



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 021 • 1<sup>re</sup> SESSION • 38<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mercredi 16 février 2005**

**Présidente**

**Mme Bonnie Brown**

Toutes les publications parlementaires sont disponibles sur le  
réseau électronique « Parliamentary Internet Parlementaire » à l'adresse suivante :

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

## Comité permanent de la santé

Le mercredi 16 février 2005

• (1540)

[Traduction]

**La présidente (Mme Bonnie Brown (Oakville, Lib.)):** Bonjour, mesdames et messieurs. J'ai le plaisir de vous souhaiter la bienvenue à la 21<sup>e</sup> séance du Comité permanent de la santé qui poursuit son étude sur les médicaments sur Internet.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à nos témoins. Nous entendrons tout d'abord les représentants de la Canadian International Pharmacy Association. Le premier exposé sera présenté par le directeur général de ce groupe, M. David MacKay.

Monsieur MacKay, vous avez la parole.

**M. David MacKay (directeur général, Canadian International Pharmacy Association):** Merci, madame la présidente et membres du comité. Nous vous remercions de l'occasion qui nous est donnée de venir vous présenter notre exposé aujourd'hui. Merci de l'occasion qui nous est donnée d'être ici. Nous vous en sommes reconnaissants. Nous venons vous proposer des solutions.

J'aimerais commencer par vous parler un peu de la Canadian International Pharmacy Association que l'on appelle également la CIPA. Mais auparavant, permettez-moi de me présenter. Je suis le directeur général de l'association. J'aimerais prendre également quelques instants pour permettre à Randall Stephanchew de se présenter et de vous donner ses titres de compétence.

**M. Randall Stephanchew (vice-président, Canadian International Pharmacy Association):** Bonjour. Merci de nous avoir invités ici aujourd'hui.

Je m'appelle Randall Stephanchew. Je suis pharmacien muni d'une licence au Manitoba. Je suis le vice-président aux normes pour la Canadian International Pharmacy Association. Si je comparais devant votre comité aujourd'hui à l'occasion de ces audiences, c'est que j'ai travaillé à Santé Canada pendant 14 ans à titre de spécialiste des médicaments et j'ai été l'un des agents du ministère qui s'occupaient de l'accord de reconnaissance mutuelle. Les dernières années avant mon départ, j'ai occupé le poste de directeur de l'exploitation pour le Manitoba et la Saskatchewan. Je m'occupais du dossier de la pharmacie sur Internet, et je conseillais les hauts fonctionnaires de Santé Canada et d'autres organismes de réglementation relativement à cette question très importante.

Encore une fois, merci de nous avoir invités ici aujourd'hui. Je serai heureux de participer à l'échange qui suivra.

**M. David MacKay:** Si vous me le permettez, j'aimerais ajouter un élément d'information au sujet de mes antécédents qui pourrait être pertinent. En plus du poste que j'occupe à l'heure actuelle, j'ai été pendant un an directeur commercial chez Canada Drugs, la plus grande pharmacie de ventes par correspondance au Canada, et au cours des 12 années précédentes, j'ai travaillé pour deux sociétés pharmaceutiques au Canada, Abbott Laboratories et Johnson & Johnson.

La Canadian International Pharmacy Association est une association à but non lucratif dont le siège social se trouve à Winnipeg au Manitoba. Nous avons 35 pharmacies membres qui sont des pharmacies à commandes postales. Certaines de ces pharmacies fournissent également un service de ventes directes de médicaments aux Canadiens. Environ 4 000 personnes travaillent dans ce secteur au Canada, la plupart au Manitoba—au moins la moitié, si ce n'est pas davantage, et le reste en Alberta et en Colombie-Britannique, surtout dans l'Ouest. Les pharmacies se voient accorder des permis par la province qui s'occupe également des inspections.

Il ne fait aucun doute que ces pharmacies, au cours des quatre dernières années, sont devenues des leaders mondiaux dans les soins de santé à distance pour les patients américains qui sont sous-assurés et non assurés, et pour les personnes âgées.

Si vous le voulez bien, j'aimerais faire une petite analyse de la situation. Je sais qu'à la suite des premiers témoignages que vous avez entendus lundi, chacun d'entre vous comprend les trois différents changements que Santé Canada propose d'apporter à la Loi sur les aliments et drogues afin de répondre aux préoccupations face à la soi-disant menace pour l'approvisionnement en médicaments au Canada, au contrôle des prix et à la déontologie médicale. Permettez-moi d'insister sur le fait que chacune de ces options risque d'être fatale pour nos pharmacies. La loi exige que le médecin canadien fasse un second examen médical, et cette interdiction serait instantanément fatale pour nos pharmacies. Ce serait catastrophique pour nous en ce sens que nous ne pourrions plus fournir de médicaments à des patients américains.

J'aimerais encore une fois souligner les trois changements qui sont proposés à la réglementation par Santé Canada et ce, pour répondre aux trois préoccupations suivantes : une soi-disant menace pour l'approvisionnement en médicaments au Canada, une soi-disant menace pour le régime canadien de contrôle des prix et une allégation selon laquelle les médecins canadiens ne respectent pas le code de déontologie lorsqu'ils font un examen médical secondaire.

Je voudrais souligner que même les représentants de Santé Canada qui étaient ici lundi ont eu du mal à prouver ou à expliquer ces soi-disant menaces. La CIPA ne comprend pas davantage cette position draconienne. Nous communiquons et collaborons depuis deux ans avec Santé Canada et nous n'avons aucune raison de croire qu'il y avait un problème jusqu'à il y a quelques mois seulement lorsque leur position a soudainement changé. Nous étions tout aussi confus que vous à la suite de ce revirement soudain.

J'aimerais aborder chacune de ces menaces individuellement, et vous démontrer pourquoi de telles menaces n'existent pas pour les Canadiens.

Premièrement, y a-t-il une menace pour l'approvisionnement en médicaments au Canada?

Nous sommes d'accord avec le ministre de la Santé lorsqu'il a déclaré que le Canada ne pouvait être la pharmacie de 280 millions d'Américains. Cela ne sera certainement pas le cas. Nous n'avons aucunement l'intention de fournir des médicaments à 280 millions d'Américains; en fait, nous n'en fournissons qu'à 1,8 million d'Américains. Le marché tel qu'il existe aujourd'hui est déjà plafonné, naturellement, à environ 3 millions de patients. Le maximum de patients que nous pourrions desservir sur le marché se situe tout au plus entre trois millions et quatre millions.

Les pharmacies par commande postale fournissent seulement des médicaments pour soins chroniques, dont l'approvisionnement est abondant. Ce sont des médicaments que les patients doivent prendre continuellement pour maintenir leur qualité de vie. Ce sont les médicaments vedettes des sociétés pharmaceutiques. Elles ne risquent pas de se retrouver dans une position où l'approvisionnement pourrait manquer. Ce ne serait pas rentable pour ces sociétés.

Ces produits existent en abondance. Ce sont les médicaments pour soins chroniques. Je vais vous le démontrer en vous disant que les 100 principaux médicaments que nous vendons représentent en fait 75 p. 100 de nos ventes totales. Vous pouvez donc constater qu'il s'agit d'un groupe très spécial de produits qui sont en général des médicaments pour soins chroniques.

Par ailleurs, dans son analyse, Santé Canada a déterminé que les ventes s'étaient stabilisées et que rien ne démontrait au cours d'une période de quatre ans que les pharmacies par commande postale canadiennes avaient causé une pénurie de médicaments pour les patients canadiens.

J'ajouterai également qu'à mon avis, les États-Unis ne risquent pas de légaliser l'importation. Je serai heureux de répondre à vos questions à cet égard.

•(1545)

Enfin, j'aimerais souligner que les ordonnances sont partagées avec les pays de l'Union européenne. Il n'y a aucun produit en provenance de l'Union européenne qui entre au Canada en transbordement, mais les patients américains sont dirigés vers des pharmacies qui ont une licence en Europe. Par conséquent, la demande pour l'approvisionnement en médicaments canadiens diminue en fait.

Le plafond du marché des commandes postales. Je voulais tout simplement expliquer pourquoi nous croyons qu'il y a un maximum de 3 à 4 millions de personnes qui ont recours aux commandes postales personnalisées. Tout d'abord, il y a 75 millions d'Américains qui sont non assurés ou sous-assurés. En fait, sur ce nombre, il y en a 40 millions qui ne sont pas assurés, les autres étant sous-assurés. C'est là un bassin important, mais tous ne prennent pas des médicaments pour des problèmes de santé chroniques. En fait, les deux tiers en prennent, ce qui représente environ 50 millions de patients qui aimeraient bien que les médicaments pour des problèmes de santé chroniques soient plus abordables, et seulement 6 p. 100 d'entre eux s'approvisionnent par commande postale. D'après les données de SMI—une entreprise qui fournit les ventes au point de vente pour les pharmacies—la part de marché des commandes postales aux États-Unis n'est que de 6 p. 100. Six p. cent de 50 millions d'Américains représente 3 millions, et c'est pour cette raison que nous nous sommes stabilisés à 1,8 million à l'heure actuelle alors que nous atteignons la capacité du marché et la maturité pour notre segment du marché. Il y a donc une limite naturelle.

Les patients américains, s'ils sont assurés, ne peuvent intégrer un achat canadien à leur programme d'assurance américain. Cela veut dire que les patients américains qui achètent du Canada doivent

payer leurs propres médicaments et ne peuvent se prévaloir de leur programme d'assurance. Par conséquent, la grande majorité des patients américains préfèrent acheter et acheter leurs médicaments d'ordonnance à une pharmacie locale aux États-Unis.

Deuxièmement, y a-t-il une menace pour le contrôle des prix? En 1993, le projet de loi C-91 prévoyait un accord de compensation avec les sociétés pharmaceutiques au Canada. Cet accord donnait aux pharmaceutiques des prolongations de brevet pouvant aller jusqu'à 20 ans en échange d'un contrôle des prix approprié, équivalent à la moyenne internationale; c'est ainsi que les prix ont été établis au Canada.

Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés est un organisme quasi judiciaire qui, selon la loi, doit faire respecter les contrôles des prix. Le Conseil fait un excellent travail. Il est intact et capable et, à ce moment-ci, je ne vois pas comment il pourrait être inondé par la demande américaine et perdre le contrôle des prix alors qu'il a l'appui de la loi pour contrôler ces prix et qu'il réussit très bien à le faire depuis plus de 12 ans.

Je voudrais également souligner ce qui suit. Lorsque je travaillais dans l'industrie pharmaceutique, l'une des premières considérations lorsque nous établissions le prix compétitif de nos produits était les pressions des listes de médicaments provinciales. Une société pharmaceutique doit s'assurer que le prix de ses médicaments est concurrentiel pour que ses produits figurent sur la liste, sinon les médecins risquent de ne pas prescrire ces médicaments et la société pharmaceutique ne pourra obtenir une part du marché dans ces provinces.

Pour cette raison, je ne crois pas que l'industrie pharmaceutique voudrait risquer de perdre certains des avantages du projet de loi C-91. Je ne crois pas qu'elle voudrait revenir au permis obligatoire. Je ne pense qu'elle voudrait risquer de perdre le statut qu'elle a à l'heure actuelle avec les prolongations de brevet, de sorte qu'à mon avis, le contrôle des prix n'est certainement pas menacé.

Si on regarde ailleurs dans le monde où cela s'est produit, on constate que l'Union européenne a légalisé le commerce parallèle il y a quatre ans devant la Cour européenne de justice. Y a-t-il eu des augmentations de prix par la suite? Non, il n'y en a pas eu, et j'ai une déclaration à l'appui de M. Donald Macarthur, ancien secrétaire général de l'EAEP. J'en ai remis le texte à la greffière qui se fera un plaisir de le faire traduire et de vous le remettre.

Troisièmement, les codes de déontologie des médecins. Y a-t-il un problème de déontologie lorsqu'un médecin effectue un examen médical secondaire, c'est-à-dire lorsqu'il contresigne une ordonnance destinée à un patient américain? Je veux souligner qu'il y a une relation patient-médecin pour chaque ordonnance pour un patient américain. Le médecin de famille a été choisi par le patient lui-même aux États-Unis. Ce médecin continuera de faire un suivi, un diagnostic, et de s'occuper de ce patient, de sorte qu'il n'y a pas absence de relation soignant-soigné.

Le médecin canadien est tout simplement là pour effectuer une consultation médicale additionnelle telle que la loi l'exige et convertir l'ordonnance de façon à ce qu'elle puisse être remplie légalement au Canada. Il s'agit d'un examen secondaire qui est nécessaire sur le plan technique. Vingt-neuf États américains acceptent directement une ordonnance canadienne, telle quelle, sans conversion. Pourquoi n'aurait-on pas la réciprocité avec ces 29 États américains? Disons-nous que nous ne faisons pas confiance à leur régime d'attribution de permis aux médecins? Je crois qu'un médecin de la clinique Mayo aurait beaucoup de mal à comprendre pourquoi un pays comme le Canada ne reconnaît pas l'authenticité de son autorisation d'exercer.

● (1550)

Les Canadiens reçoivent des ordonnances tous les jours, des milliers d'ordonnances, sans voir de docteur, sans avoir d'examen médical; ce sont les cybersoins de santé dans les localités du Nord ou les coins isolés, où, chaque jour, on donne des ordonnances sans examen. Ce changement dans la réglementation créerait une situation inéquitable.

Au Manitoba, on a beaucoup examiné et analysé la question. L'arbitre, Wally Fox-Decent, et tous les intervenants ont convenu que la solution à ce dilemme éthique était d'éliminer la condition prévue dans la Loi sur les aliments et drogues. Nous sommes d'accord.

Je voulais simplement m'arrêter un instant sur le code de déontologie du pharmacien qui entre également en jeu. Les pharmaciens ont des codes de déontologie provinciaux qu'ils doivent respecter et chacun de ces pharmaciens, évidemment, a un permis pour exercer sa profession. Le code de déontologie signifie avant tout qu'ils doivent protéger la santé et la sécurité du public, mais ce public n'est pas défini par sa nationalité. En fait, un pharmacien ferait face à un dilemme éthique s'il devait refuser d'exécuter une ordonnance en fonction de la nationalité d'un patient. Nous avons donc une obligation déontologique d'exécuter une prescription américaine et de procéder à la conversion, afin de nous assurer de respecter le code de déontologie. Je vous cite celui du Manitoba: « Le pharmacien peut exercer son jugement professionnel en ce qui a trait à l'application des exigences juridiques et déontologiques ». Je vous donne ici l'adresse URL en référence.

Enfin, à propos des recommandations et des solutions de la CIPA, vous les avez probablement déjà entendues, mais elles reposent toutes sur une seule solution simple et élémentaire. Le ministre Dosanjh et plusieurs des ministres qui l'ont précédé ont dit qu'il n'y avait pas de menace de pénurie de médicaments aujourd'hui au Canada. Nous parlons tous de l'avenir, me semble-t-il. Une façon d'éviter tout risque est d'interdire les exportations en gros. C'est quelque chose que nous ne faisons pas aujourd'hui. Même si les Américains auraient peut-être essayé de les envisager, nous ne les avons pas autorisées. C'est illégal pour le moment.

Nous pensons d'autre part que dans le même genre d'idées, il faudrait interdire les ventes commerciales aux administrations des municipalités ou des États. Cela suffit, c'est la solution canadienne pour éviter ce qui pourrait représenter éventuellement une menace, menace qui n'existe pas aujourd'hui, et régler tous les problèmes dont nous parlons.

Nous avons en outre quelques autres idées. Adopter la politique du « Canada d'abord ». La CIPA a déjà adopté cette politique qui fait que s'il y a un problème d'approvisionnement pour un médicament particulier, nous nous assurons de ne pas servir les Américains mais bien les Canadiens d'abord.

Ensuite, nous demanderions au comité de recommander de remplacer le deuxième examen médical fait par un médecin par une vérification de l'ordonnance et du permis du médecin américain qui deviendrait médecin prescripteur acceptable et d'avoir la réciprocité avec 29 États américains.

Nous voudrions aussi que le comité envisage de permettre au Manitoba et à tous les intervenants de cette province d'élaborer un « modèle des meilleures pratiques » comme ils le font actuellement. Permettons au Manitoba de fixer les normes pour l'ensemble du pays. Je crois que la province va se pencher sur la question et pourra guider le reste du pays sur tous ces sujets, notamment sur le débat déontologique.

Enfin, c'est intéressant pour les Canadiens ici. Si vous tuez ce système maintenant, vous éliminez cette possibilité pour les coins isolés du Canada, où les Canadiens n'ont pas accès aux thérapies voulues du fait de leur éloignement géographique. Les Premières nations et les populations du Nord font face à ce problème continuellement. L'exécution des ordonnances de façon centralisée à Winnipeg et à Vancouver peut leur offrir un excellent accès aux médicaments. C'est quelque chose qui est déjà commencé et nous aimerions que le gouvernement canadien y voie là une possibilité d'aider les Canadiens directement.

En conclusion, l'élimination du commerce de commandes postales et de 4 000 emplois est tout simplement inutile et insensée. Il n'y a aucune menace réelle pour l'approvisionnement en médicaments ou le régime de prix. Interdire l'exportation en gros limitera le commerce à un statu quo acceptable pour tous les intervenants.

Tout le monde y gagne. Les Canadiens sont protégés tout en profitant des avantages économiques et des emplois. C'est une industrie novatrice qui peut survivre dans un climat de libre-échange où la concurrence est libre. Cela permet de venir en aide aux patients aux États-Unis et l'industrie pharmaceutique peut profiter de ces ventes et bénéfices accrus.

● (1555)

Merci. J'en ai terminé. Excusez-moi d'avoir été si long.

**La présidente:** Merci, monsieur MacKay.

Nous entendrons maintenant M. Ankur Arora et Mme Dawn Polley de l'International Pharmacy Association of British Columbia.

Je ne sais pas au juste qui va faire l'exposé.

**M. Ankur Arora (membre de l'exécutif, International Pharmacy Association of British Columbia):** Nous parlerons tous les deux, mais je vais commencer.

**La présidente:** Merci. La parole est à vous, monsieur.

**M. Ankur Arora:** Je m'appelle Ankur Arora. Je suis le vice-président de l'International Pharmacy Association of British Columbia. Je suis également avocat et un des propriétaires d'un fournisseur de services pharmaceutiques international à Langley, en Colombie-Britannique.

**Mme Dawn Polley (membre de l'exécutif, International Pharmacy Association of British Columbia):** Bonjour.

Je m'appelle Dawn Polley et je suis également vice-présidente de l'International Pharmacy Association of British Columbia. J'exerce le métier de pharmacienne depuis plus de 20 ans et je suis propriétaire d'une pharmacie située à Vancouver.

**M. Ankur Arora:** L'International Pharmacy Association of British Columbia représente les pharmacies postales internationales de la Colombie-Britannique et leurs employés.

La Colombie-Britannique tire actuellement plus de 260 millions de dollars de recettes par an de notre commerce. Soit plus d'un quart du milliard que représente ce commerce dans l'ensemble du pays.

En Colombie-Britannique, nous soutenons plus de 700 emplois directs et plusieurs milliers d'emplois indirects. Pour vous donner une idée du type d'emplois dont nous parlons, il ne s'agit pas d'emplois à temps partiel ni au salaire minimum; il s'agit d'emplois à plein temps qui paient bien. Notamment des emplois de pharmacien, de technicien en pharmacie, du personnel de centres d'appel. Surtout, étant un secteur qui repose sur la technologie, nous profitons de la réputation de la Colombie-Britannique en matière de haute technologie et nous employons beaucoup de personnel de la TI—techniciens, programmeurs, Webmestres, etc.

Pour ce qui est des secteurs secondaires qui profitent de notre commerce, je vous donne un exemple. En Colombie-Britannique, aujourd'hui, Postes Canada, c'est-à-dire les employés de Postes Canada en Colombie-Britannique, expédient plus d'un million d'envois pharmaceutiques par an aux États-Unis, ce qui représente un gros chiffre d'affaires. Je suis sûr que vous n'aurez pas de mal à imaginer bien d'autres avantages secondaires que cela rapporte.

Je vais maintenant céder la parole à Dawn Polley, qui est pharmacienne et qui vous donnera une idée de la façon dont on exécute les ordonnances.

**Mme Dawn Polley:** Merci, Ankur.

Comme vous le savez, la plupart de nos patients sont des personnes âgées qui ne bénéficient pas d'une assurance maladie. Ils prennent des médicaments pour des maladies chroniques ou des médicaments d'entretien pour des problèmes comme l'hypertension, un taux élevé de cholestérol, l'arthrite ou le diabète. Nous ne fournissons aucun narcotique ni drogue contrôlée ou médicaments pour soins de courte durée à ces patients.

Ceux-ci ont un rapport direct avec un médecin américain qui les voit régulièrement. Ils subissent des examens annuels et passent certains tests. Tout est contrôlé par leur médecin américain.

Lorsqu'ils ont une ordonnance du médecin américain, ils prennent directement contact avec nous. Je dirai qu'il est un peu faux de parler de cyberpharmacie quand on sait qu'en fait 80 p. 100 de nos patients prennent directement contact avec nous par téléphone. Moins de 20 p. 00 d'entre eux font leurs commandes sur Internet. Pour ceux qui le font, nous exigeons tout de même une ordonnance américaine et nous avons une communication directe avec eux. La plupart téléphonent à notre personnel et nous parlent de leurs problèmes concernant leurs médicaments.

Lorsqu'ils ont obtenu leur ordonnance américaine, nous leur demandons de remplir un dossier médical détaillé. Celui-ci doit inclure une liste de tous les médicaments qu'ils prennent actuellement, de tous leurs problèmes médicaux et de leurs allergies. Une fois le dossier rempli, ils nous l'envoient, soit par télécopieur, soit par la poste.

Quand nous le recevons, notre pharmacie—qui est une pharmacie munie d'une licence et réglementée par le Collège des pharmaciens de la Colombie-Britannique—le transmet à ses pharmaciens pour qu'ils examinent les ordonnances américaines afin vérifier qu'il n'y a aucun problème ni aucune contre-indication. En cas de problème, nous communiquons directement avec le médecin américain.

Lorsque nous sommes certains que l'ordonnance est valide et exacte et appropriée pour le patient, nous examinons le dossier médical, l'envoyons électroniquement à un médecin canadien qui examine le profil et procède à un deuxième examen médical. Si le médecin canadien a certaines réserves, il prend contact avec le pharmacien ou communique directement avec le médecin américain qui a fait l'ordonnance.

Après quoi, le médecin canadien fait une ordonnance canadienne, qui est exécutée de la façon normale par notre pharmacie, puis emballée et envoyée par Postes Canada directement au domicile du patient. Nous prenons ensuite contact avec le patient et le conseillons directement, tout en lui envoyant des renseignements écrits sur le médicament.

Nous nous félicitons de travailler avec notre Collège des pharmaciens de la Colombie-Britannique qui a arrêté des normes de pratique particulières pour nos pharmacies. Nous travaillons avec lui à définir des normes pour la médecine à distance et nous applaudissons notre collègue pour sa perspicacité.

Ankur.

● (1600)

**M. Ankur Arora:** Je tiens à répéter que ces normes sont des normes particulières qui s'appliquent à la pratique des pharmacies offrant un service Internet.

J'aimerais parler de l'approvisionnement en médicaments au Canada. Il me semble très important de signaler que les médicaments ne sont pas une ressource naturelle. Ils sont fabriqués dans des usines. Si la demande de pilules augmente, les usines augmentent leur production et font davantage de pilules. Je répète aussi que le ministre fédéral de la Santé et Santé Canada ont déclaré à de nombreuses reprises qu'il n'y a jamais eu de pénurie de médicaments au Canada.

Quant au marché que nous servons, les médias ont prétendu que l'ensemble des États-Unis voulait acheter des médicaments au Canada. En fait, la réalité est que nous servons une toute petite minorité d'Américains, à savoir les pauvres et les personnes âgées qui n'ont pas accès à une assurance-médicaments aux États-Unis. Plus précisément, notre marché est en fait une sous-catégorie de ce groupe et il est beaucoup moins important parce qu'il faut que ce soit des médicaments sur ordonnance. Une sous-catégorie encore plus petite que nous servons est celle des gens qui prennent des médicaments d'entretien qui font l'objet d'ordonnances.

Les patients ne peuvent pas commander des médicaments pour soins de courte durée par la poste sachant qu'ils doivent attendre deux ou trois semaines. Si on a une infection bactérienne, il faut prendre immédiatement des antibiotiques. Pour ceux qui prennent des médicaments d'entretien, je vais vous dire que la plupart, malgré les économies qu'ils feraient au Canada, préfèrent se rendre à leur pharmacie locale pour essayer d'obtenir leur médicament.

Aussi, on parle d'un groupe de trois à quatre millions d'Américains, des gens qui s'en passeraient, et c'est là notre marché cible. La preuve en est que, depuis cinq ans qu'existe cette industrie au Canada, nous n'avons toujours pas plus de 2 millions de patients américains.

J'aimerais maintenant passer à la question du contrôle des prix au Canada. Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, qui a été créé par voie législative et qui est réglementé, protège les Canadiens contre l'augmentation des prix. Ce conseil fixe les prix ainsi que les critères pour majorer ces prix, et tout cela est indépendant de l'exportation des médicaments.

Je dirais d'autre part que l'IPABC a eu une rencontre avec le ministre Dosanjh hier. Le ministre est revenu sur beaucoup des préoccupations qu'il a soulevées dans les médias, et nous avons été très encouragés de l'entendre dire qu'il ne veut pas éliminer notre industrie. Nous nous sommes de part et d'autre engagés à entretenir le dialogue. Là encore, nous trouvons cela très encourageant. Cela dit, Santé Canada a présenté trois options qui, à mon avis, auraient malheureusement pour résultat d'éliminer notre industrie.

La première proposition de Santé Canada est d'interdire aux médecins canadiens de faire des ordonnances pour des patients qu'ils n'ont pas vus personnellement. Évidemment, comme le disait M. MacKay, cela aboutirait en fait à faire disparaître notre industrie au Canada. Non seulement cela, mais ce serait également faire un pas en arrière dans le domaine des soins médicaux au Canada.

Il y a tellement de localités éloignées, en particulier dans les Premières nations, qui sont mal servies par les prestataires de soins de santé. Beaucoup de provinces font des expériences avec des infirmiers-praticiens et d'autres modèles où un médecin ne voit pas en fait le patient. En mettant fin à cette industrie qui est devenue experte en prestation de soins de santé à distance, on ne rendrait pas service aux Canadiens.

• (1605)

Une autre proposition était d'établir une liste de médicaments qu'il serait interdit d'exporter. Je n'ai pas besoin de vous donner beaucoup de détails sur cette proposition, qui, manifestement, détruirait l'industrie en Colombie-Britannique et partout au pays et ferait disparaître les milliers d'emplois dans ce secteur.

Une autre de nos préoccupations en ce qui a trait à ces propositions, c'est qu'il semblerait que certaines d'entre elles ne relèvent pas de la compétence fédérale. Il semble que la toute première proposition équivaudrait à réglementer la pratique de la médecine, qui relève exclusivement de la compétence des provinces.

Un dernier point que j'aimerais aborder à cet égard, c'est que le Canada n'est pas le seul pays ayant un régime actif et efficace de contrôle des prix. Bon nombre d'autres pays occidentaux industrialisés ont un tel régime. En fait, tous les pays sauf les États-Unis en ont un. Si l'industrie disparaît au Canada, la demande ne va pas disparaître pour les trois à quatre millions d'Américains qui n'ont pas accès à une assurance-médicaments. En effet, les emplois et la richesse créés par ce secteur au Canada seront tout simplement transférés aux fournisseurs dans ces autres pays. En tant que Canadiens, nous sommes d'avis que nous devrions garder l'industrie au Canada et garder les emplois pour les Canadiens et les revenus pour nos provinces et pour le gouvernement fédéral.

L'IPABC n'est pas venue ici uniquement pour critiquer. Nous offrons également des solutions. Je pense que nos solutions assureront non seulement l'approvisionnement en médicaments pour les Canadiens, mais aussi le maintien de 700 emplois directs et 3 000 autres indirects en Colombie-Britannique.

Notre première recommandation est tout simplement d'interdire par voie de règlement l'exportation en vrac aux États-Unis. Le modèle d'affaires que nous utilisons est la livraison d'ordonnances directement au patient. C'est ce que nous préconisons et c'est que nous aimerions être autorisés à faire.

Je vais demander à ma collègue de vous parler de nos recommandations relativement aux activités des médecins.

**Mme Dawn Polley:** Merci.

Nous réitérons la recommandation de M. MacKay concernant les ordonnances faites par des médecins américains. À l'heure actuelle, comme il l'a mentionné, 29 États américains autorisent un pharmacien canadien à remplir une ordonnance provenant d'un médecin américain. Ma pharmacie en Colombie-Britannique peut accepter une ordonnance d'un médecin qui se trouve à Terre-Neuve tandis que je ne peux accepter une ordonnance d'un médecin qui se trouve à Seattle, juste de l'autre côté de la frontière. L'État de Washington est l'un des États qui acceptent une ordonnance d'un médecin canadien. Si on se présente là-bas avec une ordonnance, la pharmacie remplit l'ordonnance, peu importe où l'on habite.

Nous aimerions également appuyer la recommandation visant à modifier le Règlement sur les aliments et les drogues afin de permettre à un pharmacien canadien de remplir directement une ordonnance faite par un médecin américain. Nous n'avons aucune préoccupation en ce qui concerne les compétences des médecins formés aux États-Unis. Ils reçoivent la même formation que nos médecins. Nous serions très à l'aise avec cet amendement.

Cela conclut notre exposé d'aujourd'hui. Nous serons heureux de répondre à vos questions.

Merci.

• (1610)

**La présidente:** Merci beaucoup à tous ceux qui nous ont présenté un exposé.

Nous allons maintenant passer à la période de questions. Nous allons commencer par M. Fletcher, de l'opposition officielle.

**M. Steven Fletcher (Charleswood—St. James—Assiniboia, PCC):** Merci, madame la présidente.

Tout d'abord, j'aimerais vous présenter mes excuses. Je devrai partir sous peu pour témoigner devant un autre comité permanent. Je ne serai pas ici pour toute la durée de la séance, mais je m'assurerai de lire la transcription.

Une chose qui m'a frappé dans votre exposé, c'est que vous n'avez rencontré le ministre qu'hier. Étant donné toute la publicité et l'attention que cette question a reçue dans les médias au cours des derniers mois et même des dernières années, je suis surpris que vous n'avez rencontré le ministre pour la première qu'hier. Aviez-vous demandé une rencontre avec le ministre avant hier?

**M. Ankur Arora:** Monsieur Fletcher, c'est l'IPABC qui a rencontré M. Dosanjh. Nous avons demandé une rencontre avec le ministre récemment, et il nous l'a accordée hier.

**M. David MacKay:** Pour ce qui est de la CIPA, voilà plus de deux mois que nous demandons à rencontrer le ministre, sans succès.

**M. Steven Fletcher:** Très bien. Essentiellement, depuis que le message du gouvernement a changé, il a refusé de vous rencontrer n'est-ce pas?

**M. David MacKay:** Oui, refusé serait le terme juste.

**M. Steven Fletcher:** Eh bien, cela est décevant.

Revenons aux trois points que Santé Canada a présenté lundi. Il semblerait, comme vous l'avez dit, que cela fera disparaître le secteur de la pharmacie sur Internet. Vous venez tout juste de nous donner une série de suggestions raisonnables qui méritent d'être examinées. Avez-vous fait ces suggestions lorsque vous avez rencontré Santé Canada?

**M. David MacKay:** Malheureusement, comme je n'ai pu rencontrer, en tant représentant de la CIPA, les employés de Santé Canada ou du cabinet du ministre, je n'ai pas eu l'occasion de proposer ces solutions, qu'elles soient proactives ou non. La seule façon pour moi de parler au ministre et aux membres de son personnel, c'est en m'adressant aux médias.

**M. Steven Fletcher:** Y a-t-il quelqu'un de votre secteur qui a pu parler à Santé Canada à ce sujet?

**M. David MacKay:** Pas depuis le 1<sup>er</sup> novembre.

**M. Steven Fletcher:** Je présume donc que Santé Canada n'a pas examiné les solutions de rechange que vous nous avez présentées.

**M. David MacKay:** Je ne peux faire de commentaires. Nous avons tenté d'expliquer très clairement les options que nous proposons, même lors d'exposés aux députés. Nous espérons qu'à un moment donné Santé Canada examinera comme il se doit ces options. Je ne peux vous dire s'il le fera, car nous n'avons jamais reçu de rétroaction à ce sujet.

**M. Steven Fletcher:** J'ai tendance à être d'accord avec vous. Si nous voulons examiner ces options dans les détails et en temps opportun et si les représentants de Santé Canada viennent faire des recommandations, je m'attendrai tout au moins à ce qu'ils écoutent les intervenants.

J'aimerais aborder une autre question qui a été soulevée au cours de la période de questions il y a environ une heure et demie, par mon collègue de l'autre côté de la table. Si j'ai bien compris la question qu'il a posée au ministre, il parlait des Américains qui obtiennent des médicaments de l'Inde et qui utilisent le Canada comme agence intermédiaire.

Vous étiez à la période des questions. Aimerez-vous répondre à la question qui a été soulevée?

• (1615)

**M. David MacKay:** Certainement. En fait, je n'ai pas entendu la question, mais je crois comprendre qu'elle a déjà été posée.

Corrigez-moi si je me trompe, mais il alléguait que des pharmaciens canadiens obtenaient des produits des pays en développement et que ces produits étaient vendus aux patients américains en passant par le Canada. Est-ce exact?

**M. Steven Fletcher:** C'est ce que l'on a laissé entendre. Je ne sais pas si c'est ce qui a été dit de façon explicite.

**M. David MacKay:** Eh bien, je peux le nier catégoriquement. Cela est certainement faux.

Nous subissons des inspections régulières menées par les organismes de réglementation provinciaux et par Santé Canada, tout récemment. Nos pharmacies respectent des normes plus élevées que toute autre pharmacie dans le monde, car il existe maintenant plusieurs niveaux de réglementation.

Nous sommes sous le microscope. Ainsi, tout produit que l'on trouverait sur nos tablettes qui ne comporterait pas de DIN, un numéro d'identification du médicament, irait à l'encontre de la Loi sur les aliments et les drogues, et, par conséquent, la pharmacie serait fermée.

Nous ne commettrions pas la sottise d'importer les produits d'autres pays. Nous sommes fiers du fait que nous vendons des médicaments canadiens qui sont autorisés pour être vendus au Canada.

**M. Randall Stephanchew:** Puis-je ajouter quelque chose?

**M. Steven Fletcher:** Certainement.

**M. Randall Stephanchew:** J'ai travaillé pour Santé Canada et je sais comment le système fonctionne. La frontière est contrôlée par Santé Canada, qui travaille en partenariat avec les douanes canadiennes. Le ministère permet qu'on laisse passer les envois. Mais si quelqu'un veut importer un médicament, il lui faut toutefois détenir un permis d'établissement pour le faire. Santé Canada, dont des représentants sont ici aujourd'hui, pourrait en témoigner et dire que, sans un tel permis, on ne permet pas aux produits d'entrer au Canada. En l'absence d'un permis, les douanes canadiennes alertent Santé Canada, qui fait un rapport d'examen et refuse l'entrée.

Rien n'indique que cela se produit. Je doute que cela se produise. Santé Canada fait un excellent travail pour surveiller la frontière, et je ne peux pas voir comment ça pourrait être le cas.

**M. Steven Fletcher:** J'ai beaucoup de questions à poser, si vous n'y voyez pas d'inconvénient.

Donc, la réponse, c'est qu'il n'y a pas de médicaments provenant d'un autre pays qui entrent au Canada pour être expédiés aux États-Unis.

**M. David MacKay:** Aucun.

**M. Steven Fletcher:** Et y aurait-il des médicaments en provenance d'un tiers pays qui, sur recommandation d'un... Canadien...? C'est une autre conclusion que l'on pourrait tirer de la question posée par le député.

**M. David MacKay:** Encore une fois, ce n'est pas vrai. Le régime de restriction d'approvisionnement de sept entreprises appliqué au cours des 18 derniers mois a forcé nos pharmacies à conclure des partenariats avec des pharmacies munies d'une licence dans les pays de l'Union européenne. Parfois, nous ne pouvons fournir au patient le médicament, un médicament canadien. Ce patient est directement renvoyé à une pharmacie munie d'une licence au sein de l'Union européenne, dans un pays industrialisé seulement—un des pays du G8, dont la plupart ont conclu un accord de reconnaissance mutuelle. Le Canada choisit les pays avec lesquels il conclut un tel accord, et, naturellement, ce sont les pays d'Europe les plus modernes et les plus industrialisés.

Je veux parler de la Grande-Bretagne, de l'Allemagne, de la France et de la Belgique. Ce sont avec des pays d'Europe occidentale que nous avons établi des partenariats.

**M. Randall Stephanchew:** Les pharmacies membres de la CIPA ont tendance à rechercher ces pays partenaires avec lesquels Santé Canada s'est assuré de leur diligence raisonnable. Donc, encore une fois, ce sont les pays avec lesquels nous avons signé un accord de reconnaissance mutuelle. Ce sont des pays de l'Union européenne. Des pays de la zone européenne de libre-échange—la Suisse, l'Australie, la Nouvelle-Zélande. Encore une fois, ce sont là les recommandations. Nous avons examiné et évalué les systèmes, et ils semblent être équivalents à celui du Canada. Ils ne sont pas exactement identiques, mais ils mènent aux mêmes résultats.



Il est surprenant que la Food and Drug Administration des États-Unis n'ait jamais conclu d'accord de reconnaissance mutuelle avec le Canada. Elle a établi un protocole d'entente, mais elle aime tout faire elle-même. Le Canada est cependant un chef de file en matière d'harmonisation mondiale.

**M. Steven Fletcher:** Dans votre exposé, vous avez laissé entendre que l'industrie était peut-être en train de se contracter, et Santé Canada laissait entendre qu'elle avait certainement atteint un plateau. C'est un secteur qui, naturellement, s'est développé sous un gouvernement libéral. Je trouve intéressant qu'au moment même où le secteur est en pleine contraction ou est en train de passer à l'étranger, on envisage de le faire disparaître.

Je pense que c'est plutôt une déclaration qu'autre chose. Je commence à manquer de temps.

Pour ce qui est de la compétence provinciale, je remarque que Santé Canada a présenté en mai 2003 une fiche de renseignements qui stipulait ce qui suit :

Un certain nombre de pharmacies au Canada ont des sites Web légitimes qui offrent une large gamme de produits et services, notamment de l'information à l'intention des consommateurs et la possibilité d'acheter certains articles. La pratique de la pharmacie au Canada est réglementée par les provinces, et toute pharmacie munie d'une licence qui offre des services Internet doit respecter les normes de pratique dans sa propre province.

Cela appuie ce que vous disiez au sujet de la compétence provinciale. Je me demande si vous avez un avis juridique ou une interprétation à l'appui et si le gouvernement fédéral a le droit de s'ingérer. Je pose la question.

Je poserai également une dernière question. Je suis très intrigué par les possibilités qu'offre la pharmacie sur Internet à nos collectivités autochtones. Je serais intéressé à entendre ce que vous avez à dire à ce sujet. Je pense qu'après que vous aurez répondu, il ne me restera plus de temps.

• (1620)

**La présidente:** Je pense que vous devriez donner une réponse très succincte. Il ne reste qu'une minute.

**M. David MacKay:** Sur le plan juridique, manifestement nous avons analysé nos options en ce qui a trait à la constitutionnalité de la réglementation de la pharmacie. Je ne pense pas que ce soit l'endroit pour aborder ce genre de question. Je dirai seulement qu'à notre avis, la pratique de la pharmacie relève de la compétence des provinces, selon la Constitution. Naturellement, nous sommes ici pour débattre ouvertement de ces questions avec le gouvernement fédéral également.

**M. Ankur Arora:** J'aimerais simplement ajouter que la régie provinciale de la Colombie-Britannique a élaboré des lignes directrices précises destinées aux transactions pharmaceutiques internationales. Nous continuons à collaborer avec elle afin de les étoffer davantage.

**La présidente:** Je vous remercie beaucoup, monsieur Arora.

Merci, monsieur Fletcher.

Nous allons maintenant donner la parole à Mme Demers.

[Français]

**Mme Nicole Demers (Laval, BQ):** Merci, madame la présidente.

Messieurs, madame, bonjour. Merci d'être là.

Je dois vous avouer que j'ai plusieurs inquiétudes par rapport à votre industrie et que vos paroles ne les ont pas apaisées. J'étais en retard, excusez-moi. Mais ce que j'ai entendu et lu ici ne soulage pas mes inquiétudes. Vous dites que seules les personnes âgées qui

souffrent de maladies chroniques ont recours à vos services. À moins que je ne me trompe, ce ne sont pas seulement les personnes âgées qui ont des maladies chroniques.

Vous affirmez également qu'il ne s'agit que de personnes qui ont besoin de médicaments sur une base régulière, car autrement, par la poste, cela prendrait trop de temps. Mais, à moins que je ne me trompe, UPS et FedEx offrent de très bons services. Par conséquent, cela ne doit pas être une barrière si les gens ont vraiment besoin de vos médicaments.

Il me semble que vous enrobez votre compagnie avec un petit peu de... je ne sais pas comment exprimer cela, mais je n'ai pas aimé votre façon de dire que votre entreprise ne faisait que répondre à des personnes âgées aux prises avec des besoins chroniques.

De plus, comme les personnes âgées ont beaucoup de difficultés et prennent souvent trop de médicaments, il peut y avoir des effets néfastes à prendre le mauvais médicament, même si ce dernier n'est pas contre-indiqué ou incompatible avec d'autres médicaments pris par la personne. On a vu des personnes souffrir de toutes sortes de changements de comportement, d'agressivité par exemple. S'il n'y a personne pour valider le médicament que le client a reçu, je me demande comment vous procédez.

J'imagine que cela doit être une entreprise lucrative, puisque vous l'avez instaurée. Vous dites avoir 700 postes en Colombie-Britannique actuellement. Je présume que vous aspirez à en avoir beaucoup plus. Pourtant, vous dites que ce marché plafonne à environ 3 millions de personnes. Je me demande pourquoi vous faites tout un plat des restrictions que nous voulons imposer si le marché plafonne à 3 millions de personnes. Moi, je pense que le nombre est beaucoup plus grand. Je pense que vous nous cachez des choses, et cela me déplaît un peu. J'aimerais avoir votre réponse à ce sujet.

[Traduction]

**Mme Dawn Polley:** J'aimerais aborder la question de l'exercice des activités pharmaceutiques. Je ne suis pas sûre que vous m'ayez entendu parler du processus.

Nous effectuons une évaluation complète et approfondie du dossier pharmaceutique du patient, y compris de la liste de tous les médicaments qu'il consomme. Nous examinons donc cela, et s'il se présente des problèmes, nous joignons le médecin et réglons la question avec lui et le patient. C'est ce que nous ferions pour n'importe quel autre patient. Nous traitons nos patients de la même façon que n'importe quel autre. Nous examinons leur dossier et la liste de leurs médicaments. Nous sommes là pour résoudre les problèmes liés à la consommation des médicaments et en parlons directement avec le médecin et le patient lui-même.

**M. David MacKay:** Si vous permettez, je vous broserai un tableau un peu simplifié de la façon dont fonctionnent bon nombre de professionnels lorsqu'il s'agit de fournir des services thérapeutiques à un patient américain. En premier lieu, le médecin américain examine le patient, effectue un diagnostic et rédige une ordonnance. Nous ne modifions en rien cette relation.

Cela dit, une fois que quelqu'un a décidé de se tourner vers le Canada pour obtenir des médicaments, trois pharmaciens s'occupent d'analyser l'exactitude de l'ordonnance qui leur a été envoyée. Ensuite, ainsi que Dawn l'a souligné, nous vérifions cette exactitude auprès du patient. Cela signifie que le pharmacien parlera au client. Intervient ensuite le deuxième médecin à participer au processus, celui auquel nous demandons de réexaminer le dossier. Par conséquent, encore une fois, nous vérifions avec l'aide d'un autre professionnel de la santé. Dans certains cas, il va peut-être observer des interactions médicamenteuses, des posologies sous-thérapeutiques ou une posologie inappropriée; il joindra alors le médecin américain pour l'avertir de ce qu'il a trouvé qui pourrait représenter un problème.

Par conséquent, en tout et pour tout, cinq professionnels de la santé participent au processus, par opposition aux deux auxquels on ferait affaire si on s'adressait à un pharmacien et à un médecin dans des circonstances ordinaires. Il y a donc cinq vérifications plutôt que deux. Si j'étais à la place de ma mère, je tiendrais à bénéficier de cinq vérifications professionnelles plutôt que de deux.

À mon avis, ce processus est beaucoup plus sûr que ce qui est exigé par la norme actuelle, et c'est d'ailleurs peut-être la norme de l'avenir en santé. Cinq contre deux. Il ne fait aucun doute que nous avons une vue d'ensemble beaucoup plus fidèle de la situation médicale du patient que, dans certains cas, la plupart des médecins aux États-Unis. En raison de la nature procédurière de la société américaine, bon nombre de médecins participent au dossier de quelqu'un et ont leurs propres renseignements. En revanche, chez nous, tous les renseignements sont centralisés dans une base de données unique, ce qui nous permet souvent d'observer certaines interactions qui ont échappé au médecin traitant.

• (1625)

**M. Ankur Arora:** J'aimerais revenir à la deuxième partie de votre question concernant les 700 emplois créés en Colombie-Britannique. Je pense que, si j'ai bien compris, si ce nombre représente le maximum déjà atteint en Colombie-Britannique, pourquoi nous donnons-nous la peine de les défendre?

Madame, je viens d'une province où le gagne-pain de milliers de Canadiens travaillant dans le secteur forestier a disparu en raison de pratiques commerciales déloyales de la part des Américains, et j'ai franchement de la difficulté à comprendre pourquoi nous devrions éliminer 700 emplois—de bons emplois allant à des gens que nous connaissons, à des gens avec lesquels nous travaillons—lorsqu'ils sont à la source de recettes considérables pour notre province. Je vois mal pourquoi un Canadien voudrait les éliminer.

**La présidente:** Monsieur Boudria.

**L'hon. Don Boudria (Glengarry—Prescott—Russell, Lib.):** À mon tour, je tiens à souhaiter la bienvenue à nos témoins.

J'ai écouté les témoignages de nos invités. Si rien dans leurs activités ne menace l'exercice d'une bonne médecine au Canada, j'aimerais bien que nos témoins nous disent s'ils savent pourquoi l'Association médicale canadienne, la Fédération des autorités médicales réglementaires, le College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia, le Collège des médecins du Québec, le College of Physicians and Surgeons of Manitoba, le College of Physicians and Surgeons of B.C., l'Association des pharmaciens du Canada, le College of Physicians and Surgeons of Ontario, le College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan, le College of Physicians and Surgeons of Alberta, l'Alberta Medical Association, les groupes de défense des malades atteints du sida...

J'ai en main une liste qui doit comprendre quelque 50 noms de divers organismes, dont l'Association canadienne des individus retraités... et bien d'autres encore. Chacun d'entre eux a de graves réserves à cet égard. Si cela peut vous être utile, je peux lire le nom des autres organisations. Quoiqu'il en soit, on trouve toutes les associations de défense des consommateurs—le réseau des malades souffrant d'hépatite, la Best Medicines Coalition, la B.C. Persons with AIDS... Enfin, je pense que cela vous donne une idée.

S'il n'y a rien d'inquiétant, pourquoi est-ce que ces organismes sont si préoccupés?

**M. David MacKay:** Je n'ai pas pris connaissance de la préoccupation précise exprimée par ces groupes. Est-ce qu'on s'inquiète de la participation de médecins canadiens ou de la situation de l'industrie dans son ensemble?

**L'hon. Don Boudria:** Eh bien, ça dépend de l'organisme. Ainsi, par exemple, la position au sujet des services pharmaceutiques transfrontaliers se fonde sur le fait qu'il existe ce genre de services dans Internet. Je pourrais vous énumérer huit organismes qui sont du même avis.

**M. David MacKay:** Monsieur Boudria, je peux vous éviter cet effort. Je me ferai même un plaisir de vous rencontrer ultérieurement et de parcourir la liste en entier avec vous. Cela dit, chacune des associations que vous venez de nommer a soit des intérêts financiers à protéger en protestant contre cette forme de service pharmaceutique ou a fait l'objet d'intenses pressions de la part de l'industrie pharmaceutique.

Dans le cas de l'Ontario Medical Association, j'ai reçu, pas plus tard qu'hier, des renseignements établissant qu'elle ferme les yeux sur certains cas où on n'exige pas l'examen de la part d'un médecin. Je songe ici à un nouveau site Web créé par e-Salveo. Je suis aussi en train de préparer un communiqué de presse à l'intention du comité, que j'enverrai demain—avec un peu de chance, il aura été traduit. Ce texte établira qu'il y a un écart entre ce que dit l'Ontario Medical Association et ce qu'elle fait, un deux poids deux mesures. Même si je suis d'accord avec l'organisme lorsqu'il estime qu'il ne voit pas de problème à ce que les patients obtiennent le renouvellement d'une ordonnance d'anovulants ou de médicaments pour une maladie chronique en direct, il y a contradiction.

Il est très intéressant de noter que ces pratiques sont autorisées lorsque nous desservons des collectivités éloignées ou du Nord et qu'on s'apprête à accueillir la prochaine vague de services de santé et de services commerciaux en direct en autorisant le renouvellement électronique des ordonnances. C'est plus pratique pour les médecins et les patients et c'est certainement la tendance qui se dessine. L'Ontario Medical Association a d'ailleurs officiellement appuyé ces nouvelles façons de faire dans son communiqué de presse d'hier, tout comme l'Association médicale canadienne. On soutient donc manifestement ces nouveaux usages, et, à mon avis, cela constitue un cas de deux poids deux mesures. Dans un sens, on se trouve à relancer la question.

• (1630)

**L'hon. Don Boudria:** Par conséquent, d'après vous, tous les groupes qui se sont prononcés contre sont dans l'erreur ou ils ont des intérêts à protéger?

**M. Ankur Arora:** Monsieur Boudria, je pense que Dawn Polley serait mieux placée pour répondre à certaines de vos préoccupations.

**Mme Dawn Polley:** Cela semble l'avis de certaines des parties au dossier. Toutefois, bon nombre d'autres groupes ne sont pas d'accord, y compris de nombreux médecins.

Nous croyons que le problème est sans fondement parce qu'il existe un lien direct avec le patient américain. L'exigence d'un entretien en personne avec le médecin, tel que précisé par certains représentants de la profession médicale, ne reflète pas les conditions actuelles d'exercice de la médecine. Une politique aussi contraignante entravera sensiblement la possibilité de concevoir de nouveaux modèles de traitement en santé, particulièrement à l'intention des collectivités autochtones et du Nord.

**M. Ankur Arora:** J'aimerais souligner le fait que le patient américain a un entretien en personne avec un médecin américain, lequel est éminemment qualifié pour le traiter.

**L'hon. Don Boudria:** Bien, supposons que tous ceux que je viens de mentionner sont dans l'erreur.

Le 14 juillet 2004, l'Australie a signé un accord de libre-échange avec les États-Unis, aux termes duquel il est interdit d'exporter des produits pharmaceutiques destinés aux États-Unis. En 2000, la Nouvelle-Zélande quant à elle a interdit l'exportation de médicaments d'ordonnance aux États-Unis; et j'ai aussi copie de la loi espagnole qui interdit la même chose. Est-ce que tous ces pays se préoccupent pour rien, à l'instar des groupes canadiens que je vous ai mentionnés?

**M. David MacKay:** Monsieur Boudria, en revanche, 25 pays européens s'entendent pour dire que le commerce parallèle est acceptable et ils ont fait en sorte qu'il soit légalisé par la Cour européenne de justice. Ont-ils tous tort?

La Nouvelle-Zélande et l'Australie sont dans une situation unique parce qu'elles ont participé directement à des négociations avec le Bureau du représentant américain au commerce et que le secteur pharmaceutique a exercé de très grandes pressions durant les négociations concernant l'accord de libre-échange avec l'Australie. Si vous lisez cet accord, vous constaterez qu'il ne met pas en danger l'accès pour les Australiens.

Je ne comprends pas l'expression « libre-échange ». Si on parle d'un accord de libre-échange, mais qu'on limite la capacité d'un pays à commercer avec un autre, en quoi est-ce du libre-échange? C'est antinomique.

À mon avis, l'Australie est totalement isolée par le secteur pharmaceutique—et nous savons tous que l'administration américaine, l'administration Bush, appuie fortement ce secteur.

**La présidente:** Merci, monsieur Boudria.

Je cède maintenant la parole à M. Martin—l'autre M. Martin, M. Tony Martin.

**M. Tony Martin (Sault Ste. Marie, NPD):** Merci.

J'aimerais savoir ce que vous pensez du fait que certains grands fabricants et grossistes de médicaments ont mis les pharmacies virtuelles sur une liste noire. Est-ce que des fabricants de médicaments génériques ont fait de même? Quelle part de votre chiffre d'affaires représentent les médicaments génériques? Savez-vous quelle proportion de ces médicaments génériques sont fabriqués au Canada?

**M. David MacKay:** Je vous répondrai brièvement.

J'ai sondé les membres de mon association et, non, aucun des fabricants de médicaments génériques ne limite l'approvisionnement. Ils sont tout à fait disposés à nous fournir leurs produits. Je dirais par ailleurs que les médicaments génériques fabriqués au Canada représentent environ 20 p. 100 de nos ventes. Parce que ces produits sont moins coûteux, les médicaments génériques, par rapport aux

médicaments de marque, représentent approximativement 12 p. 100 du montant des ventes.

**M. Ankur Arora:** En ce qui a trait à la liste noire, étant donné que bon nombre des grands fabricants de médicaments ont mis les pharmacies postales canadiennes sur une liste noire, comme vous le décrivez si éloquemment, je crois que l'on vend en fait de plus en plus de médicaments génériques. Ce produit accapare une part de plus en plus importante. Mais cela soulève une question touchant l'approvisionnement des Canadiens en médicaments. Une très bonne part des produits pharmaceutiques de marque sont pratiquement inaccessibles pour les pharmacies canadiennes, ce qui a une incidence sur l'approvisionnement des Canadiens en médicaments.

**M. Tony Martin:** Que pensez-vous du fait que 29 États américains acceptent les ordonnances des médecins canadiens? L'inverse est-il vrai?

•(1635)

**M. David MacKay:** Non, monsieur, malheureusement. Ce nombre provient d'une étude menée par M. Robert Fraser, pharmacien à Canada Drugs. Sur une période d'un an, il a communiqué directement avec les autorités régissant les pharmacies de tous les États américains et a ensuite dressé la liste des 29 États où l'accès est illimité, liste que je serai heureux de remettre au comité. Les pharmacies dans ces États exécutent toute ordonnance canadienne.

Malheureusement, ce n'est pas réciproque. À mon sens, nous devrions reconnaître les permis et le fait que les permis des médecins américains sont vérifiés. Ce devrait être la prochaine étape, et, d'ailleurs, je me demande combien de Canadiens estiment que deux médecins canadiens devraient signer leurs ordonnances. Quand vous allez à la pharmacie et que vous avez vu votre médecin, croyez-vous nécessaire de voir un autre médecin pour obtenir le médicament pour une maladie chronique que vous prenez depuis 10 ans? Pourquoi n'acceptons-nous pas alors les ordonnances signées par un médecin américain autorisé?

**M. Tony Martin:** Cela m'amène à vous poser la question qui est véritablement celle que je veux vous poser, à savoir, qu'est-ce qui est en jeu? Qu'est-ce qui est au coeur de tout ce dossier, selon vous?

**M. Ankur Arora:** Monsieur Martin, il est très difficile pour nous de le dire. Nous hésitons à émettre des hypothèses, mais je peux vous dire que ce secteur fournit directement 4 000 emplois et génère un milliard de dollars en revenus. Je suis donc aussi perplexe que vous devant les efforts de certains pour éliminer cette industrie active et dynamique basée dans l'ouest du pays. Je ne comprends pas pourquoi.

**M. Randall Stephanchew:** J'aimerais ajouter une chose. Cela va aussi à l'encontre de la politique de Santé Canada, car tout est fondé sur la gestion du risque. Il n'y a pas eu de risque jusqu'à présent. La sécurité des patients n'a jamais été en danger. Nous sommes déconcertés par les récentes mesures de Santé Canada, nous ne comprenons pas ce qui motive cette volte-face, et ces mesures sont certainement non conformes à sa politique.

Vous avez entendu les représentants de Santé Canada l'autre jour. Ils vous ont dit que rien ne prouve que les préoccupations concernant la sécurité des patients sont fondées. Ces pharmacies détiennent une licence et fournissent un service conformément à leurs obligations éthiques et morales aux patients qui leur présentent une ordonnance. Dans le programme de pharmacie que j'ai suivi, il n'y avait pas de cours de géographie, et c'est pourquoi je comprends mal que, maintenant, lorsqu'on présente une ordonnance à une pharmacie...

On a parlé de tous ceux qui s'opposent à cette pratique ou qui se disent préoccupés. Encore une fois, ceux qui s'adressent à ces pharmacies sont généralement des septuagénaires qui ont besoin d'un médicament sur ordonnance qu'ils ne pourraient autrement se payer, car un médicament qui est ni disponible ni abordable n'est si sûr ni efficace. J'aimerais bien savoir ce que les représentants de l'industrie pharmaceutique ont à dire à ce sujet; il faut faire en sorte que ceux qui ont besoin de médicaments les aient.

**La présidente:** Quinze secondes. Merci, monsieur Martin.

Je cède maintenant la parole à Monsieur Savage.

**M. Michael Savage (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.):** Merci, madame la présidente. Je souhaite la bienvenue aux témoins. Il n'y a pas très longtemps, j'en savais très peu sur les pharmacies virtuelles. À l'instar d'autres membres du comité, je tente de mieux comprendre le dossier et je suis heureux de pouvoir rencontrer les représentants de la CIPA.

J'ai une question à vous poser sur la menace possible pour l'approvisionnement en médicaments. J'aimerais savoir ce que vous entendez précisément par plafond des ventes postales et limite naturelle. J'aimerais en savoir un peu plus sur les ventes de médicaments aux États-Unis. Quatre-vingt-quatorze pour cent des patients préfèrent acheter leurs médicaments à la pharmacie de leur quartier. Je présume qu'il y a quelques années à peine, c'était cent pour cent des patients. La situation a donc changé. Est-ce une nouvelle tendance? Devrions-nous nous inquiéter du fait que de plus en plus d'Américains semblent vouloir acheter leurs médicaments au Canada et que cela pourrait nuire à notre approvisionnement? Cette proportion de gens pourrait-elle augmenter de façon spectaculaire? Cette proportion de 6 p. cent, je veux dire, pourrait-elle augmenter de façon spectaculaire?

**M. David MacKay:** Non, pas selon nous, car elle s'est stabilisé au cours des cinq dernières années. Moi-même, quand j'étais directeur de la prospection et que je passais par la Floride ou New York, je me demandais pourquoi tous les Américains n'achetaient pas leurs médicaments au Canada. J'ai rapidement constaté, après en avoir parlé non seulement aux patients, mais aussi à des médecins et à des organisations représentant des personnes âgées, que ceux qui détenaient une assurance ne pouvaient se faire rembourser leurs achats au Canada. Comme la majorité des Américains ont une assurance quelconque, peut être pas la meilleure, mais ils doivent quand même verser une assez grande participation aux coûts et, dès qu'ils détiennent une assurance d'une OSIS ou d'un organisme dispensateur de services à tarifs préférentiels ou d'une société d'assurances, ils ne peuvent se faire rembourser leurs achats au Canada. Cela les exclut donc d'emblée du marché.

Pour ce qui est de savoir si la proportion augmentera, nous nous sommes demandé pourquoi les patients n'étaient pas plus intéressés. Nous avons découvert, bien sûr, que tous les patients ne prennent pas un médicament d'entretien pour une maladie chronique. De plus, il semble y avoir une limitation naturelle, à savoir, la perception du patient. Nous avons d'ailleurs étudié cela. Nous avons constaté que certains trouvaient qu'acheter leurs médicaments au Canada était peu patriotique et certains ont même cru les campagnes de salissage de la FDA et croyaient que nos médicaments étaient peu sûrs. Nous savons que tel n'est pas le cas, mais cela peut certainement dissuader certains patients. D'autres croyaient que ça pouvait être illégal et souhaitaient respecter la loi. Il y a donc toute une gamme de limites naturelles qui dissuadent ainsi les patients.

• (1640)

**M. Ankur Arora:** Monsieur Savage, je fais de nouveau remarquer que les médicaments ne sont pas une ressource naturelle. Ils sont fabriqués dans des usines et il suffit d'accroître la production pour répondre à une demande accrue.

Je tiens aussi à souligner encore une fois que les pharmacies postales du Canada sont sur une liste noire et ne peuvent acheter la plupart des médicaments de marque les plus vendus.

**M. Michael Savage:** Où les trouvent-elles?

**M. Ankur Arora:** Comme l'a noté la CIPA, les patients sont renvoyés vers des pharmacies de l'Union européenne qui exécutent l'ordonnance et expédient les médicaments directement aux Américains.

**M. David MacKay:** Nous achetons surtout nos médicaments de grossistes du Canada. Si cela n'est pas possible, nous offrons aux patients américains la possibilité, sur formulaire de consentement signé, de s'adresser à une pharmacie dans un pays étranger.

**M. Michael Savage:** À quel niveau est-ce que cela pourrait constituer une menace pour l'approvisionnement en médicaments du Canada, à votre avis?

**M. David MacKay:** Disons qu'il faudrait que ce soit le cas de bien des millions de patients.

**M. Ankur Arora:** Je le répète, les médicaments ne sont pas une ressource naturelle. Ils peuvent être produits et reproduits en masse. Je ne crois pas qu'on puisse vous donner un tel chiffre, monsieur.

**M. Randall Stephanchew:** Peut être pourrais-je ajouter quelque chose, même si nous nous lançons dans des conjectures.

Quand je travaillais à l'accord de reconnaissance mutuelle pour Santé Canada, je suis allé évaluer les installations d'une multinationale en Europe. Je sais que bon nombre de ces sociétés produisent des médicaments pour tous les marchés. Il y avait des salles distinctes pour la production américaine, pour les échantillons destinés aux médecins américains, pour les médicaments canadiens et pour les échantillons destinés aux médecins canadiens. Il y a une répartition : par exemple, 40 p. 100 sont produits pour les États-Unis et 6 p. 100 pour le Canada, l'Allemagne, la France, et ainsi de suite. Il s'agit donc de redistribution de la part de ces multinationales. Elles font toujours des prévisions. Elles ont la capacité nécessaire pour produire tout ce qu'elles veulent n'importe quand.

J'en veux pour preuve un cas récent que vous connaissez tous, j'en suis certain, celui du Vioxx qui vient d'être retiré du marché. Ses ventes atteignaient 2,5 milliards de dollars chaque année. Notre secteur représente 1 milliard de dollars, ce qui vous permet de comparer. À peine une semaine après que l'on ait retiré le Vioxx du marché, le principal concurrent du fabricant de ce médicament, Pfizer, a déclaré avoir plus que ce qu'il lui fallait de Celebrex pour répondre aux besoins des clients. Comment cela est-il possible?

On parle d'un problème d'approvisionnement, alors qu'il n'y a pas de problème d'approvisionnement.

**M. David MacKay:** Monsieur Savage, l'approvisionnement en médicaments du Canada n'est pas limité à ce que peuvent contenir, par exemple, nos entrepôts. Notre approvisionnement ne peut pas s'épuiser.

**M. Michael Savage:** Ai-je le temps de poser une autre question?

**La présidente:** Non, vous avez dépassé le temps qui vous était alloué. Nous reviendrons à vous plus tard.

**M. Michael Savage:** Merci.

**La présidente:** Pour la deuxième série de questions, je demanderai à tous les intervenants d'être très brefs.

M. Merrifield n'est pas encore intervenu; M. Thibault non plus.

Je cède la parole à monsieur Merrifield.

**M. Rob Merrifield (Yellowhead, PCC):** J'aimerais poursuivre dans la même veine. Mettons cartes sur table, si vous voulez bien, s'agissant de toute cette industrie.

Je suis convaincu de la sécurité des médicaments. J'estime aussi qu'un médecin qui pratique aux États-Unis est aussi bon qu'un médecin qui pratique au Canada. Faire valoir le contraire, même en invoquant l'argument de l'éthique, ne me semble pas convaincant.

Pour ce qui est de savoir pourquoi certains prétendent qu'il y a pénurie au Canada alors qu'il n'y en a pas, la question serait peut être plutôt de savoir pourquoi nous devrions vendre à l'étranger des médicaments dont le prix peut être jusqu'à 40 p. 100 inférieur parce qu'il a été fixé par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés du Canada? Voilà la question. Si nous mettons cartes sur table, reconnaissons que c'est cela qui pose un problème. Un milliard de dollars, ce n'est peut-être pas beaucoup, mais qui pourrait en profiter? Voilà pourquoi nous avons demandé aux représentants du ministère, lors de leur dernière comparution devant notre comité, comment nous pourrions contrôler un peu cette industrie?

Vous nous dites que vous avez atteint le plafond du marché parce que vos produits ne sont pas remboursés par les assurances aux États-Unis, d'accord, et que vous vendez seulement des médicaments d'entretien. Comment pouvons-nous être sûrs que votre part de marché aux États-Unis n'augmentera pas? Si les Américains commencent à compter sur nous, deviendrons-nous le principal fournisseur de médicaments des Américains? Si tel est le cas, y aurait-il pénurie de médicaments au Canada? Non, mais alors, pourquoi les sociétés pharmaceutiques joueraient-elles ce jeu avec les Canadiens? Si ces sociétés refusent dorénavant de faire de la recherche et du développement au Canada en vue de fournir des médicaments aux Canadiens, pourquoi le feraient-elles?

J'estime qu'il faut être honnête, mettre cartes sur table et reconnaître où se situe le problème si nous voulons trouver une solution.

• (1645)

**M. David MacKay:** La question de savoir jusqu'où cela pourrait aller ne devrait pas vous inquiéter, car il y a une solution qui réglerait tous les problèmes : interdire la vente en gros. Vous pourriez limiter les ventes aux États-Unis au niveau actuel et vous n'auriez pas alors à vous inquiéter d'une hausse éventuelle.

**M. Rob Merrifield:** Nous pourrions interdire la vente de produits en gros, et c'est là justement que le bât blesse. Je crois que le ministre a dit que deux projets de loi ont été déposés au Congrès américain, mais en fait, il existe déjà aux États-Unis une loi qui interdit l'importation de médicaments d'un autre pays mais qui n'est tout simplement pas appliquée. Il n'y a pas un politicien aux États-Unis qui a le courage de dire aux vieilles dames qu'elles devront payer deux fois plus pour leurs médicaments. C'est ça, mettre cartes sur table.

**M. Ankur Arora:** Monsieur Merrifield, vous posez en fait deux questions. En ce qui a trait à l'établissement des prix au Canada, il ne s'applique qu'aux médicaments vendus à partir du Canada et à l'intérieur du Canada. Les entrepreneurs canadiens aimeraient profiter de cette mesure pour créer de l'emploi; cela relève du commerce international et nous devrions pouvoir le faire. Mais...

**M. Rob Merrifield:** Oui, cela relève du commerce international si les chances sont égales pour tous, mais le prix des médicaments n'est pas réglementé aux États-Unis comme il l'est ici. Le prix des médicaments est réglementé au Canada, mais pas aux États-Unis. C'est un fait.

**M. Ankur Arora:** Sauf tout le respect que je vous dois, le prix des médicaments est réglementé dans le monde entier, sauf aux États-Unis. Par conséquent, les chances sont égales pour tous les autres pays et ils aimeraient bien...

**M. Rob Merrifield:** Oui, d'accord. Alors, vendez-vous dans ces autres pays ou seulement aux États-Unis?

**M. Ankur Arora:** Nous vendons surtout aux États-Unis à l'heure actuelle, mais d'autres pays se lanceront dans ce commerce international si le Canada choisit de ne pas le faire. C'est un marché mondial actif.

En ce qui concerne votre deuxième question, je ne peux me prononcer sur les sociétés pharmaceutiques et les jeux qu'elles accepteraient ou refuseraient de jouer, mais je peux vous dire que, à mon avis, aucune personne sensée ne voudrait risquer la protection que lui confère un brevet. Notre régime d'établissement des prix a une contrepartie. Ce régime a été créé non pas comme cadeau à l'intention des Canadiens, c'était plutôt une entente. Je ne peux imaginer qu'on voudrait risquer de perdre la protection dont on jouit grâce à un brevet.

**M. David MacKay:** Si vous voulez regarder ailleurs dans le monde où cette situation s'est produite pour voir quels ont été les résultats, pour nous guider un peu, vous pourriez examiner le marché parallèle en Europe. Les prix ont-ils augmenté de façon incontrôlée par suite de la légalisation du marché parallèle? Les approvisionnements sont-ils devenus limités au point de susciter une crise par suite de l'apparition du marché parallèle? La réponse est un non catégorique. Voilà pourquoi je tiens tant à ce que vous lisiez la déclaration qu'a faite le secrétaire général de l'EAEP, qui est essentiellement mon homologue en Europe et qui vous confirmerait que cela ne s'est pas produit.

**M. Rob Merrifield:** Vous dites que c'est la situation en Europe? Vous dites que l'arrivée des pharmacies virtuelles en Europe a simplement ajouté à la concurrence? Très bien, mais notre voisin est le plus grand marché de produits pharmaceutiques du monde, où l'offre et la demande jouent et où l'on ne fixe pas les prix.

**M. David MacKay:** Non, l'Union européenne est un marché deux fois plus grand que le marché américain.

**M. Rob Merrifield:** Peut être, mais...

**M. Randall Stephanev:** Et il y avait disparité de prix. Voilà ce qui a mené au commerce parallèle, ainsi qu'à la contestation de Pharma, il y a 15 ou 20 ans. Le commerce parallèle existe encore. Le prix des produits pharmaceutiques est modéré au Canada. Il y a des endroits où les médicaments sont moins chers: c'est généralement le cas dans l'Union européenne, qui représente un énorme marché. Le commerce parallèle existe là-bas...

**M. Rob Merrifield:** C'est le bilan de sept pays.

**M. Randall Stephanev:** ... et ça n'a pas entraîné l'effondrement de la structure de prix.

Il y a un autre facteur qui joue sur le marché américain: on ne contrôle pas les prix, mais on permet la publicité directe. Cela ajoute énormément au coût des médicaments. Cela n'existe nulle part ailleurs, sauf peut être dans un autre pays où on a fini par interdire cette publicité.

Encore une fois, la question des disparités nous amène à nous demander si la publicité directe est nécessaire. Non. Le gouvernement s'est penché sur ce sujet déjà et Santé Canada nous a informé qu'il ne compte pas permettre la publicité directe.

**M. Rob Merrifield:** Faites-vous de la publicité aux États-Unis aussi?

**M. David MacKay:** Non, nous n'en faisons pas. Le bouche à oreille est un outil de marketing très puissant.

**La présidente:** Merci, Monsieur Merrifield.

Je cède maintenant la parole à Monsieur Thibault.

• (1650)

[Français]

**L'hon. Robert Thibault (Nova-Ouest, Lib.):** Merci, madame la présidente.

[Traduction]

Je vous remercie tous d'être venus éclairer nos lanternes sur ce sujet. Je sais que c'est un sujet important pour vous, un sujet qui vous passionne et que votre secteur compte beaucoup d'emplois. Pour ma part, je garde l'esprit ouvert et j'écoute attentivement tous les témoins qui comparaissent devant nous. Je ne tiens surtout pas à ce que quiconque au Canada perde son emploi ou à ce que la croissance de l'emploi ralentisse, surtout dans un secteur sûr et au comportement conforme à l'éthique.

Il y a des questions qui me préoccupent. L'administration conforme à l'éthique du système de médicaments, du secteur pharmaceutique et du secteur médical, la sécurité de notre approvisionnement en médicaments et les prix. Ce sont les questions qui nous intéressent. Comment protéger tout cela? Pouvons-nous contribuer au développement, à la croissance et au maintien de votre industrie?

Je vous remercie d'être venus, mais les Canadiens ont des craintes et nous avons la tâche difficile de poser des questions et d'aller au fond des choses. M. MacKay m'a fait un bref exposé dans mon bureau et je comprends un peu votre industrie. Mais quand on voit ce que M. Boudria nous a présenté à la Chambre, une publicité demandant qui est intéressé à faire 100 000 \$ à 135 000 \$ américains par année avec une licence... Vous avez payé des médecins autorisés, retraités ou semi-retraités, du Canada et de l'Europe pour qu'ils signent des ordonnances pour des patients qu'ils ne connaissaient pas.

J'ignore si c'est un membre de votre organisation—je présume que non—mais c'est inquiétant. Je vois qu'il s'agit d'une entreprise américaine.

Je vais faire quelques observations avant de vous céder la parole. Je sais que nous avons peu de temps et que vous ne pourrez peut-être pas répondre à toutes mes remarques, mais je vous encourage à nous répondre par écrit.

Vous avez dit que 29 États américains acceptent des ordonnances de médecins canadiens et qu'on pourrait, en guise de solution, accepter les ordonnances des médecins américains. Pour ma part, en tant que Canadien, je vois une différence éthique, pratique et liée à la sécurité entre le fait d'aller à New York avec mon ordonnance de pénicilline et de la faire exécuter pour une deuxième fois par un médecin et, télécopier ou téléphoner régulièrement mon ordonnance à un pharmacien qui ne m'a jamais vu, qui ne connaît pas mon médecin et qui continue cette pratique.

Les deux situations sont tout à fait différentes. Ce serait autre chose si nous avions nos propres pharmacies virtuelles et que les

Américains avaient les leurs. Je suis toujours prêt à encourager les pratiques exemplaires.

En ce qui concerne la protection conférée par les brevets, je suis d'accord avec vous pour dire que c'est ce qui protège actuellement notre loi, mais ça pourrait changer. Le Parlement pourrait vouloir modifier la protection accordée par les brevets. Qu'on ne nous dise pas que c'est tout ce qui assure la sécurité de notre système, qu'on ne peut changer cela parce qu'il y a le problème des ventes transfrontalières de médicaments qui pourrait avoir une incidence. Nous devons tenir compte de cela.

**La présidente:** Malheureusement, monsieur Thibault, vous êtes en train d'écouler tout votre temps.

**L'hon. Robert Thibault:** Je tenais à soulever ces questions et j'encourage les témoins à y répondre par écrit. Je juge important que cela figure au compte rendu, car notre comité devra examiner tous ces faits et tous ces éléments.

Il y a une autre question qui est importante, elle a été soulevée par M. Arora, soit la question du libre-échange. Or, monsieur Arora, vous avez suggéré comme solution de limiter notre capacité à conclure des ententes avec les villes et les États. Il est difficile de concilier les deux. S'il y a un libre-échange, les échanges doivent être entièrement libres. Il ne doit pas y avoir de réglementation. On ne peut pas limiter le nombre de pharmacies ni la taille de la clientèle. Le libre-échange doit être entièrement libre.

Je vous invite à commenter tout cela dans le temps qu'il reste.

**M. David MacKay:** Merci, monsieur Thibault. Nous prenons bonne note de vos remarques.

Je signale que certains des changements proposés par le ministre relèveraient justement de la catégorie que vous venez de décrire relativement à l'élimination du libre-échange. Nous demandons la vérification de la citoyenneté. N'est-ce pas la même chose? Nous envisageons d'interdire à certaines nationalités l'acquisition d'un bien. N'est-ce pas là tout à fait le contraire de ce que devrait être le libre-échange?

**L'hon. Robert Thibault:** Mais il s'agit du commerce transfrontalier de médicaments réglementés. On peut, dans le cadre d'un accord de libre-échange, prévoir des limites au commerce transfrontalier de médicaments réglementés.

**M. Ankur Arora:** Puisque vous m'avez adressé cette question, monsieur, je vais y répondre. Vous n'avez pas posé de question au sujet des deux autres points que vous avez soulevés; je ne pourrai donc pas y répondre.

On ne peut pas qualifier la situation actuelle de libre-échange. Il s'agit d'une industrie réglementée aux États-Unis et au Canada. Aux États-Unis, elle est réglementée par un monopole accordé aux compagnies pharmaceutiques par le gouvernement, c'est-à-dire l'intervention la plus radicale dans le marché. Par conséquent, puisqu'il y a un monopole, il n'y pas de libre-échange.

Nous essayons de faire en sorte que les échanges commerciaux restent les plus libres possibles, tout en tenant compte de façon positive et efficace des préoccupations exprimées par le gouvernement. Il est dans l'intérêt des Canadiens, de leurs emplois et de leurs revenus que le commerce des produits pharmaceutiques soit aussi libre que possible. Voilà ce que nous proposons.

•(1655)

**M. David MacKay:** Si vous le permettez, Monsieur Thibault, j'aimerais commenter l'exemple que vous avez donné: le fait d'aller faire exécuter votre ordonnance à New York par opposition à ce qui se fait au Canada. À mon avis, la seule différence entre ces deux situations, c'est la présence du pharmacien.

Analysons un peu cet exemple. Vous entrez dans une pharmacie à New York et présentez votre ordonnance. Ce n'est pas le pharmacien qui va la prendre mais bien un technicien. Le pharmacien serait occupé à compter des pilules. Nous pourrions faire l'expérience et amener tout le Comité de la santé visiter un tas de pharmacies. On pourrait chronométrer le temps que vous passez avec le pharmacien pendant qu'on exécute vos ordonnances. Je pense que dans la plupart des cas, le pharmacien vous consacrerait moins de deux minutes, si jamais vous le voyez. C'est le technicien qui fait l'essentiel du travail.

Cependant, si vous appelez le numéro sans frais des pharmacies membres de la CIPA, vous pourrez parler pendant une demi-heure avec un pharmacien, et ce gratuitement, et obtenir une quantité d'informations phénoménale. Vous n'avez pas besoin de lui parler en personne. Beaucoup de pharmaciens estiment que ce qui est primordial, c'est l'échange d'information et non le fait de pouvoir regarder le client dans les yeux.

Naturellement, nous offrons aussi beaucoup de documentation à nos patients; nous affichons de l'information sur notre site Internet et nous en envoyons avec les médicaments que nous leur postons. À titre de pharmaciens, nous offrons des services aussi rigoureux, voir plus, que le pharmacien desservant un client sur le lieu même de sa pharmacie.

Encore une fois, j'estime que les clients obtiennent les services équivalents, voir meilleurs, auprès de pharmacies postales parce qu'ils ont davantage accès aux pharmaciens.

**M. Ankur Arora:** Le Collège des pharmaciens de la Colombie-Britannique a établi des lignes de conduite précises pour cette pratique acceptée. Chacun sait que le monde a changé depuis l'avènement des moyens de communication de masse; le commerce international a également changé de même que les modes de prestation de soins de santé. Notre Collège des pharmaciens a eu le mérite de se prononcer expressément sur cette question. Il estime que cette pratique est efficace et sans danger, et qu'elle peut avoir des effets bénéfiques.

**La présidente:** Merci beaucoup, Monsieur Thibault.

Je donne maintenant la parole à Monsieur Carrie.

**M. Colin Carrie (Oshawa, PCC):** Merci beaucoup.

J'aimerais tout d'abord remercier nos invités pour les recommandations fort raisonnables qu'ils ont faites. Je n'étais pas très au courant de ce dossier et j'ai essayé de me renseigner autant que possible sur cette industrie et d'en connaître les avantages et les inconvénients. J'ai examiné votre document dans mon bureau.

J'ai parlé à un ancien représentant pharmaceutique qui est contre votre industrie. Je lui ai demandé quels étaient les inconvénients pour le Canada. Il a évoqué l'innocuité des médicaments et l'approvisionnement des Canadiens. Il a dit que si le Canada permettait ce commerce tel qu'il se pratique en ce moment, il pourrait y avoir des répercussions sur le pays. Les compagnies pharmaceutiques pourraient limiter nos approvisionnements de certains médicaments—vous avez vous-même mentionné l'existence d'une liste noire. Nous pourrions être contraints d'utiliser des médicaments génériques. Il a ajouté que nous ne pourrions peut être pas obtenir les

meilleurs médicaments et les plus nouveaux. Je crois que vous avez déjà entendu ces critiques.

Je dois dire qu'elles m'inquiètent. Que répondez-vous à de telles allégations? Cela risque-t-il de se produire au Canada? Les compagnies agiraient-elles ainsi?

**M. David MacKay:** Je vais répondre à votre première question, car vous en avez posée plusieurs à la fois, monsieur Carrie.

Les listes noires ne sont qu'un embargo imposé de façon sélective contre les pharmacies postales et non contre les pharmacies classiques. Par conséquent, les Canadiens n'auront pas de mal à obtenir leur Lipitor chez Shoppers Drug Mart ou London Drugs, ou n'importe quelle pharmacie de quartier. Il n'y aura pas de difficulté d'approvisionnement.

Il faut bien comprendre que les compagnies pharmaceutiques n'ont pas décrété un embargo contre l'ensemble du Canada. Il y a moins d'une centaine de pharmacies postales au Canada. Il s'agit par ailleurs de sept compagnies pharmaceutiques et non pas des 35 compagnies. L'embargo ne vise que les pharmacies postales dont l'approvisionnement est restreint au niveau du grossiste. Ce sont là des aspects importants.

Vous avez évoqué la possibilité qu'une compagnie pharmaceutique refuse de lancer un nouveau médicament. Est-ce que cette possibilité vous inquiète également?

**M. Colin Carrie:** Oui, cet ancien représentant pharmaceutique m'a dit que si les compagnies ne faisaient pas autant de bénéfices qu'elles le souhaitaient au Canada, elles n'auraient pas intérêt à y lancer leurs nouveaux médicaments?

**M. David MacKay:** Et pourtant, ces compagnies prospèrent au Canada. D'après une étude réalisée par la Faculté de santé publique de l'Université de Boston, les ventes de médicaments au Canada engendrent des bénéfices supplémentaires pour l'industrie pharmaceutique; si les ventes avaient été faibles aux États-Unis parce que les médicaments n'étaient pas abordables, ces bénéfices n'auraient jamais été réalisés. Nous contribuons donc beaucoup à leurs chiffres d'affaires et à leurs bénéfices. Cependant, si ces médicaments étaient vendus au Canada, ils seraient rentables. Quant à moi, je pense que si une compagnie pharmaceutique refusait de vendre un de ses produits, ses concurrents auraient des arguments très convaincants à présenter pour demander l'octroi d'une licence obligatoire au titulaire de brevet—

**M. Colin Carrie:** Oui, cela m'a également préoccupé.

**M. Ankur Arora:** Il faut rappeler que ces médicaments brevetés sont vendus dans tous les autres pays occidentaux en vertu d'un régime qui en régleme le prix. Le scénario que vous avez invoqué me semble tiré par les cheveux: les grandes pharmaceutiques s'abstiendraient de lancer leurs médicaments dans un pays parce qu'elles expédient déjà leurs médicaments aux États-Unis. En fait, elles ne pourraient plus lancer de médicaments ailleurs qu'aux États-Unis. Or, la période de protection d'un brevet commence dès le dépôt du brevet; les compagnies pharmaceutiques les déposent donc dans le monde entier à peu près en même temps. Si elles faisaient cela, elles se trouveraient à réduire la durée de protection exclusive de leurs médicaments brevetés sur le marché international, marché qui est aussi important ou plus que celui des États-Unis.

•(1700)

**M. Colin Carrie:** À votre avis, ces craintes sont sans fondement? Vous ne pensez pas que les compagnies s'abstiendraient de lancer de nouveaux médicaments à cause de votre industrie?

**M. Ankur Arora:** Absolument.

**M. Randall Stephanchew:** Permettez-moi d'ajouter quelque chose à ce sujet. Si les compagnies pharmaceutiques voulaient agir de nouveau de cette façon... ce serait complètement irresponsable. Si elles le faisaient, Santé Canada gère un programme d'accès spécial pour les médicaments qui ne sont pas vendus au Canada mais qui sont vendus ailleurs dans le monde. Les gens pourraient quand même avoir accès à ces médicaments. À mon avis, il serait irresponsable pour les compagnies pharmaceutiques d'agir de cette façon et elles devraient s'expliquer. Les médicaments sont vendus dès leur lancement au prix moyen qui se pratique dans sept pays du G-7. Je ne pense pas du tout que cela va limiter le lancement de nouveaux médicaments. Les sociétés pharmaceutique auraient des comptes à rendre.

**M. David MacKay:** De surcroît, elles se sont engagées auprès des provinces et du gouvernement fédéral à garantir l'approvisionnement en médicaments au Canada.

**M. Colin Carrie:** Merci beaucoup.

J'ai une autre question. J'ai le temps?

**La présidente:** Il vous reste une minute.

**M. Colin Carrie:** Le Canada est aux prises avec une pénurie de médecins et de pharmaciens et certains craignent que vous n'embauchiez des médecins et des pharmaciens canadiens qui pourraient servir la population canadienne. Vous avez mentionné la réciprocité. Est-ce cela suffirait à votre avis pour apaiser ces craintes? Est-il probable qu'un jour cette solution soit appliquée au Canada?

**Mme Dawn Polley:** Nous ne voulons pas commenter la pénurie de professionnels de la santé. Ce problème existe au Canada depuis une dizaine d'années, bien avant l'avènement de notre industrie. Il s'explique par plusieurs facteurs que je ne veux pas exposer en détail. Je me contenterai de dire que notre industrie n'a ni créé ni aggravé ce problème. Nous employons moins de 1 p. 100 des pharmaciens du Canada. À notre avis, si on adopte certains modes de prestation de soins à distance, cela atténuera les pressions qui s'exercent sur les professionnels de la santé et nous permettra d'offrir plus de services grâce à des outils technologiques, si bien que nous pourrions rejoindre les patients et régler les problèmes de pénurie qui persisteront pendant une dizaine d'années.

**M. Ankur Arora:** Monsieur Carrie, comme vous l'avez suggéré, le fait d'accepter au Canada l'ordonnance de médecins américains permettrait aussi de remédier au problème. J'en prend bonne note.

**M. David MacKay:** Les médecins ne cessent pas d'exercer leur profession pour s'adonner à cette activité. S'ils décident de le faire, ils le font en dehors de leurs heures de travail courantes et pendant la soirée. Ils ne compromettent donc pas l'exercice de leurs fonctions courantes.

**M. Randall Stephanchew:** Par ailleurs, les chaînes de pharmacies, les pharmacies à grande surface et les chaînes de magasins d'alimentation offrent les services de pharmacies. Il y en a parfois jusqu'à quatre qui se font concurrence sur le même coin de rue. J'aimerais bien qu'ils s'établissent dans les villes et villages du Nord, ce qu'ils ne font pas. Il s'agit encore une fois d'une décision d'affaires qui leur appartient. Je ne pense que nous accaparions trop de pharmaciens; les magasins ouverts jour et nuit qui se font concurrence à moins d'un coin de rue de distance sont beaucoup plus coupables que nous à cet égard.

**La présidente:** Merci, monsieur Carrie.

Nous devons conclure cette partie de la réunion après une heure et ce délai est écoulé mais j'ai encore le nom de trois membres du

comité qui souhaitent intervenir: M. Boudria, M. Merrifield et M. Savage. Je leur demande d'être concis et j'invite les témoins à répondre également avec concision. Mme Demers souhaite également intervenir.

Monsieur Boudria.

**L'hon. Don Boudria:** Combien de pharmaciens travaillent dans votre industrie? Par ailleurs, vous avez dit que vous achetez des médicaments de marque non pas auprès des compagnies pharmaceutiques, du moins pas en grande quantité, mais plutôt auprès de gens que vous appelez les grossistes. Qui sont ces gens et comment s'approvisionnent-ils? Si vous ne pouvez pas acheter les médicaments auprès des compagnies pharmaceutiques, comment se fait-il qu'eux puissent le faire?

**M. David MacKay:** Je crois que nous ne nous sommes pas très bien fait comprendre en ce qui concerne les grossistes. Je vais essayer de dissiper ce malentendu.

Les grossistes achètent les produits auprès des compagnies pharmaceutiques et nous les achetons auprès des grossistes. Les grossistes nous vendent des médicaments dont la vente est autorisée au Canada. Cependant, sept compagnies pharmaceutiques ont limité les produits qu'elles vendent aux grossistes et qui sont destinés uniquement à nos pharmacies. Pas aux pharmacies classiques du Canada. Les compagnies transmettent aux grossistes la liste de leurs médicaments et, bien sûr, la liste des pharmacies qu'elles ont mises à l'index parce qu'elles estiment que ces pharmacies prennent des commandes postales, et interdisent au grossiste de vendre leurs produits aux pharmacies figurant sur cette « liste noire ».

Est-ce que tout est clair à présent?

**L'hon. Don Boudria:** Je comprends un peu mieux, en effet.

Quoiqu'il en soit, combien de pharmaciens travaillent pour votre industrie? Combien sont au Manitoba et combien, en Colombie-Britannique?

• (1705)

**M. David MacKay:** Je ne peux vous donner que des chiffres généraux parce qu'il n'y pas de source unique qui donne cette information. Il s'agit au mieux d'estimations.

Les chiffres varient, mais au Manitoba, d'après les statistiques de la Manitoba Pharmaceutical Association, il y aurait 1 155 pharmaciens agréés, dont 13 p. 100 travaillent dans des pharmacies postales. Je vous rappelle que c'est dans cette province que les cyberpharmacies recrutent le plus grand nombre de pharmaciens puisqu'elles y font 60 p. 100 de leur chiffre d'affaires. Je pense que c'est la plus forte proportion au Canada. Comme Dawn l'a souligné, il y en a beaucoup moins ailleurs au Canada, mais beaucoup de ces pharmaciens travaillent également dans des pharmacies communautaires qui ne prennent pas de commandes postales.

**L'hon. Don Boudria:** Et d'après vous, le détournement de 13 p. 100 des pharmaciens vers cette industrie n'aurait « pas contribué »—pour reprendre les termes employés par Mme Polley—à la pénurie de professionnels de la santé?

**M. David MacKay:** Vous mêlez les pommes et les oranges. Parlez-vous des pharmaciens ou des médecins?

**L'hon. Don Boudria:** Non, elle a mentionné ces deux catégories de professionnels dans sa réponse. Je vais vérifier le compte rendu de la réunion demain, mais je suis persuadé d'avoir bien entendu.



**Mme Dawn Polley:** En Colombie-Britannique, notre industrie emploie quelque 70 pharmaciens. Il y a sans doute 2 500 pharmaciens agréés dans la province et un hôpital, l'Hôpital Général de Vancouver en emploie 80. Nous représentons donc une très faible proportion des pharmaciens de notre province.

**M. Ankur Arora:** Monsieur Boudria, j'aimerais répondre respectueusement à l'argument que vous semblez faire valoir.

La pénurie de pharmaciens au Canada remonte à plus de 10 ans, avant même l'existence de cette industrie. La pratique de la pharmacie a changé voilà 15 ou 20 ans. Le pharmacien n'est plus le petit propriétaire indépendant d'un commerce ouvert de 9 heures à 17 heures. Il existe aujourd'hui des chaînes de pharmacies à grande surface, des services de pharmacie dans des magasins d'alimentation, le recours à la mise en marché de masse, si bien qu'il y a des pharmacies à chaque coin de rue et elles représentent désormais plus de 25 p. 100 du chiffre d'affaires des pharmacies. Ces réalités n'existaient pas auparavant.

Chaque pharmacie doit être dotée d'un pharmacien agréé. La multiplication des chaînes de pharmacie et des pharmacies à grande surface a mobilisé beaucoup de pharmaciens.

**L'hon. Don Boudria:** Mais ils vendent leurs produits à des Canadiens?

**La présidente:** Monsieur Boudria, j'aimerais donner la parole au prochain intervenant.

**L'hon. Don Boudria:** Très bien.

**La présidente:** Je prie les témoins de ne pas répondre tous à la même question. Nous demandons à chaque personne de s'en tenir à trois minutes et si chacun veut répondre à toutes les questions, ce sera impossible. Les députés n'auront pas l'occasion de poser leurs questions.

Monsieur Merrifield.

**M. Rob Merrifield:** Oui, et je suis heureux que nous puissions dépasser un peu le temps prévu. Il me semble très important que tous puissent s'exprimer autant que possible sur ce dossier.

Quel pourcentage du chiffre d'affaires des pharmacies sur Internet correspond en fait à des ventes au Canada, aux Canadiens? J'imagine que c'est un très faible pourcentage.

**M. David MacKay:** Effectivement.

**Mme Dawn Polley:** Un très petit pourcentage.

**M. Rob Merrifield:** Une proportion minuscule, quoi.

**M. David MacKay:** Nous en sommes encore au tout début de notre analyse.

**M. Rob Merrifield:** Très bien.

Vous avez dit que les médicaments génériques représentaient quelque 20 p. 100 de vos ventes?

**M. David MacKay:** En volume. Mais en chiffre d'affaires, c'est 12 p. 100.

**M. Rob Merrifield:** Donc, 12 p. 100 de votre chiffre d'affaires et 20 p. 100 du volume des ventes.

Vous obtenez ces médicaments auprès de fabricants canadiens de médicaments génériques—

**M. David MacKay:** C'est exact.

**M. Rob Merrifield:** —auprès desquels vous les achetez en gros, et vous obtenez un prix de gros, avant de les vendre aux États-Unis.

**M. David MacKay:** Oui.

**M. Rob Merrifield:** Le marché des médicaments génériques est très compétitif au Canada et aux États-Unis.

**M. David MacKay:** Effectivement.

**M. Rob Merrifield:** Je dirais même que nous sommes moins compétitifs que les États-Unis au chapitre du prix des médicaments génériques.

**M. David MacKay:** Oui, d'une façon générale.

**M. Rob Merrifield:** Les médicaments génériques coûtent plus chers au Canada qu'aux États-Unis.

**M. David MacKay:** En règle générale, mais ce n'est pas le cas pour tous les produits.

**M. Rob Merrifield:** C'est vrai.

Par conséquent, pour pouvoir soutenir la concurrence dans ce marché, vous devez absolument obtenir les médicaments génériques au prix du gros. Est-ce exact?

**M. Ankur Arora:** En fait, Mr. Merrifield, je pense qu'il faut apporter certaines précisions.

Dans bien des cas, les grossistes américains achètent les médicaments génériques moins chers auprès de fabricants américains, mais il n'est pas du tout sûr qu'ils refilent ces économies à leurs clients américains. Par contre, je pense que les consommateurs profitent des économies réalisées sur les médicaments génériques canadiens lorsqu'ils les achètent par l'entremise d'une pharmacie postale canadienne.

**M. Rob Merrifield:** Ils ont donc peut être une marge bénéficiaire plus grande...

**M. Ankur Arora:** Et de beaucoup.

**M. Rob Merrifield:** ... et cela vous permet donc d'être compétitif. D'accord. J'aimerais bien connaître le pourcentage.

Dans sa réponse à une question, Mme Polley a dit que vous ne pourriez pas exécuter une ordonnance rédigée à Seattle, mais que vous pourriez l'exécuter si elle venait de Terre-Neuve.

**Mme Dawn Polley:** Non, j'ai dit que je peux exécuter une ordonnance rédigée par un médecin de Terre-Neuve mais non pas un médecin de Seattle.

**M. Rob Merrifield:** Très bien.

Je m'interroge à ce sujet, parce que les fonctionnaires du ministère ont comparu ici l'autre jour et ont dit... je crois comprendre que si un médecin de la Colombie-Britannique a un permis d'exercer la médecine dans cette province mais non en Alberta ou dans les autres provinces, vous ne pouvez pas exécuter son ordonnance. Est-ce exact?

**Mme Dawn Polley:** Chaque province a son propre Collège des pharmaciens. En Colombie-Britannique, le nôtre a établi que toute personne titulaire d'un permis d'exercice de la médecine au Canada peut rédiger une ordonnance.

● (1710)

**M. Rob Merrifield:** Ainsi, où que vous vous trouviez au Canada, vous pouvez faire exécuter votre ordonnance par un pharmacien. Est-ce exact?

**M. Ankur Arora:** En Colombie-Britannique.

**M. Rob Merrifield:** Seulement en Colombie-Britannique? C'est différent dans les autres provinces?

**Mme Dawn Polley:** C'est un règlement provincial. Je ne peux pas me prononcer au nom des autres provinces.

**M. Randall Stephanchew:** C'est également la situation au Manitoba.

**M. Rob Merrifield:** Nous devons donc en discuter avec le ministère. Ce témoignage a piqué ma curiosité, parce que je n'avais pas compris les choses de la même façon. J'essaie de comprendre comment les choses se passent.

Pour remédier aux pénuries de professionnels de la santé, vous avez proposé que l'on supprime l'obligation pour un médecin canadien de contresigner l'ordonnance, étant donné que celle-ci a été signée par un médecin américain. Or, cette façon de faire ne répond pas nécessairement aux besoins des Canadiens. Ce sont des Américains qui s'exposent à des risques, et c'est la relation médecin-patient dans ce pays qui est alors en cause.

Voilà pourquoi cet argument est loin de me convaincre. Cependant, si nous suivions cette recommandation, cela pourrait atténuer la pénurie de médecins au Canada.

**M. Ankur Arora:** Oui.

**M. Rob Merrifield:** Néanmoins, je ne sais pas si lors du tour de questions précédent je vous ai demandé comment vous alliez vous y prendre pour faire ce que vous proposez, puisque c'est de cela qu'il s'agit en dernière analyse. Le prix des médicaments au Canada est le fruit d'un équilibre réalisé grâce au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, qui fixe le prix des médicaments brevetés au Canada.

Vous dites que le fait d'acheter les médicaments en gros réglerait ce problème. Personnellement, j'en doute. Je ne pense pas que cela suffirait pour régler le problème.

Je sais que mon temps est écoulé mais—

**La présidente:** En effet, monsieur Merrifield et je ne pourrai pas permettre aux témoins de répondre à votre question.

**M. Rob Merrifield:** Vous pourriez peut être tout de même...

**La présidente:** Cependant, M. Merrifield vous a mis au défi de prouver qu'en interdisant les achats de médicaments en gros on pourrait éviter une forte croissance des ventes transfrontalières des médicaments. Je vous invite à lui répondre par écrit.

Je donne maintenant la parole à Monsieur Thibault.

**L'hon. Robert Thibault:** J'ai une question à vous poser.

Vous avez dit que vos ventes avaient plafonné, entre autre parce que vous vendiez essentiellement vos produits aux États-Unis et que les Américains dotés d'une assurance médicale ne pouvaient pas acheter au Canada. J'essaie de me rappeler le nom du régime d'assurance médicale aux États-Unis.

Et si on éliminait cette condition? Si les autorités compétentes décidaient demain matin que tous les citoyens américains assurés pouvaient acheter leurs médicaments n'importe où, par l'entremise de pharmacies internationales? Quels effets cette décision aurait-elle sur votre industrie? Comment réagiriez-vous? Ce plafonnement disparaîtrait-il? Votre industrie connaîtrait-elle une croissance illimitée?

**M. Ankur Arora:** Cette éventualité est abordée dans les propositions que nous avons faites. Pour pouvoir facturer directement une compagnie d'assurance pour des médicaments, il faudrait avoir un contrat commercial; comme M. MacKay l'a proposé, nous sommes en faveur de l'interdiction de tels contrats.

**L'hon. Robert Thibault:** Mais compte tenu de l'autre argument que vous avez avancé, qu'il y a le libre-échange, je ne suis pas sûr que nous pourrions le faire. Si nous adhérons au libre-échange, si

nous affirmons qu'il est légal de vendre des produits et s'ils affirment de leur côté qu'il est légal d'en importer...

Je sais que c'est illégal aux États-Unis, mais le gouvernement américain ne fait pas respecter la loi et nous pourrions en décider. Si on supprimait toutes les restrictions, si les Américains éliminaient les restrictions à l'achat de produits canadiens et autorisaient les contrats d'achat de médicaments au Canada, pourrions-nous imposer des limites? En aurions-nous le pouvoir? Si nous ne l'avons pas, qu'arriverait-il dans un contexte de libre-échange?

**M. David MacKay:** Je pense que nous suivons un raisonnement quelque peu circulaire. Nous n'avons pas encore pu déterminer s'il nous est loisible d'interdire les contrats commerciaux. Nous n'avons pas poussé la discussion assez loin pour en arriver à une conclusion définitive. Nous ne pouvons encore que formuler des conjectures. À mon avis, il faudrait analyser cette possibilité ainsi que celle de la vente en gros.

J'en reviens à ce que je disais tout à l'heure. Les changements proposés par Santé Canada sont teintés de cette même hostilité au libre-échange. L'un dans l'autre, il vaut mieux maintenir le statu quo et continuer à faire ce que nous faisons déjà; laissons jouer les forces naturelles du marché dans un contexte de libre-échange et l'industrie pharmaceutique décidera peut-être d'abaisser ses prix aux États-Unis, ce qui réglerait le problème du jour au lendemain.

**M. Randall Stephanchew:** Permettez-moi d'ajouter quelque chose. Dans son exposé, Dave vous a signalé que, de toute façon, seulement 6 p. 100 des médicaments sont achetés par commande postale. Ces Américains ne choisiront pas nécessairement de s'approvisionner au Canada, même si les restrictions sont levées quant à l'importation. Je ne crois pas du tout que nous allons crouler sous une avalanche de commandes comme vous semblez le craindre.

**L'hon. Robert Thibault:** Mais on peut penser que les ventes vont cesser de plafonner, n'est-ce pas?

**M. David MacKay:** Cela dépend des modalités d'achat qu'on adoptera : les achats en gros ou les commandes postales. Les commandes postales vont plafonner si les mesures ne visent que ce genre d'achat. Je vais donner un exemple pour illustrer mon propos. Même si la loi Dorgan-Snow est adoptée—et je peux vous expliquer dès maintenant qu'elle ne le sera pas—elle ne viserait pendant un an que les commandes postales au Canada, et ne s'appliqueraient pas aux achats en gros. En protégeant le statu quo, cette loi tient compte en fait des réalités canadiennes.

• (1715)

**La présidente:** Merci, monsieur Thibault.

Madame Demers.

[Français]

**Mme Nicole Demers:** Merci, madame la présidente.

Si j'ai bien compris, tout à l'heure, vous avez expliqué que, lorsque vous ne pouvez pas remplir une prescription pour une personne, vous demandez à cette personne l'autorisation de faire remplir cette prescription par un autre pays qui fait partie de votre association.

Il y a quelques jours, nous avons reçu le sous-ministre de la Santé, qui nous a indiqué qu'il y avait certains problèmes dans le cas des produits et médicaments thermosensibles. En effet, un mauvais emballage peut affecter l'innocuité et l'efficacité du médicament. Lorsqu'un médicament est envoyé par un autre pays—c'est peut-être de cela que mon collègue voulait parler ce matin—, de l'Inde par exemple, et que le numéro de prescription a été transmis par le Canada, comment pouvez-vous vous assurer que ce médicament arrive chez le patient en gardant son innocuité, sa qualité et son efficacité?

[Traduction]

**M. Randall Stephanchew:** C'est une excellente question. Je vous dirai simplement que les pharmacies membres de la CIPA n'expédient pas des produits thermosensibles. C'est une politique que nous avons adoptée.

Vous avez demandé tout à l'heure si nous pouvions utiliser les services de Federal Express. On ne peut pas recourir à Federal Express ni aux services de messagerie pour expédier ces colis aux États-Unis.

Les autres médicaments en question sont des formes posologiques solides destinées à être administrées par voie orale qui sont relativement stables à la température ambiante. Ces produits sont emballés et expédiés dans les conditions voulues. Les mêmes règles s'appliquent au Canada lorsqu'un fabricant envoie des médicaments à un grossiste ou qu'un grossiste les envoie à une pharmacie. Le Canada est un vaste pays et les médicaments doivent parcourir de longues distances.

Quant à savoir comment procèdent nos pharmacies partenaires pour importer des médicaments d'autres continents, nous n'avons pas droit de regard sur ce que font ces pharmacies. Si nous ne pouvons pas exécuter une ordonnance au Canada, nous laissons à d'autres, dans d'autres pays, la possibilité de le faire. C'est eux qui décident de la suite des choses. Cela ne regarde plus le Canada. Les médicaments peuvent être envoyés de l'Union européenne directement aux États-Unis, selon les recommandations de la CIPA.

Les produits pharmaceutiques circulent. Je pense qu'ils sont entreposés correctement et nous utilisons les mêmes méthodes que les sociétés pharmaceutiques.

**M. David MacKay:** Pour répondre directement à votre question, je pense que vous avez même entendu les fonctionnaires de Santé Canada dire qu'ils avaient constaté, après avoir inspecté 11 pharmacies canadiennes, que certaines d'entre elles expédiaient même des produits biologiques, des insulines thermosensibles. Toutes les pharmacies se sont conformées aux recommandations par la suite et ont abandonné de telles pratiques. Nous sommes des pharmaciens et à ce titre, nous sommes assujettis à des organismes de réglementation. Quand ces organismes nous demandent de changer nos façons de faire, nous obtempérons.

[Français]

**Mme Nicole Demers:** J'aurais une dernière question. Accepteriez-vous de vous limiter à la vente de médicaments pour des problèmes de santé chroniques qui n'affectent que les personnes âgées?

[Traduction]

**M. Randall Stephanchew:** La plupart des clients que nous desservons actuellement sont des personnes qui ont cessé de travailler, ont perdu leur assurance-médicaments ou n'en ont jamais eu. Il s'agit essentiellement de personnes âgées. Mais s'ils répondent aux critères et qu'ils doivent prendre des médicaments pour des maladies chroniques... et je signale que les ententes avec les

pharmacies prévoient qu'ils doivent être majeurs, ils prennent généralement des médicaments essentiels au traitement de maladies chroniques, et ce sont ces médicaments-là que nous vendons. Il ne s'agit pas de médicaments de soins actifs, parce que nous ne pourrions pas les expédier assez vite; et il ne s'agit pas non plus de narcotiques ou de médicaments dont la vente est contrôlée, parce que nous ne voulons pas en vendre et que nous n'avons pas de permis d'exportation pour de tels produits.

**M. David MacKay:** On peut se demander s'il serait difficile d'instaurer un mécanisme qui pourrait filtrer ces produits, parce que ces patients... pas au Canada ou aux États-Unis. Comment faire? Cela supposerait un fardeau énorme. Nous pensons pouvoir atteindre le même but en privilégiant une décision qui relèverait plus directement du droit canadien.

**M. Ankur Arora:** Je pense qu'aucune de nos pharmacies membres n'accepterait une discrimination fondée sur l'origine nationale ou l'âge. C'est un principe auquel nous souscrivons tous.

**M. David MacKay:** Cela nous amènerait sur un terrain glissant.

**La présidente:** Merci, madame Demers.

Au nom du comité, je vous remercie d'avoir fait valoir votre point de vue. Notre calendrier de travail est très chargé, car la Chambre des communes nous a renvoyé deux projets de loi, et je ne sais pas quand nous pourrions revenir sur ce sujet. Quoi qu'il en soit, nous nous réservons le droit de recommuniquer avec vous. Je crois comprendre que vous allez nous transmettre de l'information en réponse à une question de M. Merrifield. Je vous remercie d'être venus de si loin et d'avoir répondu de façon aussi détaillée à nos questions.

Je demanderais aux membres du comité de rester pendant quelques minutes. J'invite les personnes qui sont venues assister au débat sur les pharmacies Internet à bien vouloir quitter la salle sans faire de bruit pour que nous puissions poursuivre nos travaux. Merci.

Mesdames et messieurs du comité, on vient de vous remettre un tableau décrivant nos réunions des cinq prochaines semaines. Le projet de loi C-28 n'y figure par puisque la Chambre ne nous l'a renvoyé que lundi soir. Il faudra donc également étudier ce projet de loi. Comme vous le voyez, il y a plusieurs semaines de relâche en mars. La greffière a indiqué nos responsabilités dans ce tableau. Avez-vous des questions ou des commentaires sur ce document?

Monsieur Thibault.

● (1720)

**L'hon. Robert Thibault:** Ma question s'adresse à tous les membres du comité. Je vois qu'on a prévu deux séances avec la vérificatrice générale. Étant donné que ces sujets ont été discutés par le Comité des comptes publics, j'invite les membres du comité à consulter leurs collègues pour savoir si la vérificatrice n'aurait pas déjà répondu aux questions qu'ils souhaitaient poser. J'ai assisté à cette réunion et la vérificatrice générale a dit qu'elle était satisfaite des mesures prises pour donner suite à ses recommandations. Je pense qu'elle a dit que les réponses qu'on lui avait données avaient suscité chez elle un optimisme prudent. À mon avis, nous aurions du mal à trouver matière à l'interroger pendant deux séances, étant donné le contenu de son témoignage. Du reste, ce serait sans doute exactement le même témoignage qu'elle a donné devant le Comité des comptes publics.

Je ne sais si les autres membres du comité ont réfléchi à cette question.

**La présidente:** Les attachés de recherche me disent que nous allons aborder les aspects du rapport de la vérificatrice générale qui n'ont pas été étudiés par le Comité des comptes publics. Quels sont les deux ministères? Ils ont examiné le ministère des Anciens combattants et Santé Canada. Quand à nous, nous allons nous pencher sur les Services correctionnels, la GRC, Citoyenneté et Immigration, la Défense nationale et les Anciens combattants. Bref, tout ce qui a trait à la santé, là où le gouvernement du Canada et Santé Canada ont l'obligation d'offrir les services.

Je trouve votre suggestion intéressante. Si beaucoup de ces sujets ont déjà été abordés—mais pas toutes les questions qui nous intéressent—je me demande si on ne pourrait pas prévoir une seule réunion au lieu de deux.

**L'hon. Robert Thibault:** À mon avis, madame la présidente, les questions touchant les Anciens combattants ont été discutées lors de cette réunion-là. Dans son rapport, la vérificatrice a dit espérer que Santé Canada serait aussi efficace que le ministère de la Défense nationale et d'autres ministères, en ce qui concerne l'administration des services aux Autochtones. Je pense donc qu'une réunion pourrait suffire.

**La présidente:** Apparemment, nous entendrions des témoins différents à ces deux réunions. Pourrions-nous tenir la réunion prévue pour le 21 février pendant la première heure de séance et la réunion prévue pour le 7 mars, pendant la deuxième? Nous pourrions entendre les deux groupes de témoins l'un après l'autre.

**La greffière du comité:** C'est la semaine prochaine. Il faudrait prévenir le ministère pour que leurs représentants puissent se préparer.

**M. Rob Merrifield:** Pour ma part, j'ai un empêchement le 21 février. Cette réunion portera expressément sur des questions au sujet desquelles je voulais l'interroger.

**La présidente:** Je sais, mais la vérificatrice générale ne peut pas venir à l'autre date.

**M. Rob Merrifield:** Ne pourrait-elle pas venir le 7 mars?

**La présidente:** Non. Elle n'est disponible que le 21 février.

**M. Rob Merrifield:** Alors il faudra la recevoir le 21 février et laisser faire la réunion du 7 mars. Nous pourrions décider après cette réunion-là si nous avons besoin de la convoquer à nouveau.

**La présidente:** Je ne sais pas si c'est juste pour nos témoins, parce que l'autre groupe de témoins se prépare à comparaître le 7 mars. Si nous n'allons pas les recevoir... ou si nous souhaitons les recevoir plutôt le 21 février, il faut se demander s'ils seront prêts, parce que c'est déjà la semaine prochaine.

**M. Rob Merrifield:** Dans ce cas, laissons les choses telles qu'elles sont.

**La présidente:** D'accord.

**L'hon. Robert Thibault:** Je veux bien, mais je rappelle au comité que nous avons décidé de régler le plus vite possible le dossier des pharmacies Internet afin de terminer le rapport sur cette question. J'espérais que nous allions utiliser ces deux séances pour travailler sur ce dossier que nous considérons tous comme une priorité.

**M. Rob Merrifield:** C'est effectivement une priorité et je pense que nous devrions décider aujourd'hui si nous voulons entendre d'autres témoins à ce sujet. Je crois que oui, et ainsi nous aurons une discussion approfondie sur les pharmacies Internet. C'est un dossier assez sérieux et nous devons en arriver à...

•(1725)

**La présidente:** Nous ne pourrions pas le faire mercredi prochain parce que c'est le jour du budget et nous serons tous occupés. Si vous le souhaitez, nous pouvons prévoir une réunion sur les pharmacies Internet le mercredi 9 mars.

Monsieur Boudria.

**L'hon. Don Boudria:** Madame la présidente, si nous optons pour cette voie, quand devrais-je suggérer deux groupes de témoins que nous devrions à mon avis entendre? Voulez-vous que je les suggère tout de suite?

**La présidente:** Pourriez-vous donner vos suggestions à la greffière après la réunion? Nous devons veiller à assurer l'équilibre entre les partisans et les adversaires des cyberpharmacies.

**L'hon. Don Boudria:** C'était justement mon but. Il me faudra à peine 30 secondes pour vous donner les noms.

**La présidente:** Allez-y.

**L'hon. Don Boudria:** Je pense que nous devrions à tout le moins entendre l'Association médicale canadienne parce qu'elle a publié un document contre les pharmacies Internet.

**La présidente:** L'AMC figure déjà sur notre liste des témoins.

**L'hon. Don Boudria:** C'est vrai? Il y a aussi l'organisme Best Medicines Coalition. Il représente des victimes du SIDA. Je pourrai donner le nom à la greffière après la réunion.

**M. Rob Merrifield:** Avons-nous la liste des témoins?

**La greffière:** Voulez-vous que je la distribue?

**La présidente:** D'accord, distribuez la liste. Moi, je ne l'ai même pas vue.

**M. Rob Merrifield:** Je ne sais pas si nous devrions prendre une décision si nous savons même pas quels témoins ont déjà été convoqués. Si nous avons la liste des témoins, nous devrions avoir la possibilité d'en proposer d'autres la semaine prochaine pour s'assurer que tous les points de vue sont bien représentés.

**M. Colin Carrie:** Madame la présidente, devons-nous étudier le projet de loi C-206 à aussi court terme? Devons-nous amorcer cette étude tout de suite parce qu'on nous l'a renvoyée, ou pouvons-nous la reporter?

**La présidente:** C'est la façon de procéder normale, n'est-ce pas, monsieur Boudria?

**M. Colin Carrie:** Alors, il faudra effectivement commencer à l'étudier.

**La présidente:** Si on n'étudie pas les projets de loi au fur et à mesure qu'ils nous sont renvoyés, on risque de se retrouver au mois de juin avec un tas de projets de loi qu'on n'aura pas le temps d'étudier.

**L'hon. Robert Thibault:** N'est-ce pas dans le Règlement?

**La présidente:** Effectivement, les présidents de comité sont priés d'inscrire l'étude des projets de loi qui leur sont renvoyés à l'ordre du jour de la première séance possible. Et ce jour-là, c'était le premier jour de séance possible.

Sommes-nous encore télévisés? Je pense que nous devrions continuer nos délibérations à huis clos. Qui le propose?

**La greffière:** Il faudra faire une courte pause pour qu'on puisse cesser l'enregistrement.

**La présidente:** Je le sais, mais la motion doit être télévisée.

M. Thibault propose que nous poursuivions nos travaux à huis clos. Qui est pour?

**La présidente:** Parce qu'il y a des choses que je veux vous dire en privé.

**M. Rob Merrifield:** Pourquoi devons-nous siéger à huis clos?

*[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 réseau électronique « Parliamentary Internet Parlementaire » à l'adresse suivante :**

**Also available on the Parliamentary Internet Parlementaire 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.**