



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 011 • 1<sup>re</sup> SESSION • 39<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 20 juin 2006**

**Président**

M. Rob Merrifield

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

**<http://www.parl.gc.ca>**

## Comité permanent de la santé

Le mardi 20 juin 2006

• (1110)

[Traduction]

**Le président (M. Rob Merrifield (Yellowhead, PCC)):** La séance est ouverte.

Je veux commencer par remercier les membres de notre table ronde d'avoir accepté de participer à l'étude de la question importante des produits pharmaceutiques.

Nous avons hâte d'entendre vos exposés; le comité doit décider s'il veut examiner, peut-être cet automne, cette question dans le cadre d'une étude plus vaste pour voir s'il y a quelque chose que nous pouvons faire et qui serait productif compte tenu du temps de comité.

Encore une fois, je veux vous remercier d'être venus. Nous allons suivre l'ordre que j'ai ici.

Pour l'information des membres du comité, nous allons prendre une heure et demie. Cela comprendra les questions et les exposés. Nous aurons ensuite une séance à huis clos concernant le rapport du comité sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale. Nous allons également traiter d'une motion qui a été présentée au comité durant la séance publique et, peut-être, allons-nous également traiter en même temps d'une nomination. Voilà pour l'information destinée au comité.

Nous allons maintenant donner la parole à nos témoins.

Nous accueillons M. Brett Skinner de l'Institut Fraser, M. Ken Fraser du Fraser Group, Mme Barbara Mintzes de l'Université de la Colombie-Britannique et Mme Ingrid Sketris de l'Université Dalhousie.

Merci à toutes et à tous d'être venus.

Nous allons commencer par M. Skinner. Vous avez 10 minutes

**M. Brett Skinner (directeur, Services de la santé et de la recherche sur la politique pharmaceutique et de la recherche sur les polices d'assurance, L'Institut Fraser):** Merci. Et merci aux membres du comité de m'avoir invité ici aujourd'hui. C'est un véritable plaisir que de prendre la parole devant le comité. C'est la première fois que je m'adresse à un comité parlementaire, alors c'est un honneur. Évidemment, je serai heureux de répondre à vos questions après mon exposé.

Il y a trois questions dont j'aimerais parler et qui sont liées directement à la recherche effectuée par l'Institut Fraser. La première, c'est le prix des médicaments brevetés et le fait que je crois qu'ils ne sont pas la cause des coûts insoutenables des soins de santé au Canada. Deuxièmement, j'aimerais parler des questions liées au commerce transfrontalier de médicaments et dire pourquoi je crois que cette situation demeure une menace pour l'approvisionnement du Canada en médicaments et pour nos relations commerciales. Et troisièmement, j'aimerais parler des questions liées au fait que les gouvernements limitent l'accès aux nouveaux médicaments au Canada, et tenter d'offrir certaines explications à cette situation.

Laissez-moi commencer par le prix des médicaments brevetés. Les données indiquent que les prix moyens des médicaments brevetés au Canada ont augmenté à un rythme plus lent que le taux d'inflation global pour tous les autres biens et services que l'on retrouve dans l'économie. Par conséquent, ils augmentent plus lentement que ne le permet les mesures fédérales de contrôle des prix.

D'autres données indiquent qu'au Canada, les prix des médicaments brevetés sont également plus bas que dans la majorité des pays sur lesquels le gouvernement fédéral, par le biais du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, se base pour établir des comparaisons internationales. Ils sont inférieurs en moyenne de 43 p. 100 par rapport aux prix américains pour des médicaments identiques d'après des travaux de recherches effectuées par l'Institut Fraser et qui portaient sur un vaste échantillon des 100 produits les plus vendus au Canada en 2003.

Deux raisons majeures expliquent pourquoi les médicaments représentent une part croissante des dépenses de santé: l'arrivée de nouveaux médicaments coûteux pour des traitements qui n'existaient tout simplement pas auparavant et le recours de plus en plus fréquent à des médicaments pour remplacer d'autres formes de traitements médicaux.

Les données indiquent que les nouveaux médicaments et le remplacement de traitements médicaux par des médicaments constituent un net progrès; les recherches montrent qu'ils se traduisent par des économies nettes lorsque toutes les dépenses de santé sont prises en compte, et par une amélioration appréciable de la santé humaine.

J'aimerais poursuivre en disant que si les prix des médicaments sont perçus comme un problème au Canada, c'est vraiment à cause des prix des médicaments génériques. Au Canada, les prix des médicaments génériques sont supérieurs aux prix internationaux pour les mêmes médicaments, d'après les travaux de recherche du CEPMB. Selon une étude réalisée par l'Institut Fraser, ils sont plus élevés de 78 p. 100, en moyenne, que les prix américains pour les mêmes produits, d'après un échantillon des 100 produits génériques les plus vendus au Canada en 2003.

Il s'agit de quelque chose d'important pour les Canadiens en termes d'économies de coûts perdues. Si les prix des médicaments génériques canadiens étaient fixés en fonction du prix international médian pour les mêmes produits, les consommateurs canadiens économiseraient annuellement 800 millions de dollars. Si ces prix équivalaient aux prix américains pour les mêmes médicaments — les plus bas au monde et une approximation des prix sur le marché libre — et si des prix moindres forçaient aussi nos taux de substitution de produits génériques à atteindre les taux plus élevés observés aux États-Unis, les consommateurs canadiens réaliseraient des économies annuelles directes de près de 2 milliards de dollars et des économies annuelles totales d'environ 5 milliards de dollars.

J'aimerais maintenant parler de la question du commerce transfrontalier des médicaments. Ce commerce demeure une menace pour l'approvisionnement du Canada en médicaments et pour les relations commerciales, et cela est attribuable au fait que si la valeur du commerce transfrontalier des médicaments sur ordonnance s'est stabilisée à environ 500 millions de dollars annuellement, d'après les données les plus récentes d'IMS Health Canada, cette situation est attribuable en grande partie au fait que les médicaments génériques représentent une part croissante des médicaments vendus sur ordonnance. Ainsi, le volume total du commerce demeure vraisemblablement très élevé. Ce qui est plus inquiétant, je crois, c'est que les pressions politiques pour la légalisation du commerce transfrontalier des médicaments augmentent de manière spectaculaire aux États-Unis. Les données indiquent que le nombre de tentatives annuelles de légalisation de ce type de commerce dans les États et au niveau fédéral a bondi, passant de trois en 2002 à 84 en septembre 2005.

Fait intéressant, la plupart des propositions présentées légaliseraient les achats en vrac effectués dans des pharmacies canadiennes pour approvisionner les fonctionnaires locaux, des États ou fédéraux des États-Unis, et les bénéficiaires de programmes sociaux comme Medicaid et Medicare, un groupe de consommateurs presque quatre fois plus important que la population américaine du Canada. Comme l'a dit un ancien ministre de la Santé, le Canada ne peut se permettre d'être la pharmacie des États-Unis.

Les données indiquent également que le commerce transfrontalier des médicaments ne repose pas non plus sur les principes du libre-échange, comme certains l'ont prétendu. Ce commerce dépend de l'ingérence du gouvernement canadien dans le marché grâce à des mesures de contrôle des prix qui établissent de façon permanente l'écart entre les prix canadiens et américains. Fait plus intéressant encore, et peut-être encore plus menaçant pour nos relations commerciales, les échanges commerciaux des pharmacies transfrontalières constituent également un vol de propriété intellectuelle.

Des données d'IMS Health Canada montrent que les médicaments qui sont toujours protégés par un brevet aux États-Unis représentent près de la moitié de la valeur des médicaments génériques canadiens vendus de l'autre côté de la frontière par des pharmacies en ligne. Les données montrent que près de la moitié de la valeur des médicaments génériques vendus de l'autre côté de la frontière par des pharmacies en ligne porte sur des produits qui sont protégés par un brevet aux États-Unis.

La troisième question que j'aimerais aborder, c'est le fait que les gouvernements limitent l'accès aux nouveaux médicaments au Canada. Comparativement aux citoyens d'autres pays, les Canadiens n'ont pas rapidement accès aux nouveaux médicaments. Des recherches montrent que Santé Canada approuve moins de médicaments que d'autres pays et l'approbation des médicaments prend beaucoup plus de temps ici qu'ailleurs dans le monde. Les données laissent également entendre que le processus de Programme commun d'évaluation des médicaments sert également à limiter l'accès aux nouveaux médicaments pour les prestataires des régimes publics d'assurance médicaments. Le PCEM recommande le remboursement de moins de la moitié des médicaments qu'il évalue et les provinces en approuvent encore moins, même si ces médicaments ont déjà été jugés sûrs par Santé Canada et qu'ils sont en vente dans d'autres pays.

Partout au Canada, les gouvernements limitent l'accès aux nouveaux médicaments cruciaux et très coûteux dont ont besoin certains groupes restreints, mais fournissent des services de santé abordables à tous. Un bon exemple de cela, c'est le médicament

Herceptine. L'automne dernier, j'ai fait des recherches sur cette question et j'ai publié un article voisin de la page éditoriale qui montrait que 8 des 10 provinces refusaient de rembourser ce médicament. Il s'agit d'un traitement très efficace pour le cancer du sein, traitement si efficace que la FDA a interrompu ses essais et l'a rapidement admis sur le marché pour éviter de condamner des milliers de femmes à une mort prématurée en leur refusant l'accès à ce traitement. Pourtant, 8 des 10 provinces refusaient de rembourser ce médicament l'automne dernier, en dépit du fait que les dépenses additionnelles liées au remboursement de ce médicament n'auraient augmenté le budget annuel de médicaments de l'Ontario, par exemple, que de 1,6 p. 100.

Qu'est-ce qui explique cette situation?

Les gouvernements rationnent l'accès à de nouveaux médicaments sûrs et efficaces parce que les dépenses de santé publique sont insoutenables et qu'aucune nouvelle dépense, même minime, n'est envisageable. Dans 7 des 10 provinces, les dépenses de santé publique absorberont bientôt plus de la moitié des revenus totaux provenant de toutes les sources disponibles. Lorsque je dis « toutes les sources », cela comprend les transferts fédéraux. Cela se fera d'ici l'an 2022. Et cela continuera à ce rythme si rien ne change.

Les gouvernements font face à des contraintes extrêmes en matière de dépenses et c'est pourquoi toute dépense additionnelle liée aux médicaments constitue un problème. Le problème n'est pas lié au prix des médicaments, il est lié à l'utilisation croissante des médicaments et à l'incapacité des gouvernements de payer la facture parce que le financement des soins de santé est insoutenable.

Je pense que la seule raison pour laquelle les gouvernements peuvent continuer de limiter l'accès aux médicaments, plutôt que de procéder à des réformes des soins de santé, c'est parce que les personnes malades ne représentent pas beaucoup de votes. Les données de recherche sur la santé de la population de l'Université Dalhousie auxquelles j'ai eu accès et qui portent sur les dossiers du régime d'assurance-maladie de tous les habitants de la Nouvelle-Écosse sur une base anonyme indiquent qu'environ 21 p. 100 de la population ne dépense absolument rien au chapitre des services de médecin dans une année donnée. En fait, 96 p. 100 de la population dépense moins de 1 500 \$ pour les services d'un médecin dans une année donnée; seulement 4 p. 100 de la population dépense d'avantage. Ce que ces données indiquent, c'est que la distribution de la maladie dans la population n'est pas étendue. Très peu de gens sont malades. Cela signifie que les personnes malades ne représentent pas beaucoup de votes et qu'il n'y a pas grand-chose là pour inciter, je pense, nos décideurs politiques à résister au rationnement de l'accès aux nouvelles technologies. Au contraire, le rationnement est une façon de continuer de faire croire que l'on peut continuer de soutenir le coût des soins de santé.

Voilà qui met fin à mes observations et je serai heureux de répondre à vos questions.

• (1115)

**Le président:** Merci beaucoup.

Vous avez présenté beaucoup de chiffres intéressants. Je suis certain qu'ils susciteront d'excellentes questions.

Nous allons maintenant céder la parole à M. Ken Fraser du Fraser Group

**M. Ken Fraser (président, Fraser Group):** Merci, monsieur le président.

Merci de m'avoir invité à participer à cette discussion sur les médicaments sur ordonnance. Je m'appelle Ken Fraser et je suis président du Fraser Group, une firme qui fournit des services d'études techniques et de marché dans le domaine des avantages sociaux et des assurances collectives.

Juste pour clarifier les choses, nous ne sommes pas liés à l'Institut Fraser.

Aujourd'hui, je vais faire part au comité de certaines constatations de recherche concernant le financement des médicaments sur ordonnance par le biais des programmes d'assurance médicaments publics et privés. Mes collègues — y compris M. Richard Shillington, qui est présent dans la salle aujourd'hui — et moi étudions les questions de la couverture d'assurance et de la répartition des coûts financiers depuis 1996. Espérons que les observations suivantes qui sont le fruit de nos recherches seront utiles au comité.

Le Canada n'a pas de programme national complet et détaillé ou d'infrastructure de politique concernant l'assurance du coût des traitements pharmaceutiques. Malgré cela, un système assez substantiel d'assurance médicaments a vu le jour qui, en fait, garantit à une grande majorité de Canadiens une sécurité financière raisonnable face aux dépenses liées aux médicaments.

Toutefois, il y a des variations et des disparités régionales importantes dans ce système de couverture. La lacune la plus importante se trouve dans le Canada Atlantique. Nous estimons qu'environ 25 p. 100 de la population de cette région éprouveraient des difficultés financières si ces personnes devaient avoir besoin de médicaments coûteux. Dans l'éventualité de besoins de santé véritablement onéreux, ces Canadiens pourraient probablement perdre leur foyer et tomber dans l'indigence. De tels cas ont été rapportés dans les médias.

La plus grande partie des variations régionales est attribuable aux différences dans les programmes d'assurance médicaments financés publiquement. Les régimes d'assurance médicaments privés, parrainés principalement par les employeurs et les syndicats, couvrent environ 58 p. 100 de la population, malgré de légères variations provinciales.

Les dépenses liées aux médicaments représentent un enjeu financier pour toutes les familles canadiennes. Il n'est pas rare que les dépenses liées aux médicaments dépassent 10 000 \$ ou 20 000 \$. Bien qu'il s'agisse d'une situation très rare, nous avons vu des dépenses excédant 250 000 \$.

De nombreux programmes sociaux et le régime d'impôt fédéral utilisent le seuil de 3 p. 100 ou de 4 p. 100 comme mesure du stress financier en ce qui a trait aux coûts des soins de santé. Si on utilise ce seuil de 3 p. 100, 4 millions de Canadiens ont besoin de médicaments qui coûtent plus de 3 p. 100 du revenu familial. Cela comprend 51 p. 100 des personnes âgées de plus de 65 ans et 8 p. 100 des personnes âgées de moins de 65 ans. Dans tous ces cas, il s'agit de chiffres avant remboursement par les régimes d'assurance médicaments. Ce groupe de personnes, dont les dépenses liées aux médicaments sont élevées par rapport à leur revenu, intervient pour 66 p. 100 de toutes les dépenses liées aux médicaments en dehors des hôpitaux.

Si nous définissons des dépenses en matière de médicaments onéreux comme la partie des dépenses en médicaments qui dépasse 3 p. 100 du revenu, alors, 42 p. 100 de toutes les dépenses liées aux médicaments feraient partie de cette catégorie. Nos recherches montrent que 89 p. 100 des Canadiens sont protégés face à des dépenses liées à des médicaments onéreux par des programmes

d'assurance publics et privés. Une autre tranche de 9 p. 100 de la population a une couverture importante, mais incomplète. Il reste donc 2 p. 100 de la population qui ne bénéficie d'aucune couverture. Ces personnes seraient ruinées financièrement si elles devaient faire face à des dépenses élevées en matière de médicaments.

En conclusion, je demanderai au comité de comprendre que l'accès à des prestations de santé qui peuvent être dérivées des médicaments sur ordonnance repose en grande partie sur l'accès au mécanisme financier des programmes d'assurance médicaments publics et privés, particulièrement dans le cas des personnes qui ont des besoins élevés par rapport à leur revenu. Conserver et améliorer ce régime d'assurance médicaments est un élément indispensable pour s'assurer que tous les Canadiens — peu importe leur lieu de résidence, leur revenu ou leur état de santé — ont accès à un traitement médical approprié et en temps opportun.

Merci.

• (1120)

**Le président:** Merci beaucoup de votre témoignage. En fait, nous attendons d'autres rapports sur la couverture des médicaments onéreux, mais c'était un témoignage très intéressant.

Nous allons maintenant entendre Mme Barbara Mintzes de l'Université de Colombie-Britannique. Vous avez 10 minutes.

**Dr Barbara Mintzes (Centre de services en santé et en recherche de politique, Université de la Colombie-Britannique):** Je vous remercie de m'avoir invitée à parler aujourd'hui.

Je compte vous parler de la publicité de médicaments sur ordonnance s'adressant directement aux consommateurs. Dans son rapport d'avril 2004 intitulé « *Dans l'armoire à pharmacie* », le Comité permanent de la santé abordait trois questions, dont celle de la publicité des médicaments sur ordonnance.

Le comité a dit souscrire à l'interdiction de la publicité de médicaments sur ordonnance s'adressant directement aux consommateurs et a enjoint Santé Canada d'affecter des ressources supplémentaires à l'exécution de la loi, la surveillance active, la prise de mesures correctives et l'imposition de sanctions à l'encontre des compagnies qui font illégalement de la publicité des médicaments, ainsi qu'à la publication d'un rapport annuel. Le comité a aussi demandé que les Canadiens disposent de renseignements indépendants et financés par l'État.

Le comité avait aussi abordé la question de la publicité et de rappel de marque. Il s'agit d'annonces publicitaires de marques telles que la publicité sur le Viagra diffusée à la télévision qui donne le nom de la marque sans en mentionner l'utilité.

Le rapport — auquel je souscris — indique que la publicité de rappel de marque n'a pas de justification du point de vue de la santé publique. Le rapport suggère que la disposition de 1978 sur la publicité des prix interprétée depuis novembre 2000 pour permettre ce genre de publicité soit annulée puisque de toute façon les prix ne sont pas mentionnés — je résume le rapport.

Donc, que s'est-il passé depuis avril 2004? Je pense que les changements recommandés par le comité sont beaucoup plus pressants aujourd'hui, pour trois grandes raisons.

Premièrement, avec le retrait du marché mondial du médicament pour arthritiques Vioxx, une crise de santé publique ayant pour origine un médicament qui faisait l'objet d'un gros battage publicitaire n'est plus une supposition, c'est arrivé.

Deuxièmement, nous avons assisté à la multiplication de la publicité de rappel de marque et à la fausse représentation des risques de maladies dans la publicité en l'absence de toute réaction visible des organes de réglementation.

Et troisièmement, le dépôt d'une contestation judiciaire invoquant la Charte par Can West Media Works qui affirme que l'interdiction de la publicité de rappel de marque aux termes de la Loi sur les aliments et drogues porte atteinte à la liberté d'expression de l'entreprise.

Voici quelques exemples d'utilisation de médicaments inutile et dangereuse. Quand le médicament pour arthritiques Vioxx a été retiré du marché mondial en septembre 2004, Merck avait dépensé plus de 500 millions de dollars américains pour faire la publicité de ce produit aux États-Unis. Le Vioxx n'est pas plus efficace que les autres anti-inflammatoires dans le traitement de l'arthrite. Il est plus coûteux. En Colombie Britannique, nous avons probablement évité très efficacement le danger grâce à un rationnement plus rigoureux que dans les autres provinces.

La première étude qui a montré des risques accrus de crise cardiaque a été publiée vers la fin de 2000 et Merck a continué à faire une grande publicité de Vioxx auprès de la population des États-Unis et de la Nouvelle-Zélande, où la publicité s'adressant directement aux consommateurs est légale, et ailleurs à des professionnels de la santé jusque vers la fin 2004.

Le Dr David Graham qui est un haut fonctionnaire de la FDA des États-Unis, a déterminé à partir de données de la consommation du médicament et de résultats d'essais cliniques aux États-Unis le nombre de personnes ayant subi une crise cardiaque. Il a estimé à environ 40 000 le nombre de décès suite à l'utilisation de Vioxx. Je me demande combien de ces personnes ont consommé du Vioxx après avoir vu une annonce publicitaire. J'ai fait une petite analyse en tenant compte de l'argent dépensé dans la publicité, des ventes totales et des données de recherche sur le marché sur ce que rapporte la publicité s'adressant directement aux consommateurs. Pour un médicament qui se vend très bien, comme c'était le cas de Vioxx, des 40 000 décès environ 16 000 auraient résulté des ventes excessives stimulées par la publicité. Cette estimation est approximative, mais elle laisse certainement à penser que l'accélération de l'emploi de médicaments nouveaux est un sujet de préoccupation.

• (1125)

Un autre sujet de préoccupation avec la publicité s'adressant directement aux consommateurs est la consommation inutile de médicaments pour les problèmes quotidiens, une sorte de médicalisation de la vie.

En 2005, la consommation de somnifères a augmenté de 60 pour 100 aux États-Unis. Pourquoi? Est-ce qu'une épidémie d'insomnie a soudainement frappé les États-Unis? Le phénomène tient sans doute davantage à la lutte féroce que se livrent les fabricants de deux somnifères concurrents. Sepracor a dépensé 270 millions de dollars américains en publicité pour Lunesta. Et 90 millions de dollars américains ont été dépensés pour la publicité d'Ambien.

À long terme, la consommation de somnifères est associée à un risque de dépendance, à des chutes et des fractures chez les personnes âgées et à des accidents de la route. Des examens systématiques d'essais cliniques de ces médicaments ont aussi été faits. Des études portant sur des médicaments de nouvelles générations montrent des résultats similaires à ceux observés avec les médicaments de l'ancienne génération. Une personne de plus de 60 ans qui prend des somnifères pendant plus de cinq jours a plus de chances d'en souffrir que d'en tirer un bénéfice.

Deux ou trois exemples vous donneraient une vue d'ensemble. Je pourrais en parler, mais je ne le ferai pas.

Aux États-Unis, l'industrie a publié des directives d'application facultatives après le désastre du Vioxx. Leur décision de ne plus faire de publicité de rappel de marque à la télévision américaine est le changement le plus concret.

Quelle est la situation au Canada? Il y a eu une augmentation de la publicité et les mêmes compagnies font de la publicité de rappel de marque au Canada sans réaction de la part des organismes de réglementation. Il n'y a pas de diminution de la quantité d'annonces publicitaires fait au Canada, aucun changement n'a été apporté suite aux recommandations du comité, aucun changement après ce qui s'est passé avec le Vioxx, aucun changement après les directives d'application facultative américaines et aucun changement des mesures d'exécution.

Pour vous donner un exemple, je suis partie à une plainte avec une organisation sur la santé des femmes, Action pour la protection de la santé des femmes, au sujet d'annonces télévisées sur le Celebrex, un médicament qui ressemble beaucoup au Vioxx et qui est dans la même catégorie. Des études ont montré que le Celebrex augmente aussi le risque de crise cardiaque. Santé Canada a mis une mise en garde, en demandant aux médecins de le prescrire avec prudence, à petites doses et pour une période limitée.

Nous avons envoyé une lettre de plainte au ministère de la Santé et à Santé Canada le 14 mars. Nous n'avons constaté aucune réaction de la part des organismes de réglementation et nous n'avons même pas reçu de réponse à notre plainte.

Qu'en pensent les organismes de réglementation?

Une plainte a été déposée en 2005 au sujet d'une campagne publicitaire pour le Xenical, un médicament conçu pour le traitement de l'obésité. Ce n'était pas une publicité de marque, mais elle ciblait les femmes qui voulaient perdre quelques livres, or ce médicament jamais été approuvé pour cela, à des fins esthétiques. Nous avons reçu une réponse de Santé Canada qui a jugé l'annonce légale parce que le nom du médicament et le nom du fabricant n'étaient pas mentionnés. Du point de vue de la santé publique, nous avons certainement pas remarqué de changement dans la réaction des organismes de réglementation à ce genre de publicité.

Nous avons remarqué autre chose, c'est que des publicités, par exemple celle à la télévision pour le Celebrex serait illégale aux États-Unis pour des motifs de santé publique car ce produit porte un « encadré de noir », une mise en garde de risques graves pour la santé. La publicité de rappel de marque est pas autorisée pour les médicaments portant des encadrés de noirs aux États-Unis en raison des risques à la santé. Bien que notre loi soit plus rigoureuse, il y a un relâchement au niveau des mesures d'exécution et des choses sont permises au Canada et qu'elles ne le sont pas aux États-Unis.

L'autre important changement, c'est la contestation de l'interdiction aux termes de la Loi sur les aliments et drogues par Can West, dont j'aimerais parler brièvement. C'est une contestation par la plus importante entreprise médiatique du Canada affirmant que l'interdiction compromet la liberté d'expression de l'entreprise. Je comprends que cela fasse sourire.

Si on y réfléchit, en tant qu'entreprise médiatique, elle peut diffuser n'importe quel contenu rédactionnel ou n'importe quelle émission sur des médicaments sur ordonnance. Ce qui lui est interdit de faire, c'est de vendre des espaces publicitaires aux fabricants de médicaments sur ordonnance. Cette poursuite concerne le commerce, la concurrence et l'accès à des contrats de publicité lucratifs.

• (1130)

Compte tenu de ma préoccupation concernant le changement dans la réponse à l'application de la loi, je voudrais demander si des ressources adéquates sont mises à disposition pour défendre la loi dans cette poursuite. C'est une question que je pose au comité.

Je conclurais en disant que les recommandations du comité sont toujours aussi valides, mais la bonne question, c'est de savoir comment les mettre en application?

Merci.

**Le président:** Merci beaucoup.

Votre témoignage nous rappelle certains témoignages entendus à cette époque et l'étude qui s'en est suivie. Elle sont toujours aussi valides. Nous prenons note de votre observation. Certaines des questions posées dans le cadre de cette étude peuvent encore être tout autant valides.

Passons à notre dernier témoin, de l'Université Dalhousie, faculté de pharmacie, Ingrid Sketris, vous avez 10 minutes.

**Mme Ingrid Sketris (professeure, Faculté de pharmacie, Université Dalhousie):** Merci.

Je vous remercie de m'avoir invitée. Il y a 25 ans que je suis professeure à la faculté de pharmacie à la chaire de la FCSS/IRSC en gestion de la consommation des médicaments à l'Université Dalhousie.

Je vais parler des objectifs de la politique pharmaceutique et je vous citerai deux cas, l'un sur l'usage inapproprié de médicaments et l'autre sur un usage de médicaments où le système pourrait être plus efficace. Finalement, je parlerai du choix des stratégies de gestion des médicaments.

Pour Jacobzone de l'OCDE, les objectifs de la politique pharmaceutique sont: améliorer la santé, favoriser l'efficacité, améliorer le rapport avantages/coûts, optimiser les ressources, préserver l'équité et autre — politique industrielle. Au fur et à mesure que les juridictions canadiennes établissent et affinent leurs objectifs en matière de politique pharmaceutique, nous devons déterminer leurs performances et établir des systèmes pour mesurer ces performances.

Mon premier cas identifie un médicament dangereux pour la population. Dans les années 1980, il a été prouvé que le Chlorpropamide, un médicament pour le diabète, était plus dangereux que d'autres médicaments de traitement du diabète. Il peut causer de l'hypoglycémie et mener parfois à un coma et à une hospitalisation.

La Drug Evaluation Alliance of Nova Scotia à financer un programme visant à diminuer la consommation du Chlorpropamide et toutes les personnes âgées ont reçu un traitement plus approprié. Mais cela a pris beaucoup de temps. Les preuves ont été établies dans les années 1980, mais en 1995 en Nouvelle-Écosse, 1500 personnes âgées consommaient encore ce médicament. Nous avons fait une intervention pour arrêter la consommation de médicaments chez ces personnes. En 2003, huit des dix régimes d'assurance-médicaments provinciaux couvraient encore le médicament. En 2004, le rapport de la vérificatrice générale a traité des critères de

Beers et suggéré que ce médicament ne devrait jamais être consommé par des personnes âgées. En 2005, la SRC a diffusé une émission radiophonique sur les critères de Beers.

On en conclut qu'il faut beaucoup de temps pour changer les habitudes et adopter de meilleures pratiques. Le contrôle des médicaments commercialisés au Canada devrait être systématique, surtout pour les populations vulnérables comme les enfants et les personnes âgées. Des systèmes électroniques en temps réel d'aide à la décision clinique devraient être élaborés pour avertir les médecins des maladies et de l'interaction médicamenteuses et d'autres problèmes.

La diapositive suivante montre des masques utilisées contre l'asthme et des inhalateurs portables. Environ trois millions de Canadiens ont de l'asthme et la bronchite, il s'agit donc de deux domaines thérapeutiques importants. Les masques ou la nébulisation sont plus chers, moins efficaces, moins portables, ont plus de contamination bactérienne et sont moins pratiques. Les inhalateurs portables qui s'appuient sur les directives canadiennes et internationales, sont tout aussi efficaces et coûtent dix fois moins cher.

En Nouvelle-Écosse, les masques nous coûtaient environ 2 millions de dollars jusqu'à ce que la Drug Evaluation Alliance of Nova-Scotia fasse une intervention qui a considérablement diminuer l'usage des masques. En seulement deux ans, grâce au groupe Deans, les malades sont passés des masques aux inhalateurs, ce qui a permis au gouvernement d'économiser environ un million de dollars par an et offert aux malades un moyen plus simple et plus pratique. C'était mieux pour les malades, plus facile à fournir et plus économique.

Ces deux exemples visent à montrer que l'on peut améliorer la qualité et des médicaments consommés et la rentabilité des régimes d'assurance-médicaments.

Je passe maintenant aux stratégies qui pourraient être utilisées pour améliorer la consommation des médicaments. La politique pharmaceutique compte beaucoup d'intervenants et il devrait y avoir plus d'occasions de regrouper les intervenants au Canada.

L'Australie a une stratégie nationale sur la qualité de l'utilisation des médicaments. Le comité consultatif des produits pharmaceutiques australien est un conseil représentatif d'environ 30 membres issus de divers groupes. Il comprend donc des fabricants de produits pharmaceutiques de marque et de médicaments génériques, des docteurs, des assistants sociaux, des médecins, des infirmiers et des journalistes. Le comité essaie de fixer des objectifs pour la qualité de l'utilisation de médicaments au pays et la façon dont les différents intervenants peuvent aider à atteindre ces objectifs.

• (1135)

Cette diapositive montre les stratégies du gouvernement. Le Canada a 19 régimes d'assurance-médicaments fédéral, provinciaux et territoriaux. Les critères d'admissibilité, les médicaments qu'ils offrent, la participation aux coûts et les méthodes de gestion sont différents. Ces régimes doivent continuer à oeuvrer ensemble afin d'apprendre l'un de l'autre et d'autres pays ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas et pourquoi et les compromis à faire.

Il faut aussi des stratégies pour offrir au docteur, aux pharmaciens et aux autres professionnels de la santé des outils qui leur permettront de faire les bons choix. Près de deux 400 millions d'ordonnances sont délivrées annuellement par les 60 000 médecins et traitées par les 29 000 pharmaciens au Canada, donc une stratégie établie par Ottawa ne peut pas aider toutes ces interactions entre médecins et malades. Nous devons aussi donner des outils à ces personnes.

Nous avons aussi besoin de stratégies qui ciblent les organismes de santé: le secteur des prestations de soins, la technologie de l'information, l'utilisation des médicaments et la surveillance après la mise en marché. Il y a plus de 22 000 médicaments dans le marché canadien et environ 7000 interactions médicamenteuses. Les médecins qui sont très occupés ne peuvent pas se souvenir de toutes ces informations. Ils se fient à une petite série de médicaments qu'ils connaissent bien. Les dossiers électroniques de santé et les systèmes de soutien aux décisions cliniques peuvent les aider à prendre soin des malades, surtout s'ils ne connaissent pas des médicaments ou de nouveaux médicaments.

Finalement, je ne serais pas une chercheuse si je ne mentionnais pas l'importance de la recherche. Le système pharmaceutique canadien a besoin d'un solide fondement pour la recherche. Il est important de comprendre la façon dont les médecins prescrivent les médicaments. La synthèse des données provenant de l'étranger est utile pour le Canada. Les nouvelles connaissances sur les effets des médicaments et leur utilisation sont nécessaires et doivent être communiquées aux décideurs et aux praticiens. Un solide réseau de surveillance après la mise en marché est nécessaire pour déterminer la sécurité et l'efficacité dans des conditions réelles.

En résumé, ne nous attendons pas à ce qu'une politique permette à elle seule de limiter considérablement les coûts. Il est essentiel que des améliorations soient apportées de façon permanente pour obtenir de meilleurs résultats chez les patients et au niveau de la rentabilité. Avec le vieillissement des baby-boomers, il est encore plus important de mettre en place des systèmes durables de gestion du système pharmaceutique.

Je vous remercie de votre attention.

• (1140)

**Le président:** Merci beaucoup pour votre témoignage.

Nous passons aux questions. Nous commençons par l'opposition officielle qui dispose de dix minutes.

**Mme Ruby Dhalla (Brampton—Springdale, Lib.):** Merci infiniment à vous tous pour vos commentaires. Ils ont été très éclairants et utiles. Nombreux parmi vous ont abattu une énorme charge de travail, et les renseignements que vous avez fournis dans cet important domaine seront utiles au comité.

J'aimerais vous poser une question sur la stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Au cours de la conférence des premiers ministres de 2004, on a dit que les ministres de la Santé produiraient un rapport en consultation avec divers intervenants au sujet de cette stratégie. Je crois que ce rapport doit être déposé au cours des 10 prochains jours et, jusqu'à maintenant, aucun d'entre nous ne l'a vu. Parmi les intervenants à qui j'ai parlé, personne n'a été consulté.

Comme vous avez énormément d'expérience de la recherche dans ce domaine particulier, avez-vous été consultés par Santé Canada ou toute autre personne qui participe à la rédaction de ce rapport sur la stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques?

**M. Brett Skinner:** Je n'ai pas été invité à m'entretenir avec Santé Canada, du moins à ma connaissance.

**Mme Ruby Dhalla:** Peut-être au cours des 10 prochains jours...?

**M. Brett Skinner:** Peut-être.

J'aimerais dire certaines choses au sujet de la stratégie nationale. Tout d'abord, je crois qu'elle n'est pas nécessaire. La répartition des dépenses en médicaments onéreux dans la population est plutôt limitée. Les données que Ken a présentées, par exemple, montrent qu'il existe un faible pourcentage de personnes qui ont de telles dépenses. Or, parmi ce groupe, si on prend les personnes qui n'ont pas d'assurance ou un revenu suffisant pour payer ces médicaments lorsqu'ils deviennent onéreux, le pourcentage est encore plus faible.

En deuxième lieu, la stratégie nationale semble reposer sur le désir des provinces de se soustraire à la responsabilité des décisions de rationnement qu'elles prennent et de s'en décharger sur le gouvernement fédéral, ou du moins sur un organisme gouvernemental quasi national comme le PCEM — le programme commun d'évaluation des médicaments.

Je crois donc que la stratégie n'est pas nécessaire et que les gouvernements s'en servent pour éviter de rendre compte des décisions qu'ils prennent en matière de rationnement. Je ne suis donc pas en faveur de cette stratégie, pour ces raisons.

**Mme Ruby Dhalla:** Je vois que Barbara et Ingrid veulent intervenir.

**Dr Barbara Mintzes:** Je n'ai pas vu le document final ou les plans définitifs qui sont sur le point d'être déposés. Santé Canada a tenu une grande réunion de consultation en septembre — ou quelque chose de ce genre.

• (1145)

**Mme Ruby Dhalla:** Apparemment, personne n'a été consulté depuis le dernier exercice.

**Dr Barbara Mintzes:** Je n'ai pas été consultée plus récemment.

Selon moi, bon nombre des questions soulevées par Ingrid Sketris — la nécessité d'investir beaucoup plus de ressources dans la surveillance après la mise en marché et de faire en sorte qu'il y ait un processus moins fragmenté afin d'assurer une meilleure utilisation et une meilleure prescription de médicaments — devraient ressortir d'une stratégie nationale en matière de produits pharmaceutiques. Je peux donc dire ce que seraient mes attentes à cet égard.

Je ne sais pas si vous avez un...

**Mme Ingrid Sketris:** J'ai assisté à la réunion de Santé Canada à l'automne sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments, et un rapport a été produit par la suite. Je crois qu'il porte sur la nécessité de mettre en place un système de surveillance après la mise en marché des médicaments. Il y avait beaucoup d'intervenants, des représentants de l'industrie, des représentants des regroupements de patients, etc.

Des séances d'information sur la stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques se sont tenues partout au pays. Il y a eu une séance dans le Canada atlantique, à Terre-Neuve, à laquelle on m'avait invitée, mais je n'ai pas pu y assister.

Les coprésidents responsables du volet portant sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments ont tenté de travailler en collaboration avec les universitaires, et un certain nombre de documents de consultation sont actuellement publiés. Je ne les ai pas vus, mais je sais qu'ils ont beaucoup travaillé dans ce domaine.

**Mme Ruby Dhalla:** Mis à part ce domaine particulier, personne d'autre n'a été consulté?



Ken.

**M. Ken Fraser:** Nous avons reçu des demandes de renseignements de Santé Canada au sujet des capacités de nos modèles de recherche, mais c'est tout. Nous n'avons pas contribué aux travaux de Santé Canada.

**Mme Ruby Dhalla:** Brett, concernant l'accès aux médicaments, vous avez dit quelque chose lorsque vous m'avez répondu, et vous en parlez aussi dans votre rapport, au sujet du rôle du PCEM et du fait que les provinces s'en servent peut-être pour éviter la responsabilité de leur choix de rationnement.

Barbara a parlé de cette solution fragmentée que l'on trouve au pays: un habitant de l'Île-du-Prince-Édouard ne peut pas avoir accès à un médicament alors qu'un habitant de la Colombie-Britannique le peut, ou encore un résident de Winnipeg pourrait ne pas avoir accès au meilleur type de médicament. Nous devons créer un terrain d'égalité pour tous les Canadiens, peu importe où ils vivent. D'après votre expérience et le travail que vous avez effectué, de quelle façon pouvons-nous créer cette égalité?

**M. Brett Skinner:** Selon moi, la meilleure façon d'y parvenir est de favoriser une concurrence interprovinciale en matière de politique. Lorsque les habitants de l'Île-du-Prince-Édouard constatent que leurs voisins d'une autre province ont un meilleur accès aux médicaments, ils doivent exercer des pressions sur leur gouvernement pour que celui-ci agisse.

Les soins de santé sont de compétence provinciale, et je crois qu'ils doivent le rester, mais pareille concurrence interprovinciale est fort utile.

Nous parlons ici des gouvernements qui essaient de se cacher derrière la façade de la viabilité alors que les finances en matière de soins de santé ne sont pas viables. Ils limitent l'accès au lieu de réformer les soins de santé en prenant certaines mesures que d'autres pays ont adoptées, par exemple en autorisant les tickets modérateurs pour les services financés par les fonds publics, en permettant la mise sur pied d'un régime privé et parallèle d'assurance-santé.

L'assurance-médicaments au Canada fonctionne très bien dans le secteur privé. Le seul problème, c'est que certaines personnes n'ont pas d'emploi ou n'ont pas le revenu nécessaire pour s'en prévaloir.

Notre programme public devrait identifier les personnes qui doivent acheter des médicaments très onéreux et qui n'ont pas d'assurance ou un revenu suffisant pour couvrir ces dépenses; ces personnes représentent un très faible pourcentage de la population et peuvent être visées par des solutions viables d'assurance.

Ce que je recommanderais serait très différent d'un programme national.

**Mme Ruby Dhalla:** J'ai une dernière question à ce sujet. Le Québec a établi un modèle qui a très bien fonctionné pour les résidents du Québec et qui garantit essentiellement que chaque résident a accès aux médicaments dont il a besoin.

Vous avez parlé des personnes qui n'ont pas cet accès — des personnes au chômage ou sans assurance — mais il y a aussi de nombreuses travailleuses autonomes, par exemple, qui n'ont pas de régime d'assurance-santé.

Que pensez-vous, et je m'adresse à l'ensemble du groupe ici, du modèle québécois?

**M. Brett Skinner:** J'aimerais en parler en premier. Le modèle québécois est, à de nombreux égards, très semblable au modèle d'assurance-santé suisse, puisqu'il assure une couverture universelle grâce un régime d'achat obligatoire semblable, disons, à l'assurance-

automobile de l'Ontario. Si vous voulez conduire une voiture, vous devez acheter une assurance-automobile. Si vous voulez vivre en Suisse, vous devez acheter une assurance-santé. Au Québec, vous devez acheter une assurance-médicaments.

Pour ceux qui n'ont pas le revenu nécessaire pour participer à un régime privé, il y a une subvention ou encore un assureur public auprès duquel ils sont inscrits.

C'est une façon d'offrir une assurance-santé ou une assurance-médicaments universelle tout en gardant les avantages de la concurrence et de la vente privée des produits d'assurance, et je crois que c'est un modèle bien supérieur à celui des autres provinces.

En fait, il est intéressant de noter que, parmi toutes les provinces, le Québec a approuvé beaucoup plus de médicaments qui ont été soumis à l'examen du PCEM que le PCEM lui-même, et que toutes les autres provinces également. En fait, par rapport à l'ensemble des dépenses de santé publique, le Québec a consacré plus d'argent aux médicaments que toute autre province, et pourtant, dans l'ensemble, les dépenses en santé augmentent plus lentement au Québec que partout ailleurs au Canada.

Ce constat concorde avec les travaux de recherche de Frank Lichtenberg, de la Columbia University, qui montrent que les médicaments ont une valeur de substitution technologique positive, si bien que l'argent dépensé en médicaments peut se traduire par des économies nettes dans d'autres postes de dépenses liés à la santé. Ces chiffres montrent qu'un dollar dépensé sur un nouveau médicament, par exemple, peut faire économiser jusqu'à sept dollars dans les soins de santé non pharmaceutiques.

• (1150)

**Le président:** Madame Demers, vous avez cinq minutes.

[Français]

**Mme Nicole Demers (Laval, BQ):** Merci, monsieur le président.

Monsieur Skinner, bonjour.

Vous m'avez étonnée lorsque vous avez parlé de la différence entre les prix des médicaments génériques et des médicaments de recherche aux États-Unis et au Canada. Je ne comprends pas.

Les entreprises pharmaceutiques qui font de la recherche produisent des médicaments qui sont moins chers au Canada qu'aux États-Unis, alors que les médicaments génériques, pour lesquels les entreprises n'ont qu'à faire des tests de bioéquivalence, sont beaucoup plus chers au Canada qu'aux États-Unis. Ils sont 78 p. 100 plus chers. J'ai de la difficulté à comprendre pourquoi.

Croyez-vous qu'on devrait implanter des normes minimales d'accès pour des médicaments qui seraient requis par des clientèles desservies par le gouvernement fédéral?

Comme vous l'avez dit, nous avons au Québec un très bon programme d'assurance-médicaments.

Il existe des médicaments qui sont reconnus comme ayant un effet vraiment très positif sur différentes pathologies, comme par exemple le Lantus pour le diabète juvénile ou le diabète de type 2, qui est accepté en Ontario et au Québec, et qui est disponible par le biais d'assurances privées. Comment se fait-il que de tels médicaments ne soient pas disponibles dans toutes les provinces dans le cadre de programmes semblables? Comme vous le disiez, on peut payer plus cher afin d'obtenir un médicament, mais celui-ci peut être plus efficace. Je ne comprends pas. Pouvez-vous m'expliquer cela?

[Traduction]

**M. Brett Skinner:** La recherche montre, par exemple, que parmi tous les postes de dépenses en santé, les médicaments ou les produits pharmaceutiques ont le plus contribué à améliorer l'état de santé des êtres humains, à accroître l'espérance de vie, etc.

Outre les médicaments, les autres segments du système médical ont des retombées certes importantes, mais moindres sur les statistiques portant sur la santé de la population, comme l'espérance de vie, qui dépendent de divers facteurs comme les programmes de vaccination générale, le traitement des eaux domestiques, les niveaux de développement économique, etc. Les médicaments constituent donc un élément très important qu'il ne faut pas négliger.

En fait, si vous regardez en arrière, les gouvernements ont, à un moment donné, commencé à considérer les médecins comme faisant partie d'un problème de coût, puis à la lumière d'un rapport de recherche publié par Barer et Stoddart, ils ont contingenté l'arrivée de nouveaux médecins et ont créé ce que tout le monde croit être maintenant la pénurie de médecins. Les hôpitaux ont aussi été considérés comme un problème de coût; alors on a forcé des fusions et on a réduit le nombre de lits dans les hôpitaux. Nous avons maintenant des problèmes de temps d'attente.

Aujourd'hui, les médicaments sont devenus le troisième empire du mal dans le bilan des dépenses en soins de santé et nous essayons d'agir de la même façon, en limitant l'accès. Je crois que c'est une erreur.

Je pense que je vais à l'inverse ici, en répondant à votre deuxième question d'abord.

Concernant votre première question sur le prix des médicaments au Canada par rapport à celui aux États-Unis ou plutôt par rapport aux prix internationaux, les preuves et les travaux de recherche produits par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés du Canada et par la Food and Drug Administration des États-Unis ont montré que les prix des médicaments de marque déposée au Canada correspondent à la moyenne internationale des prix pour les mêmes médicaments, mais sont bien inférieurs à ceux pratiqués aux États-Unis, alors les médicaments sont beaucoup plus abordables au Canada qu'aux États-Unis.

Pour les médicaments génériques, les prix sont beaucoup plus élevés au Canada qu'ils ne le sont dans d'autres pays. En fait, ils sont beaucoup plus élevés que les prix les plus bas au monde, qui se trouvent aux États-Unis. Même en ajustant ces prix en fonction du taux de change, vous constaterez encore que pour les 100 produits génériques les plus vendus en 2003 — des données que j'ai trouvées pour moi-même — le prix moyen est plus élevé au Canada de 78 p. 100, et les trois quarts des médicaments qui se trouvent dans les deux pays coûtent plus cher au Canada qu'aux États-Unis.

Il s'agit d'une importante inflation du prix des médicaments génériques, un prix qui se situe bien au-dessus de ce qu'un marché libre devrait produire, si l'on tient compte du fait que le marché des médicaments est beaucoup plus concurrentiel aux États-Unis. À mon avis, c'est sur cet aspect que nous devrions nous pencher.

● (1155)

**Le président:** Barbara Mintzes, voulez-vous ajouter quelque chose?

**Dr Barbara Mintzes:** Je voulais parler un peu du soi-disant rationnement. Je crois qu'on a tendance à présumer ici qu'un nouveau médicament va nécessairement être meilleur que ce qui existait auparavant, et rien de tel n'a été prouvé. Si vous prenez toutes les évaluations des nouveaux médicaments, les véritables percées, ceux qui auront une incidence importante sur la santé sont en très petite minorité. La vaste majorité des nouveaux produits sont ce qu'on appelle des succédanés, dans lesquels une molécule aura été très légèrement modifiée — ce sera un autre triptan pour la migraine, un autre bêta-bloquant pour la tension artérielle, etc. Ce sont la majorité des médicaments que nous avons.

J'évalue des médicaments, alors je fais beaucoup de comparaisons, essentiellement dans le cadre des rapports sur l'innocuité et l'efficacité que les gouvernements provinciaux ou le programme commun d'évaluation des médicaments peuvent utiliser pour prendre leurs décisions. La question que nous nous posons toujours est la suivante : a-t-on la preuve que le nouveau médicament présente un avantage par rapport aux autres médicaments existants, sur le plan de l'innocuité ou de l'efficacité? Si cette preuve n'existe pas et que le nouveau médicament est plus coûteux, pourquoi serait-il rationnel d'utiliser l'argent des contribuables pour payer davantage pour un produit qui est plus coûteux, mais pas meilleur? S'il est meilleur, d'accord. Ou encore si vous avez des contraintes et devez tenir compte des personnes qui peuvent utiliser certaines choses comme deuxième choix.

L'idée de payer simplement le prix demandé parce que le produit est nouveau et qu'en faisant cela vous aurez un meilleur système de santé n'a certainement pas résisté à un examen méticuleux.

**Le président:** Merci.

Monsieur Fletcher.

**M. Steven Fletcher (Charleswood—St. James—Assiniboia, PCC):** Merci, monsieur le président.

J'aimerais simplement faire un commentaire sur ce qu'a dit M. Skinner au sujet des exportations en vrac. Lorsqu'il était dans l'opposition, le Parti conservateur a présenté une motion pour interdire les exportations en vrac, laquelle a été adoptée. Cette position n'a pas été changée et elle ne le sera pas, soyez-en assurés. Si les États-Unis adoptent une loi à cet égard — ce projet a été freiné, si je ne m'abuse — ce serait de la pure folie politique aux yeux d'un grand nombre, s'ils se tournaient vers le Canada pour régler leurs problèmes de médicaments.

Vous n'en avez pas parlé dans votre déclaration, mais avez-vous dit que les pharmacies Internet au Canada exportent des médicaments génériques?

**M. Brett Skinner:** Oui. En fait, les données montrent que les médicaments génériques représentent un pourcentage croissant des médicaments d'ordonnance qui sont vendus par les pharmacies Internet aux États-Unis.

**M. Steven Fletcher:** Pourquoi? Si les médicaments génériques coûtent davantage ici qu'aux États-Unis, on pourrait s'attendre à ce que les médicaments vendus par Internet circulent dans l'autre sens.

**M. Brett Skinner:** Eh bien, c'est une très bonne question, que je me suis d'ailleurs posée lorsque j'ai vu ces chiffres. J'ai pensé alors à vérifier le brevet de ces médicaments au Canada et aux États-Unis. J'ai découvert que 50 p. 100 des médicaments génériques vendus aux États-Unis étaient des produits génériques ici, mais encore protégés par un brevet aux États-Unis, et les consommateurs qui les achetaient réalisaient donc des économies. Toutefois, ce commerce représente aussi un accroc énorme à la propriété intellectuelle qui compromet, je crois, nos relations commerciales.

**M. Steven Fletcher:** Êtes-vous au courant que certaines dispositions sur la protection des données ont été récemment publiées dans la Gazette du Canada par le gouvernement fédéral?

**M. Brett Skinner:** Je ne sais pas si elles empêcheraient les pharmacies Internet de profiter de l'arbitrage des médicaments protégés par brevet en vendant des versions génériques de ces médicaments aux consommateurs américains, une pratique tout à fait légale au Canada, mais très douteuse au niveau international.

**M. Steven Fletcher:** Je vais changer de sujet. Nous avons vu qu'il est justifié de surveiller et d'évaluer l'innocuité et l'efficacité des médicaments dans un contexte réel, et nous avons vu qu'une telle mesure s'impose. Reste à déterminer quelle est la meilleure façon de procéder. Il y a toute une gamme d'intervenants, les gouvernements, les professionnels des soins de santé, les patients, les fabricants de produits pharmaceutiques, les chercheurs, les assureurs privés, etc., et chacun a un point de vue différent, mais on pourrait trouver un terrain d'entente et un système intégré et global de surveillance des produits pharmaceutiques pourrait être instauré.

À votre avis, a-t-on la même compréhension du problème et, selon votre analyse, quelle serait la meilleure façon de procéder pour rallier tous les intéressés?

• (1200)

**M. Brett Skinner:** La seule raison pour exiger une évaluation des médicaments c'est que c'est un exercice de planification centrale. Il y a d'autres façons de structurer les programmes d'assurance pour en assurer la viabilité, protéger la préférence du patient et protéger les droits de prescription des médecins. Il suffit de rendre les patients responsables d'une partie des coûts aux points de service, par un déductible, selon la formule d'assurance normale, ou par des primes calculées en fonction de l'utilisation, par exemple. On pourrait même opter pour une prime collective, fixe, de sorte que tout le monde paie le même taux. Ce serait une structure de programme très différente de la redistribution du financement par l'impôt pour l'assurance-médicaments. La seule raison pour laquelle nous devons nous livrer à des exercices de planification centrale pour l'évaluation des médicaments, c'est la nature de nos programmes d'assurance-médicament.

Ensuite, je dirais que les gouvernements qui ont commencé à restreindre l'accès aux médicaments ne réalisent pas beaucoup de gains sur le plan des contraintes de coûts. En fait, la Colombie-Britannique a établi des déductibles assez importants, elle les a changés à deux reprises de l'ordre de 200 dollars et a radicalement réduit l'admissibilité aux prestations de son programme en cours de route. C'est là où elle a réalisé des économies. En fait, certains prix de médicaments compris ont changé pendant cette période et même aux États-Unis, ils ont baissé. Bref, toutes les présumées économies de coûts du modèle de la Colombie-Britannique sont illusoire. En fait, c'est également ce que nous constatons ailleurs aussi, comme en Nouvelle-Zélande, où l'on fait l'essai d'un modèle semblable.

Mon troisième point, et probablement le plus important, c'est que la diminution de l'accès se répercute sur la santé des patients.

Regardons les choses en face, nous ne sommes pas tous faits de la même façon génétiquement; nous n'avons pas tous besoin des mêmes médicaments. Nous faisons confiance à nos médecins pour s'occuper de notre santé, et j'aimerais que mon droit de prendre de telles décisions pour moi-même en collaboration avec mon médecin soit protégé.

Je pense simplement que si nous abordions le problème sous un autre angle et que nous cherchions une bonne façon de structurer nos programmes d'assurance, nous obtiendrions de meilleurs résultats.

**Le président:** Merci, monsieur Fletcher.

Madame Priddy, vous avez cinq minutes.

**Mme Penny Priddy (Surrey-Nord, NPD):** Merci.

Si possible, je vais poser une courte question, du moins pour ce qui est de la première, parce que j'ai un peu moins de temps.

Vous pouvez répondre chacun à ma première question par oui ou non. Votre travail est-il financé par des fabricants de médicaments particuliers, par des entreprises ou des industries particulières? Vous pouvez me répondre par oui ou non.

**M. Brett Skinner:** Je vais vous répondre le premier.

Je doute qu'on puisse vraiment vous répondre par oui ou non parce que votre question sous-entend beaucoup de choses.

**Mme Penny Priddy:** Comme je n'ai que cinq minutes...

**M. Brett Skinner:** Je vous dirai que moins de 5 p. 100 du financement de l'Institut Fraser vient des sociétés pharmaceutiques et que cette proportion diminue avec le temps. Je vous dirai qu'il y a des représentants de l'industrie pharmaceutique qui ont siégé à notre conseil d'administration, des fabricants de médicaments génériques et d'origine.

**M. Ken Fraser:** Cette proportion est de moins de 1 p. 100 au Fraser Group.

**Dr Barbara Mintzes:** Nous n'en avons pas.

**Mme Ingrid Sketris:** Nous n'en avons pas non plus.

**Mme Penny Priddy:** Merci.

Ma prochaine question s'adresse à Mme Mintzes.

Vous avez parlé du Vioxx. Je me demande si l'on a fait de la modélisation. Je comprends que ce doit être très difficile à estimer, mais concernant le coût des médicaments des États-Unis dont on fait de la publicité directement aux consommateurs au Canada, je me demande si l'on a modélisé le coût des médicaments au Canada.

**Dr Barbara Mintzes:** Je n'ai pas vu de modélisation des effets de la publicité directement aux consommateurs au Canada. Il y a certainement eu diverses études en ce sens aux États-Unis. Par exemple, le National Institute for Health Care Management a évalué les augmentations annuelles de coûts des médicaments au détail. Il a constaté qu'environ la moitié des augmentations était attribuable aux 50 médicaments dont on fait de la publicité dans le public — c'était entre 1999 et 2000 — et que l'autre moitié était attribuable aux 10 000 autres médicaments. Il a certainement vu un grand lien entre les deux.

Dans l'étude que j'ai faite dans les cabinets de médecins — en contexte canadien, à Vancouver, et en contexte américain, à Sacramento — j'ai clairement constaté un effet sur le volume de prescriptions dans les consultations individuelles. Si une personne demandait à se faire prescrire un médicament dont on fait la publicité, les trois-quarts du temps, elle ressortait de sa consultation avec cette prescription. Les patients se faisaient presque toujours prescrire au moins un nouveau produit. Les autres patients, environ le tiers du temps, ressortaient avec une nouvelle prescription. Ces publicités ont donc clairement eu un effet sur le volume.

Je pourrais continuer et vous parler d'autres recherches.

De plus, au sujet du volume de prescriptions de médicaments contraires à l'étiquette, disons, il y a une étude qui a été faite aux États-Unis. Les chercheurs se sont demandé si les médecins prescrivaient un antidépresseur beaucoup annoncé dans la publicité à des patients qui présentaient une situation de vie normale plutôt qu'une dépression clinique, qu'ils aient demandé ce médicament ou non. Si le patient demandait la marque annoncée dans la publicité, il était beaucoup plus susceptible de ressortir avec une prescription d'antidépresseurs, même s'il avait une situation de vie normale.

• (1205)

**Mme Penny Priddy:** Merci beaucoup.

Quiconque souhaite s'exprimer pendant le temps qu'il nous reste peut répondre à ma prochaine question, mais certaines personnes ont déjà laissé entendre comment elles voudraient que les choses fonctionnent à cet égard. Ceux qui ne l'ont pas fait peuvent-ils nous dire ce qu'ils pensent de la façon dont le gouvernement devrait déterminer l'admissibilité à la couverture des médicaments onéreux?

**M. Brett Skinner:** J'aimerais répondre à cela.

Je pense avoir déjà dit que la solution serait d'identifier les médicaments très onéreux. Roy Romanow a proposé 1 500 dollars par personne par année pour les médicaments onéreux, et il a déterminé que 3 p. 100 de la population étaient aux prises avec de telles dépenses. Nous pourrions trouver un pourcentage beaucoup plus faible de la population qui doit absorber autant de dépenses, sans avoir le revenu ni l'assurance pour les payer.

Évidemment, si l'on est très riche, si l'on fait partie d'une famille riche, si l'on est Conrad Black, par exemple, on n'a pas besoin du gouvernement fédéral ni des gouvernements provinciaux pour subventionner ses achats de médicaments, même s'ils sont très onéreux. On a les moyens de les payer pour soi-même, c'est donc la façon dont nous devrions structurer notre programme d'aide gouvernementale d'assurance-médicaments. Nous devrions mettre l'accent sur les personnes qui ont des dépenses très élevées, mais qui n'ont pas le revenu ni les assurances pour les absorber.

**Mme Penny Priddy:** Les moyens doivent donc être évalués d'une façon ou d'une autre.

Quelqu'un d'autre?

**Mme Ingrid Sketris:** Concernant votre autre question, je ne reçois pas de financement des fabricants de médicaments en ce moment, mais j'en ai déjà reçu. Je pense que l'une des principales questions à se poser, c'est quels médicaments sont financés avec cet argent, parce que c'est une question fondamentale lorsqu'on reçoit une certaine somme, qu'il s'agisse de 1 500 dollars, de 3 000 dollars ou de 5 000 dollars. Cela fait une grande différence.

**Le président:** Votre temps est écoulé, mais je vais vous permettre de poser une autre question. Si vous n'en avez pas, nous allons céder la parole à M. Batters.

Monsieur Batters, vous avez cinq minutes.

**M. Dave Batters (Palliser, PCC):** Merci infiniment, monsieur le président. Je remercie le groupe de témoins d'être ici aujourd'hui.

J'ai quelques observations à faire et quelques petites questions à poser. J'aimerais commencer par dire qu'à mon avis, et nous serons probablement tous d'accord, il est de la plus haute importance que les patients aient accès aux médicaments les plus appropriés pour eux et leur état. C'est l'objectif ultime que nous devons viser. C'est certainement la priorité des Canadiens. Cela ne semble toutefois pas être l'objectif de la stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, la SNPP, exception faite de la couverture des médicaments onéreux. La SNPP semble mettre l'accent sur les mesures de limitation des coûts et monsieur le président, j'estime en tout respect que notre comité devrait faire une étude spéciale sur la SNPP.

Madame Mintzes, j'aimerais que vous et peut-être aussi M. Skinner nous disiez ce que vous pensez de cette question très simple. Les médecins devraient-ils avoir le droit de prescrire les médicaments qu'ils estiment les meilleurs pour leurs patients? Vous avez fait mention des inhibiteurs de la COX-2. Si un médecin pense qu'un certain inhibiteur de la COX-2 est le meilleur médicament pour son patient, qu'il croit qu'un AINS classique va lui causer des saignements gastro-intestinaux, cette relation entre le médecin et son patient est sacro-sainte. Les médecins devraient-ils avoir le droit de prescrire le médicament qu'ils estiment le meilleur pour leurs patients, oui ou non?

**Dr Barbara Mintzes:** Pour revenir à l'histoire des inhibiteurs de la COX-2, par exemple, dans cette situation, les médecins n'avaient pas accès à toute l'information sur les effets de ces médicaments sur leurs patients. Je dirais que si l'on prend... Je pense que le médecin et son patient devraient tous deux avoir accès à toute l'information sur la sûreté et l'efficacité des produits prescrits et utilisés pour qu'ils puissent en tirer les meilleurs résultats pour la santé.

• (1210)

**M. Dave Batters:** Absolument.

Comme j'ai très peu de temps, je vais devoir vous poser tout de suite mes autres questions. Dans la mesure où il obtient l'information et où il est informé, le médecin a-t-il le droit, en tant que clinicien, de prescrire le médicament qu'il veut pour un patient?

**Dr Barbara Mintzes:** Au Canada, à l'heure actuelle, si un médicament est sur le marché, le médecin a le droit de le prescrire. Cela ne signifie pas pour autant que les contribuables sont prêts à rembourser les dépenses pour ce produit particulier, par contre.

**M. Dave Batters:** Merci.

Monsieur Skinner.

**M. Brett Skinner:** Tout à fait, oui, les médecins devraient avoir le droit de prescrire ce qu'ils estiment le mieux pour leurs patients. Je suis toutefois d'accord avec Barbara qu'en tant qu'assureur, on a la responsabilité de déterminer quels produits on va payer. Je pense que si un programme public financé par redistribution des taxes et des impôts vise pratiquement une couverture universelle, on aura tôt ou tard un problème de durabilité qui nous obligera à rationaliser et à nous livrer à des exercices de planification centrale, comme de dire aux médecins ce qu'ils peuvent prescrire à leurs patients.

Je pense qu'il serait préférable d'opter pour un modèle d'assurance privée et une règle de souscription obligatoire, parce qu'ils produiraient de meilleurs résultats, comme de préserver le droit des médecins de prescrire ce qu'ils estiment bon pour leurs patients.

**M. Dave Batters:** En juillet 2004, les premiers ministres ont publié un communiqué, dans lequel ils reconnaissent la valeur des produits pharmaceutiques parce que leur utilisation...

...réduira les hospitalisations, aidera à réduire les périodes d'attente, préviendra les maladies, permettra aux personnes atteintes de maladie mentale de mener une vie plus productive et aux personnes atteintes de maladies chroniques de retrouver le sens de la santé et l'indépendance et d'améliorer les soins au terme de la vie au moyen d'un plan solide relatif aux médicaments pour les soins palliatifs.

Malgré le fait que de nombreuses études appuient cette position, les activités de la SNPP ne semblent pas en tenir compte. On dirait un exercice de bilan.

Je dirais également que les médicaments brevetés novateurs représentent moins de 8 p. 100 du budget total pour les soins de santé au Canada, selon les chiffres de 2004.

C'est ma dernière question, monsieur le président.

Monsieur Skinner, j'aimerais vous demander si vous croyez que la prescription de produits pharmaceutiques représente un coût net ou une économie nette dans notre système de soins de santé. Je pense pouvoir deviner ce que vous allez me répondre d'après ce que vous avez dit sur le modèle du Québec.

Compte tenu des médicaments dont nous disposons, comme les inhibiteurs ECA et les statines, nous avons toutes les raisons de nous attendre à des réductions des hospitalisations, de la durée des hospitalisations, des procédures de diagnostic et des opérations. Ainsi, la prescription de médicaments représente-t-elle un coût ou une économie nette? Bien sûr, nous ne parlons même pas des coûts humains...

**Le président:** Monsieur Batters, c'est votre dernière question, donc je vous prierai de vous dépêcher.

**M. Dave Batters:** ... parce que les médicaments aident les patients à vivre une vie plus heureuse et plus saine. Cependant, du strict point de vue économique, est-ce un coût ou une économie nette?

**M. Brett Skinner:** Les preuves sont très claires. Quelqu'un a dit que les nouveaux médicaments n'avaient pas d'incidence. Toutefois, si l'on mesure l'incidence de tout l'éventail des nouveaux médicaments, on voit qu'il y en a une. En fait, c'est là où elle est la plus prononcée. Comme je l'ai déjà mentionné, le Dr Frank Lichtenberg de l'Université Columbia a montré que pour chaque dollar dépensé pour les nouveaux produits pharmaceutiques, on économisait jusqu'à sept dollars en dépenses non pharmaceutiques pour la santé ailleurs.

Il faut donc nous poser la question suivante : si nous ne dépensons aucun sou pour les produits pharmaceutiques, allons-nous économiser ou dépenser beaucoup plus en biens et services de santé non pharmaceutiques pour les remplacer? Je pense que si l'on analyse la situation de ce point de vue, on voit qu'il s'agit d'économies nettes. Les recherches sont très claires. L'exemple du Québec, parmi ceux des autres provinces, est clair aussi.

Il y a une autre chose que j'aimerais souligner, c'est-à-dire la distinction qu'on fait entre les nouveaux produits, comme les produits biologiques, qui sont encore plus durement touchés par ce rationnement que les produits pharmaceutiques. Il y a des distinctions que le comité devrait connaître.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous allons donner la parole à M. Laforest.

Vous avez cinq minutes.

[Français]

**M. Jean-Yves Laforest (Saint-Maurice—Champlain, BQ):** Bonjour aux témoins et aux membres du comité. Cela me fait plaisir de vous rencontrer.

Monsieur Skinner, ma question s'adresse à vous. Vous avez mentionné que les gouvernements rationnent l'accès aux nouveaux médicaments parce que les dépenses sont incontrôlables actuellement ou parce qu'il est difficile pour eux d'envisager de nouvelles dépenses. Vous disiez aussi que si les gouvernements peuvent maintenir une telle position, c'est parce que les malades représentent une petite proportion des électeurs. Il y a un aspect politique dans cet énoncé.

J'ai un peu de difficulté face à cette assertion. On sait que la préoccupation principale des citoyens est la santé, et cela est confirmé régulièrement par les différents sondages. Comme les politiciens sont très sensibles aux sondages, il y a sûrement d'autres raisons. On sait également que si les gens malades représentent une petite proportion de l'électorat, ils ont quand même des familles et des amis. Toutes ces personnes sont très sensibles à l'amélioration du système de santé et au coût des médicaments.

J'ai l'impression qu'il y a des raisons autres que celle-là. Pensez-vous que c'est le cas? À mon point de vue, cela ne peut pas être la seule raison.

• (1215)

[Traduction]

**M. Brett Skinner:** Merci de cette observation.

Je dirais que le nombre de personnes directement touchées par les temps d'attente — pour les services hospitaliers, les visites chez le médecin, l'accès aux médicaments — est très petit dans les faits. Les preuves sont claires. Ainsi, la population générale, la majorité de la population ne voit pas directement les lacunes de notre politique en matière de santé ni les lacunes de notre système de soins de santé. Par conséquent, il n'y a pas de grand élan politique en faveur d'un changement.

En fait, lorsqu'on sonde les gens pour savoir ce qu'ils pensent du système de soins de santé, ils pensent en général qu'il est assez bon. Demandez-leur toutefois à quel point ils utilisent le système de soins de santé : très peu en général. Donc si l'on sondait seulement les personnes très malades, je présume qu'elles auraient une opinion très différente sur la qualité du système de soins de santé, y compris sur l'accès aux médicaments.

À mon avis, cela explique qu'il n'y a pas d'élan politique en faveur d'un changement pour améliorer la situation. Ce n'est pas que nous n'avons pas de haute technologie, ni d'hôpitaux avancés, ni de médecins et d'infirmières bien formés. Regardez, notre personnel médical peut aller partout dans le monde et ses compétences se traduisent très bien. Le problème, c'est que notre système ne permet pas un accès rapide ou adéquat à un niveau de ressources approprié, et cela découle de sa structure de planification centrale.

**Mme Ingrid Sketris:** Je pense aussi qu'il peut y avoir un consommation abusive de médicaments. Les antibiotiques en particulier sont parfois utilisés de façon abusive, particulièrement pour les infections virales. Il peut aussi y avoir des utilisations inadéquates de médicaments. Nous venons d'analyser la situation de chaque patient de notre hôpital qui est tombé de son lit et nous nous sommes rendu compte que 60 p. 100 prenaient des médicaments de type Valium. Il y a donc une question de qualité. On peut aussi sous-utiliser certains médicaments, pour les maladies cardiovasculaires, le diabète et le reste.

Je pense qu'il faudrait corriger plus systématiquement bon nombre des problèmes entourant la qualité des médicaments au pays.

**Le président:** Merci.

Monsieur Dykstra.

**M. Rick Dykstra (St. Catharines, PCC):** Merci. Je vous remercie, monsieur le président.

J'ai quelques questions.

Évidemment, la recherche et le développement nécessaires sont toujours énormes. Quelqu'un veut trouver, quelqu'un veut créer un remède contre le cancer. Combien d'argent dépense-t-on en recherche et en développement dans des projets auxquels les fabricants de médicaments d'origine participent? Y a-t-il un chiffre qui circule que vous êtes à l'aise de citer?

**Dr Barbara Mintzes:** Un certain chiffre, qui a été largement contesté, a été avancé, et ne cesse d'augmenter. Il s'agit d'environ un milliard de dollars. Mais ce montant se fonde sur une petite proportion des médicaments et prend en compte environ 40 p. 100 à 50 p. 100 des coûts de renonciation. Alors la simple idée qu'au plus fort de la bulle boursière, l'argent aurait pu être dépensé ailleurs...

Dans l'industrie pharmaceutique, on consacre généralement deux fois plus d'argent à la commercialisation qu'à la recherche et au développement. La portion affectée à la recherche et au développement pourrait être beaucoup plus grande si on incitait davantage les entreprises à produire des médicaments qui ont de réels bienfaits sur la santé...

**M. Rick Dykstra:** Je ne veux pas vous couper la parole, Barbara, mais il ne me reste que cinq minutes, et j'aimerais obtenir toutes les réponses à mes questions.

Brett, avez-vous quelque chose à dire?

**M. Brett Skinner:** D'après ce que je sais, selon des données du gouvernement, l'industrie pharmaceutique est celle qui fait le plus de recherche et développement au pays. C'est notre référence, je crois.

Je tiens à dire aussi que les gouvernements financent dans une certaine mesure la recherche en sciences médicales, mais ils consacrent d'énormes sommes à la recherche en politique publique, qui favorise le statu quo. Il est intéressant de souligner qu'on n'a demandé à aucun d'entre nous si nous recevions des fonds de la part des gouvernements pour nos recherches; il est clair que nos intérêts pourraient être influencés également par cela.

Si vous comparez les sommes gouvernementales consacrées à la recherche et au développement au Canada par rapport aux montants versés aux États-Unis, je crois que vous constateriez d'énormes différences. C'est un sujet qui mérite d'être étudié.

• (1220)

**M. Rick Dykstra:** Combien y a-t-il d'emplois au Canada dans cette industrie?

**M. Brett Skinner:** Je suis désolé, je ne connais pas les statistiques à cet égard. Mais je vous dirais qu'il y a sans doute des dizaines de milliers d'emplois.

**M. Rick Dykstra:** Mme Demers a signalé qu'il y a un écart de 78 p. 100 entre le coût des médicaments génériques au Canada et ce coût aux États-Unis. Est-ce parce que...?

Pardonnez-moi, c'est un domaine qui m'est inconnu. J'apprends à mesure que vous parlez, alors il se peut que je pose des questions un peu élémentaires.

Existe-t-il un lien entre le fait qu'il y a des sociétés qui effectuent la recherche et le développement et produisent le médicament et le fait que les médicaments génériques coûtent 78 p. 100 plus cher? Les fabricants de médicaments génériques ne prennent-ils pas avantage du fait que tout le travail a déjà été accompli et, par conséquent, maintiennent le prix élevé?

**M. Brett Skinner:** Vous avez raison; les sociétés de médicaments génériques ne consacrent pas autant d'argent au développement de leurs produits. En fait, d'après ce que j'ai constaté, le coût moyen de développement de nouveaux médicaments s'élève à plus de 800 millions de dollars américains. Seulement une sur 10 000 molécules découvertes se retrouvera dans un médicament qui finira par être commercialisé, et uniquement 30 p. 100 des médicaments qui aboutissent sur le marché engendrent des revenus équivalents ou supérieurs aux coûts de recherche et développement.

Cela étant dit, dans le cas des médicaments génériques, pour copier l'invention de quelqu'un d'autre, il n'en coûte que quelques millions de dollars. On s'attendrait donc à ce que les prix de ces médicaments soient moins élevés, mais en fait, il sont beaucoup plus élevés. L'Ontario rembourse le prix de ces médicaments à hauteur de 70 p. 100 du prix d'un médicament de marque. De toute évidence, les coûts de la recherche et du développement de médicaments génériques ne correspondent pas à 70 p. 100 des coûts de la recherche et du développement d'un produit de marque.

**M. Rick Dykstra:** Une société pharmaceutique comme Apotex est-elle une société de médicaments génériques ou une entreprise qui effectue de la recherche et du développement?

**M. Brett Skinner:** Apotex est une société de médicaments génériques.

**M. Rick Dykstra:** Une société de médicaments génériques, ça va, merci.

**Le président:** Merci.

La parole est à Mme Dhalla.

**Mme Ruby Dhalla:** Pour faire suite aux propos de M. Batters et de M. Dykstra au sujet de l'écart entre les prix, j'aimerais vous demander si vous pensez que l'absence de protection des données a causé du tort à l'industrie ou si cela a eu des répercussions négatives?

**M. Brett Skinner:** Il me ferait plaisir de vous répondre. La protection d'un brevet est accordée en échange de la divulgation des données au sujet du produit. Cela ne se produirait normalement pas sans la protection d'un brevet.

Puisque les données sont rendues publiques, les fabricants de produits génériques s'en servent pour copier les inventions des sociétés de médicaments de marque. Le problème, c'est que l'accès précoce aux données permet l'élaboration rapide de ces médicaments génériques, et dans certains cas, la violation des brevets, ce qui fait l'objet de poursuites devant les tribunaux.

C'est le lien qui existe avec la protection des données. Je crois qu'il existe de bons arguments en faveur de la prolongation de la protection des données, mais j'aimerais étudier la question davantage avant de tirer des conclusions définitives.

**Mme Ingrid Sketris:** Puis-je faire un commentaire au sujet des chiffres qui sont donnés? Souvent, on entend parler du coût d'un médicament générique et de celui d'un médicament de marque, mais je crois que ce qui importe le plus, c'est ce qu'il en coûte pour traiter un patient qui souffre d'hypertension ou de diabète. Nous avons comparé le coût des traitements contre le cholestérol en Nouvelle-Écosse par rapport à l'Australie. Lorsque vous étudiez ce domaine, pensez à ce qu'il en coûte pour traiter la maladie, en plus du coût du type de médicament.

**Dr Barbara Mintzes:** J'aimerais ajouter quelque chose au sujet de l'innovation et des brevets. De plus en plus, nous brevetons ce qu'on appelle des isomères. Les molécules ont deux orientations dans l'espace. Supposons qu'un brevet est sur le point d'expirer. La société pharmaceutique pourra décider de créer un nouveau médicament conçu à l'aide de la même molécule, mais avec l'autre orientation, et lui donnera un nom très différent. Il s'agit là en fait d'une modification progressive.

Le Nexium est un exemple bien connu. Ce n'est pas comme le Lastium, mais c'est l'un des médicaments dont les coûts sont très élevés. Vous devez donc vous demander — en ce qui concerne la façon dont nous traitons les patients — si cela contribue à répondre aux besoins du plus grand nombre de patients possible avec une somme d'argent précise.

**Mme Ruby Dhalla:** Je crois qu'il ne faut pas seulement s'interroger sur les besoins des patients à combler, mais aussi sur les dépenses des gouvernements en santé... Comme vous l'avez mentionné dans votre rapport, monsieur Skinner, les dépenses de santé grugeront plus de la moitié du revenu total des provinces d'ici 2022 — c'est bien ça? À l'époque de la mondialisation, je crois qu'il est important d'investir dans la recherche et le développement et dans l'innovation au sein de l'industrie pharmaceutique.

• (1225)

**Le président:** Si Mme Keeper a une question à poser, elle devrait le faire maintenant.

**Mme Tina Keeper (Churchill, Lib.):** Oui, merci.

Je voudrais revenir sur un terme que vous avez utilisé, madame Mintzes, c'est-à-dire la « médicalisation de la vie ». Je crois que cela est lié au sujet dont nous parlons. J'aimerais savoir rapidement et de façon générale quel est l'impact de cette médicalisation sur les brevets, le développement et la modification progressive dont vous avez parlé.

**Dr Barbara Mintzes:** J'entends par médicalisation, la prestation de soins médicaux — surtout à l'aide de médicaments — à des personnes qui ne souffrent d'aucune maladie, ou qui vivent une vie normale, alors que rien n'indique qu'ils entraîneront des bienfaits sur leur santé.

À l'échelle mondiale, nous observons une augmentation de la prise de médicaments sur ordonnance. Un des objectifs de la stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques — je crois savoir qu'il s'agit d'un des principaux aspects — est d'essayer d'assurer un suivi de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments une fois qu'ils sont sur le marché. Cet objectif a été fixé à cause du scandale lié au Vioxx, car des essais cliniques ont montré que des milliers de personnes avaient subi des crises cardiaques imprévisibles, mais personne ne s'en était rendu compte parce qu'on suivait principale-

ment les personnes âgées. Des suivis ont été effectués en Ontario après qu'on eut constaté une augmentation des cas de saignement d'estomac à la suite de la mise sur le marché des inhibiteurs COX-2; de nombreuses personnes s'étaient mises à prendre ces médicaments.

Ce qui nous préoccupe, c'est que nous sommes peut-être en train de causer davantage de tort que de bienfaits aux patients et que les gens ne connaissent souvent pas l'ampleur des bienfaits que peut procurer un médicament. Je ne sais pas si cela répond à votre question.

**Mme Tina Keeper:** Me reste-t-il du temps?

**Le président:** Non, c'est terminé.

Notre temps pour cette partie est écoulé. Je veux vous remercier d'être venus. D'un côté, nous avons le témoignage de M. Skinner, qui affirme que nous épargnons sept dollars pour chaque dollar que nous versons à l'industrie pharmaceutique — et je crois que nous en reconnaissons tous les bénéfices. D'un autre côté, nous avons le témoignage de Mme Sketris, qui nous a appris que 60 p. 100 des personnes qui font des chutes prennent du Valium ou un médicament semblable et en font un mauvais usage. Il faudrait donc évaluer tous ces éléments, et le comité devra se pencher sérieusement là-dessus.

Je vais permettre un dernier commentaire.

**Dr Barbara Mintzes:** Je veux seulement dire que la recherche menée par Lichtenberg est fondée sur de mauvaises méthodes. Personne ne cite ses travaux en dehors de l'industrie pharmaceutique.

Si on donne de la morphine à un patient en fin de vie, on considère que, comme il s'agit d'un ancien médicament, il est plus probable de causer sa mort. Par contre, si on lui administre un médicament contre une allergie, on considère qu'on lui sauve la vie. Les méthodes ne sont pas défendables.

**M. Brett Skinner:** En fait, d'autres ont copié les travaux de Lichtenberg pour tenter de les réfuter, mais ils sont parvenus aux mêmes résultats.

**Le président:** C'est là le dilemme.

Je vais maintenant mettre un terme à cette partie de la séance.

Je veux remercier les témoins d'être venus aujourd'hui. Nous allons être en mesure de décider si nous allons poursuivre ou non cette étude à l'automne. Je vous remercie beaucoup.

Nous allons maintenant passer aux autres points à l'ordre du jour. Avant de commencer la séance à huis clos qui portera sur le rapport, il y a deux points à régler. Premièrement, le comité a reçu un avis de motion.

Mais d'abord, je vous signale que nous avons la possibilité de nommer Weldon Newton au poste de président du Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses. Pour nommer cette personne, si c'est ce que souhaite le comité, il nous faut une motion à cet effet. Nous allons présenter cette motion et ensuite, nous allons en débattre.

Quelqu'un veut-il présenter cette motion?

**Mme Ruby Dhalla:** Je vais le faire.

**Le président:** Mme Dhalla propose la motion. Y a-t-il des commentaires au sujet de cette motion?

• (1230)

**M. Dave Batters:** Comme il y a du bruit causé par les personnes qui quittent la salle, pouvez-vous répéter...?

**Le président:** Nous avons ici un certificat proposant la nomination de Weldon Newton au poste de...

Je crois que nous en avons distribué une copie à chacun d'entre vous, alors vous devriez l'avoir en mains.

Il a été proposé de le nommer dès maintenant et de ne pas nécessairement l'inviter à comparaître devant le comité.

La motion a été proposée par Mme Dhalla.

**M. Dave Batters:** Est-elle appuyée par M. Fletcher?

**Le président:** Oui.

Je veux m'assurer que tout le monde comprend bien la motion avant que...

**Mme Ruby Dhalla:** Avant que nous votions, pouvons-nous obtenir des renseignements au sujet de cette personne, pour pouvoir prendre une décision éclairée?

**Le président:** Bien sûr.

Depuis combien de temps cette personne occupe-t-elle ce poste?

**Mme Sonya Norris (attachée de recherche auprès du comité):** Depuis combien de temps est-il en poste?

**Le président:** Est-ce que nous le savons?

**Mme Sonya Norris:** Depuis 1998.

**Mme Ruby Dhalla:** [Note de la rédaction: inaudible]... Monsieur Merrifield.

**Le président:** En fait, c'est votre gouvernement qui l'a nommé.

**Mme Ruby Dhalla:** Alors nous appuyons entièrement sa nomination. Il ne sera pas comme Gwyn Morgan...

**Le président:** Si vous voulez contester cette nomination, n'hésitez pas.

**Mme Ruby Dhalla:** Nous faisons preuve de diligence raisonnable au nom de nos électeurs.

**Le président:** Maintenez-vous toujours votre motion?

**Mme Ruby Dhalla:** Oui.

**Le président:** D'accord.

Nous sommes saisis d'une motion.

Je crois savoir qu'il s'agit d'une personne compétente qui accomplit un travail...

**Mme Ruby Dhalla:** C'est exact, monsieur le président.

**Le président:** Toutefois, le comité peut l'inviter à témoigner, et nous pourrions lui poser ces questions si vous le souhaitez. Mais je pense que les membres du comité ne sentent pas le besoin de l'inviter à comparaître. Alors, est-ce que nous approuvons la motion?

(La motion est adoptée.)

[Français]

**Mme Nicole Demers:** Monsieur le président, pouvez-vous me dire ce que cela signifie exactement? En français, on ne lit pas la même chose. On dit: « Le comité prend acte du renvoi du certificat de nomination... ». Cela ne signifie pas la même chose que

[Traduction]

« The committee has taken note of the certificate of nomination... »

[Français]

Cela n'a pas la même portée.

[Traduction]

**Mme Nancy Miller Chenier (attachée de recherche auprès du comité):** Nous n'avons pas la motion.

**Le président:** La greffière m'indique qu'il s'agit d'une motion que nous avons présentée qui vise à approuver la nomination de cette personne. C'est ce dont il s'agit.

[Français]

**Mme Nicole Demers:** Il est déjà là depuis 1998. Y a-t-il déjà eu des plaintes sur la qualité de ses services?

[Traduction]

**Le président:** La motion est adoptée.

Nous allons maintenant passer aux avis de motion présentés par Mme Priddy.

**M. Rick Dykstra:** Monsieur le président, j'ai une question à poser qui fait suite au point soulevé par Mme Demers.

Pour que je comprenne bien comment on procède au Comité de la santé au sujet des nominations, j'aimerais savoir si normalement on indique sur l'ordre du jour qu'une telle personne doit être nommée à un tel poste et on nous présente une motion à cet effet?

**Le président:** Nous pouvons procéder de cette façon, à moins que quelqu'un y voit un inconvénient. Depuis que je siège au comité, il est arrivé une seule fois que nous ayons invité une personne à comparaître. Je crois que le docteur Bernstein était le dernier. Nous l'avions invité à témoigner et nous lui avons posé des questions au sujet de sa nomination, pour ensuite prendre une décision.

Nous pourrions faire de même cette fois-ci.

**M. Rick Dykstra:** Je ne parlais pas nécessairement de cette nomination en particulier, mais je suis d'avis que dans l'avenir ce ne serait pas une mauvaise idée.

**Le président:** Le comité savait qu'il allait être saisi de cette nomination. Personne ne s'y opposait, alors c'est pourquoi nous avons jugé qu'il n'était pas nécessaire de l'inviter à comparaître. Je n'ai pas de préférence, alors le comité peut faire comme il l'entend.

Lorsque nous étudierons le projet de loi S-2, il viendra témoigner et il pourra nous remercier pour la décision que nous aurons prise.

Passons à la motion; c'est ce que j'aimerais, car nous avons déjà réglé ce point.

**Mme Penny Priddy:** Je voudrais seulement faire une suggestion. Nous avons fait une recherche dans Internet pour nous renseigner à son sujet, et c'est pourquoi nous avons une bonne idée de ses compétences. Mais à l'avenir, si nous pouvions obtenir la biographie et le curriculum vitae à l'avance, il serait plus facile de prendre une décision.

• (1235)

**Le président:** C'est vrai. Dès que nous recevrons l'information, nous la transmettrons aux membres, de sorte que vous puissiez en prendre connaissance au préalable.

Voulez-vous présenter votre motion, madame Priddy?

**Mme Penny Priddy:** Merci, monsieur le président.



Il me semble que dans tout le pays, les Canadiens sont très inquiets au sujet des temps d'attente, tout comme le gouvernement et je crois aussi tous les membres de l'opposition. C'était certainement l'une des plate-formes du Parti conservateur et du gouvernement conservateur. À l'échelle du pays, nous avons beaucoup d'exemples de moyens qui ont permis aux gens de diminuer les temps d'attente.

Tout le monde a entendu parler du modèle de l'Alberta, ou c'est le cas de la plupart des gens maintenant, ainsi que de la clinique Pan Am à Winnipeg. Il existe également quelques modèles fort novateurs au Québec; on entend surtout parler de tout ceci dans le cadre de conférences ou de réunions. De gros hôpitaux mais aussi de plus petits, comme celui qui se trouve dans ma localité, ont réussi à réduire les temps d'attente en prenant des mesures fort simples.

Je voudrais bien que nous puissions atteindre cet objectif, car je crois que cela aidera beaucoup d'hôpitaux qui cherchent des moyens d'agir. Je suis ouverte à tout amendement favorable — ou autre — à cette motion :

Qu'il soit résolu que le Comité permanent de la santé demande au ministre de la santé d'établir, à Santé Canada, une base de données nationale et accessible au public des innovations entourant la réduction du temps d'attente dans le système public.

**Le président:** C'est la motion.

Je crois que nous avons un amendement favorable.

**M. Steven Fletcher:** Oui. Soit dit en passant, je pense que c'est une très bonne motion dont l'objet est certainement excellent.

La motionnaire serait-elle prête à remplacer le mot « d' » après « ministre de la Santé », pour insérer « de travailler avec Santé Canada et les provinces afin d'établir une base de données accessible au public », etc., etc.?

**Mme Penny Priddy:** J'accepte certainement la partie « etc., etc. », et je considère l'autre partie favorable également.

**Le président:** Vous demandez essentiellement que cela se fasse conjointement avec Santé Canada et les provinces.

**Mme Penny Priddy:** D'accord. Il peut y avoir d'autres amendements favorables. Je ne le sais pas.

**Le président:** Voulez-vous débattre de la motion ou de l'amendement? L'amendement fait partie de la motion parce qu'il est favorable.

Y a-t-il débat?

[Français]

**Mme Nicole Demers:** Monsieur le président, nous voterons contre l'amendement et contre la motion. Nous ne voulons certainement pas donner plus de pouvoirs à Santé Canada. Nous avons déjà beaucoup de réserves quant à Santé Canada et à différents dossiers. Nous ne voudrions pas non plus que cela exerce des pressions indues sur des gouvernements qui ont déjà des politiques de santé novatrices, qui sont en avance. Le gouvernement de chaque province a des programmes de santé différents parce que les conditions sont différentes selon les provinces, parce que les populations sont différentes, parce que leur démographie est différente. On doit tenir compte de tout cela, monsieur le président.

[Traduction]

**Le président:** Je n'en suis pas sûr. Pour préciser, je ne crois pas que cela ait quoi que ce soit à faire avec un pouvoir exagéré; il s'agit simplement d'une base de données d'innovations d'excellence, si je puis dire, que l'on retrouve au Canada. C'est ainsi que je comprends la motion ou ce que la motionnaire demande.

Y a-t-il d'autres discussions sur la motion?

D'accord, si c'est nécessaire, madame Dhalla.

**Mme Ruby Dhalla:** C'est toujours nécessaire.

Je veux simplement appuyer la motion. Je pense qu'il est important d'avoir une base de données nationale et accessible au public. Je sais que Mme Demers va penser que Santé Canada fait ainsi l'objet de pressions exagérées, mais je crois que nous avons besoin d'avoir des objectifs transparents et réalisables. J'espère aussi que l'actuel ministre de la Santé et le nouveau gouvernement conservateur vont faire les investissements requis afin de pouvoir offrir une garantie en matière de temps d'attente dans notre pays.

**Le président:** Merci beaucoup.

Monsieur Laforest.

[Français]

**M. Jean-Yves Laforest:** Comme Mme Demers, je voterai contre la motion. Une telle motion ferait en sorte qu'il y aurait encore plus de fonctionnaires à Santé Canada. Ce n'est sûrement pas le souhait du Bloc québécois et du gouvernement du Québec, la santé étant de la compétence du Québec et des provinces.

De plus, on parle d'une base de données nationale. J'aimerais vous rappeler qu'au Québec on parle de la nation québécoise et que le gouvernement du Québec a reconnu ce fait. Donc, pour le Québec, le terme « national » est utilisé pour qualifier ce qui a trait au Québec.

• (1240)

[Traduction]

**Le président:** Nous le comprenons.

D'accord, très rapidement...

**Mme Penny Priddy:** Désolée, je pensais que c'était le protocole.

**Le président:** C'est effectivement le cas.

**Mme Penny Priddy:** La motion ne vise certainement pas à exercer des pressions d'une façon ou d'une autre sur qui que ce soit; elle vise à faire tout le contraire, pour qu'ils n'aient pas toujours à chercher des solutions eux-mêmes. Je ne sais pas dans quelle mesure le mot « nationale » est important ou si le fait de supprimer le mot « nationale » influencerait sur votre vote ou non.

Deuxièmement, peut-être pourrions-nous discuter ultérieurement de la façon dont vous avez l'intention de l'appliquer — si la motion est adoptée — car s'il faut passer par un autre niveau de bureaucratie, mon fils...

**Le président:** C'est ainsi que se termine le débat.

**M. Steven Fletcher:** J'ai une très belle déclaration que j'aimerais lire, mais...

**Le président:** J'en suis sûr, mais je crois que le débat est terminé.

(La motion, telle que modifiée, est adoptée [Voir le *Procès-verbal*])

**Le président:** Merci.

Nous avons deux motions rapides de nature administrative qui portent sur le financement des témoins, et je crois que M. Batters va les proposer.

**M. Dave Batters:** Merci, monsieur le président.

J'aimerais proposer que le budget proposé de 10 300 \$ pour l'étude sur les médicaments sur ordonnance, soit adopté.

(La motion est adoptée)

**Le président:** D'accord, monsieur Batters.

**M. Dave Batters:** Deuxièmement, monsieur le président, au sujet de notre séance sur l'obésité juvénile — la dernière séance — je

propose que le budget proposé de 6 100 \$ pour l'étude sur l'obésité juvénile, soit adopté.

(La motion est adoptée.)

**Le président:** Nous allons maintenant siéger à huis clos pour l'étude.

*[La séance se poursuit à huis clos]*

---







**Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes**

**Published under the authority of the Speaker of the House of Commons**

**Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :  
Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:  
<http://www.parl.gc.ca>**

---

**Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.**

**The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.**