités d'échange de médicament et de compagnies qui peuvent survivre, on est probablement sûr que les pénuries, ça ne sera pas un enjeu aussi important, par exemple, que d'un pays qui est isolé, comme la Nouvelle-Zélande, ou d'un pays comme le Canada, où il y a 35 millions de personnes.

Donc, c'est un peu dans ce sens-là qu'on dit : Oui, les appels d'offres, ils ont des bénéfices directs, ils ont des bénéfices immédiats, mais il faut être capable de les doser, et c'est notre position, de les doser avec un autre outil dans certaines situations, et que la combinaison des deux pourrait facilement rapporter des bénéfices. Et, dans la suggestion qu'on fait d'aller vers l'association canadienne, l'alliance canadienne, c'est qu'à un moment donné l'arrivée, probablement, d'un Québec, qui va faire en sorte qu'on va dépasser le 60 % des participants canadiens, va certainement donner du pouvoir encore plus grand à cette alliance-là, étant donné qu'on va être près du 100 % des Canadiens qui vont négocier avec les fabricants. Et c'est un peu dans cet esprit-là qu'on amenait nos suggestions, nos recommandations, pour soutenir ou aider à la prise de décision ou le choix du ministre pour le projet de loi n° 81.

**M. Barrette :** Je ne peux pas m'empêcher... — il me reste un peu plus de 2 min 30 s — je ne peux pas m'empêcher de profiter de votre présence, parce que vous l'avez abordé, vous, puis vous avez, encore une fois, un regard

neutre là-dessus, pour aborder la question de l'utilisation du médicament. Quand vous parlez d'une politique de médicament et que vous faites référence à plus de 180 millions de prescriptions par année, bon, évidemment, vous faites référence au nombre de fois où une prescription est servie, là.

**M. Salois (Robert) :** Par le système public.

**M. Barrette :** Par le système public. Parce qu'il y a le système privé, là, ce qui en fait encore plus.

**M. Salois (Robert) :** Oui.

**M. Barrette :** Qu'est-ce que vous voyez? Quelles sont vos recommandations à cet égard-là, là? J'en ai une bonne idée, mais c'est juste pour vous permettre un peu de préciser votre pensée, là. Vous avez un forum utile.

**M. Salois (Robert) :** Bien, on a fait des suggestions à plusieurs niveaux. Au niveau des prescripteurs, par exemple, on a suggéré que chaque médecin reçoive de la RAMQ un bilan de son type de prescription, qu'on fasse des portraits régionaux de médicaments qui sont faits. Il y a d'autres recommandations aussi, tu peux continuer sur le sujet.

**Mme Cleret de Langavant (Ghislaine) :** Nous avons, pour justement favoriser l'usage optimal, quatre recommandations dans ce secteur-là. En effet, il y avait un plan d'action, comme parle M. Salois, mais aussi il y avait des recommandations qui concernaient les pharmaciens. Il y avait des recommandations où on encourageait vraiment d'intégrer les pharmaciens cliniciens dans les GMF, d'implanter un plan de soins pharmaceutiques de congé standard afin de faciliter le transfert d'information à la sortie de l'hôpital, particulièrement pour les patients qui avaient des conditions complexes, avec de multiples médicaments. Et aussi nous avons recommandé de simplifier le processus d'élaboration de révision des listes de médicaments encadrant la pratique prescriptive d'autres professionnels pouvant prescrire.

Donc, ce qui est important, ce que dit M. Salois, c'est : En effet, on parle des appels d'offres, que c'est très, très puissant au niveau de la réduction des prix des médicaments, c'est vraiment un outil fantastique, mais il n'y a pas que les prix, la réduction des prix. Il y a vraiment le coût de l'ordonnance, il y a la prescription, le volume de médicaments prescrits. Il y a vraiment plusieurs enjeux qui doivent être pris en considération. Parce que, lorsqu'on parle, par exemple, des dépenses totales en médicaments, au niveau du Québec, c'est plus élevé que le reste du Canada, non pas... C'est parce qu'il y a le coût de l'ordonnance, mais aussi le volume, les quantités de médicaments qui sont prescrits. Donc, ce sont des éléments qui doivent être considérés en combinaison de l'usage optimal et le prix du médicament. On ne peut pas faire l'un sans l'autre, à notre avis.

**M. Barrette :** Merci. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Tanguay) :** Maintenant, nous nous tournons vers notre collègue de Rosemont pour 12 minutes.

**M. Lisée :** Merci, M. le Commissaire... M. le Président. M. le commissaire Salois, très heureux de vous voir devant nous, Mme Robitaille, Mme Cleret, madame. Bien, justement, sur ces questions de la politique du médicament, je suis très heureux que vous reveniez avec ça, parce que vous nous dites que, bon, bien, c'est très bien d'essayer d'avoir au point d'achat le médicament le moins cher possible, et vous avez des recommandations là-dessus, mais encore faut-il qu'on n'en prescrive pas trop. Et donc là-dessus je voudrais vous poser quelques questions. Parce que moi-même, je réclame au ministre depuis plusieurs mois une politique du médicament et, lorsque j'ai vu arriver ce projet de loi, j'étais très déçu à cause du ciblage extrêmement serré, je veux dire, le sujet qu'il aborde est un bon sujet, mais il n'en aborde pas suffisamment, et donc je veux profiter de votre présence pour qu'on discute un petit peu de ça.

Donc vous dites : Il faut un plan national sur la prescription et l'usage des médicaments, et vous dites qu'il faut absolument responsabiliser les prescripteurs. Alors, quel est le problème en ce moment, avec les prescripteurs, qu'il faudrait modifier, qu'il faudrait résoudre?

**M. Salois (Robert) :** Au niveau des prescripteurs, la discussion qu'on a eue... Les citoyens, à notre forum de citoyens, ont été particulièrement aidants aussi de ce genre de discussion là. Il ne s'agit pas d'agir nécessairement pour limiter la capacité ou la liberté de prescripteur du prescripteur, mais il y a des informations facilement qu'on peut faire sur faire une analyse, à chaque année de donner le type de prescription que vous faites, le montant de prescriptions. Parce que le problème ici, au Québec, c'est qu'il n'y a pas de comparaison. Dans d'autres provinces, il y a des comparaisons où vous avez des bilans de votre performance, comme clinicien, en pratique par rapport, par exemple... Prenons le médicament, c'est un exemple, là, le type de médicament que vous prescrivez.

**M. Lisée :** Vous voulez dire que le médecin recevrait un relevé de ce que lui prescrit à ses patients comparativement à ce que ses collègues font, et là il pourrait voir qu'il n'est pas dans la norme?

**M. Salois (Robert) :** Tout à fait, et à ce moment-là ajuster sa pratique prescriptive par rapport à de la formation continue, essayer de savoir pourquoi. Est-ce qu'il prescrit ce type de médicament là parce que c'est sa clientèle qui... S'il avait une clientèle d'enfants, par exemple, beaucoup, il y aurait des médicaments limités à ça. Mais, au moins, il peut

se comparer et voir à s'ajuster en disant : Je suis dans le champ gauche, là, ma pratique est complètement déviante par rapport de mes confrères et mes consœurs, je vais voir.

Deux, un élément qu'on voudrait, dans les prescripteurs, s'il y avait une suggestion, c'est d'avoir le prix. Nous, on pense que les médecins qui vont prescrire n'ont pas le temps d'aller voir... de savoir comment ça coûte. Mais, si dans le prescripteur il y avait un coût qui serait annoncé, un médecin ou, je pense, la majorité des médecins qui... pour le même médicament, qui produit le même effet, puis il saurait qu'il y en a un qui est moins coûteux, il choisirait probablement celui-là, donc...

**M. Lisée :** Qu'est-ce que vous voulez dire? Excusez-moi, juste pour comprendre. À quel moment, est-ce que le médecin aurait le prix, au moment de prescrire?

**M. Salois (Robert) :** Au moment de prescrire. Il y a des prescripteurs automatiques, ça, on n'en a pas partout. Donc, à ce moment-là, inscrivez ça dans la prescription, donc pas...

**M. Lisée :** Et là il verrait qu'il a des alternatives pour la même molécule ou, disons, le même effet, et là il pourrait choisir en fonction du prix, pas seulement en fonction de sa connaissance d'un médicament ou sa méconnaissance des alternatives.

**M. Salois (Robert) :** Mais il faut lui donner des outils, parce qu'il n'a pas le temps de faire ça, on comprend ça...

**M. Lisée :** D'accord.

**M. Salois (Robert) :** Aussi de produire des bilans régionaux de type de prescription pour voir s'il y a des tendances, et, à travers des informations qui pourraient être faites par la RAMQ ou par le gouvernement, d'informer la profession médicale sur l'arrivée d'un nouveau médicament qu'on voudrait, qu'on aurait avantage, comme système, à avoir. Donc, d'encourager l'information et faire une forme de formation continue sur la partie prescriptive.

**M. Lisée :** Je vous pose la question sur les bilans régionaux : Pourquoi? Est-ce que vous avez l'impression qu'il y a des tendances régionales fortes sans relation avec les différences de conditions médicales d'une région à l'autre?

**M. Salois (Robert) :** Parce que nous, on compare les régions. Donc, d'avoir ce genre de bilan médicamenteux, de savoir quelle sorte de prescription qui se fait par région serait une unité d'information importante pour pouvoir mesurer et aussi faire des recommandations, à ce moment-là. Donc, comme on ne le sait pas, on pourrait le faire d'abord dans une région, et chacune des régions aurait son bilan, et on verrait, par rapport à des régions, par exemple, s'il y a des tendances qui sont faites, et essayer d'identifier pourquoi on a ces tendances-là.

**M. Lisée :** Ça, c'est des recommandations que vous avez faites en mars 2015...

**M. Salois (Robert) :** Tout à fait.

**M. Lisée :** ...que vous avez remises au ministre en mars 2015. Donc, il a eu un an pour décider si, oui ou non, il allait agir sur ces recommandations.

**M. Salois (Robert) :** Ça a été remis... c'est ça, il y a eu une conférence de presse, ça a été rendu public.

**M. Lisée :** Je vois que, dans vos recommandations, bon, vous parlez plan d'action sur la prescription à l'usage des médicaments, mais vous n'avez pas, pour ce qui est des pharmaciens, la recommandation de faire en sorte que le pharmacien fasse l'évaluation thérapeutique, ce qu'on appelle le MedsCheck qui permettrait d'ajuster le cocktail de médicaments à chaque patient. Pourquoi pas?

• (16 h 40) •

**M. Salois (Robert) :** Bien, depuis 2009 que, chaque fois qu'on fait des recommandations sur la performance... On l'a fait en 2009 sur la première ligne, la maladie chronique, on l'a fait aussi sur prénatalité, petite enfance. On l'a fait souvent et à chaque fois on insiste sur le rôle du pharmacien comme étant une partie importante de l'équipe pour ajouter les médicaments. Et on est justement en train de travailler sur les soins de longue durée, là, et le rôle d'un pharmacien à l'intérieur d'une équipe... Nous autres, on a même suggéré qu'il soit partie d'une équipe GMF pour être capable de pouvoir supporter la partie prescriptive particulièrement, parce qu'on a des patients qui ont... qui prennent beaucoup de médicaments. On aurait réellement des gains d'efficacité, rendu là, en utilisant le pharmacien sur une plus grande échelle, pour être capable d'être un vrai consultant et faire partie d'une équipe. On a toujours fait cette recommandation-là, nous, par rapport à un rôle de plus en plus important du pharmacien.

**M. Lisée :** Mais ça, je comprends, dans l'équipe, là, je le vois, là, intégrer les pharmaciens cliniciens dans les équipes de soins au sein des GMF, mais vous ne dites pas que, comme en Ontario, par exemple, le pharmacien pourrait être rémunéré pour revoir la médication de chacun de ses clients, et ce qui a comme conséquence souvent de les ajuster à la baisse et donc de faire des économies.

**M. Salois (Robert) :** Bien, avec la population vieillissante et l'utilisation des médicaments qui s'en va croissant, il y a définitivement un rôle pour un expert dans le domaine des médicaments, qui est le pharmacien. Donc, le rôle du pharmacien pourrait être de plus en plus utilisé. Non, on ne l'a pas fait à l'intérieur de nos prescriptions... de nos recommandations, mais effectivement on a eu la chance de discuter de ça avec les pharmaciens et aussi avec les médecins, sur un rôle...

**M. Lisée :** Donc, vous y êtes favorable?

**M. Salois (Robert) :** Quand on parle de l'utilisation, il y a un rôle important que... Tout le monde a un médecin, mais ce n'est pas tout le monde... Tout le monde a un pharmacien, mais ce n'est pas tout le monde qui a un médecin. Donc, d'avoir un rôle beaucoup plus proche du médecin, du patient avec le médecin, évidemment qu'on serait en accord avec ça. Et, Anne, tu voudrais-tu ajouter quelque chose?

**Mme Robitaille (Anne) :** Oui. Bien, en fait, ces éléments-là ont été analysés, notamment ce qui se passe en Ontario, et on a plutôt privilégié de faire une recommandation au niveau systémique, donc de valoriser le rôle du pharmacien, notamment en l'intégrant dans les GMF, en particulier pour les personnes aux prises avec des maladies chroniques. Et, dans la vision du commissaire, on revient toujours à la même recommandation : l'importance de se doter d'une politique du médicament pour avoir une vision vraiment d'ensemble et agir à plusieurs niveaux. Et les modalités plus fines de comment le rôle du pharmacien, par exemple, pourrait être accru, bien, pourraient être faites dans ce contexte-là. Dans notre rapport, on a parlé de l'expérience, justement, qui a été faite en Ontario, et qui est intéressante, qui a donné des résultats très pertinents, mais on se disait : Ce qui est important, dans le fond, c'est vraiment de se donner une vision d'ensemble et d'essayer d'agir de façon cohérente, et non pas à la pièce, compte tenu de l'ensemble des acteurs qui jouent un rôle dans le domaine du médicament. Il faut vraiment avoir une vision coordonnée parce qu'une action sur un acteur... par exemple, le rôle de MedsCheck aux pharmaciens, bien, à quelles conditions, dans quel contexte, etc.

Donc, pour nous, dans les recommandations qu'on a faites, ça s'inscrivait dans une réflexion de fonds qui devait conduire à l'élaboration d'une politique du médicament où l'ensemble de ces éléments-là étaient analysés.

**M. Lisée :** Puis, par exemple, dans l'élaboration d'une politique du médicament, la possibilité pour les pharmaciens d'offrir la vaccination, ce serait quelque chose qui... est-ce qu'il serait utile de discuter de cette possibilité aussi?

**M. Salois (Robert) :** Ce serait l'occasion rêvée de pouvoir en parler, d'en discuter et de voir, à un moment donné, quel rôle accru il pourrait voir pour améliorer la santé de la population.

**M. Lisée :** D'accord. Sur la question posée par le projet de loi, je vois que vous êtes particulièrement... J'ai compris ce que vous dites sur l'appel d'offres et la tarification dégressive, et je remarque que l'Alberta et la Saskatchewan vous ont écouté, alors que le Québec, pour l'instant, non.

**M. Salois (Robert) :** Et l'Ontario.

**M. Lisée :** Donc, je vous en félicite. Mais par ailleurs il y a, ce matin, comme vous avez vu, l'expérience... Et vous faites... vous parlez de l'Union européenne, vous parlez de ce qui se fait ailleurs, mais, en Suède et en Suisse, les pays ont décidé d'avoir un fabricant témoin public pour d'abord avoir une meilleure idée des coûts réels, puisqu'ils le possèdent, et de pouvoir fabriquer rapidement des médicaments en cas de rupture puis d'approvisionnement. Est-ce que vous vous êtes penché sur cette option-là et qu'en pensez-vous?

**Mme Cambourieu (Caroline) :** Alors, pas sur cette option. Toutefois, la Suisse est un pays où le prix des médicaments est parmi les plus élevés au monde, le novateur, puis on comprend pourquoi, parce qu'ils sont quand même la source de nombreux fabricants de produits brevetés. Alors, on ne s'est pas penché sur la Suisse parce que, souvent, elle est exclue des analyses, et d'ailleurs elle ne fait pas toujours partie des pays comparables. Mais, en ce sens, nous n'avons pas intégré cette nouvelle démarche à notre analyse, mais de nombreuses autres démarches ont été intégrées.

**M. Lisée :** D'accord. Alors, si on décidait de vous suggérer le mandat d'aller voir le modèle suédois, et s'il est applicable au Québec, et si ce serait une bonne idée d'avoir notre propre producteur témoin et de secours, vous seriez ouvert à ce mandat?

**M. Salois (Robert) :** Vous invitez le commissaire à aller en Suède? C'est ce que je comprends?

**M. Lisée :** Oui, mais en accompagnant le président de la commission et ses membres, bien sûr.

**Mme Cambourieu (Caroline) :** Excusez-moi, j'ai fait une erreur. Je pensais que vous aviez mentionné la Suisse.

**M. Lisée :** J'ai mentionné les deux.

**Mme Cambourieu (Caroline) :** Ah! vous aviez mentionné les deux. Très bien.

**M. Lisée** : Mais, sur la Suède, est-ce que vous vous êtes penché sur...

**Mme Cambourieu (Caroline)** : Ah oui! Bien sûr, bien sûr.

**M. Lisée** : Ah bon! Alors, que pensez-vous de cette expérience suédoise où ils ont une usine?

**Mme Cambourieu (Caroline)** : Alors, l'expérience suédoise, elle était à la fois novatrice, là, quand ils ont commencé, et, à un moment donné, ils ont changé de façon assez drastique leur moyen de fonctionnement. Ils se sont aperçus que le fournisseur ne pouvait pas combler toutes les demandes. Donc, il y avait souvent des problèmes d'approvisionnement et des problèmes de diversité de produits.

Aussi, il faut voir que la Suède, alors, est intéressante dans le sens où elle va appliquer des modèles de prix qui sont parfois... Elle applique la méthode du prix de référence de façon très, très, très agressive, elle va au prix le plus bas sur le marché, donc sans distinction. Alors, elle est un petit peu... elle est intéressante, mais, dans le cadre de son fabricant, de son modèle, même au niveau des pharmacies qui étaient principalement publiques, il a fallu déréglementer le système, à un moment donné.

**M. Lisée** : Et, en ce moment, quel rôle joue le fabricant public?

**Mme Cambourieu (Caroline)** : Alors, à ce jour, je ne pourrais pas vous dire parce que je n'ai pas suivi la dernière année quel est son rôle.

**M. Lisée** : Il va falloir y aller, M. le commissaire. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Tanguay)** : Merci à vous. Alors, nous poursuivons les échanges avec notre collègue de Lévis pour 8 min 30 s.

**M. Paradis (Lévis)** : Merci, M. le Président. M. Salois, Mme Robitaille, Mme Cleret de Langavant, et je m'excuse, comme nos collègues, j'ai mal saisi votre nom de famille, je dirai «Mme Caroline», en tout respect.

**Mme Cambourieu (Caroline)** : C'est parfait, c'est parfait.

**M. Paradis (Lévis)** : Comme ça, on se comprendra bien, histoire de bien vous saluer également.

C'est intéressant ce que vous nous dites, M. le commissaire, en participant à notre commission actuellement, et ça va probablement étonner les gens, mais les chiffres sont faramineux, hein? 197 millions d'ordonnances. Et des gens ont dû dire : Wow! Et là on parle seulement du public. Alors, manifestement, les questionnements sont appropriés.

Vous abordez et j'aborderai quelques thèmes à travers votre rapport, et peut-être que j'irai un peu plus loin. Vous me direz votre vision des choses et si vous vous y êtes arrêté. Je fais rien qu'une parenthèse juste avant parce que, dans une de vos réponses, vous avez dit : Notre forum citoyen. Alors, il faut comprendre que, lorsque vous analysez, lorsque vous explorez, lorsque vous proposez, je trouve ça intéressant que les gens sachent qu'il y a aussi, puis c'est une des inquiétudes à travers ce projet de loi n° 81, l'impact sur le citoyen puis, bon, ce qui pourrait arriver, mais vous faites du forum citoyen également pour aller chercher ce dont vous nous parlez là.

**M. Salois (Robert)** : Alors là, le forum de citoyens, si vous regardez dans la littérature, vous allez voir qu'il est cité à peu près partout comme un des exemples où le Québec a réussi à mettre en place une participation citoyenne dans un processus d'évaluation de la performance.

Donc, nos citoyens nous viennent des 18 régions du Québec, et ce qui est particulier, c'est qu'il y a neuf citoyens qui sont des experts, et c'est la combinaison des deux. Donc, ce n'est pas un processus consultatif, c'est délibératif. Donc, on les amène, sur des questions, particulièrement sur des questions de valeur, des questions d'éthique ou des enjeux, à délibérer par rapport... Et souvent c'est arrivé qu'ils nous ont amenés sur des pistes de solution parce que c'était très, très fort chez eux, et on a exploré leurs préoccupations, et, d'autres, on n'est pas allés là, parce que, pour eux, les valeurs qu'on représentait, c'étaient des valeurs qui étaient totalement inacceptables. Je vous donne rapidement un exemple. En 2009, on voulait, dans le projet sur la première ligne, identifier des médecins par code postal où les patients se... comme ils avaient fait en Angleterre, et les citoyens nous ont dit : En aucun moment nous ne sommes prêts à laisser tomber notre liberté de choix et la liberté de choix du professionnel pour une recommandation pour améliorer le système de santé. Et donc on a abandonné cette aventure-là où l'Angleterre faisait des expériences où les citoyens étaient rassemblés autour d'un code postal, un code postal autour d'un médecin. Donc, ça permettait de desservir la communauté, mais les citoyens, à ce moment-là, nous ont dit non.

Donc, c'est un genre d'exemple où ils nous accompagnent. Ils nous ont accompagnés dans tous nos travaux, là. Là, on est sur le panier de services. Ils nous accompagnent sur ça, justement.

**M. Paradis (Lévis)** : Je trouve ça extrêmement intéressant, puis je trouve ça intéressant que les gens le sachent également parce qu'ils sont partie prenante, finalement, des recommandations et des avis que vous émettez aussi.

Vous nous dites : Liberté de choix dans le cas du code postal. Je reviendrai un peu dans le cas du médicament où des professionnels nous ont exprimé des craintes, en fonction des modèles qui sont présentés, de l'indépendance du

pharmacien ou du professionnel, en fonction, par exemple, de produits qu'ils ne pourraient peut-être plus se procurer, puis etc., ou de la pression faite par des chaînes ou des bannières sur d'autres médicaments, mais, bref, son indépendance professionnelle et sa volonté de pouvoir assumer pleinement son rôle. Est-ce que ce sont des inquiétudes qui font partie de ce que vous exprimez?

• (16 h 50) •

**M. Salois (Robert) :** Bien, en fait, c'est des inquiétudes qui ont été exprimées au niveau du forum de citoyens. Je veux dire, on les a entendus sur une base régulière particulièrement parler de la surmédicalisation, on les a entendus parler du fait qu'à un moment donné aussi il y avait... Il y a du monde qui viennent des régions dans notre... Chacune des régions du Québec est représentée. Donc, dans certaines, des membres du forum exprimaient des inquiétudes parce que, dans leurs régions, l'accessibilité à certains médicaments, des fois, n'est pas toujours la meilleure. Donc, on a entendu de la part de nos membres du forum beaucoup de ces inquiétudes-là face, nécessairement, aux médicaments, mais, pour eux autres, ils étaient préoccupés par la surmédication. C'était une préoccupation. Puis vous savez que ce sont... Ils ont différents âges, moitié hommes, moitié femmes, ils sont de différents âges, et il y en a qui étaient préoccupés parce qu'ils avaient leurs parents qui prenaient beaucoup de médicaments, qui perdaient beaucoup d'autonomie. Et donc le médicament, alors qu'il aide la vie, il leur enlève la qualité de vie.

Donc, on a eu ces discussions-là de valeurs avec nos citoyens, qui étaient quand même assez importantes puis qui teignent les travaux du commissaire, parce que, je veux dire, on l'a eue dans la procréation assistée, on l'a eue dans le médicament, on l'a eue dans tous nos travaux ailleurs.

**M. Paradis (Lévis) :** Dans le dossier qui nous occupe, vous faites partie, en tout cas... Et vous en parlez dans votre document de la fonction, bon, régime public, régime privé, vous direz, en fonction des coûts de l'ordonnance qui varient selon la pharmacie, il y a des écarts qui sont importants, il y a des jeux d'économie aussi à travers ça. Il y a des gens qui sont venus nous dire qu'on devrait et on gagnerait... puis, bon, ça a été les propos des assureurs notamment, bon, de dire d'avoir une espèce de facturation plus transparente permettant aux citoyens d'avoir un regard sur les véritables coûts. Et en même temps d'autres ont dit : Bien là, ça va amener une certaine confusion, alors les gens vont être mélangés, ils ne sauront plus ce qui coûte quoi puis quel montant va à quoi. Votre vision là-dessus, sur cette transparence de la facturation concernant ces services professionnels.

**M. Salois (Robert) :** On a fait une recommandation à ce sujet-là. On était convaincus que, si on voulait permettre aux personnes qui sont dans le domaine du côté privé... Puis on a fait des exercices, à travers nos travaux, où on n'avait pas les mêmes prix pour le même médicament dans différentes pharmacies. Donc, on pense qu'à un moment donné, dans ce monde-là, la transparence au niveau d'une facture dans laquelle il y a les... Puis ce n'est pas vrai que le monde ne peut pas voir la différence, là. Donc, pour nous, c'était extrêmement important d'avoir de la transparence et ça permettrait certainement, à partir du moment où on aurait cette transparence-là, d'aider le contrôle des coûts.

**M. Paradis (Lévis) :** Vous ajoutez, en parlant des appels d'offres, en disant : Si c'est fait correctement puis si c'est les deux modèles ou les deux systèmes qui travaillent conjointement, il y aura moyen d'aller chercher des économies supplémentaires. On parle de taux dégressifs et des appels d'offres. Mais vous dites aussi : Il va falloir qu'on produise le règlement avant l'adoption du projet de loi pour qu'on sache de quelle façon ça va être fait. Parce que tout joue là-dedans, parce que tout peut se poser comme façons de faire et modalités d'inscription, d'implantation, et ça, je pense que c'est majeur et c'est important.

**M. Salois (Robert) :** Bien, vous comprenez aussi d'où on vient, nous autres, on vient de la mesure, c'est : si le commissaire a à évaluer un élément du système de santé, il prend des indicateurs. Donc, ça nous prend des «targets», des cibles, puis on est capables de mesurer si ça fonctionne. Et ce qu'on suggérerait, c'est qu'à partir du moment où vous avez vos cibles et vous avez vos outils vous pouvez vous ajuster, là, et vous n'attendez pas trois ans avant de mesurer les effets de ça, vous pouvez en cours de route prendre des décisions. Mais nous, on vient d'une organisation qui mesure, donc c'est toujours important, et on le fait dans tous nos rapports. Nous mettons des indicateurs. Quand on met quelque chose en place, commençons tout de suite à mesurer qu'est-ce que ça va donner pour l'analyser mais aussi pour l'améliorer.

**M. Paradis (Lévis) :** Et j'ajouterai, je compléterai sur la notion, encore un domaine qui a été abondamment questionné ici, tout le processus des allocations professionnelles, ce que certains appelleront, bien, en fait, des ristournes, versus le mode de rémunération des pharmaciens, en disant : Là aussi, on a une problématique, parce que, bon, il faut revoir le mode de rémunération, des pharmaciens j'entends... j'ai dit «médecins», mais des pharmaciens. Est-ce que cette façon de faire, ces allocations professionnelles sont inquiétantes en fonction de la profession de pharmacien?

**Mme Cleret de Langavant (Ghislaine) :** Ce qui nous préoccupe, c'est que déjà, dans le rapport 2015, nous avions été capables de voir qu'il y avait une très grande iniquité entre le volet public et le volet privé, à plusieurs niveaux, que ça soit, oui, au niveau du coût de l'ordonnance, mais aussi au niveau de l'assurance, au niveau de plusieurs niveaux, et que c'était pour nous une urgence d'agir au niveau de réduire l'iniquité qui se trouvait dans le système au niveau du médicament, de l'ordonnance.

Dans ce cas présent, au niveau du projet de loi n° 81, on agit pour baisser justement le coût de l'ordonnance, et c'est clair que, déjà, la disparité que l'on voyait déjà dans le coût de l'ordonnance aux niveaux public et privé risque de s'aggraver dans le cas présent, au niveau du projet de loi n° 81. Donc, ça nous préoccupe grandement.

**M. Paradis (Lévis) :** Merci.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup à vous, donc, représentants... le Commissaire à la santé et au bien-être, merci au commissaire et aux personnes, donc, qui l'accompagnaient.  
Je suspends nos travaux quelques instants.

*(Suspension de la séance à 16 h 55)*

*(Reprise à 17 h 3)*

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, nous sommes de retour. Nous accueillons maintenant les représentantes, représentants de la Coalition Priorité Cancer au Québec. Bienvenue à votre Assemblée nationale. Vous disposez d'une période de 10 minutes de présentation. Par la suite, vous aurez l'occasion d'échanger avec les parlementaires. Pour les fins d'enregistrement, je vous prierais de bien vouloir vous nommer, préciser également vos fonctions. Alors, sans plus tarder, la parole est à vous.

#### **Coalition Priorité Cancer au Québec**

**M. Dion (Serge) :** M. le Président, M. le ministre, Mmes, MM. les membres de la commission, mon nom est Serge Dion. Je suis président du comité patients et survivants de la Coalition Priorité Cancer. Je suis accompagné par Monique Beaupré-Lazure, de Cancer de l'ovaire Canada, de M. Pierre Boucher, économiste-conseil, qui est également membre du comité patients et survivants, et de M. Michel Bissonnette, conseiller de la coalition.

La Coalition Priorité Cancer au Québec vous remercie de lui permettre de présenter ses commentaires dans le cadre du projet de loi n° 81. D'entrée de jeu, nous tenons à préciser que la coalition ne s'oppose pas à l'objectif poursuivi par le ministre. Tant mieux si le recours à des appels d'offres peut réduire le coût de certains médicaments. Cependant, sans être des experts de la question, il nous semble que la procédure proposée par le ministre, en conférant l'exclusivité, c'est-à-dire le monopole, à un seul fournisseur de l'approvisionnement d'un médicament et de sa distribution n'est peut-être pas le moyen le plus approprié. Nous pensons que cette mesure a de fortes chances de générer les effets contraires à ceux recherchés et qu'elle risquerait de mettre la vie des patients en danger, principalement en accroissant les risques de pénurie de médicaments.

En juin 2012, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes déposait un rapport intitulé *L'approvisionnement en médicaments au Canada : Une réponse multilatérale*. Dans ce rapport énuméré... Pardon. Dans ce rapport sont énumérées de nombreuses causes possibles de pénurie. On y souligne que la passation de marchés à fournisseur unique constituait la cause de perturbation de l'approvisionnement en médicaments la plus facile à éliminer.

**Mme Beaupré-Lazure (Monique) :** À cet effet-là, vous vous rappellerez probablement des incidents qui sont survenus à l'usine Sandoz, à Boucherville, en juin 2012. On se rappellera aussi de la crise provoquée par la fermeture brutale de la centrale nucléaire de Chalk River en Ontario au printemps 2009, interrompant la production d'isotopes utilisés en imagerie nucléaire. En moins de six mois, on a estimé à 16 % la baisse du nombre d'examens pour les cancers. Des milliers de tests diagnostiques ont été retardés. Il faut ajouter que le Québec s'en est mieux tiré parce qu'il pouvait compter immédiatement sur une autre méthode diagnostique.

En octobre 2011, une patiente atteinte du cancer de l'ovaire a dû interrompre ses traitements de chimiothérapie pendant deux mois parce qu'elle ne pouvait plus obtenir le Caelyx, un médicament en rupture de stock, parce que Santé Canada avait interdit, à juste titre, son importation en raison de pratiques inappropriées de la part du fabricant. Des dizaines de patientes ont été affectées durement, parce que le médicament de substitution provoquait plus d'effets secondaires.

En juin 2014, nos hôpitaux ont lancé un cri d'alarme face à une augmentation de 100 % des coûts du paclitaxel, un médicament essentiel donné par injection lors de chimiothérapies pour soigner les cancers du poumon, du sein et de l'ovaire. Cette hausse de coûts résultait d'une pénurie due à l'incapacité du fabricant d'honorer son contrat avec un groupe d'hôpitaux québécois. Un autre fournisseur en a profité pour augmenter ses prix en offrant le même médicament.

En septembre 2014, Cancer de la vessie Canada s'inquiétait de la pénurie du BCG, un médicament utilisé pour traiter le cancer de la vessie, qui touche quelque 8 000 personnes par année. Des problèmes à l'usine du fabricant en Caroline du Nord et l'arrêt de production chez un autre fabricant sont à l'origine de la rupture de stock, qui s'est poursuivie pendant plusieurs mois.

Ce ne sont que quelques exemples qui préoccupent nos membres. On pense que les patients atteints de cancer ne doivent pas avoir à affronter ce genre de traumatisme et d'insécurité, pas plus d'ailleurs que les personnes aux prises avec d'autres types de problèmes de santé. Cependant, dans le cas du cancer et de plusieurs maladies rares, le médicament a souvent un caractère immédiatement essentiel à la vie et à la survie des patients. La sécurité et la fluidité des approvisionnements sont donc vitales. En cas de rupture, les délais et décalages pour se procurer le médicament par une autre source peuvent compromettre sérieusement la santé des patients, leur qualité de vie et même leur survie. Des progrès ont été réalisés au cours des dernières années, mais ils demeurent modestes. Au Québec, une cellule de crise permet de faire circuler rapidement l'information sur les pénuries chez les pharmaciens. Santé Canada a aussi mis en ligne la déclaration de pénurie par les fabricants sur une base volontaire. Ce serait préférable d'avoir une base obligatoire.

• (17 h 10) •

**M. Dion (Serge) :** Chose étonnante, en consultant le document d'analyse d'impact réglementaire à l'appui du projet de loi, nous avons constaté que la santé des patients ne fait pas partie de l'analyse des impacts. Pas un mot. Pourtant, le régime général d'assurance médicaments leur appartient.

C'est un fait reconnu que la sensibilité des personnes qui reçoivent un diagnostic de cancer est souvent poussée à un point extrême. Nous pensons qu'il n'est pas souhaitable d'en rajouter à cause de la non-disponibilité des médicaments dont ils ont besoin. Concernant les médicaments anticancéreux, nous avons une réelle inquiétude quant à la substitution thérapeutique d'un médicament novateur par un autre advenant qu'une classe de médicaments soit visée par un appel d'offres.

Alors que la substitution de médicaments génériques est assez largement acceptée par la population et les patients, il en va autrement de la substitution thérapeutique, particulièrement dans le cas des médicaments innovateurs en oncologie. Par exemple, lorsqu'un appel d'offres touchera une classe de médicaments novateurs et que l'un de ses fabricants en obtiendra l'exclusivité, tous les autres médicaments de la même classe se retrouveront en principe sur une liste de médicaments d'exception, et ce, pour toute la durée exclusive accordée. La procédure du médicament d'exception est mal connue chez un bon nombre de médecins ou encore jugée trop complexe, de sorte que plusieurs patients n'y ont pas droit ou n'en entendent jamais parler.

Nous voyons mal pourquoi il faudrait modifier le traitement de patients qui répondent bien aux soins qui leur sont donnés. Nous pensons qu'il est préférable de prendre tous les moyens nécessaires pour éviter les risques inutiles pour la santé et la sécurité des patients.

**M. Boucher (Pierre) :** La préoccupation qu'on a eue également en rédigeant ce mémoire, c'est au niveau de la grandeur, de la taille du marché au Québec. Le Québec, c'est un très petit marché, par des considérations nationales et internationales. Alors donc, souvent, l'origine de la production va venir de l'extérieur, ce qui nous rend plus fragiles à l'approvisionnement. Santé Canada a d'ailleurs souligné que, souvent dans le cas de pénurie au niveau de médicaments, lors de l'approvisionnement, il y a des questions de passation de marché. Passation de marché, ça veut dire qu'on retrouve un marché à un fournisseur unique. Alors, en appel d'offres, quand il y a peu de fournisseurs, il peut y avoir de la collusion. Je pense qu'on a des exemples récents, même lorsqu'il y a un grand nombre de fournisseurs, il peut y avoir de la collusion. On parle, selon Santé Canada, d'environ une quinzaine de producteurs de produits génériques au Canada, alors qu'il y a une quarantaine de producteurs de produits innovateurs. Alors donc, il y a une sensibilité à laquelle il faut tenir compte.

Au niveau de la rupture de stock, en 2012 il y a un comité sur les ruptures d'approvisionnement en médicaments qui était composé d'associations et d'ordres professionnels qui, justement, ont tenté de cibler des modalités de pénalité dans le cas de rupture d'approvisionnement. On n'est pas arrivés à des conclusions qui étaient plausibles. Alors donc, dire qu'on va atteindre un équilibre potentiel en ayant des pénalités substantielles, bien, c'est un petit peu théorique et c'est spéculatif en tant que tel.

**M. Dion (Serge) :** Alors, voici nos recommandations :

Pour assurer la sécurité des patients et préserver un meilleur accès aux médicaments, nous demandons au ministre de ne pas s'engager sur la voie des appels d'offres exclusifs, ayant pour objet d'accorder des contrats d'exclusivité.

Si, malgré tout, le ministre maintient son intention de procéder avec les appels d'offres exclusifs, nous lui recommandons de surseoir à l'application du projet de loi, le temps d'observer les effets et les résultats de la participation du Québec à l'APP et de mettre en application les recommandations émises en 2012 par le comité sur les ruptures d'approvisionnement de médicaments.

La mise sur pied d'une liste de médicaments essentiels devrait être disponible en tout temps.

Nous pensons que les appels d'offres devraient être limités aux médicaments génériques. Toutefois, il nous apparaît vital pour les patients que les médicaments contre le cancer, qu'ils soient génériques ou novateurs, soient considérés comme des médicaments essentiels et qu'ils ne soient pas assujettis aux appels d'offres.

De plus, le ministre devrait faire pression sur les autorités fédérales de manière à ce que la réglementation rendant obligatoire la déclaration d'une pénurie par le fabricant soit mise en vigueur dans les plus brefs délais, parce que vous savez qu'en ce moment la déclaration est volontaire.

**M. Boucher (Pierre) :** En conclusion, bien, écoutez, je pense qu'on est très sensibles, à la coalition, à l'effet que c'est très, très, très dispendieux, les médicaments. Dans leur dernier atlas, 2014, produit au Canada, le per capita des dépenses en médicaments se situe à 820,60 \$, alors que la moyenne canadienne est 606,96 \$. Alors donc, il y a une différence substantielle. Il y a carrément quelque chose à faire pour diminuer ces coûts-là.

Une statistique qui nous intéresse, qui nous interpelle, c'est qu'entre 2012-2013, 2007-2008, la période quinquennale qui a été analysée, l'accroissement du nombre de prescriptions au Québec a été de 84,6 %, comparativement à des diminutions au Canada. Et, en plus, c'est que la grosseur, et la durée, de ces prescriptions-là a diminué de 56,8 %. Alors donc, il y a... Dans une fonction de production, oui, il faut tenir compte du coût d'approvisionnement, d'aller chercher les meilleurs intrants, mais il y a aussi tout le processus qui fait en sorte que les gens qui prescrivent ou qui vendent les médicaments... qui doit être tenu en ligne de compte dans ces conditions-là.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, nous allons maintenant débiter la période d'échange, et, pour 20 min 30 s, je cède la parole au ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Barrette :** Merci, M. le Président. Alors, M. Dion, Mme Beaupré-Lazure, M. Boucher et M. Bissonnette, bienvenue à cette commission parlementaire et merci d'avoir, évidemment, pris le temps de venir nous faire part de



votre vision des choses vue de l'angle du patient, parce qu'évidemment, la Coalition Priorité Cancer, je pense qu'on peut dire que vous venez vous exprimer de cet angle-là. Vous êtes d'accord?

**M. Boucher (Pierre) :** Absolument.

**M. Barrette :** Bon. Je suis quand même un peu étonné de vos inquiétudes puis j'ai envie de vous demander, là, à la lumière de ce que vous avez entendu... Parce que je postule que vous avez suivi les travaux de la commission, certainement aujourd'hui, et, quand vous entendez tous les experts qui, eux, je pense, sont indépendants... Tant M. Gagnon, par exemple, ce matin, tant M. Brougham, de la Nouvelle-Zélande, hier, tant le Commissaire à la santé et au bien-être, ces gens-là viennent nous dire que les appels d'offres, c'est la voie à suivre, et là, essentiellement, vous avez exprimé un grand inconfort face à ça. Comment on peut concilier les deux?

**M. Bissonnette (Michel) :** Peut-être une précision, M. le ministre. Je pense que M. Dion a bien expliqué une chose : on n'est pas contre les appels d'offres, c'est la notion d'exclusivité qui, pour nous, est dangereuse. Un peu comme l'a dit le rapport du comité de la Chambre des communes, et d'autres, l'Ordre des pharmaciens disait la même chose il n'y a pas tellement longtemps, c'est la notion d'exclusivité qui est dangereuse, parce qu'elle ne permet pas de souplesse aux remplaçants, si vous voulez, en cas de rupture de stock.

Et malheureusement, si vous constatez... quand vous allez, par exemple, sur le site de Santé Canada, depuis le début de la semaine il y a au moins deux douzaines de pénuries de médicaments déclarées volontaires de diverses compagnies, et ça, à chaque jour, il en rentre sept, huit, 10. C'est inquiétant pour les patients parce qu'ils n'ont pas votre expertise, ils n'ont pas la connaissance des soignants du système de santé, et donc, quand ils voient que leur médecin leur dit : Écoute, ton médicament, là, on ne sait pas trop si on va l'avoir encore, ou encore qu'à l'établissement de santé... Le paclitaxel — ça a été le cas le plus important qu'on a eu récemment — quand tu te fais dire : Écoute, tu ne l'auras plus. Malheureusement, on n'est plus capables de te le donner ou on peut te le donner juste à petites doses, on coupe ta dose...

**M. Barrette :** Non, je comprends bien. Donc, j'ai peut-être mal interprété votre propos. À ce moment-là, est-ce que je pourrais dire que vous êtes en faveur des appels d'offres à la condition que ceux-ci soient construits et écrits d'une telle manière qu'on met des garde-fous dans l'appel d'offres?

**M. Dion (Serge) :** Tout à fait. D'autant plus qu'il faudrait prévoir, parce que je sais que ce n'est pas dans votre projet de loi, il faudrait prévoir évidemment... Mettons qu'on enlève le mot «exclusif» sur les appels d'offres, il faudrait prévoir plus d'un...

**M. Barrette :** ...une double adjudication, là.

**M. Dion (Serge) :** ...plus d'un fabricant, mais, en amont, je dirais, en amont, chez les fournisseurs de matières premières et d'ingrédients actifs, il faudrait que ces gens-là soient contrôlés. Je n'ai peut-être pas le bon terme.

**M. Barrette :** Non, c'est le bon terme.

**M. Dion (Serge) :** Mais il faudrait s'assurer qu'on aurait une variété et évidemment la provenance de ces médicaments-là. Donc, on comprend que les pharmaceutiques sont très rigoureuses dans leur processus, mais c'est quelque chose qu'à notre avis, dans votre réglementation ou dans votre plomberie législative, on devrait inclure.

• (17 h 20) •

**M. Barrette :** Bien, écoutez, moi, je reçois très favorablement vos commentaires. Je l'ai dit à plusieurs reprises et je vous le redis : C'est clair qu'un appel d'offres, ça se construit, et on peut mettre essentiellement ce qu'on veut dans un appel d'offres, on peut mettre toutes les conditions. On peut aller jusqu'à la présentation, on peut demander qu'un médicament soit présenté sur une pilule de telle grosseur, avec telle couleur ou à deux couleurs. On peut tout faire, on peut tout faire dans un appel d'offres. Non, mais vous avez raison, là. Je tiens à vous rassurer. C'est clair que, sur le principe de la sécurité de l'approvisionnement, on peut mettre ce que l'on veut dans un appel d'offres. Alors, prenons, par exemple, la double adjudication. C'est un principe qui est souvent évoqué pour ceux qui font des appels d'offres. Il y a toutes sortes de formules.

La raison pour laquelle ce n'est pas dans le projet de loi, c'est parce qu'un appel d'offres, ou sa construction, ce n'est pas nécessairement fixe dans le temps. C'est rare qu'on écrive un appel d'offres qui est celui-là, puis on va l'utiliser à tous les six mois de la même manière pendant 10 ans. C'est bien rare, ça. Pour faire ça, il faut que ce soient des produits qui soient vraiment, vraiment définitifs dans le temps, sans aucune autre apparition sur le marché. Je vais prendre quelque chose qui va vous apparaître bête, là, mais on peut faire des appels d'offres pour acheter des seringues. Une seringue, là, ce n'est pas compliqué : une seringue de 10 cc, c'est une seringue de 10 cc, puis c'est en plastique, puis «that's it», puis on fait un appel d'offres. Ça, là, c'est le genre de produit qu'on peut standardiser puis faire ça périodiquement.

Dans le médicament, c'est assez difficile à imaginer, d'une part, c'est la même chose dans d'autres fournitures médicales, mon point étant ici que, dans le projet de loi, c'est sûr qu'on ne peut pas mettre la mécanique de la construction de l'appel d'offres parce que ce n'est pas quelque chose de fixe dans le temps ni de nécessairement reproduit d'un produit à l'autre, par exemple, dans le cas du médicament.

**M. Bissonnette (Michel) :** Mais, M. le ministre, vous seriez d'accord, dans ce cas-là, pour, par exemple, éliminer du projet de loi la notion d'exclusivité?

**M. Barrette :** Bien, c'est-à-dire qu'encore une fois ça se construit, là, un appel d'offres, et la notion d'exclusivité... Et là je ne veux pas rentrer dans le détail, parce que ce n'est pas le lieu, puis ce n'est pas parce que je ne veux pas qu'on ait cette discussion-là, mais, dans un appel d'offres, peu importe la façon selon laquelle l'appel d'offres est construit, il doit y avoir une notion d'exclusivité. Je dis «une notion d'exclusivité». Pour qu'un fournisseur voie l'avantage de baisser son prix, bien, c'est le principe inversé, si vous me le permettez, du rabais volume. Quand un fournisseur veut mettre sur des tablettes d'un vendeur... Oublions le médicament, prenons n'importe quoi, n'importe quoi d'autre, une bicyclette dans un magasin de bicyclettes. Je veux mettre visible ma marque, exposée, là. Si on rentre dans le magasin, je veux le voir là — c'est comme ça que ça marche, là, dans le commerce, là. Quand on rentre dans le magasin, je veux que ma bicyclette soit la première qu'on voie. Puis là je vais te donner un avantage financier, là, si tu le fais. Puis, si tu en vends un certain volume, bien là, tu vas avoir un autre avantage financier, et inversement si ce n'est pas là, blabla. Tu sais, c'est ça, le monde du commerce, là. Alors, il doit y avoir un bénéfice perçu par le fabricant en échange d'une baisse de prix. Puis ça, je dirais que, dans le monde économique dans lequel on vit, bien, c'est une mécanique à côté de laquelle on ne peut pas passer.

Alors, me demander d'enlever la notion d'exclusivité dans un appel d'offres, ça revient à dire : Il n'y a plus d'appel d'offres. À ce moment-là, vous devriez me suggérer d'aller un peu dans le sens du Commissaire à la santé et au bien-être, qui nous disait tantôt : Bien, à ce moment-là, faisons une combinaison des deux, et votre position, à ce moment-là, serait plus dans la catégorie du tarif dégressif, ce qui, à ce moment-là, serait, à vos yeux — puis là vous me corrigerez si me trompe — plus satisfaisant. Je vous fais baisser les prix, parce que je fixe les prix plus bas par rapport à aujourd'hui, mais là ça laisse l'accès à tout le monde qui veut bien entrer dans cette fourchette de prix là. Là aussi, il y a des potentiels, là.

**M. Boucher (Pierre) :** Mais une chose qui nous interpelle, c'est qu'il y a beaucoup de spécialistes en économie de la santé, en pharmacéconomie, qui se sont penchés sur les appels d'offres dans une quinzaine de juridictions, puis c'est vrai que ça fonctionne. C'est vrai et c'est indéniable, là. Mais, à certains endroits, ça ne fonctionne pas aussi bien que dans d'autres endroits. Alors donc, il y a une question d'optimalité.

Puis une autre question qui nous interpelle beaucoup dans ce secteur-là, c'est que, dans le projet de loi, à différents endroits, on ne peut évaluer pour le moment la hauteur des économies. On ne peut quantifier à ce moment-ci les économies potentielles. Ça pourrait entraîner une réduction de la concurrence, et je pourrais citer les pages où c'est donné. Étant donné qu'on connaît toutes les classes thérapeutiques, qu'on sait que le plus... en masse, en volume, c'est les antidépresseurs, le 13e, c'est les antinéoplasiques. On connaît tout, le nombre de prescriptions, les fournisseurs, etc. Est-ce qu'on a une idée des gains potentiels? Est-ce que c'est de diminuer la masse de 4 %, 5 %? On dit la même chose au niveau des PME, au niveau de l'emploi. Ça se peut qu'il y ait des PME qui soient touchées, ça se peut qu'il y ait de l'emploi qui soit perdu. Est-ce qu'on a été plus loin que ça? J'ai des confrères économistes ici, au gouvernement, qui pourraient certainement mousser ça, là, puis structurer ça.

**M. Barrette :** Le problème qui est le vôtre, le mien est celui de l'espace public, particulièrement lorsqu'on pose la question, comme vous la posez, vous qui êtes, je le comprends, économiste de formation. La problématique qui survient quand on veut répondre à votre question, qui est la question la plus pertinente : C'est combien qu'on va aller chercher?, bien là, évidemment, ça exige de connaître un certain nombre de coûts, de paramètres qui sont en réalité des coûts : le coûtant de la fabrication, le coûtant de chacun des intermédiaires. Le coûtant à la fin, ça, on le sait parce qu'on le fixe. Mais quel est exactement le seuil à partir duquel il y a un profit que l'on va gruger? Quand on fait un appel d'offres, là, ne nous leurrons pas, on va gruger un profit. Est-il possible de créer des circonstances qui vont faire en sorte que ce profit-là, à un groupe, soit préservé en enlevant d'autres profits que d'aucuns pourraient qualifier d'indus? Si vous avez suivi la commission, évidemment, les travaux, et je pense que vous l'avez fait, vous m'avez vu explorer ça à chaque reprise. Je ne peux pas le faire avec vous, vous n'êtes pas dans ce secteur-là, mais je peux le faire aussi par le biais de votre question.

Alors, pour répondre à votre question, il aurait fallu que tous ceux qui sont passés ici s'ouvrent. Combien de fois j'ai dit à des gens : Regardez, là, dans votre univers, vous le voyez, que vous soyez au centre, à une extrémité ou à une autre, vous le voyez, votre univers. Elle est où, la marge? Alors, évidemment, je n'ai pas eu de réponse.

J'ai des indicateurs ou des indications qui sont suffisamment fiables pour dire qu'il y a des économies substantielles à faire. Mais la problématique, là, pour répondre à votre question, exige que quelqu'un ouvre ses livres. Après, si ça, ça ne marche pas, les gens n'ouvrent pas leurs livres, bien, il reste une mécanique, deux mécaniques, même, trois.

La première mécanique, elle est facile : on fait un appel d'offres. On ne le sait pas, mais on va le savoir, parce que, l'appel d'offres, c'est ça qu'il fait. Vous êtes économiste, là, vous savez bien que l'appel d'offres va nous montrer, là... Un appel d'offres bien fait, là, va pousser le marché, c'est le principe du marché, à sortir le plus bas prix. On va finir par savoir. Mais ça, ça peut avoir des conséquences, c'est ce que bien des gens sont venus ici nous exprimer.

L'autre mécanique, on l'a dit tantôt, là, il y en a qui nous l'ont suggérée, il y a des gens qui sont venus en parler encore aujourd'hui : bang! On fixe les prix. Bien, on fixe les prix, puis on regarde si les gens continuent à rester dans le marché, puis on s'en va de même, progressivement. Alors, le M. Brougham, là, qui est venu de Nouvelle-Zélande, essentiellement c'est un peu ça qu'il nous a expliqué. On fait des appels d'offres, on fait un mélange de certaines choses, on commence et empiriquement on s'en va là.

On a même entendu un expert ce matin nous parler de la Suède avec une compagnie qui... pas simplement pour se développer une expertise de production, mais l'expertise que le gouvernement suédois semble s'être développée, cette expertise, c'est une expertise qui traite essentiellement de la connaissance du coût de production. À partir du moment où on a développé l'expertise de la connaissance du coût de production, bien là, on peut regarder l'industrie puis dire : Bien, je le sais, où est-ce qu'elle est, votre marge. Alors, si vous voulez entrer dans la danse, bien, c'est nous qui connaissons et écrivons la musique de la danse, dansons.

Mais là, aujourd'hui, vous nous posez une question à laquelle il est difficile de répondre officiellement au micro et à la caméra, parce que ça serait révéler un certain nombre de choses, et ainsi de suite, là. Alors là, on tombe dans les stratégies et politiques et économiques.

**M. Boucher (Pierre) :** Je suis d'accord avec vous. Sur la base de l'écart de prix, moyenne canadienne puis ce que ça coûte au Québec, il y a une marge sur laquelle on peut absolument aller chercher des diminutions de prix. Je suis entièrement d'accord avec vous.

**M. Barrette :** La meilleure démonstration, là, un autre indicateur, un autre indicateur qu'il y a de la marge, mais c'est un indicateur : le marché, actuellement, là, on le sait, le marché, là, c'est qu'on demande aux fabricants des allocations professionnelles jusqu'à 60 %. C'est ça qui circule, là. Le déplaçonnement des allocations, là, va induire un coût, chez le fabricant, le grossiste, la chaîne, avec tout ce qu'il y a entre les deux, là, jusqu'à 60 %, par rapport à 15 % aujourd'hui. Je n'ai pas aucune indication que le Québec industriel générique va fermer, mais ça vient gruger les profits, là. Il y en a, de la marge, on le sait, là. Le 60 % que j'invoque aujourd'hui, là, ce n'est pas une invention, là, ça circule sur le terrain, et il y a des gens, dans les fabricants, les grossistes, et ainsi de suite, qui disent oui. Des informations qu'on n'a pas.

Hier, j'ai posé une question simple, ou ce matin, là, je ne me rappelle plus, aux grossistes, hier : Est-ce qu'il y a un prix à l'entrée? La réponse a été non. Il y a quelques minutes, j'ai posé la même question aux innovateurs, la réponse a été oui. C'est l'histoire de la commission. C'est l'histoire des consultations qu'on vient de faire. On a entendu tout et son contraire, mais il y a une chose qui est la constante, c'est qu'on paie trop cher. Alors, quels moyens on va utiliser? Bon, on verra, là. Une chose est certaine, les moyens qui sont dans le projet de loi, je pense qu'ils vont faire oeuvre utile. Ils vont atteindre leur finalité, et je vous l'accorde, à la condition qu'on s'assure de le construire d'une telle manière que vous, les patients, ou les gens que vous représentez, ayez la garantie d'approvisionnement. Mais, pour boucler la boucle, enlever une notion d'exclusivité, ce n'est pas possible, ça, c'est vraiment s'enlever un levier, là.

• (17 h 30) •

**M. Bissonnette (Michel) :** Il y a plusieurs variables dans l'exclusivité. Mais, sans revenir là-dessus...

**M. Barrette :** Non, non, non, vous avez raison, vous avez raison, il y a plusieurs façons de construire ça.

**M. Bissonnette (Michel) :** Voilà. Ce qui est certain, c'est qu'au niveau des patients tu ne peux pas... Tu es dans un protocole de recherche clinique, par exemple, et tu es suivi, c'est un traitement, bon, et tu es suivi, tu as un médicament. À un moment donné, il arrive un problème, peu importe lequel, ça peut se produire n'importe où dans le monde. Est-ce que le Québec a le contrôle là-dessus? C'est un peu ça, l'inquiétude que nous avons.

Dans le cas, par exemple, du paclitaxel, excusez-moi l'expression, mais c'est un problème qui est arrivé en Caroline du Nord. Malheureusement, le fabricant au Québec, ou en Ontario, avait cessé de le produire. Comment peut-on contrôler ces compagnies-là?

**M. Barrette :** Oui, et, je vous dirais aussi, a contrario, puis ce n'est pas vraiment pour s'obstiner, ce n'est pas ça, là, c'est que, même s'il n'y a pas d'appel d'offres, il est possible d'avoir des ruptures d'approvisionnement pour des raisons purement industrielles. Prenons l'exemple que vous avez pris, madame, tout à l'heure, l'exemple de Chalk River. Bien, c'est parce que l'univers entier a choisi d'arrêter de produire des radio-isotopes et c'était Chalk River qui devenait le principal... bon. Puis, vous avez raison, c'est ça, mais ce n'est pas à cause d'appels d'offres. On sera toujours à la merci de circonstances industrielles qui induisent ça. Mais là vous pourriez me dire : Ne les provoquons pas. Puis je suis d'accord avec vous.

**M. Bissonnette (Michel) :** À l'inverse, M. le ministre, vous avez là la notion de fournisseur unique.

**M. Barrette :** Oui. C'est pour ça que je vous dis : On peut le construire d'une façon où on va éviter ce problème-là.

**M. Bissonnette (Michel) :** Et, dans le cas des médicaments contre le cancer, ce que nous souhaitons, c'est vraiment que, qu'ils soient génériques ou novateurs, ils ne soient pas l'objet d'appel d'offres, à cause des dangers que peuvent représenter les ruptures de stock ou encore les délais, le décalage...

**M. Barrette :** Mais ça, mais ça, je vous arrête, je l'ai dit à plusieurs reprises, ce projet de loi là, là, le projet de loi n° 81, c'est un projet de loi de génériques à la base, là.

**M. Bissonnette (Michel) :** Pardon?

**M. Barrette :** C'est un projet de loi de génériques à la base.

**M. Bissonnette (Michel) :** Oui, tout à fait, tout à fait, d'accord.

**M. Barrette :** Bien, je vous remercie beaucoup d'avoir pris le temps de nous présenter votre mémoire et d'être venus ici. M. le Président, je n'ai pas d'autre question.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, nous poursuivons les échanges avec le collègue de Rosemont pour 13 minutes.

**M. Lisée :** Merci, M. le Président. Donc, on vient d'apprendre que le projet de loi n'est pas un projet de loi novateur, c'est un projet de loi générique. Mais donc, messieurs dames, merci beaucoup d'être là — c'est jeudi en fin d'après-midi, alors vous m'excuserez cette taquinerie — M. Dion, M. Boucher, Mme Beaupré-Lazure, M. Bissonnette.

Une de vos recommandations, vous dites donc... Justement, cette question de génériques ou de novateurs, vous dites : Mais les appels d'offres, s'ils devaient être envisagés par l'État québécois, ne devraient pas toucher les médicaments génériques contre le cancer. Pourquoi?

**M. Dion (Serge) :** Parce qu'il y a le feu dans la maison. On ne parle pas d'aspirine, on ne parle pas d'un mal de tête, on parle de gens qui sont atteints de cancer. La journée où est-ce qu'on annonce à cette personne-là : Bien, ça ne sera plus le médicament a, ce sera le médicament b, pendant que le médicament a fait la job, qu'est-ce qu'il va se passer? On sait pertinemment, ce n'est pas toujours les mêmes molécules, donc il y a un risque ici, il y a un risque que le patient se ramasse à l'hôpital.

**M. Lisée :** Dans tous les cas?

**M. Dion (Serge) :** Pas dans tous les cas, dans certains cas.

**M. Lisée :** Non, non, mais je veux dire, ce n'est pas dans tous les cas qu'ils vont aller à l'hôpital. Mais vous voulez dire que, dans tous les cas, la substitution d'un médicament contre le cancer ne peut... Il ne peut pas y avoir de substitution, peu importe le traitement.

**M. Bissonnette (Michel) :** Ce n'est pas ça qu'on dit. Au niveau du générique, on n'a pas de difficulté avec ça. Ça, c'est communément admis. Ce qui est dangereux, c'est, par exemple, quand il y a une rupture de stock dans un médicament générique contre le... qui a une incidence ou qui est en interaction avec d'autres médicaments qui traitent une personne atteinte de cancer, s'il y a une rupture de stock, le décalage, le temps de se retourner de bord pour aller voir un autre fabricant, le temps de s'approvisionner et de rentrer ça dans les protocoles de traitement, ce bout-là, là, c'est dangereux, ça peut conduire à des... Et il y a des gens qui en ont subi de lourdes conséquences, de ça.

**M. Lisée :** Et donc ce que vous craignez, ce n'est pas tant la substitution que la rupture de stock qui pourrait être induite par une mauvaise gestion des appels d'offres.

**M. Bissonnette (Michel) :** Au niveau du générique, oui.

**M. Lisée :** D'accord. Maintenant, il y en a, des ruptures de stock, en ce moment, à la fois pour les novateurs et pour les génériques. Certaines démonstrations qui nous ont été faites disent : Bien, en fait, dans des régimes... Le spécialiste qui était le directeur général de la société publique néo-zélandaise dit : Bien, nous, notre expérience, c'est qu'il y a moins de ruptures de stock après quelques années en Nouvelle-Zélande qu'il y en avait pour les États-Unis. Donc, il semble que ce risque-là a été exagéré parmi les critiques.

**M. Dion (Serge) :** Concernant la pénurie de médicaments, les fabricants de médicaments sont tenus d'aviser Santé Canada de la non-disponibilité d'un médicament jusqu'à 30 jours après la non-disponibilité. Donc, il y a quelque chose qui ne fonctionne pas au niveau du décalage.

Donc, une des recommandations qui a eu lieu à la Chambre des communes, c'était justement qu'on ait un préavis, qu'on travaille en amont, qu'on ait un préavis de six mois, même un an si c'était possible. À ce moment-là, la pénurie de médicaments... parce qu'on sait que c'est un problème qui est mondial, à ce moment-là, bien, il y aurait peut-être moyen de travailler en proactivité.

**M. Lisée :** Il y a un argument que vous utilisez en fin de mémoire et qui rejoint ce que le commissaire a dit avant vous et plusieurs autres, en disant : Bon, bien, c'est très bien de travailler sur le prix du médicament puis d'aller chercher le juste prix, et probablement... avec certitude, nous avons payé beaucoup trop cher pour les médicaments ces dernières années, on paie moins cher maintenant, on peut payer encore moins cher, mais, si on n'a pas de contrôle sur le volume et si, donc, les prescripteurs prescrivent trop ou prescrivent mal, bien, il y a une partie des économies que nous ne faisons pas.

Et vous dites : En 2012-2013, il s'est dépensé en médicaments au Québec 820 \$ per capita, beaucoup plus que dans le reste du Canada. Le volume de prescriptions a augmenté de 80 %, alors que la grosseur et la durée des prescriptions ont diminué de près de 57 %. Alors, expliquez-nous ce que ça veut dire, que le volume a augmenté de 80 %, alors que la grosseur et la durée ont diminué de près de 57 %.

**M. Boucher (Pierre) :** Là, je vais faire attention comment je vais répondre parce que j'ai déjà travaillé pour une association qui regroupait des pharmaciens. Regardez bien, là, on peut avoir une prescription renouvelable, d'accord? Je peux donner trois fois la prescription aux patients. Mais, si je lui donne pour 15 jours, 18 jours, 30 jours,

revenez, s'il revient, il revient, la prescription est plus petite, mais j'ai un volume de trois pour un contenu de médicament qui est beaucoup plus faible. Et ça, ce n'est pas... je l'ai vu dans une vie antérieure, mais je peux vous dire que, les statistiques de l'Atlas Rx 2014, vous avez une manne de statistiques qui mettent le Québec en exigu sur ces points-là. Je peux vous dire qu'en Colombie-Britannique c'est 511,38 \$, puis les gens ne sont pas davantage malades, pas moins malades, les maladies, les pathologies ne sont pas tellement différentes de l'est du pays, là. Alors donc, si on est à 511,38 \$ puis on est à 820,60 \$, bien, il y a peut-être lieu d'examiner entre les deux le différentiel de prix comment ça se passe.

**M. Lisée :** Mais je comprends ce que vous dites sur le fait de renouveler des prescriptions au mois plutôt qu'aux trois mois, et effectivement ce serait une mesure intéressante et importante à introduire, mais donc ce que vous nous dites en disant que le volume de prescriptions a augmenté, mais la durée des prescriptions a diminué... c'est-à-dire que non seulement la tendance n'est pas à ce que les pharmaciens renouvellent ou donnent des prescriptions pour trois mois, c'est que la tendance est inversée, et plus on avance, plus la durée de la délivrance des médicaments est courte, et donc le retour du client est plus...

**M. Boucher (Pierre) :** Exact.

**M. Lisée :** À quoi est-ce que c'est attribuable?

**M. Boucher (Pierre) :** Je n'ai pas la compétence pour juger de ça.

**M. Lisée :** O.K. Mais ça ne peut pas être la seule explication du différentiel entre 511 \$ et 820 \$.

• (17 h 40) •

**M. Boucher (Pierre) :** Il y a beaucoup de facteurs. La chaîne de valeur du secteur pharmaceutique, elle est large, complexe. M. le ministre, tantôt, a souligné qu'on peut deviner, on peut fixer des prix d'entrée, des prix de sortie, on peut fixer toutes sortes d'ententes, on peut prévaloir de situations, mais c'est opaque, d'accord? C'est très opaque.

**M. Lisée :** Mais on a le meilleur prix, on a le meilleur prix au Canada pour le médicament lui-même. Alors, ça veut dire que, s'il s'est dépensé en médicaments 820 \$ per capita au Québec et 511 \$ en Colombie-Britannique, c'est qu'aussi les prescripteurs prescrivent beaucoup, beaucoup plus et sans doute beaucoup trop.

**M. Boucher (Pierre) :** Bien, les statistiques sont là. C'est vrai que, parfois, on peut faire dire beaucoup de choses aux statistiques, mais je pense que, là, ça parle d'eux-mêmes, là. S'il y a un différentiel de prix, là, il n'y a pas... Voyez-vous, je peux bien croire qu'une pharmacie en Colombie-Britannique coûte plus cher au mètre carré qu'à Montréal, mais, s'ils viennent à arriver à des chiffres qui sont de presque 300 \$ de différentiel, comment on l'explique?

C'est des choses comme ça que moi, je verrais, qu'on pourrait travailler davantage. Oui, les appels d'offres, c'est tout à fait opportun dans la situation actuelle, mais il y a d'autres avenues pour aller évaluer les différentiels de prix d'une province à l'autre.

**M. Lisée :** Ce qu'il faudrait finalement, c'est une politique du médicament, ne pensez-vous pas?

**M. Boucher (Pierre) :** Oui.

**M. Lisée :** Oui. On essaie de convaincre le ministre de faire ça. Est-ce que vous pouvez m'aider?

**M. Bissonnette (Michel) :** On intervient ad hoc, puis ça ne veut pas dire nécessairement que l'intervention est mauvaise, mais c'est la cohésion puis le fil conducteur après huit ou neuf ans... Je pense que c'est l'Ordre des pharmaciens du Québec qui disait qu'on était dus, là, pour vraiment revoir la politique du médicament, pour en assurer encore une plus grande cohérence. Ça voudrait dire, par exemple, regarder davantage ce qu'on fait en utilisation optimale du médicament : Est-ce qu'on l'utilise comme du monde? Est-ce que, par exemple, on surveille davantage l'adhésion au traitement? Ça fait partie... Puis c'est quelque chose qui est très peu documenté et qui provoque beaucoup d'effets aussi. On engorge les urgences souvent de cette manière-là, avec des médicaments pris de mauvaise façon. Donc, je pense que c'est des façons aussi de diminuer les coûts de manière probablement très opportune.

Il n'y a pas longtemps, je pense, c'est l'Association médicale du Québec qui disait : Écoutez, si on gérait davantage mieux les diagnostics, on pourrait épargner quelque chose comme 5 milliards dans le système de santé assez rapidement. C'est des choses sur lesquelles vraiment il faudrait travailler. Maintenant, quand on regarde au niveau du projet de loi n° 81, on se dit : Bien, écoutez, le Québec vient d'adhérer à l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, qu'est-ce que ça va donner comme résultat? Est-ce que ça va être coordonné avec les appels d'offres que le ministre veut faire? Comment ça va s'arrimer, tout ça ensemble?

**M. Lisée :** C'est aussi opaque, on ne le sait pas pour l'instant. Alors, vous, à la coalition, vous pensez que ce serait une bonne idée d'avoir une politique du médicament. Le Commissaire à la santé et au bien-être vient de nous le dire avant vous, en fait, il y a un an, il a recommandé 10 mesures au ministre, dont il aurait pu s'inspirer dans la rédaction du projet de loi. L'Ordre des pharmaciens, comme vous le dites, le demande, l'association des pharmaciens propriétaires. Presque tout

le monde qui est venu nous dit ça aussi. Des groupes de fabricants nous ont dit : Bien, aussi, il y a d'autres façons de réduire les coûts que simplement ce qui est prévu.

Alors, moi, je ne peux qu'exprimer l'espoir que, lorsque nos consultations seront terminées, et que le ministre reviendra avec des amendements, il aura beaucoup de nouveaux articles à nous soumettre, qui vont embrasser beaucoup plus largement l'écosystème du médicament, en s'inspirant de l'ensemble des recommandations que nous avons entendues ici. Et, s'il ne le fait pas, bien, on va l'aider. Alors, je vous remercie beaucoup.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Maintenant, au tour de notre collègue de Lévis pour une période de neuf minutes.

**M. Paradis (Lévis) :** Merci, M. le Président. M. Dion, M. Boucher, Mme Beaupré-Lazure, M. Bissonnette, merci d'être là. Je trouve ça agréable que vous y soyez parce que c'est le coup d'oeil patient. Et on en a beaucoup parlé, hein, beaucoup d'inquiétudes ont été exprimées concernant le projet de loi n° 81 avec cette vision, on en a entendu beaucoup pendant les consultations, qui se poursuivront demain, mais des gens de l'industrie qui ont fait des comparatifs économiques, bon, etc., mais il y a aussi cette vision patient, c'est celle que vous nous présentez, hein, vous parlez en leur nom.

Je comprends que vous me dites, globalement, et vous nous dites... Dans la mesure où — on en parlait il y a deux instants — l'appel d'offres est conçu de façon adéquate, en ayant cette préoccupation patient là, vous n'êtes pas contre. Je veux dire, dans le fond, vous exprimez la problématique de l'exclusivité, mais, dans la mesure où on est capable de paramétrer pour faire en sorte qu'on évite ces craintes-là, c'est une vision et c'est un modèle, c'est un outil qui pourrait être bénéfique.

**M. Dion (Serge) :** Absolument. Si on est là pour sauver des sous, pourquoi pas?

**M. Paradis (Lévis) :** Vous avez une vision plus large, évidemment, et je le comprends, et le collègue de Rosemont vient d'en parler, mais votre vision est plus large que ça aussi, parce qu'au-delà de ces trois articles-là vous dites : Il y a autre chose à faire. On vient de parler de surprescription potentielle, vous avez abordé le surdiagnostic en marge de tout ça. Le suivi patient dans la thérapie, également, l'application de la thérapie, le fait qu'on soit fidèle à ce qu'on doit faire, bon, etc., ça fait partie aussi de vos préoccupations. Le rôle du professionnel à travers tout ça, plusieurs nous ont dit que, dans un contexte comme celui-là, le pharmacien devient un élément essentiel dans les comités d'experts, à faire partie de la décision, de la mise en place, de l'élaboration. Vous le voyez comment, le rôle du professionnel, dans tout ça?

**M. Boucher (Pierre) :** Bien, si je peux me permettre, je n'ai pas l'habileté, dans le domaine médical, que M. le ministre a dans le domaine économique, là, mais, regardez, moi, je suis en traitement pour un cancer de la vessie et je peux vous dire que, quand on va à des réunions de la coalition, depuis quelques années c'est hautement émotif. Puis, quand on entend les gens parler de leurs problématiques particulières, ça revient toujours aux médicaments, ça revient toujours à l'accès aux médicaments, ça revient toujours aux effets secondaires, ça revient toujours à ce que ça fait dans la vie. Alors donc, les professionnels, ce n'est pas de l'oncologue à l'hématologue, au médecin de famille, à l'infirmière, au pharmacien, c'est un ensemble. Alors donc, il devrait y avoir une intégration, puis malheureusement — c'est personnel, ce que je dis, ce n'est pas la coalition — on est dans un monde de silo dans le domaine de la santé, malheureusement.

**M. Paradis (Lévis) :** Êtes-vous en train de me dire, puis je pense... Vous vouliez ajouter quelque chose, madame...

**Mme Beaupré-Lazure (Monique) :** Oui, le pharmacien est souvent mis dans une position assez délicate quand il sait qu'il doit faire face à une pénurie, puis là c'est de voir où est-ce qu'il y a encore des médicaments disponibles puis aller les chercher de façon à ce que les patients ne manquent pas de médicaments. Alors, c'est une problématique qui n'est pas toujours évidente, puis je suis certaine qu'il y a plusieurs pharmaciens qui pourront vous le dire, s'ils ne l'ont pas déjà fait.

**M. Paradis (Lévis) :** À travers ce que vous me vous dites, vous venez d'en parler dans votre cas particulier, je dois comprendre que l'impact, au-delà du thérapeutique, là, psychologique d'un patient diagnostiqué avec un cancer, qui fait confiance à sa médication, parce que, quelque part, il est vulnérable, puis c'est un peu de l'inconnu tout le temps, on marche dans un couloir relativement sombre en espérant que la lumière apparaisse... hein, je comprends que — vous me corrigerez, mais j'essaie de comprendre — la problématique, elle est également là, c'est-à-dire que c'est d'être obligé de dire à un patient que ce qu'il a comme médication va être modifiée en fonction d'un produit plus disponible, parce que le modèle fait en sorte qu'on ne le tiendra peut-être plus, il y a des effets là, qu'ils soient réels ou pas...

**M. Boucher (Pierre) :** Regardez, là, on a, comme exemple, là... Tantôt, madame a cité l'exemple du BCG. Moi, j'en sors, d'une thérapie de BCG, je retourne en juin. Ne venez pas me dire qu'il n'y en a pas, de BCG, là. Comprenez-vous? Ne venez pas me dire ça. C'est inacceptable! Alors donc, ça s'est produit en 2014, ça ne s'est pas produit il y a 20 ans, là. Vous comprenez? Ça fait qu'il y a tout ça, et l'approvisionnement doit être certain, puis il doit y avoir un substitut équivalent, et vraiment équivalent, au niveau thérapeutique, s'il y a une pénurie. C'est ça, notre inquiétude, là.

**Une voix :** Et immédiatement disponible.

**M. Boucher (Pierre) :** Et au même prix.

**M. Paradis (Lévis) :** Et je vais plus loin que ça, je veux dire... Puis, quand je dis «psychologique», là, puis, au-delà du... il y a une notion comme ça, là, je veux dire, de dire : C'est le produit avec lequel je chemine. Il y a cet effet-là aussi, je veux dire, c'est aussi dans la thérapie et dans la guérison, cet aspect-là.

**M. Boucher (Pierre) :** Le bacille de Calmette-Guérin, là, je peux vous en parler jusqu'à demain matin. Je peux vous dire ce que c'est, etc. Donc, pour moi, il y a un effet important dans ça, puis j'imagine que c'est la même chose pour M. Dion puis madame qui ont souffert de cancer aussi.

Alors, au niveau des patients, on devrait écouter plus souvent les patients. Ce n'est pas juste du monde qui veulent se plaindre, là, c'est la première cause de décès actuellement, au Canada, le cancer. Ça fait que, qu'on aime ça ou qu'on n'aime pas ça, là, au niveau thérapeutique, c'est la 13<sup>e</sup> classe. On donne plus d'antidépresseurs qu'on met de sous dans les antinéoplasiques. Il y a peut-être une question à se poser, là aussi.

**M. Paradis (Lévis) :** D'où l'importance de votre recommandation de faire en sorte que cette médication particulière soit exclue de tout le processus.

• (17 h 50) •

**M. Boucher (Pierre) :** Oui, absolument.

**M. Dion (Serge) :** Parce que, nous, l'irritant, c'est la pénurie. Donc, on ne veut pas qu'il y ait de pénurie, jamais. Je fais une tournée provinciale et je rencontre des gens, et, quand une personne vient me voir et me dit : Mon médecin m'a dit que le médicament n'est plus disponible, il devrait en recevoir dans deux mois, quand on est en traitement, c'est la fin du monde. Donc, oui, les aspects psychologiques, il faut les traiter aussi. Il n'y a pas seulement que la chimio là-dedans.

**M. Paradis (Lévis) :** Je ferai une parenthèse, parce que vous parliez de rupture, hein, c'est l'inquiétude, bon, et je comprends fort bien à travers vos propos. Il reste qu'on en a vécu, vous l'avez dit, on en a vécu encore récemment. Et d'ailleurs vous avez dressé... tout à l'heure, M. Bissonnette, en disant : Regardez, là, si je vais sur le site, là, il y en a, là. Vous dites que ça va prendre des préavis, qu'on sache davantage. Pas 30 jours après, là, qu'on sache avant, histoire qu'on s'organise puis qu'on soit capable d'éviter, justement, l'espèce de notion de dire : Où je m'en vais avec ça? Mais c'est valable aussi... Cette notion de préavis là, que ce soit sur un principe d'appel d'offres ou de fixation de prix à taux régressif, bon, ça ne change rien, là, c'est au-delà de tout ça, on s'entend.

**M. Dion (Serge) :** Tout à fait, absolument, donc d'où le caractère obligatoire. Je pense qu'il faut que ce soit vraiment écrit dans une loi, que ce soit ici ou à Ottawa, peu importe, mais il faudrait absolument que ce soit obligatoire, déclaration obligatoire, que ce soit un préavis de quelques mois ou peut-être d'un an. À ce moment-là, je pense que ça donne le temps aux gens de se retourner. Parce que me faire dire : Bien, il n'y a plus de médicament ce matin, ça ne se fait pas. Pour un mal de tête, peut-être, mais, en oncologie, non, ça, ce n'est pas acceptable.

**M. Paradis (Lévis) :** Je sors un peu du cadre du n° 81, mais vous y êtes, puis vous êtes là, puis on parlait de politique générale du médicament. Puis, à travers le n° 81, des gens ont dit : On devrait aussi — puis c'est une recommandation qui avait été faite, elle n'a pas été faite seulement une fois — accélérer l'analyse des dossiers soumis à l'INESSS de façon à permettre une inscription à la liste des médicaments dès la réception d'un avis de conformité de Santé Canada. De faire en sorte, donc, qu'un novateur, par exemple, puisse arriver plus vite. Puis, bon, faites-vous votre également ce choix-là qui a déjà été exprimé à quelques reprises?

**M. Boucher (Pierre) :** Écoutez, dans le cancer, là... Vous êtes en chimio, admettons, là, puis on vous dit : Après un traitement de chimio, on vous donne des injections pendant 20 jours pour récupérer vos globules blancs, O.K.? Si on vous donne les seringues qui sont sur le formulaire, ça ne coûte rien. Mais, si vous voulez le Neupogen, qui n'est pas sur le formulaire, puis vous n'aurez pas d'effets secondaires, puis vous allez réagir 10 fois mieux à votre traitement de chimiothérapie, il faut payer pour, puis ça coûte 1 200 \$. Vous parlez d'effets psychologiques, on pourrait vous en donner, des cas, nous autres, là, 13 à la douzaine.

**M. Paradis (Lévis) :** Je vous poserai une dernière question. Eu égard à ce que vous nous dites, à travers ce qui s'est fait ici, ce que vous avez entendu, dans un monde idéal...

**M. Boucher (Pierre) :** Il faut tout inscrire. Mais c'est impossible. M. le ministre va le dire : C'est impossible de tout inscrire, il faut faire des choix. C'est impossible, impossible!

**M. Paradis (Lévis) :** Alors, sachant qu'il ne faut pas tout inscrire dans... Votre vision de l'idéal, ce serait quoi?

**M. Dion (Serge) :** Bien, la vision de l'idéal, je peux vous en parler, moi, très sommairement. Évidemment, on va mettre le mot «idéal» gros comme ça...

**Le Président (M. Tanguay) :** En quelques secondes.

**M. Dion (Serge) :** Pas de problème, on va se rendre.

**Le Président (M. Tanguay) :** C'est terminé, alors je vous laisse conclure.

**M. Dion (Serge) :** Il y a 1 \$ sur 2 \$ qui va au ministre de la Santé. De ce dollar, il y a 0,98 \$ qui vont en soins, 0,02 \$ pour la prévention. Vous me demandez : Dans un monde idéal? Investissons dans la prévention.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, nous remercions les représentantes, représentants de la Coalition Priorité Cancer au Québec. Merci pour votre présence à votre Assemblée nationale.

Et, compte tenu de l'heure, la commission ajourne ses travaux jusqu'à demain, 10 h 15.

*(Fin de la séance à 17 h 53)*