



Patented  
Medicine Prices  
Review Board

Conseil d'examen  
du prix des médicaments  
brevetés

# ***CE QU'ON NOUS A DIT***

**SOMMAIRE DES MÉMOIRES REÇUS  
EN RÉPONSE AU GUIDE DE DISCUSSION  
SUR LES *LIGNES DIRECTRICES SUR LES PRIX EXCESSIFS***

**OCTOBRE 2006**

## INTRODUCTION

Le présent document fait la synthèse des commentaires transmis au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) en réponse à l'invitation que le vice-président du temps aujourd'hui président, le D<sup>r</sup> Brien Benoit, a lancée aux intervenants le 6 mai 2006.

Le D<sup>r</sup> Benoit a invité les intervenants à exprimer leurs points de vue concernant les Lignes directrices sur les prix excessifs auxquelles le personnel du CEPMB se réfère pour l'examen des prix de lancement des médicaments brevetés. Cette invitation découle des résultats de la consultation menée en 2005 sur les augmentations de prix des médicaments brevetés existants. Dans le cadre de cette consultation, les intervenants ont laissé savoir au CEPMB qu'ils étaient moins préoccupés par les augmentations des prix des médicaments que, nommément, par les facteurs mentionnés dans la *Loi sur les brevets* et par le bien-fondé et la pertinence des Lignes directrices dans leur forme actuelle.

Pour le processus de consultation de 2006, le CEPMB a préparé un Guide de discussion sur ses Lignes directrices sur les prix excessifs pour orienter la discussion sur les trois grandes questions que voici : le classement des nouveaux médicaments, les tests du prix de lancement des nouveaux médicaments et, enfin, l'interprétation que donne le Conseil de l'expression « sur tout marché » mentionnée dans la *Loi sur les brevets* aux fins de l'examen des prix. (Vous trouverez le Guide de discussion sur notre site Web à l'adresse <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/francais/view.asp?x=647>.)

Au début de septembre, le CEPMB avait reçu 43 mémoires d'un vaste éventail d'intervenants, dont des brevetés, des patients, des représentants d'organismes de prestation de soins de santé, de représentants de gouvernements, des universitaires, des experts-conseil, des assureurs privés et des organismes oeuvrant dans le domaine des soins de santé. Vous trouverez en annexe la liste des intervenants ayant présenté un mémoire au CEPMB. Quant aux mémoires, vous les trouverez dans leur langue de présentation sur notre site Web à l'adresse ci-haut indiquée.

Le présent sommaire devrait faciliter les discussions au cours des rencontres que le Conseil tiendra en novembre prochain à Edmonton, à Montréal, à Toronto, à Halifax et à Ottawa. Ces rencontres, qui seront présidées par un des membres du Conseil d'administration, permettront aux participants invités d'affiner la discussion. Elles constitueront un complément au processus de réception de mémoires en permettant de recueillir des points de vue additionnels sur les mesures qui pourraient être apportées afin que les Lignes directrices deviennent aussi efficaces et pertinentes que possible. Une réunion plénière sera organisée au printemps de 2007 afin de discuter des changements envisagés.

Le présent sommaire reprend les trois grands sujets de discussion posés dans le Guide de discussion. Quant aux observations et aux suggestions exprimées dans les mémoires, mais qui ne se rapportaient pas directement aux trois questions posées dans le Guide de

discussion, nous vous faisons brièvement part de certaines de celles-ci au moyen d'une note en fin du présent document.

## **1<sup>er</sup> SUJET DE DISCUSSION : L'approche actuelle de classement des nouveaux médicaments brevetés est-elle appropriée ?**

### ***Q1 : D'après vous, les catégories de nouveaux médicaments brevetés et leurs définitions sont-elles appropriées ?***

Les réponses à cette question peuvent être analysées sous l'angle du degré de changement qui, de l'avis des intervenants ayant soumis des mémoires, devrait être apporté aux catégories.

À l'heure actuelle, les Lignes directrices sur les prix excessifs prévoient les trois catégories suivantes de nouveaux médicaments brevetés :

- **Catégorie 1** : nouvelle concentration ou nouvelle forme posologique d'un médicament existant (parfois appelée « extension d'une gamme de produits »)
- **Catégorie 2** : nouveau médicament constituant une découverte ou une amélioration importante par rapport aux médicaments existants.
- **Catégorie 3** : médicament qui procure des bienfaits thérapeutiques modestes ou minimes, sinon aucun par rapport aux médicaments comparables (parfois appelé « médicaments d'imitation »).

Plusieurs intervenants ont recommandé d'éliminer les catégories et de les remplacer par une définition de l'expression « prix excessifs » s'appliquant à tous les nouveaux médicaments brevetés. Ils ont formulé plusieurs points à l'appui de leur recommandation d'éliminer le classement des médicaments par catégorie, dont les suivants :

- Les catégories ne reconnaissent pas l'apport de l'innovation (telle que l'amélioration de la technologie d'administration du médicament) ou sa valeur intrinsèque pour les patients et pour le régime de soins de santé. Si le système de classement par catégorie n'est pas éliminé, le Conseil devrait à tout le moins trouver des moyens de reconnaître les améliorations thérapeutiques véritables et de leur accorder une plus-value.
- D'une façon plus particulière, les catégories n'arrivent pas à reconnaître la nature innovatrice et la valeur pour le régime de soins de santé des produits biologiques et des vaccins. De plus, les prix de ces produits sont déjà limités par d'autres forces (processus TPSGC-provinciaux/territoriaux régissant les achats de vaccins; le pouvoir d'achat des acheteurs et les processus d'achat de produits sanguins). Un intervenant a fait observer que le « classement dans une catégorie des nouveaux vaccins brevetés devrait être déterminé au moyen d'une comparaison des prix pratiqués sur le marché international ».
- Un intervenant a suggéré que le CEPMB limite ses examens aux médicaments constituant une découverte (catégorie 2), rendant ainsi inutile le classement par catégorie. Il a mentionné dans son mémoire que les forces du marché limitent déjà les prix des médicaments des catégories 1 et 3.

- Certains intervenants ont fait valoir que la définition d'un médicament constituant une découverte (catégorie 2) est trop limitative en termes de définition de la valeur thérapeutique et de la détermination du prix du médicament. Si le système de classement par catégorie est maintenu, le CEPMB devrait alors harmoniser ses critères de classement d'un médicament dans la catégorie 2 aux critères d'identification des médicaments admissibles à l'examen prioritaire de Santé Canada et de la FDA.
- Le Conseil ne devrait pas être appelé à juger de la valeur thérapeutique d'un médicament et, dans sa forme actuelle, le système de classement du CEPMB est « fondamentalement subjectif ». Cette subjectivité est apparente dans les différences entre le système de classement par catégorie du CEPMB et d'autres systèmes (dont celui utilisé en France<sup>1</sup>). Les décisions concernant la valeur des médicaments devraient être prises par les acheteurs (à savoir les régimes publics et privés d'assurance-médicaments) et par les professionnels de la santé. Il a été suggéré de démanteler le Groupe consultatif sur les médicaments pour usage humain (GCMUH) du Conseil.

Certains intervenants ont exprimé l'opinion que les catégories ne sont pas appropriées, sans pour autant suggérer leur abolition pure et simple. Ces intervenants ont simplement affirmé que le CEPMB classe les médicaments par catégorie au tout début de leur cycle de vie et ce, sans avoir accès à suffisamment de données ou d'éléments de preuve sur l'efficacité du médicament pour être en mesure de poser un jugement éclairé.

Dans leurs mémoires, quelques intervenants ont affirmé que, d'une façon générale, ils trouvaient que le système actuel de classement par catégorie est tout à fait approprié.

Dans un certain nombre de mémoires, des intervenants ont dit être d'accord avec le concept de classement par catégorie sous réserve toutefois de quelques modifications. Au nombre des modifications suggérées, citons les suivantes :

- Ajouter une catégorie ou une sous-catégorie pour refléter le fait que les premiers médicaments d'une catégorie sont classés dans la catégorie 2, à savoir des « médicaments constituant une découverte » alors que les médicaments mis au

---

<sup>1</sup> En France, le prix des médicaments (brevetés et non brevetés) admissibles à un remboursement est fixé sur la base de négociations entre le *Comité économique des produits de santé (CEPS)* du gouvernement français et le fabricant menées en vertu d'une série d'accords cadres. Tous les produits sont évalués sous l'angle de leur valeur thérapeutique (*l'amélioration du service médical rendu ou ASMR*) et classés selon les bienfaits thérapeutiques qu'ils apportent. Un groupe consultatif d'experts, la Commission sur la transparence, se charge de l'évaluation thérapeutique des médicaments et de leur classement dans l'une ou l'autre des cinq catégories, allant d'une innovation importante jusqu'à aucune amélioration au niveau des bienfaits thérapeutiques. Pour de plus amples renseignements, voir

[http://www.minefi.gouv.fr/DGCCRF/03\\_publications/actualitesccrf/medicaments185.htm](http://www.minefi.gouv.fr/DGCCRF/03_publications/actualitesccrf/medicaments185.htm) (site en français) ou [http://news.investinfrance-nordic.org/2/download/how\\_to\\_be\\_reimbursed\\_2000.pdf](http://news.investinfrance-nordic.org/2/download/how_to_be_reimbursed_2000.pdf) (site en anglais).

- point par la suite peuvent être plus efficaces que les premiers et constituer la découverte réelle.
- Régler la question de connotation de « médicaments d'imitation » pour les médicaments de la catégorie 3 qui, de l'avis de certains intervenants, peuvent se révéler plus efficaces que le médicament original. Il faudra mettre en place un programme de surveillance concrète et axée sur le patient pour mieux déterminer l'effet de ces médicaments sur le consommateur.
  - Faire participer les citoyens au processus de classement des médicaments.
  - Faire preuve d'une plus grande transparence, de plus de précision et de plus d'ouverture. Les catégories pourraient être mieux définies. Un intervenant a suggéré de formuler des critères explicites d'évaluation du degré d'amélioration ou, encore, de justifier à la lumière des avantages et des risques pourquoi un médicament constitue une amélioration. Que des critères soient formulés ou que la classification soit justifiée, le raisonnement doit être rendu public par souci de responsabilisation. L'évaluation du degré d'amélioration thérapeutique devrait être faite par un groupe d'experts diversifié et le processus devrait être public.
  - Modifier les numéros des catégories de manière à ce que la catégorie 1 corresponde aux médicaments constituant une découverte, la catégorie 2 aux médicaments apportant à tout le plus des bienfaits thérapeutiques modestes par rapport aux médicaments existants et la catégorie 3, aux extensions d'une gamme de produits.
  - Classer les médicaments brevetés des trois catégories selon qu'ils sont onéreux ou non onéreux. « Par définition, les médicaments onéreux se vendent à très fort prix. Un tel mode de classement justifierait qu'une plus grande attention soit portée à l'examen des prix excessifs des nouveaux médicaments. »<sup>2</sup>
  - Plusieurs intervenants ont suggéré d'ajouter des sous-catégories au système actuel :
    - Maintenir la catégorie 2, mais subdiviser les catégories 1 et 3 en a) bienfaits thérapeutiques « modestes » par rapport aux médicaments existants et b) bienfaits thérapeutiques « minimes », peu importe si le médicament est une nouvelle substance active ou une extension d'une gamme de produits.
    - Subdiviser la catégorie 2 en deux sections : « découverte » (aucune thérapie n'existe encore; comble un besoin encore non comblé; aucun médicament ne se prêtant à la comparaison) et « amélioration importante » (par rapport à d'autres médicaments, le médicament procure des bienfaits thérapeutiques importants et (ou) des économies de coût). Il y aurait également lieu de clarifier la catégorie 3 de façon à ce qu'elle désigne « un nouveau médicament qui appartient à une catégorie existante. ».
    - Subdiviser les médicaments de la catégorie 2 selon qu'ils constituent une amélioration importante, peu importante et (ou) qu'ils représentent une amélioration prometteuse (selon l'effet sur les résultats cliniques

---

<sup>2</sup> L'intervenant semble faire référence aux médicaments dont les prix élevés sont susceptibles de ne pas être abordables d'un point de vue financier pour les Canadiens. Dans le cadre de la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques (SNPP), les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux travaillent actuellement sur des options de remboursement des médicaments onéreux.

importants, versus respectivement les bienfaits auxiliaires validés et les bienfaits auxiliaires non validés).

- Utiliser un système à cinq niveaux, chaque niveau correspondant à un ratio bienfaits /risque plus grand pour les patients.
- Dans sa réponse aux questions du 2<sup>e</sup> sujet de discussion (Examen du prix), un intervenant a proposé une façon d'identifier les catégories et les sous-catégories d'améliorations thérapeutiques allant des médicaments constituant une découverte jusqu'aux médicaments constituant une extension d'une gamme de produits.

***Q2 : D'après vous, est-il important de faire une distinction entre un médicament qui offre une « amélioration thérapeutique moyenne » et un autre qui offre une « amélioration modeste, voire aucune amélioration ». Si vous avez répondu « oui », pourquoi ? Si vous avez répondu « non », pourquoi ?***

Un certain nombre d'intervenants ont formulé une mise en garde contre la création d'une catégorie pour les médicaments offrant des bienfaits thérapeutiques minimes sinon aucun par rapport aux médicaments existants. Dans certains cas, cette mise en garde pouvait être associée aux réponses données à la question 1 qui allaient dans le sens qu'un système de classement par catégorie n'était pas en soi nécessaire. « L'établissement d'une nouvelle catégorie, une quatrième, ... n'est pas nécessaire en ce sens qu'une telle catégorie n'a rien à voir avec le concept de prix excessifs. »

Pour plusieurs intervenants, il serait trop difficile de faire une distinction à la lumière des données disponibles au moment de l'évaluation. Selon un des répondants, « la distinction entre les deux catégories serait ténue et prêterait flanc à la contestation ».

D'autres intervenants ont ajouté que l'établissement d'une distinction exigerait beaucoup d'efforts et offrirait bien peu d'avantages en retour : cette distinction « ne ferait qu'ajouter une difficulté administrative pour le Conseil dans l'exercice de son mandat » et « alourdirait le mécanisme d'examen. Elle pourrait compliquer davantage le processus d'examen en ce sens qu'un plus grand nombre de comparaisons serait nécessaire sans pour autant aider le gouvernement du Canada à exercer un meilleur contrôle pour que les médicaments brevetés ne soient pas vendus à des prix excessifs au Canada. » Un autre intervenant reprend le même point de vue : « L'ajout de considérations relatives aux améliorations thérapeutiques peu importantes rendrait la politique de réglementation plus compliquée sans pour autant protéger nécessairement les intérêts du public... La solution ... est de ne pas créer une nouvelle catégorie aux fins de l'examen du prix, mais de mieux déterminer les prix MNE pour les médicaments des catégories 1 et 3. »

Un intervenant a affirmé qu'une quatrième catégorie de médicaments « permettrait au CEPMB d'exercer un plus grand effet baissier sur les prix et rendrait inutile la création d'un système qui considère une définition rationnelle du mot excessif dans le contexte d'un usage outrancier des droits associés à un brevet dans le sens que lui a donné le Parlement. »

D'autres intervenants ont démontré une certaine ouverture à l'égard de la création d'une catégorie distincte pour les médicaments constituant une amélioration minimale ou aucune amélioration par rapport aux médicaments existants». Selon eux, telle catégorie constituerait une amélioration par rapport au système actuel. Ces intervenants soutiennent qu'une quatrième catégorie pourrait mieux refléter les améliorations légères et ainsi contribuer à faire changer la perception négative du public concernant les médicaments de la catégorie 3, dits d'imitation. La suggestion a également été faite d'utiliser une autre expression que « procurant des bienfaits thérapeutiques minimales, sinon aucun ».

D'autres intervenants se sont prononcés en faveur de la création d'une quatrième catégorie, faisant valoir que la distinction serait très importante pour les patients et pour les médecins en ce sens qu'elle éclairerait leurs décisions concernant le maintien de la médication ou son changement pour un autre médicament. « Il est très important, en particulier pour les patients, de pouvoir faire la distinction entre les médicaments « procurant des bienfaits thérapeutiques modestes » et les médicaments « procurant des bienfaits thérapeutiques minimales sinon aucun ». D'abord, pourquoi les médecins prescriraient-ils ou recommanderaient-ils à leurs patients des médicaments offrant des bienfaits thérapeutiques minimales par rapport aux médicaments existants? Lorsque le médicament procure des bienfaits thérapeutiques modestes par rapport aux médicaments utilisés, l'état de santé du patient peut au moins s'améliorer par rapport à ce qu'il était avant qu'on lui administre le nouveau médicament.

Un intervenant, qui s'est dit en faveur « au niveau conceptuel » de l'idée de séparer les médicaments apportant par rapport aux médicaments existants des bienfaits thérapeutiques « modestes, minimales sinon aucun bienfait » a mentionné qu'une telle distinction pourrait permettre que le prix d'un médicament procurant des bienfaits thérapeutiques modestes pour un petit groupe de patients soit plus élevé et qu'il apparaisse excessif pour la majorité des patients pour qui les médicaments offerts à moindre prix donnent de bons résultats. Il a été suggéré de qualifier de « médicaments procurant des bienfaits thérapeutiques modestes par rapport aux médicaments existants » les médicaments que Santé Canada identifie pour un examen prioritaire. Selon l'intervenant, l'octroi d'un brevet constitue en soi une reconnaissance suffisante de l'innovation.

***Q3: Si vous avez répondu « oui » à la question 2, sur quelles bases pourrait se faire la distinction entre un médicament qui offre une « amélioration thérapeutique moyenne » et un autre qui offre une « amélioration modeste, voire aucune amélioration ».***

Plusieurs intervenants ont réitéré que la distinction était difficile à faire, soutenant que le CEPMB ne dispose pas de suffisamment de données sur la performance du médicament au moment où il est appelé à faire son évaluation du prix.

Un intervenant qui a mentionné dans son mémoire qu'il pouvait être possible de diviser les médicaments de la catégorie 3 en « médicaments constituant une amélioration thérapeutique modeste » et en « médicaments constituant une amélioration thérapeutique minimale, voire aucune amélioration » a également affirmé qu'« il faudra reconnaître que

l'établissement d'une distinction entre ces termes sera toujours empreinte de subjectivité et qu'il est impossible de créer une formule se prêtant à toutes les sauces ».

D'une façon générale, les intervenants estiment que l'établissement d'une distinction pose de multiples problèmes. Plusieurs intervenants ont proposé les approches suivantes :

- Envisager la possibilité d'utiliser un processus semblable au processus français, lequel compte deux volets, pour reconnaître les niveaux variables d'amélioration thérapeutique, tel que établi par le Comité de transparence de la France.<sup>3</sup>
- Utiliser le libellé actuellement utilisé dans les Lignes directrices pour distinguer les médicaments procurant des « bienfaits thérapeutiques importants » (médicaments de la 3<sup>e</sup> catégorie) des médicaments procurant des « bienfaits thérapeutiques modestes ».
- Fonder l'approche sur :
  - les résultats des essais cliniques de pointe qui mesurent l'innocuité, l'efficacité et la conformité des médicaments
  - les résultats des comparaisons de front avec le médicament considéré le plus efficace au moment de l'examen, et
  - une surveillance complète après le lancement du médicament sur le marché canadien.
- Inclure des indicateurs de « qualité de vie » qui proviendraient des consommateurs
- Rendre obligatoire la communication des résultats des essais cliniques non publiés
- Concevoir un cadre pour faire la distinction entre « bienfaits thérapeutiques modestes » et « bienfaits thérapeutiques minimes, voire aucun bienfait thérapeutique », sans imposer une pénalité sur une base rétroactive.
- Consulter les évaluations des données concernant un médicament du Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM), lesquelles se fondent sur les critères suivants : la qualité des données sur les essais cliniques, les indicateurs des résultats évalués, la durée de l'étude et le suivi donné, l'importance de l'effet noté, l'importance clinique de l'effet et résultats des comparaisons des effets délétères avec ceux d'autres thérapies.

---

<sup>3</sup> Voir la note de bas de page n° 1.



## **2<sup>e</sup> sujet de discussion : L'approche actuelle d'examen du prix de lancement d'un nouveau médicament breveté est-elle appropriée ?**

*Q1: À votre avis, les tests de prix actuellement appliqués pour l'examen des prix des nouveaux médicaments sont-ils appropriés pour les différentes catégories de médicaments ? Pourquoi ? Si vous avez répondu « non », quelles modifications y aurait-il lieu d'apporter pour les rendre appropriés ?*

Pour un certain nombre d'intervenants, les tests actuellement appliqués aux prix sont trop restrictifs et ne reconnaissent pas adéquatement la valeur des médicaments qui constituent des améliorations modestes ou graduelles par rapport aux thérapies existantes -- reprenant plusieurs opinions exprimées dans les réponses aux questions posées dans le premier sujet de discussion.

Certains intervenants ont demandé à nouveau de clarifier la définition donnée de l'expression « prix excessifs ». Ils ont entre autres suggéré de ne considérer excessifs que les prix qui dépassent un seuil établi » ou, encore, les prix qui « dépassent les prix pratiqués dans tous les pays de comparaison et les prix rajustés en fonction de l'IPC de tous les autres médicaments appartenant au même groupe thérapeutique que le médicament sous examen ».

Les intervenants ayant affirmé que les tests actuellement appliqués aux prix posent des problèmes ont exprimé des opinions variées quant à la nature exacte de ces problèmes et aux façons de les régler :

- Un intervenant a mentionné que les tests actuellement appliqués n'évaluent pas le prix du médicament en relation avec les bienfaits thérapeutiques, lorsque bienfaits il y a, de l'utilisation appropriée du médicament. Un autre intervenant trouve qu'il est trop compliqué de commenter le système actuel et a exprimé l'opinion que les prix des nouveaux traitements pour le VIH /SIDA sont financièrement inabordables pour de nombreux malades.
- Certains intervenants ont critiqué le recours à d'anciennes catégories de médicaments pour les comparaisons selon la catégorie thérapeutique (CCT) ou le recours au prix rajusté en fonction de l'Indice des prix à la consommation lorsque les prix des médicaments de comparaison n'ont jamais été augmentés.
- Inversement, le test pour les médicaments de la 3<sup>e</sup> catégorie thérapeutique semble plus avantageux pour les médicaments constituant une innovation que ne l'est le test du prix international médian actuellement appliqué aux médicaments constituant une découverte (catégorie 2). Pour certains intervenants, les prix sont trop généreux pour les médicaments de la 3<sup>e</sup> catégorie. Selon un intervenant, contrairement aux médicaments constituant une découverte, les médicaments d'imitation offrent certes une alternative aux patients, mais ils ne constituent pas des découvertes. « Le prix de lancement des médicaments d'imitation devrait correspondre au prix générique de produits semblables plus les coûts de production et de commercialisation engagés par les fabricants de médicaments génériques. Le test actuellement appliqué aux médicaments de la 3<sup>e</sup> catégorie ne

- fonctionne pas et les médicaments d'imitation ne devraient pas pouvoir être offerts au prix le plus élevé des médicaments de cette catégorie.
- « Je ne comprends pas trop pourquoi le prix d'un médicament d'imitation de la 3<sup>e</sup> catégorie peut être plus élevé que celui d'un médicament de la 2<sup>e</sup> catégorie », a écrit un autre intervenant. Il a ajouté que la différence visible de la définition du seuil excessif ne semble pas appropriée... Étant donné que la plupart des médicaments sont offerts à un prix inférieur au prix maximum non excessif établi en application des lignes directrices du CEPMB, il semble opportun d'effectuer plus systématiquement une comparaison des prix internationaux pour les médicaments de la 2<sup>e</sup> catégorie et de la 3<sup>e</sup> catégorie. »
  - Parmi les options suggérées pour régler la problématique des tests appliqués aux médicaments de la 3<sup>e</sup> catégorie, citons l'utilisation comme prix plafond de la médiane des prix de comparaison; du plus bas prix entre le prix le plus élevé des pays de comparaison et la médiane des prix pratiqués dans les pays pris en compte dans la comparaison des prix internationaux, le plus bas prix entre la médiane des prix internationaux et le prix international moyen ou, encore, la médiane des prix internationaux. Un autre intervenant a mis en doute l'utilisation dans la comparaison selon la catégorie thérapeutique du prix le plus élevé de tous les pays de comparaison, recommandant plutôt l'utilisation du coût moyen de la pharmacothérapie ou, encore, le prix de référence de la thérapie idéale.
  - Pour plusieurs intervenants, le test appliqué aux médicaments de la 3<sup>e</sup> catégorie est particulièrement problématique, quoique le test appliqué aux médicaments de la 2<sup>e</sup> catégorie est considéré comme le problème principal en ce sens qu'il ne reconnaît pas suffisamment bien les bienfaits que procurent les médicaments constituant une découverte par rapport aux médicaments existants.
  - Un intervenant a suggéré d'accorder plus d'importance aux résultats de la comparaison des prix internationaux et plus encore lorsque les résultats des autres tests forcent les prix au Canada sous la barre des prix internationaux. On peut lire dans un mémoire « nombre des pays auxquels le CEPMB compare les prix de médicaments brevetés se sont dotés de mécanismes rigoureux d'approbation des prix et les Lignes directrices devraient considérer les cas où le prix pratiqué au Canada correspond aux prix pratiqués dans les pays de comparaison comme une reconnaissance que le prix du médicament au Canada n'est pas excessif.
  - D'autres intervenants disent s'opposer à l'utilisation des prix pratiqués dans les pays de comparaison parce que, à leur avis, ces prix ne reflètent pas complètement les réalités du marché canadien. D'une façon plus précise, les pays qui n'ont pas un processus de réglementation des prix ne devraient pas être retenus comme pays de comparaison. Selon un intervenant « l'utilisation dans les comparaisons des « prix de liste » pratiqués dans les pays de comparaison pose un problème du fait que dans ces pays les médicaments ne sont souvent pas achetés aux prix de liste.
  - Un intervenant a recommandé de simplifier le processus en soustrayant de la compétence du CEPMB tous les médicaments pour lesquels il existe des médicaments de comparaison. La suggestion a également été faite d'autoriser le personnel du Conseil à négocier les prix des médicaments directement avec les

brevetés en utilisant comme point de départ des négociations les Lignes directrices sur les prix excessifs.

***Q2 : Si vous estimez qu'une distinction devrait être faite entre les médicaments qui constituent une « amélioration thérapeutique moyenne » et les médicaments qui offrent une « amélioration modeste, voire aucune amélioration », quel nouveau test de prix devrait à votre avis être appliqué ?***

Les intervenants qui, dans leur réponse au premier sujet de discussion, se sont dits contre la création d'une nouvelle catégorie ont choisi de réitérer leur opposition ou, encore, de ne faire aucun commentaire.

Au nombre des suggestions de tests qui pourraient être appliqués à une catégorie de médicaments offrant à tout le plus une amélioration thérapeutique modeste par rapport aux médicaments existants, citons les suivantes :

- N'effectuer que la comparaison des prix internationaux et ce, quelle que soit la catégorie du médicament
- Pour les nouvelles formulations de médicaments existants, considérer dans le calcul du ratio de prix applicable les écarts de prix historiques entre les nouveaux produits entrant sur des marchés plus anciens.
- Deux nouveaux régimes d'établissement de prix ont été proposés (tel que mentionné dans les réponses à la 3<sup>e</sup> question du premier sujet de discussion). Le premier de ces deux régimes compterait cinq catégories, commençant avec les médicaments qui procurent à tout le plus des bienfaits thérapeutiques modestes par rapport aux médicaments existants jusqu'aux médicaments constituant une découverte en passant par les différents niveaux d'innovation. Les tests de prix se fonderaient sur une moyenne de la médiane et sur le plus élevé des prix des médicaments utilisés pour la comparaison des prix internationaux avec majoration du prix lorsque le médicament constitue une innovation. Le deuxième régime prévoit un réaménagement des catégories. Il divise les catégories existantes en neuf sous-catégories et applique les tests utilisés essentiellement pour les comparaisons des prix internationaux.
- Appliquer les tests de la catégorie 2 à tous les médicaments de la catégorie 3 (que la catégorie reste la même ou qu'elle soit subdivisée selon que le médicament procure des bienfaits thérapeutiques « modestes » par rapport aux médicaments existants ou, encore, des bienfaits « minimes, voire aucun ».
- La catégorie des médicaments procurant des bienfaits minimes par rapport aux médicaments existants devrait être soumise aux tests suivants : test de la relation raisonnable reconfiguré (la façon de le reconfigurer n'a toutefois pas été expliquée dans le mémoire), test du prix international le moins élevé, test du prix de la thérapie le plus bas, test appliqué aux médicaments procurant des bienfaits thérapeutiques modestes par rapport aux médicaments existants.
- Un intervenant a suggéré une série d'options pour les médicaments procurant des bienfaits thérapeutiques modestes ou minimes par rapport aux médicaments existants : la médiane des prix utilisés pour la CCT pour les médicaments procurant des bienfaits thérapeutiques minimes avec plus-value pour les

médicaments procurant des bienfaits thérapeutiques modestes. La catégorie des médicaments procurant des bienfaits thérapeutiques modestes demeure associée aux prix les plus élevés des médicaments utilisés pour les comparaisons selon la catégorie thérapeutique tandis que la catégorie des médicaments procurant des bienfaits thérapeutiques minimales par rapport aux médicaments existants est associée à la médiane des prix internationaux.

***Q3 : Aux fins de l'examen du prix d'un médicament, les « médicaments de comparaison » sont cliniquement équivalents au médicament sous examen. Quels nouveaux principes ou critères pourraient être appliqués pour le choix des « médicaments de comparaison » aux fins de leur inclusion dans les tests de prix dont il a été précédemment question ?***

D'après un intervenant, le CEPMB ne devrait pas inclure dans les médicaments de comparaison les médicaments plus anciens, les médicaments qui ne sont plus brevetés et les médicaments génériques. Un autre intervenant a aussi suggéré de soustraire de la compétence du CEPMB tous les médicaments pour lesquels il existe des médicaments de comparaison.

Quelques intervenants ont mentionné que la Classification Anatomique Thérapeutique Chimique (ATC)<sup>4</sup> ne devrait pas être utilisée dans les tests de prix étant donné que cette classification n'a pas été conçue à cette fin.

Selon d'autres intervenants, l'utilisation actuellement faite de la classification ATC est trop restrictive et l'échantillonnage des médicaments de comparaison devrait comprendre les médicaments ayant la même indication principale approuvée ou qui sont utilisés dans les faits pour la même utilisation que le nouveau médicament (utilisation non indiquée sur l'étiquette).

Un autre intervenant a exprimé une position tout à fait contraire, affirmant qu'il y aurait lieu de restreindre la définition de l'expression « médicament de comparaison » en raison du manque de données au début du cycle de vie du médicament. Dans son mémoire, cet intervenant a recommandé de ne considérer que les médicaments qui détiennent une part de marché suffisamment importante ou qui jouent un rôle important dans la thérapie.

Plusieurs intervenants ont exprimé l'opinion que le CEPMB devrait continuer d'utiliser la classification ATC pour l'identification des médicaments de comparaison, mais devrait toutefois faire preuve d'une plus grande souplesse :

- Dans le contexte des traitements contre le cancer, utiliser les médicaments de comparaison qui traitent différents cancers, mais dont le traitement donne des résultats semblables. Il serait également important de faire des comparaisons dans le contexte des régimes utilisant plusieurs médicaments à la fois.

---

<sup>4</sup> Le système de classification Anatomique, Thérapeutique, Chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est un système hiérarchique qui classe les médicaments selon leur indication thérapeutique principale et selon leur composition chimique (<http://www.whooc.no/atcddd/>)

- Ne retenir comme médicaments de comparaison que les médicaments qui sont réputés être les plus efficaces au moment de l'examen.
- Dans le choix des médicaments de comparaison, veiller à ce que les trois sources suivantes soient utilisées : classification ATC d'un nouveau médicament, lignes directrices pour le traitement de la maladie ou de la condition et éléments de preuve publiés dans les publications révisées par des pairs. Le CEPMB devra expliquer le processus suivi et s'abstenir d'assujettir les sources à une hiérarchie.
- Certains arguments ont été formulés à l'appui des essais de front, d'un traitement axé sur le patient et de la surveillance ultérieure à la commercialisation. Il a été suggéré de mettre à l'essai tous les nouveaux médicaments de comparaison ou autres tant que leur efficacité n'aura pas été prouvée.
- Utiliser une définition d'un médicament équivalent qui est plus vaste que celle que donne le système de classification ATC.

***Q4 : En application des Lignes directrices, le personnel du Conseil compare actuellement le prix de transaction moyen au Canada du nouveau médicament avec les prix du même médicament pratiqués dans les sept pays de comparaison nommés dans le Règlement. Toutefois, l'article 85(1) de la Loi sur les brevets mentionne que le Conseil doit prendre en considération « le prix de vente du médicament et d'autres médicaments de la même catégorie thérapeutique à l'étranger ». À votre avis, les Lignes directrices devraient-elles exiger que le personnel du Conseil tienne également compte de ce facteur ? Si oui, comment pourrait-on intégrer ce facteur dans les tests de prix pour les nouveaux médicaments ?***

Plusieurs intervenants ont répondu « oui » à cette question. Un intervenant a suggéré d'utiliser cette approche pour chaque test sur le prix. Toutefois, la plupart des répondants ont recommandé de limiter cette approche à certaines circonstances. Pour un autre intervenant, cette approche ne devrait être utilisée qu'en tout dernier recours. À savoir quand il y a lieu d'appliquer ce test, les réponses suivantes nous ont été fournies :

- Lorsque le test actuellement utilisé place le prix pratiqué au Canada à un niveau illogique par rapport aux prix pratiqués dans les pays de comparaison.
- Lorsque aucun médicament de comparaison ne peut être trouvé au pays ou, encore, lorsque le même médicament n'est pas offert dans les pays de comparaison.
- Lorsque un prix plus élevé pratiqué dans les pays de comparaison est utilisé pour justifier un prix plus élevé au Canada.

Les intervenants qui s'opposent à l'idée d'inclure les prix des médicaments de comparaison pratiqués dans les pays de comparaison ont fait valoir :

- Que le système actuel deviendrait encore plus compliqué
- Que différents facteurs (par ex. la négociation d'un accord avec l'industrie) influent sur les prix pratiqués dans les pays de comparaison.
- Que telle inclusion n'est pas nécessaire.

Un intervenant estime qu'il ne faut pas apporter des changements susceptibles d'avantager à outrance une partie (fabricant, hôpital, grossiste, patient, etc.) par opposition à l'ensemble des parties.

Quelques intervenants souhaitent qu'une consultation distincte soit menée sur ce sujet après que le CEPMB aura énoncé clairement ses intentions, donné les définitions et posé les paramètres attendus.

Plusieurs intervenants n'ont pas répondu à la question d'une façon directe, préférant réserver leurs commentaires concernant l'échantillonnage de pays de comparaison utilisés pour les comparaisons des prix internationaux. Un intervenant a suggéré de retenir comme pays de comparaison les pays dont les niveaux d'investissements dans la recherche-développement se situent dans la même fourchette que ceux faits au Canada tandis qu'un autre estime qu'il faudrait choisir les pays de comparaison ayant un régime de soins de santé semblable au nôtre en termes de financement public.

**3<sup>e</sup> SUJET DE DISCUSSION : *D'après vous, les Lignes directrices du Conseil devraient-elles, à l'instar de la Loi sur les brevets, viser « tout marché canadien »?***

***Q1 : Considérant les variations de prix selon les provinces/territoires et selon également les catégories de clients illustrées dans les graphiques précédents, le Conseil devrait-il à votre avis considérer seulement le prix de transaction moyen<sup>5</sup> (PTM) établi pour toutes les catégories de clients à partir du total des recettes tirées des ventes dans les différentes provinces/ territoires ? Pourquoi ?***

De l'avis d'un certain nombre d'intervenants, le Conseil devrait maintenir son système actuel qui consiste à considérer les prix au niveau national (c'est-à-dire en fonction du total des recettes tirées des ventes dans les différentes provinces/différents territoires et pour toutes les catégories de clients). Certains intervenants ont dit que les données présentées à des fins d'illustration dans le Guide de discussion sous la rubrique « Sujet de discussion 3 » montrent bien que le système actuel réussit à maintenir les prix à des niveaux non excessifs. « Tel que l'illustrent les graphiques 9 et 10, les prix des médicaments sont, dans une grande majorité, jusqu'à 5 % sous le prix MNE établi ou égal à ce prix et ce, lorsqu'ils sont ventilés selon la province ou selon la catégorie de clients. »

Les prix n'étant pas uniformes sur tous les marchés, les intervenants en faveur de l'approche actuelle de calcul du prix de transaction moyen ont affirmé que le niveau de variation est acceptable. « Le système d'examen du prix de transaction moyen s'intéresse à la moyenne nationale et il peut fort bien exister des variations légères entre les régions et les catégories de clients. Les graphiques présentés dans le Guide de discussion

---

<sup>5</sup> À l'heure actuelle, pour ses différents tests de prix, le Conseil utilise le prix de transaction moyen (PTM) pour l'ensemble du Canada. Le PTM s'entend du prix que reçoivent les brevetés sur l'ensemble du marché canadien.

montrent clairement que ces variations sont en effet peu importantes et qu'elles ne sont pas discriminatoires.»

Au nombre des arguments invoqués en opposition à l'examen des prix au niveau du marché, citons les suivants :

- Le fardeau administratif s'alourdirait. « Si le Conseil doit vérifier les prix pratiqués dans chaque province et auprès de chaque catégorie de clients, il s'ensuivra inmanquablement des délais considérables et une perte d'efficacité au niveau du processus d'examen du prix. Au bout du compte, les avantages se révéleront très modestes. »
- Les comparaisons avec les prix pratiqués dans les pays de comparaison seront boiteuses. Il est important de maintenir le mode actuel de calcul du prix de transaction moyen en fonction de la valeur de l'ensemble des ventes au pays « pour éviter que le prix le plus élevé du médicament au Canada soit comparé avec le prix moyen du médicament dans les pays de comparaison ».
- En bout de ligne, le processus peut permettre des prix préférentiels pour d'importants clients. « Si le Conseil tente d'exercer un contrôle sur les prix dans ... différents marchés, les fabricants pourraient réagir en augmentant les prix de leurs médicaments sur tous les marchés. »
- Cela peut dépasser la compétence du CEPMB. « ... les variations provinciales ne sont pas nécessairement le fait du choix du breveté, mais plutôt le résultat des politiques d'établissement des prix des provinces. L'examen du PTM peut être perçu comme une intrusion dans un champ de compétence provinciale/territoriale. »
- L'examen des prix au niveau des marchés individuels pourrait favoriser une pression à la baisse sur le prix MNE qui serait déloyale. « Les différents marchés dictent aux fabricants différents niveaux de limitation des prix. Les projets de loi 102 en Ontario et 130 au Québec donnent le ton à la dynamique du marché. Le CEPMB ne doit pas pénaliser les brevetés pour les changements qui leur sont imposés par d'autres entités comme, par exemple, les gouvernements F-P-T. Le Conseil ne doit pas chercher à forcer tous les prix au dénominateur commun le plus bas. »<sup>6</sup>
- Il ne s'agit pas d'une activité appropriée pour le CEPMB. « Le CEPMB doit se garder d'imposer un contrôle des prix qui lui permettrait de régir le prix des médicaments sur les différents segments du marché. D'autres forces du marché ou d'autres avenues de contrôle des prix devraient être utilisées pour les segments du marché où les prix sont plus élevés. »

---

<sup>6</sup> Vous trouverez sur le site [http://www.health.gov.on.ca/english/public/legislation/drugs/hu\\_drugsact.html](http://www.health.gov.on.ca/english/public/legislation/drugs/hu_drugsact.html) de plus amples renseignements sur le projet de loi 102 de l'Ontario, *Transparent Drug System for Patients Act, 2006*. Vous trouverez également sur le site <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2005C40F.PDF> de plus amples renseignements sur le projet de loi 130 du Québec, *Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments et d'autres dispositions législatives*.

Quelques intervenants ont affirmé que même si le calcul du PTM à partir du total des recettes semble adéquat, il y a néanmoins des signes (dont des politiques du gouvernement) que les marchés individuels s'écarteront de plus en plus du prix MNE et que, par conséquent, « les modifications à l'approche du calcul à partir des recettes totales peuvent se révéler nécessaires. » Selon un intervenant, les calculs du prix de transaction moyen devraient tenir compte lorsqu'il y a lieu des concessions consenties aux régimes publics et aux régimes des employeurs. Selon un autre intervenant, le modèle de prix maximal uniforme à l'échelle du pays est remis en question en raison des récentes initiatives du gouvernement (y compris la décision de la Vérificatrice générale du Canada concernant les six régimes d'assurance-médicaments et le projet de loi 102 de l'Ontario). » Cet intervenant craint que « les bailleurs de fonds du régime d'assurance-médicaments de l'employeur doivent absorber les augmentations de coût pour contrebalancer les escomptes sur volume ».

Plusieurs intervenants ont mentionné dans leurs mémoires que le CEPMB devrait prendre en considération l'information aux niveaux des différentes catégories de clients et des provinces et territoires. Un intervenant a affirmé « qu'il faudrait se préoccuper du prix chargé au patient ». Actuellement, le système calcule le PTM au niveau national, un niveau jugé trop général pour révéler si les patients des différentes régions du pays paient plus, moins ou encore le même montant que les patients d'autres régions. (Il a été reconnu que le PTM ne représente qu'une partie du montant du prix de vente du médicament au patient. En effet, au PTM il faut ajouter la marge bénéficiaire du détaillant et les honoraires du pharmacien.)

Un certain nombre d'intervenants ont recommandé au CEPMB de calculer les prix moyens au niveau des provinces et des territoires. Cette recommandation se fonde sur les motifs suivants :

- Dans toute la mesure du possible, l'accès aux soins de santé ne devrait pas être compromis par la situation géographique.
- Lorsque le PTM n'est calculé qu'au niveau national, il y a « inégalité entre les provinces /territoires et entre les catégories de clients. Il est important d'utiliser le meilleur moyen disponible pour assurer l'égalité des prix ».
- « Il semble raisonnable de veiller à ce qu'aucune province ne paie un prix supérieur au prix MNE national. »

Un intervenant a recommandé au Conseil de considérer les quatre provinces de l'Atlantique comme un marché distinct en raison des coûts onéreux des médicaments et du nombre relativement élevé de patients non assurés. L'intervenant a de plus recommandé de faire une distinction entre les hôpitaux et les pharmacies de détail.

Un autre intervenant a recommandé que le Conseil s'en remette à une interprétation au sens large de son mandat qui est de « faire en sorte que les médicaments brevetés soient vendus à des prix abordables au Canada » et a ajouté que l'accessibilité économique peut être évaluée d'un point de vue individuel ou d'un point de vue collectif. Cet intervenant a prié le Conseil de « s'abstenir de régler les prix de vente des médicaments aux



hôpitaux » et a ajouté que les examens de prix devraient varier selon les catégories de clients.

***Q2 : Si la méthodologie de calcul du PTM vous semble non appropriée, le Conseil devrait-il d'après vous faire un examen du prix de chaque DIN chargé aux différentes catégories de clients des différentes provinces/territoires ? Ce niveau d'examen ne devrait-il pas, plutôt, être réservé aux DIN présentant une variation de prix marquée ?***

Un certain nombre d'intervenants qui dans leur réponse à la 1<sup>ère</sup> question ont recommandé au CEPMB de continuer de calculer le PTM au niveau national ont aussi répondu que les examens au cas par cas n'étaient pas nécessaires. Il a été mentionné que le CEPMB pourrait contribuer à décourager les variations de prix importantes en laissant savoir à la population que de telles variations ne sont pas équitables.

D'autres répondants qui eux aussi ont dit souhaiter que le CEPMB maintienne le mode actuel de calcul du PTM ont toutefois affirmé qu'il faudrait faire un examen au cas par cas lorsque des éléments de preuve et (ou) une plainte démontrent que le prix d'un médicament est supérieur au prix autorisé en vertu des Lignes directrices. Un de ces intervenants a ajouté que « la présence d'une simple variabilité entre les marchés ne devrait pas justifier à elle seule une enquête sur le prix. »

Plusieurs intervenants ont affirmé que lorsqu'une situation justifie une enquête (par ex. variations importantes du prix ou de l'utilisation), le CEPMB devrait pousser son enquête sur la situation en cause. Ils ont recommandé de faire un suivi de ces examens à l'échelle nationale afin d'éviter un glissement de prix.

Un intervenant a mentionné que si les écarts par rapport au PTM s'élargissent, les PTM devraient alors être calculés par juridiction et par catégorie de clients. Il y a peut-être aussi lieu d'ajouter « les gouvernements » comme catégorie de clients.<sup>7</sup>

Un autre intervenant a recommandé au CEPMB d'utiliser les deux approches : faire l'examen des prix payés par les différentes catégories de clients et par les provinces /territoires et, également, effectuer les examens de prix au cas par cas lorsque une enquête plus poussée semble nécessaire. Le maintien des deux approches « donnerait une meilleure idée du prix que les utilisateurs paient pour les médicaments et permettrait de déterminer si les prix sont ou non excessifs. »

Un intervenant a suggéré de calculer des prix MNE pour certaines catégories de clients, soit un prix MNE pour les hôpitaux et un autre pour les pharmacies. En séparant ainsi les hôpitaux des autres catégories « on pourrait éviter les situations lorsqu'il y a interfinancement pour les soins ambulatoires et pour les soins offerts en établissement de santé. Un prix MNE pour les pharmacies « ferait en sorte que les patients des différentes régions du pays paient leurs médicaments à des prix relativement semblables ».

---

<sup>7</sup> Dans ce commentaire, l'intervenant semble faire référence aux régimes fédéral, provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments

Pour assurer une plus grande équité au niveau des prix des médicaments, un intervenant a recommandé d'axer les examens « sur chaque DIN et sur l'accessibilité d'un point de vue financier pour le client moyen et pour les différents groupes de clients ainsi que pour les provinces/territoires, avec l'objectif d'assurer une équité nationale des prix et non de créer différentes structures pour chaque province/territoire ou client. »

## **AUTRES COMMENTAIRES**

Plusieurs intervenants ont profité de l'occasion qui leur était donnée pour soulever quelques points non mentionnés dans le Guide de discussion.

Par exemple, plusieurs questions ont été posées et plusieurs préoccupations ont été exprimées concernant le rôle du CEPMB et ses interactions avec différentes entités qui exercent un effet sur les prix et qui prennent des décisions concernant les médicaments distribués sous ordonnance, incluant sans être limitatif Santé Canada, les régimes d'assurance-médicaments des provinces et le Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM). Ces observations semblent être motivées par le désir d'assurer une plus grande coordination et une meilleure synergie entre ces entités pour que l'ensemble devienne efficace et dynamique plutôt que obscur et même contradictoire comme l'ont qualifié certains intervenants.

Diverses opinions ont aussi été exprimées concernant l'intention du Parlement au moment où il a créé le CEPMB. Certains intervenants ont exhorté le CEPMB d'assurer un équilibre entre les deux volets de son rôle qui consiste à protéger les intérêts des consommateurs canadiens et à encourager l'innovation tandis que d'autres ont fait valoir que le Conseil doit avant toute chose chercher à protéger les intérêts des consommateurs.

Ces observations et autres qui ne traitent pas directement sur les questions posées dans le Guide de discussion seront portées à la connaissance des membres du Conseil.

## ANNEXE

### Liste des intervenants qui ont soumis un mémoire

#### Brevetés

- [Les Laboratoires Abbott Limitée \(Dotto, Laurie – 25 août 2006\)](#)
- [Amgen Canada Inc. \(Sprang, Geoff - 23 août 2006\)](#)
- [AstraZeneca Canada Inc. \(Cloutier, Michael S. - 24 août 2006\)](#)
- [Bayer Inc \(Blake, Philip - 21 août 2006\)](#)
- [BIOTECCanada \(Schwab, Philip - 25 août 2006\)](#)
- [BIOVAIL \(Herman, Douglas - 24 août 2006\)](#)
- [Boehringer Ingelheim \(Mills, Ian R. - 24 août 2006\)](#)
- [Eli Lilly Canada Inc. \(McCool, Terry - 17 août 2006\)](#)
- [GlaxoSmithKline \(Lucas, Paul N. - 25 août 2006\)](#)
- [Hoffmann-La Roche Limitée \(Torontali, Ilona -25 août 2006\)](#)
- [Janssen-Ortho Inc. \(Albright, Penny - 25 août 2006\)](#)
- [Leo Pharma \(Kidson, Paul - 24 août 2006\)](#)
- [Merck Frosst Canada Ltd. \(Szabo, Gregg - 17 août 2006\)](#)
- [Novartis Pharmaceuticals Canada Inc. \(Boisvert, Alain - 24 août 2006\)](#)
- [Novo Nordisk Canada Inc. \(Lamanna, Vince - 24 août 2006\)](#)
- [P&G \(Yu, Rebecca - 25 août 2006\)](#)
- [Purdue Pharma \(Stewart, John H. - 23 août 2006\)](#)
- [Pfizer Canada Inc. \(Lallemand, Guy - 24 août 2006\)](#)
- [Rx&D \(Russell Williams - 25 août 2006\)](#)
- [sanofi-aventis Canada Inc \(Silvestre, Jerome - 24 août 2006\)](#)
- [sanofi pasteur \(Lievonen, J. Mark - 25 août 2006\)](#)
- [Serono Canada Inc. \(Brown, Deborah -25 août 2006\)](#)
- [Shire BioChem Inc. \(Perron, Claude - 23 août 2006\)](#)
- [Solvay Pharma Inc. \(Webster, Sean P. - 25 août 2006\)](#)
- [Wyeth Pharmaceuticals \(Amstel, Amout Ploos van - 23 août 2006\)](#)

#### Consommateurs

- [All Nations Hope AIDS Network \(Akan, Margaret - 28 août 2006\)](#)
- [Canadian Arthritis Patient Alliance \(Dooley, Anne - 24 août 2006\)](#)
- [Binder, Louise - 22 août 2006](#)

#### Fédéral-provincial-territorial

- [C.-B. – 23 août 2006](#)
- [Federal Health Partnership - 25 août 2006](#)

#### Autres

- [Agence de promotion économique du Canada atlantique \(Collette, Monique – 21 juillet 2006\)](#)
- [Burns, D<sup>r</sup> Katharina Kovacs – 25 août 2006](#)
- [Cancer Care Nova Scotia \(Underhill, Theresa Marie – 18 août 2006\)](#)

- Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM) (27 septembre 2006)
- Emergis Centre of Excellence (Holmes, Fred - 24 août 2006)
- ESI Canada (Aquilina, Ellen - 24 août 2006)
- Green Shield Canada (Garner, David - 25 août 2006)
- Groupe consultatif sur les médicaments pour usage humain (Gray, Jean, Levine, Mitchell, McCormack, James - 22 août 2006)
- Lexchin, Dr Joel – 5 juillet 2006
- Morgan, Steve – 6 septembre 2006
- Palmer D'Angelo Consulting Inc. (Palmer, W. Neil – 25 août 2006)
- Ruel, Pauline – 7 août 2006
- Le Collège des médecins de famille du f Canada (Maxted, John M. – 7 juillet 2006)
- Tomalin, M<sup>me</sup> Anne – 24 août 2006 (CanReg Inc.)