



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-CINQUIÈME LÉGISLATURE

## Journal des débats

de la Commission permanente  
des affaires sociales

Le mardi 29 septembre 1998 — N° 143

Consultations particulières concernant la consommation  
de médicaments et la recherche et développement  
dans ce secteur au Québec (7)



Président de l'Assemblée nationale:  
M. Jean-Pierre Charbonneau

---

QUÉBEC

**Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):**

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	15,00 \$

**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  
Distribution des documents parlementaires  
880, autoroute Dufferin-Montmorency, bureau 195  
Québec, Qc  
G1R 5P3

Téléphone: (418) 643-2754  
Télécopieur: (418) 528-0381

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

**Société canadienne des postes — Envoi de publications canadiennes  
Numéro de convention: 0592269**

**Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102**

**Commission permanente des affaires sociales**

**Le mardi 29 septembre 1998**

**Table des matières**

<b>Remarques préliminaires</b>	
M. Rosaire Bertrand, président	1
M. Russell Williams	2
<b>Auditions</b>	2
Groupement provincial de l'industrie du médicament (GPIM)	2
Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques (ACFPP)	10
Association canadienne de l'industrie du médicament, section Québec (ACIM)	20

**Autres intervenants**

M. Léandre Dion  
Mme Marie Malavoy  
M. Robert LeSage  
M. Rémy Désilets

- \* M. Pierre Morin, GPIM
- \* M. Jim Keon, ACFPP
- \* M. Joseph Kerba, idem
- \* M. Carl Viel, ACIM
- \* M. Robert Dugal, idem
- \* M. Alain Boisvert, idem
- \* M. Denis Soulières, idem
  
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission



Le mardi 29 septembre 1998

Consultations particulières concernant la consommation de médicaments  
et la recherche et développement dans ce secteur au Québec

(Neuf heures quarante et une minutes)

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, bonjour à tout le monde. Nous reprenons nos travaux et je vous rappelle le mandat.

Mme la secrétaire, d'abord, est-ce que le quorum est constaté?

**La Secrétaire:** Oui, M. le Président, nous avons quorum.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Est-ce qu'il y a des remplacements?

**La Secrétaire:** Oui, M. le Président. Alors, Mme Loisel (Saint-Henri—Sainte-Anne) sera remplacée par M. LeSage (Hull).

Remarques préliminaires

M. Rosaire Bertrand, président

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous rappelle le mandat de la commission. La commission des affaires sociales se réunit afin de procéder à des consultations particulières et de tenir des auditions publiques dans le cadre de son mandat d'étude du fonctionnement des organismes ayant une influence sur la consommation de médicaments au Québec en vue de faire des recommandations visant une meilleure utilisation de ceux-ci tout en maintenant le contrôle des coûts directs et indirects et en stimulant la recherche et le développement dans ce secteur.

Vous avez pris connaissance de l'ordre du jour. À moins d'un avis contraire, nous allons respecter cet ordre du jour. Pas d'avis? Alors, nous y allons.

Je me permettrai, au début, de faire certaines remarques. Pour plusieurs d'entre nous, c'est un mandat qui, d'abord, a commencé il y a trois ans. Je pense que le seul député de la commission qui est encore là, c'est M. le député de Nelligan, et tous les autres, ça a changé en cours de route. Alors, étant donné qu'on a décidé en comité directeur de procéder à l'étape finale et qu'on avait décidé que, indépendamment de l'assurance-médicaments, on faisait ce mandat-là quand même, alors je me permets de vous rappeler certaines choses.

Pour le bénéfice de celles et ceux qui suivent nos travaux, notre mandat est d'étudier le fonctionnement des organismes ayant une influence sur la consommation de médicaments au Québec en vue de faire des recommandations visant une meilleure utilisation de ceux-ci tout en maintenant le contrôle des coûts directs et indirects et en stimulant la recherche et le développement dans ce secteur.

Alors, je le répète, indépendamment de l'assurance-médicaments.

Il s'agit d'un mandat que s'est donné la commission des affaires sociales le 27 avril 1995. En effet, en vertu du règlement qui régit l'Assemblée nationale et ses commissions parlementaires, celles-ci peuvent, de leur propre initiative, faire l'étude de toute matière d'intérêt public et déterminer les modalités d'exécution des mandats qu'elles initient.

En donnant ce mandat, deux éléments étaient au centre des préoccupations de la commission: les dépenses publiques affectées à la couverture publique et à la consommation des médicaments au Québec, d'une part, et, d'autre part, la recherche et le développement de l'industrie pharmaceutique dans ce secteur. Un document de travail intitulé *La problématique de la consommation des médicaments au Québec* a alimenté la réflexion des membres de la commission et les débats qui ont suivi. Un plan de travail a été élaboré.

La commission a convenu d'entendre des représentants des principaux intervenants ayant des responsabilités ou des intérêts dans le domaine de la consommation des médicaments. Parmi les groupes identifiés, la commission a retenu les administrateurs du réseau de la santé, les professionnels de la santé, les consommateurs et l'industrie pharmaceutique. Au cours de consultations particulières et auditions publiques tenues les 25 janvier, 5 et 6 mars ainsi que les 14, 15 et 16 mai 1996, la commission a reçu 23 mémoires et entendu 22 organismes représentant les secteurs des trois premiers groupes identifiés.

Le paysage s'est modifié depuis ces consultations. La Loi sur l'assurance-médicaments modifiant diverses dispositions législatives sanctionnée le 20 juin 1996 est entrée en vigueur le 1er octobre 1997. De plus, un comité de revue d'utilisation des médicaments a été créé, comme le préconisaient plusieurs organismes entendus.

Grâce aux travaux du Service de la recherche de la Bibliothèque de l'Assemblée nationale, la commission a pu mettre à jour les données dont elle disposait eu égard à une partie de ses préoccupations. Ici, je veux remercier Me Danièle Bédard de la Bibliothèque, qui est ici, qui a tout repris ça à partir du début et qui va nous suivre maintenant jusqu'à la fin des travaux. Avec la reprise de ses travaux aujourd'hui et l'audition des représentants de l'industrie pharmaceutique, la commission est confiante de recueillir l'information qui lui est nécessaire pour compléter les auditions prévues dans le cadre de son mandat d'étude.

Avant de céder la parole au député de Nelligan qui est mon vice-président de la commission et coauteur de la motion de mandat d'initiative, je remercie celles et ceux qui ont accepté de venir en commission aujourd'hui afin de partager avec nous leurs connaissances de l'industrie

pharmaceutique. Je souhaite à chacune et à chacun des échanges fructueux. M. le député de Nelligan.

#### M. Russell Williams

**M. Williams:** Merci beaucoup, M. le Président. Un bref commentaire. Bienvenue à tous. Vous avez fait un excellent résumé de nos travaux, M. le Président.

Je ne répéterai pas tout, sauf que je veux juste mentionner que, de plus en plus, l'utilisation des médicaments, c'est une chose importante dans notre système de soins de santé et de services sociaux. On veut étudier l'utilisation rationnelle des médicaments, mais on veut aussi étudier l'impact sur la recherche et le développement et aussi l'impact sur l'économie québécoise. C'est de plus en plus un dossier complexe et je pense que la façon dont cette commission est en train d'étudier cette question est une façon réfléchie, parce que je pense que ce n'est pas assez large d'étudier la question des coûts des médicaments si on a tout juste une ligne sur le budget. Il y a un impact sur tout le réseau de la santé et des services sociaux et un impact sur les finances publiques.

Avec ça, M. le Président, nous avons essayé d'utiliser la mission, particulièrement ce mandat d'initiative, pour mieux informer la population. C'est un dossier complexe. D'avoir trois grandes journées, une sur les grands décideurs gouvernementaux, aussi l'autre sur les interlocuteurs et maintenant avec l'industrie, je pense que ça va nous donner une chance de bien comprendre la situation.

Effectivement, M. le Président, ça a commencé avant le virage du gouvernement, mais, à cause de ça, de plus en plus, la question de l'utilisation des médicaments touche tout le monde. C'est pourquoi on veut profiter de la journée, aujourd'hui, pour mieux comprendre cette situation. Et nous sommes très heureux que les trois regroupements de l'industrie aient accepté notre invitation. Je ne veux pas retarder le travail plus que ça, parce que nous sommes ici pour écouter les trois groupes représentants de l'industrie. Merci.

#### Auditions

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie beaucoup. Nous sommes donc prêts à commencer. Nous recevons le Groupement provincial de l'industrie du médicament. M. Morin, je pense que c'est vous qui faites la présentation, si vous voulez nous présenter la personne qui vous accompagne, pour fins d'enregistrement.

#### Groupement provincial de l'industrie du médicament (GPIM)

**M. Morin (Pierre):** Alors, merci, M. le Président. Mon nom est Pierre Morin. Je suis le directeur général du Groupement provincial de l'industrie du médicament, aussi connu sous le nom du GPIM. Je suis accompagné, à ma gauche, de M. François Angers, notre président qui est

aussi président des Laboratoires Oméga à Montréal, spécialisés surtout dans les injectables et certains secteurs d'activité du côté des médicaments.

Je vais tenter de résumer notre propos en beaucoup moins que les 20 minutes que vous nous allouez habituellement pour ce faire. D'abord, en vous disant que, dans notre cas, ça fait au moins une dizaine d'années qu'à l'intérieur du Groupement on se préoccupe de la question de la meilleure consommation ou l'utilisation rationnelle. L'utilisation rationnelle n'était pas encore connue comme expression avant certains travaux aux États-Unis, dans le Michigan, dans l'Illinois, où on a commencé à implanter un mécanisme scientifique qui est ici connu sous le RUM, c'est-à-dire la Revue de l'utilisation des médicaments.

● (9 h 50) ●

On constatait, avec un peu d'effroi, le coût qu'engendrait la mauvaise utilisation des médicaments sur le système de santé. L'étude que vous aviez fait préparer il y a trois ans indiquait que, seule, la mauvaise utilisation des médicaments chez les personnes âgées était responsable de 15 % des coûts du système de santé. Depuis, il y a des travaux qui ont été faits en Ontario qui montrent que c'est peut-être plus près de 20 %, en général, c'est-à-dire qu'une personne sur cinq utilise des médicaments et les utilise soit incorrectement, à mauvais escient, et que les mortalités qui en découlent sont beaucoup plus élevées que ce qu'on soupçonnait. Enfin, il y a là un réel problème. Bon.

Au Québec, on se préoccupe d'une meilleure consommation de médicaments. Dans le cas du CCP, déjà depuis plusieurs années. Le CCP, le Conseil consultatif de pharmacologie que vous avez déjà probablement rencontré, émet des avis, mais c'est un conseil et ce qui s'en ressent a plus ou moins d'impact. Mais, depuis 1993-1994, il y a eu deux grands groupes de travail qui ont été mis sur pied et qui, tous les deux, se sont un petit peu terminés en queue de poisson. Un premier qui était au ministère de la Santé, dirigé par un sous-ministre. Les travaux ont été suspendus. C'était au début des travaux du comité Demers. Les travaux de ce comité-là ont été suspendus au moment où le sous-ministre adjoint a été muté. Ça semblait tenir à ça. Subséquemment, il y a eu un autre comité conjoint, groupe de travail impliquant aussi le ministère de l'Industrie et du Commerce, où là la question d'une meilleure utilisation, meilleure consommation de médicaments faisait aussi partie du décor. Tout à coup, on nous a informé qu'on semblait avoir cueilli assez d'information, qu'on n'avait plus besoin de se réunir. Je vois ici, derrière moi, des gens qui faisaient aussi partie de ce comité-là. Tout à coup, ça devenait caduc.

Pourtant, il y a un gros problème. Une des dimensions au problème, lorsqu'on parle de consommation de médicaments, il faut bien voir que c'est un des domaines où le consommateur a très peu à dire. Ça va être encore plus vrai au Québec avec le nouveau règlement sur la pharmacie, sur les conditions de vente en pharmacie, où là même des produits en vente libre deviennent sous le contrôle du pharmacien, et avec raison, là. Je ne remets pas ça en cause du tout. Mais ce que je veux simplement vous

faire comprendre, c'est qu'en matière de médicaments le consommateur n'est pas un déterminant — une expression qu'on utilise en marketing — il subit tout simplement. Il a le pouvoir de dire non, dans certains cas. Il l'exerce souvent à mauvais escient. Mais, grosso modo, il y a un médecin qui a fait un diagnostic, qui prescrit, il y a un pharmacien qui lui livre le médicament en disant: Prends ça, puis sa décision à lui, c'est de le prendre ou pas le prendre, finalement. Ça se limite à ça.

Alors, il y a des choses sur lesquelles il va falloir travailler si on veut en arriver à une meilleure consommation de médicaments. Et ce qu'on vient vous dire, c'est qu'effectivement viser une meilleure consommation de médicaments ça devrait être l'objectif principal de tout régime, que ça soit de remboursement de médicaments, mais de tout régime d'assurance. Ça devrait d'abord être ça. Or, ce n'est pas ça.

D'abord, le programme, comme la plupart des programmes publics, premier constat, on veut contrôler les coûts et, autant que possible, couper, ronger, faire tout ça, et transférer des coûts aux citoyens. Ça, on est forts là-dessus. Mais on n'a pas amélioré la consommation. Ça ne fait pas partie des objectifs. Ça ne fait pas partie des objectifs des administrateurs. Ça ne fait pas partie des objectifs que le politique a décidé d'instaurer comme objectifs.

Puis, en plus de ça, bien on mêle, bien entendu, la recherche et le développement à tout ça. On n'a rien contre la recherche et le développement, on n'a rien contre ce que ça coûte, mais peut-être la façon dont c'est fait envoie exactement le mauvais message. Il faut bien voir qu'alors qu'un gouvernement coupe partout, en tout — et là je parle de perception — lorsqu'il concède un régime particulier à un groupe à qui il est prêt à rembourser le prix fixé par ce groupe-là, pourquoi le citoyen se priverait-il?

Autrement dit, on a un système de remboursement des médicaments qui, de 1971-1972 à aller jusqu'à la fin des années quatre-vingt, était à toutes fins pratiques un bar ouvert. On allait, puis on se faisait donner des médicaments. Là, tout à coup, bien on a introduit un 2 \$ de ce qu'on n'a jamais voulu appeler un ticket modérateur. Là, tout à coup, on a instauré un autre régime. Mais, encore là, il y a une mentalité qui s'est bâtie, de bar ouvert. Alors, à un moment donné, il devient un petit peu plus payant, puis là maintenant il est payant, mais le bar est encore là.

Il y a quelque chose qu'il faut changer dans nos valeurs, c'est simplement ça qu'on vient vous dire, c'est qu'effectivement, au prix que coûte la résultante d'une mauvaise consommation de médicaments, ça devrait être une des premières priorités, sinon la première. Imaginez-vous que, si on pouvait éliminer ces coûts-là et prendre cet argent-là, l'argent ainsi récupéré suite à une meilleure utilisation des médicaments, ça représenterait 15 % du système. C'est beaucoup plus que ce que vous coûtent les médicaments. C'est beaucoup plus que ce coûtent à l'État les médicaments. Et 15 %, quand on veut réinjecter de l'argent dans le système de santé, c'est 1 500 000 000 \$,

à peu près, 1 750 000 000 \$. C'est ça, c'est des sommes comme ça dont on parle.

Alors, c'est possible, mais ça demande effectivement de prendre une nouvelle échelle de valeurs et dire que ce qu'on vise dans la dispensation des médicaments, c'est effectivement la meilleure consommation. On ne pourra peut-être pas tout éradiquer, mais, à partir de là, on va commencer à voir effectivement des économies qui vont se dégager de part et d'autre. Mais il ne faut pas tenter d'avoir cinq ou six objectifs qui sont sur un pied d'égalité. C'est ce qu'on a actuellement et vous vous plaignez à chaque année que le coût des médicaments est incontrôlable. Vous vous en prenez au prix alors que ce n'est souvent pas le prix qui est le problème, c'est le coût des médicaments, c'est-à-dire le coût du système, la façon dont c'est géré. Essentiellement, c'est de dire qu'on cherche la bonne consommation, une meilleure consommation, appelons ça une consommation rationnelle ou une utilisation rationnelle des médicaments, et mettons en place des mécanismes pour l'avoir.

Une des suggestions qui avaient été faites dans un de ces deux comités dont je vous parlais, c'était précisément d'avoir des infirmières visiteuses, par exemple, qui iraient chez des personnes âgées et qui verraient à ramener le lot de leur pharmacie pour savoir à quoi ça sert puis quand ça sert. Bien, faire ça avec l'effectif actuel, oubliez-le. Il faut y mettre des ressources, mais ces ressources-là rapportent.

L'autre chose, c'est que jusqu'à maintenant on a pensé à la mauvaise utilisation surtout chez les personnes âgées. Effectivement, les personnes âgées sont beaucoup plus vulnérables à une mauvaise utilisation, et c'est là qu'il faut peut-être mettre les efforts prioritaires. Mais la mauvaise utilisation des médicaments, ça commence, comme le disait très bien M. Barbeau dans le document que vous avez, dans la jeunesse puis dans la force de l'âge, où on prend de mauvais médicaments. Ça s'est vu d'ailleurs dans le cas de médicaments en vente libre, plus particulièrement certains antihistaminiques. Bon. Alors, ça, c'est une chose.

Il y a aussi d'autres mécanismes qui peuvent venir s'ajouter et bonifier une meilleure utilisation. On en évoque un, dans notre cas. En fait, il y en a deux. Ce serait, d'une part, la mise en place de la Revue d'utilisation des médicaments, le RUM, en milieu ambulatoire. Ça, c'est s'imposer une discipline. C'est vraiment une discipline qui force une meilleure consommation de médicaments. L'autre, c'est peut-être d'avoir des médicaments adaptés à certaines clientèles. On a des médicaments, par exemple, adaptés à la clientèle pédiatrique, aux enfants. On trouve ça normal. Or, il y a de gros changements physiologiques qui interviennent chez les personnes âgées aussi, au-delà de 65 ans, et on n'a pas pour autant adapté les médicaments à cette clientèle-là. Or, c'est celle qui consomme de plus en plus de médicaments, celle qui a de plus en plus de difficultés avec les médicaments. Il y a là quelque chose à revoir.

Nous, dans notre cas, on a déjà fait des propositions au gouvernement, à la Régie de l'assurance-maladie, au

CCP. On nous a dit: Bien, c'est peut-être une bonne idée. Mais ça n'est jamais allé plus loin. Alors, on dit simplement qu'il y en a, des idées, il y a des moyens, mais, au départ, ça demande un changement de valeurs, et de valeurs sociales. C'est possible. On l'a fait dans le cas du port de la ceinture automobile, on l'a fait dans le cas de l'alcool au volant, on a changé les valeurs sociétales. Ça peut se faire ici aussi. Merci.

● (10 heures) ●

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie beaucoup. La première intervention va être faite par M. le député de Saint-Hyacinthe et ceux et celles qui veulent, au fur et à mesure, se manifester.

**M. Dion:** Merci, M. le Président. Je vous remercie de la présentation que vous nous avez faite. C'est très intéressant d'entendre ce que vous dites concernant les valeurs qu'il faut changer si on veut amener les gens à une meilleure consommation de médicaments. Évidemment, parfois on se demande, nous, dans quelle mesure des affirmations comme celles-là ne sont pas des choses qui paraissent bien, qui présentent un visage fort sympathique, mais qui ressemblent beaucoup à du pelletage de nuages. Excusez si je suis un petit peu sévère en commençant mon intervention.

Quand je regarde les informations que j'ai ici, devant moi, sur les bénéfiques farameux qui sont encaissés chaque année par les compagnies pharmaceutiques, que je vois que, par exemple, certaines compagnies ont augmenté, de 1992 à 1996, de 51 % les sommes absolument fabuleuses qu'elles consacrent à la publicité pour inciter les gens à consommer des médicaments et qu'ensuite on se tourne et on dit: Vous devriez faire de la publicité pour que les gens changent leur consommation, changent leurs valeurs, combien de milliards il va falloir pour faire de la publicité pour contrer des investissements aussi considérables dans la consommation des aliments?

Une voix: Des médicaments.

**M. Dion:** Je vous avoue que ça me pose des problèmes importants, des problèmes éthiques fondamentaux. Parce qu'au fond, moi, je n'ai pas d'objection à ce que des entreprises fassent des profits. Je pense que, si elles ne faisaient pas de profits, elles ne seraient pas là; donc, il faut qu'elles fassent des profits, ça, je pense que tout le monde s'entend là-dessus.

Là où ça devient un peu difficile, c'est quand on regarde des taux de rendement moyen sur le capital investi; ils ont été de l'ordre, de 1992 à 1996, de 24 %, 30 %, 34 %, 35,7 %. Alors, vous comprendrez que, dans un contexte comme ça, des incitations à changer des valeurs, ça m'agace un petit peu. C'est pour ça que je pense qu'on est ici, ce matin, pour faire un bon débat. Comme vous êtes des spécialistes, il n'y a rien comme vous pour nous donner de bonnes informations. C'est pour ça que je soulève ces questions-là; j'imagine que vous allez sans doute me corriger et me permettre de comprendre la situation avec beaucoup plus de nuances. C'est pour ça que je soulève ces questions-là.

**M. Morin (Pierre):** M. le Président, je comprends tout à fait l'indignation du député de Saint-Hyacinthe. Je n'irai pas jusqu'à dire que je la partage, mais je pense que, dans le cas qui nous occupe, il y a erreur sur la personne. Je crois que vous verrez un autre groupe, un peu plus tard ce matin, qui regroupe ou, en fait, qui est animé par justement les entreprises en question. Chez nos PME du Québec, nos marges ne sont pas mauvaises, c'est vrai, mais je vous assure que c'est loin d'être farameux, surtout — simplement pour rappel — que la Régie, que le ministre, dans le cas de la liste, de la confection de la liste, n'alloue plus d'augmentations de prix déjà depuis plusieurs années, alors que les coûts, pour nous, augmentent comme pour tout le monde. Mais, pour ce qui est des prix, on ne peut les majorer.

Je vous signale qu'en fait nos membres sont certainement les alliés objectifs de la Régie et du gouvernement à vouloir faire baisser les coûts du système. Cependant, vos propres règles nous limitent à un — vous voyez nos chiffres — 5 % ou 6 % du marché remboursé; alors, notre impact sur le coût de remboursement est relativement très minime. Alors, je voudrais simplement peut-être placer les choses en perspective, celles pour qui vous voyez des rendements aussi intéressants et qui se plaisent à satisfaire leurs actionnaires, peut-être avant tout autre groupe, en fait contrôlent 85 % du marché remboursé au Québec. Je vous ajouterai que malheureusement ce n'est pas nous.

**M. Dion:** Je vous remercie beaucoup.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Est-ce que vous avez d'autres questions, M. le député?

**M. Dion:** Non, ça place les choses.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Si j'ai bien compris, vous avez une invitation à revenir avec les autres interventions plus tard.

**M. Dion:** Oui, oui, je pense que, si je ne le fais pas, d'autres le feront. Je vous remercie.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. le député de Nelligan.

**M. Williams:** Merci beaucoup, M. le Président et merci, M. Morin, pour vos présentations verbale et écrite. Je pense que vous avez bel et bien expliqué votre point de vue.

Laissez-moi juste commencer, vous questionner sur la meilleure utilisation ou l'utilisation rationnelle, parce que vous avez parlé un peu de ce pouvoir du client. Vous avez parlé aussi du 2 \$ quand le dernier régime a commencé, mais maintenant on parle plus d'une participation, d'une franchise, d'une prime, etc., et maintenant on parle de 750 \$ maximum. C'était 100 \$ maximum avant, maintenant c'est 750 \$ maximum. Si vous voulez discuter d'un ticket modérateur, on peut certainement discuter de ça, si

vous voulez, mais je vais faire ça avec mes amis d'en face, pas nécessairement avec vous.

Mais je voudrais savoir, selon vous et votre industrie, avez-vous vu un impact sur l'utilisation rationnelle ou la bonne utilisation, comme vous avez mentionné, une fois que nous avons commencé le nouveau système? Parce qu'on parle effectivement du pouvoir décisionnel et de l'utilisation, il y a tout un changement maintenant sur le copaiement. Avez-vous, dans votre secteur, un changement de l'utilisation une fois que le gouvernement a commencé ce programme?

**M. Morin (Pierre):** M. le Président, non, on n'a pas... En fait, il y a une chose qui a été constatée depuis l'instauration du régime universel, et c'est assez paradoxal, c'est que ce n'est pas du côté d'une meilleure utilisation, d'une meilleure consommation du médicament, mais il y a plus de pharmaciens qui sont en difficultés financières qu'il y en avait auparavant.

Et là je ne parle pas de déconfiture, je parle simplement tout à coup le volume des affaires a baissé chez certains. Je ne peux pas généraliser, mais on entend plus parler de ça qu'on entend parler du fait que tout le monde est en croissance exponentielle avec le nouveau régime. C'est plus serré. Et dans ce sens-là ça indique que des médicaments qui étaient achetés auparavant ne le sont plus.

Certains font le lien avec des gens qui ne peuvent plus se permettre les médicaments, donc ne les consomment plus, mais je ne suis pas en mesure, disons, de faire ce lien. Ce qu'on peut dire, ce qu'on constate, ce dont on discute entre nous, à l'occasion, c'est de constater effectivement qu'il y a plus de pharmaciens qui ont des difficultés financières. Même si le volume global a pu augmenter, il y a plus de pharmaciens qui tirent la patte et se plaignent d'un régime ou d'un... en fait, d'être en difficultés financières.

**M. Williams:** Merci. Vous avez parlé un peu aussi des 15 % des admissions qui étaient anciennement 20 %. Si vous pouvez déposer, pas nécessairement maintenant, cette étude, ça va être assez utile pour les membres de la commission.

• (10 h 10) •

Mais je voudrais aller un peu plus loin dans cette discussion, parce que vous avez mentionné, et j'apprécie ça beaucoup, qu'on doit étudier vraiment le coût de la bonne utilisation ou de la mauvaise utilisation sur le réseau en totalité. Est-ce que vous, comme association, privilégiez plus une analyse des médicaments sur ce niveau aussi? Parce qu'il y a l'autre côté de médaille aussi, selon l'information que j'ai reçue, qu'une bonne utilisation, une utilisation rationnelle et efficace peut sauver beaucoup d'argent dans notre système, je ne ferai pas de discours politique avec les coupures que nous avons vues, et avec le virage, si la personne est chez elle, elle prend des médicaments, un, on peut augmenter la qualité de vie et on peut sauver de l'argent. Est-ce que vous privilégiez une analyse sur les formats économiques d'un médicament

avant de mettre ça sur une liste québécoise ou est-ce que vous privilégiez un autre système?

**M. Morin (Pierre):** Bien, je pense que sans faire... Excusez-moi, je ne voudrais pas étirer l'élastique trop large ou trop long, mais ce qu'on a vu de la revue de l'utilisation des médicaments en milieu institutionnel, dans les hôpitaux où ça s'est fait, effectivement a produit des économies dans le coût des médicaments de l'ordre de 15 % à peu près. Sans vouloir généraliser, effectivement il y a des économies qui découleraient de la discipline, de la revue systématisée de l'utilisation des médicaments.

Là où il y a un changement qui pourrait être assez radical, vous avez, dans la composition des coûts du régime actuel, des changements dus à des migrations ou, en fait, ce qui est appelé par la Régie — la Régie a un nom pour ça — le profil, le changement dans le profil du médicament. Ça, c'est d'aller remplacer un médicament qui est déjà sur le marché par un nouveau qui arrive, qui est plus pointu, plus efficace, dans certains cas qui offre un avantage thérapeutique certain, dans d'autres c'est peut-être un peu moins marqué, l'avantage thérapeutique. Ce qu'on a pu voir dans les revues d'utilisation des médicaments, c'est qu'on a tendance à vouloir d'abord commencer un traitement par un médicament dont l'indice thérapeutique est le plus large et de là, selon la progression, aller vers un traitement médicamenteux qui implique un médicament dont l'indice thérapeutique est plus étroit, plus spécifique. Alors, on va commencer par le plus large à la base et aller vers le plus spécifique.

Actuellement, très souvent, c'est le contraire qui se produit, c'est-à-dire qu'on commence tout de suite par l'indice thérapeutique le plus étroit et souvent qui est aussi en même temps le médicament le plus coûteux. Alors, il faut voir qu'il y a une certaine relation. Ce n'est pas toujours le cas, mais on peut dire que, en général, les médicaments dont l'indice thérapeutique est le plus étroit, c'est le médicament le plus spécialisé pour lequel on a généralement trouvé un effet... disons des avantages par rapport à l'autre, soit que les effets secondaires sont moindres, soit que l'impact est plus rapide.

Alors, dans un sens, vous avez raison, une revue d'utilisation des médicaments a pour effet, en général, de réduire le coût du régime des médicaments lui-même. Ça, c'est une chose. Le plus grand effet, cependant, c'est de l'autre côté, c'est de réduire, en fait, les coûts liés à une mauvaise utilisation ou à une mauvaise consommation des médicaments.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Merci. M. le député.

**M. Williams:** Une autre brève question. De plus en plus vos membres, selon mon information, font des allégeances stratégiques avec les membres d'autres associations.

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

**M. Williams:** Vous avez mentionné dans votre mémoire que vous dépensez 30 000 000 \$ dans la recherche. Si un de vos membres, avec les 30 000 000 \$ investis dans la recherche, trouve un nouveau produit, découvre quelque chose de spectaculaire, comme on l'espère, quel type de protection cherchez-vous sur la propriété intellectuelle de cette découverte?

**M. Morin (Pierre):** La protection actuellement accordée par la Loi sur les brevets, c'est-à-dire 20 ans de protection.

**M. Williams:** Vous trouvez ça satisfaisant?

**M. Morin (Pierre):** Oui. Vous nous amenez sur un autre domaine, mais on s'est effectivement prononcé là-dessus, à quelques reprises. Pour nous, il n'y a pas de différence entre un médicament puis une pièce d'aéronef. Un brevet, la propriété intellectuelle, il y a une loi générale pour la propriété intellectuelle, pour les brevets, excusez, parce que c'est plus spécifique, et on ne voit aucune raison pour laquelle ça devrait être plus ou moins pour les brevets sur les produits pharmaceutiques que ça ne l'est sur un logiciel, que ça ne l'est sur, je ne sais pas, moi, une pièce très spécifique d'équipement aéronautique. Il faudrait nous justifier pourquoi il devrait y avoir des différences. Je sais qu'il y en a qui essaient de justifier, d'un bord, d'un côté ou l'autre, qu'il y a des différences, mais on ne voit pas encore pourquoi.

**M. Williams:** Sauf que le marché est pas mal différent, les deux, mais au moins vous cherchez, nonobstant le débat exactement quoi, vous cherchez aussi une certaine protection de la propriété intellectuelle.

**M. Morin (Pierre):** Oui, oui, effectivement! Et on voudrait jouir de la protection pleine et entière de la...

**M. Williams:** Effectivement.

**M. Morin (Pierre):** ...Loi sur les brevets. C'est parce qu'on a tendance à oublier, par exemple, qu'obtenir la classification NATO — l'OTAN — pour des pièces militaires, c'est aussi un processus d'homologation très long, et pourtant l'industrie de la défense, qui est là-dedans depuis des années, se satisfait d'une Loi sur les brevets qui a la protection, qui avait 17 ans, puis qui a maintenant 20 ans. On ne peut pas dire que l'industrie de la défense, c'est des deux de pique, en général. Alors, c'est ça. On essaie de faire des différences qui, pour nous, ne méritent pas vraiment d'être faites.

**M. Williams:** Oui. Effectivement, je pense, ici, au Québec et au Canada, on doit encourager toutes les autres technologies de la meilleure façon, parce que je pense que ça répond au goût de notre population.

Dernière question avant que je passe la parole, M. le Président. On parle du coût des médicaments. On sait qu'il y a un certain contrôle HPB, et les prix pour les

nouveaux produits ont été gelés pendant des années. Comment on contrôle le prix des «génériques», parce que, effectivement, ils peuvent entrer moins chers parce qu'ils n'ont pas fait les recherches exactement dans le dossier, mais comment on peut s'assurer qu'il y a une valeur équivalente pour les prix des médicaments? C'est quoi, les contrôles pour s'assurer que le coût est bel et bien établi d'une façon raisonnable?

**M. Morin (Pierre):** Je vous dirai d'abord que c'est le Conseil canadien d'examen des prix des médicaments brevetés et non pas la direction des médicaments, ou HPB...

**M. Williams:** Excusez, oui, oui.

**M. Morin (Pierre):** ...qui examine...

**M. Williams:** Merci.

**M. Morin (Pierre):** ...la question du prix d'introduction des médicaments brevetés, et ça se fait, ça — en fait, la question est très politique plus qu'économique — parce que le gouvernement du Canada a pris certains engagements quant au prix auquel devraient être vendus les médicaments brevetés au Canada.

Dans le fond, vous vous demandez: Est-ce que les produits génériques n'ont pas un avantage indu au niveau des prix? D'une part, il faudrait savoir que les licences obligatoires n'existent plus; donc, la recette ne vous est pas fournie par l'innovateur, ça, c'est fini. Mais, même quand c'était le cas, ça demandait quand même passablement de travaux même si ce n'était pas tout à fait la même dimension, loin de là.

• (10 h 20) •

Mais, lorsque vous introduisez un produit générique sur le marché, d'abord, dans le contexte actuel, il faut réaliser que vous ne serez rarement le premier à le faire, pour une raison bien simple: il y a d'abord les multinationales qui ont pour stratégie de commercialiser sous forme générique leurs produits innovateurs. C'est de bonne guerre. Alors, tout de suite, vous avez un pattern. De là, après, arrivent en général, si le chiffre d'affaires est intéressant pour le produit, vont arriver des entreprises canadiennes hors Québec, qui vont arriver à peu près en même temps. Puis, vous, quand vous arrivez, vous êtes le quatrième ou le cinquième générique; rendu là, je vous assure que les prix, ce n'est pas intéressant pour personne.

**M. Williams:** Merci.

**M. Morin (Pierre):** Ou c'est beaucoup moins intéressant.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie. Mme la députée de Sherbrooke.

**Mme Malavoy:** Bonjour, monsieur, messieurs, en fait, mais ma question s'adresse probablement plus à M.

Morin, puisque vous avez fait la présentation. Il me semble qu'on conviendra tous que la pierre angulaire de notre système, ça demeure les médecins qui font un diagnostic, qui prescrivent des médicaments et, au-delà de ça, qui sont, je dirais, les personnes auxquelles on fait confiance pour dire quoi faire ou ne pas faire. Donc, dans toute la réflexion que vous faites, on n'échappe pas au rôle de ces professionnels de la santé, qui est un rôle absolument crucial, et d'ailleurs que je ne remets pas en question, je le dis plus à titre de constat.

Vous indiquez dans votre mémoire qu'on devrait les sensibiliser à un certain nombre de choses, et vous dites une phrase que j'aimerais que vous me précisiez un peu. Vous dites, à la page 9 du mémoire que j'ai, en bas de la page: «Jusqu'ici notre système n'a rien prévu pour compenser le professionnel de s'abstenir de poser un acte. On ne récompense que l'acte.» Moi, j'aimerais savoir un peu plus précisément qu'est-ce que ça voudrait dire, qu'est-ce que ça entraînerait? Parce que le jugement que porte le professionnel, ma foi, c'est difficile d'avoir à intervenir là-dessus. Un État ne peut pas s'immiscer dans le jugement d'un professionnel, surtout quand il s'agit du corps médical. Ça veut dire quoi récompenser un acte qu'on ne pose pas, si vous vous mettez de notre point de vue à nous, du point de vue donc de gens qui essaient d'avoir, à l'occasion, pas simplement un pouvoir de législateur mais une influence aussi? Ça veut dire quoi? Et comment peut-on, comme vous l'indiquez ici, revoir nos attitudes à ce sujet?

**M. Morin (Pierre):** M. le Président, la question est à la fois complexe mais tout à fait d'actualité. On a un régime d'assurance-santé qui rembourse les professionnels à l'acte. On sait qu'en plus de ça on a mis des plafonds, soit au nombre d'actes ou au revenu que peuvent tirer les professionnels durant une période ou durant un trimestre. En fait, je parle toujours des médecins, entendons-nous bien. Le document de travail qui vous avait été présenté par Mme Langevin signalait, et avec raison — et la situation n'a pas changé — que 75 % des visites chez le médecin résultaient en une ordonnance. Juste brosser un petit tableau.

Une des plaintes les plus fréquentes que l'on entend chez les personnes âgées, c'est de n'avoir personne avec qui parler, parler de l'évolution de leur état, qui n'est pas une maladie, c'est simplement on vieillit et on constate — aujourd'hui, j'ai l'impression d'être très vieux moi-même; je me suis battu avec des dormants de chemin de fer tout le week-end et maintenant ils ont leur revanche... Mais les personnes âgées ont besoin d'être écoutées. Or, le système qu'on a permet difficilement au médecin de prendre le temps d'écouter et de rassurer. Je pense que la consultation moyenne dure quelque chose comme huit minutes. Et ça, face à ça, il y a un acte, c'est-à-dire que cette rencontre-là, qui n'est pas un examen général, est remboursée à tel tarif.

Là, si on disait: Écoutez, on va majorer le tarif pour que vous puissiez vraiment écouter la personne et vous donner le temps de la rassurer, bien, le résultat de ça

serait peut-être moins d'ordonnances, ça serait peut-être comme résultat d'avoir moins d'ordonnances. Mais actuellement, dans notre système, on ne récompense pas ça. C'est ça que ça veut dire.

**Mme Malavoy:** Donc, c'est une transformation assez radicale...

**M. Morin (Pierre):** Je vous ai parlé de changement de valeurs. Ce n'est pas cosmétique, là. Il faut, dans le fond... Oubliez le coût des médicaments, oubliez... C'est parce qu'on a pris ça par le bout du coût des médicaments. Imaginons que le problème, c'est qu'on a 15 % à 20 % des coûts du régime de santé qui sont occasionnés par une mauvaise utilisation des médicaments. Comment est-ce qu'on corrige ça? C'est ça, le vrai problème. Le problème, ce n'est pas le régime universel, ce n'est pas... c'en est, en fait, un peu la cause ou c'en est l'agent, mais le vrai problème, c'est les coûts qu'engendre une mauvaise consommation des médicaments. Alors, comment est-ce qu'on corrige ça? C'est là qu'il faut remonter.

Effectivement, vous avez tout à fait raison, le médecin est au cœur de tout ça. Alors, les médecins sont les premiers à vous dire — ils l'ont dit d'ailleurs l'an dernier — qu'ils souhaiteraient recevoir une meilleure formation en pharmacie. Il y a des mécanismes à établir de meilleures relations entre le pharmacien et le médecin, il y a une foule de choses qu'il faut revoir, mais au départ il faut se donner un système de valeurs qui tienne compte de ça. Actuellement, le seul système de valeurs, c'est: On vous rembourse, mais ça coûte tant.

**Mme Malavoy:** Et vous pensez que le corps médical est prêt à ce dont vous parlez?

**M. Morin (Pierre):** Oui. Dans toutes les rencontres qu'on a eues par le passé sur ces questions-là le corps médical est ouvert, effectivement, et souhaite que ça soit abordé. Il faut aussi se placer... Jusqu'à maintenant les relations sont beaucoup entre la Régie et les fédérations et l'autorisation soit de plus ou moins de médecins, soit de tels ou tels tarifs, la récupération effectivement de la masse salariale, et tout ça, on est obnubilés par ces choses-là; pendant ce temps-là on a un autre problème qui, lui, est là depuis longtemps et qui va aller en s'accroissant parce que la cohorte de personnes âgées augmente.

**Mme Malavoy:** Absolument. Je voudrais juste ajouter — c'est plus un commentaire — si je vais dans le sens de ce que vous dites, moi, j'ajouterais à la formation des médecins, en plus d'une formation, par exemple, au plan pharmaceutique, une formation en relation d'aide, parce que je pense que ce dont vous parlez nécessite non seulement du temps, mais aussi des capacités pour se situer dans une relation d'aide avec des personnes qui ont besoin avant tout d'être écoutées — quand il s'agit surtout de problèmes de vieillissement et non pas d'une maladie ou d'un accident. Donc, je suis tout à fait d'accord avec vous.

Mais ce dont vous nous parlez là, c'est quelque chose d'assez majeur et donc ça suppose une révision de l'ensemble d'un système. Et je suis d'accord avec vous que, si, à travers ça, on peut viser une meilleure utilisation des médicaments et une réduction d'une utilisation déficiente, bien, tant mieux, parce qu'il y a le coût sur le système de santé, il y a le coût sur les personnes elles-mêmes, et c'est dommage de penser qu'on devient malade parce qu'on se soigne incorrectement avec des médicaments sensés vous guérir. C'est un petit peu un système qui se retourne contre lui-même. Si c'est vrai que c'est 15 % à 20 %, on est rendu à quand même un pourcentage fort important. Alors, de ce point de vue là, je ne peux qu'être en accord avec vous.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie. M. le député Hull.

● (10 h 30) ●

**M. LeSage:** Merci, M. le Président. L'intervention, M. le Président, que je me proposais de faire est exactement dans le même sens que celle de la députée de Sherbrooke. Parce qu'au début, dans la présentation de M. Morin, on nous a parlé que le consommateur n'avait qu'un choix: acheter ou ne pas acheter des médicaments puis les prendre ou ne pas les prendre. Et on nous a parlé également d'une mauvaise utilisation des médicaments dans une grande proportion au Québec. On nous a parlé également de la possibilité d'avoir une revue sur l'utilisation des médicaments. Tout ça pour dire que le consommateur ne décide de rien et, même s'il y avait une revue, ce n'est pas lui qui va décider si c'est bon, si le médicament est bon pour lui ou s'il n'est pas bon.

Les grands responsables — je pense que la députée de Sherbrooke l'a soulevé ou l'a fait dire — ce sont les médecins. Si le médecin n'a pas accès à quelque chose qui va lui dire... Je ne sais pas comment ils font aujourd'hui non plus. Il se sort des médicaments à tour de bras. Il y a des médicaments qui soulagent puis il y en a d'autres qui guérissent. Alors, comment le consommateur peut-il décider, lui, si le médicament qu'il prend va le guérir ou s'il va tout simplement le soulager? Et je vous parle par expérience. Est-ce que les médecins ont le temps de regarder une revue? Est-ce qu'ils sont tous à point sur les médicaments qui sont offerts? La personne qui a 70 ans... Vous avez parlé tantôt d'avoir des infirmières qui pourraient aller vérifier les pharmacies chez les personnes âgées. Je suis convaincu qu'il y a des médicaments là-dedans qui sont là qui sont périmés puis ne sont plus bons et devraient être jetés aux vidanges, puis ça presse. Mais il y a quelqu'un qui les a prescrits, ces médicaments-là. Je suis convaincu, moi, que ce n'est pas le gars ou la madame qui est allée à la pharmacie puis qui a dit: Moi, je veux ça et donnez-moi-le, M. le pharmacien. Ça prend une prescription.

Alors, tout ce que l'on discute ce matin, ça tourne, je pense, autour des médecins. De quelle façon on va le faire pour faire en sorte que tous les médecins sachent que des Losec, c'était bon, mais il est sorti d'autre chose? Des Losec, ça soulageait, mais il y a d'autre chose peut-être

qui guérit. Qui va dire aux médecins comment ça fonctionne? Est-ce que c'est vous autres? Est-ce que c'est le gouvernement ou le ministère de la Santé qui devra le faire? Ou le Collège des médecins? Je me pose une question: Comment est-ce que les médecins, dans l'ensemble du Québec, dans tous les coins du Québec, vont savoir c'est quoi, le meilleur médicament à prescrire?

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. Morin.

**M. Morin (Pierre):** M. le Président, je voudrais simplement, avant d'aller plus loin, dire que, oui, le médecin est certainement un des principaux intervenants, mais il n'est pas seul. Ce qu'on remarque très souvent chez les personnes âgées, c'est non seulement les médicaments qu'elles ont en ordonnance, mais aussi ce qu'elles sont allées acheter en vente libre. Très souvent, il y a là des incompatibilités qui n'ont pas été mesurées. Autrement dit, l'automédication compte aussi pour une partie du problème. Et je ne voudrais pas... Bon.

Ceci dit, l'industrie pharmaceutique fait des représentations continuellement auprès des médecins pour faire valoir les avantages de tel médicament dans telle pathologie, dans tel cas et tel autre cas. C'est un des domaines dans lesquels il se fait peut-être le plus de dépenses pour faire valoir l'application du médicament. Ça, c'est surtout chez l'industrie innovatrice.

Je veux juste vous situer pour que vous sachiez un petit peu à quel niveau chacun fonctionne. L'industrie du médicament générique, généralement elle ne s'adresse pas aux médecins, sauf exception — et je vais y revenir, parce que ce sont des exceptions assez nombreuses — mais s'adresse généralement aux pharmaciens. Alors, le produit est promu auprès du pharmacien. Les exceptions, c'est lorsque vous lancez un nouveau produit générique qui touche, par exemple, la dermatologie. Alors, vous allez vouloir faire savoir aux dermatos que vous avez lancé un nouveau produit générique qui vient compléter l'arsenal thérapeutique dans le domaine qu'il occupe. Alors, ça, c'est encore la principale source.

Il y a des États, des provinces, des programmes, lorsqu'on parle des États-Unis, où on trace des profils assez serrés d'utilisation de médicaments que doivent faire les médecins, autrement dit, une espèce de guide de prescriptions. Il y a eu des propositions de faites pour aider le médecin à faire un bon choix. Il y a des outils informatiques qui existent actuellement qui pourraient être généralisés et qui pourraient fournir au médecin une information plus à jour, plus pertinente et beaucoup plus précise en fonction de son diagnostic.

Il y a là un domaine de résistance, cependant, c'est que le médecin a toujours beaucoup résisté à se faire dire ce qu'il devrait faire. Et ça, cette résistance-là, elle est tout à fait normale et il ne faudrait surtout pas tenter de l'appliquer au niveau diagnostique. Il faut qu'il soit libre de son diagnostic, tout à fait. Là, après, je pense que, si c'était bien mis en marché, il pourrait accepter des aides pour savoir, en fonction du diagnostic et du dossier

patient, quel est le médicament ou le traitement, la thérapie pharmaceutique la plus adaptée à ses besoins.

Mais on est tous pareils et les médecins sont des humains comme nous. Je pense que, si vous vérifiez les profils d'ordonnances ou de prescriptions auprès de la Régie de l'assurance-maladie... Je sais qu'il y avait une boutade qui disait que les omnipraticiens prescrivent toujours les 10 mêmes médicaments puis, les spécialistes, les cinq mêmes médicaments. Ce n'est pas faux. On est tous un peu pareils et on va avec ce qu'on connaît, puis, des fois, bien il faut faire remplacer un des 10 ou un des cinq par un nouveau.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Ça va?

**Une voix:** Ça va.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie beaucoup. J'aurais deux petites questions. La première, c'est que vous mentionnez que vous dépensez, votre Groupement, 30 000 000 \$ pour la recherche et le développement sur 300 000 000 \$ de chiffre d'affaires, si je comprends bien. Sur cette question-là, est-ce que c'est pas mal proportionnellement aux autres groupes, ça? Est-ce que c'est à peu près le même pourcentage, soit 10 % ?

**M. Morin (Pierre):** Effectivement, on dépense, dans notre cas, beaucoup moins en recherche fondamentale que les entreprises innovatrices. Nos dépenses sont surtout concentrées sur la partie développement. La différence ou une des principales différences, c'est que, nous, on compte beaucoup plus sur les universités du Québec pour nous fournir effectivement des découvertes qu'après ça on pourra amener au développement.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Et la partie de développement consiste en quoi?

**M. Morin (Pierre):** Oh mon Dieu! Simplement pour obtenir l'homologation, c'est-à-dire l'autorisation de commercialiser un produit générique qui est encore considéré comme nouvelle drogue au Canada — ça, c'est un drôle de phénomène; ça ne veut pas dire que c'est une drogue nouvelle, ça ne veut pas dire que c'est une nouvelle molécule, il y a des produits que ça fait 30 ans qu'ils sont sur le marché et qui sont encore considérés comme nouvelle drogue au Canada — bien, ça vous coûte quelque part entre 400 000 \$ et 600 000 \$ d'études et de frais et un minimum de 18 mois, une fois que les études sont complétées, pour obtenir l'homologation, l'autorisation de mise en marché. Alors, c'est beau, ça a de bons rendements, même chez nous, mais très souvent il faut dépenser des sommes considérables, puis là, après ça, on attend le bon vouloir d'une direction des produits thérapeutiques à émettre un avis de conformité.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Est-ce que la partie publicité, on la retrouve dans vos dépenses à l'intérieur de ce 30 000 000 \$ ou à l'extérieur de ce 30 000 000 \$?

**M. Morin (Pierre):** À l'extérieur, et très peu de publicité. Les seuls qui vont faire de la publicité chez nos membres sont ceux qui ont des produits comptoirs ou des produits en vente libre, sirop pour le rhume et ces choses-là. Il ne se fait pas actuellement de publicité sur les médicaments d'ordonnance.

● (10 h 40) ●

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** O.K. Comme dernière intervention, dans votre conclusion — j'aimerais ça que vous l'élaboriez un petit peu, là — vous dites: «Le mandat de cette commission cherche un peu la quadrature du cercle. Non pas quant à la volonté exprimée — je vais la lire, étant donné que vous n'avez pas lu le mémoire — mais on sait d'ores et déjà qu'on ne remet pas ni qu'on veuille remettre en cause les moyens ou mécanismes actuels. On ne le dit pas, mais la volonté est de maintenir le contrôle des coûts directs et indirects de la même façon dont il s'exerce depuis des années, entre parenthèses, avec le succès que l'on connaît. De même, personne ne s'oppose à la volonté de stimuler la recherche et le développement dans ce secteur, mais qu'arrive-t-il s'il faut sortir le mécanisme actuel du programme de remboursement?»

J'aimerais ça que vous m'expliquiez le fond de votre pensée.

**M. Morin (Pierre):** O.K. Dans votre lettre d'invitation, je peux, d'abord, vous répéter le premier paragraphe: «La commission parlementaire des affaires sociales s'est donné le mandat d'étudier le fonctionnement des organismes ayant une influence sur la consommation de médicaments au Québec en vue d'une meilleure utilisation de ceux-ci tout en maintenant le contrôle des coûts directs et indirects et en stimulant la recherche et le développement dans ce secteur.»

Actuellement, le contrôle des coûts s'exerce de la même façon depuis des années, c'est-à-dire le même pattern. Ça a changé avec l'arrivée du régime universel puisqu'on a créé des revenus pour contrer un peu les coûts. Mais les mécanismes de contrôle des coûts demeurent les mêmes. Et ça, jusqu'à maintenant, dans les travaux de cette commission, ça n'a jamais été remis en cause, d'une part.

D'autre part, il y a un mécanisme qui prévoit que les produits brevetés innovateurs bénéficient d'une protection de prix de 15 ans à partir de leur inscription à la liste des médicaments. Cette politique-là coûte entre 50 000 000 \$ et 80 000 000 \$ par année au régime de médicaments. On rembourse le prix fixé demandé, exigé pour le produit, même s'il existe des versions moins dispendieuses du produit.

Tant et aussi longtemps qu'on continue à faire ça... Et là je ne mets même pas en cause l'objectif. Admettons, et on l'a dit un peu plus tôt, que, pour fins de discussions, on ne remet pas ça du tout en cause. Les gens agissent en fonction de perceptions. C'est comme ça que vous agissez, c'est comme ça que, moi, j'agis, c'est en fonction de perceptions qu'on reçoit. Or, dans un régime de médicaments, alors que, Dieu sait, en santé au Québec

tout est serré, il n'y a pas un dollar de trop, les gens ont la perception qu'on fait des cadeaux. Pourquoi eux se priveraient-ils? C'est ça qu'on dit.

Autrement dit, prenez le même montant... Je ne remets pas du tout le montant en cause, d'aucune façon. Je dis simplement c'est que ça ne devrait pas être dans un régime de remboursement des médicaments qui a pour objectif d'encourager la meilleure consommation possible ou l'utilisation rationnelle des médicaments. Si c'est ça, l'objectif, visons cet objectif-là et arrêtons de vouloir régler tel, tel problème avec le même régime. Visons cet objectif-là et restons-en à ça.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie. Une courte conclusion, M. le député de Nelligan.

**M. Williams:** Je serai bref. Merci beaucoup, M. Morin. Je suis tellement content que vous étiez disponible ce matin pour participer à notre rencontre. Je pense que vous avez bonifié nos discussions et j'apprécie ça beaucoup.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Merci au nom de tous les membres de la commission. J'invite maintenant l'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques.

(Changement d'organisme)

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, je salue la représentante et les représentants de l'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques. M. Keon, c'est vous qui présentez, j'imagine, si vous voulez nous présenter les gens qui vous accompagnent.

#### Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques (ACFPP)

**M. Keon (Jim):** O.K., M. le Président. Bonjour, mesdames et messieurs. Je tiens tout d'abord à vous remercier de m'avoir invité à venir vous parler de cette très importante question de la consommation de médicaments au Québec. Je m'appelle Jim Keon et je suis président de l'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques, ACFPP.

L'ACFPP représente les entreprises qui se spécialisent dans le développement, la production et la vente de médicaments génériques. Nos sociétés membres sont installées partout au Canada, et, parmi elles, des sociétés importantes sont au Québec. Notre Association a, par le passé, participé activement aux débats qui ont eu lieu au Québec sur le régime général d'assurance-médicaments. L'utilisation des médicaments génériques de qualité et de faibles prix constitue un aspect important des mesures de compression des coûts pour tous les Québécois et les Québécoises et nous sommes fiers du rôle que nous jouons.

Je suis accompagné aujourd'hui de M. Joseph Kerba, vice-président exploitation et usine et développement d'affaires chez Novopharm Québec, et de Mme Guylaine Courtney, directrice des ventes et des opérations pour le Québec et la région de l'Atlantique chez Apotex.

M. Kerba vous présentera notre exposé ce matin et je lui cède, sans plus tarder, la parole.

**M. Kerba (Joseph):** Bonjour, M. le Président, Mmes et MM. membres de la commission des affaires sociales. Permettez-nous de commencer par une lecture de deux extraits du document de travail qui vous a été soumis par le Service de la recherche de la Bibliothèque de l'Assemblée nationale, en date du 6 novembre 1995, aux pages 8 et 10. Comme suit.

• (10 h 50) •

Première citation: «Pour l'année 1994-1995, le total des dépenses publiques au Québec au chapitre des médicaments se chiffrait à environ 1 000 000 000 \$, soit environ 7,7 % des dépenses consacrées à la santé. Le programme de médicaments et de services pharmaceutiques administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec couvre les trois quarts de ces dépenses ayant totalisé 755 780 000 \$, soit une augmentation de 8,85 % par rapport à l'année précédente.» Et je me permets de souligner le 8,85 % d'augmentation.

Deuxième citation: «Un autre phénomène apparemment hors de contrôle: la hausse des coûts des programmes publics de médicaments qui accaparent une part de plus en plus grande du budget de la santé.»

À la fin des citations, il est donc évident, M. le Président, mesdames et messieurs, que les dépenses au chapitre des médicaments sont en constante progression, à un niveau de loin supérieur à celui de l'inflation. Nous nous présentons donc aujourd'hui pour tenter d'éclairer le débat en précisant quelques raisons principales qui sont à l'origine de cette augmentation fulgurante des coûts des médicaments tout en présentant des solutions pratiques qui pourraient être appliquées immédiatement et qui contribueraient à une baisse significative de ces coûts sans réduire, d'aucune façon, la qualité de la pharmacothérapie. Comme suit.

Premièrement, malheureusement, au Québec, nous adoptons le principe de deux poids, deux mesures quand il s'agit de nos patients hospitalisés et ceux ambulants. Or, dans les hôpitaux, quand un produit générique est disponible sur le marché, un tel produit est utilisé sans exception. Vous et moi, M. le premier ministre, toute la population, quand on est dans un hôpital, s'il y a un produit générique qui est disponible, c'est le produit générique et rien que ce produit générique qui est administré au patient. En dehors de l'hôpital, c'est une autre chose. Ce n'est pas le cas hors des hôpitaux, ce qui est aberrant, en ce sens que cela nous coûte, au Québec, 23 000 000 \$ additionnels par année qui pourraient être épargnés dès aujourd'hui par un simple décret ministériel.

Nous nous permettons encore une fois de vous référer à la recherche de la Bibliothèque de l'Assemblée nationale qui nous présente un contraste clair entre

l'augmentation annuelle de 8,85 % des coûts des médicaments à la RAMQ et celle dans les établissements de la santé où, et je cite, «le taux de croissance à ce chapitre diminue d'année en année». Or, la partie médicaments dans nos hôpitaux diminue, la croissance diminue d'année en année, mais la croissance globale de l'utilisation des médicaments a augmenté de 8,85 %.

Or, il existe une règle qui est singulière au Québec — et la personne qui parlé avant nous a fait référence à cette règle — qui s'appelle la règle de 15 ans qui permet à la RAMQ de payer pour un médicament d'origine malgré l'existence d'un produit générique tout à fait équivalent, mais beaucoup moins cher, et ce, tant et aussi longtemps que le premier produit n'a pas été inscrit sur le formulaire du Québec, soit la liste des médicaments, depuis au moins 15 ans.

Par exemple, nous continuerons donc, uniquement au Québec, à payer le Prozac, bien connu, donc le produit d'origine qui provient d'une compagnie ontarienne, Eli Lilly, jusqu'en 2004, même si le brevet de ce produit est échu depuis deux ans et malgré la disponibilité d'un produit générique d'une compagnie québécoise, la compagnie Pharmascience qui est une compagnie québécoise, qui est beaucoup moins cher. Le comble est que, tel que mentionné plus tôt, un patient hospitalisé, donc plus vulnérable, reçoit le produit générique, mais, à sa sortie de l'hôpital, nous lui permettons, par la règle de 15 ans, de revenir au produit original qui est beaucoup plus coûteux.

L'argument, évidemment, des compagnies de marque est que, sans une telle règle, elles ne feront plus de la recherche et développement chez nous, au Québec. Pourquoi donc continuent-elles de le faire en Ontario malgré le fait que, depuis 25 ans, en Ontario, c'est la règle du prix le plus bas qui s'applique dans tous les cas? D'un autre côté, les multinationales, les compagnies de marque font de la recherche et développement chez nous certainement pas pour nos beaux yeux. Elles le font parce que le Québec est le paradis fiscal par excellence au monde. Et il faut que ça demeure ainsi. Nous ne sommes pas contre la recherche et développement. Bien au contraire, il faut que ça demeure ainsi. Mais, si les compagnies de marque font de la recherche et développement chez nous, c'est parce que nous sommes le paradis fiscal au niveau de la recherche et développement.

Un fait à noter, pourtant, c'est que 75 % de cette recherche et développement représente en réalité une obligation légale pour ces compagnies-là pour que des nouveaux médicaments recherchés passent à travers le processus d'approbation réglementaire. Ça, c'est le premier point que je voulais vous présenter.

Deuxièmement, regardons ensemble les résultats de cette recherche et développement. Je vous présente ici un fait du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Donc, c'est l'organisme gouvernemental fédéral qui a pour mandat de veiller à ce que les prix des médicaments brevetés ne soient pas excessifs. Alors, qu'est-ce que le Conseil nous dit? Il nous dit que, depuis 1987, très peu de médicaments brevetés — très peu de médicaments brevetés — et c'est précisé dans le rapport du Conseil,

seulement 6,2 % des médicaments brevetés ont représenté une vraie percée, une nouveauté thérapeutique, si vous voulez. Or, la grande majorité, soit plus de 93 %, n'ont été que des prolongements de médicaments existants, n'offrant que des modifications assez mineures. Or, le fruit de la recherche et développement, il y en a plus de 93 % qui ne représentent pas vraiment de nouveautés.

Comment cet aspect-là... Et ce n'est pas nous qui le disons; c'est le Conseil qui le dit dans son rapport. Ce fait indéniable se trouve dans le huitième rapport annuel du Conseil pour l'année se terminant le 31 décembre 1995, et ce rapport est disponible à Approvisionnement et Services Canada, à Ottawa. C'est publié en 1996. Alors, vous pouvez certainement le voir, ce rapport. Alors, comment donc ce fait contribue-t-il à l'augmentation effrénée et de plus en plus croissante, comme on a vu, des coûts des médicaments dans le budget de la santé au Québec? Regardons ensemble ce qui se passe.

Premièrement, nous sommes un paradis fiscal pour la R & D pharmaceutique, on l'a dit. Nous subventionnons, en grande partie, cette recherche et développement. C'est très bien, et il faut que ça demeure ainsi, comme je le disais.

Deuxièmement, cette recherche et développement, on l'a dit plus tôt, ça produit seulement 6,2 % de vrais nouveaux produits, de vrais nouveaux produits qui apportent vraiment une percée thérapeutique. Le reste, soit 93,8 % des fruits de la recherche et développement chez nous, et que nous subventionnons pleinement, se présentent quand même comme de nouveaux produits que nous allons, auprès des médecins, pour les promouvoir. Alors, ces nouveaux produits sont brevetés pour 20 ans — et on n'a rien contre le brevet pour 20 ans — et c'est protégé davantage ici, chez nous, au Québec, par la règle de 15 ans dont on parlait tantôt. Donc, ce n'est pas seulement la protection de 20 ans, mais il y a cette règle de 15 ans qui fait que, comme je le disais tantôt, le Prozac, nous allons continuer à payer le produit original jusqu'à l'an 2004 quand le brevet est échu depuis deux ans, uniquement au Québec — uniquement au Québec.

• (11 heures) •

Donc, ces supposés nouveaux produits, de 93 % et quelques, représentent des monopoles protégés par le brevet de 20 ans et protégés, en plus, par notre règle de 15 ans. Alors, ils représentent des monopoles sans produits génériques, évidemment, donc sans concurrence. Or, les compagnies de marque, qu'est-ce qu'elles font? Les compagnies de marque consacrent — là aussi, ce n'est pas nous qui le disons; c'est d'après un rapport de la Coalition canadienne de la santé — elles dépensent, d'après cette Coalition, 1 000 000 000 \$ par année sur un bombardement en règle des médecins.

On parlait de médecins, tantôt. Il y a un bombardement en règle des médecins par une armée de représentants pharmaceutiques et par des tonnes d'échantillons qui coûtent extrêmement, extrêmement cher. Ces médecins sont bombardés par cette publicité pour prescrire ces nouveaux produits, mais on vient de voir que les nouveaux produits, à 93 % et quelques, sont seulement des

prolongements. Voilà. Alors, ils recommandent fortement à ces médecins de délaissier les produits anciens qui ont de la concurrence générique pour prescrire ces nouveaux produits. Évidemment, ce revirement se traduit par une augmentation substantielle et constante de la facture pharmacothérapeutique année après année.

Mais les multinationales sont restées quand même sur leur faim. Alors, elles réclament présentement — aujourd'hui, ça se passe — le droit de pouvoir faire de la publicité directement auprès des consommateurs. Ça serait le comble! Parce que les consommateurs, à leur tour, redoubleraient d'ardeur auprès des médecins pour les derniers venus dans le domaine de la pharmacothérapie. On oublierait les bons vieux produits concurrentiels grâce aux génériques.

Revenons donc à la recherche soumise de la Bibliothèque de l'Assemblée nationale, qui nous confirme, à la page 10, et nous citons: « Environ 25 % de l'augmentation des coûts — 25 % de l'augmentation des coûts — du programme serait imputables à des glissements thérapeutiques. C'est quoi, des glissements thérapeutiques? C'est le changement de profil des médicaments prescrits, donc les anciens produits étant remplacés par de nouveaux médicaments. » Fin de la citation.

Troisièmement, les multinationales pharmaceutiques tentent d'écraser les compagnies nationales génériques en introduisant leurs propres génériques. Donc, des compagnies comme AltiMed, Rho-Pharm, etc., appartiennent à des multinationales. Elles n'ont pas à investir à la recherche et développement, pas un sou, au niveau de ces produits génériques des multinationales. Tout ce qu'ils ont à faire, c'est de changer les poinçons. Vous savez, c'est la même poudre, c'est le même granulé, on change les poinçons, on met un poinçon générique plutôt qu'un poinçon du produit de marque et on vend ces produits génériques des compagnies de marque à un prix beaucoup moins cher, avec des logos différents, évidemment.

Par contre, l'industrie générale générique se trouve à consacrer 17 % de ses ventes à la recherche et développement au pays pour mettre sur le marché des produits de qualité, bioéquivalents aux produits de marque, rencontrant les mêmes normes rigoureuses de la Direction générale de la protection de la santé. Cette industrie générique nationale emploie près de 5 000 hommes et femmes au Canada dont tout près de 2 000 personnes travaillant au Québec, soit près de 40 % de l'ensemble des emplois.

En conclusion, M. le Président, mesdames et messieurs, permettez-nous de vous dévoiler une piste prometteuse qui permettra des économies substantielles dans nos dépenses publiques avec des compressions budgétaires qui ne feront aucun mal à M. ou Mme Tout-le-Monde. Aucun mal, bien au contraire, car M. ou Mme Tout-le-Monde qui débourse 25 % des prix des médicaments aura à déboursier 25 % pour un médicament qui est beaucoup moins cher.

Les documents qui vous ont été soumis ainsi que les statistiques de la RAMQ démontrent clairement que le niveau d'utilisation des génériques a toujours été plus

faible au Québec qu'ailleurs au Canada et dans les pays du G 7, toujours. Présentement, près de 35 % de toutes les ordonnances exécutées au Québec le sont avec des produits génériques. Grâce à leur faible prix, ces produits ne représentent que 11 % des sommes consacrées à l'achat de médicaments d'ordonnance au Québec. Donc, 35 % des ordonnances représentent 11 % des coûts. En fait, en comparant les prix des produits d'origine à ceux des médicaments génériques pour les 25 produits principaux utilisés au Québec pour lesquels des produits génériques existent, cette année, 1998, on constate que ces derniers coûtent en moyenne 40,2 % de moins que leur équivalent d'origine, comme vous pouvez le constater. Vous avez la liste à l'annexe 1 de notre mémoire et vous allez pouvoir constater ça vous-même.

Or, une étude réalisée en 1997 par notre Association et intitulée *Les médicaments génériques, source d'économie pour le système de santé canadien* démontre que ces produits génériques font épargner au trésor canadien 875 000 000 \$ par année. Par contre, la moyenne canadienne pour l'utilisation de produits génériques est de 14,6 %; au Québec 11,1 %. 14,6 %, moyenne canadienne, 11,1 % au Québec. Je vous demande donc, M. le Président, mesdames et messieurs, de tirer vos propres conclusions en vous rappelant que le niveau d'utilisation de médicaments génériques au Québec dépend dans une large mesure des politiques de nos élus. Nous souhaitons donc ce qui suit, et je termine avec cela.

Premièrement, l'abolition immédiate de la règle de 15 ans qui n'a pas sa place, surtout aujourd'hui.

Deuxièmement, le discernement dans le choix de vrais nouveaux produits quant à l'inscription au formulaire du Québec.

Troisièmement, la résistance à toute nouvelle tentative de permettre la publicité directement au public par les multinationales pharmaceutiques, en plus de ramener les dépenses de publicité au corps médical, de 1 000 000 000 \$ d'après la Coalition, à un niveau raisonnable permettant ainsi la diminution substantielle des prix des médicaments brevetés.

Quatrièmement et dernièrement, la prise de conscience quant à la concurrence déloyale, si vous voulez, par des multinationales ou compagnies nationales génériques par ce qui est appelé, dans le jargon du métier, les ultragénériques. Les ultragénériques, ce sont les génériques des produits d'origine. Voilà. L'exemple de la compagnie AltiMed qui appartient à trois géants de la pharmacie est très représentatif.

En conclusion, M. le Président, mesdames et messieurs de la commission des affaires sociales, nous venons de vous présenter des moyens concrets pour épargner des millions de dollars sans faire mal, en reconnaissant les contributions majeures et potentielles de notre industrie générique nationale et en nous permettant de contribuer davantage à l'essor du Québec. Merci, monsieur, madame.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie. J'invite maintenant M. le député de Nelligan à débiter les questions. Est-ce que j'ai d'autres...

**M. Williams:** Merci beaucoup, M. le Président. Merci beaucoup pour votre présentation verbale et écrite.

Vous avez mentionné et vous avez cité quelques exemples sur l'augmentation des coûts des médicaments, et vous avez cité presque 9 %. Mais c'est une raison, il y a trois ans passés, que j'ai recommandé de faire ce mandat d'initiative. Parce qu'il me semble qu'une analyse de juste les coûts sur une seule ligne de budget, c'est une analyse trop simpliste que nous avons faite dans le passé. Effectivement, les coûts augmentent et l'interprétation, ce n'est pas bon. Je voudrais faire plus une analyse, de dire: Si on dépense x montant sur les médicaments et on encourage une meilleure utilisation des médicaments, est-ce que, sur le 13 000 000 000 \$ dans la santé ou dans tout le système, on peut augmenter la qualité de vie, s'assurer que les personnes sont bien soignées et sauver de l'argent?

Avec ça, le fait que les médicaments prennent de plus en plus un plus large pourcentage du budget, ma première réaction, ce n'est pas nécessairement mauvais ou bon, c'est juste qu'on regarde qu'il y a une augmentation. Je pense que l'exercice qu'on doit faire, c'est se demander: Est-ce que c'est bon ou mauvais et est-ce qu'on peut aller plus en analyse?

Je voudrais donner une chance à vous de répondre. Est-ce qu'on doit aller dans... Parce que, pour moi, quand on parle de 1 000 000 000 \$, on couvre les coûts des pharmaciens, et tout ça, dans ça, les coûts des génériques et les produits de marque. Mais est-ce qu'on peut avoir une analyse plus profonde, de dire qu'effectivement, si on augmente le budget pour les médicaments, on peut sauver de l'argent dans le système et on peut mieux traiter le monde? Je voudrais vous donner une chance, votre industrie, de répondre à cette question.

**M. Kerba (Joseph):** M. le Président, M. le député, justement, comme je viens de le dire dans ma présentation, nous ne sommes pas, mais d'aucune façon, contre la recherche pour le développement de nouveaux produits qui vont améliorer la qualité de vie. Nous ne sommes pas, d'aucune façon, contre cela. Et nous, notre industrie, investissons une partie de notre recherche et développement de plus en plus importante au niveau de la recherche fondamentale. Donc, cet aspect-là est clair.

• (11 h 10) •

Ce dont je parle ici, c'est... Le montant d'argent, ça augmente, ça diminue. Ce n'est pas important. Comme vous dites, si ça augmente pour une bonne raison, pour améliorer la qualité de vie, pour diminuer le passage à l'hôpital, des choses de ce genre, nous ne sommes certainement pas contre cela; bien au contraire, nous l'encourageons. Ce dont on parle, c'est: Est-ce que le montant que nous dépensons, est-ce que nous le dépensons sagement? Ou, au sein de ce montant que nous dépensons, il y a des moyens d'économiser d'une façon extrêmement importante.

Or, la règle de 15 ans dont je parlais, le choix judicieux de vrais nouveaux produits et non pas de produits qui sont des prolongements des produits déjà existants, si on peut limiter ces deux aspects-là, donc nous

pourrions avoir effectivement une somme plus grande qu'on va consacrer à la recherche fondamentale qui va nous arriver avec de vrais nouveaux produits qui vont améliorer la qualité de la vie, qui vont diminuer le séjour à l'hôpital, etc.

Donc, il y a trois aspects dont je parlais: la règle de 15 ans, le choix judicieux des vrais nouveaux produits et les sommes énormes qui sont dépensées au niveau de la publicité auprès du corps médical pour faire que ce corps médical là ne prescrive plus les bons vieux produits qui sont éprouvés et qui sont beaucoup moins chers à cause de la concurrence générique, mais de faire que ce corps médical là prescrive les supposés nouveaux produits qui n'apportent vraiment rien de vraiment extraordinaire au niveau de la qualité de vie et ce dont vous parlez. C'est ça, le point important: Comment on peut diminuer les sommes dépensées présentement ou comment on peut les utiliser d'une façon plus pointue qui va arriver à l'objectif dont vous parliez?

**M. Williams:** Merci. Il y a plus ou moins, si ma mémoire est bonne, 4 000 produits sur la liste de médicaments. Vous suggérez d'en enlever combien? Parce que vous avez parlé qu'il y a des produits qui ne sont pas efficaces. Vous suggérez, au nom de l'industrie, d'enlever combien de ces 4 000 produits?

**M. Kerba (Joseph):** Je fais certainement confiance au Conseil qui existe en place pour faire un choix judicieux. Tout ce que je dis là-dedans, c'est que, s'il y a des produits qui n'apportent pas vraiment une amélioration significative sur le plan thérapeutique, mais qui deviennent des nouveaux produits, qui deviennent des monopoles, que les médecins sont poussés à les prescrire plutôt que le bon vieux produit, de ne pas les inclure à la liste des produits. Alors, je ne peux pas apporter un chiffre précis, si vous voulez.

**M. Williams:** Correct. Je laisse faire dans ça. Dans la question de recherche et développement que vous avez mentionnée, nous avons parlé du BAP plus 15 ans. Je ne veux pas mettre des mots dans la bouche de M. Morin, mais j'ai compris que, lui, il a dit que ça coûte entre 50 000 000 \$ et 80 000 000 \$. Lui n'était pas contre ça, mais il était juste contre que ça vienne du budget de la Santé. Si j'ai bien compris votre présentation, vous pensez que ça coûte 23 000 000 \$ et vous êtes contre d'une façon ou de l'autre, soit dans le budget de la Santé ou d'un autre ministère. Est-ce que j'ai bien compris les deux positions qui sont, il me semble, contradictoires?

**M. Kerba (Joseph):** Je pourrais passer le mot à M. Keon.

**M. Keon (Jim):** Selon l'information du gouvernement cet été, le nouveau régime a dépensé plus de 16 000 000 \$ de plus que prévu. Nous avons fait les estimations pour indiquer que, si on abolit la règle de 15 ans, on pourrait épargner immédiatement 23 000 000 \$ chaque année. Alors, pour nous autres, c'est une importante

politique pour le gouvernement. Et on peut faire ça tout de suite aujourd'hui si le gouvernement a décidé de le faire, parce que c'est un règlement.

**M. Williams:** Merci de souligner le manque de planification de ce gouvernement sur le nouveau programme d'assurance. Ils ont dépensé trop d'argent, 16 000 000 \$, parce qu'ils n'ont pas bien planifié. Je vais certainement discuter de ça à la séance de travail demain, parce que j'ai une suggestion actuellement faite: une audience publique spécifiquement sur le nouveau programme d'assurance-médicaments. J'espère qu'ils vont participer.

**M. Keon (Jim):** Nous avons une solution simple pour le déficit.

**M. Williams:** Oui, oui. J'ai entendu votre suggestion. Ça va être assez intéressant de faire une discussion sur ça.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Le député en profite pour passer, ce qu'on appelle dans notre jargon, un message.

**M. Williams:** Votre mémoire mentionnait... J'espère que je vais avoir aussi une réponse positive demain. Vous avez mentionné que vous dépensez 17 % dans recherche et développement.

**M. Kerba (Joseph):** Effectivement, oui.

**M. Williams:** Et, de plus en plus — car j'ai la même question que j'ai demandée au groupe précédent — j'ai entendu que la ligne entre toute l'industrie est de moins en moins claire.

**M. Kerba (Joseph):** Le? Excusez-moi.

**M. Williams:** La ligne entre les génériques et les marques de commerce est de plus en plus grise, avec les alliances stratégiques, et tout ça, et je pense que c'est une bonne chose, en général.

**M. Kerba (Joseph):** Tout à fait.

**M. Williams:** Je ne suis pas nécessairement très au courant de tout ça, mais un feeling, ça va être assez intéressant.

**M. Kerba (Joseph):** Oui.

**M. Williams:** Pour vous, quel type de protection vous pensez est assez nécessaire pour garder la propriété intellectuelle québécoise? Je pense que nous ne sommes pas vraiment en concurrence avec le reste du Canada dans cette question. C'est une concurrence mondiale. Je voudrais savoir: Selon vous, ça va être quoi, la meilleure façon de protéger les recherches, les vraies recherches? Je

suis 100 % d'accord avec vous, ça doit être des vraies recherches. Mais comment, avec tous les autres gouvernements mondiaux, je ne parle pas du reste du Canada...

**M. Kerba (Joseph):** Tout à fait.

**M. Williams:** ...on peut protéger la propriété intellectuelle québécoise?

**M. Kerba (Joseph):** La réponse est très claire. La protection que la loi C-91 a donnée aux compagnies de marque, soit une protection de 20 ans, nous ne sommes pas, malgré les perceptions qui existent, contre cette protection de 20 ans. Ce sur quoi nous sommes contre, c'est deux aspects: un aspect sur le plan canadien et un autre aspect sur le plan québécois.

Sur le plan québécois, nous venons de le présenter, la règle de 15 ans qui donne une protection additionnelle n'a pas sa place, d'après nous, d'après notre humble avis. Parce que le fait que nous continuions à payer pour le Prozac qui vient de l'Ontario jusqu'à l'an 2004, d'après notre humble avis, n'est pas une solution logique parce qu'il y a une compagnie québécoise qui s'appelle Pharmascience, qui est ici, au Québec, et qui a effectivement le produit générique à beaucoup moins cher. Alors, pourquoi continuer à payer le prix le plus cher jusqu'à l'an 2004? Ça, c'est sur le plan québécois.

Sur le plan canadien, il y a un autre aspect qui est extrêmement important. Il y a l'aspect qu'on appelle la reconduction perpétuelle des brevets. C'est quoi, la reconduction perpétuelle des brevets? Il y a une terminologie anglaise, si vous me permettez de l'utiliser, on parle du «evergreening», donc l'arbre demeure vert. Alors, la reconduction perpétuelle des brevets fait que, à la place d'avoir un produit, un brevet, comme on a pour toute autre invention en dehors du domaine pharmaceutique, pour un produit, on peut avoir 20 brevets.

Je vous donne un exemple bien précis. Nous étions en train de faire de la recherche et développement sur un produit en forme de solution. On arrive à la fin de la recherche, on avait investi beaucoup d'argent là-dedans, pour découvrir que la compagnie de marque avait un brevet pour l'utilisation de quelques gouttes d'alcool, de l'éthanol, pour la dissolution de ce produit qui est en forme de solution. Alors, ils avaient un brevet pour l'utilisation de l'alcool dans une solution. Bien, mon Dieu! dans les sirops contre la toux, etc., on a de l'alcool. C'est un exemple de cette reconduction perpétuelle des brevets.

Donc, quand on dit 20 ans, c'est bien beau, 20 ans, et on n'est pas contre, sauf que les 20 ans ne sont pas seulement 20 ans. Les 20 ans deviennent 25 ans, deviennent 30 ans par cette reconduction sur une molécule originale, une reconduction perpétuelle de ce brevet-là qui fait que la protection n'est pas vraiment de 20 ans. Nous pouvons vous donner des exemples à n'en plus finir de ce «evergreening», comme on le dit en anglais, ou reconduction perpétuelle des brevets. Voilà.

**M. Williams:** Merci.

**M. Kerba (Joseph):** Je ne sais pas si ça répond à votre question.

**M. Williams:** Merci, M. Kerba. N'hésitez pas, «anytime, to use English expressions if you feel like it. It certainly doesn't bother me».

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Nous, non plus.

**M. Williams:** Oui, j'espère. Je sais.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Williams:** C'est bon, ça!

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Williams:** Lentement, mais sûrement. Je retourne à ma première question: votre position sur le BAP plus 15.

**M. Kerba (Joseph):** Oui.

**M. Williams:** J'essaie de comprendre la position des compagnies génériques sur ça, parce que le groupe avant n'était pas contre le BAP plus 15, il a juste dit qu'il veut que ce soit dans un autre budget que celui de la Santé.

**M. Kerba (Joseph):** Si vous me permettez, peut-être...

**M. Williams:** Je m'excuse.

**M. Kerba (Joseph):** Oui, oui, je vous en prie.

**M. Williams:** Je vous laisse... Mais ce n'est pas ça que j'ai compris. Je voudrais savoir... Parce que l'autre groupe a dit effectivement, si j'ai bien compris, qu'on doit encourager la recherche et développement, mais utiliser un autre budget pour le 23 000 000 \$ ou le 20 000 000 \$. On ne sait pas exactement le chiffre.

**M. Kerba (Joseph):** 23 000 000 \$.

● (11 h 20) ●

**M. Williams:** Est-ce que vous êtes pour ou contre ça? Je voudrais savoir. Parce qu'il y a deux groupes de médicaments génériques qui présentent un mémoire aujourd'hui et il me semble qu'il y a une contradiction dans votre position. Je voudrais savoir si vous êtes pour cette reconnaissance de l'argent dans la recherche et développement pour protéger la propriété intellectuelle si on sort ça du budget de la Santé.

**M. Kerba (Joseph):** Peut-être que nous n'avons pas eu la même compréhension. Ce n'est pas la compréhension que j'ai eue. J'étais assis ici, en arrière. Ce n'est pas la compréhension que j'ai eue de M. Morin. La

compréhension que, moi, j'ai eue de M. Morin, c'est qu'il trouvait que la règle de 15 ans était complètement inacceptable. Que ça soit sur le budget de la Santé ou le budget de l'Industrie et Commerce, c'est le fait d'avoir une protection additionnelle de 15 ans qu'il trouvait inacceptable. Et nous sommes tout à fait sur la même longueur d'onde que M. Morin en disant que c'est vraiment le fait d'avoir le 15 ans qui est complètement inacceptable.

Permettez-moi de vous dire... Vous êtes en train de parler de la règle de 15 ans avec la recherche et développement. J'ai bien dit que le Québec est le paradis fiscal au niveau de la recherche et développement et j'ai bien dit que je n'étais aucunement contre cela. Donc, il faut que ça demeure le paradis fiscal. Mais la règle de 15 ans n'a rien à voir avec le fait que nous soyons un paradis fiscal pour la recherche et développement. La règle de 15 ans vient tout simplement donner une protection additionnelle qui n'a pas sa place, d'après nous.

On continue à subventionner la recherche et développement parce que c'est bon, parce que la recherche et développement a beaucoup de potentiel, parce que la recherche et développement s'applique à nous autant qu'à nos amis. Je suis d'accord avec vous. On s'en va dans la même direction. Vous savez que la plupart des compagnies de marque ont commencé comme compagnie générique. J'espère que vous le savez. Et c'est comme ça qu'ils ont eu suffisamment d'argent pour investir de plus en plus au niveau de la recherche et développement. Et là il y a eu dichotomie, si vous voulez. Mais nous faisons exactement la même chose. Une partie de nos 17 % de la recherche et développement est utilisée au niveau de la recherche fondamentale aussi.

**M. Williams:** Merci. Juste un petit commentaire. Effectivement, peut-être que plusieurs compagnies ont commencé comme compagnie générique, mais ça va en prendre une qui va faire de la recherche. Ça prend de la recherche.

**M. Kerba (Joseph):** Et, nous, nous faisons de la recherche fondamentale, je vous l'assure.

**M. Williams:** Je suis heureux de savoir ça. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Mme la députée de Sherbrooke.

**Mme Malavoy:** Bonjour, messieurs. Messieurs et madame, excusez-moi. Je ne regardais pas complètement. J'aimerais revenir sur la question des vrais nouveaux produits, parce que vraiment je trouve que c'est un aspect qui est majeur dans votre mémoire et qui est assez troublant, enfin ce que vous en rapportez. D'abord, je vous poserai une première question pour bien comprendre de quoi il s'agit quand vous nous dites qu'il y a très peu de médicaments brevetés qui représentent une percée, donc très peu de vrais nouveaux produits, et que c'est, en

fait — vous n'utilisez pas ce mot-là — un peu du recyclage de produits existants ou de la transformation. Vous dites: On utilise les mêmes poudres et on met un poinçon différent. Alors, on prolonge donc la durée de quelque chose en changeant l'emballage. Est-ce que je comprends bien?

**M. Kerba (Joseph):** Non.

**Mme Malavoy:** Pas tout à fait?

**M. Kerba (Joseph):** Permettez-moi de préciser qu'on parle de deux choses différentes. Quand j'ai parlé de la même poudre et qu'on utilise des logos différents ou des poinçons différents, je parlais des produits génériques ou ultragénériques, si vous voulez bien, que les compagnies de marque mettent sur le marché pour essayer d'écraser les vraies compagnies génériques qui n'ont pas la recette, qui doivent développer la recette pour arriver à un produit qui est complètement bioéquivalent au produit de marque. Alors, ça, c'est au autre aspect. Je disais que les compagnies de marque ont leurs propres génériques, qu'on appelle ultragénériques. C'est exactement la même poudre. C'est le poinçon, le logo qui est différent.

Ça, c'est une chose qui est tout à fait séparée du deuxième aspect dont vous parliez, en ce sens que les nouveaux produits... Et monsieur m'a permis d'utiliser un mot anglais, alors je me permets de l'utiliser. Il y a ce qu'on appelle dans notre jargon des «me toos». «Me too», ça veut dire moi aussi. Donc, si on a un produit qui est un bêtabloquant, on arrive avec un autre produit bêtabloquant, c'est toujours des bêtabloquants. Si on a un produit qu'il faut prendre trois fois par jour et on arrive avec un produit qu'on prend seulement une seule fois par jour, c'est vraiment le même produit, mais évidemment le produit qu'on prend une fois par jour devient breveté, et là ça devient monopolisé, et avec raison. Mais, avec les tonnes d'échantillons avec la représentation pharmaceutique auprès des médecins, etc., on dit aux médecins: Écoutez, c'est ça, notre produit. C'est le produit qu'on prend une fois par jour et on oublie les vieux produits.

C'est ça, le danger. C'est ça qui fait que la croissance au niveau de l'utilisation des médicaments, la croissance au niveau du coût est de plus en plus élevée, même si on dit que les prix des produits brevetés n'ont pas augmenté plus que l'inflation. Mais les produits brevetés, qu'on appelle des produits... comme de nouveaux produits, mais 93,6 % sont vraiment des produits, des prolongements de produits existants...

**Mme Malavoy:** D'accord.

**M. Kerba (Joseph):** ...qui n'apportent pas vraiment une percée.

**Mme Malavoy:** Alors, c'est donc deux problèmes. Mais c'est encore pire, si je comprends bien. C'est deux problèmes.

**M. Kerba (Joseph):** Tout à fait.

**Mme Malavoy:** Sur le problème des prolongements de médicaments existants...

**M. Kerba (Joseph):** Oui.

**Mme Malavoy:** ...ma première question, c'est: Est-ce que c'est un phénomène mondial, ou c'est un phénomène qui est plus nord-américain, ou qui est plus particulier à chez nous, ou est-ce que c'est vraiment mondial, c'est-à-dire qu'on se rend compte qu'il y a, de fait, très peu de vrais nouveaux produits dans ce qu'on appelle les nouveaux produits, de façon générale?

**M. Kerba (Joseph):** Madame, vous avez tout à fait raison de dire que c'est mondial. Parce que le fait est que les compagnies de marque — moi, j'ai été de l'autre côté de la barrière pendant 14 ans et demi — essaient de protéger leur marché. Or, si les compagnies génériques n'existaient pas, si les produits génériques n'existaient pas, les compagnies de marque n'auraient pas à trouver d'autres moyens de protéger leur magot. C'est à cause de notre existence, les compagnies génériques, que les compagnies de marque essaient de trouver d'autres façons sur un plan mondial, vous avez tout à fait raison. Là où la concurrence existe, ils essaient de trouver d'autres moyens pour prolonger la protection de leurs produits, de leur magot, parce qu'on parle de milliards de dollars, ici.

**Mme Malavoy:** Oui, oui.

**M. Kerba (Joseph):** Or, c'est ça. C'est un phénomène mondial, mais c'est à nous à être, si vous voulez, plus sages, à reconnaître la contribution extrêmement importante de cette industrie qui est nationale, qui est à nous, ici, de protéger cette industrie nationale et qui nous protège effectivement de ce fait-là. C'est la raison pour laquelle il y a des ultragénériques, parce que les compagnies de marque, c'est le même produit, mais à des prix complètement différents. Pourquoi ils mettent des ultragénériques sur le marché? Pour nous écraser, pour qu'on disparaisse de cette terre québécoise, canadienne et qu'ils aient le monopole, qu'ils puissent augmenter leurs prix d'une façon indue. Mais c'est un phénomène... Là où il y a de la compétitivité par les génériques, il y a ce phénomène-là.

**Mme Malavoy:** Vous me permettez une deuxième question?

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Allez-y, allez-y.

**Mme Malavoy:** Quand vous nous dites, donc, comme solution, qu'une des choses à faire, c'est vraiment de discerner dans le choix des vrais nouveaux produits, c'est le discernement...

**M. Kerba (Joseph):** Tout à fait.

**Mme Malavoy:** ...quand on veut inscrire les nouveaux produits aux formulaires de la RAMQ, quand vous nous dites: Il faut donc agir avec discernement, de quels outils disposons-nous? Parce que, là, je vous écoute depuis tout à l'heure et j'ai l'impression que — comment je dirais — c'est presque sans fin, c'est-à-dire que ce que vous me décrivez, c'est un système dans lequel en introduisant telle petite différence — je ne pensais pas que ça allait jusqu'à la consommation une fois par jour par rapport à trois fois par jour — en ayant une petite variante, on peut finalement parler de quelque chose de différent. Alors, comment pouvons-nous contrôler cela? Comment pouvons-nous agir sur ce système qui m'a l'air d'être extrêmement raffiné et plein d'imagination pour trouver des façons de s'en sortir?

• (11 h 30) •

**M. Kerba (Joseph):** Tout à fait. Très bien, madame. Madame, nous avons deux genres de consommateurs, si vous voulez: il y a les consommateurs qui paient de leurs propres poches; il y a les consommateurs, les assistés sociaux, les personnes âgées, où la RAMQ, la Régie de l'assurance-maladie du Québec, contribue 75 % des prix des médicaments. Or, la RAMQ a une liste de produits qu'on appelle le formulaire du Québec. Or, c'est là où le discernement doit arriver. Si la RAMQ trouve que tel nouveau produit n'est vraiment pas un nouveau produit, comme l'exemple que je viens d'indiquer, la RAMQ n'a qu'à ne pas accepter — et c'est là où le discernement vient en jeu — que ce supposé nouveau produit soit listé au formulaire du Québec. Donc, là où notre gouvernement participe à 75 % des coûts des médicaments pour les assistés sociaux et les personnes âgées, nous, à travers notre discernement, on choisit effectivement les vrais nouveaux produits et on paie pour. Ça nous permettra de payer pour beaucoup d'autres médicaments qui sont extrêmement dispendieux et que nous n'avons pas présentement la possibilité de payer pour. O.K.? Ça nous permet effectivement de payer pour ces médicaments-là. C'est là le discernement dont je parlais.

Pour les personnes qui paient de leurs propres poches, bien, écoutez, il y a une formation à donner, et le point que j'aimerais faire, c'est que ce que la RAMQ fait est un exemple pour les autres. Donc, s'il y a un discernement au niveau de la RAMQ, au niveau de la liste des médicaments, toutes les compagnies d'assurances suivent un peu ce qu'il y a au formulaire du Québec parce qu'elles disent: Nous n'allons pas réinventer la roue. Au niveau de la liste des médicaments, il y a déjà une liste établie par des gens intelligents, et nous allons suivre cette liste-là. Or, c'est là où il y a le discernement, c'est là où il y a l'importance très grande... premièrement, parce que la liste des médicaments, le formulaire du Québec est repris en quelque sorte par les assureurs et d'une façon générale par le public, mais il y a aussi le fait que, s'il y a un discernement à ce niveau-là... Le fait que, vous et moi, nous déboursions 25 % du prix des médicaments, nous allons payer 25 % pour un médicament qui est, en moyenne, comme on disait, 40,2 % de moins cher. Alors, nous allons déboursier, vous et moi, Québécois et

Québécoises, moins de nos propres poches. Or, la liste des médicaments, le formulaire du Québec est d'une importance magistrale à ce niveau-là.

**Mme Malavoy:** Mais le discernement dont vous parlez, vous pensez qu'il peut s'appliquer relativement facilement, c'est-à-dire qu'on peut juger relativement facilement que tel produit n'est pas vraiment nouveau, qu'on peut faire passer la ligne quelque part pour dire: Ceux-là, on ne les accepte pas et ceux-là, on les accepte.

**M. Kerba (Joseph):** Exactement. Il y a le Conseil de pharmacologie du Québec qui fait justement cela, qui décide des produits qui seront sur le formulaire du Québec. Je demande peut-être un peu plus de discernement à ce niveau-là. Je demande, en plus, si vous me permettez, que la règle de 15 ans soit abolie immédiatement. Là, on a vite 23 000 000 \$, à partir de demain, à ce niveau-là.

Et là c'est des solutions, si vous voulez, pratiques que je vous présente en vous présentant en même temps l'état de la situation et en vous donnant des citations de rapports qui ne proviennent pas de nous. Quand on parle du Conseil, c'est le 93,8 % dont on parlait, ce n'est pas nous autres. C'est disponible à Approvisionnements Canada. Le rapport est là, et vous allez le voir vous-même, vous allez vous rendre compte que c'est vrai, ce dont on parle.

**Mme Malavoy:** Merci.

**M. Kerba (Joseph):** Je vous en prie.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Merci. M. le député de Maskinongé.

**M. Désilets:** Merci. Depuis plusieurs années, on fait des coupures, et puis tout le monde a contribué à juste proportion au niveau de l'équité. En vous écoutant, ce que je comprends difficilement, c'est le bout que vous êtes prêts à faire là-dedans à ce niveau-là, dans le sens que ce que j'ai compris — puis j'ai besoin un peu de vos lumières — c'est que, si on libère les génériques tout de suite en abolissant les 15 ans, pour vous autres, c'est avantageux.

**M. Kerba (Joseph):** Tout à fait, tout à fait.

**M. Désilets:** Les compagnies de marque, elles perdent un peu.

**M. Kerba (Joseph):** Tout à fait.

**M. Désilets:** La population est gagnante aussi un peu.

**M. Kerba (Joseph):** Beaucoup.

**M. Désilets:** Mais, là où je veux en venir, c'est que la contribution par rapport à vous, à votre groupe, peut se

situer à quel endroit, à quelle hauteur? En pensant qu'il y a plusieurs centaines de millions de dollars qui sont là, il y a des bénéfiques, mais on peut se retrouver dans quelle mesure?

**M. Kerba (Joseph):** Tout à fait. Je vous remercie pour votre question, une très bonne question. Vous savez que nous sommes dans un pays libre avec une économie libre, et la base même de l'économie libre, c'est l'offre et la demande. Or, les compagnies génériques sont plusieurs. Plusieurs compagnies génériques qui ont le même produit y incluent les ultragénériques comme AltiMed, là, qui appartient aux compagnies de marque, et ces multiples compagnies là se font une concurrence féroce. Je me trouve ici à côté de Mme Guylaine Courtney, qui représente une compagnie compétitrice, et c'est une compétition qui est féroce, qui existe sur le marché. Or, notre contribution est une contribution qui va aller avec l'augmentation de l'utilisation des produits génériques pour passer de 11,1 % à 14,6 % qui est la moyenne canadienne. Tout le monde est gagnant là-dedans. Les compagnies de marque ne vont pas perdre plus ici, au Québec, qu'elles perdent à travers le Canada, à travers le monde parce que, à travers le Canada et à travers... — enfin, prenons tous les pays du G 7 — c'est la concurrence loyale, la concurrence qui fait qu'on est là, et c'est l'offre et la demande qui décident du prix.

Mais, partout dans ces pays de G 7, y inclus le Canada, aussitôt qu'il y a un prix moins cher pour un produit pharmaceutique qui est, et je répète, si vous me permettez, un produit qui est complètement bioéquivalent, donc qui passe par exactement les mêmes structures de santé canadienne — donc, des tests extrêmement rigoureux pour s'assurer que c'est un produit complètement bioéquivalent au produit de marque — à ce moment-là, dans tous les pays du G 7, non seulement ici, au Canada, mais dans tous ces pays-là, c'est l'offre et la demande, c'est le prix le moins cher, le produit de qualité le moins cher qui est utilisé, sauf ici, au Québec. L'exemple du Prozac est un exemple que je vous donne. Donc, s'il y a une augmentation de l'utilisation des génériques ici, au Québec, tout le monde est gagnant: le public est gagnant, le système de santé est gagnant certainement et de beaucoup, hein, et les compagnies génériques deviennent... Enfin, il y a une nouvelle manne, si vous voulez. Alors, la concurrence va être encore plus grande et c'est la concurrence qui va baisser les prix. Ce n'est pas par réglementation gouvernementale ou quoi que ce soit, c'est la concurrence, et je vous assure que la concurrence est féroce au sein des compagnies génériques parce que c'est multisource.

C'est ça, la différence entre un produit générique et un produit de marque. Un produit de marque, il y a un seul produit de marque monopole. Les produits génériques, il y a plusieurs produits génériques, dont les produits génériques qui proviennent des compagnies de marque. Et, voilà, sur cette base-là, il y a cette concurrence féroce qui fait que le prix baisse d'une façon importante.

**M. Désilets:** Oui, mais comment faire pour rester le paradis fiscal? Parce que, si on enlève ça, on ne devient plus le paradis fiscal comme vous demandez.

**M. Kerba (Joseph):** Le paradis fiscal, si vous me permettez, n'a absolument rien à voir avec la règle de 15 ans. Le paradis fiscal, c'est les subventions que nous donnons aux compagnies qui font de la recherche et développement ici, au Québec, où le niveau de ces subventions-là est le plus élevé à travers toutes les provinces du Canada et parmi les plus élevés à travers le monde, où nous sommes numéro deux — le Québec, je parle. Nous sommes le numéro deux sur le plan mondial au niveau de nos subventions au niveau de la recherche et développement, et j'encourage fortement notre gouvernement, nos élus à maintenir cela. Nous ne sommes pas contre ce paradis fiscal que nous sommes ici, au Québec, parce que c'est ça qui va faire qu'on aura de plus en plus de la recherche et développement ici.

La règle de 15 ans n'a rien à voir avec la recherche et développement. La règle de 15 ans, c'est une façon, si vous voulez, de subventionner davantage un produit qui fait qu'on se tire soi-même dans le pied, si vous voulez, en disant: Bien, écoutez, le Prozac, ça fait deux ans que le brevet est échu, mais nous allons volontairement continuer à payer le Prozac, le produit d'origine, jusqu'en l'an 2004! Jusqu'à l'an 2004, par choix personnel. Qu'est-ce que vous pensez qu'elles font, les compagnies de marque, si vous me permettez de dire cela, quand il s'agit de présenter un produit pour le formulaire du Québec?

• (11 h 40) •

Et je reviens de nouveau à madame, à sa question. On ne met pas un produit sur le formulaire du Québec sans qu'il y ait une demande en conséquence, on n'impose pas à une compagnie de marque d'inclure un de ses produits sur le formulaire du Québec. Or, qu'est-ce que vous pensez que les compagnies de marque font? Elles font exprès parfois de faire la demande pour admettre leur produit sur le formulaire du Québec plus tard au Québec qu'ailleurs au Canada. Pourquoi? À cause de la règle de 15 ans.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Ça va? Je vous remercie.

**M. Kerba (Joseph):** Merci.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Moi, je vous avoue que j'ai un problème, par exemple. Le mandat de la commission dit: «...d'étude du fonctionnement des organismes ayant une influence sur la consommation de médicaments au Québec en vue de faire des recommandations visant une meilleure utilisation — meilleure utilisation — de ceux-ci tout en maintenant le contrôle des coûts directs et indirects et en stimulant la recherche et le développement dans ce secteur.» Ce à quoi on assiste actuellement, c'est à un bon vieux débat, d'après ce que je peux comprendre, entre génériques et non-génériques, mais ça ne règle pas ma problématique de la question fondamentale pour laquelle on est ici.

En deux minutes, maximum, pouvez-vous me dire à quelle place à quelque part dans notre mandat, si on recommandait ou on donnait suite à ce dont, vous autres, vous parlez, je peux rejoindre les consommateurs, la population pour une meilleure utilisation des médicaments et je peux stimuler ma recherche et mon développement? En deux minutes.

**M. Kerba (Joseph):** En deux minutes, M. le Président, nous avons un budget, le budget de la santé, il y a une partie de cela qui est pour les médicaments. Tout ce que je viens de vous présenter ici, c'est effectivement pour une meilleure utilisation de cette somme-là. Si cette somme-là, la même somme ou une somme réduite, pouvait être mieux utilisée en ciblant les vrais nouveaux produits, en ne donnant pas de subventions additionnelles avec la règle de 15 ans, qui n'ont pas vraiment leur place parce que, sans la règle de 15 ans, nous sommes déjà le paradis fiscal à travers le monde au niveau de la recherche et développement, nous rejoindrions les trois éléments que vous avez mentionnés ici.

C'est comme dans notre budget chez nous à la maison, si on a telle somme d'argent, si on achète une nouvelle voiture, on ne va pas aller, cet hiver, en Floride. Alors, c'est des choix que nous faisons à l'intérieur de la même somme, mais même avec une somme de loin réduite, comment on peut mieux utiliser cette somme-là pour peut-être aussi promouvoir la recherche et développement au niveau universitaire et ailleurs à l'intérieur des mêmes paramètres des sommes que nous avons et pour vraiment cibler les vrais nouveaux produits qui vont apporter vraiment quelque chose de nouveau sur le plan thérapeutique.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Dernière question, M. le député de Nelligan.

**M. Williams:** Merci beaucoup, M. le Président. Deux dernières questions. Sur le mandat, quand on parle des organismes ayant une influence sur la consommation, quand j'écoutais votre présentation, vos commentaires contre le Conseil consultatif de pharmacologie étaient actuellement assez durs, assez négatifs parce que indirectement vous avez dit que, avec les 4 000 médicaments, il y en a plusieurs — et vous n'avez pas voulu dire combien — qui ne sont pas efficaces, qui ne méritent pas d'être sur la liste. Je ne mets pas les mots dans votre bouche, mais vous avez dit clairement qu'effectivement — selon moi, là — ce n'était pas nécessairement tous les médicaments qui étaient aussi utiles que ça.

Je voudrais, un, première question, dire pour le bénéfice de la commission: Quels changements proposez-vous au Conseil consultatif de pharmacologie pour assurer que ça marche mieux pour la population québécoise? Et, deuxième chose, comment on peut contrôler les coûts des génériques? Qui contrôle? Comment on peut contrôler?

J'ai entendu, et je vous donne une chance de corriger ça, qu'effectivement les génériques sont moins chers aux États-Unis qu'au Canada. Ceci, c'est vrai, et on doit aussi assurer que, t'as raison, on doit contrôler les

coûts des marques de commerce, mais on doit contrôler le prix des médicaments. Je vous donne le mot de la fin pour les deux questions.

**M. Kerba (Joseph):** Je vous remercie.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Tout ça en deux minutes.

**M. Kerba (Joseph):** Très bien, M. le Président. M. le député, je me permets de corriger un point que vous avez utilisé. Vous avez parlé du fait que les nouveaux produits sur la liste des médicaments ne sont pas efficaces. C'est loin...

**Une voix:** ...

**M. Kerba (Joseph):** Non, non, non. C'est loin de ce que j'ai dit. C'est des produits efficaces, mais à peu près aussi efficaces que d'autres produits qui sont des vieux produits qui ont de la concurrence, et de la concurrence générique, et qui sont beaucoup moins chers. Donc, les nouveaux produits ne sont pas des produits qui ne sont pas efficaces, loin de là. C'est des produits efficaces, mais la différence dans l'efficacité n'est pas extrêmement importante, loin de là. Alors, c'est un point extrêmement important.

Le deuxième point, comment on peut améliorer, j'ai utilisé le mot que madame a repris, le «discernement». Or, au niveau des choix de nouveaux produits que nous allons mettre sur la liste des médicaments ou le formulaire du Québec, s'il y a un discernement qui prend en compte ce que le Conseil a dit... Et puis ce n'était pas notre citation à nous, c'est le Conseil canadien, le PMPRB, qui dit que 93,6 % des nouveaux produits... Bon. Comment on peut faire pour les produits génériques? C'est de favoriser les produits génériques. Si on favorise les produits génériques, il y aura plus de compagnies qui viendront lancer de nouveaux génériques sur le marché, et l'offre et la demande, la concurrence va augmenter de beaucoup, et c'est par cette multisource-là que nous allons abaisser les prix des génériques encore davantage. C'est la concurrence, ni plus ni moins. Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** C'est terminé, malheureusement.

**M. Williams:** Ils sont plus chers au Canada qu'aux États-Unis?

**M. Kerba (Joseph):** Nous avons des documents qui prouvent que ce n'est pas tout à fait vrai.

**M. Williams:** Vous pouvez déposer ça?

**M. Kerba (Joseph):** Nous pouvons certainement vous les présenter.

**M. Williams:** Merci beaucoup.

**M. Kerba (Joseph):** Ça me fait plaisir. C'est très gentil.

• (11 h 50) •

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Alors, au nom de tous les membres de la commission, merci beaucoup, et j'invite maintenant les représentantes et représentants de l'Association canadienne de l'industrie du médicament, section Québec.

(Changement d'organisme)

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, nous recevons maintenant les représentants de l'Association canadienne de l'industrie du médicament, section Québec. M. Viel, si je comprends bien, c'est vous qui faites la présentation? J'apprécierais que vous nous présentiez d'abord les personnes qui vous accompagnent.

#### Association canadienne de l'industrie du médicament, section Québec (ACIM)

**M. Viel (Carl):** Merci, M. le Président. Mmes, MM. les députés, l'Association canadienne de l'industrie du médicament, section Québec, remercie la commission des affaires sociales de lui donner l'opportunité d'être présente ce matin afin de vous présenter sa contribution au mandat que vous avez.

Permettez-moi d'abord de vous présenter les gens qui m'accompagnent: à ma droite, Dr Denis Soulières, directeur, Recherche clinique Novartis; Dr Robert Dugal, directeur, Affaires universitaires et scientifiques, à l'ACIM; à ma gauche, Alain Boisvert, chef des politiques de santé, Merck Frosst Canada; M. Louis Couillard, directeur de la commercialisation chez Pfizer Canada; ainsi que moi-même, Carl Viel, de Glaxo Wellcome et coprésident de la section Québec de l'ACIM.

L'ACIM regroupe plus d'une soixantaine d'entreprises, dont plus d'une vingtaine ont leur siège social au Québec, spécialisées dans la recherche, le développement et la fabrication de médicaments d'ordonnance de marque déposée. De plus, 13 autres compagnies membres de notre Association ont maintenant un bureau d'affaires au Québec. L'ACIM et ses associés membres se sont engagés à travailler conjointement avec les intervenants du système de soins de santé, notamment avec les consommateurs et les représentants, les pourvoyeurs de soins de santé et les gouvernements. En tant qu'industrie, nous avons l'obligation d'oeuvrer à ce que les Québécois aient accès aux meilleurs médicaments, à une meilleure qualité de vie et au meilleur système de santé possible.

L'ACIM représente l'industrie du médicament innovateur. La recherche est le coeur du développement de notre industrie. Elle fait partie d'un processus extrêmement complexe qui comprend de nombreuses étapes avant que ses résultats ne soient rendus accessibles à la population. Outre ses retombées médicales positives, ce processus contribue de façon significative à l'économie du Québec, faisant de celui-ci un des plus importants centres de R &

D pharmaceutiques nord-américains. En effet, notre industrie emploie plus de 7 300 personnes au Québec et a injecté 1 200 000 000 \$ dans l'économie du Québec en 1996. Au cours des neuf années précédentes, nos investissements en matière de R & D ont atteint 1 600 000 000 \$, soit près de la moitié des investissements totaux de R & D pharmaceutiques au Canada.

Toute discussion portant sur le coût et l'utilisation des médicaments doit nécessairement prendre en considération l'impact des activités de recherche et de développement auxquelles se livrent les fabricants de médicaments d'origine préalablement à la commercialisation de ce médicament. Bien que la découverte et la mise au point d'un nouveau médicament représentent un phénomène relativement commun, peu de gens réalisent à quel point il est l'aboutissement d'une somme colossale de travaux et d'investissement de la part des chercheurs universitaires et des équipes de R & D oeuvrant dans l'industrie pharmaceutique.

En 1998, la commercialisation d'un nouveau médicament requiert en moyenne 12 ans. Entre 250 000 000 \$ et 700 000 000 \$ canadiens sont nécessaires, tout dépendant du type de produit en développement. En moyenne, cet investissement est de l'ordre de 600 000 000 \$. Pour qu'une molécule nouvelle soit autorisée à être utilisée commercialement à des fins de traiter des maladies chez l'humain, les autorités réglementaires peuvent exiger que de 10 000 à 30 000 sujets y aient été exposés avant son autorisation.

Inévitablement, cette explosion des coûts de recherche et de développement a eu un impact prévisible sur le prix des médicaments. Ce phénomène est international. Il est également ressenti au Canada. Cependant, il est essentiel de réaliser que le Canada a, toutes proportions gardées, été confronté à une hausse des prix des médicaments brevetés moindre que celle observée dans les autres pays développés servant de base de comparaison au Conseil d'examen des prix des médicaments brevetés. De 20 % supérieur à la médiane des pays comparateurs il y a 10 ans, le prix moyen canadien est aujourd'hui inférieur de 11 % à cette médiane. Fort heureusement, une proportion croissante des activités internationales de R & D sont désormais réalisées au Canada et au Québec en particulier. En effet, les dépenses de recherche et développement des fabricants canadiens de médicaments d'origine sont passées de 166 000 000 \$ en 1988 à plus de 800 000 000 \$ en 1997. Grâce à la stabilité des conditions d'investissement ayant résulté de la réévaluation de la Loi sur les brevets et de ses règlements, l'ACIM estime que ses sociétés membres investiront dans la R & D médicale plus de 1 000 000 000 \$, au tournant du millénaire.

Les partenariats entre l'ACIM, les universités, les centres de recherche et les gouvernements continueront de se multiplier et de se traduire, pour la population québécoise, par une amélioration de la qualité et de la rentabilité de son système de santé. Au Québec, les entreprises membres de l'ACIM ont investi près de 265 000 000 \$ en 1996, soit une hausse de 268 % depuis 1988. Durant cette période, les investissements cumulatifs en R & D effectués

au Québec par les membres de l'ACIM se sont chiffrés à 1 600 000 000 \$, dont 247 000 000 \$ ont été accordés aux universités et aux hôpitaux.

La quasi-totalité des membres de l'ACIM procède à des investissements importants en recherche clinique au Québec. Plusieurs chaires universitaires ont été créées grâce à des subventions consenties par des fabricants de médicaments d'origine. De plus, trois nouveaux centres de recherche fondamentale opérés par des entreprises pharmaceutiques internationales ont vu le jour dans la région de Montréal, soit ceux de Bio-Mega, de BioChem Pharma et d'Astra Pharma, une première à l'extérieur de l'Europe, dans ce dernier cas, associée à un investissement de 10 ans de l'ordre de 300 000 000 \$. Deux autres centres de recherche, de Merck Frost et de Bristol-Myers Squibb, qui existaient déjà en 1988, ont bénéficié depuis d'investissements additionnels. Ces activités des membres de l'ACIM ont permis la découverte au Québec de médicaments tout à fait novateurs qui sont maintenant commercialisés à l'échelle planétaire. Plusieurs autres sont en voie de le suivre. Et enfin, des dizaines de petites entreprises biotechnologiques ou biopharmaceutiques ont profité de cet essor de la R & D privée au Québec pour éclore et contribueront, au cours des prochaines années, à la vigueur économique mais aussi à la qualité du système de santé au Québec.

Toutes ces retombées sont directement attribuables à la réforme des lois relatives à la protection des brevets pharmaceutiques, qui a eu lieu au Canada depuis 1988. Cette réforme a permis au Canada de redevenir concurrentiel avec les autres pays industrialisés en ce domaine et de prendre ainsi le virage de la nouvelle économie. Contrairement à ce que certaines critiques de cette réforme ont pu prétendre, la nouvelle Loi sur les brevets n'a eu d'autre effet que de rapprocher les normes canadiennes en matière de protection intellectuelle des normes internationales sans pour autant les égarer. Les normes canadiennes demeurent en effet inférieures à celles des États-Unis, du Japon et de la CEE à certains égards, ce qui leur vaut présentement d'être contestées par cette dernière devant l'Organisation mondiale du commerce. Nous sommes donc loin de la situation abusive que les adversaires de cette législation ont pu évoquer à tort.

Autre perception erronée, ces nouvelles normes n'offrent qu'un monopole relativement bref sur les produits découverts par les fabricants détenteurs de brevets pharmaceutiques. Il est important en effet de réaliser que la durée du brevet, soit 20 ans, comprend habituellement la totalité de la mise au point de ce médicament, qui, on l'a vu, est en moyenne de 12 ans. Ne demeure donc qu'une période d'exclusivité moyenne de huit ans qui servira à amortir les énormes investissements de la R & D de l'entreprise et à dégager les bénéfices nécessaires à poursuivre ses activités. De plus, en tout temps un concurrent peut commercialiser un produit chimiquement différent mais pharmacologiquement semblable et répondant aux mêmes normes de sécurité et d'efficacité, ce qui créera une situation de concurrence véritable au sein du marché.

Toujours au chapitre des mesures ayant eu un impact essentiel sur la recherche d'un compromis équitable entre le contrôle des coûts des médicaments et la stimulation de la R & D dans ce secteur, il nous faut insister sur l'impact positif d'une politique adoptée par le gouvernement du Québec il y a quelques années et connue sous le nom de la «règle de 15 ans». Elle a donc pour effet de permettre au pharmacien de dispenser un médicament d'origine, si les normes de sa profession l'indiquent ou si le patient le demande, sans devoir exiger de celui-ci qu'il paie de sa poche la totalité de la différence de prix entre le médicament d'origine ou son équivalent générique.

La règle de 15 ans a constitué, depuis son adoption, un message clair du désir du gouvernement du Québec d'encourager la R & D pharmaceutique ici et un complément logique des prises de position du gouvernement sur la propriété intellectuelle. Contrairement à des informations erronées qui ont circulé dans les médias à son sujet, cette politique gouvernementale ne limite en rien l'accessibilité aux médicaments génériques. Elle respecte, en fait, rigoureusement la liberté de choix des malades, des médecins et des pharmaciens à l'égard de la médication requise. Compte tenu des retombées positives exceptionnelles de cette politique pour le Québec, ce serait une erreur que de contredire le message favorable à l'investissement que projette la règle de 15 ans en abrogeant celle-ci. Qui plus est, cette règle demeure nécessaire dans le contexte actuel, les normes canadiennes en matière de protection des brevets pharmaceutiques présentant toujours, en dépit des nets progrès enregistrés au cours des 10 dernières années, des lacunes suffisantes pour justifier une contestation au niveau international.

● (12 heures) ●

La mise en place, au cours de l'année 1996, du nouveau régime universel d'assurance-médicaments visait principalement à assurer une accessibilité équitable et raisonnable aux médicaments requis par l'état de santé de la personne malade. Du fait de cette universalité, plusieurs problèmes d'inaccessibilité ou d'inéquité dans l'accès aux médicaments qui pouvaient exister auparavant ont été résolus, notamment par l'abolition de la circulaire *malades sur pied* qui créait de graves problèmes d'équité au sein du système de santé, et en permettant l'accès à un régime d'assurance-médicaments à une large partie de la population qui en était précédemment privée. Cependant, il semble que d'autres problèmes d'accès aux médicaments ont depuis fait surface et que, pour certaines personnes qui bénéficient d'un programme général d'assurance-médicaments, les difficultés liées à l'imposition des frais de franchise ou de coassurance ont un impact sur l'accessibilité au régime.

L'ampleur de ces problèmes est encore mal connue et l'étude épidémiologie de grande envergure commandée en 1997 par le ministre de la Santé et des Services sociaux sera d'une grande utilité afin de la préciser. Force est toutefois de constater que l'accès aux médicaments est loin d'être acquis pour les personnes malades dont l'état le requiert. Une grande prudence serait requise de la part du gouvernement et de la part des gestionnaires de

programmes d'assurance-médicaments privés afin d'éviter une exacerbation de l'inobservance thérapeutique due à des facteurs économiques.

On ne peut parler d'accessibilité aux médicaments sans aborder cette question sous l'angle du coût de ces derniers. Comme on l'a vu précédemment, les dépenses en R & D de l'industrie pharmaceutique grèvent de plus en plus lourdement la capacité des fabricants innovateurs de mettre en marché des médicaments plus performants et à un coût comparable à leur analogue découvert il y a 10 ou 20 ans. L'impact de cette situation sur le prix de ces nouveaux médicaments s'en fait sentir.

Par ailleurs, la capacité de payer des gouvernements et des tiers payeurs privés est, quant à elle, durement mise à l'épreuve par l'évolution récente de l'ensemble des dépenses de santé. Cette situation entraîne un examen attentif de la progression des coûts d'assurance-médicaments et à la mise en place de mesures de contrôle de plus en plus restrictives, dont certaines ont été évoquées précédemment.

Nous tenons toutefois à souligner que l'industrie pharmaceutique innovatrice contribue à la diminution des coûts dans le secteur de la santé et au virage ambulatoire en mettant au point des médicaments qui permettent aux patients de quitter l'hôpital plus rapidement. Les exemples sont nombreux, notamment en psychiatrie, pour les maladies cardiovasculaires ou encore les ulcères d'estomac.

Les membres de l'ACIM considèrent que la bonne utilisation des médicaments est une responsabilité sociale incontournable de l'industrie pharmaceutique et que celle-ci doit offrir sa collaboration pleine et entière au gouvernement, aux professionnels de la santé, au réseau des établissements et aux patients afin que cet objectif soit atteint.

La majorité de fabricants de médicaments d'origine du Canada possède déjà un service d'information médicale qui répond aux demandes de renseignements médicaux et scientifiques courants sur les produits de l'entreprise.

De plus, plusieurs initiatives entreprises par notre Association au cours des dernières années ont eu pour objet de promouvoir l'usage optimal des médicaments en s'inspirant de l'approche dite «de la gestion thérapeutique» ou mieux connue sous le nom «disease management» dans la documentation médicale. Cette approche novatrice vise à faire le meilleur usage possible des données scientifiques probantes recueillies à propos des médicaments et à systématiser leur application au traitement des patients. Elle représente la forme d'un partenariat que recherche notre Association avec les gouvernements et les équipes soignantes en vue de maximiser la plus-value des médicaments dans notre système de santé. Au lieu de viser le rationnement des soins pharmaceutiques et des médicaments, elle recherche, au contraire, de façon constante, l'usage coût-efficace des médicaments dans le but de prévenir des coûts évitables dans d'autres secteurs du système de la santé. L'ACIM souhaite que l'élaboration de la politique québécoise du médicament puisse servir de tremplin à des partenariats de ce type avec notre milieu et elle est prête à offrir son concours à cette fin.

Préoccupée par l'utilisation inappropriée des médicaments, l'ACIM a mis en place, en janvier 1994, un programme d'éducation de santé à l'intention des consommateurs intitulé L'information est la meilleure prescription. Ce programme lancé conjointement avec le ministère de la Santé et des Services sociaux vise à accroître le degré de sensibilisation des consommateurs à l'importance d'utiliser les médicaments de façon appropriée et à la nécessité pour les Québécois de prendre une partie active à leurs propres soins de santé.

Plusieurs projets d'intervention visant, eux aussi, à optimiser l'usage des médicaments sont présentement en cours de discussion entre les membres de l'ACIM et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Comme aucun n'en est à l'étape de la réalisation, il est trop tôt pour que nous puissions évoquer leurs résultats. Cependant, je désire insister sur la ferme intention ou volonté de l'ACIM d'offrir au gouvernement du Québec sa collaboration à la réalisation ici de telles initiatives.

L'impact positif de la politique du médicament pourrait grandement être facilité par la création d'un fonds de partenariat ministère de la Santé-ACIM qui a fait l'objet de discussions et d'un échange de correspondance plus tôt cette année avec la sous-ministre adjointe responsable de la planification et de l'évaluation au ministère de la Santé, avec le concours des délégués du MICST, du FRSQ, du Conseil consultatif de pharmacologie. Le but de ce fonds paritaire serait de favoriser la mise sur pied et le financement d'un projet de recherche opérationnel et d'intervention promouvant l'usage optimal des médicaments. Les exemples cités précédemment illustrent très bien le type d'intervention que l'existence de ce fonds pourrait favoriser au Québec.

Bien que chaque compagnie élabore ses propres méthodes pour déterminer le prix d'un nouveau médicament, ce prix, comme pour tout autre produit commercialisé dans notre société, s'établit en fonction du coût de sa recherche, de son développement, de sa fabrication et de son marché potentiel. Puisque le coût moyen de la recherche et du développement du nouveau médicament représente actuellement environ 600 000 000 \$, on comprendra que les nouvelles thérapies sont généralement plus dispendieuses, surtout lorsque ces dernières s'adressent à des maladies de plus faible prévalence.

Vous noterez que l'industrie pharmaceutique réalise des profits dans trois cas sur 10, c'est-à-dire que, sur 10 médicaments développés, trois seront rentables. Pour le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, un organisme fédéral qui surveille le contrôle des prix des médicaments novateurs offerts au Canada, le prix des médicaments commercialisés au pays se situe en dessous du prix médian offert par les autres grands pays industrialisés. On parle ici des États-Unis, de la Suisse, de la France, de la Grande-Bretagne, de l'Italie, de l'Allemagne et de la Suède. Il s'agit là d'une évolution significative si on considère qu'en 1988 les prix médians canadiens s'avaient au contraire 20 % supérieurs aux prix internationaux.

Contrairement à une critique entendue assez fréquemment, les profits de l'industrie pharmaceutique

innovatrice ne sont pas excessifs. En effet, selon Statistique Canada, notre industrie a généré un profit moyen de 13,6 % en 1995, ce qui nous situe au 10<sup>e</sup> rang des industries non financières. Pour nous, ce sont des résultats raisonnables car le risque élevé de la recherche pharmaceutique ne garantit pas que les millions investis aujourd'hui permettront la mise en marché d'un nouveau médicament. Sans les profits, la recherche ne pourrait tout simplement pas se poursuivre.

Une compagnie pharmaceutique peut débiter la commercialisation d'un nouveau médicament dès l'obtention de l'avis de conformité émis par la Direction générale de la protection de la santé.

La recherche mondiale que nous poursuivons dans nos domaines respectifs nous permet d'acquérir d'importantes connaissances scientifiques et non seulement sur nos médicaments, mais également sur les maladies concernées. Pour ces raisons, nous avons le devoir et la responsabilité de communiquer d'une façon éthique ces informations aux professionnels de la santé. Reconnaisant leur responsabilité au niveau de la promotion d'un médicament de prescription et d'activités de formation médicale, les membres de l'ACIM adhèrent à un code de pratique de commercialisation de la Fédération internationale de l'industrie du médicament, un organisme non gouvernemental qui regroupe des associations de l'industrie pharmaceutique dans 51 pays. L'ACIM exige ainsi que tous ses membres respectent intégralement les principes du code et en fait une condition d'appartenance.

Nous soutenons également financièrement des séminaires, des congrès et autres activités de formation médicale continue afin de permettre aux professionnels de la santé de se maintenir à un haut niveau de connaissance. Ces activités sont basées sur un programme scientifique établi par des chefs de file de leurs professions respectives. Plusieurs sont approuvées par leur association ou leur ordre professionnel. Les activités de formation continue demeurent donc nécessaires afin de s'assurer que les médicaments soient utilisés de façon optimale et sécuritaire. La finalité de cette démarche vise à permettre l'amélioration de la qualité des soins fournis à la population.

Quant à la publicité effectuée sur des médicaments, nous l'adressons uniquement aux professionnels de la santé, et tous nos membres doivent respecter les normes de publicité édictées par le Conseil consultatif de la publicité pharmaceutique. Celles-ci sont obligatoirement accompagnées d'informations complètes sur les indications, contre-indications, mises en garde, précautions, effets indésirables et posologies.

La possibilité que la publicité directe aux consommateurs soit effectuée par les fabricants de produits pharmaceutiques fait actuellement l'objet de discussions au Canada avec les gouvernements fédéral et provinciaux ainsi qu'avec les ordres et les associations de professionnels de la santé. Une telle publicité est en effet permise aux États-Unis sous contrôle strict de la FDA qui a émis des normes à cet égard.

L'ACIM est favorable à ce type de publicité qui, si elle est effectuée selon des normes rigoureuses, peut

faciliter une meilleure utilisation des médicaments pour la population. En terminant, permettez-moi de vous faire part de notre volonté à collaborer à l'établissement d'un modèle québécois, différent de celui des États-Unis, afin que la population d'ici puisse recevoir une information complète sur les médicaments de prescription. Les patients pourront ainsi gérer plus efficacement leur traitement afin d'améliorer leur santé en général. Merci.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie beaucoup. M. le député de Nelligan.

**M. Williams:** Merci beaucoup. Merci pour votre présentation, la troisième ce matin. Je commence tout de suite par vous demander, comme représentant de l'industrie: Est-ce qu'on vit dans un paradis fiscal?

**M. Viel (Carl):** Je vais passer la parole au Dr Robert Dugal.

**M. Dugal (Robert):** Le Canada a un régime de crédits à l'impôt pour la recherche et le développement qu'il considère lui-même comme étant le deuxième plus généreux au monde. Cependant, pour ce qui est de l'industrie pharmaceutique ou de la R & D pharmaceutique, il y a d'autres facteurs qui rentrent en ligne de compte au niveau des investissements et de l'établissement d'un climat favorable d'établissement.

● (12 h 10) ●

Il a été souligné tantôt, durant la présentation de M. Viel, qu'il y avait maintenant une contestation par la Communauté européenne de la Loi des brevets canadienne devant l'Organisation mondiale du commerce. Et j'essaie de faire un équilibre entre les crédits à l'impôt, d'une part, et le climat plus ou moins défavorable à l'investissement.

Il s'avère que la Loi des brevets canadienne est la plus faible dans le monde occidental, et là je parle des États-Unis, Communauté européenne, Japon. Il existe, entre autres au Japon, aux États-Unis et dans la Communauté européenne, un mécanisme qu'on appelle en anglais «pattern term restoration», en français certificat de prolongation supplémentaire, qui est un mécanisme qui vise à compenser l'innovateur pour des temps excessifs d'approbation gouvernementale.

Il se trouve par ailleurs, en contrepartie, que l'industrie générique canadienne jouit d'avantages ici, au Canada, qui ne sont consentis par nul autre pays au monde. L'industrie générique, par exemple, peut faire sa recherche et son développement, surtout du développement — on ne parle pas de recherche ici, on parle de développement — durant la durée du brevet, ce qui est interdit par tous les pays industrialisés. De la même façon, l'industrie générique peut fabriquer et entreposer et mettre son produit en marché le jour où le brevet de l'innovateur est expiré.

Donc, pour mettre votre question en perspective, un paradis fiscal jusqu'à un certain point, donc ça favorise l'investissement. En contrepartie, l'industrie générique ici bénéficie d'avantages qui ne sont consentis nullepart

ailleurs. Et la Loi des brevets canadienne fait en sorte que les investissements sont moins considérables qu'ils pourraient l'être autrement.

Et je m'excuse de ma réponse un peu longue, mais je tenais à mettre cette question-là en contexte.

**M. Williams:** Merci beaucoup pour cette réponse.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je m'excuse, M. le député. Oui?

**M. Boisvert (Alain):** Peut-être un commentaire additionnel, M. le Président. Il est bien reconnu dans notre industrie que les crédits d'impôt à la recherche sont un stimulant pour l'ensemble de l'industrie pharmaceutique, et je pense que les présentations qui ont précédé la nôtre l'ont souligné également. Cependant, c'est surtout au niveau des très petites entreprises que les bénéfices de ces crédits-là sont ressentis de la façon la plus positive. Alors, ces crédits-là soutiennent bien l'ensemble de l'industrie, mais soutiennent d'abord et avant tout, principalement, le développement de petites entreprises de biotechnologie ou de petites entreprises biopharmaceutiques et leur permettent la croissance dont elles ont besoin à une époque où elles sont plus fragiles et plus vulnérables.

Alors, je pense que c'est une précision qui est importante compte tenu de l'ampleur de ce secteur-là au Québec. Il ne faudrait surtout pas que la commission retienne que les crédits ne sont qu'une assistance à de très grandes entreprises qui ont les reins solides; ces crédits-là sont une assistance à l'ensemble de l'industrie, mais d'abord et avant tout aux plus petites entreprises.

**M. Williams:** Merci, M. Boisvert, pour votre réponse. On discute beaucoup, dans le mandat d'initiative, de l'impact de la recherche et développement. Nous avons discuté ce matin un peu quel pourcentage des ventes, etc. Mais la recherche, ce n'est pas nécessairement juste aux compagnies pharmaceutiques, on en parle beaucoup dans nos universités. Je voudrais savoir c'est quoi la relation, la grandeur de cette relation, et c'est quoi la relation entre le secteur pharmaceutique et le secteur universitaire. Quel montant? Quels types de projets? Et est-ce que votre niveau de participation a augmenté ou n'a pas changé pendant les années récentes?

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. Soulières.

**M. Soulières (Denis):** Oui. Je peux vous parler de ce qui est du type de participation qui existe entre les industries et le milieu universitaire ou même le milieu hospitalier. Pour ce qui est de l'ampleur monétaire, là, je laisserai mes collègues y répondre.

Donc, il y a divers mécanismes par lesquels il y a beaucoup de collaboration entre le milieu universitaire et l'industrie. Parfois, il s'agit de contrats, directement, que l'on peut avoir avec certains groupes universitaires. Disons que l'on a une molécule qui a été identifiée et que l'on

veut caractériser davantage, on peut faire des contrats directement avec des équipes de recherche reconnues dans certains centres universitaires. Donc, ça, c'est un aspect.

Il peut y avoir aussi des aspects où carrément ce sont des gens qui, dans un laboratoire universitaire, ont eux-mêmes développé quelque chose et qu'on décide d'aller plus de l'avant soit par un phénomène de collaboration qui peut être contractuel ou même tout simplement en donnant des argents supplémentaires pour leur permettre de faire évoluer davantage leurs recherches. Donc, sur ces aspects-là, on en est beaucoup en termes de recherche qu'on peut dire préclinique ou fondamentale.

Il existe aussi beaucoup de types de collaboration avec les hôpitaux dans le contexte de la recherche clinique qui est faite. Là, je pense que c'est dans ce contexte-là qu'on retrouve les investissements les plus importants, où justement on veut caractériser l'utilisation d'un médicament chez l'humain, en reconnaître l'efficacité et les effets secondaires. Donc, tout ça se fait nécessairement en collaboration avec les hôpitaux et avec des gens et des médecins que l'on espère le plus reconnus dans le domaine pour nous permettre d'avoir justement des études qui sont bien faites. Quant à l'ampleur financière...

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Détail additionnel? Information supplémentaire? Non? Ça va? Oui.

**M. Dugal (Robert):** Peut-être pour répondre à la question de l'ampleur. Les investissements au Québec l'année dernière ont été de l'ordre de presque 400 000 000 \$, ce qui est équivalent à peu près à 46 % ou 45 % du total canadien. De cela, il y a à peu près 50 000 000 \$ qui vont aux universités et centres de recherche hospitaliers dans le cadre de collaborations entre l'industrie et les universités. Le reste, c'est de la recherche qui se fait à l'intérieur même des murs, si vous voulez, intra muros, dans des centres de recherche comme ceux de Bristol-Myers Squibb, Merck Frosst, Bio-Mega, BioChem Pharma, etc.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Merci. Oui, M. Boisvert.

**M. Boisvert (Alain):** Une statistique additionnelle, M. le Président. 20 % de l'ensemble des subventions privées au milieu universitaire québécois, toutes catégories confondues, proviennent de l'industrie pharmaceutique innovatrice. Alors, on parle donc d'une proportion très considérable.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Ça va, M. le député? Vous avez terminé, M. le député de Nelligan?

**M. Williams:** Pour le moment, M. le Président.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Oui? Mme la députée de Sherbrooke.

**Mme Malavoy:** On pourra alterner, alors. Bonjour, messieurs. J'ai envie de commencer par reprendre avec vous un peu la question qui me venait à l'esprit avec le groupe précédent, c'est-à-dire sur ce qu'on appelle les nouveaux produits. Quand on parle de recherche et développement, on parle évidemment de recherche. Il s'agit de savoir quel est le pourcentage de cette recherche qui est vraiment recherche fondamentale, donc qui permet de découvrir de nouveaux produits, et quelle est la part qui va à du développement, incluant bien d'autres choses que la recherche elle-même. J'aimerais savoir d'abord, selon vous, quel est le pourcentage, si vous en avez un à me donner, qui distingue le volet vraiment recherche fondamentale du volet développement.

Et, ensuite, j'aimerais que vous réagissiez, vous, à votre manière, à cette idée qu'on nous expliquait tout à l'heure que, finalement, il y a très peu de vrais nouveaux produits et que ce sont surtout des produits qui sont un prolongement de produits existants, mais avec des petites variantes qui permettent quand même de dire que c'est un nouveau produit. Mais, dans les faits, ce n'est pas vraiment quelque chose de si innovateur que ça. Je vous pose cette question parce que je pense qu'elle est au coeur d'un débat entre ce que vous représentez comme groupe et ce que représente l'industrie des médicaments génériques. Et, moi, j'ai besoin d'éclairage de votre point de vue.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. Dugal.

**M. Dugal (Robert):** L'industrie pharmaceutique transnationale a dépensé l'an dernier 26 000 000 000 \$ en recherche et développement dans le monde, dont 800 000 000 \$ au Canada, ce qui représente une proportion qui est à peu près en relation avec la grosseur du marché, soit 2 % à 2,2 % du marché mondial. Strictement pour mettre ma réponse en perspective. De cela, il y a 30 % des fonds consentis à la recherche qui vont à la recherche dite fondamentale, définie selon les critères habituels, et 30 % à la recherche clinique.

Donc, on parle ici, au Canada, d'investissements de l'ordre d'à peu près 240 000 000 \$ ou 250 000 000 \$ en recherche fondamentale et le reste, 550 000 000 \$, en recherche clinique qui finalement est à la limite, elle aussi, de la recherche et du développement. Il y a des activités de recherche clinique qui peuvent être considérées comme fondamentales, d'autres qui peuvent être considérées comme plus appliquées. Tout dépend de la définition qu'on en donne.

La deuxième question de l'innovation qui a été soulevée par nos amis d'en face...

**Mme Malavoy:** Vous employez le même vocabulaire que nous.

**M. Dugal (Robert):** Bien voilà.

**Mme Malavoy:** C'est un vocabulaire de parlementaires, ça.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

• (12 h 20) •

**M. Dugal (Robert):** Nous pensons que, dans ce cas-ci, c'est tout à fait approprié. Il est très difficile de définir l'innovation. L'OCDE a une définition, Revenu Canada en a une autre et le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés en a une, elle aussi. Cette définition est extrêmement restrictive. Elle est administrée par une armée de bureaucrates qui jugent les dossiers d'une façon qui n'est pas transparente, tel que reconnu par le rapport du Vérificateur général du Canada au sujet de cette organisation qui était ici ce matin. De sorte que le chiffre qui a été avancé de 93,6 % d'imitation et de 6 % d'innovation, dans le cas de l'industrie générique, je vous signale que c'est 100 % d'imitation.

**Mme Malavoy:** Mais on s'y attend de leur part.

**M. Dugal (Robert):** On s'y attend, oui. J'aimerais quand même vous signaler le fait qu'on ne passe pas, par exemple, du modèle T de Ford à la Ferrari Lotus en un an. Ça prend une série de développements «incrémentaux», si vous me passez un anglicisme, pour améliorer un produit graduellement pour faire en sorte, par exemple, qu'il puisse être mieux absorbé, qu'il puisse avoir une durée d'action plus longue, qu'il puisse être mieux toléré par le patient, qu'il puisse avoir moins d'effets secondaires, toute une panoplie de concepts qui font que la notion du «me too» telle que soulevée par nos amis est une notion qui aujourd'hui, dans la littérature pharmacologique mondiale, n'existe plus. On reconnaît d'emblée que chaque produit novateur, même s'il est d'une même classe chimique, peut apporter des bénéfices tangibles à une certaine strate de population traitée par un autre produit.

**Mme Malavoy:** Juste un petit prolongement, parce que...

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Excusez. M. Boisvert.

**M. Boisvert (Alain):** Un commentaire additionnel, M. le Président. La catégorisation utilisée par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés pour les découvertes pharmaceutiques ne s'applique à toutes fins utiles que lorsqu'une nouvelle catégorie de médicaments est mise en marché là où il n'en existait aucune pour traiter cette maladie-là. Alors, on pense à la trithérapie, par exemple, dans le domaine du sida, à des nouvelles percées thérapeutiques dans la maladie d'Alzheimer ou dans le domaine du cancer.

De retrouver l'innovation à cette seule catégorie de médicaments fausse la réalité. Il y a des innovations extrêmement utiles au niveau de l'amélioration de la sécurité et de l'efficacité de médicaments qui ne vaudront pas à un nouveau médicament d'être classé par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés dans cette catégorie. Donc, ça serait un peu fausser le débat que de prétendre que seulement 6 % des nouvelles molécules

mises en marché sont des innovations utiles. 6 % des nouvelles molécules sont des percées thérapeutiques exceptionnelles, mais un beaucoup plus grand pourcentage sont des innovations utiles au niveau de la sécurité, de l'efficacité, de l'amélioration de la fidélité thérapeutique.

Donc, le processus d'innovation, comme mon collègue M. Dugal le disait tout à l'heure, est un processus beaucoup plus complexe. Il faudrait, je pense, le considérer dans toute sa complexité. Mais, une chose est certaine, ça représente très mal l'innovation pharmaceutique de la restreindre aux seules nouvelles catégories de médicaments qu'on peut découvrir.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Allez-y, oui.

**Mme Malavoy:** Je vais prolonger ma question, puis je vois qu'il y a déjà une autre intervention qui se prépare. Si on admet que le concept d'innovation devrait être plus large que ce qui a été défini et qui, dans le fond, classe véritablement comme innovateur un petit pourcentage de produits, si on admet ça, donc ça laisse la porte ouverte à admettre comme étant des innovations plus de médicaments qui sont des transformations de médicaments existants. Et je ne mets pas en doute ce que vous dites, qu'ils peuvent apporter différentes améliorations. Il reste, à mon avis, que ça nuance beaucoup ce que vous dites concernant la durée des brevets. C'est-à-dire que, si vous pouvez, en prenant un médicament qui existe et en le transformant, obtenir un nouveau brevet pour une nouvelle durée de vie, à ce moment-là, est-ce que je ne devrais pas nuancer les propos qui vous font dire que votre brevet de 20 ans, finalement, c'est à peine huit ans et que vous devez assumer des frais énormes de recherche et développement?

**M. Soulières (Denis):** Je peux peut-être commenter l'aspect que vous appelez la novation, ce qui est innovateur dans le développement d'un médicament. Disons qu'on a un médicament qui exige qu'il soit pris quatre ou cinq fois par jour et que, par beaucoup de recherche qui est faite en laboratoire, on arrive à développer une formulation de cette même poudre là, si vous voulez, mais qui est délivrée de façon différente et qui permet de l'utiliser seulement une fois par jour. Les avantages que l'on espère à ce moment-là de ce médicament, c'est qu'il soit aussi efficace ou plus efficace, et par diverses façons, c'est-à-dire que les patients vont le prendre davantage parce qu'ils ne l'oublieront pas deux ou trois fois par jour, et qui peut aussi peut-être créer moins d'effets secondaires. Donc, je pense que ça vous donne la rationnelle, un petit peu, de comment on peut redévelopper une formulation d'un même médicament. Le médicament, en soi, n'est pas que la poudre ou que la molécule elle-même, mais la façon dont on le livre aussi.

Quand on arrive à ça, on le considère et les autorités de la santé le considèrent comme tout à fait différent et on est obligé de repasser, pour ce médicament, par le même mécanisme de développement, c'est-à-dire prouver qu'il est efficace, prouver qu'il est sûr chez les

patients et démontrer, sans conteste, une équivalence thérapeutique ou même une supériorité thérapeutique. Là, on reparle d'étude clinique de grande envergure. Donc, c'est un développement qui, en soi, est presque aussi important, qui demande peut-être moins de recherche initiale, mais en termes de développement, et c'est une grande partie, comme on l'a dit, du côté de revient du R & D pour un médicament. Donc, tout ça revient à peu près de la même ampleur.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. Dugal.

**M. Dugal (Robert):** Si vous me permettez d'apporter une précision à ce que j'ai dit tantôt, au sujet du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, j'avais oublié effectivement de mentionner qu'il y a trois catégories, si vous voulez, la troisième étant la catégorie innovatrice telle que définie par le Conseil.

Mais j'aimerais simplement vous rappeler ou vous informer du fait que le Prozac, par exemple, dont on a beaucoup parlé ce matin, qui était une molécule entièrement innovatrice à l'époque où elle a été mise en marché, n'a pas été reconnu par le Conseil comme étant une entité innovatrice. Le 3TC, un médicament antisida, qui est révolutionnaire en termes de découverte canadienne, québécoise, n'a pas été reconnu par le PMPRB comme étant une molécule innovatrice.

Donc, lorsqu'on met en parallèle ce que nos amis d'en face ont raconté ce matin et les réalités du Conseil, je ne peux pas m'empêcher de penser à Bertrand Russell qui disait qu'il faut résister à la tentation de trouver des solutions simples à des problèmes complexes.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. Boisvert.

**M. Boisvert (Alain):** Oui. Un autre fait, je pense, qui vaut d'être noté. Il est très rare que le premier médicament mis en marché dans une nouvelle catégorie thérapeutique devienne, au fil des ans, l'étalon rare de cette catégorie-là. La plupart du temps, le médicament qui, après quelques années d'utilisation, est reconnu par les experts internationaux comme étant le meilleur dans sa catégorie est habituellement un médicament qui est une deuxième, une troisième ou même parfois une quatrième ou une cinquième entrée sur le marché.

Donc, les améliorations qui sont apportées au médicament, si elles sont moins spectaculaires lorsqu'il s'agit d'innover à l'intérieur d'une même catégorie thérapeutique, ne sont quand même pas à dénigrer, loin de là. Elles peuvent représenter des bénéfices pour les patients qui sont très considérables. Alors, je pense que, pour cette raison-là, on se doit de considérer le processus d'innovation pharmaceutique d'une façon un peu plus nuancée que ce qui a été fait précédemment.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie. Ça va, Mme la députée?

Mme Malavoy: Ça va pour l'instant.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. le député de Maskinongé.

**M. Désilets:** Oui. D'abord, excusez-moi d'avoir manqué une partie de votre présentation, presque toute votre présentation, tantôt. Vous n'avez sûrement pas parlé d'abolir les 15 ans du régime. En tout cas, vous ne l'avez pas mentionné — j'imagine ça, là — mais je n'ai pas entendu votre conversation, tantôt.

Ce qui m'intéresserait de savoir, c'est la contribution que vous pensez faire au niveau de l'atteinte du déficit zéro et aussi l'équilibre au niveau de l'équité, au niveau de l'effort collectif que chacun doit faire parce qu'on est en problème financier. Il y a un petit bout que vous pensez faire? L'autre groupe avant vous proposait des rentrées d'argent pour le gouvernement. Vous proposez quoi, à ce niveau-là? Je comprends que tout le monde veut demeurer le paradis fiscal, mais dans quelle mesure on peut rester un paradis fiscal, que ce soit intéressant pour la recherche et le développement, tout en ayant une contribution significative pour les coffres du gouvernement?

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. Boisvert.

● (12 h 30) ●

**M. Boisvert (Alain):** Oui. Une bonne partie, M. le Président, de notre présentation portait sur des propositions de projets de partenariat entre l'industrie innovatrice, les corps professionnels et le gouvernement. On en a donné quelques exemples, comme le programme *L'information est la meilleure prescription* et le programme ICONS de la Nouvelle-Écosse, un programme sur les antibiotiques en Ontario et des projets de partenariat du même type qui sont en discussion présentement au Québec.

Cette voie nous apparaît comme étant la voie la plus porteuse de solutions aux problèmes globaux de l'utilisation des médicaments parce qu'elle nous permet d'injecter des ressources additionnelles dans le système de santé sans faire dévier ce système de santé de sa finalité première et de mettre à contribution l'industrie pharmaceutique pour amener une optimisation de l'utilisation des médicaments. On a donné des exemples. Malheureusement, le temps nous forçait à les résumer beaucoup, mais vous pourrez voir dans le mémoire qu'en Ontario, par exemple, on a pu entraîner une réduction appréciable des coûts d'utilisation des antibiotiques par une approche concertée de l'industrie pharmaceutique, des médecins et des pharmaciens, des usagers. Même chose pour le projet de la Nouvelle-Écosse, le projet en médecine cardiovasculaire à propos duquel le gouvernement de la province et son ministère de la Santé sont particulièrement enthousiastes.

Nous pensons donc qu'en investissant dans l'utilisation rationnelle des médicaments on va être à la fois capables de prévenir les coûts dus à la surconsommation des médicaments et les coûts qui peuvent aussi être imputés à la mauvaise fidélité thérapeutique ou à la sous-utilisation de certaines autres catégories de médicaments essentiels,

comme les médicaments utilisés dans l'hypertension, par exemple. Et ces économies qui seront générées au niveau de secteurs encore plus névralgiques que les médicaments dans le système de santé — on parle de l'hospitalisation, on parle de visites médicales non nécessaires — sont tout à fait susceptibles d'entraîner des économies de beaucoup supérieures à celles qui ont été proposées ce matin.

**M. Désilets:** Merci, M. Boisvert. Tantôt, vous avez mentionné les petites entreprises, ou de taille plus modeste, face aux crédits à la recherche. Est-ce qu'il y aurait une possibilité de cibler davantage les petites entreprises, au niveau des crédits à la recherche, comparativement aux grandes? Est-ce que c'était une porte d'ouverture?

**M. Boisvert (Alain):** Écoutez, je ne suis pas un expert fiscaliste, il s'en faut de beaucoup, donc je ne voudrais certainement pas présenter ma réponse comme ayant une expertise quelconque. Le régime est un régime général non seulement pour l'industrie pharmaceutique, mais pour l'ensemble des entreprises qui font de la R & D. De quelle façon, à l'intérieur d'un régime aussi large, peut-on cibler des plus petites entreprises? C'est difficile d'y répondre. Il y a plusieurs façons aussi de...

**M. Désilets:** Parce que l'économie d'échelle n'est pas la même avec une grande ou une petite.

**M. Boisvert (Alain):** Non, c'est vrai, mais nous nous fions sur le témoignage des petites entreprises. En fait, elles ne sont pas représentées à cette table, ici, puisque les entreprises présentes devant vous ce matin sont principalement des grandes entreprises, mais c'est un phénomène généralement reconnu que l'impact est beaucoup plus grand au niveau des entreprises qui viennent de naître ou qui ont seulement quelques années et quelques produits à leur actif.

**M. Désilets:** O.K.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Est-ce qu'il y a d'autres commentaires? Non? Ça va? M. le député de Nelligan.

**M. Williams:** Merci beaucoup. Un bref commentaire. Je suis très heureux qu'on profite aujourd'hui du deuxième passage de M. Boisvert devant la commission. Je pense que ses commentaires sont assez utiles. Mais, sur le mandat d'initiative, on veut savoir comment on peut contrôler les coûts directs et indirects en touchant la meilleure utilisation des médicaments.

Avec ça, je retourne à une question pratique. J'ai participé à une conférence de presse il y a, je pense, une semaine ou 10 jours passés, et Mme Potvin a lancé une pétition pour essayer de convaincre le gouvernement de mettre sur la liste Aricept. Aricept, c'est un médicament produit par Pfizer, et les patients d'Alzheimer ou les familles des patients d'Alzheimer ont voulu pousser le gouvernement à assurer que ce serait sur la liste des

médicaments. Selon l'échange, j'ai appris que ça a été vérifié dans 23 pays, mais ce n'est pas sur nos listes. Avec ça, j'ai entendu par les patients tout un problème d'accès aux médicaments qu'ils veulent.

Je demande cette question parce que je préfère faire des questions pratiques, ici, et pas juste de la grande politique, et c'était dans l'actualité la semaine passée: Est-ce qu'il y a un problème d'accès? Et, selon vous, comment on peut corriger ce problème d'accès? Est-ce qu'il y a une autre façon ou un autre critère décisionnel qu'on peut demander au CCP? Et, troisième chose, comme j'ai demandé à tous les autres groupes, et peut-être que je suis trop simpliste avec mes questions, mais est-ce qu'il y a une façon de dire: Oui, nous allons mettre ce médicament sur la liste si on peut démontrer qu'effectivement nous allons sauver de l'argent dans le reste du système de santé? Peut-être que c'est trop simple de demander une question comme ça, mais je ne suis pas l'expert, vous autres êtes les experts. Je voudrais savoir, est-ce que c'est possible, avant de mettre ça sur la liste, qu'on puisse avoir au moins une bonne idée qu'on peut donner un meilleur service et qu'on peut sauver de l'argent dans le système global?

**M. Soulières (Denis):** Sur la question de l'accès global, je laisserai la réponse à mes collègues, mais je peux vous amener, par contre, beaucoup d'éléments d'information sur ce qui est la façon dont sont conduites les études qui peuvent amener justement des éléments de réponse à ce que vous avez demandé là. De plus en plus, dans le contexte de grandes études que l'on dit de phase III, c'est-à-dire pour prouver hors de tout doute l'efficacité du médicament, pour prouver qu'il est plus efficace qu'une autre thérapie dite standard ou qui est mieux tolérée, les entreprises cherchent, dans le contexte de ces études, à obtenir des données sur la qualité de vie des patients; outre les données uniquement médicales, là, des données qui sont beaucoup plus générales sur la qualité de vie des patients, leur capacité à continuer à travailler, le coût, vraiment les données pharmacoéconomiques qui se rattachent à l'utilisation de ce médicament-là comparée à une autre thérapie que l'on dit standard et qui est utilisée dans l'étude. Donc, de plus en plus ces données-là vont être disponibles et sont, la plupart du temps, aussi présentées lorsque l'on demande qu'un médicament soit inscrit sur la liste des médicaments. Donc, je pense que ça, c'est un élément qui est bien important.

Il n'indique pas nécessairement que, pour le gouvernement, aujourd'hui il y aurait une diminution de coûts, mais que, si on est capable de prouver, par ces éléments-là, que des patients peuvent rester au travail plus longtemps, donc ne sont pas une charge pour l'État de cette façon-là, profitent d'une qualité de vie qui est meilleure... Ça aussi, ça a un prix de revient, hein, la qualité de vie en soi, d'être reconnu comme ayant une valeur. Donc, ces données-là vont être de plus en plus disponibles, commencent à l'être, mais sont de plus en plus disponibles et vont l'être, dans les prochaines années, beaucoup, surtout. Pour ce qui est de la question de l'accès, je vais laisser Alain...

**M. Boisvert (Alain):** Oui. Je pense que la question de l'accès, M. le Président, est probablement la question la plus fondamentale à laquelle notre industrie est confrontée présentement, et je pense que, dans une certaine mesure, c'est vrai aussi du système de santé. On l'a vu, il en coûte de plus en plus cher de développer un nouveau médicament selon les normes modernes de sécurité et d'efficacité que nous exigeons. Ce coût-là est passé de 50 000 000 \$ à près de 600 000 000 \$ en moyenne sur une période de moins de 20 ans. Alors, les entreprises pharmaceutiques sont confrontées à devoir recouvrer les coûts, les investissements sur une période relativement brève. On a parlé de huit à 10 ans, tout à l'heure, à cause de la fenêtre utile qui est laissée à l'intérieur de la durée du brevet. Cette opération-là est difficile.

En même temps, nous sommes parfaitement conscients que ça a eu un impact sur le prix des médicaments et que cet impact sur le prix des médicaments constitue un défi important pour les gouvernements et pour les tiers-payeurs privés. Il y a donc une espèce de conflit entre la capacité de l'industrie à mettre en marché un produit à un faible coût, et la capacité de payer des gouvernements, et celle des tiers-payeurs privés. Nous sommes parfaitement conscients de cette situation-là.

Je dois dire que, même si nous éprouvons aussi des problèmes d'accès, au Québec, au marché, la situation au Québec est nettement meilleure que ce que nous éprouvons dans d'autres provinces canadiennes parce qu'il y a un dialogue qui est toujours possible, en dépit de la difficulté des questions dont on doit débattre. Le souhait de l'industrie pharmaceutique innovatrice, c'est qu'on puisse tenir compte des économies générées par les médicaments dans d'autres secteurs du système de santé.

J'y faisais allusion tout à l'heure, il est particulièrement critique pour notre industrie que l'impact économique des médicaments ne soit pas considéré qu'en des termes strictement budgétaires à l'intérieur d'une enveloppe fermée d'assurance-médicaments. Il faut qu'on puisse en même temps tenir compte des autres impacts. Ça se fait, je sais que le Conseil consultatif de pharmacologie tient compte de ces impacts-là, mais c'est toujours difficile, compte tenu du mode de budgétisation qui continue de demeurer à l'intérieur du gouvernement, de faire parfois cet arbitrage difficile qui consiste en l'inclusion, dans la liste des médicaments, d'un nouveau médicament coûteux, en particulier s'il s'agit d'une véritable innovation qui s'adresse donc à une population de patients précédemment peu traités ou pas traités du tout à cause de l'absence de traitement pharmacologique antérieur. Alors, ça, c'est le type de situation qui nous confronte particulièrement.

• (12 h 40) •

On a proposé ici des pistes de solution. Nos pistes de solution sont encore des pistes de solution. Les questions de gestion thérapeutique, les partenariats entre le gouvernement et l'industrie pharmaceutique sont des questions délicates à régler. Elles ne sont pas réglées encore, mais nous croyons que cette approche qui fait la promotion auprès des médecins, auprès des pharmaciens et auprès du

public, une promotion appuyée par des ressources plus consistantes que ce qu'on a eu auparavant de la bonne utilisation des médicaments, va nous permettre, si, en plus de ça, ces études-là comprennent un volet évaluation sérieux, de faire la démonstration que les nouveaux médicaments, même coûteux, peuvent générer encore plus d'économies qu'ils ne grèvent les budgets existants d'assurance-médicaments.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie. Mme la députée de Sherbrooke.

**Mme Malavoy:** Je ne sais pas combien ça coûte, développer un nouveau médicament, puis je vous crois quand vous dites que ça coûte cher, et je vous crois quand vous dites qu'il faut étaler sur de nombreuses années la rentabilité d'un tel investissement, mais vous comprendrez quand même que, de notre point de vue, qui est le point de vue de gens qui représentent le public, finalement il reste qu'il y a quelque chose qui n'est pas facile à comprendre quand on voit que l'industrie pharmaceutique est une des industries au monde qui sont les plus rentables et une des industries où les actionnaires font les profits les plus intéressants, les plus importants.

Alors, quand vous dites dans votre mémoire que vous voulez en arriver aux meilleurs coûts possible, je veux bien vous croire, mais, moi, je me dis: Est-ce que c'est normal qu'une industrie permette autant de profits et qu'il n'y ait pas, en contrepartie, une forme d'impact sur la diminution des coûts pour le très grand public? Parce que, bien sûr, ça coûte cher et c'est étalé sur longtemps. Il reste que, à moins que nos informations soient mauvaises, vous avez des bénéfices d'environ 30 % annuellement pour vos actionnaires — ou, tout au moins, c'est les informations que j'ai — donc c'est une industrie qui est très, très, très rentable. Est-ce qu'on ne pourrait pas faire bénéficier un peu le public en général des profits réalisés en trouvant une façon de baisser les prix?

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Qui va oser?

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. Dugal, si je comprends bien, vous avez été désigné.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Dugal (Robert):** J'ai été porté malgré moi volontaire. Votre question, Mme la députée, est extrêmement complexe. Vous avez cité certains chiffres d'une origine que je ne connais pas, peut-être du professeur Lauzon, de l'UQAM. Les profits de l'industrie pharmaceutique, selon Statistique Canada, ont été, l'an dernier, de 13,6 %, ce qui met l'industrie au dixième rang des institutions non financières en termes de profitabilité. La profitabilité d'un secteur industriel est hautement liée à la notion de risque, comme vous le savez, et le fait que nous

sommes dans un secteur qui exige des sommes considérables pour développer un produit fait en sorte que le risque est très grand. Malgré tout, la profitabilité que je viens de vous noter est quand même moyenne.

Je pense que je vais arrêter mon intervention à ce moment-ci parce que c'est une situation extrêmement complexe que je pourrais vous documenter, si vous le souhaitez, par écrit dans toutes ses composantes. Ça me ferait plaisir de le faire, si vous le souhaitez. Mais, au niveau de la profitabilité, il y a des chiffres qui circulent et qui sont carrément faux, et l'organisme respecté qu'est Statistique Canada considère que les profits de l'industrie pharmaceutique sont finalement moyennes.

**Mme Malavoy:** Je pense que ce serait intéressant de confronter effectivement les différentes façons d'en arriver à un pourcentage. Mais, comme, nous, on est du côté des gens qui doivent finalement peser les différents arguments, ça pourrait nous être utile effectivement que de documenter la profitabilité de l'industrie pharmaceutique.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Un court... Les deux, vous voulez parler? Court complément, M. Dugal et M. Boisvert.

**M. Dugal (Robert):** Un court complément. Vous avez parlé, madame, de ce qu'on peut retourner au public. Je pense que notre profitabilité moyenne résulte dans des investissements de recherche de plus en plus considérables qui mènent éventuellement à des médicaments innovateurs qui traitent des maladies qui autrement ne pourraient pas l'être...

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. Boisvert?

**M. Dugal (Robert):** ...et c'est notre contribution.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Excusez. Est-ce que vous aviez terminé?

**M. Dugal (Robert):** Oui. Merci.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. Boisvert.

**M. Boisvert (Alain):** Il faut considérer — et on l'a mentionné dans notre mémoire, mais j'aimerais revenir là-dessus — que les produits développés par l'industrie pharmaceutique, même ceux qui se rendent en marché, ne sont pas tous rentables. Certains ne recouvreront jamais leur investissement de recherche et de développement, certains autres vont le recouvrir et le dépasser de beaucoup. Notre industrie est donc une industrie qui tire ses revenus d'un très petit nombre de produits à l'intérieur même de son portefeuille, du portefeuille de produits d'une firme. En fait, on considère que, sur 20 produits commercialisés, 16 ne connaîtront qu'un succès marginal. Alors, au mieux, ces produits-là recouvreront leur investissement initial mais sans dégager de bénéfices.

Par contre, les autres produits, eux, vont être des médicaments qu'on peut appeler «médicaments vedettes». Ces médicaments-là vont effectivement générer des bénéfices importants. Souvent, les critiques les plus acerbes adressées à l'endroit de notre secteur de l'industrie reposent sur des analyses de la rentabilité de ces médicaments vedettes, mais ces médicaments doivent être perçus pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire les locomotives d'une entreprise pharmaceutique, mais dont les bénéfices vont devoir servir à absorber les pertes qui sont encourues par tout le processus de recherche et de développement et par l'obligation, pour une entreprise pharmaceutique internationale, d'avoir des grosses structures à maintenir en place.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie. Courte question, une dernière, M. le député de Nelligan.

**M. Williams:** Merci M. le Président, et je serai court. Moi, comme législateur, je voudrais assurer que les Québécois et les Québécoises ont accès au meilleur système de soins de santé et de services sociaux, incluant les médicaments, et je pense que c'est un peu un faux débat de discuter le prix tel quel. Mais, de plus en plus, à mon bureau de comté, j'ai des appels de citoyens qui essaient de comprendre que le pharmacien, dès que vous avez besoin de prendre un type de médicament et pas l'autre... Ils ont reçu l'autre avant et ils disent que c'est parce que le gouvernement ne paie pas la différence.

Nous avons juste touché la question de la bioéquivalence, aujourd'hui, mais je voudrais savoir, est-ce que, une fois qu'il y a un générique sur le marché, c'est 100 % interchangeable avec le produit original? C'est quoi, le problème? Et est-ce qu'ils ont une étude sur l'efficacité d'un traitement, ou «compliance», une fois qu'il y a le changement? Ma question était: Est-ce que c'est aussi facilement interchangeable qu'il me semble?

**M. Soulières (Denis):** La notion de bioéquivalence est déjà elle-même extrêmement vaste. Ça prendrait beaucoup de temps. Je ne m'attarderai pas là-dessus, mais simplement le type de patients sur lesquels on fait des études de bioéquivalence peut déjà être en soi une question de beaucoup de questionnements et d'ailleurs qui est regardée habituellement par les autorités de la santé avant de donner une autorisation. Par contre, bon, lorsque tout est fait dans les règles de l'art — et même les grandes compagnies pharmaceutiques qui produisent elles-mêmes des génériques doivent utiliser les mêmes règles — les notions de bioéquivalence, si elles sont bien utilisées, bien prouvées, habituellement pourraient mener effectivement à une efficacité comparable.

Quant à savoir si des preuves par des études cliniques sont faites sur ces médicaments que l'on dit bioéquivalents, la plupart, non, n'ont pas d'études qui démontrent une efficacité, mais on se base justement sur la notion de bioéquivalence, à ce moment-là.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie... Oui?

**M. Boisvert (Alain):** Très brièvement, M. le Président, il y a des normes professionnelles qui existent aussi bien chez les médecins que chez les pharmaciens. Le Collège des médecins, l'Ordre des pharmaciens ont des normes professionnelles à cet égard-là. Un des bénéfices de la règle de 15 ans qui n'ont pas été mentionnés ici, c'est que cette règle-là permet le libre choix du médicament approprié par le médecin et par le pharmacien. Elle permet donc à ces deux professionnels-là d'exercer leur profession selon les règles de l'art, selon les normes de leur profession, sans pression économique. C'est un des bénéfices importants, à notre avis, de la règle de 15 ans.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie. M. le député de Nelligan, en conclusion.

**M. Williams:** En brève conclusion, je voudrais remercier beaucoup toutes les associations, incluant l'Association canadienne de l'industrie du médicament, section Québec, pour leur présentation. Je pense que ce matin nous avons appris beaucoup de choses. Quand je vois tous mes amis d'en face, et je pense que nous avons utilisé cette expression aujourd'hui, je recommande que, une fois que nous aurons fini la discussion officielle, on puisse tous rester dans la salle et on puisse peut-être avoir une bonne discussion sur vos trois perspectives.

Pour moi, ça a été un exercice très utile, M. le Président. J'ai toujours voulu encourager la commission à utiliser son pouvoir comme commission d'assurer que la population est plus au courant des questions complexes et je pense nous avons au moins fait un pas dans cette direction, ce matin. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Au nom de tous les... Oui, M. Viel.

**M. Viel (Carl):** En conclusion de notre part, on voudrait tout simplement vous remercier de nous avoir donné l'opportunité de venir vous présenter notre vue, nos points sur ce dossier.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Au nom de tous les membres de la commission, merci beaucoup. La commission ajourne ses travaux au 30 septembre, demain, à 9 h 30, afin d'effectuer un autre mandat.

*(Fin de la séance à 12 h 50)*