



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

## Journal des débats

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

**Le mardi 7 novembre 2017 — Vol. 44 N° 164**

Consultations particulières sur le projet de loi n° 148 — Loi encadrant l’approvisionnement en médicaments génériques par les pharmaciens propriétaires et modifiant diverses dispositions législatives (1)

**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 mardi 7 novembre 2017 — Vol. 44 N° 164**

**Table des matières**

Remarques préliminaires	1
M. Gaétan Barrette	1
M. Dave Turcotte	2
M. François Paradis	2
Auditions	2
Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (ACCAP)	2
M. Marc-André Gagnon	13
Association générale des étudiants en pharmacie de l'Université Laval (AGEPUL)	21

**Autres intervenants**

M. Richard Merlini, président

M. Serge Simard

M. Germain Chevarie

M. Jean-Denis Girard

\* Mme Lyne Duhaime, ACCAP

\* M. Jean-François Chalifoux, idem

\* M. Elliott Cantin, AGEPUL

\* M. Olivier Beausoleil, idem

\* Témoins interrogés par les membres de la commission



Le mardi 7 novembre 2017 — Vol. 44 N° 164

**Consultations particulières sur le projet de loi n° 148 — Loi encadrant l'approvisionnement en médicaments génériques par les pharmaciens propriétaires et modifiant diverses dispositions législatives (1)**

*(Dix heures cinquante minutes)*

**Le Président (M. Merlini) :** À l'ordre, s'il vous plaît! Bon mardi matin à tous. Ayant constaté le quorum, je déclare donc la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je demande à toutes les personnes présentes dans la salle du Conseil législatif, mieux connue sous le nom du salon rouge, de bien vouloir éteindre toute sonnerie et avertisseur de leurs appareils électroniques.

La commission est réunie afin de procéder aux auditions publiques dans le cadre des consultations particulières sur le projet de loi n° 148, Loi encadrant l'approvisionnement en médicaments génériques par les pharmaciens propriétaires et modifiant diverses dispositions législatives.

Mme la secrétaire, y a-t-il des remplacements ce matin?

**La Secrétaire :** Non, M. le Président, il n'y a pas de remplacement.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup. Nous allons donc débiter avec les remarques préliminaires puis nous recevons ensuite l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

**Remarques préliminaires**

Sans plus tarder, j'invite le député de La Pinière, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, à faire vos remarques préliminaires. Vous disposez de six minutes. À vous la parole.

**M. Gaétan Barrette**

**M. Barrette :** Alors, merci, M. le Président. Alors, bienvenue à tous les collègues, évidemment, à cette commission parlementaire sur le projet de loi n° 148, Loi encadrant l'approvisionnement en médicaments génériques par les pharmaciens propriétaires et modifiant diverses dispositions législatives.

Tout simplement pour mettre les choses en contexte pour ceux qui, peut-être, arrivent à leur première commission parlementaire, qui nous écoutent actuellement, alors nous avons, dans la dernière année et un peu plus, procédé à l'adoption de diverses lois et, dans le domaine du médicament, nous avons adopté une loi importante, la loi n° 81, qui nous permettait d'avoir un levier face à l'industrie pharmaceutique, et particulièrement à celle traitant du médicament générique. Et ce projet de loi, cette loi-là, la loi n° 81, a été étudiée et adoptée dans un objectif très simple qui était celui d'avoir un levier pour que l'État québécois et le citoyen, le cas échéant, puissent avoir accès à des médicaments génériques à un meilleur prix possible. Et on comprend que les dépenses en médicaments, qu'ils soient d'origine ou génériques au Québec par les citoyens et par l'État, constituent une dépense qui est substantielle, qui se chiffre en milliards de dollars. Il y a donc lieu de... il y avait lieu de s'adresser à cette situation-là ne serait-ce que d'un plan purement budgétaire pour déterminer s'il y avait, un, à la case de départ, une situation qui justifiait notre intervention et, deux, de mettre en place des leviers pour corriger certaines choses s'il y avait des choses à corriger.

Or, lorsqu'on a fait l'étude et en consultations publiques et à l'étude détaillée, mais particulièrement lors des consultations publiques sur la loi n° 81, on a tous constaté que ce que les observateurs disaient de notre système de santé, quant au prix des médicaments génériques en particulier... on les payait trop cher. Je pense que c'est de connaissance et d'acceptation commune que ce que l'on paie est trop élevé. La loi n° 81 nous permettait d'avoir des appels d'offres, et le fait d'avoir des appels d'offres a généré une situation, un climat de négociation nouveau, surprenant à certains égards, avec l'industrie pharmaceutique, lequel nous a permis récemment... Cet été, vers le milieu du mois de juillet, j'avais annoncé que nous avions réussi, à la suite de l'adoption de la loi n° 81, à créer un climat qui aura propulsé l'industrie à négocier et à nous permettre d'obtenir des économies récurrentes de 305 millions de dollars par année pour l'État. 305 millions de dollars, c'est un chiffre très significatif, compte tenu que la dépense que l'on fait au Québec est d'un peu plus 700 millions de dollars pour la dépense publique. Alors, c'est une entente que nous avons convenue qui est substantielle et à l'avantage des citoyens et citoyennes du Québec payeurs de taxes.

Alors, c'est dans cet esprit-là que nous sommes ici aujourd'hui parce que l'entente que nous avons convenue avec l'industrie a été faite sur la base de la mise en place de nouvelles règles qui font en sorte, et c'est le coeur du projet de loi aujourd'hui, qu'un pharmacien propriétaire ne peut tenir en stock ou essentiellement avoir des contrats qui excèdent... dans lesquels un médicament pourra être fourni à plus de 50 % par un seul fournisseur. Alors, le principe ici en est un d'équité dans le marché. Un de nos objectifs était aussi, justement, d'équité entre les industries pour éviter les monopoles, donc maintenir en vie certaines industries qui pourraient être éliminées s'il y avait une guerre de prix, par exemple.

Alors, la loi qu'on propose aujourd'hui est le fruit de ces négociations-là et il y a comme objectif évidemment de faire en sorte que le prix soit le plus bas, mais que les fournisseurs, les fabricants qui créent des emplois soient dans

un environnement compétitif et, en quelque part, antimonopole. Et la règle du maximum de 50 % vient faire ça en garantissant un accès au marché à tout le monde qui, entre eux, auront à oeuvrer dans un environnement tout à fait normalement compétitif dans le système économique dans lequel on vit. Donc, c'est un projet de loi qui vient solidifier notre position et qui est complètement dans l'intérêt et de la population, et du gouvernement, et de l'entreprise, et des employés de ces entreprises-là, conséquemment.

Alors, voilà grossièrement, M. le Président, la mise en place de notre commission parlementaire, à laquelle viendront s'exprimer divers intervenants dans ce milieu-là.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. le ministre, pour ces remarques préliminaires. J'invite maintenant le député de Saint-Jean, qui est le porte-parole de l'opposition officielle sur les dossiers touchant l'industrie du médicament, à faire ses remarques préliminaires. Vous avez un temps de 3 min 30 s. À vous la parole.

#### **M. Dave Turcotte**

**M. Turcotte :** Merci beaucoup, M. le Président. Donc, tout d'abord, vous remercier, je suis certain que vous allez présider les travaux aussi bien que vous le faites habituellement; remercier l'ensemble du personnel de l'Assemblée nationale, qui va nous permettre d'avoir un débat sur un sujet quand même important, il faut le dire; remercier les groupes, les citoyens qui vont venir nous donner leurs appréciations du projet de loi, donc, peut-être, éventuellement, des modifications ou des confirmations de ce qui se trouve dans le projet de loi; et tous ceux qui ont soumis un mémoire que nous pourrions aussi... qui nous permettra de bonifier notre réflexion pour l'étude du projet de loi.

Donc, je n'irai pas sur le fond maintenant parce que nous aurons quand même le temps d'en débattre et de questionner les gens bien avant, mais je voulais quand même tenir quelques remerciements aux citoyens et aux organisations qui permettront d'améliorer le projet de loi. Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci à vous, M. le député de Saint-Jean. Maintenant, je vais vers le député de Lévis, qui est le porte-parole du deuxième groupe d'opposition en matière de santé et de services sociaux. Vous disposez d'un temps de 2 min 30 s pour vos remarques préliminaires. À vous la parole.

#### **M. François Paradis**

**M. Paradis (Lévis) :** Merci, M. le Président. Dans ce début de semaine, je vous salue, M. le Président, de même que toute votre équipe. Encore une étude importante, un enjeu important. Je salue également les membres du gouvernement, M. le ministre et les membres de l'opposition officielle. Un projet de loi que l'on aborde aujourd'hui, qui se veut un projet de loi de continuité de fait, le ministre l'a bien mentionné, hein, issu et fondamentalement suite logique du n° 81. C'est un enjeu, je le rappelle, important. Les économies anticipées sont substantielles également.

Alors, je serai modeste dans mes remarques préliminaires, conservant le temps de tous ceux et celles qui veulent s'exprimer sur le dossier. Mais je dois encore une fois vous dire que nous serons extrêmement attentifs aux propos de ceux et celles qui viennent nous donner leurs points de vue concernant le projet de loi n° 148 et sa potentielle bonification, dans un esprit de se doter encore une fois d'outils qui sont les plus performants possible et qui serviront l'ensemble des citoyens.

Alors, je vous souhaite de bons travaux, M. le Président, avec cet objectif de collaboration et d'éléments constructifs. Et merci à ceux qui viendront s'adresser à nous également pendant cette période de temps là. Merci.

#### **Auditions**

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. le député de Lévis. Je souhaite donc la bienvenue aux représentants de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. Vous disposez d'un temps de 10 minutes pour votre exposé, et ensuite nous allons procéder aux échanges avec M. le ministre et les membres des deux oppositions. Je vous invite donc à vous présenter et à nous présenter votre exposé. À vous la parole.

#### **Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (ACCAP)**

**Mme Duhaime (Lyne) :** Merci, M. le Président. M. le ministre, mesdames messieurs, membres de la commission, merci de nous donner l'opportunité ce matin de vous donner nos commentaires concernant le projet de loi n° 148. Je m'appelle Lyne Duhaime, je suis présidente de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes pour le Québec, et je suis accompagnée de Jean-François Chalifoux, président-directeur général de SSQ Groupe financier.

L'ACCAP représente des sociétés dans 99 % des assurances de personnes en vigueur au Canada. Nos membres travaillent de concert avec les employeurs, les syndicats et les associations professionnelles pour offrir aux travailleurs québécois une protection maladie complémentaire couvrant une large gamme de médicaments sur ordonnance, les services paramédicaux comme les traitements d'un psychologue, d'un physiothérapeute ou d'un chiropraticien, de même que les examens de la vue, les lentilles et verres correcteurs et les soins dentaires, pour ne nommer que quelques-unes de nos garanties.

• (11 heures) •

Notre industrie est partenaire du gouvernement dans la prestation du régime général d'assurance médicaments. En effet, 56 % des Québécois sont couverts par un régime privé d'assurances collectives ou d'avantages sociaux leur offrant une assurance médicament. En 2016, les montants versés aux Québécois par les assureurs privés étaient de 2,6 milliards de dollars seulement pour le médicament. Lorsqu'on tient compte de la coassurance que doivent assumer les travailleurs couverts par un régime privé, ce montant s'élevait à 3,1 milliards de dollars. Il faut comprendre que 3,1 milliards de dollars est payé par les employeurs et les travailleurs du Québec à titre de médicaments soit directement ou à travers les primes d'assurance collective. À eux seuls, les médicaments génériques représentaient, en 2016, une dépense annuelle de plus de 400 millions de dollars pour le volet privé du régime général d'assurance médicaments.

Le modèle québécois garantit que toute la population du Québec est, en tout temps, couverte par une assurance médicaments. De manière générale, les Québécois qui sont couverts par des régimes privés bénéficient d'un accès rapide à plus de 12 000 médicaments sur ordonnance. Pour sa part, le régime public couvre également un grand nombre de médicaments, soit environ 8 000. Depuis l'avènement du régime général d'assurance médicaments en 1997, les Québécois bénéficient d'un meilleur accès aux médicaments. Nous sommes tous fiers de ce constat.

Toutefois, à l'instar du gouvernement, notre industrie est préoccupée par la hausse du coût du médicament. En effet, les régimes privés partagent avec le régime public une facture qui est passée de près de 3 milliards de dollars, au début de la mise en oeuvre du régime général, à plus de 6 milliards de dollars annuellement aujourd'hui. Les assureurs de personnes croient que tous les Québécois devraient avoir accès à des médicaments sous ordonnance à des prix abordables. Nous estimons que des réductions significatives de coûts peuvent être obtenues en améliorant le système actuel.

D'ailleurs, nous remercions le gouvernement et les parlementaires d'avoir mis en oeuvre de nombreuses mesures, depuis les dernières années, pour contenir le coût du médicament. Nous reviendrons sur certaines d'entre elles un peu plus loin.

Nous croyons que la meilleure solution pour assurer une couverture durable et abordable des médicaments sur ordonnance est celle qui combine les forces des régimes public et privé. Les médicaments génériques sont une solution de rechange sûre et efficace aux médicaments d'origine. Dans un même temps, ces médicaments contribuent grandement au contrôle du coût global des médicaments sur ordonnance.

Bien que le projet de loi n° 148 traite principalement de l'approvisionnement en médicaments génériques par les pharmaciens, nous tenions à vous faire part de nos commentaires puisque le projet de loi découle de l'entente de principe conclue en juillet dernier entre le gouvernement du Québec et l'Association canadienne du médicament générique, entente qui ferait considérablement baisser le prix de ces médicaments. En effet, dans son analyse d'impact réglementaire, le ministère de la Santé et des Services sociaux a souligné qu'une des conditions essentielles à la conclusion de l'entente était d'accroître la concurrence sur le marché du médicament générique, ce que vise à faire le projet de loi. Cette entente de principe est d'une grande importance pour le secteur des assurances, mais aussi pour les employeurs, les syndicats, les associations professionnelles et les travailleurs du Québec. Elle prévoit des économies annuelles de 304 millions de dollars sur cinq ans pour les assurés du régime d'assurance médicaments.

Dans son analyse d'impact réglementaire, le ministère souligne que les assurés des régimes privés pourraient aussi réaliser des économies grâce aux baisses de prix publiques qui découleront de cette entente. Nous le souhaitons fortement. Toutefois, l'entente de principe demeure confidentielle et il n'est pas encore clair de quelle manière les Québécois qui sont assurés par le volet privé du régime général d'assurance médicaments en bénéficieront.

**M. Chalifoux (Jean-François) :** Par souci d'équité, nous voulons vous réitérer que les ententes conclues entre le gouvernement et les fabricants de médicaments devraient profiter autant aux Québécois couverts par un régime privé qu'à ceux couverts dans le cadre du régime public. Tous les Québécois en sortent gagnants lorsque le gouvernement négocie à la baisse le prix de vente inscrit à la liste des médicaments, une liste qui indique les médicaments qui doivent faire l'objet d'un remboursement par les régimes privés et le régime public d'assurance médicaments. C'est pour cela que nous réclamons que le prix de vente garanti inscrit à la liste des médicaments soit le prix négocié.

Rappelons qu'au fil des ans nous avons constaté un écart de plus en plus important dans le coût des médicaments payés par les assurés du régime privé et ceux du régime public. En 2013, les assurés couverts par un régime privé payaient en moyenne 17 % de plus pour leurs médicaments que ceux couverts par le régime public. Cet écart s'élevait à 37 % lorsqu'il s'agissait de médicaments génériques. Les assureurs et leurs clients sont préoccupés par cet écart ainsi que par le coût toujours croissant du médicament. Ces coûts sont susceptibles d'avoir un effet sur la pérennité des régimes d'avantages sociaux au Québec. Il en va de la capacité des employeurs, des syndicats et des associations professionnelles de continuer à offrir un régime d'assurance collective ainsi que de la capacité des travailleurs à en partager les coûts.

Cela étant dit, nous reconnaissons le progrès réalisé au cours des dernières années en matière de contrôle du coût des médicaments. À titre d'exemple, notons la mise en oeuvre de la facture détaillée en pharmacie. Nous remercions le ministre de la Santé et des Services sociaux d'avoir introduit cette mesure. Grâce à l'appui unanime des parlementaires, les Québécois ont droit à plus de transparence sur leur facture de médicaments depuis le 15 septembre dernier. Les pharmaciens doivent maintenant remettre une facture détaillée qui comprend le prix de la molécule, les honoraires du pharmacien et la marge du distributeur. Cette mesure permet aux Québécois d'être mieux outillés pour comprendre la facture en pharmacie.

De plus, en octobre 2015, le gouvernement a introduit la politique du prix le plus bas, qui permet aux régimes privés qui le souhaitent de rembourser le médicament d'origine en fonction du coût du médicament générique équivalent, peu importe le montant payé à la pharmacie. Cette mesure était fortement attendue puisqu'elle encourage une plus grande utilisation du médicament générique, ce qui entraîne des économies importantes. Bien que la part de marché des médicaments génériques dans les régimes privés au Québec demeure la plus faible au Canada, elle est passée de 53 % en 2013 à 60 % en 2016. Ça représente une hausse de sept points de pourcentage.

Par ailleurs, afin de contenir la hausse du coût des médicaments, le gouvernement a également introduit des mesures législatives lui permettant de participer aux négociations de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. Cette alliance vise à créer un front commun avec les autres provinces et le gouvernement fédéral en vue de négocier conjointement des prix plus bas pour les médicaments brevetés et génériques. Nous saluons le fait que, dans le cas des médicaments génériques, l'alliance tire parti du pouvoir d'achat et du pouvoir réglementaire du gouvernement pour réduire le prix de manière égale pour tous les Québécois et les Canadiens. Tout le monde paie le même prix réduit, peu importe que les médicaments génériques soient remboursés par le secteur public ou par le secteur privé.

En terminant, nous reconnaissons les progrès réalisés au cours des dernières années en matière de contrôle du coût du médicament. Nous croyons que la meilleure solution pour assurer une couverture durable et abordable pour les médicaments sur ordonnance est celle qui combine à la fois les forces des systèmes public et privé. C'est pourquoi nous tenions à vous réitérer l'importance de conclure des ententes qui assureront des conditions équitables pour l'ensemble des assurés, qu'ils soient couverts en vertu du régime public ou du privé, et ce, dans un souci d'équité et de pérennité du régime général d'assurance médicaments.

**Mme Duhaime (Lyne) :** Nous vous remercions et nous sommes maintenant prêts à répondre à vos questions.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, Mme Chalifoux... M. Chalifoux, pardon, et Mme Duhaime, oui. Nous allons maintenant procéder à la période d'échange. M. le ministre et député de La Pinière, la parole est à vous.

**M. Barrette :** Pour une période de...

**Le Président (M. Merlini) :** Vous avez 24 minutes à votre disposition.

**M. Barrette :** 24 minutes? Merci, M. le Président. Bien, alors Mme Duhaime, M. Chalifoux, merci de vous être présentés aujourd'hui pour nous faire part de vos observations et de vos bons mots. Je comprends que vous considérez que les gestes que nous avons posés étaient favorables pas simplement pour vous, qui représentez les assureurs de personnes, mais pour la société en général. Je vous en remercie. C'était la finalité de notre démarche, et je suis très content que vous soyez ici pour en témoigner. Vous êtes aux premières loges de cette chose-là.

Vous avez fait quelques commentaires que j'aimerais que vous précisiez. Je pense que c'est vous, M. Chalifoux, qui avez insisté sur la nécessité pour vous d'avoir accès au prix de vente négocié. Vous parliez du générique ou vous parliez des médicaments d'origine?

• (11 h 10) •

**M. Chalifoux (Jean-François) :** Bien, idéalement, pour l'ensemble des médicaments. Il n'y a pas de raison d'avoir des régimes à deux vitesses au Québec. On veut assurer la pérennité de nos régimes d'assurance collective. Les employeurs en assument une bonne partie des coûts, les travailleurs assument l'autre partie. Donc, évidemment, dans le cas qui nous intéresse ce matin, on parle spécifiquement des médicaments génériques. Puis, quand il y a des ententes cachées qui ne sont pas divulguées ou des ententes secrètes, là, c'est difficile pour les assureurs de payer le même prix dans le cadre des régimes privés.

**M. Barrette :** Vous comprenez sans doute évidemment que, quand on négocie ces ententes-là, celles qui sont confidentielles ne peuvent pas faire autrement que d'être confidentielles. Je comprends votre point de vue, par exemple, mais il y a des contingences contractuelles que vous comprenez sûrement. Mais je comprends votre point. Mais c'est bien ça auquel vous faisiez référence? Vous faisiez référence à la divulgation, mais là ce serait la divulgation des ententes secrètes, là, ce qui n'est pas...

**M. Chalifoux (Jean-François) :** On aimerait bien pouvoir partager notre pouvoir d'achat avec le régime public.

**M. Barrette :** Mais par contre vous nous confirmez qu'on était rendu à un point où, tant chez les employeurs que chez les employés, le système, en tout cas la méthode qui était utilisée jusqu'à maintenant, si on n'avait pas agi, était rendu à un point de rupture?

**M. Chalifoux (Jean-François) :** Il y a des risques à cet égard, en effet. D'ailleurs, les petits employeurs au Québec optent moins pour les régimes d'assurance collective privés que ceux ailleurs au Canada. Donc, il y a 40 % des petits employeurs de moins de 50 employés au Canada qui offrent des régimes d'assurance collective à leurs employés, tandis que c'est 20 % au Québec.

**M. Barrette :** O.K. Ça, j'aimerais ça... Ça déborde un peu du projet de loi, mais vous y faites vous-même référence, à la situation du Canada. Il y a un grand débat aujourd'hui, qui a lieu beaucoup plus dans le Canada anglais que dans le Canada francophone qui est le Québec, un débat sur la pertinence, l'avantage — on peut qualifier ça, utiliser plusieurs termes pour en parler — d'avoir un régime universel d'assurance médicaments. Qu'en pensez-vous, de ça? Alors, j'imagine que vous ne serez pas, fondamentalement, nécessairement, favorables, là, mais quels sont les écueils que vous y verriez? Bref, si, demain matin, on se dirigeait vers ça, et je n'annonce rien, attention, je n'annonce rien, mais c'est un débat qui fait rage, et puisque vous êtes plus ailleurs qu'au Québec, comment voyez-vous ça, vous?

**M. Chalifoux (Jean-François) :** En fait, c'est une question fort pertinente. Il faut comprendre qu'il y a quelques principes fondamentaux derrière l'assurance, là, qu'elle soit publique ou privée.

D'abord, l'accès. Je pense que l'accès au Québec est bien différent de celui au Canada. Tous les Québécois ont accès à un régime d'assurance médicaments, qu'il soit public ou privé. Donc, tous les citoyens au Québec sont couverts, ce qui n'est pas le cas au Canada, seulement que les clientèles vulnérables ou ceux qui ont un employeur qui offre un régime d'assurance collective sont couverts. Donc, il y a une proportion non négligeable de la population qui n'est pas couverte en vertu d'aucun régime pour ses médicaments. Donc, ça, ça peut être une situation qui est propre au Canada anglais, qui amène les parlementaires à être préoccupés de la situation.

Bon, premièrement, l'accessibilité. Ensuite, il y a l'abordabilité, les coûts comme tels des régimes. C'est ça qui nous préoccupe à ce stade-ci quand on se projette... Bon, pour le moment, il n'y a pas de problématique particulière. On a contenu, à tout le moins, ce qu'on pouvait contenir. Mais, quand on se projette vers l'avant, les coûts des régimes de médicaments augmentent plus rapidement que l'inflation. Donc, ça, ça peut perdurer quelques années, là, mais, à long terme, pour les employeurs, pour les travailleurs, ça représente une préoccupation importante. C'est pour ça qu'on dit : Avant de tout basculer le système qui existe au Québec, perfectionnons-le. Puis c'est dans cette optique-là qu'on s'adresse à vous aujourd'hui.

Donc, le mécanisme d'assurance, là, c'est une certaine forme de partage de la richesse. On peut tous payer les mêmes prix, on peut tous avoir les mêmes garanties. En quelque part, il faut juste s'assurer d'en avoir les moyens. Puis je pense qu'au Québec le système est loin d'être parfait. On ne prétend pas cela. Mais travaillons tous ensemble, les parties prenantes, les gouvernements, la RAMQ, les assureurs privés, les organisations qui sont preneurs de contrats, les pharmaciens, afin d'assurer qu'on a encore les moyens de s'offrir des régimes d'assurance médicaments dans le long terme puis essayons d'éviter les coûts d'implantation d'un nouveau système qui ne sera pas parfait lui non plus. Des systèmes d'assurance, j'en ai autant vu en assurance de dommages qu'en assurance de personnes, ce n'est jamais parfait.

**M. Barrette :** Alors, sur ce point-là, M. Chalifoux, Mme Duhaime, je suis parfaitement d'accord avec vous. J'ai bien apprécié les commentaires que vous avez faits dans votre introduction. Peu de gens au Québec réalisent qu'on a une couverture publique et privée, dans les faits universelle, par différents chemins, par opposition à ce qui existe ailleurs au Canada, où c'est très partiel, la partie publique est beaucoup plus partielle que la nôtre, d'une part. Et, d'autre part, la mécanique que l'on a au Québec fait en sorte que, dans les faits, à moins que des gens ne respectent pas la loi, tout le monde est couvert, ce qui n'est pas le cas ailleurs au Canada.

Et vous allez être probablement amusés d'apprendre que certains de mes collègues dans les autres provinces, parce que récemment j'ai été à une conférence fédérale-provinciale territoriale, ont l'impression que leur système public est plus compréhensif — ça ne se dit pas en français — est plus étendu que le leur et plus étendu que le nôtre, alors que vous nous dites même, dans votre vision, de l'autre côté de la médaille ou de la montagne, vous constatez vous-mêmes que c'est exactement le contraire, le Québec a le régime le plus étendu de couverture, et je pense qu'on négocie d'une façon, vous l'avez noté vous-mêmes, plus agressive que la moyenne canadienne, et c'est au bénéfice des citoyens.

Et là je vous ouvre la porte à toutes sortes de suggestions qui vous viendraient à l'esprit ou auxquelles vous avez déjà réfléchi. Quand vous nous dites qu'il n'y a pas de système parfait — je suis d'accord avec vous, il n'y a pas de système parfait — et que c'est toujours possible d'améliorer les choses, est-ce qu'il y a des choses qu'on n'a pas faites? Bien, à date, on en a fait beaucoup. Vous l'avez noté dans votre introduction. Est-ce qu'il y a des avenues qu'on n'a pas encore soit dessinées soit qui sont visibles et qu'on n'a pas empruntées, vu de votre côté?

**Mme Duhaime (Lyne) :** Bien, en fait, il y a beaucoup de choses qui ont été faites. Comme on le disait, ce sont des pas dans la bonne direction. Évidemment, de notre point de vue à nous, puisque, bon, on représente les payeurs privés, c'est un sujet que vous connaissez bien, c'est l'inéquité qui s'est créée au fil des ans entre le volet public et le volet privé du régime général d'assurance médicaments, donc c'est un aspect qui demeure important. On a déjà fait des représentations devant d'autres commissions et devant vous, M. le ministre, et on avait discuté des honoraires des pharmaciens, mais cette inéquité... Et c'est la raison pour laquelle nous sommes ici aujourd'hui, c'est pour s'assurer que les payeurs privés, donc les employeurs, les syndicats, les associations professionnelles, les employés, vont bénéficier des économies que vous avez négociées pour tenter de réduire cet écart qui s'est creusé entre les deux volets du régime général d'assurance médicaments. C'est, à notre avis, là, l'enjeu majeur. Évidemment, il y a des enjeux comme les médicaments extrêmement dispendieux pour les maladies orphelines, dispendieux pour le cancer, et ça, on ne le nie pas, là, mais, pour les payeurs privés, l'enjeu principal présentement est l'inéquité entre les deux volets du régime général d'assurance médicaments.

**M. Barrette :** Mais, en même temps, avec les mesures qu'on a prises, c'est quelque chose qui devrait réduire cette inéquité-là ou ce déséquilibre-là. Y a-t-il des éléments plus spécifiques qui auraient l'effet que vous souhaitez?

**Mme Duhaime (Lyne) :** Dans la mesure qu'il y a des ententes... Bon, on comprend, là, il y a le prix de la molécule, il y a des choses du médicament lui-même. Il y a des gestes qui sont posés, que ce soit le fait que le Québec, bon, joint l'alliance pancanadienne. Donc, il y a des ententes qui peuvent être négociées ou il y a des... Vous posez des gestes concernant le prix des médicaments génériques. On travaille sur les honoraires des pharmaciens. Mais il n'en demeure pas moins qu'il y a beaucoup d'ententes... Comme l'entente que vous avez signée avec le médicament générique, évidemment, je le comprends qu'elle est confidentielle, on comprend la réalité commerciale. Il n'en demeure pas moins qu'on ne connaît pas cette entente et on veut s'assurer que les payeurs privés vont avoir leur juste part des économies qui vont être réalisées suite à cette entente-là.

**M. Barrette** : Je comprends très bien votre position et, fondamentalement, je suis d'accord avec ça. Parfait. M. le Président, moi, j'ai fait le tour des questions que j'avais pour nos invités.

**Le Président (M. Merlini)** : Merci beaucoup, M. le ministre. M. le député de Dubuc.

**M. Simard** : Merci, M. le Président. Je vais laisser mon collègue poser ses questions parce que le ministre a joué dans mes affaires pas mal, là. Merci.

**Le Président (M. Merlini)** : M. le député des Îles-de-la-Madeleine et adjoint parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux, à vous la parole.

• (11 h 20) •

**M. Chevarie** : Oui, merci, M. le Président. Merci à Mme Chalifoux et... merci à Mme Duhaime, plutôt, et M. Chalifoux, c'est ça, de votre présentation. On sait que... Bon, vous l'avez mentionné dans votre mémoire, mais le régime d'assurance médicaments a été implanté en 1997. Ça fait 20 ans, et vous mentionnez qu'il y a eu, au cours de ces 20 ans là, le double en termes de coûts. On est passés de 3 milliards à 6 milliards. Comment est-ce que vous expliquez cette augmentation de coûts là, je dirais, assez extraordinaire au fil des ans? Puis après ça j'aurai une deuxième question s'il me reste du temps.

**Mme Duhaime (Lyne)** : Oui. Je vais commencer puis je laisserai peut-être M. Chalifoux compléter.

Mais, nous, lorsqu'on regarde les statistiques de tous les assureurs du Québec, donc au niveau plus macro, ce qu'on voit, c'est qu'il y a deux phénomènes combinés.

Les médicaments coûtent de plus en plus cher. Donc, le prix moyen d'un médicament est de plus... Il y a des médicaments très, très dispendieux. Donc, le pourcentage, par exemple, de médicaments qui coûtent plus de 10 000 \$ par année, le pourcentage est de plus en plus élevé. Et les gens prennent de plus en plus de médicaments. Si on regarde le nombre de prescriptions par assuré en 1997 et le nombre aujourd'hui, on a vu une augmentation importante.

Donc, il y a l'effet combiné du coût du médicament lui-même et d'une plus grande consommation de médicaments, qui n'est pas nécessairement négative. Elle peut être due au fait que la recherche a trouvé des nouveaux médicaments. Il y a beaucoup plus de médicaments contre le cancer. Mais l'effet combiné des deux facteurs ensemble, à mon avis, explique en partie, en grande partie, la hausse du coût des médicaments.

**M. Chalifoux (Jean-François)** : Le 3 milliards à 6 milliards, là, quand on tient compte des années, de l'inflation normale, de la consommation plus importante, ce n'est pas ça, ce n'est pas tellement ça qui nous préoccupe tant que l'écart grandissant entre les prix des médicaments payés par les travailleurs, et les employeurs, les syndicats, les associations professionnelles. Quand on compare, là, pour les mêmes médicaments avec ceux payables en vertu du régime public, là, c'est comme si on était dans une situation où, à chaque fois qu'on économise 1 \$ dans le système public, bien, ce dollar-là était transféré dans le système privé. Puis c'est ce dialogue qu'on tente d'entreprendre depuis quelques années déjà afin de s'assurer... On peut se comprendre qu'il y a une certaine subvention entre les clientèles du public, qui sont, disons-le, là, admettons-le, des gens davantage privilégiés du fait qu'ils occupent un emploi à temps plein pour la plupart, mais c'est cet écart-là qui est grandissant, là, donc qui était négligeable en 1997, est devenu 17 % 20 ans plus tard, puis ça augmente d'un point par année. Donc, à un moment donné, là, il faut contenir cette escalade-là des coûts dans les régimes privés d'assurance pour les amener dans une fourchette, disons, d'écart plus raisonnable.

**M. Chevarie** : Oui, deuxième question. Si j'ai bien lu votre mémoire, vous dites que, par rapport aux médicaments génériques, l'écart est de 37 %. C'est ça?

**M. Chalifoux (Jean-François)** : Oui.

**M. Chevarie** : Maintenant, j'ai compris aussi que le volume de médicaments couverts par les assurances privées est plus élevé que par le régime public. Donc, ce n'est pas une question de volume qui fait en sorte que l'écart se traduit par 37 %.

**M. Chalifoux (Jean-François)** : Là, on va prendre des pommes avec des pommes, là, dans nos comparaisons, là. Le 37 %, c'est à médicament équivalent, là. Donc, c'est les mêmes régimes, c'est les mêmes médicaments. Donc, on exclut, là, ceux qui ne sont pas couverts dans le régime public. Mais, si on prend les médicaments qui sont couverts en vertu des deux régimes, l'écart est de 37 % entre ceux payables dans le privé versus le public, là.

**M. Chevarie** : Merci.

**Le Président (M. Merlini)** : Ça va? Merci, M. le député des Îles-de-la-Madeleine. M. le député de Trois-Rivières.

**M. Girard** : Merci beaucoup, M. le Président. Mme Duhaime, M. Chalifoux, on a eu l'occasion de se rencontrer à plusieurs reprises dans différents dossiers, donc c'est un plaisir de vous revoir.

Je vais faire un petit peu de pouce sur la question de mon collègue au niveau du prix du médicament que l'on paie au niveau public ou au niveau privé. Notre gouvernement a instauré, depuis quelques semaines, depuis septembre, la

facturation, que vous avez saluée d'ailleurs, avec le prix de la molécule, les honoraires de formation et la marge du distributeur. Je me pose la question comme citoyen : Moi, j'ai un régime privé, je veux acheter un médicament xyz demain matin, à la même pharmacie, mon voisin qui a le régime public va acheter le même médicament, si on se rencontre le soir, on compare nos factures, on n'aura pas payé le même prix?

**Mme Duhaime (Lyne) :** Non, et principalement, là, en raison des honoraires des pharmaciens, qui ne sont pas les mêmes pour les volets public et privé. Donc, le ministre négocie des ententes avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires. Donc, cette entente encadre les honoraires qui sont facturés par les pharmaciens, alors qu'il n'y a pas de telle entente pour le volet privé. Alors, les honoraires des pharmaciens sont plus élevés pour le volet privé du régime.

**M. Girard :** Est-ce que la facturation qui a été mise en place, le fait que ça devienne beaucoup plus ouvert au niveau des prix, est-ce que vous pensez que ce phénomène-là va pouvoir avoir un impact? Les gens vont pouvoir, entre guillemets, magasiner leurs médicaments d'une pharmacie à l'autre. Est-ce que vous pensez que ça peut avoir un effet à la baisse, au niveau de la facture globale du médicament, pour quelqu'un qui est assuré dans le privé? Parce que vous mentionniez tantôt qu'il y a 56 % des Québécois dans un régime privé, donc plus de la moitié des Québécois sont dans un régime privé. À ce moment-là, est-ce que cette facturation-là, comme je le disais tout à l'heure, qui est quand même drôlement intéressante, qui a été mise en place récemment, est-ce que vous croyez que ça va avoir un impact à moyen ou long terme pour pouvoir contribuer à la réduction du prix des médicaments pour le consommateur et pour l'ensemble des assureurs au Québec?

**Mme Duhaime (Lyne) :** À notre avis, cette mesure comportait deux objectifs.

Le premier était de sensibiliser le patient, donc le consommateur, le client à la pharmacie, aux composantes de la facture, donc de comprendre que le prix d'un médicament, il y a des honoraires qui sont facturés par le pharmacien et qu'il y a une marge de grossiste, donc, et on peut voir, là, lorsque la nouvelle facture est arrivée en pharmacie, il y a eu beaucoup de couverture dans les médias, donc, et c'était un des objectifs, que les gens prennent conscience des composantes de leur facture en pharmacie. Bon, ça, c'est la première chose.

L'autre élément était de pouvoir maintenant aider les Québécois à faire des choix éclairés. Donc, les assureurs veulent déployer des outils de comparaison pour aider les Québécois parce qu'on le comprend, la personne qui va toujours à la même pharmacie chercher le même médicament, c'est difficile pour elle de comparer : Bien, si j'allais de l'autre côté de la rue ou si j'allais ailleurs, bien, combien coûterait le médicament? Donc, c'est difficile. On est un peu captifs d'une pharmacie, hein?

Donc, nous, comme les assureurs paient généralement 80 % de la facture et 20 % est payé par le patient en coassurance, on s'attendait à recevoir cette information détaillée et ensuite de pouvoir développer des outils de comparaison. Mais il y a présentement un litige qui oppose la RAMQ à l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires parce que les pharmaciens contestent cette position de la RAMQ à l'effet que cette information doit aussi être donnée aux assureurs. Donc, il y a un litige en cour, et donc, à notre avis, la mesure n'a pas encore pris tout à fait son... elle n'a pas déployé tout à fait son effet, là.

**M. Girard :** Mais, quand même, c'est une bonne mesure...

**Mme Duhaime (Lyne) :** Tout à fait.

**M. Girard :** ...qui va pouvoir contribuer à diminuer le coût pour les citoyens parce que, là, on parle de quelqu'un qui va dans une pharmacie x et l'autre, la pharmacie y, qui ne paient pas le même prix, mais aussi on comprend que deux personnes dans la même pharmacie, pour le même médicament, ne paient pas non plus le même prix.

**M. Chalifoux (Jean-François) :** C'est un premier pas dans la bonne direction, mais ce n'est pas une mesure qui est suffisante en soi pour générer des économies substantielles, là. Donc, les assureurs devront faire leur travail de sensibilisation auprès des participants de régimes d'assurance collective, et les participants des régimes d'assurance collective devront également adapter leur comportement. Donc là, on était dans une situation où les gens... dans un environnement très peu transparent par rapport au prix des médicaments. Là, il y a plus de transparence, mais qu'est-ce que les citoyens vont faire de la transparence, c'est ça qui va déterminer le niveau d'économie, puis les pharmaciens vont aussi s'adapter à cette nouvelle réalité de transparence de prix là.

**M. Girard :** Donc, ce que vous nous mentionnez, c'est que c'est important de continuer à travailler dans ce sens-là pour s'assurer que les gens paient le juste prix des médicaments, donc les gens paient un prix qui est équitable, peu importe l'assureur, peu importe qui est la personne qui va acheter le médicament, qu'on ait un prix qui soit raisonnable, qui soit équitable, qui soit en fonction des coûts des médicaments, etc. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le député de Trois-Rivières. M. le député de Dubuc.

• (11 h 30) •

**M. Simard :** Merci, M. le Président. D'abord, je vous salue. Bienvenue dans votre maison qui est l'Assemblée nationale.

Je vais vous poser la question suivante par rapport à ce que mes collègues ont soulevé comme, bien sûr, quelques questions là-dessus. Ne croyez-vous pas que l'association dont vous êtes les représentants devrait à ce moment-ci

mettre en compétition des chaînes de pharmacies pour être en mesure justement de s'assurer que les pharmacies, peu importe la chaîne qu'ils seront, là, puissent se rapprocher de plus en plus de ce que le ministre a négocié? Bien sûr, en réalité, on est dans un système, il faut bien le dire, là, capitaliste, et les gens... Nécessairement, vous êtes venus nous le dire, que vous êtes pris en otages un peu dans ça, là. Mais, si vous faites jouer la compétition entre les différentes chaînes, potentiellement vous arriveriez peut-être au but que vous nous soulevez.

**Mme Duhaine (Lyne) :** Un très bon point. C'est ce qu'il se fait d'ailleurs à l'extérieur du Québec. Au Québec, il y a certains enjeux d'ordre juridique. Donc, le cadre juridique est beaucoup plus strict au Québec que dans le reste du Canada, donc il y a certaines difficultés. Bon, une des difficultés, par exemple, a trait à ce qu'on appelle le dirigisme, donc l'interdiction de forcer une personne à se procurer son médicament dans une pharmacie en particulier. Bon, il y a une nouvelle disposition qui a été incluse dans la Loi sur l'assurance médicament, mais il y a des dispositions similaires même dans la Loi sur l'assurance maladie concernant les professionnels de la santé. Il y a aussi des dispositions dans le code de déontologie des pharmaciens, donc on pourrait se demander, et je ne dis pas que ce n'est pas possible, il ne faudrait pas qu'on me cite pour avoir dit que ce n'était pas possible, mais on peut se demander, si on avait une entente avec différentes bannières, s'il serait possible pour les bannières d'imposer ou de forcer les pharmaciens à ne facturer que ces montants-là. Il y a certaines difficultés juridiques. Donc, ce n'est pas qu'on n'y a pas pensé, c'est ce qui se fait largement à l'extérieur du Québec.

**M. Simard :** Merci, M. le Président. C'était ma question.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. le député de Dubuc. Maintenant, je cède la parole au député de Saint-Jean, porte-parole de l'opposition officielle. À vous la parole pour votre bloc d'échange, qui est de 14 min 30 s. À vous la parole.

**M. Turcotte :** Merci, M. le Président. À la page 3 de votre mémoire, puis vous en avez quand même... vous avez abordé la question, puis il en a été question en partie, là, avec les échanges avec M. le ministre. Quand vous dites : Nous estimons que le prix de vente garanti inscrit à la liste des médicaments devrait être le prix négocié lors de ces ententes, à combien vous évaluez la différence?

**M. Chalifoux (Jean-François) :** Je n'ai pas la réponse à cette question-là. Tout va dépendre de l'entente qui est négociée avec la compagnie pharmaceutique par le gouvernement, là. Donc, on n'a pas cette information-là pour être en mesure... On indemnise l'assuré, le patient en fonction du prix de liste. Nous, ce qu'on connaît, c'est le prix de liste.

**M. Turcotte :** Mais vous estimez qu'il y a une assez grande différence entre les deux, sans savoir quelle est cette différence-là, pour demander l'équité dans ce...

**M. Chalifoux (Jean-François) :** Dans la mesure où le gouvernement a maintenant l'opportunité de négocier des ententes directement avec les compagnies de médicaments génériques, puis j'imagine qu'il y aura, s'il n'y a pas déjà, des ententes qui sont négociées à moindre prix, qu'on veut avoir accès. On ne voudrait surtout pas se retrouver dans une situation où les prix de liste augmentent puis on subventionne davantage qu'on ne le fait aujourd'hui les achats par le régime public d'assurance médicaments. Donc, en quelque part, on... Moi, ce que je perçois, c'est créons un «level playing field», là, bien que ce soit un terme anglais, là, créons un terrain de jeu nivelé, ayons accès aux mêmes prix. Combinons nos pouvoirs d'achat, en fait. Ça serait une stratégie tout à fait opportune et bénéfique pour l'ensemble des Québécois et Québécoises, et négocions les meilleures conditions pour tous et toutes.

**M. Turcotte :** Comment qu'on peut arriver à cet objectif-là quand on sait qu'on ne peut pas avoir ces données-là? Parce que, même le ministre l'a dit, c'est confidentiel, les ententes. Donc, comment vous pouvez savoir combien payer si le gouvernement puis la compagnie pharmaceutique ne dévoileront pas le montant?

**M. Chalifoux (Jean-François) :** Bien, c'est pour ça qu'on dit que c'est le prix de liste qui doit être négocié ou, si le prix... il faut que le prix négocié devienne le prix de liste, là.

**M. Turcotte :** Quand vous dites que vous voudriez combiner le pouvoir d'achat des deux, du public et du privé, avez-vous en tête un mécanisme à ce sujet-là?

**Mme Duhaine (Lyne) :** Oui, depuis la création de l'Alliance pancanadienne, donc on n'est pas au niveau québécois, mais les provinces se sont regroupées pour justement améliorer leur pouvoir d'achat, leur pouvoir de négociation avec les compagnies pharmaceutiques, et nous demandons, mon association, au nom des payeurs privés, de joindre l'Alliance pancanadienne pour qu'on puisse négocier au nom de tous, donc que ce soit pour les assurés. Dans les autres provinces, le régime public prend une forme différente, là, du Québec, mais, pour les gens, peu importe qu'on soit assurés par un volet d'assistance, par le volet public ou par une assurance privée, on demande à ce que tout le monde ait accès aux rabais qui sont négociés avec les compagnies pharmaceutiques.

**M. Turcotte :** Puis cette demande-là, est-ce qu'elle a trouvé écoute?

**Mme Duhaime (Lyne) :** À mon avis, là, puis je ne participe pas directement à ces discussions, mais je comprends que l'alliance est quand même assez récente, donc elle est en train elle-même d'établir son mode de fonctionnement, de s'organiser, de trouver sa gouvernance, et Québec a joint l'alliance il y a quand même pas très longtemps, peut-être un an et demi. Donc, je pense, on nous entend. Est-ce que c'est maintenant? Peut-être que non. Je pense que... mais on continue la discussion avec eux.

**M. Turcotte :** Puis, dans les autres provinces canadiennes, est-ce que les compagnies d'assurance sont membres de l'alliance?

**Mme Duhaime (Lyne) :** De l'alliance?

**M. Turcotte :** Oui.

**Mme Duhaime (Lyne) :** Non. En fait, mon association représente toutes les compagnies au Canada. Moi, je m'occupe du Québec, mais donc on couvre 99 % du marché au Canada, et il n'y a aucune compagnie d'assurance, aucun payeur privé qui est membre de l'alliance. C'est notre demande.

**M. Turcotte :** Votre demande, c'est est pour l'ensemble des compagnies d'assurance du Canada?

**Mme Duhaime (Lyne) :** Exactement.

**M. Turcotte :** O.K. Proprement dit, pour le projet de loi, est-ce qu'il y a des choses que vous considérez qu'elles devraient être améliorées ou modifiées dans le projet de loi?

**Mme Duhaime (Lyne) :** On n'a pas de commentaire sur le projet de loi lui-même.

**M. Turcotte :** O.K. Ça fait que, dans ce cas-là, vous...

**M. Chalifoux (Jean-François) :** C'est l'opportunité d'entretenir le dialogue sur les coûts d'assurance médicaments au Québec.

**M. Turcotte :** Dans ce cas-là, vous allez être d'accord aussi pour qu'on saisisse l'occasion de faire un dialogue ensemble sur une question aussi importante. Vous avez abordé la question de la transparence tantôt, la question entre autres de la facture détaillée pour les pharmaciens. Quand on voit, aux États-Unis, avec l'Obamacare où les compagnies d'assurance ont une certaine obligation de rendre public le montant que les assurés ont versé aux compagnies d'assurance en comparaison du montant qu'elles ont versé pour l'achat de médicament, on n'a pas ça ici au Québec, cette transparence-là ou cette ouverture-là de rendre publiques ces données-là. Qu'est-ce que vous en pensez? Est-ce qu'on devrait appliquer ça ici au Québec aussi?

**Mme Duhaime (Lyne) :** En fait, c'est très intéressant que vous souleviez cette question-là, mais, dans les faits, on a les statistiques et on est dans une situation au Canada, et c'est la même chose au Québec, là, qui est totalement différente. En fait, le ratio, là, prime-prestation au Canada est autour de 87 %. Donc, ce sont les statistiques que nous avons et je vous encourage à en parler avec les autorités réglementaires de surveillance de la solvabilité des assurances comme l'Autorité des marchés financiers et l'équivalent à l'extérieur du Québec. Ils vont confirmer ces chiffres-là. Le marché de l'assurance collective au Canada et au Québec est extrêmement compétitif. Et il y a... En fait, s'il y avait une mesure comme ce qu'on retrouve pour l'Obamacare, elle n'aurait aucune application parce que les ratios sont très, très élevés au Canada.

**M. Chalifoux (Jean-François) :** Puis je dirais que l'environnement québécois, là, il y a déjà pas mal de transparence, là. C'est peut-être pas public, les informations, là, mais chaque preneur de contrat — grand syndicat, association professionnelle, employeur — qui sont soit représentées par des grandes firmes d'actuaire-conseils ou des courtiers en assurance collective certifiés qui... ont accès autant... lors des dépôts de soumission dans le cadre d'un changement de l'assureur à des détails statistiques quant aux performances des régimes, quant aux coûts des médicaments, quant aux frais généraux des assureurs. C'est la même chose à chaque renouvellement, à chaque année, donc, il faut comprendre que ce sont des régimes d'assurance collective qui sont renouvelables sur une base annuelle lors de révision de tarification. À chaque année, il y a un dépôt d'une proposition de renouvellement qui détaille précisément, pour chacune des garanties, les taux de sinistre, les taux de frais qui permettent aux actuaire-conseils, aux courtiers de faire leurs analyses et de formuler des recommandations aux employeurs, aux syndicats, aux associations professionnelles, de renouveler ou de magasiner, de retourner en soumission.

Donc, ces éléments-là sont transparents. On est supervisés par l'Autorité des marchés financiers, on dépose annuellement nos rapports annuels. Donc, on salue, là, toute mesure visant à améliorer la transparence. Je vous dirais qu'il y en a déjà passablement, là, pour les principales parties concernées, là, que sont les employeurs, les associations professionnelles, les syndicats, qui assument la grande partie des régimes, et qui sont les preneurs de contrats qui supervisent la performance des régimes d'assurance collective.

• (11 h 40) •

**M. Turcotte :** Ça fait que comment... Les preneurs de contrat, comme vous les appelez, là, eux, ils reçoivent ça avec leur renouvellement de politique d'assurance, ils ont l'information pour leurs compagnies qu'ils ont parce qu'il y a un intérêt. Une compagnie d'assurance veut que tel syndicat, ou telle organisation, ou telle entreprise renouvelle avec eux, donc c'est sûr qu'ils vont essayer de leur donner de l'information. Est-ce que c'est possible qu'ils aient l'information d'autres compagnies aussi? Parce que tantôt j'entendais parler des gens qui disaient : Bon, on pourrait magasiner notre médicament, quand on va à la pharmacie, au même titre que des gens, des preneurs de contrat pourraient vouloir magasiner leur compagnie d'assurance aussi. Donc, est-ce que... comment ils font pour avoir l'information d'autres compagnies d'assurance?

**M. Chalifoux (Jean-François) :** Bien, ça, évidemment, à chaque année, nous, on présente chez SSQ notre renouvellement auprès du preneur de contrat, mais, dépendamment de la taille de l'employeur, à une fréquence de deux, trois, cinq, huit ans, 10 ans, dépendamment du preneur, là, va... ce qu'on appelle un retour au marché et redemander des soumissions auprès de nos concurrents qui sont présents au Québec. Et, à ce moment-là, ils vont pouvoir vérifier la justesse des niveaux de tarif qui sont chargés par SSQ, là. Donc, ça se fait. Il y a des mises en marché régulièrement au Québec, là, puis il n'y a aucun preneur de contrat d'assurance collective qui va vous dire qu'il n'y a pas d'assureurs qui sont intéressés à soumissionner auprès de leur entreprise, là, au contraire, il y a une grande, grande compétitivité dans le marché. Puis c'est à ce moment-là que l'actuaire-conseil ou le courtier d'assurance spécialisé pourra analyser les écarts entre les différentes propositions des nombreux assureurs qui participent à ces dépôts-là.

**Mme Duhaime (Lyne) :** Et même que souvent les employeurs de plus petite taille sont ceux qui vont le plus souvent au marché parce qu'ils sont plus mobiles. Donc, un employeur de très, très grande taille, bien, un, a un pouvoir de négociation beaucoup plus fort et il est équipé avec des professionnels et, bon, va peut-être rester plus longtemps auprès du même assureur, mais les employeurs de petite taille vont au marché régulièrement, ce qui tend à avoir un effet à la baisse, là, sur les prix.

**M. Turcotte :** O.K. Est-ce qu'entre les compagnies d'assurance la couverture... Je comprends qu'elle n'est pas toujours la même, là. Entre les médicaments, est-ce que c'est réputé que, peu importe la compagnie d'assurance privée... Parce qu'il y a un écart, que vous disiez tantôt, entre le régime public et le régime privé, ce n'est pas tous les médicaments qui sont couverts. Est-ce que, d'une compagnie d'assurance à l'autre, il y a une différence?

**M. Chalifoux (Jean-François) :** Très bonne question, oui, il y a des différences, mais la différence ne provient pas de la compagnie d'assurance à l'autre. La différence provient de chaque preneur de contrat, d'un preneur de contrat à l'autre en fonction de sa capacité de payer, de sa propre réalité du mixte générationnel qu'il puisse y avoir au sein de son entreprise, au sein de son syndicat... va décider de ce qui est couvert ou non. Évidemment, on les accompagne dans ces choix-là. Il y a une très forte proportion des régimes, là, qui sont standardisés parce que d'un employeur à l'autre, évidemment, un employeur ne veut pas se mettre en non-compétitivité par rapport à un autre, mais la réalité économique de chaque preneur de contrat va faire en sorte que la liste des médicaments va être plus ou moins étendue, l'encouragement à l'innovation, donc, certains employeurs vont vouloir davantage d'information avant d'ajouter un nouveau médicament à la liste, d'autres vont être plus agressifs et adopter les nouveaux médicaments le plus rapidement possible. Donc, évidemment, c'est très variable, mais nous, on répond aux preneurs de contrat qui souhaitent ajouter ou non des médicaments à la liste ou en retirer, là. C'est ça, la dynamique, là.

**M. Turcotte :** Mais je comprends qu'ils ne doivent pas choisir médicament par médicament, là, il doit y avoir des forfaits, si on peut dire, là, tel type de... en fonction des prix puis des types aussi, là. Puis là vous mentionnez aussi en fonction d'une... le portrait sociodémographique des employés, ça peut avoir plus tendance à avoir tel type de maladie ou autre, donc nécessiter des coûts, donc être plus adapté à leur clientèle, si on peut dire, là, leur main-d'oeuvre, donc. Mais sinon, comment... entre le moment où un preneur, quelqu'un, un syndicat, une entreprise qui décide d'aller dans une compagnie d'assurances, Mme Duhaime, vous, vous dites : Certaines entreprises importantes peuvent avoir sûrement... exemple, le gouvernement du Québec a quand même un pouvoir assez important de négociation, des grandes centrales syndicales versus une entreprise qui a peut-être 50 employés, 100 employés, ce pouvoir-là lui permet de mettre dans la balance auprès de la compagnie d'assurances... de dire : Bien, si, en fonction... parce que tout augmente, là, c'est naturel, là, le coût de la vie augmente. Donc, de pouvoir maintenir un montant jugé acceptable pour l'assuré, la compagnie ou l'organisation, ce pouvoir-là de négociation qui est plus grand, c'est parce qu'ils ont les informations des autres compagnies et ils peuvent négocier avec la compagnie d'assurances elle-même.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci. Je vais permettre la réponse. Ça termine avec l'opposition officielle, mais allez-y avec votre réponse.

**M. Chalifoux (Jean-François) :** Pas certain de bien saisir la question. Mais ce que je...

**M. Turcotte :** Je comprends, là... le gouvernement du Québec qui, mettons, dit : À chaque année... pas à chaque année, mais peut-être aux cinq ans, peu importe, on renouvelle notre compagnie. Est-ce qu'on reste chez x ou on va chez y? Donc, c'est parce qu'ils ont eu l'information dans les soumissions des autres. Mais il faut qu'ils embarquent dans ce processus-là. Ils sont accompagnés, comme vous avez mentionné, mais une plus petite entreprise, qui n'a pas le pouvoir de négociation du nombre, mais qui n'a pas aussi tout l'accompagnement, elle, elle est un peu plus dépourvue, là.

**Mme Duhaime (Lyne) :** Non, c'est un peu... En fait, bien, pas l'inverse, mais les plus petites, elles vont plus souvent au marché. Elles se font accompagner aussi par... souvent le courtier, donc ça peut être, soit des consultants ou des courtiers, ils se font accompagner. Les plus petites entreprises vont au marché, puis ce n'est pas un processus très, très lourd, là, donc, régulièrement, les plus petites entreprises vont au marché, donc, ce qui fait en sorte qu'elles peuvent bénéficier de très bons tarifs, hein?

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, Mme Duhaime. Oui, M. Chalifoux?

**M. Chalifoux (Jean-François) :** L'environnement concurrentiel est tel au Québec que même les petits employeurs peuvent négocier des ententes intéressantes.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci pour ces réponses. Maintenant la parole va au député de Lévis, porte-parole du deuxième groupe d'opposition, pour son temps d'échange de 9 min 30 s. À vous la parole.

**M. Paradis (Lévis) :** Merci, M. le Président. Mme Duhaime, M. Chalifoux, vous avez parlé d'équité essentiellement beaucoup dans ce que l'on est train de gérer ici. Je vais tenter de résumer votre pensée parce qu'elle était quand même importante, puis il y a probablement des gens qui apprennent des choses, là, la différence de coût de 37 % payé par le privé par rapport au public, le fait que vous ayez et que vous couvriez davantage de médicaments que le régime public. Vous savez les gens, hein, on une assurance. À partir du moment où le médicament est remboursé... Je comprends l'outil, la transparence, c'est parfait, tout le monde salue cette transparence dans...

Maintenant, la facturation, est-ce que ça aura un effet sur le client ou on se contentera de dire : Bien, de toute façon, l'assurance paie? Puis on comprend qu'on a eu des discussions faisant en sorte que vous ne puissiez diriger un client vers un établissement unique, alors on vient d'en parler également, il y a des éléments là-dedans. Alors, ça faisait partie peut-être des choses qui expliquent la marge et la différence, ce fameux 37 % pour les médicaments génériques, dans la mesure où vous constatez qu'il y a une différence sur l'honoraire que vous ne pouvez avoir... cette entente privée ne peut pas être rendue publique, que vous souhaiteriez que le prix de vente garanti inscrit à la liste des médicaments soit le prix négocié — bon, c'est des demandes que vous avez. Avec les réponses que vous avez eues, on fait quoi, très concrètement? Votre vision. Qu'est-ce qu'on fait très concrètement pour faire en sorte que cette marge diminue, parce que plus vous payez cher, plus inévitablement les employeurs paieront des contrats plus élevés puis ça a un effet sur le client qui a aussi à assumer ses primes.

Alors, on fait quoi, là? L'entente ne peut pas être rendue publique, les honoraires, vous ne les contrôlez pas, vous ne faites pas partie de l'alliance pancanadienne; votre solution, c'est quoi?

• (11 h 50) •

**M. Chalifoux (Jean-François) :** Très concrètement, on veut que le prix négocié par le gouvernement, là, peu importe comment le gouvernement en arrive à son prix, se retrouve sur la liste des médicaments. Donc, le prix final, le prix net, là, payé par le gouvernement en vertu du régime public, que ça devienne, pour chaque médicament, le prix sur la liste. Et là, de cette façon-là, les assureurs vont payer le même prix. Ça, c'est pour le prix de la molécule.

Par la suite, bien, pour ce qui est des honoraires professionnels des pharmaciens, nous entrons dans une négociation avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires. Nous avons une entente qui est expirée depuis le 31 octobre dernier, et nous avons une table de négociation auquel les parties prenantes, les assureurs, les tiers payeurs, là, ceux qui offrent les solutions technologiques pour assurer le paiement des médicaments en pharmacie et les pharmaciens propriétaires, bien, nous négocions présentement, là, une nouvelle entente qui nous permettra de satisfaire l'ensemble des parties prenantes au dossier.

**M. Paradis (Lévis) :** Alors, vous êtes en travaux...

**M. Chalifoux (Jean-François) :** On est là-dedans.

**M. Paradis (Lévis) :** ...présentement pour arriver à diminuer, en tout cas certains éléments irritants faisant en sorte qu'il y ait une différence assez importante entre le prix payé par le public versus par le privé. Je me permettrai, et sans entrer dans la négociation, mais, je veux dire, regarde, ce sentiment cette urgence que vous exprimez, elle est perçue également par les pharmaciens avec lesquels vous devez négocier? Alors, inévitablement, ça doit se rendre quelque part. Ça fait partie des outils maintenant. Vous dites : Nous souhaiterions faire partie de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. C'est un souhait pour l'ensemble des assureurs canadiens. Et il n'y a pas de réponse affirmative, là. Pourquoi? Parce que c'est jeune, parce qu'on est en train d'analyser ou parce qu'il y a une fin de non-recevoir? Comment vous l'analysez?

**Mme Duhaime (Lyne) :** Parce que c'est jeune. C'est en train de se structurer, à mon avis, puis parce que ce n'est pas simple, parce qu'évidemment l'alliance pancanadienne, pour ce qui est du médicament breveté, si on met de côté le générique, fait face aux mêmes situations que le ministre, c'est-à-dire ce n'est pas toujours commercialement facile de rendre ces ententes publiques. Ce n'est pas toujours facile aussi de négocier au nom de tous les Canadiens, dans ce cas-là les Canadiens, là, parce que ça pourrait avoir un effet à la hausse sur le prix qu'on va réussir à négocier avec les compagnies pharmaceutiques. Ce n'est pas simple, mais on pense que c'est équitable. Et c'est là qu'on devrait arriver.

**M. Paradis (Lévis) :** Et aussi vous êtes en demande continue...

**Mme Duhaime (Lyne) :** Exact.

**M. Paradis (Lévis) :** ...faisant en sorte que vous puissiez, en tout cas, vous espérez avoir une réponse positive éventuellement. Aussi dans ce dossier-là vous êtes en démarche actuellement.

**Mme Duhaime (Lyne) :** Exact.

**M. Paradis (Lévis) :** Vous avez abordé la question des coûts importants que pourrait générer un régime universel d'assurance médicaments, hein? Et c'est important. Il y a des gens qui disent : Il faut que ça passe par là. Il y a des gens qui y croient, d'autres pas. Mais vous auriez pu nous donner davantage de détails sur votre perception. En fait, concrètement, pourquoi, selon vous, un tel système engendrerait des dépenses supplémentaires pour l'État? Je pense qu'il y a des gens qui questionnent la vision en fonction d'un régime comme celui-là.

**M. Chalifoux (Jean-François) :** Le coût de mise en place d'un régime comme celui-là. En partant, là, le régime n'existe pas aujourd'hui, là. Il y en a déjà, un système, au Québec, qui couvre 100 % des Québécois. Je ne parlerai pas pour les autres provinces canadiennes, là. Au Québec, il y a déjà un système qui est en place. Si on avait l'impression qu'on avait tout fait pour contenir les coûts, que notre système était optimisé, mais qu'on n'acceptait pas la résultante, ou les coûts qui en découlent, bien là, je vous dirais : Bien, peut-être que ce qui nous reste à explorer comme avenue, c'est le régime public. Mais on est loin d'être là. On n'a pas combiné nos pouvoirs d'achat, on ne fait pas partie encore de l'alliance canadienne. Il y a toutes sortes de choses qu'on peut mettre en branle pour parfaire le système actuel. On est dans une négociation avec l'AQPP comme je viens de le mentionner. Donc, donnons-nous l'occasion. Le régime général d'assurance médicaments a 20 ans. C'est relativement jeune. Donc, donnons-nous l'occasion de le parfaire avant de le balancer par les fenêtres et de le remplacer par un nouveau système qui entraîne son lot de coûts et d'iniquités de toute façon.

**Mme Duhaime (Lyne) :** ...

**M. Paradis (Lévis) :** Je comprends. Non, je comprends, Mme Duhaime. Je comprends la mise en place, la structure, hein, rien que de redéployer quelque chose. Mais supposons, et votre vision va plus loin que ça, après l'implantation, dans la mesure où on applique cette structure-là, les irritants demeureront. Il n'y a pas de plus-value à ça, mis à part le fait qu'on construise quelque chose de neuf.

**Mme Duhaime (Lyne) :** ...il y a l'aspect de... Il y a des coûts. Et l'autre chose, c'est l'accès aux médicaments. Et, si on regarde, bien, par exemple, au Québec, on a un système, un régime public-privé avec un accès très, très bon. C'est-à-dire 100 % des résidents du Québec ont accès à l'assurance médicaments. Et la gamme de médicaments qui est couverte, elle est très grande. Si on regarde ce qui se fait, par exemple, l'exemple qu'on va vous citer sûrement de la Nouvelle-Zélande, là, bien, en Nouvelle-Zélande, ils n'ont pas accès à tous les médicaments auxquels on a accès ici au Québec, et même au Canada. Donc, souvent avec une nationalisation de la pharmacie, du médicament, bien, vient une réduction de l'accès aux médicaments. Donc souvent, à quels médicaments? Aux médicaments les plus dispendieux, innovateurs, maladies orphelines. Donc, ça devient un choix de société très, très important à faire.

**M. Paradis (Lévis) :** Intéressant. Je vous poserai une question en terminant, parce que le temps file. Mais pourquoi, et les gens auront compris aussi dans votre exposé et dans votre mémoire que, les assureurs privés, par le régime auquel les gens souscrivent, bon, vous couvrez 12 000 médicaments par rapport à 8 000 dans le public, ah! c'est 4 000 de différent, là, c'est 33 % de plus, et les gens vont dire : Ah! pourquoi?

**M. Chalifoux (Jean-François) :** La clientèle est différente. Nous, ce qu'on vise à faire dans l'industrie de l'assurance privée, c'est d'avoir une main-d'œuvre performante, productive, accompagner l'employeur, du présentisme au travail. Donc, dans bien des cas, même si c'est un médicament qui est pour un enfant, s'il n'est pas couvert en vertu du régime public, mais que ça permet à quelqu'un de demeurer au travail, un homme ou une femme, plutôt que de devoir accompagner son enfant en période difficile, si ça guérit l'enfant, même chose pour l'employé, qu'il puisse se présenter au travail le matin avec moins de douleurs... Donc, même si le médicament... il y a un intérêt pour l'employeur à ce que sa main-d'œuvre soit performante et productive. Donc là, on rentre dans un tout autre... dans des principes bien différents, puis c'est l'employeur qui détermine, là, qu'est-ce qui est bon pour sa performance et sa productivité.

**M. Paradis (Lévis) :** Très clair pour moi. Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. le député de Lévis. Mme Duhaime, M. Chalifoux, représentant l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, merci pour votre contribution à nos travaux.

J'informe les membres de la commission que, lorsque nous reprendrons nos travaux cet après-midi, nous serons à la salle Louis-Joseph-Papineau.

Alors, je suspends donc les travaux de la commission jusqu'à 15 h 30. Bon appétit à tous!

*(Suspension de la séance à 11 h 57)*

(Reprise à 15 h 47)

**Le Président (M. Merlini) :** À l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare donc la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je demande à toutes les personnes dans la salle Louis-Joseph-Papineau... non, la salle...

**La Secrétaire :** Oui...

**Le Président (M. Merlini) :** ...oui, Louis-Joseph-Papineau, oui, c'est bien ça, de bien vouloir éteindre — merci, Mme la secrétaire — toute sonnerie et avertisseur de leurs appareils électroniques.

La commission est réunie afin de procéder aux auditions publiques dans le cadre des consultations particulières sur le projet de loi n° 148, Loi encadrant l'approvisionnement en médicaments génériques par les pharmaciens propriétaires et modifiant diverses dispositions législatives.

Chers collègues, afin que la visioconférence se passe bien, je vous rappelle qu'il ne faut pas interrompre la personne qui a la parole pour éviter les coupures de son et je vous rappelle que l'image du député qui a posé une question demeure à l'écran lorsque le témoin y répond.

Cet après-midi, nous entendrons donc, par visioconférence, M. Marc-André Gagnon, professeur associé en politiques publiques de l'Université Carleton, et l'Association générale des étudiants en pharmacie de l'Université Laval.

Alors, M. Gagnon, bienvenue à notre conférence... à notre commission parlementaire, pardon. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, puis nous procéderons à la période d'échange avec les membres de la commission. Je vous invite donc à présenter votre exposé. Bienvenue à la Commission de la santé et des services sociaux.

#### M. Marc-André Gagnon

(Visioconférence)

**M. Gagnon (Marc-André) :** Bien, merci. Merci beaucoup pour cette invitation. Tout d'abord, juste m'assurer que vous m'entendez bien.

**Le Président (M. Merlini) :** Très bien.

**M. Gagnon (Marc-André) :** Parfait. Ça me fait plaisir de venir présenter ici, en fait, ça me fait plaisir de partager mes résultats de recherche académique lorsque c'est possible. Avant de commencer, je voudrais simplement mentionner, j'ai rédigé un court mémoire, qui a été distribué, j'espère que tout le monde a pu obtenir copie. Ce que je vais faire, je vais discuter rapidement les points importants du mémoire pour dire mes commentaires au niveau du projet de loi n° 148.

Donc, avant de sauter dans le projet de loi n° 148 et la question du coût des médicaments génériques, je voudrais tout d'abord... Ce que j'ai essayé de faire, dans mon mémoire, c'est dresser un portrait d'ensemble du régime d'assurance médicaments du Québec. Il ne faut pas oublier une chose, c'est que, parmi tous les pays de l'OCDE, le Canada est le seul pays qui a un régime public universel d'assurance maladie qui n'inclut pas le médicament, comme si le médicament n'était pas un service de santé essentiel. Parmi tous les pays de l'OCDE, en fait, celui que les coûts par habitant en médicaments est le plus élevé, c'est les États-Unis, qui est une espèce de modèle de gaspillage et d'inefficacité, mais, ensuite, c'est le Canada. Mais, au Canada, la province où est-ce que les coûts par habitant sont le plus élevés, c'est le Québec.

• (15 h 50) •

Là, on pourrait dire : Bien, c'est normal qu'on paie plus par habitant au Québec parce qu'on a un meilleur accès que dans le reste du Canada. Et c'est vrai. On fait légèrement mieux au niveau de l'accès aux médicaments au Québec par rapport au reste du Canada. Toutefois, si on regarde les études du Commonwealth Fund et on regarde les pays comparateurs qui ont des régimes publics universels d'assurance médicaments, si le Québec fait mieux au niveau de l'accès aux médicaments que les autres provinces canadiennes, on reste des derniers de classe par rapport aux pays qui ont des régimes publics universels d'assurance médicaments et qui paient beaucoup moins par habitant. En fait, si on se compare à la moyenne des autres pays de l'OCDE, on pourrait économiser environ 45 % par habitant en coût des médicaments tout en s'assurant un meilleur accès avec un régime public universel.

Pourquoi les médicaments coûtent si cher? Bien, simplement parce qu'on est dans un système dysfonctionnel, et le coût des médicaments génériques est un bel exemple de ça. Dans le mémoire, j'ai inclus la figure 3, en fait, sur le coût pour 1 million de comprimés d'atorvastatine calcique — bon, c'est le Lipitor générique. Donc, si on prend 1 million de comprimés de 20 milligrammes, combien ça coûte au Québec, en fait, pour les régimes privés par rapport à ce que ça coûte dans les autres provinces? J'aurais aimé savoir pour les régimes publics, mais le Québec refuse de partager ses données avec l'Institut canadien d'information sur la santé à cet égard. Donc, les régimes privés ont partagé leurs données, et ce qu'on voit, c'est que, pour la même quantité du même médicament, au Québec, ça coûte environ deux fois plus cher qu'en Ontario pour le Lipitor générique. Considérant que le prix du médicament, il y a une part qui va au manufacturier, et cette part qui va au manufacturier, le prix de vente garanti basé sur le meilleur prix disponible au Canada, on paie le prix le moins cher au Canada. Ça signifie que la part qui va aux pharmaciens, aux chaînes de pharmacie, au niveau de la marge, cette part-là est beaucoup plus élevée que dans les autres provinces. En fait, elle est environ cinq fois plus élevée que dans les autres provinces.

Mais là je ne veux pas regarder la part qui va aux pharmaciens, on va regarder uniquement la part qui va aux manufacturiers. Si on regarde uniquement cette part-là et on regarde le prix au Québec, au Canada, par rapport aux

autres pays, on voit que... en fait, la figure 4, le même atorvastatine 20 milligrammes, ce qu'on voit, c'est qu'en fait on paie deux fois plus cher pour le même comprimé, donc le coût qu'on paie au manufacturier, on paie deux fois plus cher qu'en Allemagne, on paie quatre fois plus cher qu'en Suède, qu'au Royaume-Uni ou qu'aux États-Unis, on paie sept fois plus cher qu'en Nouvelle-Zélande. J'ai mis le cas de l'amlopipine aussi. Un peu de la même façon, on paie de deux à 10 fois plus cher que dans les pays comparateurs au niveau de l'amlopipine.

Là, il faut comprendre, on a des marges qui sont immenses. Si on a des marges bénéficiaires immenses, ça attire les intermédiaires, ça attire les stratagèmes pour essayer de capturer ces marges-là. Ce qu'on voit, c'est qu'il y a une série d'intermédiaires, au niveau des chaînes, des bannières, des distributeurs, qui mettent en place ces stratagèmes-là pour essayer d'obtenir des bénéfices sans contrepartie.

Bon, on connaît la question des ristournes qu'obtiennent les pharmaciens, qui a été pendant longtemps un problème. À partir de 2007, ça a été encadré, régulé, plafonné. Le problème, on pensait qu'il était réglé. Mais il faut comprendre, là, si les ristournes sont plafonnées à 15 % au Québec pour les pharmaciens, elles sont interdites en Ontario. Mais, si vous êtes une chaîne nationale comme Costco, par exemple, bien, Costco demandait à ses fournisseurs des ristournes de plus de 60 % pour pouvoir être distribué à l'échelle nationale. Bien, une ristourne de 60 % chez Costco, ça signifie en fait, considérant qu'il n'y a pas de ristournes en Ontario et au Québec, c'est-à-dire on faisait une espèce de calibrage au niveau national avec les autres provinces, on demandait aux autres provinces, en fait, des ristournes de 103 %, 104 %, donc c'est une façon de contourner les règles qu'on avait mises en place pour les ristournes au Québec. Mais quels sont les distributeurs qui possèdent deux chaînes de pharmacies, Uniprix et Proxim... a mis en place des programmes de conformité. Donc, en tant que fournisseur, il est capable d'aller chercher des ristournes plus importantes, capable d'aller... a propre marque maison aussi. Et on demandait par la suite aux chaînes de pharmacies de respecter ce qu'on appelle les programmes de conformité, donc s'assurer qu'on respectait des quotas de 90 % des médicaments qu'on voulait qu'ils soient distribués dans nos pharmacies, que ce soient ces génériques-là qui soient distribués.

Mes questions ont été réprimandées par l'Ordre des pharmaciens pour ça, mais en fait, le principal stratagème, c'est la question des marques maison, donc on pense à Jean Coutu avec Pro Doc, on pense à Pharmaprix avec Sanis Health. La question des marques maison, en fait, il faut comprendre, la chaîne de pharmacies qui crée une marque maison ne produit rien. Ce qu'elle fait, c'est elle lance un appel d'offres auprès des fabricants génériques et va avec celui qui demande le moins cher, fait produire son médicament et met ensuite l'étiquette de sa marque maison sur le médicament.

La RAMQ a fait des études... des enquêtes pour voir combien coûtaient les marques maison, le coût de production par rapport à ce que c'était revendu. La marge était de 89 %. C'est-à-dire que le coût de production, le coût auquel achetait la pharmacie le médicament auprès du fabricant, ce coût-là était majoré, grosso modo, d'à peu près 1 000 %. Il y a un immense problème pour moi, je suis littéralement tombé en bas de ma chaise quand j'ai vu ces chiffres-là. Il faut comprendre, ces marges-là, c'est à peu près les mêmes marges que les hôpitaux vont obtenir avec leur système d'appel d'offres. Et aussi, mais en fait c'était la raison pourquoi j'ai demandé, dans le passé, que le gouvernement du Québec fasse lui-même ses propres appels d'offres, pourquoi est-ce que ce serait la bannière de la pharmacie qui empêche? Et il faut comprendre, même si la marque maison... la bannière crée sa marque maison, bien, ensuite il faut convaincre les pharmaciens propriétaires de respecter cette marque maison là, donc de prendre la marque maison.

Est-ce qu'il y a des programmes de conformité aussi formels que mes questions avaient mis en place? Pas nécessairement, mais il y a plein d'incitatifs. Et ces incitatifs-là, en fait, je ne sais pas quelle forme elles prennent, ça peut être financière ou non. Mais, selon une inspection professionnelle par l'Ordre des pharmaciens du Québec, 1594 pharmaciens affirmaient que leurs franchiseurs, chaînes ou enseignants cherchaient à limiter ou orienter leurs choix de médicaments génériques, dont 13 % affirmaient avoir subi des pressions indues, du chantage ou des menaces pour vendre des médicaments d'une marque générique plutôt qu'une autre. Il y a beaucoup d'argent en jeu, il y a beaucoup de pression commerciale en jeu.

Le projet de loi n° 48 vise à essayer de diminuer ces incitatifs-là qu'on impose aux pharmaciens. Pour moi, ce n'est pas une solution. Le pharmacien, il est dans un système où est-ce que, si vous avez un pharmacien qui est dévoué, qui cherche que le bien-être de ses patients, il se retrouve à être constamment puni dans ce système-là. Et de plus en plus on se retrouve avec des intermédiaires commerciaux qui lui imposent des choix commerciaux par rapport à son choix professionnel, d'une part. Et en plus...

**Le Président (M. Merlini) :** M. Gagnon, il vous reste une minute, M. Gagnon. Il vous reste une minute.

**M. Gagnon (Marc-André) :** Parfait. Et donc on est dans un système où est-ce que ce... donc on est dans un système en fait qui encourage l'imagination entrepreneuriale puis la capacité des acteurs à constamment contourner les règles.

Le projet de loi n° 148, c'est dire : On va plafonner à 50 % la part de l'approvisionnement qu'un pharmacien peut avoir auprès d'une marque, mais écoutez, ce genre de règle là, avec les jeux des alliances, partenariats qu'il peut y avoir, des intermédiaires et les fabricants, je veux dire, au bout de deux semaines, les acteurs principaux vont trouver les moyens de contourner cette règle-là.

Pour moi, il est beaucoup plus important de penser à une réforme structurelle du régime d'assurance médicament afin de se donner les outils institutionnels nécessaires pour assurer un meilleur accès aux médicaments, de manière plus équitable, à meilleur coût, tout en assurant un usage plus rationnel du médicament. Et malheureusement je suis très sceptique sur la capacité du projet de loi n° 148 d'aller dans cette direction-là. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. Gagnon, pour votre exposé. Nous allons débiter la période d'échange. M. le député de La Pinière et ministre de la Santé et des Services sociaux, la parole est à vous.

• (16 heures) •

**M. Barrette :** Merci, M. le Président. Alors, M. Gagnon, bonjour, merci de prendre le temps de participer à cette commission parlementaire. C'est toujours très intéressant de vous entendre. Maintenant, je commencerais, par contre, M. Gagnon, par mettre en perspective certaines affirmations que vous avez faites, qui sont exactes, mais qui, à mon avis, à mon humble avis, méritent peut-être quelques nuances.

C'est vrai que le Canada est le seul système qui a un régime d'assurance maladie qui ne comprend pas le médicament. Vous avez tout à fait raison là-dessus. Mais, là où je mettrai une grande, grande, grande nuance, nous sommes le seul régime d'assurance maladie qui couvre tout à payeur unique et qui interdit le reste dans le système public, d'une part. D'autre part, nous sommes le seul système d'assurance maladie à payeur unique qui ne permet ni le ticket modérateur ni la contribution de l'usager de quelque manière que ce soit, que ce soit d'une manière assurée ou non assurée.

Alors, de dire que... ou d'appuyer toute la présentation sur ce simple fait-là, il me semble qu'en quelque part ça vient un peu biaiser la réflexion. Je ne le dis pas méchamment. Je comprends bien votre optique, je fais simplement mentionner ce fait-là.

À titre indicatif pour ceux qui nous écoutent et qui sont moins familiers avec les analyses comparatives des systèmes de santé, les gens connaissent bien la France, la France est souvent prise en exemple pour la qualité de son système, d'une part, et d'autre part pour la performance de son système. D'ailleurs, récemment, je lisais une analyse, bon, qui est, en quelque part, un peu sommaire, sommaire dans le bon sens du terme, là, c'est des experts comme vous qui avaient été invités à commenter, à classer, parmi 10 pays, les meilleurs systèmes de santé dans le *New York Times* — ça ne fait même pas trois semaines que c'est sorti — et la France, la Suisse, l'Allemagne et le Canada étaient là-dedans, et ce sont ces pays-là qui arrivaient en premier.

Et les gens ne le savent pas, peut-être est-il utile de les informer et de leur indiquer qu'en France l'assurance maladie couvre deux tiers seulement des coûts et que le troisième tiers, il doit être payé via une loi qui impose à tout le monde d'avoir un assureur supplémentaire qui, à l'usage, paie ce que l'on appelle les dépassements qui ont été prévus depuis 1945 dans leur système, qui sont de l'«overbilling», là, des tarifs supplémentaires permis par l'État. Je ne dis pas ça pour faire la promotion du système français, mais simplement pour mettre les choses en perspective.

Alors, c'est sûr que, quand on regarde le dollar public dépensé per capita, bien, on constate que le dollar public est comparable d'un pays à l'autre, à part, évidemment, les États-Unis, comme vous l'avez bien mentionné. Il est relativement comparable d'un pays à l'autre, mais le dollar canadien, il va totalement pour la totalité du système d'assurance maladie, alors que, dans les autres pays, le dollar public, il est fractionné en une partie pour l'assurance maladie, une partie pour les médicaments, une partie pour la physiothérapie, une partie pour, pour, pour. Alors, quand on compare, à un moment donné, il faut avoir une lecture, je pense, un peu plus nuancée de la chose. Moi, je le dis souvent et je vais le redire maintenant, la Loi canadienne sur la santé est une espèce de prison dans laquelle on agit, les gouvernements provinciaux et territoriaux. Il y a des limites qu'on nous impose qui nous empêchent de faire d'autre chose.

Quand vous parlez du médicament, je comprends de votre propos, puis peut-être que je vous impute des intentions, loin de moi de vouloir faire ça, mais je comprends de votre propos ou je soupçonne que vous êtes un protagoniste d'un régime d'assurance médicaments universel similaire à celui de l'assurance maladie. Je vous dirais que c'est une position qui se défend. Il y a une logique, là, que l'on peut défendre pour faire ça. Néanmoins, quand on en fait la promotion, force est de constater, quand on analyse, que ça amène une dépense publique supplémentaire. Et, s'il y avait lieu de mettre ça en place, évidemment, on arrive obligatoirement dans une dépense additionnelle substantielle qui amène obligatoirement des augmentations des impôts, et je ne sais pas si les gens voudraient aller là au moment où on se parle.

Je ne vous dis pas que le système dans lequel on vit actuellement en termes d'assurance médicaments est parfait, mais je pense que vous l'avez noté vous-même, le régime public, le RGAM, le régime général d'assurance médicaments, qui est notre régime public à nous, qui ne couvre pas la totalité de la population, qui est imparfait, je vous l'accorde, demeure certainement le régime le plus exhaustif qui offre la plus grande couverture du Canada. D'ailleurs, hier... cette nuit, en fait, ont été publiées les données de l'ICIS qui montrent, de loin, là, de loin, là, c'est presque 50 % de plus que les autres provinces, 40 %, le Québec dépense en dollars publics en assurance médicaments jusqu'à, dans certains cas, 50 % de plus que d'autres provinces riches. On dépense plus que la Colombie-Britannique, on dépense plus que l'Ontario, et ainsi de suite. Alors, je trouve qu'on est dans une situation qui est quand même imparfaite mais favorable en termes de dépenses publiques.

Mais je vous l'accorde, le concept, l'idée d'un régime national d'assurance médicaments, sans aucun doute, a des mérites, ça, il n'y a aucun doute là-dessus, a des écueils. Il n'y a aucun système qui est parfait. Je ne pense pas que les systèmes européens sont parfaits, eux aussi. Mais, tant les systèmes européens qu'américains, que canadiens ou sud-américains, là, on ne peut pas vraiment comparer ça, je pense, là, mais dans les pays industrialisés qui investissons, en dollars publics, des sommes comparables, nous n'avons pas les mêmes chemins que parcourent ces dollars publics là et on n'a pas exactement les mêmes résultats. Mais il n'y en a aucun qui est parfait, et je trouve que, malgré tout, au Canada, on s'en sort, à mon avis, très bien.

Et je n'ai même pas mentionné la sacro-sainte Suède, qui, elle, a un ticket modérateur qui, au Canada, serait un péché mortel. Non, mais c'est toujours amusant de le dire, ça, la sacro-sainte Suède a un ticket modérateur. N'est-ce pas quand même quelque chose, dire cette phrase-là et mentionner le mot «ticket modérateur»? Je regarde mes collègues à l'instant et je sens beaucoup, beaucoup... je sens une pulsion pour commenter cette possibilité-là, que je vais leur laisser le plaisir d'aborder, s'ils le souhaitent. Mais on en rit, là, ici, M. Gagnon, là... on ne rit pas de la pulsion, mais du fait qu'on vit, dans notre système... puis, dans notre système, il y a des mots qui passent bien puis il y a des mots qui passent moins bien, puis il est imparfait, donc il y a des bons côtés, des fois, puis des moins bons côtés. Et faire certaines allusions, dans notre environnement, dans notre contexte, ça ne passe pas toujours très bien. Et je ne porte pas de jugement de valeur sur qui que ce soit quand je dis ça.

Maintenant, vous dites que le projet de loi ne fait pas un certain nombre de choses que vous avez indiquées dans votre présentation, mais c'est parce que le projet de loi, il n'est pas fait pour ça. Ce n'est pas un projet de loi... Le projet de loi qui vise à faire ce que vous avez mentionné, briser la chaîne, chercher le meilleur prix, enlever les avantages indus qui sont relayés aux consommateurs, bien, ça, c'était la loi n° 81 et la loi n° 92. On a mis en place des lois qui, carrément, visent à faire baisser la pression sur le consommateur, ça fait ça.

Et 148, bien, c'est une loi qui vise à faire en sorte que les économies substantielles... Et je peux vous dire une chose, je vais vous dire une chose bien, bien simple, j'ai bien hâte de voir comment le Canada va se débrouiller, dans sa négociation avec l'ACMG, l'Association canadienne du médicament générique, pour générer les économies x, y, z. Nous, on l'a fait. Elles sont là, les économies puis elles vont être relayées aux consommateurs. Elles sont là pour l'État. L'État, aux dernières nouvelles, c'était une extension des consommateurs, puisque notre régime public, il vit à partir des impôts et des taxes des citoyens et des entreprises. On a mis en place des choses pour faire ça. 148 ne vise pas à en faire plus. 148 vise une chose, vise à faire en sorte que, vu du côté du producteur, du manufacturier, l'accès soit suffisamment libre et concurrentiel pour éviter, justement, les monopoles. 148, et là je suis en désaccord avec ce que vous avez dit, si j'ai bien compris, peut-être que j'ai mal compris, mais il y a une chose qui est certaine, 148 ne permet pas des monopoles, c'est fait pour empêcher les monopoles. La limite de 50 %, là, c'est pour empêcher des monopoles, c'est pour empêcher des bannières, c'est pour empêcher des faux fabricants de monopoliser un marché par des ententes contractuelles d'achat de la part de leurs franchisés. Et c'est fait pour ça, 148.

Et 148 doit se voir dans l'esprit ou dans les conditions d'une entente qu'on a convenue qui amène des économies tellement substantielles que je ne vois pas une seule province, actuellement, au Canada avoir réussi à atteindre, par leur propre voix ou par l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, ou pharmaceutique pancanadienne, de telles économies.

Alors, moi, je vous laisse la parole, là, pour commenter là-dessus, commenter, d'abord et avant tout, je vous dirais, sur 148, là, je comprends l'essence de votre mise en place, là, et que je respecte et que j'apprécie, mais 148, actuellement, voyez-vous des problèmes? Avez-vous des suggestions, puisque c'est l'objet de notre consultation publique?

• (16 h 10) •

**M. Gagnon (Marc-André) :** Parfait. En fait, beaucoup de choses. Évidemment, je ne commenterai pas sur les structures des régimes d'assurance maladie de manière générale et d'assurance médicaments. C'est juste que l'exception du Québec, à terme, est devenue un petit peu problématique à la fois au niveau des coûts, au niveau... On n'a pas nécessairement un meilleur accès que beaucoup d'autres pays avec un régime public universel, et des problèmes aussi au niveau de l'équité.

D'une part, vous m'avez lancé plein de questions sur les dépenses publiques supplémentaires. Excusez, là, je veux juste quand même mentionner, là, regardez, là, en ce moment, les régimes privés obligatoires, on a des cotisations salariales obligatoires qui sont prélevées directement sur les salaires alors que les primes publiques, c'est des cotisations obligatoires prélevées sur les salaires, la même chose. Ce n'est pas une augmentation d'impôt. Un régime public universel, les primes privées obligatoires deviennent des primes publiques obligatoires et vont devenir des primes moindres parce qu'on va avoir un système qui est plus efficace. Au bout du compte, on parle d'une augmentation du revenu disponible des travailleurs, on ne parle pas d'une augmentation des impôts.

Oui, le projet de loi n° 81 est intéressant. L'entente qu'on a eue avec les fabricants de génériques, on attend encore les détails, là, c'était supposé être en début octobre, mais les prix sur la liste des médicaments n'ont pas encore été changés, etc. Bon, 38 % de réduction sur cinq ans, puis, je veux dire, je ne boude pas mon plaisir, là, c'est une excellente chose qu'on est allés chercher, ce rabais-là, mais ça, c'est un rabais sur le coût de détail du médicament, donc la part donnée au fabricant. Et, je répète, le médicament, si on regarde le Lipitor générique, bien, on paie le double au Québec par rapport à l'Ontario. Ça fait que, si on fait un rabais de 38 % sur une petite partie de l'ensemble de ce prix-là, bravo! mais ça reste que les problèmes systémiques restent là.

On a mis de côté les appels d'offres en disant : Bien, écoutez, si on allait avec les appels d'offres, ça aurait pu faire perdre des emplois au niveau des fabricants de génériques. Bien là, attention, là, là Pharmaprix et Proxim, avec McKesson, ont leur propre marque maison, Pharmaprix a sa propre marque maison, Jean Coutu a sa propre marque maison, et eux fonctionnent avec des appels d'offres, vont chercher les prix plus bas. Je ne vois pas qu'on va sauver des emplois dans le secteur générique. On va peut-être sauver des emplois au niveau des marques maison, mais, je le rappelle, les marques maison ne produisent simplement rien.

Effectivement, l'idée de limiter à 50 % l'approvisionnement par un fournisseur, puis vous avez raison, là — s'il y a un malentendu, je suis désolé — c'est une bonne chose, là. Je suis d'accord avec l'esprit de la loi. Le problème, c'est qu'on est avec des acteurs, des intermédiaires qui ont une capacité d'adaptation assez élevée, et ça serait facile pour deux marques maison de se mettre ensemble ou de créer un spin-off de marques maison, et vous avez maintenant deux marques maison qu'on peut imposer à des chaînes de pharmacie ou à des pharmaciens propriétaires, et on va se retrouver avec les mêmes pressions commerciales qu'auparavant.

Donc, simplement, sur la question des marques maison, si le problème, c'est les marques maison, bien, faisons comme l'Ontario, éliminons les marques maison, tout simplement. C'est devenu illégal, la Cour suprême a considéré que c'était tout à fait conforme à la Constitution, etc. Donc, à partir de là, si on veut s'attaquer aux marques maison, faisons-le avec le gros bâton, éliminons-les, tout simplement. Il n'y a aucune raison que l'intermédiaire de la bannière empoche des sous sur les génériques plutôt que ce soit le fabricant, le pharmacien avec ses ristournes qui sont régulées. Et, pour le reste, bien, c'est le consommateur, le patient qui devrait aller chercher des prix plus bas, tout simplement.

**M. Barrette :** M. Gagnon, avec beaucoup de respect, je vous invite à bien lire la loi n° 92, et vous y constaterez qu'aux articles 80.1 et 80.2 ce que vous venez de mentionner comme étant à être empêché, bien, de un, vous avez raison,

mais vous constateriez que c'est exactement ça que ça interdit. On a déjà passé des lois qui interdisent ça, avec des amendes substantielles à la clé, s'il y avait contravention à ces articles-là, d'une part, et en plus on s'est donné des pouvoirs d'enquête substantiels pour justement mettre au jour ce genre de chose là. Alors, on s'entend, là, vous et moi, on identifie exactement le même problème et on a le même souhait, c'est-à-dire d'interdire ce que vous venez de mentionner. Mais on a déjà, dans nos lois, mis ça en place pour régler ça, l'empêcher. Et, les amendes, je pense que, quand on arrive dans les millions de dollars, ça commence à être des amendes qui sont substantielles.

Sur la question du prix, au moment où on se parle, j'ai de la difficulté à vous suivre parce qu'on paie le même prix qu'en Ontario, là. Il n'y a pas de différentiel de prix. Il peut y avoir un différentiel avec d'autres pays, mais, pour ce qui est de la dynamique canadienne, on paie exactement le même prix qu'en Ontario, il n'y a pas de différence, ou ailleurs au Canada, puisqu'on paie le prix le plus bas, à moins que quelqu'un d'autre soit plus bas que l'Ontario, évidemment.

Mais, quand vous mentionnez le fait qu'on n'a pas encore le détail, bien, on ne l'a pas parce qu'il y a des ententes qui, pour le moment... on a convenu de les garder confidentielles parce que l'alliance pharmaceutique pancanadienne n'a pas encore réussi à trouver le chemin pour eux qui les amènerait au même niveau d'économie que nous. Alors, nous, on a été les plus agressifs au Canada, on a convenu d'une entente. Et vous conviendrez avec moi que l'enjeu pour l'État, actuellement, et par la bande le citoyen, est d'avoir un coût le plus bas possible. Et vous l'avez mentionné vous-même, c'est quand même une économie substantielle dans l'histoire du Canada. Il n'y a personne qui a réussi à faire ça. Et aujourd'hui les prix ne sont pas publics dans le reste du Canada pour une raison bien simple, l'alliance pharmaceutique pancanadienne n'a pas encore réussi à trouver un chemin qui les amène à notre destination. Attendons, et, à ce moment-là, éventuellement les choses seront publiées. Mais, dans les faits, ce que vous mentionnez que vous souhaitez voir interdit, on l'a déjà mis dans la loi, mais pas dans 148 — 148, c'est un autre objet — mais c'est dans 81 et 92 ensemble, je dirais, là.

**M. Gagnon (Marc-André) :** Parfait. Merci beaucoup. Sur la question de la différence de prix entre Québec et Ontario, en fait, il y a deux parties au prix du médicament : il y a la part qui va au fabricant et ce qu'on appelle, une mauvaise traduction, là, le coût de délivrance, la part qui va au pharmacien, donc l'honoraire du pharmacien, et la marge que peut prendre la pharmacie. Dans les études du Conseil d'examen du prix du médicament breveté, avec le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, simplement ce qu'eux ont démontré, c'est que, lorsqu'on prend en compte le coût de délivrance, donc la part du pharmacien, bien, en fait, grosso modo, dans la figure 3, ce qu'on montre ici, c'est que, de manière générale, la moyenne du coût de délivrance pour 1 million de comprimés de 20 milligrammes est autour de 200 000 \$ ici. Ça fait que, grosso modo, on parle de 0,20 \$ par comprimé, en moyenne, dans les autres provinces du Canada. Au Québec, le coût de délivrance, donc la part qui va au pharmacien pour l'atorvastatine calcique, on parle ici de 0,75 \$ par comprimé. Donc, sur le coût de base, on est à peu près à 0,40 \$ par comprimé pour le médicament lui-même, mais, au-delà du 0,40 \$, il y a un 0,75 \$ qui s'en va au pharmacien.

Là, effectivement, il y a des questions des renouvellements mensuels qui se font plus souvent au Québec. Mais, pour les régimes privés, en fait — là on compare le coût des régimes privés parce qu'on n'a pas les données pour le régime public — il n'y a pas de renouvellement mensuel obligatoire pour les régimes privés. Donc, à partir de là, on se retrouve quand même à payer 1,15 \$ le comprimé, alors que, dans les autres provinces, on paie plus autour de 0,65 \$ le comprimé, et c'est ça qui est problématique. Donc, même si on a un 38 % de rabais sur la part qui va au manufacturier, donc 38 % de rabais sur le 0,40 \$ du comprimé qui va au manufacturier, bien, au bout du compte, on se retrouve malgré tout à payer à peu près 1 \$ le comprimé. Donc, le problème reste entier au niveau systémique, par rapport au système. Ceci dit...

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. Gagnon. Ça met un terme avec l'échange avec le groupe formant le gouvernement. Maintenant, nous allons aller à l'opposition officielle. M. le député de Saint-Jean, la parole est à vous. Vous disposez de 12 minutes pour votre échange avec M. Gagnon.

**M. Turcotte :** Merci, M. le Président. Bien, vous pouvez terminer votre idée, M. Gagnon, ce que vous étiez en train d'expliquer.

• (16 h 20) •

**M. Gagnon (Marc-André) :** Bien, en fait, ça ramenait aux questions de problème systémique. Puis là, en même temps, ce n'est pas une affirmation comme quoi : Ah! bien, regardez, c'est parce que les pharmaciens chargent trop cher ou quoi que ce soit. Non, non, on a un système qui encourage certaines formes d'abus.

Puis je comprends très bien, là, je veux dire, 92, 81, on a essayé de mettre en place des outils pour essayer de modifier les choses. Puis effectivement, je ne boude pas mon plaisir, ça a permis de faire un certain ménage. Mais on se retrouve quand même avec des stratagèmes qui restent en place et des niveaux de marge bénéficiaire qui sont extrêmement élevés. Donc, pour moi, ce type de réforme là, je reconnais la bonne intention puis je suis content qu'on les applique, mais malgré tout je suis loin de crier victoire pour les consommateurs parce qu'on se retrouve dans les mêmes stratagèmes où est-ce que les Québécois, Québécoises continuent à payer trop cher, où est-ce que les fabricants génériques se retrouvent confrontés à des appels d'offres faits par les grandes chaînes de pharmacie et n'ont pas nécessairement les marges et les accès qu'ils aimeraient avoir.

Et on se retrouve avec des pharmaciens, dans tout ça, que... Le pharmacien dévoué qui veut juste la meilleure santé de son patient se retrouve à être pénalisé ou recevoir des pressions. Je comprends que 92 va aider à réduire ces pressions-là, mais ma formation d'économiste me dit que, quand les incitatifs économiques sont là, qu'il y ait une règle ou qu'il n'y en ait pas, on va trouver une façon de la contourner au besoin.

**M. Turcotte :** Merci, M. Gagnon. Ça m'amènerait à... Parce que, là, vous abordez la question, en partie, là, des honoraires professionnels des pharmaciens. Et puis, à la page 8 de votre mémoire, vous mentionnez... puis vous l'avez un peu repris en partie, là, dans vos mots, quand vous dites : «Les pharmaciens sont [...] accusés d'abuser du système en réclamant des honoraires professionnels trop élevés auprès des régimes privés, ou encore en touchant des ristournes disproportionnées. La réalité est plutôt que, si certains pharmaciens ou intermédiaires [ont] une fibre plus entrepreneuriale arrivent à contourner les règles, de manière légale ou non, pour aller chercher des marges bénéficiaires extrêmement élevées, un pharmacien consciencieux et dévoué qui recherche avant tout le bien-être de son patient est souvent pénalisé par le système actuel. Non seulement ses revenus resteront maigres par rapport aux marges empochées par les autres intermédiaires, mais de plus il est confronté à une logique commerciale qui cherche constamment à empiéter sur son choix professionnel.»

On a abordé un peu la question précédemment, M. Gagnon, avec les représentants des compagnies d'assurance, mais ce débat-là aussi est présent depuis un certain temps au Québec. Sur la question de la rémunération des pharmaciens, c'est sûr que ça a un enjeu. Vous avez abordé la question tantôt en réponse à M. le ministre. Quand vous dites que, exemple, le renouvellement mensuel des prescriptions de médicaments, ça amène un coût plus élevé malgré toute économie qui pourrait se faire auprès de l'industrie pharmaceutique, que ce soit pour 30 jours ou pour trois mois, c'est le même honoraire professionnel. Donc, d'y aller trois fois, donc, on multiplie par trois le coût.

En même temps, la rémunération telle qu'elle est basée actuellement, à part quelques exceptions, peu importe le prix du médicament, quand c'est, exemple, au public, bien, le pharmacien est payé le même montant dans ses honoraires. Ça inclut aussi tous les coûts de la pharmacie, etc., donc ce n'est pas juste son temps à lui comme pharmacien. Donc, ça va dans les deux sens aussi, là. Puis là en même temps vous dites, puis vous l'avez répété plus qu'une fois, que le projet de loi qu'on est en train d'étudier, bien, ne réglera pas les problèmes, puis les gens qui sont mal intentionnés vont trouver des façons de contourner.

Donc, un coup qu'on se dit tout ça, on fait quoi? Parce que votre objectif est louable, mais en même temps, les solutions ne sont pas si évidentes que ça, là.

**M. Gagnon (Marc-André) :** Bien, écoutez, tout à fait, là, pour moi, je parle d'un problème systémique ici. L'idée, c'est qu'on a un régime qui est complètement fragmenté dans lequel il y a une série d'acteurs qui sont capables de jouer sur les règles. Et on a aussi un système... Et on ne va pas se le cacher, là, le régime général d'assurance médicaments, en bonne partie, il est construit sur un pelletage de coûts. Pour sauver des coûts au niveau du public, bien, simplement, on ouvre plus grande la porte aux abus de la part des régimes privés. Et la question, le problème, c'est que les assureurs privés, normalement, sont payés en termes de pourcentage des dépenses. Ça fait qu'ils ne vont pas se plaindre très, très fort par rapport à ça.

Mais au bout du compte on a systématiquement des grandes divergences entre ce que paie le régime public pour un médicament, lorsqu'on prend en compte les honoraires des pharmaciens, et ce que va payer les régimes privés. Et là ensuite on peut dire : Ah oui, mais c'est les pharmaciens qui abusent. Mais là, attention, là, un pharmacien qui va être dans un quartier... Regardez, je parlais avec un actuaire qui me parlait de la ville de Québec, une dame qu'il a rencontrée lui disait : Je remplissais toujours ma prescription dans la Haute-Ville et j'avais tel prix, et, lorsque je suis allée dans la Basse-Ville, là, le prix était plus élevé pour le même médicament. Simplement, le pharmacien chargeait plus cher parce qu'elle avait un régime privé. Les honoraires, la marge étaient plus chers pour les gens de la Basse-Ville. Mais le pharmacien de la Basse-Ville, c'est qu'il se retrouve dans un quartier où est-ce qu'une plus grande proportion de ses clients sont sur le régime public, où est-ce que les honoraires professionnels sont régulés, encadrés, plafonnés, etc., en fait, fixés. Donc, à partir de là, s'il veut pouvoir se maintenir en vie, il n'a pas le choix, pour les régimes privés, d'augmenter encore plus ce qu'il va demander en termes d'honoraires professionnels.

Le problème de base, c'est : il faudrait un système d'honoraires professionnels qui soit équitable à la fois pour le régime public et privé, qu'il s'applique à tout le monde de la même façon, là, grosso modo, pour empêcher d'ouvrir la porte aux abus, où est-ce que, finalement, un pharmacien, parfois, doit charger plus au régime privé pour survivre. Mais tu as l'autre pharmacien à côté, lui, il a vite compris le système et lui va essayer de trouver une façon de charger constamment des honoraires professionnels excessifs au régime privé, par exemple. Donc, au niveau de ces problèmes-là — ici, c'est du paiement des pharmaciens, il faut comprendre — bien, le pharmacien qui veut juste faire du bon travail, il est dans un système où est-ce qu'on encourage carrément ce type d'abus, et c'est ça qui est problématique.

**M. Turcotte :** O.K. Merci, M. Gagnon. Dans le projet de loi, quand on voit que pour une interdiction de dépasser de 50 % pour le même fabricant pour un médicament générique, certaines personnes mentionnent, bon, peut-être qu'avec des dédales administratifs, soit des filiales ou autres, qu'il y aurait possibilité de contourner cette règle-là pour, finalement, dépasser le 50 %. Vous en pensez quoi?

**M. Gagnon (Marc-André) :** Bien, en fait, je ne dis pas qu'ils vont essayer de dépasser, c'est... Regardez, on vient de publier, dans *Globalization and Health*, un article sur les fusions-acquisitions dans le secteur pharmaceutique générique, voir les différents jeux d'alliance. Puis parfois ce n'est pas des fusions-acquisitions, ça va être simplement des partenariats ou des ententes qui vont être mises en place. Et il faut comprendre, au niveau des chaînes de pharmacie au niveau nord-américain, en particulier aux États-Unis, en ce moment les chaînes de pharmacie, les «pharmacy benefits manager» aussi, comme on les appelle, sont en train vraiment de se consolider, et eux font une pression immense auprès des fabricants génériques. Et on se retrouve avec plusieurs acteurs dans ce système-là qui sont en mesure de naviguer un petit peu ces pressions-là, soit par des fusions-acquisitions, soit par un jeu d'alliance, soit par des partenariats.

Un petit marché comme le Québec qui arrive avec une règle qui dit : Bien, nous, on... 50 % du même fournisseur, bien, les fournisseurs qui vont vouloir fournir ici, ils vont dire : Bien, écoutez, d'accord, on va simplement créer un spin-off d'une petite compagnie à part, donc au lieu d'avoir une seule marque, on va avoir deux marques pour nos médicaments, et à ce moment-là on va pouvoir... et faire les mêmes pressions auprès des patients québécois... en fait, auprès des pharmaciens québécois. Et ça, pour moi, ce type de règle là est fort problématique.

Ici, l'enjeu, c'est d'abord et avant tout les marques maison. Bien, c'est ce que je crois qu'il faudrait interdire d'abord et avant tout. Et ensuite, si on veut envoyer le Bureau de la concurrence pour s'assurer qu'il n'y ait pas d'ententes et de partenariats au sein des fabricants de génériques... bien, on l'a fait en 2007, peut-être il est temps de rappeler le Bureau de la concurrence pour aller faire le ménage là-dedans. Mais fondamentalement je n'ai pas l'impression que la loi n° 148 va apporter... Je veux dire, on ne va pas reculer avec la loi n° 148, mais ça ne va pas être un grand pas en avant non plus.

**M. Turcotte** : Je peux y aller, M. le Président?

**Le Président (M. Merlini)** : Oui, oui, allez-y, oui, oui, oui.

• (16 h 30) •

**M. Turcotte** : Oui? Je voulais être sûr.

Vous revenez, là, avec ça sur la question des marques maison, là, avec aussi... On le voit, là, il y a quand même des transactions de certaines bannières de pharmacies au Québec. Bon, on a vu Jean Coutu récemment, bon, qui va avoir un plus grand lien, mettons, avec Brunet, bon, Uniprix avec Pharmaprix.

Concrètement, là, quelles seraient les conséquences si on appliquait votre plan par rapport aux marques maison?

**Le Président (M. Merlini)** : En 45 secondes, M. Gagnon. En 45 secondes, s'il vous plaît.

**M. Gagnon (Marc-André)** : Au niveau des marques... C'est parce que, écoutez, on a un intermédiaire ici qui... Vous regardez, sur le rapport annuel de Jean Coutu, Pro Doc est une vache à lait. Pro Doc ne produit rien. À un moment donné, il y a un problème. Pourquoi est-ce qu'on se retrouve à faire de larges bénéfices pour une chaîne de pharmacies qui ne produit rien en termes de médicaments, alors que ça, c'est des sous qui devraient revenir à l'ensemble des patients pour baisser les coûts des médicaments de manière générale au Québec, là. Donc, pour moi, c'est ça, le véritable problème.

Pour moi, une réforme systémique... on doit se donner les outils institutionnels au niveau de l'achat du médicament. Dans toute la série de régimes qu'a parlé le ministre Barrette, la France, etc., bien, vous regardez les outils institutionnels qu'ils ont au niveau... pour négocier le prix des médicaments, pour promouvoir l'usage rationnel du médicament, ça, c'est des infrastructures qu'on n'a pas ici étant donné la fragmentation du système entre le public et le privé.

**Le Président (M. Merlini)** : Merci beaucoup, M. Gagnon, pour cet échange avec l'opposition officielle. Nous allons maintenant vers le député de Lévis, de la deuxième opposition, pour un bloc d'échange de huit minutes. À vous la parole, M. le député de Lévis.

**M. Paradis (Lévis)** : Merci, M. le Président. Bonjour, M. Gagnon, toujours un plaisir, hein? Dans d'autres projets de loi, on a eu l'occasion de vous entendre également et de constater les recherches puis les chiffres qui nous sont présentés, alors, extrêmement bien documentés, dans un dossier, dans un domaine qui, ma foi, est quand même complexe.

Deux choses, d'abord, et je reviens sur l'ambition du projet de loi n° 148, en tout cas sa volonté... et je reprends, dans les impacts réglementaires notamment, le fait qu'on considère qu'une condition essentielle pour favoriser une plus grande concurrence sur le marché, c'est de faire en sorte que la position dominante des marques maison, qui, elle, est susceptible de réduire la concurrence sur le marché, limiter la capacité financière des autres fabricants à consentir des baisses de prix, on s'y attaque.

Alors là, c'est la notion du 50 %, et vous remettez... je comprends, à travers votre mémoire, vous remettez en question l'efficacité de cette mesure-là, bien que le ministre nous ait dit, puis on l'a vécu pas mal ensemble, 81 et 92, il y a des règles et des articles qui s'attaquent au contournement potentiel versus des dispositions financières et pénales qui sont, ma foi, importantes. Et, au surplus, dans le 148, bien, on obligera tout pharmacien à transmettre à la RAMQ un rapport annuel sur ses achats, histoire de valider et de vérifier tout ce qui s'est fait. Donc, malgré cette assurance-là, la volonté de permettre une plus saine concurrence, d'éviter la monopolisation par le biais des marques maison, dans ce que vous voyez là, on ne peut pas y arriver. Votre constat, c'est un constat d'échec sur la volonté du 148 à atteindre ses objectifs.

**M. Gagnon (Marc-André)** : Ce n'est pas un constat d'échec, là. Comme je dis, ce n'est pas un pas en arrière, c'est juste qu'on parle de marges bénéficiaires tellement élevées... Écoutez, quand on s'est attaqués aux ristournes, qu'on a plafonné les ristournes au Québec, là, à partir, en fait, de 2007, mais ensuite en 2010, à 20 %, etc. Écoutez, là, vous avez un système où est-ce que vous avez des marges bénéficiaires immenses. Vous avez beau plafonner à 20 %, vous êtes... Moi, la première chose que j'ai dite... bien, on est certain que d'ici quelques mois on va avoir un ensemble de stratagèmes qui va être en place pour contourner ces règles-là, pour s'assurer que certains des joueurs qui sont plus rapides dans le système vont pouvoir aller s'en mettre plein les poches, et c'est ce qu'on a vu avec les différentes chaînes de pharmacies, de différentes manières.

Ici, c'est un peu la même chose. C'est que je comprends, là, l'effort, il est louable, mais, dans le bouillonnement du secteur générique nord-américain, en ce moment, ce type de règle là me semble trop facilement contournable. Donc, je ne dis pas que ça va être un échec. Je dis, ça va sûrement être du sable lancé dans l'engrenage, mais ce n'est pas une manière qui va arrêter les engrenages des abus qu'on pouvait voir en ce moment.

**M. Paradis (Lévis) :** Moi, je vois, dans le 148, un projet de loi de continuité, parce que, bon, faisant suite au 81 et 92, avec des objectifs bien précis, qui se questionnaient sur les marges bénéficiaires, sur la problématique des coûts de délivrance, etc., tout n'étant pas parfait en soi, vous dites : Bien, tant qu'à ça, allons à l'extrême limite. Tant qu'à dire : Vous n'achèterez pas plus que 50 % d'une marque maison, bien, abolissons les marques maison et rendons-les illégales.

Si c'était fait, si votre option était adoptée, quel serait l'impact immédiat d'une mesure comme celle qui a déjà été mise en place ailleurs?

**M. Gagnon (Marc-André) :** La mesure immédiate, en fait, est-ce que... sur les fabricants de génériques, ça serait bénéfique, me semble-t-il. Simplement, eux auraient beaucoup plus accès à un véritable marché, donc meilleur accès.

Au niveau des chaînes de pharmacies, deux choses. Effectivement, on met fin aux marques maison qui sont très problématiques au niveau de... justement, c'est un secteur de la chaîne de pharmacies qui ne produit rien et qui fait beaucoup de sous, mais qui avait mis en place aussi une série de pressions commerciales auprès des membres, donc des pharmaciens propriétaires. Ces pressions-là disparaissent aussi de la même façon. Aussi, on se retrouve... bien, écoutez, vous avez... McKesson possède deux chaînes de pharmacies et une marque maison, mais McKesson peut se créer une deuxième marque maison puis demander à ses deux chaînes de pharmacies de dire : Bien, écoutez, pour ces 23 génériques là, qui sont les gros vendeurs, on va aller avec telle marque maison puis, pour les autres, on va aller avec telle autre marque. Au bout du compte, c'est 50-50, c'est ce qu'on impose. Et, d'accord, la loi n° 92 a des pénalités financières qui sont là. Moi, je pars du principe que, si les incitatifs financiers pour essayer de contourner les règles sont là, bien, les abus ils vont être là, tout simplement.

**M. Paradis (Lévis) :** Votre scepticisme, vous le décrivez très, très concrètement. Vous nous dites que, somme toute, si on recule un peu en arrière et qu'on essaie de comprendre la problématique des prix puis de la fixation des prix, c'est systématiquement puis c'est manifestement un problème de coûts de délivrance. Vous identifiez le problème de façon très précise. Il est là, l'abus. Je vois votre... et vous me corrigez, je vois votre analyse avec l'atorvastatine, le 254 % de plus pour la délivrance, faisant en sorte qu'on paie... qu'inévitablement il y a un impact sur le consommateur. Le problème où le bât blesse, puis là on sort un peu du 148, c'est la problématique et le coût de délivrance, c'est-à-dire ce que l'on appelle la part du pharmacien.

**M. Gagnon (Marc-André) :** En fait, oui et non. Ce que j'ai montré, c'est qu'effectivement le coût de délivrance est un problème en soi, donc la part du pharmacien qui est beaucoup trop gonflée, et ça, ça ne veut pas dire que c'est tous les pharmaciens qui s'en mettent plein les poches. *Protégez-Vous*, son enquête montrait très bien que les coûts varient du simple, au double, au triple, selon la pharmacie, au niveau du coût de délivrance. Donc, à partir de là, ce n'est pas tous les pharmaciens qui logent à la même enseigne.

Mais il y a un problème aussi au niveau du coût du détail des médicaments, donc la part qui revient au manufacturier. On paie beaucoup plus cher au Canada que dans les autres pays et, même avec un rabais de 38 %, on continue à payer beaucoup plus cher que dans les autres pays. Pour moi, en fait, quand on a discuté du projet de loi n° 81, j'étais venu faire un plaidoyer en faveur des appels d'offres pour les génériques. Un système d'appels d'offres pour les génériques aurait, pour moi, été une bien meilleure solution, d'une part, pour assurer qu'on va chercher le maximum d'économies pour l'État québécois, mais aussi dans un cadre... je répète, dans un contexte de fusion, acquisition. Écoutez, 25 milliards en fusion, acquisition en 2015, 45 milliards en fusion, acquisition dans les génériques en 2016.

Là, on se retrouve avec des logiques de consolidation, au niveau des fabricants, contre lesquelles on ne peut pas se protéger. Un système d'appels d'offres aurait permis de se protéger entre autres en assurant de mettre des clauses pour la sécurité de l'approvisionnement et éviter les pénuries de médicaments. On a choisi un chemin autre, je suis d'accord avec ça, je prends note et, soit dit en passant, j'apprécie beaucoup qu'on est allés négocier un rabais sur le prix listé du médicament générique et non pas un rabais confidentiel. C'était la crainte que j'avais, ce qui montre... ce qui est un peu différent des logiques précédentes où est-ce que le régime public avait tendance à essayer de réduire ses coûts en pelletant les coûts dans le privé. Là, ici, on est allés négocier une baisse de prix qui allait s'appliquer à la fois au public et au privé. Ceci dit, cette baisse de 38 %, si on se compare aux autres pays comparateurs sur le prix des mêmes génériques, on paie encore beaucoup trop.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. Gagnon.

**M. Gagnon (Marc-André) :** Donc, le coût de détail est aussi problématique.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. Gagnon. Ça met un terme aux échanges. M. Marc-André Gagnon, professeur associé en politiques publiques de l'Université Carleton, merci de votre contribution aux travaux de la commission.

Je suspends quelques instants pour permettre à l'Association générale des étudiants en pharmacie de l'Université Laval de prendre place. Alors, nous suspendons quelques instants.

*(Suspension de la séance à 16 h 40)*

*(Reprise à 16 h 43)*

**Le Président (M. Merlini) :** Alors, nous reprenons donc nos travaux après cette brève suspension. J'ai le plaisir d'accueillir l'Association générale des étudiants en pharmacie de l'Université Laval. Vous disposez de 10 minutes

pour faire votre exposé, et ensuite il y aura une période d'échange avec le ministre et les porte-parole des deux oppositions. Je vous invite à vous présenter avant de faire votre exposé. A vous la parole.

**Association générale des étudiants en pharmacie  
de l'Université Laval (AGEPUL)**

**M. Cantin (Eliott) :** Parfait. O.K. Ça fonctionne. Oui. O.K., moi, mon nom, c'est Eliott Cantin.

**M. Beausoleil (Olivier) :** Olivier Beausoleil. J'occupe le poste de vice-président aux finances dans l'association étudiante.

**M. Cantin (Eliott) :** Et je suis vice-président aux affaires extrafacultaires de l'Association générale des étudiants en pharmacie.

En fait, ce qu'on voulait présenter aujourd'hui, c'était principalement par rapport à une inquiétude qu'on pouvait avoir par rapport au projet de loi, principalement quand que, par exemple, avec une compagnie pharmaceutique, si on atteint, par exemple, 50 % de l'approvisionnement avec une compagnie pharmaceutique X, c'est parce qu'on sait qu'un produit générique a environ, mettons, 80... bien, il y a un 20 % de biodisponibilité qui va être différent normalement avec le produit original. Puis ce qu'on a peur, c'est qu'il y a certains patients, par exemple, qui peuvent vraiment réagir de manière différente à certains médicaments ou à certains génériques puis, de temps en temps, un patient, par exemple, pourrait bien réagir à un générique, mais pas à un autre. Puis on a peur que la limitation à 50 % puisse empêcher un pharmacien, à un certain moment pendant l'année, de pouvoir continuer de servir comme un produit générique au patient que le patient aurait besoin.

Parce que, des fois, changer un générique pour un autre, vu qu'il y a une variabilité de 20 % dans la biodisponibilité, bien, on a peur qu'il puisse y avoir comme des différences majeures dans les traitements des patients puis que... En fait, il y a une étude aussi là-dessus qui supporte le fait qu'il y a plus d'hospitalisation dans le fait, par exemple, de changer les produits génériques chez un patient.

Je vais laisser Olivier continuer par rapport à l'étude à ce sujet.

**M. Beausoleil (Olivier) :** C'est ça. Dans le fond, moi, ce que... Merci, Eliott, d'abord.

Ce que je voulais amener comme point, c'est qu'en fait un générique n'est pas équivalent nécessairement à un autre générique. Santé Canada, pour approuver un générique, se fie à sa biodisponibilité, comme Eliott l'a dit, la quantité disponible dans le sang de ce médicament-là qui doit être plus ou moins 20 % similaire au médicament original. O.K.? Donc, on a un «range» de 80 % à 120 % d'équivalence par rapport à la molécule originale. O.K.?

Cependant, les médicaments génériques entre eux peuvent donc avoir jusqu'à 40 % de différence entre un et l'autre. Un médicament pourrait avoir 80 % de la biodisponibilité de l'original, tandis qu'un autre pourrait en avoir jusqu'à 120 %. Et, jusqu'à maintenant, il n'y avait pas d'étude nécessairement qui était sortie qui avait prouvé que cette différence-là avait un effet sur la santé du patient. Là, je vois que... de ce que j'ai pu assister jusqu'à maintenant, on voyait beaucoup qu'on parlait du côté rémunération, du côté est-ce que c'est possible de contourner. Nous, on voulait se concentrer sur la santé du patient, quel impact ça allait avoir sur le patient, concrètement, au Québec.

Donc, il y a une étude, justement, qui est sortie récemment, début octobre, où on a vu que ça a été publié dans certains journaux, dont un de nos professeurs, un cardiologue, Paul Poirier a participé, puis cette étude-là prouve que... dans le fond, elle a suivi des patients qui prenaient des médicaments pour l'hypertension, trois différents médicaments, puis tous ces patients-là étaient sur le médicament original jusqu'à ce que le brevet tombe échu. Là, une certaine partie a continué sur l'original, une certaine partie est tombée sur le médicament générique.

On a constaté que, chez les patients qui avaient changé pour le médicament générique, il y avait eu 11 % plus d'événements cardiovasculaires et 11 % plus d'hospitalisation seulement au cours du premier mois pour les patients qui avaient changé au générique. Donc, déjà là, on voit une première preuve que les génériques ne sont pas nécessairement équivalents aux originaux comme on le pensait auparavant. Donc, simplement cette différence-là entre le générique et l'original nous fait penser qu'il peut y avoir une différence encore plus marquée et importante entre les génériques entre eux.

Ainsi, si on plafonne à 50 % l'approvisionnement de certains propriétaires en une compagnie générique, ce qui engendrerait que certaines pharmacies devraient s'approvisionner différemment dans leurs molécules, et donc des patients devraient... s'ils veulent conserver leur pharmacien, ce qui est un droit du patient d'avoir à choisir... d'avoir un choix libre et éclairé dans le choix de son pharmacien, si la pharmacie n'est pas capable d'offrir au patient le même générique qu'il prenait auparavant, eh bien, il est possible que son état de santé, qui était stable auparavant, se déstabilise.

Donc, si on veut retrouver... là, il peut y avoir des hospitalisations, ce qui engendre un coût aussi pour le système de santé. Ça, c'est de un. Et, si on veut s'assurer de restabiliser... de s'assurer que l'état de santé du patient redevient stable comme il l'était auparavant, il va falloir faire des analyses de laboratoire, faire un suivi plus étroit, et ça aussi, ça engendre des coûts. Donc, pourquoi risquer ce changement de stabilité là chez un patient chez qui la condition est stable? Pourquoi risquer des hospitalisations supplémentaires, des événements cardiovasculaires? Là, je parle juste d'une étude qui est sortie récemment pour des génériques de médicaments pour l'hypertension, mais ça pourrait potentiellement s'étendre à d'autres classes de médicaments également.

Donc, nous, c'est ça, on ne voulait pas nécessairement s'attarder sur la rémunération, on ne voulait pas nécessairement... parce que ce n'est peut-être pas non plus de notre intérêt, mais là, c'est ça, le point principal qu'on voulait amener à la table aujourd'hui.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. Cantin et M. Beausoleil, pour votre présentation. Nous allons débiter immédiatement la période d'échange avec M. le ministre et député de La Pinière. À vous la parole pour un bloc d'au moins 19 min 30 s.

**M. Barrette :** Merci, M. le Président. Alors, M. Beausoleil, M. Cantin, je ne me rappelle par l'ordre, je m'excuse. M. Beausoleil, bon. Alors, bien, d'abord, merci de venir nous rencontrer aujourd'hui et de nous faire part de vos observations. C'est très apprécié.

Est-ce que, sur le projet de loi comme tel... bien, en fait, vous avez fait un commentaire sur le projet de loi, mais, sur le projet de loi comme tel, vous n'avez pas de commentaire spécifique. Vous en avez un sur les conséquences de l'application du projet de loi. Je comprends bien.

Et permettez-moi simplement de faire ce commentaire-là parce que votre intervention était de cette nature-là. Pendant les prochaines minutes, vous transformez... ce n'est pas une critique, mais vous transformez notre commission parlementaire en «journal club», puis c'est bien correct, ça m'intéresse. Alors, faisons un «journal club» parce que c'est ça que vous faites, puis c'est correct.

Alors, vous venez nous voir en nous mettant en garde contre des conséquences cliniques d'un plafonnement du volume des génériques venant d'un fournisseur, d'un fournisseur dans une pharmacie donnée. C'est l'argumentaire que vous défendez. C'est correct, à date?

• (16 h 50) •

**M. Beausoleil (Olivier) :** Oui.

**M. Barrette :** Bon. Et vous appuyez votre argumentaire sur une étude, et il y en a une. Il n'y a pas de littérature extensive à date. Peut-être qu'il y en aura un jour... Pardon?

**M. Beausoleil (Olivier) :** Est-ce que c'est un échange ou est-ce qu'on attend que vous terminiez?

**M. Barrette :** Oui, oui, je veux juste finir mon argument, puis après... C'est un échange.

**M. Beausoleil (Olivier) :** C'est certain que les bases, ce n'est pas super bien documenté, c'est une porte qui s'ouvre. Donc, on n'est pas en train de faire une critique, de s'opposer totalement, on est simplement en train d'exposer une inquiétude potentielle qu'on pourrait avoir.

**M. Barrette :** Et c'est comme ça que je le reçois. Je le reçois comme ça, mais le commun des mortels, qui est moins familier avec ça, comme vous l'êtes, comme je le suis, peut penser qu'il y a là un axiome, que là c'est vraiment comme ça, là, tout le temps, tout le temps, tout le temps. Je veux simplement mettre les choses en perspective. C'est une étude, elle a une valeur, comme toutes les études, mais le fondement de toute la littérature scientifique demeure la corroboration par d'autres études. Ça, c'est le commentaire que je fais, avec lequel vous allez sans doute être d'accord.

Deuxièmement, et là je vais aller à l'autre extrême de la logique de la chose, deuxièmement, ce que vous nous dites justifierait une politique de ne jamais aller vers le générique, parce que, si cette étude-là est prise au pied de la lettre, ce qui est la base de votre argumentaire aujourd'hui, qui est intéressant, bien, ça va dans la direction, à partir de maintenant, c'est médicament d'origine pour toujours pour tout le monde, puis ça amène là. Alors, si votre argument, et c'est votre argument, qu'il y a un danger au 50 % sur la base de la comparaison avec les médicaments d'origine, la conclusion logique, c'est que c'est terminé, là, on ne met plus personne sur aucun générique.

L'autre argument que je veux vous faire valoir, c'est que, vous l'avez dit vous-même, dans les médicaments génériques, sur la question de la biodisponibilité, pour le commun des mortels qui nous écoute, qui n'est pas familier avec le mot, ça veut dire l'effet thérapeutique en fonction de la dose prescrite, pour que tout le monde puisse... grosso modo, là, je ne veux pas entrer dans le détail, mais là je m'adresse au grand public qui n'est pas familier avec ces concepts-là, ça va de moins 20 % à plus 20 %, donc de 80 % à 120 %.

Conséquemment, si vous prenez l'exemple du 80 %, vous pouvez aussi prendre l'exemple du 90 %, du 95 %, du 105 %, du 110 %. Alors, il n'y a pas un axiome. Ce n'est pas une règle, ça, là. La conclusion de l'étude ne peut pas aujourd'hui être une règle absolue. Il y a une analyse qui est faite avec une coordonnée, vous avez utilisé vous-même le mot. Vous ouvrez une nouvelle cohorte, c'est un premier pas, peut-être que... mais le principe, vous nous amenez vers une logique de médicaments d'origine, jamais de génériques.

**M. Beausoleil (Olivier) :** Ce n'est pas exactement ça que je voulais dire.

**M. Barrette :** Bien, je vais juste finir parce que ça, c'est le fondement de ma réponse que je vous fais et de la discussion que l'on a.

Maintenant, dans la pratique, là, en fonction des règles de marché — et là, là, j'insiste là-dessus, ça, je pense que vous savez ça, là — ce n'est pas vrai qu'un pharmacien, dans sa pratique usuelle d'aujourd'hui, aujourd'hui, là, en 2017, un pharmacien qui a été diplômé il y a 10 ans, que, pendant les 10 dernières années, le pharmacien, dans sa pharmacie, a toujours utilisé le même générique. Jamais que ça, ça arrive. Les génériques utilisés par les pharmaciens fluctuent en fonction de différentes règles, notamment des règles de marché et d'assurance.

Alors, il se peut même, et c'est très fréquent, qu'un même patient puisse, dans son cheminement thérapeutique, recevoir, pendant une période donnée, un médicament d'origine, avoir un premier générique, avoir un deuxième générique,

avoir un troisième générique qui va lui être servi par un pharmacien qui, lui, aura acheté des génériques en fonction des prix du marché et d'éventuelles ristournes des compagnies. C'est ça, la réalité du marché.

Alors, de s'opposer au 50 % sur la base d'une étude qui a ses limites, comme je viens de l'exprimer, mais sans prendre en considération la réalité quotidienne professionnelle des pharmaciens, bien là, je trouve que ça va un petit peu loin. Parce que ce que vous dites, ça dit deux choses. La phrase, ce que ça dit, là, c'est simple, soit on ne passe jamais du médicament d'origine au générique, parce qu'il y a un risque, soit on minimise le risque par une évaluation quelconque, on prend le générique et on ne change plus jamais de générique après.

Ce que vous invoquez, c'est le risque à l'inconstance. Ce que je vous dis, c'est que non pas la littérature, mais l'expérience pratique du monde pharmaceutique, et là je parle du pharmacien propriétaire qui sert des médicaments, est à l'effet contraire, et il n'y a pas de littérature qui montre que dans les 25 dernières années on a eu ce genre d'événement là, du moins documenté.

Donc, on boucle la boucle, on revient à la case départ de la littérature. Je n'ai pas de preuve, moi, là, là, qui me permet de même suggérer qu'il y ait un risque significatif actuellement à faire ce que l'on fait. Et le 50 % ne vient certainement pas avec une limitation, parce que, par classe de médicaments, vous n'allez quand même pas me dire que dans une pharmacie donnée il y a toujours un seul générique qui est fourni, à moins que ce soient des monopoles.

**M. Cantin (Elliott) :** O.K. Oui, le point que je voulais apporter, en fait, c'était surtout... ce n'est pas nécessairement de refuser le générique, c'est plus que le fait de passer d'un générique à un autre, c'est qu'on peut passer d'un patient qui va être stable à un patient qui risque... qui pourrait possiblement ne plus être stable puis qu'il va falloir comme recommencer, par exemple, des études de laboratoire puis recommencer à suivre ce patient-là par rapport à un nouveau traitement avec un nouveau produit générique.

Mais, en fait, l'inquiétude, c'était vraiment par rapport au fait que, comme on disait, c'est que, si on atteint 50 % avec une compagnie générique, ce qu'on avait peur, c'est juste que le pharmacien ne puisse plus s'approvisionner dans le produit générique qu'il voudrait donner à son patient. Parce que c'est sûr que c'est une minorité, mais il y a certains patients, par exemple, qui ont déjà essayé plusieurs génériques, par exemple, puis qu'ils ont absolument, par exemple, besoin d'un générique en particulier. C'était plus dans le sens que, si l'approvisionnement est atteint à 50 %, bien, on trouvait ça dommage que ce patient-là soit obligé soit de changer de pharmacie ou de se chercher un autre pharmacien, parce que le pharmacien ne pourra plus servir le générique, en fait, avec qui le patient a été peut-être stable pendant, je ne sais pas, moi, cinq ou 10 ans. Parce qu'il y a des patients des fois qui ont essayé vraiment deux, trois génériques ou quatre puis qu'il y en a un en particulier avec qui ça a bien fonctionné, un générique, en fait, puis que les autres ça fonctionnait moins bien.

Je suis d'accord par contre que, peut-être côté littérature, on manque de données, on n'a peut-être pas toutes les études qui approuvent ça. C'était plus dans le sens... dans les petites exceptions où on a des patients qui vont avoir besoin de continuer avec un générique x, c'est qu'on trouvait ça dommage qu'à cause du 50 % le pharmacien puisse, par exemple, avoir des... en fait, pas des problèmes pénaux, mais des amendes, en fait, par rapport à ça, alors que le pharmacien va vouloir juste aller dans l'intérêt de son patient. En fait, personnellement, c'est ce que je pensais.

**M. Beausoleil (Olivier) :** Puis pour compléter sa réponse, c'est ça, on n'est pas en train non plus de dire qu'on ne devrait pas utiliser les génériques, qu'on devrait rester avec les originaux. C'est absolument non réaliste, j'en suis conscient.

Nous, c'est plus dans une perspective de stabilité dans le traitement du patient qu'on voyait la chose. Donc, si un patient a débuté une thérapie avec un médicament générique x, on devrait idéalement mettre toutes les chances de notre côté pour pouvoir poursuivre avec cette thérapie-là. Effectivement, dans les dernières années, ça n'a pas fait partie de la pratique d'un pharmacien, parce qu'effectivement souvent la molécule a changé en fonction du prix de vente ou souvent les pharmaciens ont eu à changer de générique en fonction de plusieurs facteurs externes.

Mais là, maintenant, étant donné qu'on va pouvoir... je vais pouvoir vous montrer l'étude par la suite, si ça vous intéresse, mais maintenant qu'il y a une petite brèche, peut-être un petit doute qui vient s'installer... ce n'est pas quelque chose qui est coulé dans le béton, j'en suis conscient, mais c'est une petite brèche, c'est une petite porte qui s'ouvre, qui dit que peut-être que ce serait... ce serait probablement préférable de garder la thérapie stable d'un patient. S'il est sur l'original, on le garde sur l'original. S'il est stable sur le générique et que ça fonctionne bien sur le générique, on le garde là. Mais on devrait mettre toutes les chances de notre côté, et la loi devrait aussi permettre au pharmacien d'utiliser son jugement clinique pour pouvoir poursuivre avec ce traitement-là. On ne devrait pas lui mettre nécessairement de bâton dans les roues en lui imposant un changement de molécule s'il a atteint un quota x. Si c'est ce qui est le mieux pour son patient de poursuivre avec un médicament x, qu'il soit en mesure de le faire. C'est plus dans cette perspective-là.

• (17 heures) •

**M. Barrette :** Disons que là ça nous amène dans un terrain qui est totalement différent, là, pour ce qui est du jugement clinique, mais, sur le plan pharmacologique, on peut commencer par aller dans l'autre sens aussi. Il y a de nombreuses études qui elles ont été faites, qui ont montré que bien des génériques ne donnaient aucun effet différent, là, et qu'il y avait un effet placebo qui était significatif. Je ne vais vous citer que toutes les études qui ont été faites avec les inhibiteurs de pompe à protons, où il a été montré que c'est parce qu'il n'y en avait pas de différence, là, entre le générique et le médicament d'origine, et les génériques entre eux.

Et là on tombe... ça nous emmène, ça, dans un débat qui doit découler de données probantes qui viennent d'études à large spectre, suffisamment large de spectre et à double insu pour prouver telle, telle chose. Mais, nonobstant tout ce que je viens de dire, à partir du moment où on aborde la problématique sur la base de la biodisponibilité et donc de l'effet thérapeutique, ce que ça demande, c'est un suivi clinique pour potentiellement ajuster la dose pour avoir l'effet escompté.

Quand l'étude à laquelle vous faites référence suggère la possibilité d'avoir des effets secondaires indésirables augmentés, bien, c'est d'abord et avant tout parce que le pourcentage de biodisponibilité n'était pas le même. Ça, c'est l'hypothèse, mais ça ne démontre pas que, si l'ajustement avait été fait... parce que c'est dose à dose, c'est milligramme et milligramme. Si la biodisponibilité n'est pas la même, bien, l'ajustement du générique va éviter cette problématique-là. Là, on tombe dans la pratique médicale et/ou pharmaceutique, c'est un autre angle complètement.

Mais que vous me disiez aujourd'hui que ça exige des professionnels de la santé d'avoir une réflexion plus poussée lorsqu'il y a eu un changement du médicament d'origine vers le générique ou entre génériques, je suis d'accord avec vous. Mais, dans cet angle-là, dans l'angle que je viens d'exprimer, c'est l'angle qui justifie le plafonnement à 50 %. Le 50 %, c'est une décision économique, ce n'est pas une décision clinique. Et la conséquence clinique peut être gérée par et les pharmaciens et les médecins séparément ou conjointement.

**M. Beausoleil (Olivier) :** Effectivement, si on est prêts à faire le suivi par la suite. Parce que ce suivi-là, c'est sûr qu'il va y avoir des coûts aussi qui sont engendrés par ce suivi-là. Mais, moi, ce qui m'inquiétait, c'est le fait qu'on dénote une différence entre le générique et l'original quand le générique est approuvé en fonction de l'original. Donc, il y a une différence de, comme je disais, 20 % entre les deux, maximale ou maximale. Là, on peut aller jusqu'à 40 %, il peut y avoir une différence plus grande.

**M. Barrette :** ...dans la pertinence, c'est la responsabilité des organismes réglementaires d'approbation. Alors, là, là...

**M. Beausoleil (Olivier) :** Comme Santé... C'est vers là que je voulais aller aussi.

**M. Barrette :** Non, c'est vous qui allez là, ce n'est pas moi. Quand vous dites ça, là, à ce moment-là, là, il faudrait vous adresser à Santé Canada pour que Santé Canada dise : À partir de maintenant, on ne passe plus au générique puis on ne change pas de générique.

Maintenant, sur le dernier commentaire que vous avez fait juste avant... l'avant-dernier, pardon, commentaire que vous avez fait, en disant : Bien là, peut-être qu'il faudrait faire un suivi, moi, j'ai toujours pensé que la pratique de la pharmacie et de la médecine exigeait des suivis, là.

**M. Beausoleil (Olivier) :** Non, je suis tout à fait d'accord, et c'est l'essentiel du travail de pharmacien que de faire le suivi du médicament. Mais je sais que les analyses de laboratoire coûtent cher à l'État, entre autres. Donc, c'est juste, là, de changer d'un... Mais disons qu'un suivi... Le suivi est habituellement fait à l'année ou aux six mois. D'avoir à le faire plus régulièrement simplement parce qu'on change de molécule, ça engendre des coûts aussi. Là, je sais que vous êtes probablement de loin plus qualifié que moi pour parler de coûts engendrés à l'État pour certaines choses. Nous, on est juste là pour justement amener une piste de réflexion et non pour vous contredire.

**M. Barrette :** Je comprends et d'ailleurs je trouve que notre conversation est très intéressante, stimulante. Mais ça boucle la boucle, le dernier commentaire que vous venez de faire, ça boucle quand même la boucle. Ça veut dire, si vous basez tout sur l'étude de l'Université Laval, qu'on ne passe plus... Vous savez comme moi que c'est comme ça que ça fonctionne, la médecine, là. La médecine, c'est que, s'il y a des évidences qu'il y a un plus grand risque, il faut trouver une manière de contrer le risque.

Si cette étude-là était vérifiée à grande échelle, on ne passe plus jamais de l'innovateur au générique, et, si on passe au générique, c'est après un essai thérapeutique d'ajustement posologique à cause de la biodisponibilité. Mais là, la dernière partie de ma phrase, ça veut dire, chers pharmaciens, chers docteurs au pluriel, dans le merveilleux monde de la médecine, faites votre job. Parce que ça, c'est du suivi. Le 50 % nous amène à la même place, alors.

Mais, à l'inverse, comme je l'ai dit tantôt, ça fait des décennies qu'il y a des changements de génériques chez les patients. Et je n'ai pas vu, moi, puis là je plaide l'ignorance, là, parce que je ne vois pas toute la littérature mondiale de tous les sujets, je n'ai pas vu de littérature qui va à large échelle dans ce sens-là, dans un environnement qui... Depuis des décennies, il y a des changements de l'innovateur au générique, d'origine à générique, à un autre générique, un autre générique. C'est tout ce que je dis.

**M. Beausoleil (Olivier) :** Ce n'est pas que je disais que ce n'était pas le travail des professionnels de la santé que de faire le suivi, bien au contraire. C'est simplement qu'un patient qui a une situation qui est stable, qui est bien traité sous un générique x, pourquoi déstabiliser sa situation si on a la possibilité de ne pas le faire? C'était plus dans cette optique-là que de dire qu'on ne devrait pas faire de... Je ne prétendais pas qu'on ne devrait pas faire de suivi en tant que professionnels de la santé, loin de là.

**M. Barrette :** On se comprend, là. Mais, si vous utilisez l'argument... si je dois me baser sur votre argument du 50 %, donc d'un générique à l'autre, bien, la même logique doit s'appliquer de l'innovateur au générique. La position que vous prenez, là, elle ne peut pas s'appliquer juste à un bout, elle doit s'appliquer tout le long de la phrase. Ça fait que, si vous dites que c'est un risque de 50 %, vous dites donc que c'est un risque aussi de passer de l'innovateur au générique. Donc, si je veux contrer un risque, on ne prescrit plus jamais de générique.

Or, l'expérience des décades passées a montré... ou il n'y a pas de littérature qui montre, qui corrobore ou qui confirme l'étude en question, qui est peut-être bien correcte, puis qui va peut-être être reproduite, et qui va peut-être devenir, dans le futur, la référence. Je ne peux pas le dire, je ne connais pas le futur. Je dis juste que votre position aujourd'hui

nous amène là. Si c'est bon au 50 %, là, quand on est rendu là, bien, ça doit être bon à la case départ. C'est la même logique et la même conséquence.

Conséquemment... puis je vous dirais même, puis je vais être un petit peu plus pointu dans mon commentaire, beaucoup plus pointu, si vous prenez générique à générique, y a-t-il... Vous avez choisi, dans votre discours, de prendre un exemple d'innovateur à moins 20 %. Bien, moi, je vous dis, là, qu'il n'y a pas de générique qui va passer de moins 20 % à moins 30 %. Il n'y en a pas. Il y a juste des moins 20 % qui vont aller à plus. Ça fait que changer de générique, c'est quasiment une bonne idée. Ça fait que 50 %, là, c'est le contraire.

Alors, la fluctuation entre génériques, là, est probablement, en moyenne, moins grande que de l'innovateur au générique. C'est ça, là, que vous dites, là. Si vous partez du raisonnement 100 % à moins 20 %, il y a un risque, 11 %, bien, moi, je vous dis : Bien, alléluia! 50 % vont avoir un meilleur générique. Mais il n'y a pas moins de risque, là.

**M. Beausoleil (Olivier) :** Je ne comprends pas vraiment le raisonnement par rapport à ça, là.

**M. Barrette :** Bien, c'est parce que vous dites, vous, qu'il y a une étude, puis vous prenez l'exemple, c'est votre exemple, on part de l'innovateur, qu'il y a une efficacité de 100 %. C'est le point de référence, il y a 11 % de plus d'événements. Puis vous prenez l'exemple d'un générique qui a moins 20 % de biodisponibilité. Moi, je vous dis que, si on change ce générique-là, à la fin, là, on va améliorer le patient parce qu'il n'y en a pas, de moins 30 %, sur le marché. Ils ne sont pas mis par Santé Canada sur le marché. Le moins 20 % va devenir... ça va être un autre générique, qui va être moins 10 %, peut-être. Zéro différence avec l'innovateur. Je vous dis que ce n'est pas simple de même, cette affaire-là, tout simplement.

**M. Cantin (Elliott) :** Mais, en fait, par contre, c'est de moins 20 % à plus 20 %. Donc, si on passe...

**M. Barrette :** Je le sais.

**M. Cantin (Elliott) :** Bien, c'est ça. Donc, la différence peut aller jusqu'à 40 %.

**M. Barrette :** C'est rare qu'on a des événements cardiovasculaires avec un petit peu plus d'effets que moins, là.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup. Ça met un terme avec l'échange avec M. le ministre. Et nous allons maintenant du côté de l'opposition officielle. M. le député de Saint-Jean, vous disposez d'un bloc de 13 minutes. À vous la parole.

**M. Turcotte :** Merci, M. le Président. Tout d'abord, merci beaucoup, M. Beausoleil et M. Cantin, pour votre présentation. Peut-être, sans vouloir en ajouter, des fois... c'est correct de venir donner votre opinion. Vous auriez pu complètement être ailleurs, mais vous avez décidé de faire le choix de venir nous présenter votre opinion parce que votre future profession vous tient à coeur, puis vous tenez à justement faire en sorte que les futures lois soient les meilleures pour notre population. Donc, je vous remercie d'avoir pris de votre temps, au nom de votre association, pour venir nous présenter les choses. Puis je pense que vous connaissez le caractère un peu bouillant du ministre de la Santé, donc, des fois, quand ça ne fait pas son affaire, il le dit.

Donc, ceci étant dit, j'aurais aimé vous questionner par rapport à... Actuellement, entre un médicament innovateur ou générique... Bien, moi, je vais voir mon médecin, et il me prescrit un médicament, il me dit : Bien, tu peux prendre le médicament d'origine... bien, innovateur, ou tu peux prendre un générique. Qui va décider quel générique on prend? Est-ce que c'est le pharmacien qui le suggère? C'est le patient? C'est le médecin? Qui décide du générique qui est le mieux?  
• (17 h 10) •

**M. Cantin (Elliott) :** En fait, ça, normalement, ça va être le pharmacien qui va décider. Un coup que le pharmacien va recevoir la prescription, il va décider quel générique qu'il va donner. Je vous dirais qu'il n'y a pas nécessairement un choix en particulier envers un produit générique en général, en fait, là. Mais, habituellement, c'est ça. C'est sûr que le médecin pourrait toujours, par exemple, marquer qu'il veut que ce soit tel générique, sans substituer. Mais personnellement je n'ai pas vu ça très, très souvent, là, je veux dire, c'est quand même très rare que ça arrive. Mais en général, habituellement, c'est le pharmacien qui va décider quel générique le patient va prendre.

**M. Turcotte :** O.K. À ce moment-ci ou lors de l'adoption du projet de loi et de son application, il se peut, je suppose que ça doit être déjà le cas, qu'un certain nombre de pharmaciens vendent un pourcentage plus élevé que 50 % d'un médicament générique de... et là de tous les médicaments regroupés, là, du même fournisseur. Donc, ça doit arriver actuellement. Si ça n'arrivait pas, bien, on ne serait pas en train de jaser d'un projet de loi là-dessus. Donc, admettons que c'est 80 %, 70 %, 60 %, peu importe. Il y aura, dès la mise en oeuvre du projet de loi qui deviendra une loi, donc, dès son application, un choix à faire. Donc, pour un certain pourcentage de personnes, le pharmacien... ou avec la personne, dire : Bien, tu recevais tel médicament de tel fabricant, là, on va devoir te changer. Donc, il devra y avoir un choix à faire. Comment ça va se faire?

**M. Beausoleil (Olivier) :** Écoutez, c'est dur de dire. Je suppose que ça va être du cas par cas d'une pharmacie à l'autre, quel médicament ils vont choisir de changer versus quel médicament générique ils vont garder. On a beaucoup parlé de l'efficacité d'un générique par rapport à l'autre, qui pouvait varier. Mais aussi, au niveau des effets secondaires,

ce n'est pas rare que des patients nous rapportent que certains génériques, par rapport à un autre, leur ont amené des effets secondaires et qu'ils exigent qu'on tienne... qu'on leur serve ce générique en particulier, avec lequel ils ne ressentent pas d'effets secondaires.

Donc, ce n'est pas rare pour plusieurs pharmacies, incluant la mienne, où je travaille, d'avoir, de tenir un certain générique pour l'ensemble de la molécule en tant que telle et d'avoir un pot exclusivement pour un patient qui avait mal réagi à ce générique-là. Donc, c'est inévitable que ce serait positif, même ce serait très justifié, que le pharmacien ait la pleine liberté de choisir avec quelle compagnie il s'approvisionne et qu'il ait de la flexibilité, en fonction des patients qu'il a, de choisir un générique par rapport à l'autre.

**M. Turcotte :** O.K. Admettons, là, que là le projet de loi est appliqué tel qu'il est prévu actuellement. Ça fait en sorte que, du jour au lendemain, bien, le pharmacien ou la pharmacienne devra faire un choix avec ses patients, et la transition est pratiquement inexistante dans le projet de loi. Donc, est-ce que d'avoir une période de transition qui permettrait justement, comme le ministre l'a un peu mentionné, de pouvoir ajuster la médication avec la personne, donc de voir s'il y a des réactions ou pas, pourrait être une option? Parce que, pour une personne qui n'a pas encore de médicament, le pharmacien pourra lui proposer un autre générique qui ne rentre pas dans son 50 % déjà existant.

Moi, ce que je vois, le plus gros du problème de ce que vous nous présentez, si on tient compte de l'étude que vous nous parlez, bien, c'est pour les médicaments qui sont déjà prescrits, donc qui sont déjà attribués à des personnes, et que là, il faudra faire des choix, puis ça se peut qu'il y ait une réaction suite à ça. Donc, est-ce que d'avoir une période de transition de je ne sais pas combien de temps pourrait amener une certaine solution à votre inquiétude?

**M. Beausoleil (Olivier) :** Effectivement, ce serait positif. Puis d'ailleurs, là, on parle... c'est dans une minorité des cas, là. C'est vrai qu'on change fréquemment de générique, ça arrive, et en fonction des différentes réalités du milieu. Et, dans la plupart des cas, les patients réagissent bien habituellement. Mais là c'est dans la minorité des cas où ce n'est pas possible, je veux dire, c'est dans la minorité des cas où il y a des effets secondaires ou une baisse de l'efficacité avec l'autre générique, que là ce serait vraiment intéressant pour le pharmacien d'avoir une flexibilité à ce moment-là.

C'est sûr que d'avoir une période de transition, où on pourrait essayer une molécule différente, voir si ça réussit au patient et, le cas échéant, où ça ne réussit pas au patient, de pouvoir revenir à l'autre molécule générique qu'on tenait auparavant, c'est sûr que ce serait intéressant dans le bénéfice du patient et non du pharmacien. Nous, notre intervention principale, là, c'est pour la population, pour la santé des Québécois. C'est ça qu'on veut mettre de l'avant ici puis c'est pour ça qu'on est présents ici aujourd'hui.

**M. Turcotte :** Je comprends que vous ne voulez pas aborder la question de la rémunération parce que, bon, vous avez mentionné d'entrée de jeu que ça vous concernait moins. Je peux comprendre actuellement. Éventuellement, ça va vous concerner quand même. Dans le cas où... Selon ce que M. le ministre a mentionné précédemment, les pharmaciens ont aussi ce rôle-là avec les médecins, bien entendu, de voir si une prescription, donc un choix de médicament, est correcte, s'il n'y a pas de réaction, puis tout ça, et de modifier si tel est le cas. Pour cette révision-là ou ce suivi-là, est-ce que les... Moi, de ce que je comprends, c'est que les rémunérations ne sont pas nécessairement... les pharmaciens ne sont pas nécessairement rémunérés pour faire ça.

**M. Beausoleil (Olivier) :** Effectivement, ce que je trouve déplorable. Mais ça, c'est encore un enjeu qui est beaucoup plus grand, là, c'est le mode de rémunération des pharmaciens. On est principalement rémunérés à la distribution de médicaments et non aux services cliniques qu'on donne. Avec la loi n° 41 et avec certains actes de la loi n° 41, oui, on va être rémunérés pour un suivi pour un nombre défini de fois par année. Donc, ce n'est pas à chaque fois qu'on fait un suivi, c'est qu'il y a un nombre x de suivis qui va être rémunéré dans l'année. Donc, c'est ça.

En ce moment, le mode de rémunération fait qu'on est rémunérés principalement à la distribution des médicaments, un honoraire à chaque fois qu'on sert le médicament. Mais, si on veut aller plus loin, si on veut faire un suivi et prescrire des analyses de laboratoire, analyser les résultats, le cas échéant, faire une opinion pharmaceutique au médecin par la suite, par la RAMQ, les opinions pharmaceutiques sont rémunérées; par les assurances privées, ce n'est pas le cas. Donc, c'est juste la façon dont on est rémunérés.

On dirait que ce n'est pas une méthode qui nous pousse à aller plus loin nécessairement dans nos interventions, entre autres dans les suivis. Donc, ce serait intéressant, c'est sûr, que, si on pouvait revoir le mode de rémunération et être rémunérés au service clinique qu'on donne, au lieu d'être rémunérés à la distribution du médicament, ce serait une innovation qui aurait sa place d'être puis qui serait très appréciée dans le milieu, à mon avis.

**M. Turcotte :** Moi, je crois que, comme on veut faire des grandes réformes ou qu'on veut changer les choses, c'est souvent auprès des plus jeunes qu'on doit s'adresser, souvent, parce que là... souvent, les rêves, les aspirations, c'est dans la jeunesse qu'on peut les trouver. Donc, premièrement, je vous remercie pour votre témoignage, ce que vous nous amenez. Je vous remercie aussi pour votre intérêt pour les travaux parlementaires sur le projet de loi n° 148. Mais, en terminant... Est-ce qu'il y a encore un peu de temps?

**Le Président (M. Merlini) :** Oui, il vous reste trois minutes, M. le député de Saint-Jean.

**M. Turcotte :** Bon. J'aimerais ça vous questionner sur la question des stages en pharmacie pour voir où est-ce que c'en est à l'Université Laval.

**M. Cantin (Eliott) :** En fait, pour la condition des stages, ça s'est quand même relativement bien réglé, je vous dirais, là, on a quand même... En tout cas, à cette session-ci, si je ne me trompe pas, tout le monde est vraiment placé, on n'a comme pas vraiment de problème par rapport aux stages. On avait peut-être un petit peu plus d'inquiétude par rapport à l'hiver parce qu'en fait il va y avoir plus de gens qui vont... en fait, parce que toutes les cohortes à l'hiver vont vraiment être en stage. Tandis que là à l'automne, par exemple, les premières ne sont pas en stage. C'est sûr qu'à l'hiver, habituellement, c'est une période où est-ce qu'il y a plus de stages toutes cohortes confondues, là. Donc, on avait peut-être plus des inquiétudes par rapport à ça. Mais pour l'instant ça va bien, puis pour l'instant il n'y a pas de problème.

**M. Beausoleil (Olivier) :** C'est ça. Pendant la période de crise, l'année dernière, ce qu'on craignait, c'était de retarder certains diplômés qu'on allait remettre. Mais là, ce n'est plus... tout devrait arriver dans les dates, là, il n'y a plus vraiment d'inquiétude par rapport à ça. On a fait des ajustements. On a réussi à faire du recrutement aussi. Puis là on touche du bois, mais ça semble s'être stabilisé, là.

**M. Turcotte :** Bien, je vous remercie beaucoup puis je vous souhaite bonne chance dans votre prochaine profession.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. le député de Saint-Jean. Nous allons maintenant vers le deuxième groupe d'opposition. M. le député de Lévis, la parole est à vous pour un bloc d'échange de neuf minutes. À vous la parole.

• (17 h 20) •

**M. Paradis (Lévis) :** Merci, M. le Président. M. Cantin, M. Beausoleil, bienvenue. C'est intéressant, hein, je veux dire, vous êtes dans une portion du n° 148 qui met un peu de côté la notion économique, pas seulement un peu mais totalement, pour vous arrêter à cette étude-là qui a été présentée et qui a fait jaser, hein, je vous dirai que l'effet sur les gens, ça a été un questionnement. D'ailleurs, dans cette même étude, c'est le Dr Poirier, cardiologue, où... et je pense que c'est intéressant de le dire et de le préciser aux gens, vous avez comparé le nombre de visites à l'urgence, les hospitalisations avant et après l'arrivée sur le marché de versions génériques de médicaments spécifiquement dans le domaine de l'hypertension. Et là vous avez constaté des choses, le fameux 11 % dans le premier mois d'épisodes d'urgence ou d'hospitalisation.

En même temps, c'est intéressant parce qu'il y a des gens qui se sont dit, puis je présume... Puis en fait je veux avoir un peu l'effet, comment vous avez perçu l'effet de cette nouvelle-là. Après médication, les gens, là, ils sont... Tu sais, c'est important, tu prends la bonne pilule au bon moment puis tu fais confiance en ton pharmacien. Puis qui ne s'est pas fait dire un jour : Bien, écoutez, on a maintenant le générique, puis, regarde, ça va bien, ça fait la job? Je comprends qu'à travers ça il y a la vigilance du professionnel, il y a la vigilance aussi de l'utilisateur, hein, qui doit être en mesure de dire à son professionnel s'il y a des effets qu'il ne ressentait pas ou s'il y a des impressions. Puis ça vous nourrit aussi, ensuite, dans votre relation avec le patient.

Sauf que Dr Poirier dira... le 11 % dans le premier mois chez les personnes qui sont passées à la version générique, il dira, et je le cite : «Ce pourcentage s'est atténué par la suite, possiblement parce que les médecins ont ajusté la dose du médicament de leurs patients ou qu'ils leur ont prescrit un autre médicament», avance M. Poirier. [Donc,] 12 mois après l'introduction de la version générique — notamment d'un des produits que vous avez analysés — la fréquence des visites à l'urgence et des hospitalisations demeurait 2 % plus élevée...» Mais là on a quand même de façon significative diminué le pourcentage qui avait été vu dans le premier mois, on s'entend?

Ça a été quoi, là... Puis je prends un autre truc, puis c'est important aussi parce qu'il y a des gens, moi, qui m'ont questionné, des personnes âgées, notamment, qui se sont dit en voyant ça : Ouf! Il faut-u que je retourne à l'innovateur?, on est-u en train de me donner quelque chose que je ne devrais pas prendre? Puis je sais que ce n'est pas ça, le but de l'exercice. Vous avez dit : Ce qu'on veut faire, là, c'est inviter à la prudence. C'est ce que j'ai compris de l'étude. Et d'ailleurs vous direz dans l'étude que ça n'établit pas de lien de cause à effet entre les changements de médicament, mais donc ça invite à la prudence. Alors donc, ça, c'est dire : Soyons conscients puis soyons allumés tout le monde.

C'était quoi, la réaction de cette étude-là dans votre travail? Et vous travaillez dans une pharmacie. Comment les gens ont perçu ça? Est-ce que ça a suscité une crainte, davantage de questionnements sur l'opportunité de choisir le générique par rapport à l'innovateur?

**M. Beausoleil (Olivier) :** Vas-y.

**M. Cantin (Eliott) :** Personnellement, moi en tout cas, la réaction que j'ai eue beaucoup, c'est qu'il y a des pharmaciens, entre autres... Bien, tu sais, parce qu'il y a deux genres... Il y a des pharmaciens en fait qui vont avoir beaucoup plus d'assurance, il y en a d'autres qui vont être un petit peu plus, on va dire, peureux, si on veut. Je vous dirais que, chez les pharmaciens qui sont un petit peu plus peureux, ça a peut-être fait un petit peu peur par rapport au suivi. Les pharmaciens, en fait, voulaient faire plus de suivi dans le fait, mettons, de passer d'un médicament originaux à un générique pour juste s'assurer, en fait, que le traitement soit adéquat puis qu'il n'y ait comme pas de problème du fait de passer de l'originaux au générique. Personnellement, c'est beaucoup ce que j'ai vu dans mon milieu de travail puis ce que j'ai entendu parler en général, que... de peut-être faire des suivis qui étaient plus étroits. Mais, à part ça, je ne sais pas si Olivier avait des expériences.

**M. Beausoleil (Olivier) :** Mais auprès de clients...

**Une voix :** Auprès de la clientèle.

**M. Beausoleil (Olivier) :** C'est ça, auprès de la clientèle, il n'y en a pas beaucoup qui ont pris connaissance de cette étude-là jusqu'à maintenant. J'en ai eu certains. Puis, à ce moment-là, comme vous l'avez dit dans l'étude, c'est le 11 % au cours du premier mois, on parle bien du premier mois, et donc de la période de changement sur laquelle je veux insister. C'est pendant la période de changement qu'il y a eu une hausse des hospitalisations, et ce n'est donc pas le... Moi, ce n'est pas nécessairement le passage au générique que je vois problématique, c'est juste le changement de thérapie, le changement de molécule. Donc, si un patient est stable avec un médicament quelconque, un générique quelconque, moi, je n'avais pas nécessairement de problème à... pas de... Je cherche un mot.

**M. Paradis (Lévis) :** De crainte à...

**M. Beausoleil (Olivier) :** C'est ça, je voulais calmer ses inquiétudes. Je voulais calmer ses inquiétudes par rapport à : J'ai changé de... j'ai pu changer au médicament générique, il y a trois ans, est-ce que ça va être négatif pour moi? La période de changement est terminée, vous êtes stable avec ce médicament-là, il n'y a pas nécessairement d'inquiétude à avoir, à ce moment-là, parce que le changement s'est passé, vous vous êtes ajusté, maintenant, votre thérapie est stable avec ce nouveau médicament-là. Donc, je n'ai pas de problème à les rassurer à ce moment-là. Puis habituellement ça passe assez bien.

**M. Paradis (Lévis) :** Et là on se comprend, parce que le premier changement, il passe de l'innovateur au générique. Le premier élément ensuite, il pourrait y avoir substitution sur un générique parce que maintenant le pharmacien tiendra un produit provenant d'un autre fabricant. Mais en fait, votre première intervention, quand vous avez à rencontrer un client, un patient, c'est le moment où on passe de l'innovateur au générique puis de juger, dans ce 30 jours-là, dans ce mois-là, évidemment, l'effet du médicament, puis surtout les effets sur son traitement, puis les modifications que, lui, peut sentir ou qu'on pourrait vous rapporter. C'est entre l'innovateur et le générique, rarement entre deux génériques.

**M. Cantin (Elliott) :** Oui, bien, en fait, c'est parce que c'est rare, c'est très rare quand même qu'on va changer d'un générique à un autre. Habituellement, c'est stable dans les pharmacies. Puis l'approvisionnement puis les personnes, en fait, en général, vont souvent prendre le même générique, à moins qu'une pharmacie change vraiment... Comme je vous disais, ça arrive qu'il y a une pharmacie qui a un produit que... elle a un générique puis, du jour au lendemain, elle passe complètement à un autre générique. Il y a des personnes, par exemple, qui vont pouvoir rapporter des effets secondaires ou il y a des personnes qui vont vouloir revenir à l'ancien générique parce que ça allait bien. Mais, en général, c'est quand même rare qu'on passe d'un générique à un autre.

Mais c'est sûr que le problème, comme Olivier a dit, c'est surtout, justement, le changement, le fait de passer de l'original à un générique. Oui, il va falloir faire attention, il va falloir faire un suivi. Mais là c'est parce qu'on n'a plus un problème de juste original à générique, ça va être original, à générique, à générique. On a juste peur que ça s'accroisse, en fait, là.

**M. Paradis (Lévis) :** Mais est-ce qu'il vous est arrivé, dans votre pratique où vous travaillez, avec des collègues qui ont terminé depuis plus longtemps parce que vous êtes... bon, d'avoir à faire des changements de générique à générique? C'est quelque chose qui est déjà arrivé. Les génériques ne sont pas identiques sur le marché, depuis les 50 dernières années, là, je veux dire, il y a des choses qui ont changé, et tout ça. Il vous arrive d'avoir à être obligés d'offrir un autre générique par rapport à un premier qui est pris par un patient, là.

**M. Beausoleil (Olivier) :** Oui, effectivement. Puis surtout, au cours de la dernière année, il y a eu plusieurs bouleversements puis changements dans le milieu pharmaceutique. Donc, oui, il y en a eu, des changements de générique. Puis, c'est ça, il y en a plus dans la dernière année, et, dans la dernière année, il y a eu plus de patients aussi qui ont rapporté qu'avec ce nouveau générique là ils ont eu tel effet secondaire ou... C'est une infime partie de tous les changements qu'on aurait faits, mais reste que ça arrive. Donc, il faut juste rester vigilants.

**M. Paradis (Lévis) :** Mais je comprends ce que le ministre raconte. Puis, je veux dire, une étude, aussi probante soit-elle puis aussi intéressante soit-elle, fait en sorte que, dans la multitude de données qui sont publiées, à un moment donné, c'est une vision qui incite à la prudence. Mais ce n'est pas en soi une vérité qui s'applique à tout. Je comprends bien.

Je suis quand même content que vous abordiez ça parce que manifestement, au-delà... puis que vous me disiez que certains patients se sont informés davantage. La publication de cette étude-là, en tout cas pour des gens autour de moi, a provoqué des questionnements puis, pour certains, a fait en sorte que certains remettent en question l'utilisation d'un générique, en se disant : Coudon, c'est-u bon, ce que je prends là? Ça fait que, moi, le côté très positif de votre présence, au-delà d'inciter à la prudence, c'est de faire en sorte que le professionnel et le patient... fasse le travail qui est le sien, c'est-à-dire de suivre...

Tu sais, une pilule, ce n'est pas rien qu'une pilule. Une pilule, ça suppose qu'à chaque fois qu'on renouvelle... la plupart du temps, c'est au mois, bon, à moins que ce soit des renouvellements plus long terme, mais qu'il y ait aussi un moment de contact entre le professionnel et son patient pour savoir si tout va encore bien. Et ça, je pense que, dans la façon de faire maintenant, probablement dans la vôtre, ça fait partie aussi de l'éthique que vous vous donnez, c'est-à-dire de la façon de traiter votre patient pour faire en sorte qu'il soit en meilleure santé possible.

**Le Président (M. Merlini) :** Vous avez le mot de la fin, messieurs. Allez-y.

**M. Beausoleil (Olivier) :** Parfait. Donc, effectivement, c'est notre rôle principal, en tant que pharmaciens, de faire le suivi et de la thérapie du médicament, s'assurer... On est les plus proches du patient, on le voit, comme vous dites, à tous les mois, lors du renouvellement, donc c'est sûr que c'est un travail qui doit être fait d'emblée. À toutes les fois que le patient renouvelle, on doit s'assurer que tout se passe bien avec son médicament, au niveau de l'efficacité, au niveau de la tolérance, au niveau de son adhésion, s'il prend bien son médicament également. Donc, ça, c'est notre travail principal, et on le fait, et on n'a pas de problème à le faire. On n'est pas en train de dire qu'on ne devrait pas le faire du tout, au contraire, loin de là. C'est certain que, par contre, s'il y a plusieurs changements... s'il y a des changements, là, ce suivi devra être encore une fois plus étroit, et probablement qu'il y aura plus d'ajustements qui devront être faits également.

**M. Paradis (Lévis) :** ...l'importance de votre place également dans la chaîne des professionnels de la santé.

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

**M. Paradis (Lévis) :** Vous êtes souvent ceux que l'on voit en première ligne. Alors, bravo pour votre travail!

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le député de Lévis. M. Olivier Beausoleil, M. Elliott Cantin, représentant l'Association générale des étudiants en pharmacie de l'Université Laval, merci pour votre présence. Merci pour votre contribution aux travaux de la commission.

Étant donné que nous avons terminé notre journée, la commission ajourne ses travaux au mercredi 8 novembre 2017, à 15 heures, où nous allons poursuivre son mandat.

Merci et bonne fin de soirée.

*(Fin de la séance à 17 h 29)*