



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

43^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 043

Le vendredi 11 juin 2021

Président : M. Ron McKinnon



Comité permanent de la santé

Le vendredi 11 juin 2021

• (1305)

[Traduction]

Le président (M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.)): La séance est ouverte.

Soyez toutes et tous les bienvenus à la réunion 43 du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Le Comité se réunit aujourd'hui pour étudier la situation d'urgence à laquelle les Canadiens font face avec la pandémie de COVID-19.

J'aimerais accueillir les témoins.

Comparaissant à titre personnel, nous avons Mme Jillian Kohler, professeure, Faculté de pharmacie Leslie Dan de l'Université de Toronto. Comparaissant également à titre personnel, nous avons M. Yannick Labrie, économiste de la santé.

M. Labrie sera des nôtres dans les deux groupes. Je crois savoir qu'il parlera, en fait, du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.

Nous avons, de la Fondation Dan's Legacy, Mme Barbara Coates, directrice exécutive, et M. Tom Littlewood, psychologue et directeur des programmes.

J'inviterai maintenant les témoins à présenter brièvement leurs observations.

Avant cela, toutefois, je ferai remarquer que j'ai des cartons — des cartons magiques. Je montrerai le carton jaune quand il vous restera à peu près une minute de temps de parole et le carton rouge quand votre temps de parole sera terminé. Quand vous voyez le carton rouge, vous n'avez pas à vous arrêter instantanément, mais essayez de conclure.

Cela étant dit, nous commencerons par Mme Kohler.

Madame Kohler, vous avez la parole, Vous disposez de cinq minutes.

Mme Jillian Kohler (professeure, Leslie Dan Faculty of Pharmacy, University of Toronto, à titre personnel): Je vous remercie.

Mesdames et messieurs les députés, je vous remercie de me donner l'occasion de parler aujourd'hui,

Je parlerai essentiellement des conséquences pour les Canadiens du manque de transparence et de reddition de comptes dans l'approvisionnement en vaccins contre la COVID. La pandémie de COVID-19 a amplifié le rôle capital des gouvernements pour ce qui est de garantir l'accès de leurs populations à des vaccins sûrs et efficaces.

Le déploiement des vaccins contre la COVID-19 montre toute l'importance de la transparence. Les fonds publics considérables investis dans le processus de recherche-développement, le besoin urgent pour tous les pays d'avoir des vaccins et la nécessité de renforcer la confiance du public à leur égard sont autant de raisons pour lesquelles nous avons besoin de transparence. Qui plus est, des fonds publics ont financé en partie la mise au point des vaccins contre la COVID-19, ce qui confère à la population mondiale un droit à beaucoup de transparence au sujet de leur achat.

Les vaccins contre la COVID-19 sont un bien public mondial. Ils peuvent aider tout le monde, partout.

Quand l'information sur l'approvisionnement en vaccins et sur leur déploiement n'est pas publique, la population n'est pas informée, ce qui crée un terrain propice à la méfiance du public à leur égard et peut contribuer à une hésitation à se faire vacciner, en plus de favoriser la propagation d'informations erronées.

L'opacité de la déclaration des effets indésirables relevés dans les essais cliniques peut également contribuer à une hésitation à se faire vacciner. D'après un récent sondage mondial de Gallup, cette hésitation fait qu'environ 32 % de la population mondiale est réticente à l'idée de se faire vacciner. C'est un coup dur porté aux efforts que nous déployons pour venir à bout de cette pandémie.

Seule la communication fréquente et claire de données probantes peut contrer l'incertitude et la désinformation. Plus cette communication se fait, plus nous avons de chances de susciter la confiance du public et de renforcer la campagne de vaccination.

Dans « For Whose Benefit? », une étude récente à laquelle mon équipe a participé avec des collègues de Transparency International UK, nous constatons que le Canada s'en sort relativement bien pour ce qui est de publier les rapports d'essais cliniques. Cependant, le Canada participe également à la tendance alarmante des gouvernements à censurer des détails clés dans leurs commandes aux sociétés pharmaceutiques ou à ne pas les publier du tout. Cela crée, à juste titre, l'apparence de pouvoir asymétrique entre les représentants de ces sociétés et les autorités publiques.

En temps normal, l'approvisionnement est une fonction gouvernementale où le risque de corruption est le plus élevé. Dans des situations d'urgence, ces risques sont amplifiés en raison de la nécessité d'agir vite et de faire preuve de souplesse. Il n'y a pas de temps à perdre. C'est pourquoi des processus d'approvisionnement en situation d'urgence publique transparents et responsables sont essentiels pendant une pandémie.

La responsabilité aide à faire en sorte que l'institution concernée réponde à celles et ceux qui sont touchés par les décisions ou les mesures qu'elle prend. Elle peut aussi réduire le risque d'abus, garantir la conformité aux normes et aux procédures, et améliorer le rendement et l'apprentissage organisationnel. Les institutions doivent expliquer et justifier leurs résultats aux surveillants ou aux intervenants internes et externes et, quand le rendement n'est pas à la hauteur, nous devons le leur faire savoir.

Nous avons été témoins d'un déficit de transparence et de responsabilité de la part du gouvernement canadien, notamment en ce qui a trait aux négociations et aux accords d'achat conclus avec les sociétés pharmaceutiques. Plus de transparence permettra au public de savoir quels ont été les prix payés. Elle permettra de prendre des décisions plus éclairées et elle peut, avec le temps, aboutir à un meilleur pouvoir d'achat pour négocier les prix avec les fournisseurs. La transparence des données relatives aux prix peut mettre en évidence des tendances et des aberrations, comme des trop-payés, des dessous-de-table, etc.

Les systèmes d'approvisionnement sans mécanismes de transparence et de reddition de comptes créent un réel risque en ce qui concerne la crédibilité et la confiance dans le processus.

Nous savons que cette pandémie ne se terminera que lorsque nous serons tous en sécurité. Autrement dit, les Canadiens doivent se préoccuper non seulement de leur propre approvisionnement en vaccins, mais aussi de celui d'autres pays, non seulement pour des raisons sanitaires, mais aussi pour des raisons humanitaires.

Nous avons affaire à l'industrie pharmaceutique, qui est souvent secrète afin de protéger ses intérêts commerciaux. Cela n'a jamais été acceptable. Comme le dit le proverbe, à quelque chose malheur est bon. La pandémie mondiale est l'occasion pour le gouvernement du Canada d'insister pour que l'industrie pharmaceutique se montre transparente, ce qui lui permettra de renforcer sa propre reddition de comptes aux Canadiens. Il doit dire combien il paie, ce qu'il négocie et pourquoi, afin de renforcer la confiance du public, notamment dans notre approvisionnement en vaccins contre la COVID-19.

Au début, avant que Santé Canada autorise quelque vaccin que ce soit contre la COVID, le gouvernement fédéral a acheté plus de doses qu'il n'en faut pour la population canadienne. Dans notre étude, nous avons constaté que le Canada a 11 accords en place, ce qui représente environ 16,33 doses par personne. En comparaison, les États-Unis ont 8 accords au total, soit environ 10,2 doses par personne.

Au Canada, nous avons cette abondance, mais les fabricants n'ont pas respecté les calendriers de livraison. Résultat, l'approvisionnement était irrégulier et incertain au premier trimestre de 2021, ce qui a été source d'exaspération et de peur chez les Canadiens.

Même si le gouvernement a conclu avec les fabricants des accords sur des quantités nettement supérieures aux besoins de la population, il s'est aussi servi dans COVAX, autrement dit l'initiative multilatérale destinée à aider à garantir un accès équitable aux vaccins contre la COVID dans le monde entier. La réputation de chef de file mondial en matière de santé du Canada est maintenant remise en question, car il se tourne vers COVAX, alors que la majorité des pays à faible revenu continuent d'avoir du mal à se procurer suffisamment de vaccins pour vacciner leurs travailleurs de la santé.

Je conclurai en disant qu'il est essentiel d'intégrer de meilleures mesures de transparence et de reddition de comptes dans nos accords avec l'industrie pharmaceutique, si nous voulons gagner la confiance du public. Le Canada a la possibilité à l'heure actuelle de promouvoir la transparence des prix, de devenir un chef de file mondial de la transparence des essais cliniques et aussi de publier toute l'information relative aux négociations sur les vaccins avec les fournisseurs.

Je vous remercie de votre attention.

• (1310)

Le président: Je vous remercie, madame.

[Français]

Monsieur Labrie, vous avez la parole pour cinq minutes.

M. Yanick Labrie (économiste de la santé, à titre personnel):
Je vous remercie, monsieur le président.

Bonjour, tout le monde.

D'abord, je tiens à remercier les membres du Comité permanent de la santé de me donner l'occasion de témoigner aujourd'hui, à titre personnel, au sujet des changements réglementaires envisagés par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, ou CEPMB.

Je m'appelle Yanick Labrie. Je suis économiste de la santé. J'ai enseigné l'économie dans divers collèges et universités du Québec. Au cours des 15 dernières années, j'ai réalisé, pour le compte de plusieurs centres de recherche, plus d'une trentaine d'études portant sur des enjeux liés précisément aux politiques pharmaceutiques. Ma présentation d'aujourd'hui s'inspire en grande partie des recherches que j'ai menées et qui ont été publiées au cours des dernières années.

En mars 2020, le directeur exécutif du CEPMB affirmait que le resserrement des contrôles de prix envisagé n'aurait pas d'effet négatif sur les investissements en recherche-développement ni sur les lancements de médicaments au Canada. Il s'agit d'une affirmation pour le moins surprenante, qui est contredite à la fois par la théorie économique et par la littérature empirique sur le sujet.

D'abord, la théorie économique et l'expérience nous apprennent que les compagnies pharmaceutiques classent les projets d'investissement potentiels par ordre décroissant quant au taux de rendement attendu de chaque projet. Évidemment, dans un contexte de resserrement des contrôles de prix, où augmente l'incertitude entourant les projets de recherche-développement alors que diminuent les profits anticipés, il est manifeste que l'on devrait s'attendre à une baisse des investissements en recherche-développement pharmaceutique au Canada, si le CEPMB décidait de mettre en œuvre sa réforme réglementaire. C'est tout l'écosystème des sciences de la vie au pays, particulièrement dans les provinces du Québec et de l'Ontario, qui serait touché.

De plus, il ne fait aucun doute que les compagnies pharmaceutiques auront tendance à donner la priorité au lancement de leurs médicaments dans les pays où les profits anticipés seront potentiellement les plus élevés. Dans la mesure où les contrôles de prix plus stricts feront baisser les profits anticipés des compagnies, on verra diminuer l'incitation à donner la priorité au marché canadien, relativement petit à l'échelle mondiale, en ce qui concerne le lancement des nouveaux médicaments.

Ces prédictions ne sont pas que théoriques. L'an dernier, j'ai effectué une revue exhaustive de la littérature scientifique au sujet des liens qui existent entre la réglementation des prix, les investissements pharmaceutiques en recherche-développement et l'accès aux médicaments. Cette étude révisée par les pairs a été publiée dans la revue *Canadian Health Policy* en juin 2020. Parmi les 49 études universitaires recensées, seulement quatre n'ont pas pu établir de lien significatif entre les contrôles de prix et les retards de lancement de nouveaux médicaments, et une seule n'a pas trouvé de preuve voulant que ces contrôles de prix réduisent les dépenses en recherche-développement pharmaceutique. Les 44 autres études ont toutes montré que les politiques entourant les contrôles de prix découragent les investissements en recherche-développement et retardent ou retardent les lancements de médicaments dans les pays qui les imposent. Les petits marchés pour les compagnies pharmaceutiques, comme celui du Canada, sont particulièrement à risque de voir la commercialisation des nouveaux médicaments être retardée.

Il faut aussi comprendre que des lancements plus tardifs de médicaments génèrent des coûts d'un point de vue sociétal, puisqu'ils empêchent de nombreux patients d'en tirer plus rapidement les bénéfices sur le plan de la santé. Non seulement ces retards font augmenter les risques de complications et de mortalité précoce, mais ils ont également des effets négatifs sur la qualité de vie des patients. Ils alourdissent aussi le fardeau économique que doivent supporter très souvent les patients durant l'attente d'un médicament plus efficace.

Entre 2009 et 2018, il a fallu en moyenne 690 jours, soit près de deux ans, avant que les gouvernements provinciaux n'acceptent de couvrir les nouveaux médicaments approuvés pour la commercialisation au Canada. Malheureusement, le resserrement de la réglementation des prix qui est envisagé par le CEPMB risque de nuire grandement à l'innovation pharmaceutique et de contraindre les patients à se priver de médicaments dont ils ont besoin ou à attendre encore plus longtemps avant d'y avoir accès.

Les changements réglementaires proposés par le CEPMB s'appuient sur l'idée que l'arrivée grandissante de médicaments onéreux, au cours des dernières années, viendrait compromettre la capacité des régimes d'assurance à supporter les dépenses accrues qui y seraient associées. Or, les données qu'a publiées l'Institut canadien d'information sur la santé sur l'évolution des dépenses totales de médicaments prescrits ces 10 dernières années montrent que ce n'est pas du tout le cas.

En fait, malgré l'arrivée croissante de médicaments plus onéreux au Canada, on assiste depuis plusieurs années à un ralentissement de la croissance des dépenses pharmaceutiques totales, y compris les services de distribution et de pharmacie. Si l'on tient compte de l'inflation, les dépenses réelles de médicaments par habitant ont connu une croissance nulle au Canada depuis 2010.

• (1315)

Les autres catégories principales de dépenses de santé ont toutes progressé à un rythme plus rapide que les dépenses de médicaments prescrits ces 10 dernières années. En 2019, la part des dépenses de médicaments prescrits représentait 13 % des dépenses totales de santé au Canada, un pourcentage qui décline depuis 2010. De plus, la part du PIB consacrée aux dépenses de médicaments prescrits diminue également au pays. Ces dépenses sont passées de 1,7 % en 2010 à 1,5 % en 2019.

Comme elles ne tiennent pas compte des rabais confidentiels obtenus par les régimes d'assurance-médicaments des provinces et du fédéral ainsi que par les régimes privés, ces dépenses pharmaceutiques tendent, dans les faits, à être surestimées.

En conclusion, je ne recommande pas aux membres du Comité permanent de la santé d'appuyer les changements réglementaires envisagés par le CEPMB. Contrairement à ce que l'on entend dire fréquemment, les dépenses en médicaments et en services pharmaceutiques ne sont pas hors de contrôle au Canada. Depuis 2010, les dépenses en médicaments prescrits comptent pour une part de plus en plus petite de l'économie et du budget de la santé du Canada.

Le resserrement de la réglementation des prix qui est envisagé par le CEPMB risque fort d'entraîner des conséquences négatives pour la population canadienne. Il aura pour effet non seulement de retarder le lancement de nouveaux médicaments au Canada ou d'en réduire le nombre, mais aussi de décourager les investissements en recherche-développement, qui sont pourtant indispensables pour assurer le développement et la disponibilité de nouveaux médicaments pour les Canadiens dans l'avenir.

Je vous remercie de votre attention.

Le président: Merci, monsieur Labrie.

[Traduction]

Nous passons maintenant à la Fondation Dan's Legacy, en commençant par Mme Coates.

Madame Coates, vous avez la parole.

Mme Barbara Coates (directrice exécutive, Fondation Dan's Legacy): Je vous remercie, monsieur McKinnon.

Bonjour, mesdames et messieurs. Je m'appelle Barbara Coates. Je suis directrice exécutive de la Fondation Dan's Legacy. Je suis accompagnée aujourd'hui de mon collègue, Tom Littlewood. Nous vous remercions de votre invitation à comparaître devant le Comité.

Je suis avec vous par Zoom depuis Delta, en Colombie-Britannique, qui se trouve sur le territoire ancestral non cédé des Premières Nations de Tsawwassen et Musqueam. M. Littlewood est des nôtres depuis Coquitlam, dans la circonscription de M. McKinnon, c'est-à-dire sur le territoire ancestral non cédé de la Première Nation Kwikwetlem.

Mon collègue, M. Littlewood, qui est psychologue, a plus de 45 ans d'expérience auprès des jeunes à risque dans la collectivité et nous sommes ici aujourd'hui afin de vous offrir nos deux témoignages sur l'incidence de la pandémie de coronavirus sur la crise des opioïdes dans la région métropolitaine de Vancouver et de vous présenter nos recommandations en matière de solutions pour la réduction des méfaits.

Je vais céder la parole à M. Littlewood.

Je vous remercie.

M. Tom Littlewood (psychologue et directeur des programmes, Fondation Dan's Legacy): Je vous remercie, madame Coates.

En ce qui concerne la COVID-19 et ses répercussions sur la santé mentale, les surdoses, les comportements autodestructeurs et les épisodes de psychose ont augmenté de 50 % chez nos jeunes clients. Nous servons environ 300 clients par an actuellement, et ce chiffre est sur le point de doubler. Les hospitalisations, pour ces raisons, coûtent de 1 500 \$ à 2 500 \$ par jour, au minimum.

Nombreux sont ceux qui souffrent d'anxiété et de dépression. Ces problèmes de santé mentale paralysent les jeunes, en poussant beaucoup à se cloîtrer dans leur chambre ou leur appartement en sous-sol.

La crise des opioïdes s'est aggravée pendant la pandémie de COVID-19. Nous prévoyons que la situation ne fera qu'empirer, car des milliers de jeunes sont sur le point de former la prochaine vague de toxicomanie qui déferlera dans nos rues.

Tous les ans, un millier de jeunes n'ont plus accès aux services à l'enfance en raison de leur âge et un millier d'autres se retrouvent à la rue, car ils fuient des foyers dysfonctionnels. Plus de 60 % des jeunes qui n'ont plus accès aux services à l'enfance en raison de leur âge sombreront dans la toxicomanie pour oublier leur douleur psychologique.

Cependant, il y a une période critique, entre 15 et 25 ans, où ces jeunes demandent généralement de l'aide. Si une thérapie tenant compte des traumatismes leur est offerte gratuitement et sans liste d'attente, 75 % d'entre eux y répondront et réussiront à l'école et au travail, se désintoxiqueront, trouveront un logement et suivront une formation professionnelle. Il est possible de les faire dévier de la trajectoire qui les conduit à l'itinérance, à une toxicomanie bien ancrée, aux surdoses et au suicide, et de les amener vers une vie qu'ils seront heureux de vivre.

Les premiers effets des traumatismes passés, qui comprennent la violence physique, mentale et sexuelle, la pauvreté et le traumatisme intergénérationnel subi par nos clients autochtones, s'expriment normalement, pour commencer, par de l'anxiété, de la dépression, des troubles de l'alimentation et du sommeil, et un comportement d'automédication.

Notre intervention thérapeutique de quatre mois de counselling tenant compte des traumatismes coûte environ 2 500 \$. Une fois que les jeunes sombrent dans la toxicomanie, le coût pour la collectivité s'élève à des millions de dollars, si l'on tient compte des services de police, des premiers intervenants, des hôpitaux, du système correctionnel, etc. Ce qui ne prend pas du tout en compte ce que le toxicomane doit voler, ou les prestations sexuelles qu'il vend pour avoir de quoi acheter les drogues dont il a besoin.

La prévention des méfaits, plus particulièrement la thérapie tenant compte des traumatismes, peut détourner les jeunes de la toxicomanie et de l'itinérance, ce qui non seulement sauve de précieuses vies, mais fait aussi économiser des millions de dollars à la collectivité.

La désintoxication qui tient compte des traumatismes est une nouvelle idée qui est encore controversée. Au lieu des programmes de désintoxication par l'abstinence en 12 étapes, qui ne sont pas des pratiques exemplaires pour les jeunes, surtout en ce qui concerne la dépendance aux opioïdes, la désintoxication qui tient compte des traumatismes fait intervenir un médecin, un thérapeute et un client qui passent un contrat aux termes duquel le médecin prescrit au client un produit de substitution aux opioïdes pendant qu'il suit des séances de counselling post-traumatique.

Dans le travail avec un thérapeute, qui dure généralement quatre mois, le client commence par apprendre des techniques d'autorégulation. Ensuite vient le travail de counselling post-traumatique, afin d'aider le jeune à mieux comprendre les traumatismes qu'il a subis.

Une fois le travail sur les traumatismes terminé, le client n'a plus besoin de s'automédiquer pour oublier la douleur psychologique et c'est alors qu'intervient le médecin pour fournir quelque chose comme du suboxone, qui est un produit de substitution aux opioïdes, afin de l'aider à ne pas faire de crises de manque.

Cette approche est nouvelle et controversée, mais elle devient un modèle de pratique exemplaire pour les jeunes dépendants aux opioïdes. On étudie aussi la possibilité d'utiliser des stimulants prescrits en remplacement de drogues illicites comme le crack ou la méthamphétamine.

La crise des opioïdes et la crise des surdoses ont pour effet secondaire un nombre croissant de lésions cérébrales irréversibles causées en ramenant quelqu'un au moyen du narcan ou de la naloxone. Certains jeunes se vantent du nombre de fois où ils ont récupéré en utilisant de la naloxone. Cependant, en tant que thérapeutes, nous voyons la détérioration progressive des facultés cognitives après plusieurs utilisations de naloxone à la suite de plusieurs surdoses.

Je proposerai, en ce qui a trait à la réduction des méfaits, de mettre en place un programme d'exonération du remboursement de la PCU pour les jeunes qui suivent pendant une année une désintoxication, font des études, travaillent ou acquièrent une formation. L'argent s'est envolé. Vous ne le récupérez pas. Ces jeunes ne l'ont pas, mais cette obligation de remboursement créera un obstacle insurmontable pour eux et en poussera des milliers à abandonner et à retourner dans l'anonymat de la rue, ce qui les conduira plus vite à la toxicomanie et à l'itinérance. J'ai connu un jeune qui s'est suicidé parce qu'il se retrouvait avec 1 000 \$ d'amendes attrapées dans les transports en commun, amendes qui doivent être réglées quand le contrevenant passe son premier permis de conduire. Imaginez le chaos que ce sera quand des milliers de jeunes se verront demander de rembourser les milliers de dollars qu'ils ont reçus frauduleusement au titre de la PCU.

• (1320)

Pour résumer, notre objectif est de prendre une longueur d'avance sur la COVID-19 et sur la crise des opioïdes en employant des stratégies de réduction des méfaits s'appuyant sur la thérapie tenant compte des traumatismes, la formation et la désintoxication.

Je vous remercie.

Le président: Merci à vous tous.

Nous allons commencer nos questions par Mme Rempel Garner.

Madame Rempel Garner, vous avez la parole pour six minutes. Allez-y.

L'hon. Michelle Rempel Garner (Calgary Nose Hill, PCC): Je vous remercie, monsieur le président.

Mes questions seront pour Mme Kohler.

Madame Kohler, le Comité a beaucoup de mal à obtenir des détails sur les contrats que le gouvernement fédéral a signés avec les fabricants de vaccins. Je ne pense pas, par exemple, que le Canada ait reçu la moindre dose du vaccin d'AztraZeneca, malgré nos contrats bilatéraux.

D'après votre étude, y a-t-il une raison pour laquelle les parlementaires ne devraient pas avoir accès à ces renseignements?

Mme Jillian Kohler: Je répondrai simplement qu'il ne devrait y avoir absolument aucune raison pour laquelle vous ne pouvez pas obtenir ces renseignements. Comme je le disais — et j'ai dû écourter mon exposé —, le public et ses représentants au Parlement doivent savoir.

Ce qui était intéressant, c'est que notre étude portait sur le monde entier, mais nous avons découvert qu'il est très difficile d'accéder à ces contrats. Encore une fois, ne me citez pas — je peux vous donner les bons chiffres —, mais je crois que nous en avons étudié environ 182. Nous n'avons pu obtenir de bons renseignements que pour...

• (1325)

Le président: Madame Kohler, pourriez-vous relever votre micro, s'il vous plaît?

Mme Jillian Kohler: Excusez-moi. J'utilise mon propre microphone. Est-ce mieux ainsi?

Même dans les contrats que nous avons trouvés, il y avait beaucoup de caviardage. Même s'ils sont rendus publics, souvent, l'information est limitée. Je veux dire en règle générale.

En fait, il s'agit, selon moi, d'une décision politique. Le gouvernement ne cherche pas à imposer à ses fournisseurs des contrats qui soient transparents.

Par ailleurs, je tiens à souligner que le Canada, comme nous le savons tous, a fait auprès des fournisseurs des achats anticipés bien plus importants que ceux de pratiquement tout autre pays.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Puis-je intervenir?

Pensez-vous que cela tient au fait qu'il s'y est pris tard? J'ai travaillé dans ce milieu et c'est la seule raison que je puisse trouver.

Mme Jillian Kohler: Là encore, je me range à votre opinion.

Je dirai, toutefois, que cela donne en fait au Canada un grand pouvoir de négociation. Quand nous achetons autant de doses, nous pouvons nous en prévaloir pour imposer la transparence.

L'hon. Michelle Rempel Garner: Je suis désolée de vous interrompre, mais mon temps de parole est très limité.

J'ai lu certains de vos travaux et je sais que vous travaillez beaucoup sur la lutte contre la corruption et sur la reddition de comptes. Selon vous, qu'est-ce qui a pu mal tourner entre CanSino et le gouvernement fédéral dans ce contrat de vaccins?

Mme Jillian Kohler: C'est une grande question. Je suis d'avis que nous parlons là de questions encore plus grandes. Nous parlons des affaires étrangères, de géopolitique. Je ne crois donc pas que nous puissions considérer qu'il s'agit d'un simple contrat entre le gouvernement canadien et un fournisseur. Il s'agit plus du contexte politique international. C'est sous cet angle-là qu'il faut le voir.

L'hon. Michelle Rempel Garner: En ce moment, le Comité examine également, dans le contexte de la réforme du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, le CEPMB, et de l'accès aux vaccins, le concept du rôle du gouvernement et ce que le gouvernement fait pour soutenir la recherche, notamment pharmaceutique, en particulier dans le secteur privé au Canada, et quelle devrait être la contrepartie.

En quelques points, en 30 secondes ou moins, quels sont les types de subventions que le gouvernement devrait donner au sec-

teur pharmaceutique en ce moment, en incluant les cadres de protection de la propriété intellectuelle?

Mme Jillian Kohler: Je vais parler de ce que je connais, à savoir la propriété intellectuelle. Je ne suis pas économiste, mais spécialiste des sciences politiques.

Je dirai que nous n'avons pas besoin de protéger la propriété intellectuelle. En fait, nous devons surtout repenser le modèle de propriété intellectuelle. C'est un de nos principaux problèmes en ce qui concerne l'accès aux vaccins contre la COVID-19. Nous avons vu que, depuis longtemps, les États-Unis disent que nous devrions renoncer aux droits de propriété intellectuelle.

Je dirai que nous devons négocier autrement avec l'industrie. Les temps ont changé, nous faisons face à des crises plus importantes et les bonnes vieilles méthodes ne fonctionnent pas. Cela ne répond pas directement à votre question, mais j'espère que...

L'hon. Michelle Rempel Garner: Non, non, c'est bon. Je pense que nous devons parler des droits de propriété intellectuelle dans un contexte plus général en l'occurrence.

À ce propos, je sais que les traitements pour les maladies infectieuses et la mise au point de vaccins se situent normalement en bas de la liste des priorités de développement des sociétés pharmaceutiques. Quelles sont les mesures incitatives et pourquoi? Est-ce que c'est notre modèle de protection de la propriété intellectuelle ou autre chose?

Mme Jillian Kohler: À vrai dire, cela dépend du marché. L'industrie sera la première à dire qu'elle investira là où il y a des marchés et là où les bénéfices sont les plus élevés.

Je sais que cela peut paraître extrême, mais je travaille dans ce domaine depuis 25 ans comme spécialiste des politiques et comme universitaire. J'étudie donc de nombreuses facettes du sujet. En réalité, nous ne pouvons pas compter sur l'industrie pour qu'elle réponde à tous nos besoins. Il faut repenser le rôle du gouvernement...

L'hon. Michelle Rempel Garner: J'ai une dernière question. Je suis désolée. J'aimerais que vous déposiez vos recommandations au Comité.

C'est un autre sujet, mais connexe. L'application de notification Alerte COVID n'a été téléchargée que quelques millions de fois. D'après un expert, c'est ridiculement peu, mais beaucoup de ressources gouvernementales y sont rattachées.

Vous parlez de rentabilité. Pensez-vous que c'est une bonne idée d'accorder maintenant des ressources supplémentaires pour cette application? C'est un autre sujet sur lequel se penche le Comité par rapport au Budget supplémentaire des dépenses.

Mme Jillian Kohler: Pas du tout. Dans le monde du développement, nous examinons la rentabilité et nous cherchons à maximiser l'investissement. Si l'investissement n'est pas rentable et qu'il ne donne pas de résultat, les ressources doivent aller ailleurs. Peut-être s'agit-il plus de stratégies d'éducation et d'information en matière de santé publique, etc.

Pour ce qui est des recommandations, nous devrions renoncer aux droits de propriété intellectuelle, totalement. C'est probablement ma principale recommandation et celle à propos de laquelle je suis le plus passionnée.

• (1330)

L'hon. Michelle Rempel Garner: Je vous remercie.

Le président: Je vous remercie, madame Rempel Garner.

Nous allons passer au Dr Powlowski.

Docteur Powlowski, vous avez la parole pour six minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Ma question est également pour Mme Kohler. Permettez-moi de vous dire d'abord que je suis tout à fait d'accord pour ce qui est de renoncer aux droits de propriété intellectuelle sur les vaccins pour que les pays en développement y aient plus facilement accès.

Je voulais faire un commentaire ou vous interroger sur votre article paru dans le *Globe and Mail* en février, qui était intitulé « Developing countries won't forget Canada's 'me-first' approach to vaccines » et où vous parliez d'une approche ethnocentrique des vaccins.

Un article vient de paraître dans le *Globe*, je crois, d'après lequel nous nous engageons à donner 100 millions de doses aux pays en développement. Je pense que nous comprenons que nous sommes un des plus gros donateurs de COVAX.

Il s'agit de savoir quand nous allons commencer à envoyer ces doses de vaccin. Voici ma question. Je suis député de Thunder Bay—Rainy River. J'ai une obligation envers mes concitoyens. J'ai travaillé pendant sept ans dans des pays en développement pour 1 000 \$ par mois, alors que j'aurais évidemment pu gagner beaucoup plus d'argent ici. Mes enfants ont attrapé la malaria, moi aussi, et mes enfants ont eu la dengue, mais je crois absolument que l'égalité mondiale en matière de soins de santé devrait être un des principaux objectifs de notre société.

Cela dit, si nous préconisons de commencer à donner des doses de vaccin maintenant, alors que les Canadiens ne sont pas complètement vaccinés... Par exemple, mes parents, qui sont octogénaires, ont seulement reçu une dose. Si nous sommes infectés par le variant delta, apparemment, une seule dose ne réduit le risque de maladie symptomatique que de 33 %. Ce n'est pas bon.

Que pouvez-vous nous dire, à nous parlementaires? Comment devrions-nous concilier ces deux considérations importantes et le fait que des personnes dans ma circonscription diraient probablement qu'elles sont d'accord pour donner ces vaccins, mais qu'il faut d'abord protéger sa propre population?

Mme Jillian Kohler: Je vous remercie. C'est un très bon commentaire.

Je vais revenir en arrière. Le monde a changé depuis que j'ai écrit mon éditorial.

Je ne pense pas que ce devrait être ou nous ou eux. Je tiens à être très claire à ce sujet. Bien entendu, je ne veux pas être accusée de dire que j'essaie de priver les Canadiens de vaccins, car il n'en est évidemment rien. Encore une fois, je ne pense pas que ce devrait être ou nous ou eux. C'est mon principal argument. Nous sommes tous dans le même bateau. C'est un cliché, parce que ce n'est pas vraiment le cas, si vous regardez les inégalités. Mais prenons cette image pour cadre.

Tout en cherchant à faire vacciner tous les Canadiens, nous devons réfléchir à ce que nous pouvons faire pour aider, que ce soit avec des fonds, des fournitures médicales ou, lorsque c'est possible, en fournissant des doses, comme vous disiez. Le *Globe and Mail* vient d'en parler. Je l'ai vu ce matin aussi, et j'en suis évidemment très heureuse.

Je crois que nous devons regarder les choses autrement, sans opposer les uns aux autres. La question est de savoir comment tous collaborer à ce sujet.

Comme le directeur général de l'OMS l'a plusieurs fois répété, nous avons affaire à une pandémie mondiale et, même si nous ne voyons pas la nécessité de répondre aux besoins d'autres pays, nous n'en sortirons jamais si tout le monde ne peut pas se faire vacciner. L'attention se porte ainsi sur la nécessité d'une plus grande équité en matière de vaccins, de médicaments et d'autres fournitures.

Je dirai que nous devons veiller à ne pas laisser croire que nous nous privons pour eux, car ce n'est pas la bonne approche. L'idée est plutôt de savoir comment nous pouvons aider au mieux et quand.

M. Marcus Powlowski: Ma deuxième question est également pour vous. Vous avez dit que notre approvisionnement en vaccins est irrégulier et incertain. Je suis député libéral. Je vais donc essayer de défendre notre position, même si je ne le fais pas toujours.

Je dirai toutefois que les fabricants de vaccins nous ont expliqué que les commandes de presque tous les pays sont trimestrielles et que c'est ainsi que cela fonctionne. Nous ne pouvions pas prévoir précisément si nous allions recevoir des vaccins en février ou mars, mais nous savions que nous en recevions une certaine quantité avant la fin mars. La plupart des producteurs de vaccins ont plus ou moins tenu leurs délais.

L'autre raison de l'incertitude, ce sont les difficultés de fabrication, comme lorsque Pfizer a dû réduire sa production pour réorganiser ses usines afin d'augmenter la production, ce qu'elle a vraiment fait.

Est-ce que cela explique au moins en partie l'incertitude et des aspects qui sont indépendants de notre volonté?

• (1335)

Mme Jillian Kohler: Ce que vous dites est juste et tout à fait vrai. La fabrication des vaccins est très complexe. Il y aura toujours des retards, mais cela renvoie à mon principal message sur le manque de transparence.

Ce que les Canadiens devaient savoir... Encore une fois, je ne pars pas du principe que tous les Canadiens étaient intéressés par les nuances ou les détails du système d'approvisionnement ou qu'ils voulaient les connaître. Cependant, ça n'a pas été clairement expliqué. Les gens avaient peur, ils s'inquiétaient. Mieux aurait valu les informer que tout ne se déroulerait pas forcément sans anicroche — qu'il y aurait des inconnues à régler et, peut-être, des problèmes de production, ce qui est arrivé.

Le message était que nous allions tous les recevoir à certaines dates, et ces annonces visaient à apaiser les craintes du public, mais en même temps, tout n'était pas dit. Le gouvernement n'a pas donné assez de détails sur ce qu'il faisait, comment et pourquoi. Encore une fois, en étant mieux informés, les Canadiens se seraient beaucoup moins inquiétés. Pour ne parler que de personnes que je connais et de ma propre expérience, savoir quand et comment nous recevions des vaccins était une vraie source de stress.

Heureusement, les choses vont mieux maintenant, mais les Canadiens ont fait face à beaucoup d'incertitude. Si nous y avons été préparés, peut-être que ça aurait été un peu plus facile. Je ne dis pas que ça l'aurait été totalement, mais un peu plus.

M. Marcus Powlowski: Je vous remercie.

Le président: Je vous remercie, docteur Powlowski.

[Français]

Nous passons maintenant à M. Thériault pour six minutes.

M. Luc Thériault (Montcalm, BQ): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je voudrais remercier l'ensemble des témoins de leurs témoignages aujourd'hui.

Nous, les parlementaires, sommes ici pour trouver des solutions et faire des recommandations. Vos propos sont très intéressants dans la perspective de solutions éventuelles.

Ma question s'adresse à M. Labrie.

Sur son site Internet, Santé Canada se vante de l'allègement réglementaire qu'il a mis en place pour pouvoir rendre le Canada attrayant en matière de recherche et d'essais cliniques sur les vaccins et les médicaments liés à la COVID-19. Cela me semble être en contradiction avec la réforme et le resserrement de la réglementation mis en avant par le CEPMB. En effet, plusieurs intervenants sont venus nous dire le contraire, c'est-à-dire que ce resserrement aurait un effet sur le lancement de nouveaux médicaments et sur les essais cliniques. J'ai voulu savoir s'il y aurait le même genre d'allègement réglementaire pour les autres maladies, et il semblerait que non. De plus, on ne reportera pas de nouveau l'entrée en vigueur de la réforme, prévue pour le 1^{er} juillet.

J'y vois donc une contradiction, dans la mesure où vous nous dites que cette réforme aura une incidence sur l'écosystème des sciences de la vie, sur la recherche-développement, de même que sur le lancement de nouveaux médicaments. Le CEPMB semble y aller à l'aveuglette. D'un côté, il nous dit que ces conséquences n'arriveront pas et que c'est de la frime. D'un autre côté, des témoins nous ont dit en comité qu'en cinq ans, le CEPMB n'avait fait aucune étude pour déterminer quels seraient les effets négatifs sur l'écosystème des sciences de la vie.

Que pensez-vous de cette omission, d'un point de vue méthodologique?

M. Yanick Labrie: Merci de la question, monsieur Thériault.

D'abord, vous avez tout à fait raison de soulever la contradiction; elle est évidente.

En fait, le CEPMB avoue, par ses agissements et son assouplissement réglementaire en matière de vaccins, que sa réforme va effectivement mener à des retards de lancement et à des difficultés. S'il était conséquent, il poursuivrait dans la même tendance et ferait la même chose, c'est-à-dire un resserrement des contrôles de prix pour les vaccins également. Vous avez tout à fait raison de dire que le fait qu'il les écarte en ce moment est contradictoire. Cela vient confirmer ce que j'avance.

Vous avez soulevé le fait que le CEPMB n'avait pas mené d'étude d'impact pour déterminer quelles conséquences la réforme réglementaire pourrait avoir sur l'écosystème des sciences de la vie. Vous avez tout à fait raison. Pour ma part, je n'ai pu mettre la main que sur une seule analyse très simple, je dirais même simpliste, à la limite. Il s'agit d'une analyse de corrélation qui comporte quelques variables et quelques pays, mais qui n'incorpore pas de facteurs de confusion. Or, il est extrêmement important en science d'avoir ce type d'études. Les économistes et les autres chercheurs en sciences sociales vous diront qu'il est très important, lorsqu'on mène ce

genre d'études, d'essayer d'évaluer non seulement la corrélation, mais aussi les liens de cause à effet. Il faut aussi des variables explicatives. Si on les omet, l'étude ne vaut à peu près rien.

Alors, je ne suis pas surpris qu'il n'y ait pas eu d'étude d'impact. L'étude sur laquelle j'ai pu mettre la main est très peu rigoureuse pour une entité publique comme le CEPMB.

• (1340)

M. Luc Thériault: Vous avez parlé tout à l'heure de 44 études qui démontrent le contraire de ce que prétend le CEPMB, lequel se fonde sur une méthodologie simpliste, selon vos propres mots.

J'ai souvent entendu des gens citer le contre-exemple de la Belgique, un pays où il y a beaucoup de recherche-développement et où les prix des médicaments sont bas.

Pourriez-vous m'expliquer ce contre-exemple? Est-il valable, d'après vous?

M. Yanick Labrie: En fait, cet exemple avait été évoqué dans les débats publics par des gens du CEPMB. C'est l'exemple de ce qu'il ne faut pas faire lorsqu'on veut faire valoir un argument en science. Cela relève de l'anecdote. On prend un pays qui convient bien, qui présente sous plusieurs points de vue ce qu'on veut démontrer, mais c'est une petite corrélation à deux pays. Vous conviendrez que l'échantillon est très faible. On a aussi écarté énormément de facteurs. Il peut y avoir beaucoup de facteurs omis, qui sont responsables du fait qu'il y a plus d'investissements en Belgique, par exemple.

On aurait pu présenter un contre-exemple, comme celui de la Suisse, où les prix sont plus élevés et où il y a un niveau extrêmement élevé de dépenses, d'investissements privés en recherche-développement pharmaceutique, ainsi qu'un accès extrêmement enviable, pour les Suisses, aux nouveaux médicaments.

Alors, ce genre d'exemple ne vaut pas grand-chose, en pratique, parce qu'il est anecdotique.

M. Luc Thériault: Vous nous avez dit que la croissance des dépenses de médicaments prescrits était maîtrisée au Canada. À cet égard, ce n'est vraiment pas le discours que tient le CEPMB avec [difficultés techniques]. Est-ce que vous remettez en question son analyse et ses chiffres?

M. Yanick Labrie: Tout à fait. Cela m'a surpris énormément. Quand je regarde les rapports annuels du CEPMB, je suis toujours surpris qu'on omette de tenir compte, par exemple, de l'inflation lorsqu'on présente des données chronologiques sur l'évolution des dépenses de médicaments. C'est une erreur d'amateur. En fait, on ne peut pas faire ce genre d'erreur quand on présente des données au grand public. On ne peut pas omettre non plus de tenir compte des changements démographiques et de la croissance de la population. C'est une autre erreur fréquemment commise. Évidemment, il faut avoir des analyses rigoureuses. C'est extrêmement important.

Lorsqu'on regarde factuellement les données qui proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé, qui est une entité parapublique, indépendante et sans parti pris, on constate que, si l'on tient compte de l'inflation et de la croissance de la population, il n'y a pas eu une hausse élevée des dépenses de médicaments prescrits. En fait, c'est la catégorie de dépenses de santé qui a augmenté le moins rapidement. C'est [difficultés techniques]. De plus, la principale raison pour laquelle il y a eu cette croissance des dépenses de médicaments, ce n'est pas une hausse des prix, mais bien une hausse de la consommation. Il y a une quantité plus grande de médicaments prescrits...

Le président: Excusez-moi, mais c'est déjà tout. Merci.

M. Yanick Labrie: Je vous remercie.

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Nous allons passer à M. Davies.

Monsieur Davies, vous avez la parole pour six minutes.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NDP): Je vous remercie.

Madame Kohler, la ministre fédérale chargée de l'approvisionnement, Anita Anand, a déclaré au Comité que les contrats de vaccins du Canada sont totalement assujettis à des clauses de confidentialité. Elle a même affirmé que les clauses de confidentialité elles-mêmes sont confidentielles.

Je veux simplement m'assurer de comprendre votre témoignage. Selon vous, donc, en négociant les contrats de vaccins dans le plus grand secret, le gouvernement ne sert pas l'intérêt public?

Mme Jillian Kohler: C'est exactement mon avis. Comme je l'ai dit, je me réfère à mes recherches. Le Canada était un petit élément dans un ensemble de pays que nous avons étudiés, y compris des pays de l'Union européenne, de même que le Brésil, les États-Unis, etc. En fait, nous devrions savoir quelles sont les clauses...

• (1345)

Le président: Madame Kohler, pourriez-vous lever votre micro?

Mme Jillian Kohler: Encore une fois, veuillez m'excuser pour mon manque d'aptitudes technologiques.

Ce que je veux dire, c'est qu'il est vrai que nous, dans le domaine public, devrions avoir accès aux renseignements contenus dans ces rapports. Comme je l'ai dit, lorsque nous avons mené nos études — et pour être claire, je ne parle pas seulement du Canada ici —, nous avons constaté, fait intéressant, que même les accords publics étaient caviardés; ils comportaient beaucoup de lignes noires, de sorte que l'information était limitée. Nous avons besoin d'en savoir plus.

Je vais m'arrêter là.

M. Don Davies: Merci.

Selon un article paru le 25 mai dans le *Toronto Star*, vous auriez dit que le gouvernement n'est pas transparent sur ce qu'il paie, ce qu'il négocie et ces raisons de le faire. Vous auriez dit aussi qu'il n'y a pas d'obstacle à rendre cette information publique, qu'il faut simplement la décision politique pour le faire.

Pourquoi pensez-vous qu'il s'agit d'une décision politique? Voyez-vous une raison pour laquelle le gouvernement ne pourrait

pas adopter une approche différente pour divulguer cette information aux Canadiens?

Mme Jillian Kohler: Je maintiens toujours ce que j'ai dit, heureusement, et je dirais que le gouvernement peut effectivement prendre position. On prétend souvent, et je sais que cela se passe généralement à huis clos, que l'industrie dira qu'elle va vous donner un meilleur accord, mais elle ne veut pas que les autres le sachent, parce que si elle vous consent un meilleur accord, elle devra négocier le même accord avec le pays X, Y ou Z pour moins cher, donc il est dans votre intérêt de garder le silence et de garder le tout confidentiel.

Je n'y crois pas. À mon sens, ce n'est pas une raison valable. Pour votre information, au cas où vous ne le sauriez pas, je suis sûre que beaucoup d'entre vous savent que l'Assemblée mondiale de la santé a adopté une résolution en 2019 demandant la « transparence » des prix. C'était le début des efforts mondiaux pour exiger beaucoup plus de transparence sur la recherche et le développement et sur les négociations de contrats avec l'industrie.

Je crois quand même qu'il s'agit d'une décision politique. Je pense que si le gouvernement était un peu plus ferme avec les fournisseurs, il pourrait rendre publics une partie de ces renseignements.

M. Don Davies: Permettez-moi d'approfondir la question. Dans le même article, vous avez dit que l'industrie pharmaceutique a tendance à être une industrie secrète, et ce, en raison de la dynamique du marché, des préoccupations relatives à son image de marque, et ainsi de suite, mais qu'il s'agit d'un modèle dépassé qui ne fonctionne pas pour instaurer la confiance.

Pouvez-vous expliquer pourquoi ce modèle ne fonctionne pas pour instaurer la confiance et peut-être ce que vous recommanderiez pour le réformer?

Mme Jillian Kohler: Nous vivons dans un monde qui a évolué. L'industrie fonctionne toujours comme il y a 25 ans, lorsqu'elle dissimulait des choses. Cependant, encore une fois, par rapport à l'information, une révolution est en cours depuis longtemps maintenant. Ce n'est pas nouveau. Le public veut savoir. Le public est beaucoup plus investi lorsqu'il s'agit de savoir ce que coûtent les médicaments et comment et pourquoi nous déterminons, par exemple, les coûts des activités de recherche et de développement, ce qui a toujours été très obscur et peut conduire à des politiques favorables à l'industrie sans que nous sachions vraiment pourquoi. Je dirais que nous devons obliger l'industrie à fonctionner autrement.

L'autre point, c'est que l'industrie collabore généralement avec des institutions publiques pour exécuter une grande partie de son travail et nous avons donc un intérêt direct, en tant que citoyens qui finançons ces institutions publiques, à découvrir ce qu'elles font réellement. L'ancien modèle d'intégration verticale est dépassé, à mon avis. Il a pu permettre le secret. Je dirais que nous devons réfléchir à qui contribue vraiment à la recherche et au développement et qui contribue aux résultats que nous souhaitons. Pour ce faire, nous devons examiner de façon beaucoup plus approfondie la façon d'obtenir un accès complet à l'information.

M. Don Davies: Madame Kohler, savez-vous quel pourcentage approximatif de l'argent des contribuables a servi à financer les vaccins contre la COVID-19? Est-il possible de plaider de façon plus convaincante pour la transparence publique lorsque la recherche qui sert à fabriquer le produit est financée par des fonds publics?

Mme Jillian Kohler: Absolument, et je ne connais pas les chiffres exacts, mais nous pouvons nous référer à l'opération Warp Speed qui, encore une fois, a bénéficié d'énormes investissements du côté américain. On pourrait soutenir que cela ne concerne que les citoyens américains, mais encore une fois, j'affirmais qu'à mon avis, le bien public mondial est en jeu. Je pense que si nous creusions profondément — je n'ai pas les chiffres, et je suis sûre que nous pourrions les obtenir — nous trouverions probablement un financement considérable, je me répète, même dans des domaines dont nous n'étions pas au courant.

Étant donné l'existence de la mobilisation, de la participation et des ressources du public, je dirais que oui, nous devrions avoir accès à l'information.

M. Don Davies: Je vais glisser une dernière question.

Il y a manifestement une disparité dans les prix. De toute évidence, je vais simplement supposer qu'en tant que vendeurs monopolistiques du produit, les sociétés pharmaceutiques ont intérêt à les garder secrets. Je ne sais pas si c'est dans l'intérêt du client.

Selon l'analyse que vous avez publiée dans Transparency International, les économies à revenu moyen supérieur, comme l'Afrique du Sud, ont payé en moyenne 25 % de plus par dose que les économies à revenu élevé comme l'Union européenne. Nous avons vu dans un document, qui heureusement n'avait pas été caviardé au départ, qu'il y avait une grande disparité dans ce que les différentes administrations publiques ont payé pour AstraZeneca. En réalité, le Canada a payé l'un des prix les plus élevés, beaucoup plus que l'Union européenne, l'Afrique du Sud et d'autres pays, ce qui dément l'argument selon lequel nous aurions payé un prix plus bas afin de garder le secret.

Comment expliquez-vous cette disparité des prix? Le fait de garder tout cela secret ne profite-t-il pas à l'industrie pharmaceutique plutôt qu'aux consommateurs?

• (1350)

Mme Jillian Kohler: Oui, en effet. Je vais être brève, car je sais que le temps nous presse.

Je vais revenir à l'époque où je travaillais à la Banque mondiale. Je participais à un programme avec un représentant d'une grande entreprise pharmaceutique. Je lui ai demandé: « Comment fixez-vous les prix? » Il a levé les mains en l'air et a dit: « Au gré du vent ».

Il y a beaucoup de variabilité dans la façon dont les prix sont négociés, qui les négocient, quand, comment et pourquoi. Encore une fois, je ne dis pas qu'une plus grande transparence sera la solution, mais c'est probablement le début de l'obtention d'une meilleure solution, en fait d'équité d'accès et de transparence des prix.

M. Don Davies: Merci, madame Kohler.

Le président: Merci, monsieur Davies.

Ainsi se termine notre première série de questions. Il nous reste quelques minutes. Je vais proposer au Comité de faire un tour de table rapide. Nous avons le temps peut-être pour une minute par parti. Dans cette optique, je vais donner la parole à M. Maguire.

Monsieur Maguire, vous disposez d'une minute.

M. Larry Maguire (Brandon—Souris, PCC): Merci, monsieur le président. Je pense qu'il nous reste probablement quelques minutes.

Je veux simplement dire, en ce qui concerne le commentaire de mon collègue du NPD qu'il a tout à fait raison. Nous avons payé le double de ce que les Américains ont payé et trois ou quatre fois ce que certains pays européens ont payé, même pour certains des vaccins Pfizer que nous avons obtenus plus tôt, et même pendant toute la période.

En ce qui concerne votre commentaire, quel genre de prime avons-nous dû payer pour ces vaccins et pourquoi? Quel genre de prix le reste du monde envisage-t-il de payer pour ces vaccins? Je pense qu'environ 80 % de la population mondiale n'est même pas encore vaccinée et n'a pas encore reçu de vaccins. Quel est le rôle du Canada sous ce rapport?

Mme Jillian Kohler: Pour répondre à la question à laquelle je pense pouvoir répondre, encore une fois, cela nous ramène à des questions plus vastes comme pourquoi offrons-nous la propriété intellectuelle? Pourquoi permettons-nous que les prix soient si secrets?

La meilleure chose que nous pouvons faire est d'élargir l'accès en renonçant aux droits de propriété intellectuelle, en permettant le transfert de technologie là où c'est nécessaire, plus de fabrication et d'accès pour la population mondiale. Je répète que lorsque la population mondiale aura un accès équitable aux vaccins contre la COVID, nous serons tous gagnants. Nous ne sommes pas dans une dynamique du « nous contre eux ». Nous sommes tous gagnants si nous obtenons tous l'équité d'accès.

M. Larry Maguire: C'est effectivement...

Le président: Merci, monsieur Maguire.

Nous allons maintenant passer à Mme Sidhu.

Madame Sidhu, vous disposez d'une minute.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, monsieur le président.

Avant de commencer mon temps de parole, j'ai une précision à apporter. Nous devons préciser qu'il n'y a jamais eu de contrat entre CanSino et le gouvernement du Canada. Je pense qu'on a laissé entendre plus tôt qu'il y en avait un. C'est inexact.

Ma question s'adresse aux témoins représentant Dan's Legacy.

De nombreux jeunes retournent à l'école ou y retourneront à l'automne et nous savons que les ordres de gouvernement cherchent tous des moyens de faciliter le retour à la normale. Où pensez-vous que le gouvernement fédéral peut être le plus efficace pour aider les jeunes lors de la réouverture, en particulier les jeunes qui se trouvent dans des situations similaires à celles des jeunes auxquels votre organisation vient en aide?

M. Tom Littlewood: Comme je l'ai mentionné, des milliers de jeunes ont obtenu la PCU en fraudant. Des sites Web leur montraient quoi faire et quoi dire. Ces jeunes ne sont pas autorégulés, alors ils ont répondu en masse. Si nous conservons le programme de remboursement actuel, nous verrons... Je crois que 48 millions ont été versés à des élèves du secondaire. Cela ne compte pas les jeunes qui ne sont pas à l'école ou autre. Nous devons vraiment examiner la question comme un moyen potentiel de régler un problème, au lieu de créer un obstacle.

Cela va toucher des milliers de jeunes, et nous ne récupérerons pas l'argent de toute façon. Nous pourrions les encourager à participer à des programmes qui les aideront, notamment pour le retour à l'école, l'emploi, la relance, etc.

Le président: Merci, madame Sidhu.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour une minute.

M. Luc Thériault: Merci, monsieur le président.

J'aimerais m'adresser à M. Labrie.

Nous devons trouver des solutions. Je sais que vous ferez une autre présentation tantôt, mais je veux aborder tout de suite une proposition à laquelle adhère aussi Recherche Canada.

Plutôt que de reporter la réforme, comme cela a déjà été fait à deux reprises, la proposition est plutôt de l'appliquer par étapes. Tout d'abord, il semble y avoir un consensus pour redéfinir le panier de référence des pays où les économies sont substantielles. Ensuite, il suffirait que tous les acteurs s'assoient à la même table pour discuter des solutions liées aux facteurs pharmacoéconomiques.

Cette solution serait-elle souhaitable? Serait-ce un point de convergence intéressant pour amorcer la discussion et trouver des solutions gagnant-gagnant?

• (1355)

M. Yanick Labrie: Oui, tout à fait.

Lors de mon allocution, j'ai mentionné que cette réforme était peu susceptible de générer des bénéfices à long terme pour les Canadiens. Au contraire, il y a beaucoup de risques sur le plan de l'accès aux nouveaux médicaments. On pourrait retarder cet accès ou nuire aux investissements en recherche-développement. Vous connaissez la suite; j'ai déjà mentionné tout cela, alors je ne le répéterai pas.

Une chose est certaine, c'est que les différentes parties prenantes de cette industrie pourraient s'asseoir autour de la même table et montrer que les médicaments ne sont pas que des pilules. En arrière-plan, il y a un écosystème, un savoir-faire et de la recherche, qu'elle soit fondamentale ou appliquée. Il est très important que tous ces gens, y compris les groupes de patients, aient une voix dans cette discussion.

Assurément, il faut être transparent et honnête envers les Canadiens. Ce n'est pas vrai que cette réforme n'offre que des bénéfices; elle comporte des coûts non négligeables. C'est ce qu'on doit présenter aux gens pour en arriver à des décisions éclairées.

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Nous allons passer à M. Davies.

Allez-y, je vous en prie. Vous disposez d'une minute.

M. Don Davies: Merci.

Monsieur Littlewood, vous avez évoqué l'incidence sur les jeunes Autochtones en particulier. Je pense pouvoir supposer sans risquer de me tromper que probablement aucun autre groupe au Canada n'a subi plus de traumatismes que les jeunes Autochtones, et ce, pour différentes raisons.

J'ai lu beaucoup d'écrits de Dr Gabor Maté et sa théorie selon laquelle l'un des fondements de la toxicomanie est ancré dans [Difficultés techniques]. Je me demande si vous avez une opinion sur la criminalisation des drogues, si cela a pour effet d'atténuer ou d'exacerber le traumatisme. Seriez-vous pour la décriminalisation des

drogues et l'adoption d'une approche fondée sur la santé pour traiter la consommation de substances et la dépendance?

M. Tom Littlewood: Oui, absolument. Même si des modifications ont fait en sorte que de petites quantités sont légales ou ne sont pas criminalisées, les policiers continuent à les intercepter et à les confisquer aux clients. Beaucoup de mes clients autochtones attendent essentiellement la prochaine raclée. Cela n'a rien de positif pour eux, et plus les drogues sont stigmatisées, moins il y aura de progrès et de réformes.

Une réforme s'impose. Même si la drogue est légalisée, la dose reste mortelle, alors qu'elle soit légale ou non, cela n'aura rien de positif. L'approvisionnement en médicaments doit aussi être sûr. Ils ne vont pas arrêter de les utiliser parce que nous voulons qu'ils arrêtent. Ils ont besoin de passer par un processus thérapeutique. Oui, je pense que ce serait une bonne chose, non seulement de légaliser les drogues, mais aussi d'assurer un approvisionnement sûr.

M. Don Davies: Merci.

Le président: Merci, monsieur Davies.

Merci à tous les témoins d'avoir pris de leur temps pour nous aider dans notre étude. Merci aux membres du Comité pour toutes leurs excellentes questions.

Sur ce, nous allons suspendre la séance pour accueillir le prochain groupe de témoins.

Merci à tous.

• (1355)

(Pause)

• (1400)

Le président: Reprise des débats. Bienvenue à tous à la 43^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Nous nous réunissons aujourd'hui pour étudier la situation d'urgence à laquelle les Canadiens font face avec la pandémie de la COVID-19.

J'aimerais souhaiter la bienvenue aux témoins. À titre individuel, nous avons M. Yanick Labrie, économiste de la santé.

À titre personnel, nous avons le Dr Joel Lexchin, médecin. Représentant Jacobs Engineering, nous accueillons M. Ansar Ahmed, vice-président.

Sur ce, j'invite les témoins à faire leur déclaration.

J'informe les témoins et tout le monde que lorsque votre temps de parole sera presque écoulé, je lèverai un carton jaune, et lorsqu'il sera effectivement écoulé, un carton rouge. Quand vous verrez le carton rouge, vous n'êtes pas obligé de vous arrêter immédiatement, mais essayez de conclure sans délai.

Je vous remercie tous.

Sur ce, j'invite M. Labrie à faire sa déclaration. Allez-y, je vous en prie, vous disposez de cinq minutes.

[Français]

M. Yanick Labrie: Merci, monsieur le président.

Je remercie de nouveau les membres du Comité permanent de la santé de me donner l'occasion de témoigner aujourd'hui, à titre personnel, au sujet des changements réglementaires envisagés par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, le CEPMB.

Plus tôt cet après-midi, j'ai démontré que les dépenses de médicaments prescrits n'étaient pas hors de contrôle au Canada, contrairement à l'affirmation fréquemment entendue. En fait, les dépenses de médicaments prescrits représentent une part de plus en plus petite de l'économie et du budget de la santé au Canada.

J'ai aussi soulevé le risque que le resserrement de la réglementation des prix envisagé par le CEPMB fasse diminuer le nombre de nouveaux médicaments lancés au Canada ou retarde leur lancement, en plus de décourager les investissements en recherche-développement pharmaceutique.

Je compte maintenant aborder la question des prix et de la valeur des médicaments.

Au cours des deux dernières années, le débat public sur les changements réglementaires envisagés par le CEPMB s'est largement concentré sur le prix de lancement des nouveaux médicaments.

D'ailleurs, selon une idée qui circule, les Canadiens paieraient leurs médicaments plus cher que les citoyens d'autres pays. Par exemple, le plus récent rapport annuel publié par le CEPMB présente une analyse comparative selon laquelle le prix moyen de l'ensemble des médicaments brevetés au Canada, en 2017, était supérieur de 19 % à celui de la moyenne des pays de l'OCDE. Cela dit, c'est avant la prise en compte des rabais des fabricants. Dans le cas des médicaments pour traiter les maladies rares, les données du CEPMB montrent qu'en 2019, les prix courants au Canada étaient supérieurs de 3 % aux prix médians dans l'ensemble des pays de l'OCDE.

Il faut cependant être prudent lorsqu'on compare les prix des produits pharmaceutiques canadiens avec ceux en vigueur dans les pays à niveau de vie beaucoup plus faible, comme la Grèce, le Chili et la Turquie, pour n'en nommer que quelques-uns. La comparaison internationale des prix des médicaments est complexe, puisque l'on doit tenir compte de nombreux facteurs, notamment des différences au chapitre des produits consommés dans chaque pays, des parts de marché respectives des médicaments génériques et novateurs, des coûts de distribution et de vente au détail, des fluctuations des taux de change et du pouvoir d'achat des différentes monnaies.

En outre, l'information sur les prix réels est limitée dans la plupart des pays. Lorsqu'elle est disponible, cette information brosse un portrait trompeur qui ne reflète pas les véritables prix des médicaments, en raison des rabais confidentiels versés aux payeurs par les compagnies pharmaceutiques. Ces remises et rabais sont généralement exigés par les régimes publics d'assurance-médicaments au Canada dans le cadre d'ententes d'inscriptions sur les formulaires provinciaux. À titre d'exemple, le gouvernement du Québec a reçu une remise totale de plus d'un milliard de dollars de la part des fabricants de médicaments novateurs au cours des quatre dernières années.

La situation des prix des médicaments ne peut pas non plus s'analyser en vase clos, sans qu'on regarde la valeur qui y est rattachée.

Au cours des dernières décennies, d'importantes avancées ont été réalisées dans le traitement de nombreux problèmes de santé à l'aide de médicaments novateurs. Ces médicaments de nouvelle génération ont révolutionné le monde et la médecine en répondant mieux aux besoins des patients que les médicaments anciens.

Dans le cas des maladies rares, le CEPMB a lui-même établi que 35 % des nouveaux médicaments lancés au Canada en 2019 appar-

taient des améliorations modestes ou importantes et que 27 % d'entre eux représentaient des découvertes majeures, par rapport aux thérapies existantes. Non seulement l'arrivée grandissante de ces molécules innovantes intensifie la concurrence, mais elle offre également de nouvelles et meilleures options thérapeutiques aux patients.

À titre d'exemple, des chercheurs de l'Université McGill se sont récemment penchés sur l'incidence à long terme des traitements biologiques pour les patients du Québec souffrant de colites ulcéreuses. Ils ont montré que les risques de subir une opération colorectale avaient diminué de façon notable après l'arrivée des médicaments biologiques sur le marché. Durant l'année où ces médicaments ont commencé à être utilisés, le taux de mortalité a diminué de plus de moitié par rapport à l'année précédente chez les patients québécois nécessitant une colectomie. La diminution du nombre d'interventions chirurgicales et de séjours hospitaliers a ainsi permis de réduire de 25 % le fardeau des dépenses médicales liées aux traitements des colites ulcéreuses au Québec.

On observe des effets bénéfiques similaires dans les cas de cancers, lesquels imposent un fardeau économique substantiel non seulement aux patients, mais à la société au grand complet. Un grand nombre de médicaments novateurs mis au point ces dernières années ont complètement révolutionné le traitement de cancers et amélioré la qualité et l'espérance de vie des patients. Les thérapies médicamenteuses ciblent désormais mieux les gènes et les protéines responsables de la croissance des cellules cancéreuses. Elles permettent ainsi d'accroître dans une large mesure les chances de survie des patients, tout en réduisant les effets secondaires généralement associés à la chimiothérapie. Ces médicaments novateurs, en permettant de réduire les séjours hospitaliers ainsi que l'absentéisme au travail et de minimiser les pertes de productivité, génèrent par conséquent d'importantes économies de coûts d'un point de vue sociétal.

En conclusion, la situation des coûts des médicaments ne doit pas s'analyser en vase clos, sans qu'on prenne en considération les bénéfices qui y sont rattachés.

• (1405)

Encore une fois, je souhaite informer les membres du Comité permanent de la santé des conséquences négatives sur la population canadienne que pourrait entraîner un resserrement de la réglementation des prix comme le CEPMB envisage de le faire. Une telle réforme aurait pour effet non seulement de réduire le nombre de nouveaux médicaments lancés au Canada ou de retarder leur lancement, mais aussi de décourager les investissements en recherche-développement, qui sont pourtant indispensables pour assurer le développement et la disponibilité de nouveaux médicaments pour les Canadiens dans l'avenir.

Je vous remercie de votre attention.

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Labrie.

Nous passons maintenant au Dr Joel Lexchin.

Allez-y, docteur, vous disposez de cinq minutes.

Dr Joel Lexchin (docteur en médecine, à titre personnel): Je vous remercie de me donner l'occasion de comparaître devant vous.

Je travaille comme urgentiste au centre-ville de Toronto. Entre 2001 et 2016, j'ai enseigné les politiques de la santé à l'Université York. Au cours des 40 dernières années, j'ai participé à des recherches et à la rédaction d'articles sur des questions de politique pharmaceutique.

Je tiens à aborder la question des réformes proposées au régime de réglementation canadien, mais je vais également aborder certains points soulevés par M. Labrie.

Au début de la pandémie, Santé Canada a publié un arrêt d'urgence afin de permettre l'introduction plus rapide de produits pour traiter et prévenir la COVID-19. Plus récemment, le ministère a produit un document de discussion sur ce qu'il appelle la « réglementation agile », qui est censée alléger le fardeau réglementaire et accélérer la mise en marché de nouveaux médicaments au Canada.

Le premier point est contraire à celui de M. Labrie. Des recherches indépendantes ont montré que seulement 10 % environ des nouveaux médicaments introduits au Canada — ou, en fait, sur d'autres marchés — offrent un gain thérapeutique substantiel par rapport à ce qui existe déjà. Cela s'applique aux médicaments homologués en général. Cela s'applique aux médicaments homologués au moyen du processus d'évaluation prioritaire de Santé Canada. Cela s'applique aux médicaments homologués avec des données limitées au moyen de l'avis de conformité avec conditions.

Même si nous prenons ce que l'on appelle les médicaments pionniers, soit les médicaments qui ne ressemblent à rien d'autre sur le marché, la proportion de ceux qui sont novateurs n'est que d'environ un sur six. Si nous prenons les médicaments destinés à des maladies orphelines, environ un sur cinq constitue une amélioration thérapeutique substantielle. Ces chiffres ne sont pas fondés sur mon évaluation. Ils sont fondés sur des évaluations indépendantes réalisées par des organisations qui n'ont aucun lien avec l'industrie pharmaceutique.

Lorsque nous envisageons de modifier le régime de réglementation, nous devons aussi penser à l'innocuité des médicaments mis sur le marché. La pression pour une réglementation agile évoque la sécurité, mais elle semble donner préséance à l'allègement du fardeau réglementaire, ce qui est une erreur. Elle ne tient pas compte de ce que nous savons de l'innocuité des médicaments qui arrivent sur le marché en fonction de la durée de leur examen par des organismes comme Santé Canada.

Si un médicament passe par un processus d'examen normalisé, environ un sur cinq fera l'objet d'un avertissement sérieux concernant son innocuité. S'il est soumis à un processus d'examen prioritaire, plus court, soit 180 jours au lieu des 300 jours habituels, un tiers des médicaments feront l'objet d'un avertissement sérieux, contre un sur cinq auparavant. Si nous prenons les médicaments qui passent par un processus d'avis de conformité avec conditions, environ un sur quatre de ces médicaments recevra un avertissement sérieux concernant son innocuité.

La modification du régime de réglementation a des conséquences pour l'innocuité. Actuellement, sur cinq ans, si nous prenons les médicaments retirés du marché canadien, environ 1 sur 20 sera éventuellement retiré du marché pour des raisons liées à l'innocuité. Si nous modifions le régime de réglementation, ce pourcentage risque d'augmenter.

En conclusion, il est raisonnable de changer la façon dont nous mettons les médicaments sur le marché en réaction à une pandémie.

En tant qu'urgentiste, je le reconnais. Si nous parlons d'apporter des changements permanents à long terme, nous devons examiner si cela permettra de mettre sur le marché des médicaments plus efficaces et d'accroître ou de réduire l'innocuité des produits qui arrivent sur le marché.

• (1410)

Jusqu'à ce que Santé Canada puisse présenter des données solides pour montrer que nous aurons des médicaments plus efficaces sur le plan thérapeutique et plus sûrs, nous ne devrions pas aller de l'avant.

Je vous remercie.

Le président: Merci, docteur.

Nous allons maintenant passer à Jacobs Engineering. Je dois m'excuser auprès de M. Ahmed. Je crois que j'ai omis son nom lors des présentations. Si c'est le cas, j'en suis sincèrement désolé.

Représentant Jacobs Engineering, nous accueillons M. Ansar Ahmed, son vice-président.

Monsieur Ahmed, allez-y, je vous en prie. Vous disposez de cinq minutes.

M. Ansar Ahmed (vice-président, Jacobs Engineering): Merci, monsieur le président, et merci, madame la vice-présidente et monsieur le vice-président, de me donner l'occasion de m'adresser au Comité aujourd'hui.

Je suis ravi de représenter Jacobs Engineering ici aujourd'hui. Tout d'abord, au nom de toute l'équipe de Jacobs, j'aimerais offrir nos plus sincères condoléances aux familles des quelque 26 000 Canadiens qui ont perdu la vie durant cette pandémie.

En tant qu'ingénieurs et architectes, nous abordons les problèmes d'un point de vue très simple, celui d'une perspective impartiale. Nous examinons les causes et nous déterminons ce qui doit être fait différemment afin d'obtenir des résultats plus favorables à l'avenir.

J'aimerais aujourd'hui concentrer mes remarques sur l'impact de la COVID-19 dans nos foyers de soins de longue durée.

En janvier, Jacobs a organisé une table ronde de l'industrie pour examiner comment l'environnement bâti — l'intérieur et l'espace aménagé — peut avoir contribué à l'impact disproportionné qu'a eu la COVID-19 dans nos foyers de soins de longue durée. Le rapport de la table ronde comporte une série de neuf recommandations, et j'aimerais parler de deux d'entre elles aujourd'hui.

Dans de nombreuses administrations, les normes de conception des foyers de soins de longue durée n'ont pas été actualisées depuis des années, voire des décennies dans certains cas. Dans les foyers conçus selon ces normes désuètes, la plupart des résidents étaient confinés dans leur chambre. Ils avaient peu ou pas d'interaction physique ou sociale avec d'autres, tout simplement parce que l'établissement n'avait pas été conçu, ou amélioré au fil des ans, pour relever le défi de contenir la propagation de la COVID-19.

Les participants à la table ronde ont reconnu que l'environnement bâti est un élément des soins de santé aussi important que toute autre intervention médicale ou clinique. Il faut un cadre législatif qui impose une mise à jour régulière des normes de conception, afin que l'environnement bâti de nos foyers de soins de longue durée suive le rythme des dernières recherches cliniques sur les soins dispensés aux personnes atteintes de déficiences physiques ou cognitives.

À la suite de la table ronde de janvier, Jacobs Engineering et l'Ordre des architectes de l'Ontario, en collaboration avec le ministère des Soins de longue durée de l'Ontario, ont financé une étude menée par le Centre for Design + Health Innovation de l'Université de Toronto afin d'évaluer le rendement des foyers de soins de longue durée. C'est le type de données expérientielles auxquelles les gouvernements doivent avoir accès pour s'assurer qu'ils font les bons investissements dans les bons domaines au bon moment.

Les résultats de ces travaux doivent devenir le fondement d'un approvisionnement fondé sur la valeur. Dans un secteur aussi délicat que celui des soins de longue durée, la recherche des offres les plus conformes sur le plan technique au moindre coût ne devrait pas être le point de référence. Il s'agit plutôt de créer de la valeur sur les plans de la conception, de la construction, de l'entretien et de l'exploitation, afin de garantir le meilleur résultat possible pour nos citoyens les plus vulnérables.

La pandémie de COVID-19 a représenté un défi pour tous les gouvernements, pour ce qui est de réagir de toute urgence à ses résultats dévastateurs, notamment la perte de plus de 15 000 vies dans les foyers de soins de longue durée. En examinant les causes profondes de ces pertes, il est important de reconnaître la préexistence de vulnérabilités structurelles et systémiques qui ont augmenté le risque de telles conséquences dans nos foyers de soins de longue durée.

Pour tirer le meilleur parti des investissements proposés en matière de soins de longue durée, il est indispensable que les gouvernements cernent d'abord ces vulnérabilités structurelles et systémiques et, au moyen de normes et de directives actualisées, les résolvent. Sans cette première étape cruciale, nous ratons une occasion importante de garantir les meilleurs résultats pour l'investissement des fonds publics.

Si j'avais trois recommandations à présenter, ce serait que tous les ordres de gouvernement s'unissent, premièrement pour établir des programmes de subvention pour que le Canada reprenne vigoureusement la recherche et le développement en santé publique; deuxièmement, pour encourager et mobiliser le secteur manufacturier du Canada à produire de vastes réserves d'EPI et d'autres fournitures et équipements essentiels; et troisièmement, pour exiger une actualisation régulière des normes de conception et d'exploitation des foyers de soins de longue durée, afin de veiller à ce qu'ils demeurent des lieux de soins résilients pour nos citoyens les plus vulnérables.

Pour terminer, j'aimerais faire une dernière observation au sujet de la santé mentale: cette pandémie a fait prendre conscience de l'importance de la santé mentale. À l'issue de cette pandémie, j'espère sincèrement que nous ne perdrons pas l'élan acquis et que l'attention portée à la santé mentale ne s'amenuisera pas. Tous les ordres de gouvernement ont un rôle à jouer pour faire en sorte que les hôpitaux de tout le pays ont accès à un financement stable et à long terme pour les programmes de santé mentale, de même que pour les organisations locales sans but lucratif, qui offrent des programmes d'intervention inestimables.

Je vous remercie beaucoup de votre attention aujourd'hui.

• (1415)

Le président: Merci.

Nous allons commencer notre série de questions, avec M. d'Entremont.

Monsieur d'Entremont, allez-y, s'il vous plaît, pour six minutes.

M. Chris d'Entremont (Nova-Ouest, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je souhaite la bienvenue à nos témoins d'aujourd'hui au comité de la santé.

[Français]

Monsieur Labrie, je vous souhaite la bienvenue une deuxième fois.

[Traduction]

Ma première question est pour M. Ahmed.

En ce qui concerne les soins de longue durée, je suis toujours intéressé de voir comment les différentes provinces conçoivent les normes dans le domaine. Il y a quelques années, la Nouvelle-Écosse a fait un grand pas en avant en élaborant une norme qui est logique. Elle ne fait pas forcément partie du code du bâtiment, mais il s'agissait de définir la superficie en pieds carrés par patient et de s'assurer qu'aucun pathogène ne peut passer d'un patient à un autre.

Avez-vous cherché à savoir qui ailleurs au Canada fait cela et quelles autres provinces ne le font peut-être pas?

M. Ansar Ahmed: L'une des conclusions de notre table ronde, franchement, était l'absence de ce genre de preuves pour appuyer la prise de décisions.

Je ne crois pas que beaucoup de recherches aient été effectuées à l'échelle du Canada et d'un bout à l'autre du pays pour voir comment les différentes administrations gèrent les soins de longue durée, ou quelles normes elles utilisent ou exigent dans leurs installations. Si quelque chose est ressorti de notre table ronde, c'est le désir de pousser les gouvernements à faire en sorte que ce type de recherche est effectué. Nous espérons, par exemple, grâce à notre partenariat avec l'Université de Toronto, obtenir ce genre de données et de preuves, que nous pourrions ensuite partager avec les gouvernements pour qu'ils fassent les bons investissements à l'avenir.

M. Chris d'Entremont: Merci.

En fin de compte, si nous faisons tous un peu la même chose, nous espérons que le contrôle des infections sera maintenu dans tout le système. Les chambres et les salles de bain individuelles aident considérablement à la maîtrise des infections dans les foyers de soins de longue durée.

M. Ansar Ahmed: Oui, absolument. C'est pourquoi, lors de notre table ronde, nous nous sommes concentrés sur l'environnement bâti et tous les aspects des foyers de soins de longue durée, et pas seulement, par exemple, sur le nombre de lits attribués par foyer. Il s'agissait en fait d'examiner la manière dont l'ensemble du foyer de soins de longue durée fonctionne.

• (1420)

M. Chris d'Entremont: Merci beaucoup.

Je vais maintenant poser quelques questions sur le CEPMB.

[Français]

Monsieur Labrie, avez-vous pu participer aux consultations tenues par le CEPMB au cours des dernières années?

M. Yanick Labrie: Je vous remercie de la question.

Non, je n'ai pas participé à ces consultations. Ma participation s'est plutôt faite par l'entremise des études que j'ai réalisées et fait paraître, et qui sont du domaine public.

M. Chris d'Entremont: Lors de leur comparution devant notre comité, diverses associations de patients nous ont dit que la collaboration du CEPMB n'était pas adéquate ni suffisante.

Avez-vous eu l'occasion d'y porter une attention particulière?

M. Yanick Labrie: Non, je n'ai pas regardé de près s'il y avait une collaboration entre le CEPMB et les groupes de patients. Je suis resté à distance; je suis un chercheur indépendant. C'est sûr que j'ai porté une attention particulière à cette réforme envisagée et à tout ce qui était du domaine public. Par contre, je ne suis pas au courant des séances qui auraient pu se tenir, par exemple, entre des membres de cet organisme et des groupes de patients.

M. Chris d'Entremont: Dans le cadre de vos recherches, avez-vous vu des façons de collaborer ou d'autres moyens semblables dont nous pourrions nous inspirer pour nous assurer que toutes les parties s'assoient à une même table et ont une bonne discussion?

M. Yanick Labrie: Selon mon expérience personnelle, lorsque l'organisme réglementaire, dans ce cas-ci le CEPMB, entretient un climat de confiance avec les autres parties prenantes, c'est beaucoup plus facile. Il s'établit alors un dialogue de part et d'autre. Lorsqu'on est transparent et qu'on reconnaît que la réforme réglementaire proposée a des avantages, mais entraîne aussi des coûts potentiels, cela permet le dialogue.

Ce que je remarque, en ce moment, c'est qu'il y a un climat d'affrontement entre les diverses parties, et je trouve cela dommage. Ce sera dommageable non seulement aux patients canadiens, mais à l'ensemble de la population canadienne, car c'est elle qui risque d'en payer le prix.

M. Chris d'Entremont: Les compagnies pharmaceutiques ont mentionné qu'elles voyaient déjà des lancements de médicaments être mis à l'écart ou, du moins, retardés de quelques années.

Est-ce en raison des règlements que l'on envisage ou de l'issue incertaine d'une discussion qui dure depuis trois ans déjà?

M. Yanick Labrie: Il y a un peu de ces deux facteurs, mais c'est surtout en raison de l'incertitude créée. Comme vous le savez, l'incertitude est le pire ennemi des investisseurs et des entreprises, notamment des compagnies pharmaceutiques, qui ne savent pas sur quel pied danser en ce moment. On craint beaucoup que la réforme vienne diminuer les profits anticipés, ce qui rend plus difficile le lancement de médicaments en temps opportun sur le territoire canadien.

Vous comprendrez, comme je l'ai mentionné dans ma première allocution, que le Canada n'est pas le seul marché potentiel. Nous n'avons qu'une petite part du marché mondial dans le domaine pharmaceutique. Il y a donc fort à parier que les compagnies privilégieront d'autres lieux où les conditions sont gagnantes pour lancer des médicaments.

M. Chris d'Entremont: Je vous remercie.

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur d'Entremont.

Nous passons maintenant à M. Van Bynen.

Monsieur Van Bynen, allez-y, s'il vous plaît, pour six minutes.

M. Tony Van Bynen (Newmarket—Aurora, Lib.): Merci, monsieur le président. Je vais partager les deux dernières minutes de mon temps de parole avec Mme Sidhu, qui s'intéresse également aux soins de longue durée.

Je remercie beaucoup tous nos témoins, et particulièrement M. Ahmed d'avoir accepté de se joindre à nous aujourd'hui et de nous faire part de son expérience et de ce qu'il a appris sur les soins de longue durée lors de sa table ronde. C'est à lui que je pose mes questions.

Monsieur Ahmed, plus tôt cette année, Jacobs Engineering a réuni des dirigeants du secteur des soins de santé de toute la province, dont la PDG du Southlake Regional Health Centre, Arden Krystal, pour un débat productif sur les soins de longue durée.

J'ai quelques questions sur le rapport produit à la suite de cette table ronde, mais j'aimerais d'abord vous demander de le déposer auprès du Comité afin que nous puissions en tenir compte dans notre étude. Seriez-vous prêt à le faire pour nous?

• (1425)

M. Ansar Ahmed: Absolument. Nous l'enverrons au bureau du greffier du Comité.

M. Tony Van Bynen: Merci.

Pouvez-vous cependant partager avec le Comité aujourd'hui certaines des principales conclusions de ce débat? Vous avez fait allusion à deux grandes recommandations, mais il y en avait neuf. Pourriez-vous nous dire ce que contenait le rapport qui a suivi?

M. Ansar Ahmed: Le rapport lui-même était axé sur l'Ontario, simplement parce que c'est en Ontario que les gens résident et œuvraient dans le domaine des soins de longue durée, mais je crois que les conclusions peuvent s'appliquer à n'importe quelle province ou n'importe quel territoire du Canada.

Neuf recommandations ont été formulées dans ce rapport, et elles ont été communiquées aux responsables de différentes administrations. Je peux vous dire tout de suite que l'une des premières recommandations — et un des moteurs de cette étude, à mon avis, étant donné que nous avons vu un certain nombre de plans d'investissement être déposés et mis en œuvre — était fondée sur une préoccupation parmi les participants à la table ronde au sujet de la surconstruction.

Il est évident que nous n'avons jamais vécu une pandémie mondiale comme celle-ci, mais dans de telles circonstances, on a tendance à réagir en consacrant beaucoup d'argent au problème et cela peut entraîner une surconstruction. Tant que vous n'aurez pas analysé les lacunes de ces installations — les vulnérabilités structurelles dont j'ai parlé dans mes observations —, vous ne ferez que gaspiller de l'argent. L'une de nos recommandations était essentiellement de freiner un peu, de prendre le temps de faire des recherches, de déterminer quelles sont ces vulnérabilités structurelles et d'y remédier, puis d'encourager la reprise dans ces foyers de soins de longue durée grâce aux investissements prévus par les divers gouvernements.

L'autre recommandation porte sur la nécessité de consulter les parties prenantes, tant les résidents que les personnes œuvrant dans le domaine des soins de longue durée, et de mettre sur pied un solide programme d'accréditation des installations, ainsi qu'un régime de surveillance et de suivi de la conformité. Une fois les normes actualisées, il doit y avoir un programme de visites fréquentes de ces foyers de soins de longue durée — dirigé par la province ou les autorités de santé locales — pour s'assurer qu'ils respectent les objectifs établis par les ministères provinciaux responsables des soins de longue durée et de la santé.

M. Tony Van Bynen: Vous avez organisé une table ronde et vous avez produit un rapport contenant beaucoup de renseignements et de bonnes conclusions. Quelle est la prochaine étape?

M. Ansar Ahmed: Je pense que l'une des étapes les plus importantes que nous avons franchies, par l'intermédiaire de l'Université de Toronto et de notre partenariat avec l'Ordre des architectes de l'Ontario, a été le lancement de cette étude initiale.

L'Université de Toronto prévoit d'entreprendre une étude de trois mois. Je crois qu'elle doit commencer au cours des prochaines semaines. Elle sera axée sur la collecte des données expérimentelles dont j'ai parlé dans mes remarques.

Nous espérons qu'elle créera les bases d'une étude plus large et plus exhaustive que nous espérons voir entreprendre. Nous sommes en pourparlers avec le ministère des Soins de longue durée de l'Ontario pour nous assurer que cette étude sera menée au bon endroit, là où elle sera le plus bénéfique pour le public.

M. Tony Van Bynen: C'est probablement un bon moment de céder la parole à Mme Sidhu.

Mme Sonia Sidhu: Monsieur Van Bynen, merci d'avoir partagé votre temps. J'ai également une question pour M. Ahmed.

Nous pouvons tous convenir que l'une des grandes tragédies de la pandémie a été la situation dans les foyers de soins de longue durée partout au pays. Mes collègues du caucus, y compris ma collègue au Comité Mme O'Connell, ont sonné l'alarme lors des terribles tragédies survenues dans les soins de longue durée en Ontario.

Nous savons que ces services relèvent des provinces et des territoires, mais le gouvernement fédéral a un rôle à jouer pour assurer une qualité uniforme des normes dans les provinces et les territoires. Seriez-vous d'accord pour dire qu'une norme nationale pour les soins de longue durée serait une étape importante pour garantir la sécurité et la dignité des personnes vivant dans les foyers de soins de longue durée?

M. Ansar Ahmed: Absolument, il y aurait lieu d'élaborer une norme nationale et de la faire respecter dans l'ensemble du pays.

Je pense maintenant à l'époque où le gouvernement fédéral a institué le financement des taxes municipales sur l'essence. Il y avait beaucoup de disparité dans la façon dont les différentes municipalités du Canada géraient leurs actifs.

Je me souviens que le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public a proposé des règlements qui imposaient certaines normes pour la gestion des actifs.

Dans le même [Difficultés techniques], le gouvernement fédéral et les agences fédérales devraient établir ce genre de normes de base pour uniformiser les règles du jeu dans tous les foyers de soins de longue durée au Canada.

• (1430)

Le président: Merci, madame Sidhu et monsieur Van Bynen.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

M. Luc Thériault: Merci beaucoup, monsieur le président.

Monsieur Labrie, vous me direz si ma compréhension est bonne.

Plusieurs intervenants sont venus nous dire que le CEPMB naviguait à l'aveuglette. D'un côté, il nous dit que les prix des médicaments sont excessifs et que cela entraîne des conséquences. De l'autre, il ne disposerait pas de tous les outils lui permettant d'établir exactement dans quelle mesure les gens paient trop cher leurs médicaments.

Par ailleurs, il n'y a pas un si grand manque de transparence, puisque vous venez de nous dire qu'on a été capable d'établir que le gouvernement du Québec avait reçu une remise totale de plus d'un milliard de dollars. On connaît donc le prix réel des médicaments.

Tout cela est un peu difficile à comprendre. Il semble y avoir un double discours. On dénonce le fait que cela coûte cher, mais on ne sait pas vraiment à quel point c'est le cas.

M. Yanick Labrie: Personnellement, j'ai perdu confiance en la capacité du CEPMB d'établir des comparaisons de prix à l'échelle internationale qui soient justes et précises.

Évidemment, c'est aussi lié aux rabais et aux remises que les fabricants offrent aux différents payeurs et dont les montants sont confidentiels. Ce genre de rabais existent au Canada, mais aussi dans d'autres pays.

Pour ce qui est de la transparence, je sais que la question a aussi été abordée dans la première partie de la réunion d'aujourd'hui. La transparence existe à l'échelle globale, c'est-à-dire qu'on peut avoir accès à certaines données agrégées. Je l'ai démontré dans le cas du Québec, lorsque j'ai présenté les chiffres que vous venez d'évoquer. Les compagnies pharmaceutiques novatrices ont remis plus d'un milliard de dollars au gouvernement du Québec au cours des quatre dernières années.

Or, cet état de fait devrait être pris en compte, au moins lorsqu'on brosse le portrait de l'évolution des dépenses pharmaceutiques. À l'heure où on se parle, on dépeint la situation comme étant hors de contrôle, alors que ce n'est pas le cas. D'abord, la population est vieillissante et a besoin de plus de médicaments. Aussi, on doit prendre en considération l'inflation, ce que le CEPMB ne fait pas. On doit également tenir compte de ces rabais dont je vous ai parlé, ainsi que de notre capacité de payer, qui est établie en fonction de notre économie et de la richesse créée. Lorsqu'on rassemble tous ces éléments, on s'aperçoit que la part qu'occupent les dépenses de médicaments dans l'économie et dans le budget de la santé au Canada diminue au fil du temps. Alors, il n'y a pas lieu de paniquer.

M. Luc Thériault: Je voudrais vous entendre parler d'un autre point que vous avez soulevé et qui est fort important. Il s'agit de la valeur des médicaments novateurs, notamment pour les 10 prochaines années, en oncologie et en immunologie. Les thérapies sont de plus en plus ciblées, voire individualisées. Les molécules et médicaments novateurs seront donc importants.

Pouvez-vous nous parler encore de cette valeur?

En fait, c'est comme si l'on percevait le médicament strictement en fonction de son coût, alors qu'on devrait le percevoir en fonction de sa valeur thérapeutique et de ses effets positifs non seulement sur le patient, mais aussi sur l'économie, sur les coûts du système et sur la société dans son ensemble.

M. Yanick Labrie: Oui, c'est exact. C'est une partie du débat qui est complètement occultée. On focalise beaucoup sur la notion des prix, mais la contrepartie de cela, ce sont les bénéfices dans toutes les sphères de l'économie. On ne doit pas s'intéresser qu'aux prix; on doit regarder ce qu'on obtient en échange. Dans le cas des médicaments, comme vous l'avez mentionné, les progrès réalisés au fil du temps sont extrêmement intéressants.

Le Dr Lexchin a fait allusion au fait que, parfois, il y a uniquement des améliorations mineures. Cependant, il faut comprendre comment fonctionnent les processus d'innovation dans le milieu pharmaceutique. De façon générale, le progrès technologique survient à la suite de nombreuses améliorations apportées graduellement aux façons de faire et aux produits existants. D'ailleurs, c'est le cas dans tous les secteurs, et ce l'est encore plus dans le domaine pharmaceutique. Autrement dit, parfois on apprécie le progrès réalisé seulement après plusieurs années.

Dans le cas des vaccins contre la COVID-19, leur création s'appuie sur d'autres médicaments mis au point et sur d'autres recherches menées dans le passé, notamment celles visant à trouver un vaccin contre le VIH. Maintenant, on en bénéficie.

Si, à l'heure actuelle, on n'accepte pas de couvrir les médicaments supposément parce qu'ils sont trop dispendieux, on risque de se priver, à terme, de médicaments qui sont d'une extrêmement grande valeur pour la population canadienne.

Dans ce débat, il faut avoir une vision beaucoup plus dynamique que statique.

● (1435)

M. Luc Thériault: Cela représente aussi des économies pour le système. Il faut considérer non seulement la qualité de vie du patient, mais aussi les coûts liés aux médicaments. Vous avez donné l'exemple du cancer colorectal, qui inflige des coûts importants au système, mais on ne semble pas en tenir compte quand on établit les effets bénéfiques d'un médicament.

M. Yanick Labrie: Tout à fait. On néglige très souvent ces aspects. Pourtant, des médicaments ont pu remplacer des interventions chirurgicales beaucoup plus onéreuses. Non seulement les patients en bénéficient directement sur le plan de la santé et de la qualité de vie, mais on évite ainsi des hospitalisations ou des opérations, qui sont souvent des traitements plus onéreux. Cela permet aussi aux travailleurs de revenir plus rapidement sur le marché du travail. Il y a des gains de productivité et des gains de revenus pour ces patients. C'est toute la société qui en bénéficie. Or, il faut en tenir compte.

M. Luc Thériault: Je vous remercie.

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Nous passons maintenant à M. Davies pour six minutes, s'il vous plaît.

M. Don Davies: Merci.

Docteur Lexchin, pouvez-vous expliquer pourquoi 90 % des nouveaux médicaments approuvés au Canada n'offrent pas de nou-

vel avantage thérapeutique important et, si c'est le cas, pourquoi sont-ils approuvés?

Dr Joel Lexchin: Il y a un certain nombre de choses à prendre en compte.

Tout d'abord, les sociétés pharmaceutiques, dans l'ensemble, s'intéressent aux marchés établis. Elles voient qu'un médicament sur le marché se vend bien, et elles veulent avoir une part du gâteau. Elles développent leur propre version de ce produit. Elles manipulent quelques molécules et produisent ce nouveau médicament. Puis elles font un marketing intense auprès des médecins. Les derniers chiffres que j'ai vus montrent que les sociétés pharmaceutiques dépensent environ 450 millions de dollars par an en représentants commerciaux et en annonces dans les revues médicales. Cela représente environ 60 000 \$ par médecin, par an, rien que pour ces deux formes de promotion.

Si l'on examine les exigences réglementaires pour l'approbation des médicaments, on constate qu'ils ne sont pas tenus d'être meilleurs que ce qui existe sur le marché. Ils peuvent, en fait, être inférieurs à ce qui existe sur le marché. La seule chose qui est exigée pour qu'un nouveau médicament soit mis sur le marché au Canada et dans d'autres pays, c'est qu'il soit meilleur que les placebos, et la mesure dans laquelle il est « meilleur » est marginale.

M. Don Davies: Merci.

J'aimerais maintenant parler du temps qu'il faut pour faire approuver les nouveaux médicaments au Canada. Selon un article récent, le facteur le plus important expliquant les retards dans la mise sur le marché et l'approbation des nouveaux médicaments au Canada est « l'écart entre les dates auxquelles les fabricants ont soumis les nouveaux médicaments aux organismes pour approbation réglementaire ».

Il se trouve que l'écart moyen entre les organismes de réglementation pour l'approbation des nouveaux médicaments est en fait très, très faible une fois qu'ils ont reçu les demandes; au Canada, l'écart par rapport aux États-Unis est d'environ quatre jours et par rapport à l'Union européenne de neuf jours. Pouvez-vous expliquer pourquoi les sociétés pharmaceutiques retardent l'accès aux nouveaux médicaments au Canada en attendant plus d'un an, en moyenne, pour soumettre leurs demandes à Santé Canada?

Dr Joel Lexchin: C'est avant tout une question d'économie. Même les grandes pharmaceutiques ont des ressources limitées, et elles vont présenter leur demande pour mettre un médicament sur le marché là où elles peuvent obtenir le meilleur rendement sur ce médicament, c'est-à-dire aux États-Unis. Aux États-Unis, le prix des médicaments de marque est deux à trois fois plus élevé que dans pratiquement tous les autres pays. Les deuxième et troisième pays en ce qui concerne le prix des nouveaux médicaments sont la Suisse et l'Allemagne. Après les États-Unis, les pharmaceutiques vont dans ces deux pays, car elles peuvent récupérer plus d'argent. Ensuite, ce sont des endroits comme le Canada, l'Australie et la Nouvelle-Zélande, où la taille du marché est plus petite et où les prix sont plus contrôlés.

● (1440)

M. Don Davies: Je vais aborder un autre sujet, celui des vaccins. Dans un article d'opinion paru dans *Open Canada* en mars 2020, vous avez été coauteur d'un article qui disait ce qui suit:

Nous ne pouvons pas augmenter l'offre de vaccins sans une expansion mondiale des capacités de production. L'un des moyens d'y parvenir est le COVID-19 Technology Access Pool [...] lancé officiellement en mai par l'Organisation mondiale de la santé. L'objectif général du C-TAP est de promouvoir l'innovation ouverte, en mettant en commun non seulement les résultats de la recherche et les droits de propriété intellectuelle, mais aussi les procédés de fabrication et d'autres types de « savoir-faire ». Le C-TAP bénéficie du soutien de 40 pays, mais le Canada ne fait pas partie de ces pays.

Pourquoi le gouvernement du Canada a-t-il refusé de soutenir le COVID-19 Technology Access Pool, et est-ce justifiable?

Dr Joel Lexchin: Pour ce qui est de la raison de ce refus, il faut demander aux fonctionnaires qui sont responsables de ce genre de décisions.

Si l'on regarde l'histoire du Canada, le gouvernement canadien a dû faire un choix entre soutenir l'amélioration de l'accès aux médicaments dans les pays à revenu faible et moyen et soutenir les droits de propriété intellectuelle, et nous remontons à 1999. Il y a eu environ six ou sept fois où il a dû faire ce choix, et chaque fois, il a choisi de soutenir les droits de propriété intellectuelle plutôt que d'améliorer l'accès aux médicaments dans les pays les plus pauvres.

M. Don Davies: Vous avez également écrit au sujet de l'incapacité du Canada d'assurer la fabrication nationale de vaccins. Vous dites que nous avons ignoré des avertissements qui remontent au SRAS en 2003 et au H1N1 en 2009. Le rapport Naylor, publié à la suite du SRAS, soulignait le manque de sécurité de l'approvisionnement en vaccins et recommandait l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de vaccins, mais les gouvernements successifs n'en ont pas tenu compte.

À l'heure actuelle, avons-nous pris des mesures adéquates, selon vous, pour remédier à ce manque de capacité de production nationale de vaccins?

Dr Joel Lexchin: Le gouvernement investit de l'argent dans un certain nombre d'installations. Il y a l'usine du CNRC, qui est en train d'être construite à Montréal, et il y a Medicago à Québec. Il investit de l'argent dans Sanofi au nord de Toronto, mais aucune de ces entreprises n'est sous contrôle canadien.

Ce que nous avons vu, c'est que lorsque les entreprises sont contrôlées à l'échelle internationale, les décisions ne sont pas nécessairement prises dans l'intérêt du Canada. Nous avons donc un vaccin contre la COVID mis au point par Sanofi et GlaxoSmithKline. Sanofi possède l'usine dans le nord de Toronto. GlaxoSmithKline a une usine au Québec, mais si ce vaccin réussit et est approuvé au Canada, il ne sera pas produit à l'un ou l'autre de ces endroits; il sera produit aux États-Unis.

Le président: Merci, monsieur Davies.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Merci, docteur Lexchin.

Le président: Merci à tous. Voilà qui met fin à notre première série de questions. Je pense que nous aurons le temps de faire un petit tour rapide, peut-être deux minutes par parti.

Sur ce, j'invite M. Maguire à prendre la parole. Allez-y, monsieur.

M. Don Davies: Monsieur le président, mon horloge indique que nous avons plus de 15 minutes. Ne pourrions-nous pas faire trois minutes par parti?

Le président: D'accord, nous pouvons essayer de le faire. Trois minutes, c'est toujours quatre ou cinq, mais faisons de notre mieux.

Monsieur Maguire, vous avez trois minutes.

M. Larry Maguire: Merci, monsieur le président.

Merci à mon collègue du NPD pour cela.

Monsieur Labrie, dans vos premières remarques dans cette section, vous avez mentionné que les médicaments ont augmenté de 19 % en 2016. Je me demande si vous pouvez développer ce point davantage. Vous avez également indiqué que nous ne devrions pas appuyer les recommandations du CEPMB en ce qui concerne le prix des médicaments. J'ai compris vos raisons. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez développer dans ce domaine, puisque nous ne les fabriquons pas ici au Canada?

[Français]

M. Yanick Labrie: Je vous remercie de la question, monsieur Maguire.

Les données que j'ai présentées sur les écarts de prix proviennent des rapports annuels du CEPMB. Le taux de 19 % représente l'écart entre les prix moyens au Canada et ceux dans le reste des pays de l'OCDE en 2017.

Par contre, comme je l'ai mentionné, ces écarts de prix sont difficiles à établir. Les comparaisons sont faussées par une série de facteurs, que j'ai énumérés. Entre autres, les populations et les économies sont de tailles différentes. De fait, certains pays membres de l'OCDE sont plus pauvres, tandis que d'autres sont plus riches.

Si l'on décortique les données en fonction des groupes de médicaments, on constate que les médicaments pour les maladies rares sont de...

• (1445)

[Traduction]

M. Larry Maguire: Excusez-moi de vous interrompre, monsieur Labrie.

Quelle est l'incidence de cette situation sur le prix que nous avons dû payer pour nos médicaments de la COVID? Je sais que vous parlez en général, mais qu'en pensez-vous?

[Français]

M. Yanick Labrie: En ce qui concerne la question des prix des médicaments, certaines informations ont été dévoilées, mais je n'ai pas pu vérifier si elles étaient précises. Encore une fois, on n'a pas pu établir de comparaisons à l'échelle internationale qui soient crédibles, à mon sens.

Une chose est certaine, c'est que des décisions sont prises pour favoriser certains marchés lorsque les conditions y sont gagnantes. Au Québec comme dans les autres provinces canadiennes, les conditions ne sont pas favorables, en raison notamment de l'incertitude causée par ce débat sur les changements réglementaires.

[Traduction]

M. Larry Maguire: Monsieur Ahmed, je vais vous céder la parole rapidement.

En ce qui concerne le fait de ne pas perdre de terrain sur la santé mentale à cause de la COVID, vous avez mentionné le soutien du secteur privé dans le développement et le financement dans le domaine de la santé mentale. Quel devrait être, selon vous, le rôle du secteur privé dans ce domaine? Je sais que vous souhaitez que tous les gouvernements travaillent ensemble. Où cela s'inscrit-il?

M. Ansar Ahmed: Il y a un petit organisme ici, dans ma ville natale de Newmarket, qui s'appelle Inn From the Cold. J'ai vu de mes propres yeux l'énorme travail qu'il accomplit, principalement grâce au soutien de bénévoles, pour essayer d'aider les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, d'itinérance et d'autres problèmes. Je pense que le gouvernement a certainement un rôle à jouer en offrant à ces organismes sans but lucratif un financement stable et à long terme, afin qu'ils puissent continuer à offrir ces précieux services.

Par ailleurs, si nous n'intervenons pas en amont dans le cadre de ces programmes de santé mentale, nous finirons par en payer le prix dans d'autres services sociaux, dans le système judiciaire ou dans d'autres domaines. Il nous incombe, en tant que société, de nous assurer que nous faisons cette intervention précoce.

Le président: Merci, monsieur Maguire.

Nous passons maintenant à M. Powlowski.

Monsieur Powlowski, vous avez trois minutes, s'il vous plaît.

M. Marcus Powlowski: Je vous remercie.

Ma question s'adresse à M. Lexchin et porte sur les changements proposés au CEPMB. Je ne suis pas un expert en la matière, mais il me semble qu'un grand nombre de sociétés pharmaceutiques veulent jouer les durs avec le gouvernement. Elles disent essentiellement que si nous n'abandonnons pas ces changements proposés, elles ne mettront pas leur produit sur le marché au Canada ou elles le retarderont certainement. Si cela coûte des vies canadiennes ou la santé des Canadiens, qu'il en soit ainsi. C'est nous qui avons commencé. C'est nous.

Même si je crois que les changements proposés sont loin d'éliminer les profits réalisés par les sociétés pharmaceutiques, il s'agit de limiter ces profits. Il est peut-être évident que je ne respecte pas trop cette approche des sociétés pharmaceutiques, pas plus que le fait qu'elles semblent tenir les Canadiens en otage pour arriver à leurs fins.

Comment le gouvernement canadien peut-il uniformiser les règles du jeu pour aller de l'avant? Je pense que vous avez déjà écrit quelque chose sur ce sujet. Que pensez-vous de l'adoption d'un système de licences obligatoires afin d'uniformiser les règles du jeu dans nos négociations avec les sociétés pharmaceutiques?

Dr Joel Lexchin: Permettez-moi d'insister sur votre point concernant les entreprises qui tentent de faire chanter le Canada. Cela remonte au début des années 1970 avec le gouvernement du Manitoba, lorsque celui-ci a introduit le paiement public des médicaments. Il disait que s'il y avait un générique sur le marché, il ne couvrirait que le coût du générique. Les fabricants de médicaments de marque ont répondu que si le Manitoba faisait cela, ils n'investiraient pas d'argent dans la province. C'est ainsi qu'ils ont agi pendant longtemps.

En ce qui concerne les licences obligatoires, en fait, c'était une possibilité. Lorsqu'ils ont introduit la législation au début de la pandémie — en avril 2020, je crois —, ils ont prévu des licences obligatoires pour les produits qui traiteraient la COVID. Cependant, cela a expiré à la fin de septembre 2020, et n'a jamais été utilisé.

Les licences obligatoires comme moyen de faire entrer des médicaments à des prix plus bas sont certainement une possibilité, bien que le gouvernement américain et les fabricants de médicaments de marque seraient probablement furieux si nous essayions de le faire.

• (1450)

Le président: Monsieur Powlowski, vous avez 10 secondes. Je pense que nous allons considérer que votre temps est écoulé.

Je suis sûr que vous le récupérerez un jour.

Merci à vous deux.

Nous allons maintenant passer à M. Thériault.

[Français]

Vous avez la parole pour trois minutes.

M. Luc Thériault: Monsieur le président, M. Davies et moi avons échangé notre tour de parole. Il s'exprimera donc avant moi.

[Traduction]

Le président: Allez-y, monsieur Davies. Vous avez trois minutes.

[Français]

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Merci à vous aussi, monsieur Thériault.

[Traduction]

Docteur Lexchin, je vais simplement exposer la question du CEPMB. D'un côté, vous avez les sociétés pharmaceutiques et les groupes de patients qui soutiennent que les réformes du CEPMB seront mauvaises pour les Canadiens et pour le Canada. Elles réduiront les essais cliniques. Elles retarderont l'introduction de médicaments novateurs sur notre marché, etc.

De l'autre côté, il y a ceux qui disent que ces réformes sont nécessaires pour réduire le coût des médicaments au Canada. Elles augmenteront la transparence dans le processus d'établissement des prix. En fait, c'est un autre exemple de chantage par les sociétés pharmaceutiques à l'égard des Canadiens et de nombreux patients vulnérables, qui menacent de refuser des médicaments aux Canadiens pour tenter d'influencer la politique pharmaceutique canadienne. En fait, un bon exemple de cela est le Trikafta. La communauté de la fibrose kystique a désespérément besoin de ce médicament très efficace, et la société qui le fabrique n'a même pas demandé l'approbation de Santé Canada.

Que pensez-vous de cette situation? Quelle est votre position au sujet de cette question?

Dr Joel Lexchin: Il est important de prendre conscience du fait que certains médicaments sont très importants et que nous devrions les mettre sur le marché. Cependant, ils ne doivent pas nécessairement être mis sur le marché aux prix exigés par les compagnies pharmaceutiques. Il existe aux États-Unis une organisation indépendante qui examine le rapport coût-efficacité des médicaments et décide de ce qui constitue un prix raisonnable. Lorsqu'elle a étudié le Trikafta pour la fibrose kystique, elle a déterminé qu'au lieu de 300 000 \$ par an, ce médicament devrait coûter environ 80 000 \$ par personne, par an.

Les compagnies pharmaceutiques établissent le prix des médicaments en fonction essentiellement du degré de désespoir. À quel point êtes-vous malade? Combien êtes-vous prêt à payer, ou votre gouvernement est-il prêt à payer, pour de nouveaux médicaments afin que vous puissiez être traité? C'est ainsi qu'elles établissent les prix. Une entreprise n'essayera pas de vendre à 300 000 \$ un médicament réduisant les symptômes du rhume de sept à deux jours, par exemple, car personne ne paiera ce prix. En revanche, si vous avez un nouveau médicament contre le cancer que vous voulez mettre sur le marché et qui augmentera la durée de vie de trois à six mois, les gens sont prêts à payer des centaines de milliers de dollars pour ce genre de produit. Les compagnies pharmaceutiques le savent et en profitent.

M. Don Davies: Enfin, le Canada a versé des centaines de milliers de dollars pour la mise au point de vaccins. Nous ne connaissons pas le montant exact, car il y a un manque de transparence. Les conditions de ces subventions n'ont pas été révélées. Nous ne savons pas non plus s'il y avait des exigences concernant le partage de la propriété intellectuelle qui en résulte avec le public qui a payé cela. Aurions-nous dû le faire? Le Canada aurait-il dû obtenir ces droits?

Dr Joel Lexchin: En un mot, oui. Nous avons payé une partie des coûts de développement. Nous devrions nous assurer que les droits de propriété intellectuelle sont publics, afin que ces médicaments puissent non seulement être produits au Canada ou dans d'autres pays riches, mais aussi être partagés avec le reste du monde pour augmenter la production de vaccins.

Le président: Merci, monsieur Davies.

M. Don Davies: Merci.

[Français]

Le président: Monsieur Thériault, vous avez la parole pour trois minutes.

M. Luc Thériault: N'en déplaise à mon collègue M. Davies, il n'est pas nécessaire d'avoir une vision aussi manichéenne. Il y a aussi des gens qui cherchent des solutions et des points de convergence. Si la réforme est adoptée, les compagnies pharmaceutiques n'auront même pas à faire de chantage; elles vont tout simplement s'installer ailleurs, sans faire de bruit. Nous vivons dans un contexte planétaire où la concurrence est assez féroce.

Cela étant dit, monsieur le président, je voudrais déposer la motion suivante:

Que, conformément à la motion adoptée par le Comité le 26 octobre 2020 concernant l'étude sur les lignes directrices du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), le Comité entreprenne les actions suivantes en regard du projet de rapport:

Qu'une première version rédigée du rapport soit transmise aux membres du Comité;

Que, dans les deux jours suivant l'adoption de cette motion, chaque parti reconnu au Comité envoie les recommandations qu'il souhaite inclure au rapport;

Qu'une heure supplémentaire soit ajoutée à la réunion du 18 juin et que celle-ci soit consacrée à l'étude du rapport et à son adoption;

Que la date limite pour le dépôt des rapports supplémentaires ou dissidents auprès du greffier soit fixée à 18 h deux jours de séance après l'adoption du rapport;

Que le président, le greffier et les analystes soient autorisés à apporter les modifications grammaticales et rédactionnelles nécessaires sans changer la substance du rapport, que le président ou le vice-président soit autorisé à déposer le rapport à la Chambre des communes au plus tard le 22 juin 2021, et que le gouvernement fournisse une réponse à ces résultats dans un délai de 30 jours;

Que, sans modifier le calendrier préalablement convenu, et reconnaissant que les ressources du Comité sont limitées, tout soit fait pour que ce rapport soit déposé à la date indiquée.

• (1455)

[Traduction]

Le président: Monsieur Thériault, de quel rapport s'agit-il?

[Français]

M. Luc Thériault: Vous avez aussi reçu la motion traduite, que j'ai envoyée au greffier.

[Traduction]

Le président: Nous allons suspendre la séance pendant une minute, le temps que je jette un coup d'oeil à ce rapport.

Je vous remercie.

• (1455)

(Pause)

• (1455)

Le président: Bienvenue à nouveau. Nous poursuivons nos travaux.

L'ordre du jour porte sur une situation d'urgence à laquelle les Canadiens sont confrontés en raison de la pandémie de la COVID-19. Puisqu'il s'agit d'une motion relative à l'étude du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, elle n'est pas pertinente; elle ne découle pas directement de cette affaire.

Je vais la déclarer irrecevable pour l'instant.

Nous avons reçu un avis de motion, et il est certainement acceptable en tant qu'avis de motion.

[Français]

M. Luc Thériault: Je conteste votre décision, monsieur le président.

[Traduction]

Le président: Si vous pouviez attendre que j'aie fini de parler...

[Français]

M. Luc Thériault: Oui, bien sûr.

[Traduction]

Le président: Je dirais au Comité que les délais mentionnés dans cette motion, compte tenu de l'arriéré des traductions, etc., ne sont probablement pas réalisables, et je propose que nous demandions à l'analyste de se prononcer sur cette question.

Monsieur Thériault, vous avez contesté ma décision. Ce n'est pas discutable, nous allons donc procéder à un vote sur ce point.

[Français]

M. Luc Thériault: D'accord, monsieur le président, mais j'aimerais simplement vous rappeler que, dans la motion qui nous a amenés à la réunion d'aujourd'hui, il était bien indiqué que nous pouvions traiter de tout autre sujet. Je pense donc que ma motion est recevable, et c'est pourquoi je conteste votre décision.

• (1500)

[Traduction]

Le président: Je vous remercie. C'est équitable.

La question est la suivante: la décision de la présidence est-elle maintenue? Si vous votez oui, vous êtes d'accord avec le président que la motion n'est pas recevable pour le moment. Si vous votez non, vous déclarez que la motion est recevable pour le moment.

(La décision de la présidence est maintenue par 8 voix contre 3.)

Le président: Merci à tous. La décision de la présidence est maintenue. Je dirais à M. Thériault qu'en tant qu'avis de motion, c'est bon. Il pourra présenter sa motion lors de notre prochaine réunion.

Merci à tous. Les témoins sont partis, mais je voudrais les remercier *in absentia* pour leur aide, leur excellent témoignage et leur partage du temps avec nous. Je voudrais également remercier les membres du Comité pour leur participation aujourd'hui et pour leur attention et leur minutie.

Cela dit, la séance est levée. Merci.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la Loi sur le droit d'auteur. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre des communes.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la Loi sur le droit d'auteur.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante :
<https://www.noscommunes.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the Copyright Act. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the Copyright Act.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the House of Commons website at the following address: <https://www.ourcommons.ca>