



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 057 • 1^{re} SESSION • 38^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 24 novembre 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 jeudi 24 novembre 2005

• (0910)

[Traduction]

La présidente (Mme Bonnie Brown (Oakville, Lib.)): Bonjour, mesdames et messieurs. Je vous souhaite la bienvenue à cette 57^e séance du Comité permanent de la santé.

Nous recevons ce matin un invité hors du commun, le Dr Joel Lexchin, qui a écrit bon nombre d'articles sur différents sujets, mais toujours empreints de l'attitude la plus progressive. Il va nous parler de l'étude sur les médicaments sur ordonnance, que nous n'entreprendrons pas, à moins que tous les membres du comité soient réélus. Le Dr Lexchin a participé au premier volet de cette étude, mais il y a de cela très longtemps, et nous sommes privilégiés de l'avoir avec nous ce matin.

Toutefois, avant de lui donner la parole, je vous signale que deux membres du comité souhaite que nous débattions des motions auparavant. Je vous pris de nous excuser, docteur Lexchin... Mais nous ne pouvons voter sur ces motions parce que nous n'avons pas le quorum. Si d'autres députés se joignent à nous, je pourrai suspendre la réunion momentanément, mais d'ici là je pense que nous devrions entendre le Dr Lexchin.

[Français]

M. Réal Ménard (Hochelaga, BQ): Mon collègue Sauvageau s'en vient.

[Traduction]

La présidente: Vous êtes sûr qu'il est en route?

J'ai changé d'idée, docteur Lexchin. Nous allons vous entendre en premier. Vous avez la parole.

M. Joel Lexchin (professeur agrégé, École de politiques en santé et administration de l'Université York, Medical Reform Group): Merci beaucoup de m'avoir invité. Je suppose que vous auriez trouvé le temps long si je ne m'étais pas présenté.

Je représente le Medical Reform Group, organisme formé en 1979 qui regroupe 300 docteurs et étudiants en médecine. Le Medical Reform Group exprime le point de vue de ses membres sur des questions ayant très à la santé au moyen de recherches, de déclarations publiques et de consultations auprès d'autres organismes qui partagent notre objectif, qui est de maintenir un régime de santé public et universel de grande qualité.

La présidente: Excusez-moi, docteur Lexchin. Nous avons maintenant le nombre de députés voulu pour débattre de cette motion. Je vais donc vous interrompre pendant quelques minutes.

La première motion est présentée par M. Gagnon. Vous l'avez devant vous. Nous demandons une fois de plus qu'on nous remette cette étude.

Proposez-vous la motion en son nom?

[Français]

M. Réal Ménard: Oui.

[Traduction]

La présidente: M. Ménard propose la motion. Quelqu'un veut-il intervenir?

Monsieur Thibault?

L'hon. Robert Thibault (Nova-Ouest, Lib.): Je réitère mon appui à cette motion.

[Français]

Nous appuyons la motion. Le ministère est en train de préparer des extraits afin de les présenter à huis clos au comité.

M. Réal Ménard: Donc, on peut voter sur la motion.

[Traduction]

La présidente: Merci.

(La motion est adoptée. [Voir le Procès-verbal])

La présidente: Merci beaucoup.

La deuxième motion, présentée par M. Ménard, se passe d'explication. Elle découle de notre dernière réunion.

(La motion est adoptée. [Voir le Procès-verbal])

La présidente: Merci beaucoup.

[Français]

M. Marcel Gagnon (Saint-Maurice—Champlain, BQ): Merci, chers collègues.

[Traduction]

La présidente: Encore une fois, merci.

Je suis ravie de voir que Mme Dhalla, un des membres permanent du comité, s'est jointe à nous.

Docteur Lexchin, veuillez poursuivre votre exposé.

M. Joel Lexchin: Merci.

Le Medical Reform Group croit que la santé est tout autant une affaire politique que sociale et médicale, et que les soins de santé sont un droit. Depuis plus de 20 ans, soit depuis la Commission Eastman, nous avons comparu devant divers comités pour discuter des questions liées aux médicaments sur ordonnance.

Nous considérons ces questions extrêmement importantes pour plusieurs raisons. Les médicaments modernes peuvent améliorer considérablement la vie des Canadiens, mais pour cela, il faut qu'ils soient abordables, que leur efficacité et leur innocuité soient bien établies, qu'on en fasse la promotion de manière responsable et qu'on les prescrive à bon escient. Nous pensons qu'il y a de sérieux problèmes sur tous ces plans; c'est pourquoi nous aborderons aujourd'hui cinq sujets : les changements d'orientation de la Direction des produits thérapeutiques, l'homologation accélérée des médicaments, l'innocuité des médicaments, la transparence du processus de réglementation des produits pharmaceutiques et, enfin, nous proposerons des recommandations pour accroître la participation du public en ce qui a trait à la réglementation pharmaceutique.

Par ailleurs, il existe deux points de vue opposés sur la raison d'être d'un organisme de réglementation des médicaments. Le premier est défendu par l'industrie pharmaceutique, qui soutient qu'un tel organisme doit avant tout faciliter les efforts de l'industrie pour mettre au point de nouveaux produits et les approuver le plus vite possible. Ainsi, on considère que les médicaments sont des produits de consommation et que l'organisme de réglementation doit être au service de l'industrie. Selon le second point de vue, auquel adhèrent des groupes de consommateurs et les défenseurs du système de santé publique, l'organisme de réglementation doit surtout évaluer adéquatement les produits afin qu'ils satisfassent aux normes élevées d'efficacité et d'innocuité. Pour ces gens, les médicaments sont un élément essentiel du système de soins de santé, et l'organisme doit être au service du public.

Or, tout n'est pas noir ou blanc, il existe des nuances. Nous ne prétendons pas que l'industrie pharmaceutique recherche uniquement les profits, ni que les défenseurs de la santé publique ne se préoccupent pas de la viabilité économique d'une industrie. Mais nous sommes certains que ces deux visions représentent l'essentiel de la pensée des deux groupes.

Étant donné l'histoire récente de la Direction des produits thérapeutiques (DPT), nous craignons que celle-ci ne favorise la vision de l'industrie en matière de réglementation des médicaments, particulièrement depuis l'instauration des frais modérateurs, qui a fait en sorte que les compagnies pharmaceutiques assument environ 50 p. 100 des coûts de fonctionnement de l'organisme. La provenance du financement ayant ainsi changé, la DPT semble abandonner le principe de précaution selon lequel, en cas de doute concernant l'innocuité d'un produit, on doit retarder sa mise en marché. Nous croyons que l'organisme tend plutôt à faire de la gestion de risques. Ainsi, à moins d'avoir démontré qu'un produit comporte un risque, on peut le commercialiser et attendre de voir ce qui se passera avant de réagir.

Avec le recouvrement des coûts, le délai d'approbation des médicaments a été écourté de manière très significative. Lorsque vous obtiendrez la copie de notre exposé, vous pourrez le voir dans un des tableaux. Pour l'essentiel, depuis qu'on est passé au recouvrement des coûts, vers 1994, les délais d'homologation des médicaments ont été réduits d'environ 50 p. 100. Puisqu'on lance relativement peu de nouveaux médicaments révolutionnaires sur le marché dans une année – selon les données fournies par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés –, les délais d'homologation écourtés profitent en premier lieu à l'industrie.

• (0915)

Nous sommes également d'avis que les pressions exercées pour raccourcir les délais d'approbation pourraient être encore accrues par l'adoption du projet de loi C-212. En vertu de celui-ci, si les services ne sont pas adéquats – autrement dit, si les délais canadiens ne

coïncident pas avec ceux de nos principaux partenaires commerciaux – les ministères pourraient devoir renoncer à une partie des frais modérateurs qu'ils perçoivent. Pour éviter de telles pénalités financières, Santé Canada pourrait consacrer encore plus de ressources à l'approbation rapide des médicaments, au détriment de la surveillance post-commercialisation.

Enfin, en ce qui a trait à l'approbation rapide des médicaments, la DPT a mis en place une politique appelée : « Avis de conformité conditionnel », qui permet de lancer sur le marché certains médicaments pour traiter des maladies telles que le cancer ou le VIH/sida, avant même d'avoir procédé à tous les essais cliniques requis. Cela n'est pas nécessairement une mauvaise chose, mais rien n'indique que la DPT effectue ensuite un suivi pour s'assurer que les études nécessaires ont bien été menées. En vertu de cet Avis de conformité conditionnel, certains produits sont sur le marché depuis plus de six ans, sans que l'on ait toutefois effectué les essais cliniques qui s'imposent; en tout cas, aucun dossier public n'en fait état.

En comparaison, on se préoccupe peu d'effectuer un contrôle de l'innocuité des médicaments déjà disponibles sur le marché. Lors du discours du Trône de 2003, le gouvernement a promis d'injecter 190 millions de dollars supplémentaires sur cinq ans dans le système de réglementation. En 2003-2004, 40 millions ont été versés, dont plus de 31 millions ont servi à accélérer la commercialisation des médicaments, et 2,5 millions à contrôler l'innocuité des produits déjà sur le marché.

À notre avis, cette répartition des fonds est totalement inadéquate. La Direction des produits thérapeutiques a cessé de chercher systématiquement des liens de causalité lorsqu'elle reçoit des rapports sur les possibles effets indésirables de certains médicaments, faute d'argent pour le faire. Les avertissements concernant l'innocuité semblent n'avoir aucun effet sur la prescription et la consommation de ces produits. Par exemple, vers la fin des années 1990, les avertissements émis au sujet du cisapride n'ont nullement modifié les habitudes de prescription des médecins. C'est la même chose pour les statines, qui ont pour effet d'abaisser le taux de cholestérol. De fait, le nombre des prescriptions a augmenté après l'émission de ces avis. Par la suite, on a dû retirer ces deux produits du marché en raison des risques qu'ils présentaient.

Il existe des preuves en provenance des États-Unis et du Royaume-Uni que les homologations précipitées sont à l'origine d'un accroissement des préoccupations concernant l'innocuité des médicaments. Pourtant, Santé Canada accorde si peu d'importance à ces questions que lorsque je lui ai demandé une liste des médicaments retirés du marché pour des problèmes d'innocuité, il y a environ un an et demi, il a été incapable de m'en fournir une. En effet, il ne disposait d'aucun moyen lui permettant d'identifier les médicaments concernés. Finalement, j'ai moi-même dressé cette liste.

• (0920)

Si, dans les années 1970 et 1980, nous retirions par décennie environ sept médicaments du marché pour de telles raisons, il semble toutefois que ce nombre ait doublé dans les années 1990 et au début des années 2000. Mais il n'y a aucun moyen d'analyser les causes de cette augmentation, car Santé Canada n'assure même pas un suivi des médicaments qu'elle a retirés.

Au Canada, la réglementation des médicaments est entourée de mystère. Même les noms des médicaments en cours d'approbation ne sont pas dévoilés publiquement, et tous les renseignements que l'industrie soumet, y compris les données d'essais cliniques concernant l'innocuité et l'efficacité, demeurent confidentiels. On peut seulement accéder à ces renseignements en présentant une demande en vertu de la Loi sur l'accès à l'information, et à condition que la compagnie donne son accord. Si je me fie aux demandes que j'ai déposées au fil des ans, toutes les données importantes sont masquées dans les documents qui nous sont transmis, de sorte qu'il est impossible d'analyser les études.

Non seulement ce niveau de confidentialité peut être préjudiciable aux consommateurs et aux professionnels de la santé, mais en plus, il peut avoir des effets négatifs sur la DPT car les spécialistes externes n'ont aucun moyen d'examiner le travail des évaluateurs de la DPT ni de leur fournir des commentaires rétroactifs. Ce qui veut dire, concrètement, qu'ils travaillent en marge du reste de la communauté scientifique. Cela va à l'encontre de la pratique scientifique générale. En effet, l'évaluation par les pairs est l'une des pierres angulaires de la science moderne. Vous publiez vos découvertes, et d'autres personnes les examinent et les critiquent afin que vous puissiez faire mieux la prochaine fois. Les gens peuvent apprendre de leurs erreurs, mais avec le degré de confidentialité actuel, c'est impossible.

En réponse aux critiques à ce sujet, la DPT a récemment annoncé une nouvelle initiative appelée : « Sommaire des motifs des décisions ». Selon nous, l'information essentielle qui devrait figurer dans ce nouveau document concerne l'efficacité et l'innocuité des médicaments.

Ces dernières années, l'accès à l'information dont bénéficient les organismes de réglementation des États-Unis et de certains pays européens a permis à des chercheurs indépendants de découvrir des problèmes qui n'avaient pas été relevés lors de l'examen de certains médicaments. En prenant comme exemple ces médicaments, nous avons parcouru les ébauches du Sommaire des motifs de décisions (SMD) afin de savoir si les renseignements qui y figuraient auraient été suffisants pour dépister les problèmes d'innocuité et d'efficacité, et ce n'était pas le cas. Le SMD manque d'informations précieuses qui permettraient aux gens de déceler ce genre de problèmes.

Nous proposons quatre recommandations pour accroître la participation du public dans le système de réglementation.

En premier lieu, un résumé détaillé de tous les renseignements cliniques soumis par les compagnies dans le cadre du processus de réglementation devrait être systématiquement affiché sur le site de la DPT, en plus des rapports des évaluateurs.

• (0925)

En second lieu, nous pensons que les demandes d'approbation de nouveaux médicaments devraient être soumises à des comités consultatifs formés de spécialistes indépendants.

Les audiences de ces comités devraient être publiques, de même que l'information transmise aux membres avant chaque séance, comme c'est le cas aux États-Unis. De plus, les personnes intéressées au sein de la population devraient être autorisées à comparaître devant ces comités.

En troisième lieu, les comités devraient être assujettis à des normes rigoureuses concernant les conflits d'intérêts, afin d'éviter des situations semblables à celle que nous avons connue récemment au sujet des implants mammaires, alors que certains membres du comité consultatif représentaient les fabricants ou avaient effectué des recherches pour le compte de ceux-ci.

Enfin, nous sommes d'avis que si des approbations sont refusées, que ce soit pour de nouveaux médicaments ou de nouvelles indications concernant des médicaments déjà sur le marché, ce fait doit également être rendu public. Pour ce qui est des nouveaux médicaments, les fabricants pourraient déposer une autre demande d'approbation un ou deux ans plus tard. Nous croyons que le public a le droit de savoir pourquoi des médicaments n'ont pas été homologués, et si les défauts ont été corrigés. En ce qui a trait aux médicaments déjà sur le marché, si des demandes d'approbation de nouveaux usages sont rejetées, c'est également important de le savoir, parce qu'il n'y a aucun moyen de régir l'usage auquel les médecins destinent les médicaments qu'ils prescrivent, ni les raisons pour lesquelles les gens prennent ces médicaments. Ainsi, même si la demande d'approbation d'une nouvelle indication d'un médicament a été rejetée, les médecins peuvent continuer de prescrire un médicament pour cette même indication sans jamais savoir que l'organisme de réglementation a jugé que les preuves ne justifiaient pas l'approbation.

Voilà le résumé de notre exposé. Je serai heureux de répondre à vos questions.

• (0930)

La présidente: Merci beaucoup, docteur Lexchin.

Nous passons maintenant aux questions et c'est M. Merrifield qui commencera.

M. Rob Merrifield (Yellowhead, PCC): Je vais partager mon temps avec M. Fletcher.

Le président: D'accord, chacun de vous aura cinq minutes.

M. Rob Merrifield: Très bien.

Pour résumer votre pensée, vous n'avez rien contre les produits pharmaceutiques. Ils nous sont bénéfiques. Cependant, vous trouvez que le processus d'homologation de ces produits n'est pas assez transparent et vous avez de sérieuses réserves à cet égard.

Ai-je bien compris le sens de vos propos?

M. Joel Lexchin: Oui, les membres du Medical Reform Group sont des médecins. Moi, je travaille au service des urgences et je prescris des médicaments tous les jours. J'en prends moi-même et nous reconnaissons que les médicaments sont une des bases du régime de soins de santé. Nous ne sommes pas contre les médicaments, ni les compagnies qui les fabriquent.

Nous voulons cependant nous assurer que ces médicaments sont bien utilisés et qu'ils ne sont pas homologués à la hâte pour servir les intérêts financiers des compagnies pharmaceutiques. Nous voulons avoir l'assurance qu'on surveille l'innocuité des médicaments déjà sur le marché pour qu'ils continuent à être utilisés à bon escient.

M. Rob Merrifield: Oui, c'est ce que nous avons constaté. Ce que vous dites correspond à ce que nous avons constaté dans le premier volet de cette étude. Nous avons dû publier un rapport précipitamment — c'était avant le déclenchement des élections, je crois — mais je crois que cette fois-ci, nous serons encore plus pressés par le temps. Quoi qu'il en soit, les résultats n'étaient pas concluants, et voilà pourquoi nous reprenons notre étude.

Nous avons été alarmés par certaines lacunes que nous avons constatées, particulièrement au chapitre de la pharmacovigilance: la non-déclaration des effets indésirables. Nous avons mis en évidence le problème, mais nous n'avons pas vraiment trouvé de solution. Nous espérons qu'en reprenant notre étude nous pourrions envisager certaines solutions possibles.

Si je vous ai bien compris, vous avez dit que nous avons réduit de moitié le délai d'homologation des médicaments au cours des années 1990.

• (0935)

M. Joel Lexchin: Oui, vers la fin de années 1990.

M. Rob Merrifield: Mais même aujourd'hui, ces délais ne sont-ils pas sensiblement plus longs au Canada qu'aux États-Unis et dans d'autres pays industrialisés?

M. Joel Lexchin: Nos délais d'homologation sont plus lents dans le cas des rares médicaments qui représentent de véritables percées. D'après les statistiques du CEPMB, ces médicaments représentent, bon an mal an, de 5 à 10 p. 100 des médicaments lancés sur le marché. Il s'agit des médicaments considérés comme des découvertes, c'est-à-dire des produits exclusifs permettant de traiter un problème de santé ou constituant une avancée thérapeutique majeure. Dans ces cas, de solides arguments militent en faveur de l'accélération du processus d'approbation des médicaments. Mais pour les autres médicaments, qui de toute façon ne vont pas contribuer sensiblement à l'amélioration des traitements, je ne vois pas pourquoi nous devrions nous presser de les homologuer.

M. Rob Merrifield: S'il s'agit d'un médicament vedette, d'une véritable percée, nous pouvons accélérer le processus. Est-ce bien ce que vous dites?

M. Joel Lexchin: On peut accélérer le processus mais, dans ce cas, si pour accélérer les choses nous assortissons l'avis de conformité de certaines conditions, nous devons nous assurer que ces conditions sont bel et bien remplies. Les médecins doivent savoir quelles sont ces conditions. Lorsqu'un médicament est approuvé en vertu d'un avis de conformité conditionnel, on sait uniquement qu'il y a des conditions. On n'a aucune idée de la nature de ces conditions.

M. Rob Merrifield: Ce qui nous amène au secret qui entoure l'homologation de certains médicaments, ce que vous avez évoqué.

M. Joel Lexchin: Dans certains cas, la DPT ne semble pas veiller à ce que ces conditions soient remplies. Comme je l'ai dit, dans le cas d'un produit lancé, sauf erreur, en août 1999, lesdites conditions n'ont pas encore été remplies.

M. Rob Merrifield: Je ne conteste pas nécessairement vos dires, j'essaie simplement de les clarifier. Cependant, vous n'avez pas abordé les solutions ni la déclaration des effets indésirables des médicaments.

M. Joel Lexchin: La question figure dans l'annexe de notre mémoire. Je peux en parler, si vous voulez.

M. Rob Merrifield: C'est un des problèmes que nous avons constatés. Entre 1 et 10 p. 100 des effets indésirables sont déclarés à l'heure actuelle. Si on ne les déclare pas, comment peut-on les surveiller et intervenir pour prévenir ces effets indésirables? J'aimerais savoir ce que nous devrions faire, selon vous, en tant que médecin.

M. Joel Lexchin: Il y a divers moyens de remédier à ce problème.

Tout d'abord, vous pourriez approuver les médicaments de façon conditionnelle ou encore prévoir un examen obligatoire après cinq ans, afin de vérifier l'innocuité de chaque médicament. Vous pourriez soit exiger que les compagnies pharmaceutiques effectuent des essais supplémentaires pour évaluer l'innocuité d'un médicament, parce qu'on sait que lorsqu'un médicament est homologué, il a été mis à l'épreuve chez un nombre relativement limité de personnes. Les sujets de ces essais cliniques sont généralement des hommes et des femmes d'âge moyen qui ont fait l'objet d'un diagnostic clair, qui ne

prennent pas d'autres médicaments et qui n'ont pas d'autres problèmes de santé.

M. Rob Merrifield: En tant que médecins, ne seriez-vous pas les personnes les mieux placées pour déterminer s'il y a ou non des effets indésirables?

M. Joel Lexchin: Pas si on n'a pas reçu la formation voulue pour les détecter, c'est-à-dire...

M. Rob Merrifield: Alors, c'est qu'il y a des lacunes dans la formation des médecins.

M. Joel Lexchin: C'est en effet une des difficultés, mais à l'heure actuelle, il n'y a rien pour inciter les médecins à transmettre... Quand on fait état des effets indésirables, on ne reçoit pas de rétroaction, on n'est pas informé des suites donné à ce signalement. Pour encourager les médecins à signaler les effets indésirables, nous voudrions qu'ils reçoivent rapidement en retour des informations, non seulement sur le cas qu'ils ont signalé mais aussi un résumé des autres événements indésirables déclarés. Il faudrait qu'on les tiennent au courant des suites données relativement à ce produit.

• (0940)

M. Rob Merrifield: Les dossiers médicaux électroniques permettraient de le faire.

M. Joel Lexchin: Les dossiers médicaux électroniques seraient effectivement utiles. Pour détecter les effets indésirables de médicaments, on peut, entre autres, relier ensemble des bases de données. On pourrait, par exemple, en respectant les dispositions relatives au respect de la vie privée, dresser un registre des 10 000 premiers patients à prendre un nouveau médicament. On pourrait ensuite les suivre, pour voir combien de fois ils consultent les médecins au cours du mois, des six mois ou de l'année qui suit. Le registre indiquerait également combien de fois ils ont été hospitalisés et pour quelle raison. Ce serait un moyen qui nous aiderait à décerner des réactions indésirables inédites et inattendues.

La présidente: Monsieur Fletcher.

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

Comme mon collègue, M. Merrifield, l'a indiqué, le Canada met probablement en moyenne deux fois plus de temps que les États-Unis à approuver un médicament. D'une part, nous devons être conscients des questions liées à l'innocuité des médicaments, mais d'autre part, nous devons penser aux personnes qui profiteraient d'un accès plus rapide à ces médicaments. Je crois que, par exemple, dans le cas des médicaments dits « orphelins », les essais cliniques peuvent prendre beaucoup de temps. Ces médicaments peuvent être extrêmement bénéfiques à ceux qui les reçoivent dans le cadre de ces essais, mais quand les essais prennent fin, les patients peuvent attendre longtemps avant d'avoir accès à ces médicaments. Les délais peuvent même mettre leur vie en danger parce qu'ils ne peuvent avoir accès à des médicaments qui avaient comme effet de prolonger leur vie ou d'améliorer leur qualité de vie.

À votre avis, comment trouver l'équilibre entre la nécessité d'assurer l'innocuité des médicaments à grande échelle, ce qui est très important, et la nécessité de mettre ces médicaments à la disposition de gens qui pourraient en bénéficier si le produit en question s'avérait efficace?

M. Joel Lexchin: Je pense qu'il faut homologuer le plus vite possible les nouveaux médicaments importants, ceux qui procurent des avantages appréciables aux patients, mais sans négliger les questions liées à l'innocuité. Si un nouveau médicament comporte des avantages évidents, mais que certaines questions liées à l'innocuité n'ont pas été vérifiées, ces questions devraient être étudiées dans des essais cliniques obligatoires devant être effectués après le lancement du médicament. Nous ne nous opposons pas à ce qu'on donne aux patients le plus rapidement possible des médicaments qui leur procurent des bienfaits importants. Nous rejetons cependant l'idée d'approuver à la hâte des médicaments qui n'apportent pas d'avantages supplémentaires.

Il existe, par exemple, une nouvelle catégorie d'antihypertenseurs, les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine. Comme il y a six de ces produits sur le marché, nous ne voyons pas l'utilité d'en approuver à toute vitesse un septième qui sera identique aux autres.

M. Steven Fletcher: Très bien. Je vais passer à un autre sujet parce que mon temps est limité.

On peut penser que s'il y avait un système de pharmacie sur Internet au Canada, de même que des dossiers médicaux électroniques, il serait plus facile d'exercer cette pharmacovigilance. Qu'en pensez-vous?

M. Joel Lexchin: Ce serait une façon d'améliorer la pharmacovigilance, mais il y en a plusieurs autres.

M. Steven Fletcher: Ma dernière question porte sur le processus d'homologation des médicaments dans l'Union européenne. Je crois comprendre que le premier pays à approuver un médicament fait automatiquement... je simplifie, bien sûr. Le médicament approuvé dans un pays est automatiquement approuvé dans l'ensemble de l'UE. Comme la vie a la même valeur que l'on habite en Grèce, en Angleterre ou en Espagne, peu importe quel pays homologue le médicament en premier, pourvu qu'il respecte les normes communes, c'est très bien et l'approbation vaut partout.

Le Canada pourrait-il synchroniser son processus d'approbation avec celui d'autres pays qui ont des normes semblables?

● (0945)

M. Joel Lexchin: Nous pourrions sans aucun doute utiliser les données recueillies dans ces pays, mais il faut savoir que différents pays prennent des décisions différentes en matière de médicaments. Ces décisions diffèrent même entre le Canada et les États-Unis; nous approuvons certains médicaments qui ne sont pas approuvés aux États-Unis et, inversement, nous refusons certains médicaments qui sont homologués aux États-Unis.

Nous devons maintenir notre propre système de réglementation. Nous pouvons mettre les données en commun, mais si nous le faisons, il faudra régler certaines questions relatives à la transparence de cette information. Si l'UE a des règles de confidentialité plus strictes que le Canada et que nous importons nos données de l'UE, ces renseignements pourront-ils être divulgués publiquement?

M. Steven Fletcher: J'imagine qu'ils ont trouvé la solution à ce problème. Et ils sont 17 ou 18 pays souverains.

M. Joel Lexchin: Ils protègent le caractère secret de leurs renseignements. Comme tout le monde.

M. Steven Fletcher: D'accord.

J'aimerais poser des questions au sujet de la protection des données, mais je n'ai plus assez de temps. Je devrai attendre la prochaine législature pour le faire.

La présidente: Merci, monsieur Fletcher.

Monsieur Ménard.

[Français]

M. Réal Ménard: Je commencerai par poser une question d'ordre général.

Lorsqu'on essaie de comprendre quelle est la cause du coût des médicaments et que l'on consulte les rapports d'Inforoute, d'instituts d'information en santé ou d'autres organismes, comme le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, on nous dit qu'il y a trois causes. Cependant, la cause la plus importante est l'introduction de nouveaux médicaments. Dans la première année, il y a une pression très forte chez les prescripteurs pour que ces médicaments soient utilisés.

Pouvez-vous nous parler de la compréhension que votre institut et vous-même avez de la cause du coût des médicaments? Avez-vous de l'information concernant le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments d'ordonnance? Ce système, qui avait été mis sur pied lors de la Conférence fédérale-provinciale des ministres de la Santé de 2001, devait servir à surveiller les tendances du coût des médicaments. En avez-vous entendu parler? Que doit-on en penser, comme élus?

[Traduction]

M. Joel Lexchin: Le principal facteur à l'origine de l'augmentation des dépenses en médicaments au Canada est l'abandon de produits moins nouveaux et moins coûteux à des produits plus récents et plus coûteux, mais qui ne sont pas nécessairement meilleurs.

Il suffit de voir l'argent que les compagnies pharmaceutiques consacrent à la promotion de certains de ces nouveaux médicaments, ce qui explique pourquoi ils sont adoptés aussi rapidement. Ainsi, en 2000, Merck a consacré plus de 6 millions de dollars à la promotion du Vioxx. Ses représentants ont fait 48 000 visites à des cabinets de médecins, auxquels ils ont laissé un million d'échantillons de ce produit. Dans le cas de Celebrex, les représentants pharmaceutiques ont fait 77 000 visites en une année pour ce seul produit. C'est cette promotion intensive des nouveaux médicaments qui pousse souvent les médecins à prescrire et les patients à les demander avant même qu'on ne comprenne bien la valeur. Voilà pourquoi les dépenses en médicaments au Canada augmentent au rythme de 7 ou 8 p. 100 par année, sans tenir compte de l'inflation, c'est-à-dire trois fois plus vite que l'IPC.

Le système instauré en 2001 dont vous parlez est tout à fait valable en théorie mais n'a pas eu beaucoup de résultats dans la pratique, parce que nous n'avons pas au Canada de bon mécanisme qui puisse influencer la façon dont les médecins prescrivent les médicaments et la façon dont les patients les utilisent.

L'Australie, par exemple, s'est dotée du National Prescribing Service, qui est financé à l'échelle nationale à hauteur d'environ 25 millions de dollars par année. L'argent vient du gouvernement, mais le service fonctionne de façon indépendante — un peu comme une société d'État — et il a pour seule mission d'améliorer la façon dont tous les médicaments sont prescrits et utilisés.

● (0950)

[Français]

M. Réal Ménard: Ne doit-on pas s'inquiéter du fait que les propriétaires de médicaments génériques ne sont tenus de rendre des comptes à personne?

Personnellement, j'ai déjà voulu déposer un projet de loi d'initiative parlementaire pour assujettir les compagnies génériques à l'autorité du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Or, on m'a dit que c'était inconstitutionnel parce que le gouvernement fédéral tirait la compétence valide du conseil en vertu de son autorité sur les brevets et que cela pourrait éventuellement être contesté.

Lorsque nous avons fait l'étude précédente, nous nous étions nous-mêmes interrogés sur la possibilité que le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés puisse examiner ce que font les compagnies génériques.

Comment, selon vous, pourrait-on exercer un certain contrôle? Même si les prix sont plus bas, il reste qu'on ne sait pas quelle recherche est faite: ces compagnies n'ont de compte à rendre à personne. Croyez-vous que le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés devrait jouer un certain rôle concernant l'assujettissement des compagnies génériques?

[Traduction]

M. Joel Lexchin: Je ne suis pas un constitutionnaliste, si bien que j'ignore jusqu'où s'étend l'autorité du CEPMB.

Tout d'abord, il importe de signaler que, même si les médicaments génériques coûtent plus cher au Canada qu'ailleurs, aux États-Unis par exemple, dans l'ensemble, les médicaments génériques constituent uniquement de 13 à 14 p. 100 des dépenses totales pour les médicaments. Si nous abaissons le prix des médicaments génériques, voire de moitié, nous affecterions seulement une portion relativement minime de l'ensemble des dépenses de médicaments au Canada. N'empêche qu'il conviendrait peut-être de faire quelque chose à ce sujet.

C'est sans doute par le biais des régimes de remboursement de médicaments qui existent dans les provinces que nous pouvons contrôler le prix des médicaments génériques. En effet, les provinces ont établi différentes règles quant au prix des médicaments génériques qui peuvent figurer sur leurs listes de médicaments remboursés. Hélas, ces règles ne semblent pas très efficaces.

Par exemple, en Ontario, le premier concurrent générique doit se présenter à 70 p. 100 du prix du médicament de marque, les concurrents suivants devant se présenter à 90 p. 100 du prix du premier médicament générique. Or, au lieu d'être des plafonds, ces prix sont devenus des planchers. Si les provinces souhaitent contrôler le prix des médicaments génériques, peut-être leur faudra-t-il s'unir et mener une négociation unique au lieu de dix, adopter un ensemble de règles, afin de diminuer effectivement le prix des médicaments génériques.

● (0955)

La présidente: Vous avez dépassé de beaucoup le temps alloué. Merci, monsieur Ménard.

Nous allons passer à Mme Dhalla, puis à M. Crowder.

Je fais preuve d'une indulgence remarquable, ce matin.

M. Réal Ménard: Oui, c'est parce que vous savez que je vous aime.

La présidente: Je le sais et le jeu en vaut la chandelle.

Madame Dhalla.

Mme Ruby Dhalla (Brampton—Springdale, Lib.): Merci beaucoup.

Après tout cela, je voudrais vous remercier sincèrement d'être venu.

J'ai une ou deux questions.

Comme vous le savez, il existe dans le secteur un certain nombre de sociétés pharmaceutiques qui s'efforcent de séduire des médecins et peut-être de les instruire en ce qui concerne l'usage d'un produit pharmaceutique donné. La séduction comporte, par exemple, des séminaires à l'heure du repas du midi ou des voyages dans le Sud ou en Europe, pour se renseigner sur les produits.

Selon vous, cette façon pour les sociétés pharmaceutiques d'être ainsi aux petits soins pour les médecins a-t-elle des répercussions sur leur façon d'utiliser les produits pharmaceutiques?

M. Joel Lexchin: En tant que névrosé excessif-compulsif, trouble que nous traitons avec des médicaments, je collectionne les articles se penchant sur la qualité des ordonnances médicales selon la source des renseignements. Ce sont des études qui s'effectuent depuis plus de 30 ans, dans divers pays — pas au Canada, mais aux États-Unis, au Royaume-Uni et dans certains pays européens. Or ces études sont unanimes à constater que, plus les médecins se fient aux renseignements provenant de l'industrie pharmaceutique, plus leurs ordonnances laissent à désirer. Ils ont ainsi tendance à prescrire des médicaments plus chers, alors que sont disponibles des médicaments moins cher et tout aussi efficaces; à prescrire des médicaments inappropriés, à prescrire des médicaments plus dangereux, quand d'autres moins dangereux seraient tout aussi efficaces. Bref, quel que soit l'étalon choisi, les médecins établissent de moins bonnes ordonnances.

Mme Ruby Dhalla: Certaines mesures de contrôle ont été adoptées, certaines l'an dernier, pour limiter l'initiative des sociétés pharmaceutiques en appliquant des amendes pour contravention. Pensez-vous que ces mesures aient eu des répercussions sur les sociétés pharmaceutiques et sur les rapports qu'elles entretiennent avec les médecins?

M. Joel Lexchin: Pas vraiment. Le gouvernement a toujours refusé de réglementer directement les activités de promotion. Il a confié cette tâche soit à l'industrie, dans le cas des activités des représentants pharmaceutiques ou de l'éducation médicale continue financée par des entreprises, soit au Conseil consultatif de publicité pharmaceutique, pour ce qui est de la publicité imprimée. Le code de l'industrie est en fait conçu pour assurer des chances égales à toutes les compagnies, comme en témoigne le fait que ce ne sont pas les médecins ou les membres du public qui portent plainte lorsqu'il y a un manquement au code, mais bien une compagnie pharmaceutique qui porte plainte contre une autre.

Les amendes prévues sont vraiment dérisoires. Si vous contrevenez au code trois fois au cours de la même année, vous êtes passibles d'une amende maximale de 15 000 \$, ce qui équivaut à peu près la facture d'un dîner offert à un groupe de médecins par une compagnie pharmaceutique. C'est la facture d'un dîner ou d'un souper. Si on gare sa voiture au centre-ville d'Ottawa où il est interdit de stationner, on comprend qu'on va devoir payer l'amende, mais on considère simplement que c'est ce qu'il en coûte de conduire une voiture dans une grande ville.

● (1000)

Mme Ruby Dhalla: Pensez-vous que le gouvernement fédéral, et en particulier Santé Canada, devrait réglementer d'une façon quelconque ce genre de publicité?

M. Joel Lexchin: À mon avis, le gouvernement doit réglementer les activités de promotion, mais pas par l'entremise de Santé Canada. Il suffit de regarder ce qui se passe aux États-Unis, par exemple, avec la Food and Drug Administration. Le degré de sévérité dont elle fait preuve vis-à-vis des activités de promotion dépend du parti au pouvoir et de ses rapports, amicaux ou non, avec l'industrie pharmaceutique.

Il faut instaurer un organisme distinct dont les pouvoirs seraient établis par une loi, si bien que son pouvoir réglementaire serait indépendant du gouvernement. Ce serait un peu comme un CRTC. Les membres seraient nommés par le gouvernement, mais cet organisme fonctionnerait de façon autonome, réglementerait tous les genres de promotion et aurait le pouvoir d'imposer des sanctions qui feraient mal aux compagnies.

Mme Ruby Dhalla: Merci.

Il ne fait aucun doute que les compagnies pharmaceutiques créent un nombre incalculable d'emplois au Canada et consacrent beaucoup d'argent à la recherche-développement. Je pense cependant qu'il faut assurer un certain équilibre de sorte qu'au moment de prescrire un médicament, les médecins pensent tout d'abord à l'intérêt du patient.

Ma dernière question a trait à la protection des données. C'est un sujet qui a été évoqué aussi bien par les fabricants de médicaments génériques que par les fabricants de médicaments brevetés. Comme vous le savez, le Canada n'a pas à l'heure actuelle de mécanisme de protection des données. Or, pour assurer leur compétitivité mondiale, beaucoup de compagnies pharmaceutiques, particulièrement celles qui fabriquent des médicaments d'origine, ont besoin d'une telle mesure. Certains ont proposé une période allant de cinq à huit ans.

Quel est votre avis à ce sujet?

M. Joel Lexchin: La protection des données risque de retarder la commercialisation de médicaments génériques. Même si les médicaments génériques coûtent plus cher au Canada qu'aux États-Unis, ils représentent tout de même des économies appréciables.

Les fabricants de médicaments génériques n'effectuent pas les essais cliniques nécessaires pour reproduire l'information qui serait protégée en vertu de la protection des données. Du reste, cela irait à l'encontre de l'éthique parce que s'ils le faisaient, ils exposeraient des patients à des risques déjà connus dans le seul but de recueillir de l'information.

Nous devons en l'occurrence trouver un équilibre entre les avantages économiques découlant d'un accroissement des investissements par l'industrie — et ces avantages sont aléatoires parce que nous ne savons pas si l'industrie va investir au Canada — et les économies qui découleraient d'une arrivée plus rapide des médicaments génériques sur le marché.

Au chapitre des investissements au Canada, le bilan des fabricants de médicaments d'origine est assez mitigé. Certaines compagnies pharmaceutiques investissent beaucoup plus que d'autres, mais dans l'ensemble, le Canada n'est qu'une petite partie d'un immense marché mondial. Nous représentons moins de 2 p. 100 du marché mondial. Il serait donc irréaliste de s'attendre à ce que les compagnies pharmaceutiques investissent des sommes considérables au Canada.

• (1005)

La présidente: Les fabricants d'automobiles font des investissements de façon importante au Canada même si notre part du marché est petit dans le cadre mondial, donc je ne comprends pas pourquoi les grandes sociétés pharmaceutiques ne voudraient pas investir au Canada pour effectuer une partie de la recherche jugée par les pairs. Il me semble qu'une bonne partie de ces sociétés gardent... ce que

j'appelle les emplois rentables, les emplois dans le domaine de la recherche, dans leur pays d'origine — c'est-à-dire le pays d'origine de la société.

M. Joel Lexchin: C'est tout à fait vrai. Le seul pays qui bénéficie d'investissements importants en matière de recherche et de développement de la part de compagnies dont la base principale n'est pas située dans ce pays, ce sont les États-Unis. Cela s'explique probablement de plusieurs façons, entre autres, l'ampleur du marché. Les États-Unis représentent à peu près 50 p. 100 du marché pharmaceutique mondial.

Deuxièmement, les investissements très importants du National Institute of Health dans la recherche fondamentale est quelque chose qui attire les entreprises aux États-Unis. Le NIH dépense actuellement environ 27 milliards de dollars par année; par comparaison, l'Institut canadien d'information sur la santé en dépense environ 700 millions de dollars par année.

Si nous investissions des fonds publics en recherche et développement médical comme le fait les États-Unis par habitant, nous devrions dépenser quatre fois plus que ce que l'on dépense actuellement. Cela attirerait peut-être des compagnies au Canada. Si nous produisions un montant substantiel de renseignements scientifiques fondamentaux, les sociétés les utiliseraient pour développer leurs produits. Ils ont tendance à ne pas faire de recherche pure, mais ils excellent dans le domaine de l'utilisation de la recherche fondamentale, en l'appliquant au développement de nouveaux produits.

La présidente: Merci.

Madame Crowder.

Mme Jean Crowder (Nanaimo—Cowichan, NPD): Merci.

Je voudrais vous remercier de votre exposé aujourd'hui.

Je voudrais commencer par une observation. Nous parlons souvent de l'investissement au pays, en l'occurrence par les sociétés pharmaceutiques, mais il me semble que l'on ne tient pas compte des coûts des répercussions de la prescription de complaisance ou des drogues dangereuses. Il me semble qu'on ne compense jamais pour cela. C'est tout simplement une observation.

Vous avez soulevé la question des prothèses mammaires de silicone comme un exemple de domaines touchés par le conflit d'intérêt. J'ai deux questions pour vous, et je veux me servir de cet exemple. Malgré le fait qu'il ne s'agit pas d'un médicament, je crois que c'est un exemple de la façon dont le processus de Santé Canada ne fonctionne pas pour le consommateur.

Vous avez parlé très précisément des normes en matière de conflit d'intérêt, et j'aimerais que vous vous penchiez sur deux points.

Un des arguments plaidés par Santé Canada concernant les normes en matière de conflits d'intérêts relativement aux prothèses mammaires de silicone, c'est qu'il est très difficile d'obtenir des conseils spécialisés dans ce domaine à moins d'en parler avec des personnes qui y ont travaillé dans l'industrie. J'aimerais que vous nous disiez précisément s'il serait possible ou non d'obtenir des conseils d'experts qui ne seraient pas au service de l'industrie.

Le deuxième volet concerne le processus public. Vous avez dit que les audiences devraient à votre avis être publiques, mais je me demande si vous pouvez nous donner des précisions sur ce que serait un processus public adéquat. Il est certain que dans le cas des implants mammaires de silicone, on était lourdement favorable à l'industrie; l'avis du public a été minimisé et était difficile à recueillir.

Je me demande si vous pouvez nous parler de conflits d'intérêts et de l'avis du public.

• (1010)

M. Joel Lexchin: Premièrement, à savoir si oui ou non vous pouvez trouver des experts qui n'ont pas travaillé dans l'industrie, une des questions à régler serait la différence entre les cliniciens, autrement dit les personnes qui ont été impliqués dans les essais et les personnes qui sont, à défaut d'un meilleur terme, des experts en médecine fondés sur les preuves. Ces derniers ont été formés afin qu'ils puissent se pencher sur les études d'une grande variété de produits, étudier la qualité de ces renseignements, et décider si les renseignements justifient la mise en marché des produits ou non, et si ces produits sont sécuritaires.

C'est vrai que si vous cherchez des cliniciens, beaucoup de ces personnes ont probablement une implication avec les compagnies pharmaceutiques. Mais si vous visez vraiment les experts en médecine fondés sur les preuves, vous allez probablement pouvoir trouver des personnes indépendantes qui seront en mesure d'évaluer l'information. Par exemple, quand ils ont mis sur pied le comité d'examen chargé de l'étude de l'Adderall, un produit qu'on a temporairement retiré du marché et qui servait à traiter des enfants atteints d'hyperactivité avec déficit de l'attention, la personne qui a conduit ce comité de trois était un expert en médecine fondé sur les preuves qui n'était pas intervenu auprès des compagnies fabriquant ce genre de produits. Les experts qui ont participé à l'industrie devraient certainement avoir le droit de parole devant ces comités consultatifs, mais il n'y a aucune raison pour laquelle ils devraient en être les membres.

En ce qui concerne un système de participation du public adéquat et à quoi cela aurait l'air, la première chose qu'il faut faire, c'est de reconnaître les différences importantes au chapitre des ressources. Beaucoup des groupes qui voudraient assister à ces réunions et faire des observations sont des groupes qui ont des ressources très limitées, certainement par comparaison avec les ressources qui seraient disponibles à l'industrie ou aux groupes financés par l'industrie. Il faudrait qu'il y ait moyen de fournir des fonds publics ou des ressources publiques aux groupes qui sont indépendants de l'industrie mais qui ont besoin de ressources.

Deuxièmement, il faudrait que ces groupes aient suffisamment de temps pour se pencher sur l'information qui est disponible afin de pouvoir faire leurs observations, ce qui veut dire que l'information qu'on envoie au comité consultatif devrait être disponible au moins quelques semaines avant que ces comités se réunissent, sinon plus, afin que les gens puissent avoir ces renseignements en main. Il faudrait s'assurer que les audiences de comité soient organisées à des moments où les gens peuvent se déplacer. Les audiences d'une journée ou deux ne suffiraient peut-être pas, étant donné la grandeur de ce pays et, comme nous avons vu aujourd'hui, la météo, afin de permettre à tous ceux et celles qui le veulent de participer. Une façon de contourner ce problème serait d'organiser des vidéoconférences qui permettraient à des gens de Vancouver, par exemple, de participer aux audiences du comité.

• (1015)

Ce ne sont que quelques possibilités qui permettraient une participation du public adéquate.

Mme Jean Crowder: En ce qui concerne la question de la confidentialité, comme nous avons découvert avec les implants mammaires de silicone, non seulement les témoins n'avaient pas accès à l'information mais le comité en soi non plus. Nous n'avons pas pu avoir accès à l'information des audiences du groupe d'experts

scientifiques tenues en mars. On nous a dit qu'il n'y avait pas de procès-verbal. Maintenant, il semble douteux qu'on ait accès aux notes du président. Et nous n'avons toujours pas pu mettre la main sur l'étude des cohortes de 1996.

Alors si, selon vous, les personnes qui veulent comparaître devant un comité devraient avoir les renseignements disponibles à l'avance, cela exigerait un virage marqué dans la façon dont Santé Canada fonctionne.

M. Joel Lexchin: Oui, quoi que l'actuelle Loi sur l'accès à l'information contient une clause qui permet à Santé Canada de communiquer des renseignements si cela est dans l'intérêt de la santé publique. On ne s'est jamais servi de cette clause. Une fois seulement, on a essayé de s'en servir en cour, mais la cause a été perdue parce que le libellé dit plus ou moins « le ministre peut communiquer » ou « devrait communiquer »; le libellé ne dit pas « le ministre doit communiquer » si cela est dans l'intérêt de la santé publique.

La présidente: Vous souvenez-vous qui était ministre à cette époque?

M. Joel Lexchin: C'était au milieu ou à la fin des années 1990. Je ne me souviens plus — David Dingwall, peut-être?

La présidente: Non, il était ministre avant ça.

M. Joel Lexchin: D'accord. Je ne me souviens plus qui était ministre à l'époque. Mais il s'agit d'une cause qui a duré quelques années.

La présidente: Avez-vous d'autres questions?

Mme Jean Crowder: Il me reste une question brève à poser. Vous connaissez probablement un livre qui vient juste de sortir et qui s'intitule *Selling Sickness*, de Moynihan et Cassels, et vous nous avez parlé de l'impact d'un contact poussé entre les compagnies pharmaceutiques avec les médecins sur la façon dont ces derniers prescrivent des médicaments.

Je n'ai pas les chiffres avec moi, mais d'après ce que j'ai compris, une certaine proportion de la recherche et développement était effectuée relativement à la publicité. Je ne me souviens plus de cette proportion, mais je sais que cela ne se passe pas comme prévu, d'après le rapport qui vient d'être publié.

Avez-vous des commentaires à ce sujet?

M. Joel Lexchin: Je crois que vous faites allusion à l'engagement verbal que le secteur a pris à la fin des années 1980 lorsque la Chambre était saisie du projet de loi C-22. Ils ont dit qu'ils investiraient 10 p. 100 de leur vente dans la recherche et développement, ce qui a été fait jusqu'à environ 1996. Depuis trois ou quatre ans, le niveau d'investissement a baissé à un niveau inférieur à 10 p. 100.

Si vous comparez le montant dépensé dans la recherche et développement au Canada au montant dépensé en promotion, environ deux fois plus d'argent est consacré à la promotion qu'à la recherche et développement. Les montants estimatifs que j'ai devant moi sont de 2,2 milliards de dollars par an en promotion, comparativement à, je crois, 1,2 milliard de dollars en recherche et développement.

• (1020)

Mme Jean Crowder: Merci.

La présidente: Merci, madame Crowder.

Monsieur Gagnon.

[Français]

M. Marcel Gagnon: Merci, madame la présidente. Je veux d'abord m'excuser de mon retard. La tempête de ce matin nous a tous surpris. J'ai passé une partie de mon avant-midi sur les ponts.

J'aurais aimé participer davantage à cette discussion, mais vous avez touché à un point qui m'a surpris lorsque vous avez dit que l'on dépensait deux fois plus pour la publicité que pour la recherche et développement. Il me semble surprenant, surtout en cette période où l'on s'inquiète de l'avènement de pandémies, par exemple, et où le dossier du sida est toujours d'actualité, que l'on consacre si peu d'argent à la recherche et développement.

Est-ce que je me trompe? Êtes-vous d'avis que l'on consacre peu d'argent en recherche et développement? Est-ce suffisant?

[Traduction]

M. Joel Lexchin: Comme je l'ai dit en réponse à une autre question, les sociétés ont tendance à concentrer leurs dépenses en R-D dans le pays où se situe leur siège social, ce qui veut dire que les pays où l'on dépense le plus en R-D sont les États-Unis, le Royaume-Uni, la France, l'Allemagne, le Japon et la Suisse. Ce sont les pays où se situent à peu près 90 p. 100 des grandes sociétés pharmaceutiques, et ce sont ces pays-là qui reçoivent les dépenses en R-D.

Il serait évidemment utile aux scientifiques canadiens d'avoir accès à davantage de financement pour la recherche médicale. Il y a, cependant, quelques questions qu'il faut garder à l'esprit lorsqu'on cherche à encourager les sociétés pharmaceutiques à financer davantage la R-D. La principale question consiste à savoir où les investissements seront faits et dans quel genre de recherches, et bien que la recherche dans les produits pharmaceutiques est manifestement souhaitable, c'est généralement la seule chose dans laquelle les sociétés pharmaceutiques investiront. Cela veut dire que plusieurs domaines de soins de santé ne recevraient aucun financement.

À titre d'exemple, dans le cas des maladies transmises sexuellement entre adolescents, si on voulait faire une recherche sur l'emploi d'un antibiotique dans leur traitement, on aurait probablement aucun problème à obtenir du financement auprès d'une société pharmaceutique. Mais si on s'intéressait à changer le comportement sexuel des adolescents pour que la transmission de maladies n'ait pas lieu du tout, il n'y a aucun produit commercial auquel cette recherche-là pourrait mener, et donc les sociétés pharmaceutiques ne seraient pas susceptibles d'y investir.

Oui, on aimerait que les sociétés pharmaceutiques investissent davantage, mais il faut reconnaître que la recherche suivra l'argent, et en l'absence d'un financement public adéquat pour la recherche, d'importantes questions ne seront jamais posées, puisqu'il n'y a aucun financement permettant d'y répondre.

La présidente: Avez-vous une autre question?

[Français]

M. Marcel Gagnon: Non, merci.

[Traduction]

La présidente: J'aimerais vous poser une question, monsieur Lexchin.

Comme je l'ai dit pour commencer, nous espérons que tous les membres du comité sur la santé seront réélus, et nous espérons qu'ils vont tous revenir à ce comité afin que nous puissions faire progresser cette étude. Comme l'a fait remarquer Mme Crowder, si nous arrivons à corriger la procédure d'homologation des médicaments et la surveillance après la mise sur le marché, et à encadrer les activités des sociétés pharmaceutiques — nous sommes très ambitieux au sein de ce comité, comme vous pouvez le constater — ce serait extrêmement important, je crois, pour la santé des Canadiens.

Pendant que vous êtes encore là, nous aurons sans doute besoin de quelqu'un qui, à mon avis, soit expert juridique en matière de protection des données, de brevets, etc., et qui s'intéresse à la santé. Je me demande si votre groupe a déjà rencontré ou embauché une telle personne pour vous conseiller, puisqu'il y a tellement de domaines que nous aimerions éclairer mais auxquels nous n'avons pas accès à cause de renseignements brevetés qui ne nous sont pas disponibles.

• (1025)

M. Joel Lexchin: Malgré que le Medical Reform Group soit composé de médecins, il est relativement pauvre, donc nous n'avons jamais retenu les services d'un avocat. Néanmoins, diverses autres organisations ont embauché des avocats ou comptent parmi leurs membres des avocats qui se spécialisent dans ces domaines.

La présidente: Pourriez-vous nous donner quelques noms?

M. Joel Lexchin: Il y a des avocats qui travaillent pour Médecins Sans Frontières. Ils essaient d'utiliser la Loi de l'engagement de Jean Chrétien envers l'Afrique pour obtenir des médicaments qui pourraient être exportés aux pays du tiers monde. Il y a aussi un organisme qui s'appelle Le Réseau juridique canadien VIH/SIDA, qui est un organisme composé d'avocats. Bien qu'il s'occupe uniquement des médicaments pour le VIH et le SIDA, leur expertise englobe les questions générales liées aux brevets.

La présidente: En tant que groupe, nous n'avons pas beaucoup d'argent non plus, mais heureusement, nous pouvons demander à l'avocat le mieux payé en ville de venir nous aider. D'habitude, c'est le devoir civique qui les inspire, et c'est formidable. Voilà pourquoi nous aimons recevoir des suggestions de personnes comme vous. Voilà pourquoi nous vous accueillons. Les plus grands experts du pays nous sont disponibles, et nous en sommes très reconnaissants. Nous vous savons gré d'être venu aujourd'hui.

Êtes-vous arrivé hier soir?

M. Joel Lexchin: Je suis arrivé avant la neige, oui.

La présidente: Chanceux. Maintenant vous devez rentrer chez vous, ce qui risque de ne pas être évident.

De toute façon, merci beaucoup, et j'espère que cette séance incitera le prochain comité, quelle que soit sa composition, à continuer le travail.

Merci beaucoup.

M. Joel Lexchin: Merci beaucoup d'avoir accepté de m'entendre.

La présidente: De rien.

La séance est levée.

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.