



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

45<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 1<sup>re</sup> SESSION

# Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

**NUMÉRO 026**

Le jeudi 26 mars 2026

Présidente : Hedy Fry





## Comité permanent de la santé

Le jeudi 26 mars 2026

• (1535)

[Français]

**La présidente (L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.)):**  
Bonjour à tous.

Je déclare la séance ouverte.

Je vous souhaite la bienvenue à la 26<sup>e</sup> réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

[Traduction]

Je reconnais que nous nous réunissons sur le territoire non cédé du peuple algonquin anishinabe.

La réunion d'aujourd'hui se déroule sous forme hybride. En plus des participants ici présents, une personne témoigne à distance.

Je vais rappeler les quelques règles habituelles aux témoins.

Veillez attendre que je vous nomme avant de prendre la parole. Si vous participez en ligne, veuillez cliquer sur l'icône du microphone pour l'activer et désactiver le son quand vous ne parlez pas. Au bas de votre écran, vous trouverez une icône en forme de globe, qui donne accès à l'interprétation. Vous pouvez sélectionner le canal de votre choix: parquet, anglais ou français.

Je vous rappelle que toutes les observations doivent être adressées à la présidence.

Pour les députés présents dans la salle, vous connaissez la procédure. Si vous souhaitez prendre la parole, vous devez lever la main dans le but d'attirer mon attention en premier. De plus, je vous rappelle que la greffière et moi ferons de notre mieux pour gérer l'ordre des interventions selon les mains levées. Nous vous remercions de votre patience et de votre compréhension à cet égard.

Sans plus attendre, passons à l'ordre du jour.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement et à la motion adoptée par le Comité le mardi 23 septembre 2025, le Comité commence son étude sur la souveraineté pharmaceutique du Canada.

Je vais d'abord accueillir les témoins.

Au cours de la première heure de la réunion, nous recevons la présidente de l'Association médicale canadienne, la Dre Margot Burnell.

Bienvenue à vous.

Je souhaite aussi la bienvenue à Mary Hughes, qui est vice-présidente, Ventes et opérations commerciales, de Grifols Canada. Elle est accompagnée d'un collègue qui pourra lui donner des conseils si elle en a besoin.

Nous accueillons également Mme Arianne Trudeau, directrice exécutive de Médicament Québec, qui participe par vidéoconférence.

Je vous explique la façon de procéder. Chaque groupe dispose de cinq minutes. Vous pouvez choisir qui prend la parole pendant ces cinq minutes. Je vous préviendrai quand il vous restera une minute, car je sais que parfois, si vous êtes en train de lire, vous ne pouvez pas me voir faire un signe. Ensuite, je vous préviendrai 30 secondes avant que votre temps soit écoulé pour que vous puissiez conclure. Vous aurez l'occasion de répondre à des questions plus tard, ce qui vous permettra de revenir sur ce que vous n'avez pas eu le temps de dire.

C'est tout.

Je donne d'abord la parole à la présidente de l'Association médicale canadienne, la Dre Margot Burnell, qui a cinq minutes.

• (1540)

**Dre Margot Burnell (présidente, Association médicale canadienne):** Merci, madame la présidente.

Je reconnais avec gratitude que nous sommes rassemblés aujourd'hui sur le territoire ancestral non cédé de la nation algonquine anishinabe et je salue son intendance de ces terres au fil des générations.

Je suis la Dre Margot Burnell. À titre de présidente de l'Association médicale canadienne, j'ai le privilège de représenter les médecins en exercice et en devenir de partout au pays et, à travers eux, leur patientèle.

Je vous remercie de m'avoir invitée à vous présenter le point de vue de l'Association médicale canadienne, ou AMC, concernant votre étude sur la souveraineté pharmaceutique du Canada.

Le Comité conviendra certainement que la population canadienne mérite un système de santé moderne et de grande qualité, axé sur la patientèle et efficace sur le plan économique. Pour y parvenir, les médicaments sur ordonnance sont indispensables, mais leur accès n'est pas toujours garanti. Chaque jour, les médecins constatent à quel point l'accès aux médicaments est crucial pour soigner les gens rapidement et prévenir des complications inutiles. Lorsqu'il est impossible de se procurer le bon médicament au bon moment, les patients doivent attendre: leurs traitements et leurs interventions chirurgicales sont reportés.

En l'absence de solution de rechange appropriée, les traitements peuvent s'avérer moins bénéfiques ou occasionner plus d'effets secondaires. Même lorsque des solutions de remplacement existent, changer de médicament a de quoi dérouter, surtout pour la personne qui prend le même depuis longtemps.

Ces pénuries entraînent de graves conséquences, non seulement pour la patientèle, mais aussi pour l'ensemble du système de santé. Les patients devront peut-être consulter davantage pour ajuster leur médication, ou recourir à des soins d'urgence qui auraient pu être évités. Cette pression accrue se fait ressentir très rapidement chez les médecins, le personnel infirmier et les pharmaciens, qui doivent prendre plus de temps pour trouver des médicaments de rechange et modifier des plans de traitement au lieu de s'occuper d'autres patients.

Parallèlement, les gouvernements et les pharmacies doivent composer avec un stress financier lorsque les perturbations des chaînes d'approvisionnement font augmenter le prix des médicaments. En fin de compte, c'est la patientèle qui en paie lourdement le prix: temps d'attente, effets secondaires, détérioration de l'état de santé et perte de confiance dans un système censé la soutenir.

La vulnérabilité du pays est évidente: 68 % des médicaments que nous utilisons sont importés, et 83 % des activités liées à la production de médicaments ont lieu à l'extérieur de nos frontières, notamment la fabrication, l'emballage et l'étiquetage.

L'AMC sonne l'alarme depuis de nombreuses années. C'est en effet depuis 2005 que nous demandons la mise en place d'un système exhaustif et doté de ressources suffisantes pour surveiller l'approvisionnement en médicaments du pays. Nous avons également recommandé l'examen des processus d'approvisionnement en médicaments et en équipements médicaux indispensables.

Ce que la pandémie de COVID-19 a mis en évidence, c'est que le Canada n'a pas suffisamment investi dans ses réserves de fournitures pour répondre à la demande. Cette conclusion doit nous aider à choisir la bonne voie pour établir notre souveraineté pharmaceutique et mieux protéger la patientèle.

Tout d'abord, l'AMC recommande au gouvernement fédéral d'investir davantage dans la production de médicaments au Canada, car l'établissement de notre propre chaîne d'approvisionnement fiable nous aiderait à gérer les pénuries et à mettre en place un système sur lequel nous pouvons compter.

Nous demandons ensuite au gouvernement fédéral de travailler de concert avec les gouvernements des provinces et des territoires pour privilégier l'achat de produits médicaux fabriqués au pays. Cette approche renforcerait notre chaîne d'approvisionnement et stimulerait l'innovation canadienne.

Enfin, nous nous devons d'insister sur la nécessité de prendre des mesures pour consolider l'ensemble du système de santé. Lorsque les pénuries de médicaments font augmenter la demande de soins, les effectifs de la santé doivent pouvoir y répondre de manière sécuritaire et efficace. Pour y parvenir, il nous faut augmenter l'offre de soins en équipe, former davantage de médecins et d'autres professionnels de la santé, accorder un plus grand nombre de permis d'exercice et tirer parti de la technologie pour rendre les soins plus efficaces.

Pour conclure, je tiens à souligner l'importance du secteur de la santé au Canada et l'effet bénéfique que l'application de nos recommandations pourrait avoir sur celui-ci.

Ce secteur emploie actuellement 3 millions de personnes au pays, contribue pour plus de 200 milliards de dollars par année à notre PIB et génère des milliards de dollars de dépenses en technologie, en produits pharmaceutiques et en matériel médical. Nous avons une réelle occasion de conserver une plus grande partie de

ces investissements au pays en renforçant nos capacités d'innovation et de fabrication.

Certes, conservons la valeur économique, les emplois et la propriété intellectuelle au pays, mais veillons également à ce que la population canadienne ait un accès sûr, efficace et continu aux médicaments, peu importe ce qui se passe ailleurs dans le monde. L'AMC est prête à collaborer avec le gouvernement fédéral, les provinces, les territoires et les partenaires dans l'ensemble du système de santé pour atteindre cet objectif.

Merci de votre temps. Je serai heureuse de répondre à vos questions.

*Meegwetch.*

● (1545)

**La présidente:** Merci, docteure Burnell. Il vous restait 10 secondes. Il est difficile de faire mieux. Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Mme Hughes, vice-présidente, Ventes et opérations commerciales, de Grifols Canada, qui a cinq minutes.

La parole est à vous, madame Hughes.

**Mary Hughes (vice-présidente, Ventes et opérations commerciales, Grifols Canada):** Merci.

Madame la présidente, distingués membres du Comité, je m'appelle Mary Hughes et je suis la vice-présidente des ventes et des opérations commerciales à Grifols Canada. En ce qui concerne ma formation universitaire, je suis titulaire d'un baccalauréat en génétique, d'une maîtrise en thérapie génique, d'une maîtrise en administration des affaires et d'un doctorat en hémostasie et thrombose.

Je vous remercie de me donner l'occasion de témoigner devant vous aujourd'hui. Je suis heureuse de pouvoir vous présenter le travail que Grifols mène en partenariat avec la Société canadienne du sang afin d'aider le Canada à renforcer son autonomie en matière de médicaments dérivés du plasma et à améliorer la sécurité de l'approvisionnement pour les patients canadiens dont la vie dépend de ces médicaments.

Les médicaments dérivés du plasma permettent de traiter des maladies rares, chroniques et potentiellement mortelles. Pour de nombreux patients, le traitement par immunoglobulines n'est pas facultatif. C'est le seul moyen efficace de survivre et de conserver une meilleure qualité de vie. Ces médicaments ne peuvent être fabriqués qu'à partir de plasma humain, donné par des personnes qui viennent en aide à autrui.

Des milliers de patients à l'échelle du Canada dépendent de ces traitements. Pour traiter un patient atteint d'un déficit immunitaire primaire pendant un an, on peut avoir besoin de 130 dons de plasma, et 465 dons sont nécessaires pour les patients atteints de la polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, une affection neurologique complexe.

La disponibilité des traitements dépend entièrement d'un approvisionnement stable et fiable en plasma.

La pandémie de COVID-19 et la pénurie mondiale d'immunoglobulines ont mis en évidence que le fait de dépendre de sources d'approvisionnement extérieures pour des produits de santé essentiels expose les patients canadiens à un risque important. C'est pourquoi, au début de la décennie, la Société canadienne du sang s'est fixé comme priorité nationale de porter l'autosuffisance du pays à 50 %. Grifols s'est mobilisée pour soutenir cette vision et, en 2022, nous avons signé un accord renouvelable à long terme avec la Société canadienne du sang afin de mettre en place, à partir de zéro, un écosystème du plasma entièrement national.

En vertu de l'entente conclue avec la Société canadienne du sang, tout le plasma que recueille Grifols au Canada est exclusivement destiné à la Société canadienne du sang ou est recueilli pour son compte. De plus, Grifols fournit un service consistant à transformer ce plasma afin d'obtenir toutes les immunoglobulines pouvant en être issues. À la demande de la Société canadienne du sang, Grifols peut transformer tout produit intermédiaire résultant de la fabrication d'immunoglobulines afin de produire d'autres protéines à usage médical dérivées du plasma, comme l'albumine.

Il est essentiel que le Canada dispose d'un approvisionnement en plasma et de capacités de fabrication solides et fiables pour ne pas subir les répercussions de facteurs échappant à son contrôle. En tant que Canadienne, je suis fière que Grifols soutienne notre pays dans cet effort. Depuis le début de notre partenariat, nous avons plus que doublé l'approvisionnement national en immunoglobulines au Canada, le faisant passer de 15 % à 33 %. Nos progrès se traduisent par une réduction des importations, une plus grande souveraineté en matière de soins de santé et un meilleur accès aux médicaments essentiels pour les Canadiens. Cela est possible grâce à nos 800 employés canadiens, que je représente fièrement aujourd'hui, et qui ont à cœur d'aider les patients canadiens.

Grifols soutient depuis longtemps les infrastructures et la chaîne d'approvisionnement relatives au plasma au Canada; dans ce contexte, nous avons investi environ 1 milliard de dollars pour mettre en place un réseau national de fractionnement du plasma et construire une usine de fabrication de produits dérivés du plasma à Montréal. Voilà à quoi ressemble, concrètement, l'autosuffisance: nous avons des donneurs canadiens, une collecte et une production en territoire canadien pour créer des médicaments canadiens destinés aux patients canadiens.

Notre entente avec la Société canadienne du sang prévoit que le plasma recueilli dans le cadre de ce partenariat est utilisé pour produire des médicaments à base d'immunoglobulines destinés aux patients canadiens. Une fois que l'ensemble des immunoglobulines ont été isolées pour la fabrication de ce médicament, les protéines restantes peuvent être utilisées pour fabriquer un autre type de médicament appelé albumine.

Le Canada ne dispose pas de suffisamment d'immunoglobulines, mais notre pays a bien plus d'albumine qu'il n'en faut pour répondre aux besoins des patients. Cela nous amène à nous demander ce qu'il faut faire de cet excédent de protéines d'albumine. Nous pouvons soit le jeter, soit l'utiliser pour aider des patients d'autres régions du monde.

Permettez-moi d'être claire: les patients et les donneurs canadiens passent toujours en premier. Cela signifie que chaque don d'immunoglobuline est entièrement et exclusivement utilisé au profit des patients canadiens. En revanche, pour ce qui est de l'albumine, un sous-produit, la Société canadienne du sang a déterminé qu'une fois les besoins des Canadiens comblés, l'albumine excédent-

taire peut servir à fournir des médicaments essentiels à des patients à l'étranger. D'ailleurs, les recettes de la vente de cette albumine excédentaire compensent le coût des médicaments à base d'immunoglobulines destinés aux patients canadiens.

Avec la Société canadienne du sang, Grifols contribue à l'objectif national du Canada visant à atteindre la souveraineté en matière d'immunoglobulines. Nous élargissons la collecte de plasma, renforçons les capacités de fabrication nationales et réduisons la dépendance à l'égard d'approvisionnements étrangers, tout en protégeant l'accès des patients canadiens à des médicaments essentiels.

Je vous remercie de votre attention. Je serai heureuse de répondre à vos questions.

• (1550)

**La présidente:** Je vais maintenant donner la parole à notre témoin qui est en ligne, Mme Arianne Trudeau, de Médicament Québec. Vous avez cinq minutes.

[Français]

**Arianne Trudeau (directrice exécutive, Médicament Québec):** Madame la présidente, membres du Comité, je vous remercie de me donner cette occasion de témoigner devant vous.

Je m'appelle Arianne Trudeau. Je suis la directrice générale de Médicament Québec.

Plusieurs constats et enseignements ont été tirés de la COVID-19 en ce qui concerne notre dépendance pharmaceutique. Notamment, la préparation et le renforcement des chaînes d'approvisionnement dépendent de notre capacité de rassembler l'ensemble des parties prenantes et de mettre au point un système collaboratif, agile et prêt à relever de nouveaux défis.

Parallèlement, il est essentiel de constater que le parc de plateformes technologiques du Québec et du Canada est l'une des pierres angulaires sur lesquelles doit reposer ce système. Les plateformes en milieu universitaire regroupent une variété d'outils, d'équipements, d'infrastructures, d'expertises et de services conçus pour soutenir la recherche universitaire et, dans une certaine mesure, la recherche industrielle.

Médicament Québec est né de ces constats et d'une volonté claire, soit d'accroître l'autonomie du Québec et du Canada, et structurer une véritable filière de médicaments capable d'assurer un approvisionnement local plus solide et de créer des solutions innovantes au bénéfice de la société.

Médicament Québec vise donc à mettre au point des plateformes structurantes et collaboratives. Grâce au soutien du ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie du gouvernement du Québec, plus de 24 millions de dollars ont été accordés à 20 projets structurants, qui ont généré près de 18 millions de dollars en contrepartie dans des domaines stratégiques tels que les petites molécules, les vaccins et les thérapies basées sur l'ARN.

[Traduction]

**La présidente:** Je suis désolée. Excusez-moi, madame Trudeau. J'entends des voix. Y a-t-il quelqu'un d'autre? Suis-je la seule à entendre cela? Je sais que j'entends des voix, mais voilà.

J'entends d'autres voix que celle de l'interprète. Je ne sais pas si quelqu'un... C'est peut-être vous, madame Trudeau. Votre microphone est-il ouvert? Y a-t-il quelqu'un d'autre dans la salle avec vous?

**Arianne Trudeau:** Non. Je suis seule.

**La présidente:** Je ne sais pas d'où viennent ces voix. Le personnel de nos députés pourrait peut-être baisser un peu le ton. Je ne sais pas. Je fais simplement cette suggestion parce que j'entends ces bruits et que c'est dérangeant.

Merci. Je suis désolée. Vous avez la parole. Nous avons arrêté le chronomètre pour cette petite intervention, madame Trudeau.

• (1555)

**Arianne Trudeau:** Pas de problème. Merci beaucoup.

[Français]

Ces investissements ont permis de stimuler l'innovation, de créer de nouvelles organisations, d'attirer de nouveaux partenaires et de renforcer les maillons essentiels de la chaîne d'approvisionnement en médicaments.

Médicament Québec a fait de la collaboration entre le milieu universitaire et l'industrie son cheval de bataille sur tous les plans. Dans le cadre de ses programmes et de ses activités, Médicament Québec a compté sur la contribution de plus de 125 partenaires, dont 62 entreprises de l'écosystème des sciences de la vie.

Alors que Médicament Québec s'apprête à déployer, au cours des prochaines années, la troisième itération de son financement, j'aimerais aujourd'hui vous faire part de quelques recommandations.

Premièrement, il est essentiel d'encourager et d'obliger la collaboration à tous les niveaux...

[Traduction]

**La présidente:** Excusez-moi, madame Trudeau.

Madame Konanz, je vous écoute.

**Helena Konanz (Similkameen—Okanagan-Sud—Kootenay-Ouest, PCC):** J'ai de la difficulté à entendre. Je me demande si vous pourriez augmenter le volume.

**La présidente:** L'avez-vous réglé au maximum?

**Helena Konanz:** Oui.

**La présidente:** Nous avons arrêté le chronomètre, madame Trudeau.

**Arianne Trudeau:** M'entendez-vous bien maintenant?

**La présidente:** Essayons de nouveau.

Allez-y.

[Français]

**Arianne Trudeau:** Les organismes subventionnaires fédéraux et provinciaux favorisent de plus en plus la recherche en partenariat avec l'industrie. Or les subventions universitaires offertes exigent souvent des contreparties de l'industrie sans que ces partenaires puissent bénéficier des subventions. Inversement, le financement public offert à l'industrie exige très peu de collaboration avec le milieu universitaire.

Ainsi, de la même façon que certains contrats accordés à des entreprises de la Défense exigent un réinvestissement dans l'économie canadienne, le gouvernement pourrait imposer qu'un pourcentage fixe de tout investissement public au sein d'une entreprise en sciences de la vie serve à effectuer des activités de recherche-développement en partenariat avec le milieu universitaire. Ces partenariats bilatéraux profitent à tous les intervenants de l'écosystème et créent de véritables retombées pour la société.

La deuxième recommandation est d'élaborer des orientations claires et des objectifs précis en matière de souveraineté pharmaceutique afin d'assurer la cohérence des actions. Le travail en réseau demande des orientations claires, afin de renforcer le positionnement de certains secteurs stratégiques ou de certaines composantes critiques de la chaîne de valeur, en vue de contribuer de façon importante à la réalisation des stratégies, des politiques ou des plans gouvernementaux.

À terme, la mise en œuvre des stratégies qui en découleront devra être réalisée par des équipes hybrides formées d'intervenants du milieu universitaire et de l'industrie pour relever des défis particuliers et produire de véritables résultats structurants. Il faut éviter à tout prix de soutenir des projets ou des plateformes en vase clos qui se limitent à une seule organisation.

Une meilleure organisation des services offerts évitera la mise en place de ressources faisant double emploi et le développement de services parfois inutilement fractionnés dans plusieurs établissements. Elle permet aussi de sécuriser et d'optimiser les investissements de fonds publics.

[Traduction]

Enfin, alors que le Canada s'efforce de respecter son engagement d'augmenter ses dépenses militaires, on met beaucoup l'accent sur la recherche liée à la défense ou la recherche à double usage. Autrefois au centre de l'attention pendant la pandémie de COVID-19, le secteur des sciences de la vie a été relégué au second plan au profit des systèmes sans équipage, des technologies quantiques et de l'intelligence artificielle. Or, la souveraineté pharmaceutique devrait faire l'objet de davantage de discussions dans une perspective de sécurité sanitaire et ne devrait pas être reléguée au second plan. La protection de la santé des populations civiles et militaires est un véritable atout pour une nation, quel que soit le contexte géopolitique.

Un soutien gouvernemental durable — qu'il soit financier ou sous forme de politiques publiques — en faveur de l'industrie, du milieu universitaire, ou des deux, est nécessaire pour maintenir un écosystème national des sciences de la vie dynamique et solide, capable de contribuer pleinement à la souveraineté pharmaceutique. Le gouvernement devrait éviter les approches éphémères reposant sur des mots à la mode et plutôt s'efforcer de mettre en œuvre des politiques publiques et un financement durables, étayés par des données probantes et une analyse des risques rigoureuse, reflétant une vision intégrée du secteur canadien des sciences de la vie. Bien que beaucoup...

• (1600)

**La présidente:** Veuillez conclure, madame Trudeau. Vous avez dépassé le temps imparti. Je voulais que vous finissiez votre phrase.

Pendant la période de questions et réponses, vous pourrez nous en dire plus sur des points que vous n'avez pas eu la chance d'aborder dans votre déclaration préliminaire. Vous pourrez saisir cette occasion lorsqu'elle se présentera.

**Arianne Trudeau:** C'est parfait.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à la période de questions et réponses. Nous allons commencer par une série de six minutes, ce qui comprend les questions et les réponses. Je vous accorderai, encore une fois, quelques secondes de plus pour vous permettre de terminer vos commentaires, mais je ne vous permettrai pas de dépasser le temps imparti.

Nous allons commencer par M. Strauss, du Parti conservateur.

Vous avez six minutes.

**Matt Strauss:** Merci, madame la présidente.

Madame Hughes, le *Globe and Mail* rapporte que deux personnes sont décédées à Winnipeg après avoir fait des dons dans un centre de collecte de plasma de Grifols. L'une des personnes décédées était une jeune immigrante. Je crois qu'elle avait 22 ans. C'était une étudiante étrangère originaire du Nigeria.

Je me demande comment votre organisation, ou vous-même personnellement, aborderiez les questions éthiques que soulève un cas comme celui-ci.

**Mary Hughes:** Madame la présidente, permettez-moi de commencer par dire que la qualité et la sûreté de notre plasma ainsi que la santé et la sécurité de nos donateurs sont notre priorité absolue. Nous avons été profondément attristés par le décès de deux personnes à Winnipeg, et nous offrons nos condoléances à leurs familles.

Conformément aux directives de Santé Canada, nous signalons tout événement indésirable grave qui se produit dans les 72 heures suivant un don de plasma, qu'il y ait ou non un lien de causalité potentiel.

À l'heure actuelle, il n'existe aucun lien entre leur décès et le don de plasma. Je travaille chez Grifols depuis 25 ans. Au cours de ces 25 années, je n'ai pas eu connaissance d'un seul cas où il y avait un lien avéré entre un don de plasma et un décès. Le don de plasma est une procédure sûre qui pose peu de risques.

**Matt Strauss:** Je suis désolé de vous interrompre, mais nous n'avons pas beaucoup de temps.

D'après ce que j'ai lu dans l'article du *Globe and Mail*, sur lequel je me fonde — je ne suis pas journaliste d'enquête —, il semblerait que la femme qui est décédée était en parfaite santé. Je suppose que votre organisation s'assure de sélectionner des donateurs qui sont en parfaite santé. Cette femme est décédée soit alors qu'elle était en train de donner du plasma, soit peu de temps après. Il semble y avoir un lien. On dirait que l'on refuse de reconnaître qu'il y a là une corrélation évidente.

Êtes-vous certaine de maintenir cette position selon laquelle il n'y a pas de corrélation entre le don et le décès?

**Mary Hughes:** Je le répète, pour que ce soit clair: à ce jour, il n'y a pas de corrélation entre un décès et la collecte de plasma.

**Matt Strauss:** Merci.

Selon des informations relayées par des médias, notamment à Toronto, plusieurs centres de Grifols à Regina, Calgary et Oakville ont été jugés non conformes à la réglementation de Santé Canada. Est-ce que toutes ces infractions à la réglementation ont été corrigées?

**Mary Hughes:** Nous exerçons nos activités dans un environnement très réglementé. Nous avons un excellent bilan en la matière dans l'ensemble de nos 390 centres.

En ce qui concerne les récentes inspections effectuées par Santé Canada, nous avons présenté et mis en œuvre des mesures correctives exhaustives.

**Matt Strauss:** Je suis désolé, madame Hughes. J'aimerais que vous me répondiez par oui ou par non.

A-t-on réglé les problèmes de non-conformité à la réglementation signalés par Santé Canada?

**Mary Hughes:** Oui, ces problèmes ont été corrigés. Nous collaborons pleinement avec Santé Canada pour renforcer la conformité dans son ensemble.

**Matt Strauss:** Je suis médecin. Le principe du consentement éclairé est fondamental dans la profession que j'exerce.

Les gens qui font un don dans un centre de collecte de plasma de Grifols sont-ils informés du risque de décès auquel ils s'exposent?

**Mary Hughes:** Madame la présidente, oui, ils le sont.

**Matt Strauss:** Lorsqu'une personne fait un don, l'avise-t-on qu'une partie de ce qui est prélevé pourrait être emballée et vendue à des fins de profit à l'étranger?

**Mary Hughes:** Lorsque les donateurs accordent leur consentement, on leur dit que le plasma recueilli est destiné à la fabrication de médicaments dérivés du plasma pour la Société canadienne du sang.

**Matt Strauss:** Ils ne savent donc pas qu'une partie du plasma qu'ils donnent peut être vendue à l'étranger.

**Mary Hughes:** À titre de précision, nous recueillons du plasma pour le compte et au profit de la Société canadienne du sang, pour la fabrication d'immunoglobulines au Canada et exclusivement au profit des Canadiens au pays.

En ce qui concerne le processus de fabrication, nous avons...

**Matt Strauss:** Avec tout le respect que je vous dois, votre réponse semble être « non ». Si je fais un don, une partie de l'albumine extraite de mon corps finira à l'étranger, où elle sera vendue à des fins de profit sans que j'en sois informé.

**Mary Hughes:** Madame la présidente, c'est inexact. Lorsque l'on fait un don au Canada, ce don sert d'abord et avant tout à répondre aux besoins des Canadiens. Les besoins du Canada en albumine sont comblés. L'offre excédentaire peut être jetée ou utilisée au profit de patients à l'étranger.

Encore une fois, je tiens à préciser que les besoins des Canadiens à cet égard sont satisfaits au pays.

**Matt Strauss:** Je ne pense pas que ce que j'ai dit était inexact, mais je vous remercie d'avoir expliqué ce point de nouveau.

Si je fais un don dans un centre de collecte de plasma de Grifols au Canada, est-ce qu'une partie de ce que je donne sera transformée aux États-Unis?

**Mary Hughes:** Nous travaillons actuellement à la mise en service de notre usine nationale à Montréal afin d'être en mesure d'effectuer la transformation nécessaire à la fabrication de médicaments au pays. Pendant la période de transition, ce processus se fait dans une usine de Clayton, en Caroline du Nord. Nous avons recours à cette installation depuis plus de 20 ans pour fournir des médicaments dérivés du plasma aux Canadiens.

**Matt Strauss:** Dois-je comprendre que, si mon don est envoyé à l'usine de la Caroline du Nord pour y être transformé, il demeurera complètement séparé de l'ensemble des dons américains, de sorte que la totalité de ce que j'ai donné reviendra au Canada?

**Mary Hughes:** Oui, madame la présidente.

**Matt Strauss:** Si je fais un don dans un centre de collecte de plasma de Grifols, qui est techniquement responsable du bon fonctionnement de l'appareil? S'agit-il d'un professionnel de la santé autorisé et, le cas échéant, de quel genre de permis d'exercice dispose-t-il?

**Mary Hughes:** Je suis désolée. Pouvez-vous répéter la question?

**Matt Strauss:** Quel genre de professionnel de la santé supervise le don et s'occupe de la procédure pour me relier à l'appareil utilisé pour recueillir le plasma?

**Mary Hughes:** L'ensemble des activités et des procédures dans nos centres de collecte de plasma sont soumises à la réglementation de Santé Canada. Cet organisme de réglementation est également responsable des centres de la Société canadienne du sang.

**Matt Strauss:** Quel type de professionnel de la santé autorisé s'occupe de la collecte de plasma? Je suis désolé si cela m'a échappé. Est-ce une infirmière ou un médecin qui s'occupe de la procédure visant à me relier à l'appareil lorsque je me présente pour faire un don?

**Mary Hughes:** Je peux prendre la question en note et fournir une réponse écrite...

**Matt Strauss:** Vous avez expliqué que seule l'albumine serait exportée. Grifols est-elle actuellement partie à une entente ou à un engagement quelconque pour garantir que cela ne change pas?

**Mary Hughes:** Nous avons une entente avec la Société canadienne du sang et cette entente comporte des modalités de confidentialité. Il y a donc des points que je ne peux aborder.

**La présidente:** Merci. Le temps est écoulé.

Je donne maintenant la parole à M. Eyolfson, pour les libéraux. Vous avez six minutes, monsieur Eyolfson.

**Doug Eyolfson (Winnipeg-Ouest, Lib.):** Merci, madame la présidente.

Docteur Burnell, tout d'abord, je vous remercie de votre présence.

Nous avons parlé des essais cliniques. Nous avons beaucoup évoqué le fait qu'il s'agit là d'un élément essentiel de la mise au point de nouveaux médicaments. C'est la première voie par laquelle les patients peuvent accéder à de nouveaux traitements pour le cancer et des maladies rares. Ces essais cliniques peuvent également attirer au Canada des chercheurs du monde entier. Je crois qu'une occasion s'offre à nous en ce moment, étant donné que, dans le climat politique actuel, des médecins et des chercheurs américains cherchent d'autres endroits où exercer leur profession et travailler.

Santé Canada a récemment lancé des consultations sur un cadre visant à moderniser notre réglementation relative aux essais cliniques afin de la rendre plus souple et à instaurer une surveillance réglementaire fondée sur les risques. Pourquoi ces essais cliniques sont-ils si importants? Pouvez-vous nous expliquer plus en détail pourquoi nous en avons besoin au Canada?

**Dre. Margot Burnell:** Les essais cliniques sont très importants. En effet, avant d'être mis sur le marché, les médicaments doivent faire l'objet de tests. On vérifie d'abord s'ils sont sûrs pour les gens. Quelle est la posologie appropriée? Quel est l'intervalle approprié entre les doses? Quels sont les effets secondaires attendus? Pour déterminer tout cela, nous avons besoin de ce que nous appelons des essais de phase 1.

Lors des essais de phase 2, des tests sont effectués chez les patients pour lesquels le médicament est censé être bénéfique. S'il s'agit d'un médicament pour traiter le cancer du sein, les essais de phase 2 se feront auprès de personnes atteintes d'un cancer du sein avancé; le médicament sera administré pour voir s'il est efficace. S'il atteint, lors de l'essai de phase 2, le seuil prédéterminé, on passe à un essai de phase 3.

Dans le cadre d'un essai de phase 3, on compare l'efficacité, l'innocuité et la rentabilité — dans cet ordre — entre le nouveau médicament et le traitement de référence actuel. On évalue l'équilibre entre l'innocuité et la toxicité. Si l'on dispose d'un médicament très efficace qui présente toutefois une toxicité importante, il faut le savoir. On se demandera alors s'il convient d'aller de l'avant avec le médicament et ce qu'il faut expliquer aux patients lorsqu'on leur administre le médicament ou qu'on envisage de l'utiliser pour soigner leur maladie.

La phase 4 est celle des études suivant la mise en marché. Ces études ont pour but de recenser les effets indésirables qui se produisent chez les patients une fois que le médicament est mis à la disposition d'une population plus large. Les personnes qui participent aux essais cliniques font l'objet d'une sélection très rigoureuse. Les critères d'admissibilité sont très stricts. Lorsque le médicament est commercialisé à plus grande échelle, d'autres cas de toxicité peuvent apparaître.

• (1605)

**Doug Eyolfson:** D'accord. Merci.

Les médecins constatent des lacunes dans l'accès aux médicaments. C'est un sujet qui revient souvent. Pouvez-vous nous parler des difficultés dont vos membres entendent parler actuellement, notamment en ce qui concerne le manque relatif de souveraineté pharmaceutique et la façon dont cela nuit aux patients, selon les cliniciens?

**Dre. Margot Burnell:** Des gens de partout au pays nous disent qu'il y a parfois des pénuries. Dans le domaine de l'oncologie médicale, que je connais le mieux, un produit peut ne pas être disponible auprès d'une entreprise donnée, et nous devons donc nous procurer un produit semblable auprès d'une autre entreprise. Il faut parfois également ajuster la posologie d'un médicament jugé efficace afin de préserver sa disponibilité.

Cela demande du temps et des efforts. Il faut adapter nos habitudes en matière de prescription au sein des cliniques ainsi que dans nos échanges avec les patients.

**Doug Eyolfson:** Merci.

Madame la présidente, combien de temps me reste-t-il?

**La présidente:** Il vous reste une minute et 30 secondes, monsieur Eyolfson.

**Doug Eyolfson:** Merci, madame la présidente.

Cette question s'adresse aussi à Dre Burnell.

On entend beaucoup parler des différents changements liés aux problèmes économiques et politiques, notamment en ce qui concerne les droits de douane et les perturbations commerciales qu'ils entraînent. Les membres de l'AMC ont-ils signalé une difficulté accrue d'accès aux médicaments depuis les récentes mesures commerciales prises par le gouvernement américain?

**Dre. Margot Burnell:** Je crois comprendre qu'il y a eu des discussions entre l'industrie pharmaceutique et le ministre LeBlanc à ce sujet.

**Doug Eyolfson:** Merci.

Est-il trop tôt pour savoir si sur le terrain, pour ainsi dire, les cliniciens constatent des effets sur le traitement des patients?

**Dre. Margot Burnell:** Au fil du temps, le coût des médicaments augmente d'un certain pourcentage par année, ce qui est prévu dans le budget des autorités sanitaires. Il est difficile d'attribuer l'évolution de ce pourcentage pour une année donnée à des événements géopolitiques.

**Doug Eyolfson:** Merci.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Je donne maintenant la parole au Bloc québécois.

Monsieur Blanchette-Joncas, vous avez six minutes.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas (Rimouski—La Matapédia, BQ):** Merci, madame la présidente.

Je salue les témoins qui sont avec nous aujourd'hui.

Ma première question s'adresse à madame Trudeau.

Selon vous, le Québec bénéficie-t-il pleinement des retombées économiques de sa recherche pharmaceutique ou est-ce qu'une partie importante de cette valeur lui échappe?

**Ariane Trudeau:** Je vais commencer par dire que Médicament Québec ne travaille pas nécessairement dans la valorisation des innovations qui sont issues de la recherche en partenariat ou de la recherche universitaire. Cependant, il y a quand même énormément d'études qui ont été faites pour démontrer, justement, que ce n'est pas particulier au Québec. Ce phénomène se produit un peu partout au Canada. On s'aperçoit justement qu'il y a une certaine vallée de la mort.

D'une part, il y a une vallée de la mort dans la chaîne de valeur pharmaceutique, car ça prend énormément de capital pour faire passer les innovations d'un maillon à l'autre de la chaîne d'innovation. D'autre part, il nous manque certains maillons qui nous permettraient de mieux saisir cette valeur et de mieux travailler ensemble pour faire évoluer les projets.

Quand on parle d'élaborer des stratégies plus claires et des orientations claires en matière de souveraineté pharmaceutique, on parle aussi des orientations gouvernementales qui visent à renforcer un secteur clé par opposition à un autre. Or, il s'agit aussi d'être clients de ces innovations, c'est-à-dire être les premiers utilisateurs des innovations qui sont faites au Québec ou au Canada pour qu'on puisse justement en faire profiter l'ensemble de la société.

• (1610)

**Maxime Blanchette-Joncas:** Madame Trudeau, en ce qui concerne la stratégie, lorsque les fonds publics soutiennent notamment la recherche pharmaceutique, devrait-on exiger des conditions pour s'assurer que les retombées économiques demeurent ici?

**Ariane Trudeau:** C'est tout à fait le cas.

D'ailleurs, c'est l'une des raisons pour lesquelles Médicament Québec prône particulièrement la question de la collaboration. Cette collaboration permet justement de sécuriser et d'optimiser des investissements en matière de recherche pharmaceutique. Ça per-

met de faire en sorte que, si on investit dans une entreprise, il y ait un partenaire universitaire là aussi. Si, pour une raison quelconque, l'entreprise fait faillite et qu'elle est vendue, il y a quand même un partenaire universitaire qui a tendance à rester ici.

C'est ce que nous avons vécu lors des années 2000 lorsque les grandes pharmaceutiques sont parties. Le bassin de talent et de personnel hautement qualifié est resté au Québec et, dans plusieurs cas, s'est recyclé dans le milieu universitaire. Ce serait une des façons de mieux recevoir les retombées de nos investissements.

**Maxime Blanchette-Joncas:** C'est bien reçu. Merci.

Selon vous et votre expertise, présentement, dans le cadre du modèle dont le Canada dispose, le Canada dépend-il plutôt des décisions de multinationales étrangères pour ce qui est de concevoir et de produire ses propres médicaments?

**Ariane Trudeau:** C'est le cas dans une large mesure. Les ingrédients pharmaceutiques proviennent très souvent de la Chine, de l'Inde ou d'autres compagnies pharmaceutiques. Les chaînes d'approvisionnement en matière de médicaments, comme vous le savez certainement, sont extrêmement complexes. Il est certain que la situation géopolitique actuelle ne fait que les complexifier davantage.

Pour bien s'en sortir en matière de chaînes d'approvisionnement, il va vraiment falloir définir les créneaux sur lesquels on veut se concentrer pour, après ça, les développer. Cependant, il va falloir prendre des décisions. On ne peut pas être bon dans tout, et le marché canadien est trop petit pour être bon dans tout. Il va vraiment falloir faire des choix stratégiques à cet égard.

**Maxime Blanchette-Joncas:** Je suis tout à fait d'accord.

La cohérence est une stratégie que j'adore. Selon vous, les politiques canadiennes sont-elles cohérentes en ce qui concerne le financement de la recherche, les incitatifs fiscaux et les objectifs industriels?

**Ariane Trudeau:** Je pense que ça va de mieux en mieux à ce stade. Je pense que, de plus en plus, on cherche à faire de la recherche d'impact, de la recherche ciblée. On parle de recherche axée sur la mission. On parle vraiment de créer des retombées réelles. On parle donc moins de recherche fondamentale, et plus de recherche appliquée.

Cela étant dit, il ne faut pas non plus oublier la recherche fondamentale, qui permet justement d'alimenter tout le reste du cheminement par la suite.

**Maxime Blanchette-Joncas:** C'est bien reçu.

Vous dites que ça va de mieux en mieux. À ma connaissance, le Canada est le seul pays du G7 à avoir été incapable de produire son propre vaccin contre la COVID-19.

Quelles sont vos mesures quant à l'analyse des retombées vous permettant de conclure que ça va mieux ou encore qu'il y a une progression en matière de souveraineté pharmaceutique au Canada, voire au Québec?

**Ariane Trudeau:** Il est vrai que l'écosystème actuel est très fragmenté, c'est-à-dire qu'il y a un nombre important de petits joueurs. Encore une fois, c'est dû au départ des grandes compagnies pharmaceutiques. C'est sûr qu'on ne peut pas nécessairement rivaliser avec les pays où sont bien installées les grandes compagnies pharmaceutiques.

On ne peut pas non plus rivaliser avec la Chine ou l'Inde concernant le prix des ingrédients pharmaceutiques. Il va vraiment falloir que le Canada adopte une stratégie de différenciation. Encore une fois, il faut que les politiques publiques reflètent ces choix et permettent vraiment de soutenir les retombées de la recherche qui est faite ici, au Québec.

[Traduction]

**La présidente:** Merci. Le temps est écoulé.

Nous passons maintenant à la deuxième série de questions, d'une durée de cinq minutes. La parole est à M. Mazier, du Parti conservateur.

**Dan Mazier (Mont-Riding, PCC):** Merci, monsieur le président.

Madame Hughes, en 2022, Grifols a signé une entente avec la Société canadienne du sang pour recueillir du plasma à partir de dons de sang. Est-ce que tout le texte de l'accord signé a déjà été rendu public, oui ou non?

**Mary Hughes:** Non, madame la présidente.

**Dan Mazier:** Étant donné que de nombreux décès de donneurs de sang se sont produits dans vos établissements, l'entreprise Grifols s'engage-t-elle aujourd'hui à déposer le contrat complet devant le Comité pour un examen parlementaire?

• (1615)

**Mary Hughes:** Pour répéter ce que j'ai dit plus tôt, il n'y a pas de corrélation entre le don de plasma et les décès. Les modalités de l'entente sont confidentielles. Je crains de ne pas pouvoir vous donner les détails d'une entente confidentielle.

**Dan Mazier:** Et bien, c'était la question posée, alors la réponse est non.

Je vais vous reposer la question. Étant donné qu'il y a eu deux décès dans vos établissements, l'entreprise Grifols s'engagera-t-elle aujourd'hui à déposer le contrat complet devant le Comité? Je suppose que votre réponse est non.

**Mary Hughes:** Encore une fois, je répète que l'entente est assujettie à des conditions de confidentialité que nous sommes tenus de respecter.

**Dan Mazier:** D'accord.

Madame Hughes, Santé Canada a-t-il suspendu vos permis dans les établissements de Winnipeg où il y a eu deux décès, oui ou non?

**Mary Hughes:** Non, madame la présidente.

**Dan Mazier:** Santé Canada a-t-il saisi les machines de collecte utilisées pour recueillir le plasma dans les cas des deux décès survenus au Manitoba, oui ou non?

**Mary Hughes:** Je suis désolé, mais pouvez-vous répéter la question? Je n'ai pas entendu.

**Dan Mazier:** Je vais en rester là.

Madame Hughes, la ministre fédérale de la Santé a-t-elle rencontré directement Grifols pour discuter des deux décès survenus dans vos établissements de Winnipeg, oui ou non?

**Mary Hughes:** Je ne suis au courant d'aucune rencontre.

**Dan Mazier:** Je répète la question: Santé Canada a-t-il saisi les machines de collecte utilisées pour recueillir du plasma dans les cas des deux décès au Manitoba, oui ou non?

**Mary Hughes:** Madame la présidente, je n'ai pas les détails des opérations. Nous pouvons certainement faire un suivi, mais nos équipes médicales et d'assurance de la qualité collaborent pleinement avec Santé Canada dans le cadre de l'enquête.

**Dan Mazier:** D'accord. Merci.

Santé Canada autorise Grifols à prélever du sang de donneurs canadiens 104 fois par année, alors que la Société canadienne du sang ne permet que 52 prélèvements par année. Pourquoi Grifols prélève-t-elle jusqu'à deux fois plus de sang auprès des donneurs canadiens que la Société canadienne du sang?

**Mary Hughes:** Tous nos centres au Canada sont réglementés par Santé Canada, la même autorité qui encadre la Société canadienne du sang. Nous respectons les règlements, et nos procédures continuent d'être homologuées, sous la surveillance de Santé Canada.

**Dan Mazier:** Savez-vous pourquoi il y en aurait deux fois plus de prélèvements?

**Mary Hughes:** Je ne peux pas faire de commentaires sur les activités de collecte de plasma de la Société canadienne du sang.

**Dan Mazier:** Madame Hughes, Grifols vend-elle une partie du plasma recueilli au Canada sur le marché international, oui ou non?

**Mary Hughes:** Madame la présidente, Grifols ne vend pas de plasma. Le plasma que nous recueillons au Canada est destiné spécifiquement et exclusivement à la Société canadienne du sang et aux Canadiens qui dépendent des médicaments dérivés du plasma.

**Dan Mazier:** Je le sais, et je posais la question parce que, bien sûr, on peut fabriquer de nombreux produits à partir du plasma. La question était de savoir si Grifols vend une partie — n'importe quelle partie — du plasma recueilli au Canada sur les marchés internationaux.

**Mary Hughes:** À titre de précision, et pour revenir à la déclaration préliminaire, je réitère que la Société canadienne du sang a convenu qu'en cas d'excédent d'albumine, issue du processus de fabrication des immunoglobulines, elle pouvait être jetée. Plutôt que de la jeter, elle est utilisée au profit des patients, ce qui compense le coût des médicaments à base d'immunoglobulines pour les Canadiens.

**Dan Mazier:** D'accord, donc l'immunoglobuline fait partie du plasma: c'est un produit que vous fabriquez. Y a-t-il d'autres produits que vous fabriquez à partir du plasma et qui sont vendus à l'étranger?

**Mary Hughes:** Grifols achète un excédent d'albumine issu d'un excédent de sous-produits qui, comme l'a reconnu la Société canadienne du sang, peut profiter à des patients à l'étranger.

**Dan Mazier:** Y a-t-il d'autres produits que vous vendez, ou d'autres produits que vous pouvez fabriquer et qui seraient, en fait...

**Mary Hughes:** Non, madame la présidente.

**Dan Mazier:** Non. D'accord.

Madame Hughes, Grifols a fait l'acquisition de Canadian Plasma Resources en 2023, qui était une entreprise canadienne. Avant son acquisition, l'entreprise canadienne avait offert de vendre du plasma à la Société canadienne du sang, mais sa demande avait été rejetée. Savez-vous pourquoi leur offre n'a pas été acceptée, mais celle de Grifols l'a été?

**Mary Hughes:** Je ne peux pas parler au nom de la Société canadienne du sang. Je peux dire qu'en 2022, cet exploitant indépendant exerçait ses activités au pays et vendait du plasma canadien, qu'il exportait à l'extérieur du pays. Grifols a acquis une participation majoritaire de l'entreprise et continue de travailler à une transition en douceur afin d'acquiescer le contrôle opérationnel et complet nécessaire pour garder le plasma au pays.

**Dan Mazier:** Merci.

**La présidente:** Votre temps est écoulé, monsieur Mazier. Je suis désolé.

Je donne maintenant la parole à Mme Chi, du Parti libéral.

Vous avez cinq minutes, s'il vous plaît.

**Maggie Chi (Don Valley-Nord, Lib.):** Merci, madame la présidente.

Merci à tous les témoins d'aujourd'hui.

C'est un plaisir de vous voir, docteur Burnell. Merci beaucoup d'être venue nous faire part du point de vue de vos membres.

Pour poursuivre dans la même veine que mon collègue, j'aimerais savoir ce que pensent vos membres. Quelles seraient les mesures les plus efficaces que les gouvernements pourraient prendre pour accroître notre souveraineté pharmaceutique?

• (1620)

**Dre. Margot Burnell:** Les deux plus efficaces sont d'investir dans la production des médicaments au Canada et, lors des achats, de favoriser autant que possible ceux qui sont fabriqués au Canada.

**Maggie Chi:** Merci.

En ce qui concerne les quantités lorsque vous faites face à des pénuries, pourriez-vous décrire au Comité les étapes habituelles pour gérer une telle situation? Pendant la pandémie de COVID-19, il y a eu beaucoup de pénuries, compte tenu de sa nature inattendue. Quelles sont certaines des leçons tirées par vos membres? Quelles mesures le gouvernement peut-il prendre pour accroître l'offre?

**Dre. Margot Burnell:** Les leçons apprises consistent, d'abord, de veiller à ce que l'approvisionnement en médicaments de niveau trois soit suffisant et à ce qu'il soit possible d'augmenter la production ou d'obtenir des quantités supplémentaires si nécessaire. C'est un aspect vraiment important.

L'autre consiste à communiquer entre les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral les quantités réelles de médicaments disponibles. Chaque fois qu'il y a une pénurie, surtout pendant une pandémie ou une crise, ou lorsqu'il y a des médicaments spécialisés, comme les médicaments oncologiques, je dirais que les pharmacies travaillent ensemble pour déterminer les meilleures sources d'approvisionnement et la meilleure solution de rechange. Il s'agit en partie d'harmoniser ce que nous recommandons aux patients comme substitut. Cela semble très bien fonctionner.

**Maggie Chi:** Merci, docteur Burnell.

Comme vous le savez, une grande partie de notre système est structurée autour du traitement des maladies, plutôt que de l'aspect préventif. D'après vos membres, comment devrions-nous envisager l'innovation pharmaceutique dans le contexte de la prévention et des résultats à long terme en matière de santé?

**Dre. Margot Burnell:** En ce qui concerne les médicaments utilisés pour les soins préventifs, si j'ai bien compris votre question, ils sont généralement testés chez des personnes dont la maladie est

plus avancée pour déterminer s'il y a un risque qui n'est pas ressorti des essais cliniques.

Dans le cas des médicaments contre le cancer, par exemple, ils sont testés pour un stade avancé de la maladie. Si leur toxicité ne réserve aucune surprise et qu'ils semblent présenter des effets bénéfiques, ils sont alors testés chez des patients atteints d'un cancer à un stade plus précoce. Ils passent ainsi du cancer du sein métastatique au cancer du sein à un stade précoce. S'ils s'avèrent efficaces à ce stade, ils sont ensuite testés dans le cadre de la prévention.

La raison pour laquelle il faut procéder par étapes, c'est que lorsqu'on essaie de prévenir quelque chose, on veut réduire au minimum la toxicité. On veut éviter toute toxicité susceptible de mettre la vie en danger. En revanche, lorsqu'on lutte contre un cancer et que la vie du patient est en jeu, celui-ci privilégiera souvent les bénéfices potentiels par rapport à la toxicité.

**Maggie Chi:** Merci beaucoup, docteur Burnell.

Je vais partager mon temps avec Mme Jaczek.

**La présidente:** Il vous reste une minute, madame Jaczek.

**L'hon. Helena Jaczek:** Merci beaucoup.

Madame Hughes, vous avez affirmé que les deux décès à la clinique Grifols n'étaient pas liés au fait que les gens étaient des donneurs de plasma. Comment en arrivez-vous à cette conclusion? Est-ce que c'est une conclusion du coroner ou de Santé Canada? Pourquoi faites-vous cette affirmation?

**Mary Hughes:** Madame la présidente, toutes les enquêtes internes menées en collaboration avec nos équipes d'assurance de la qualité et nos équipes médicales n'ont révélé aucune corrélation entre le don de plasma et la mort. Je ne parle pas au nom de Santé Canada, mais sur la base de l'information dont disposent à ce jour nos équipes médicales et d'assurance de la qualité, il n'y avait pas de corrélation.

**L'hon. Helena Jaczek:** C'est une conclusion interne de Grifols.

**Mary Hughes:** C'était à l'interne, et l'information a été communiquée à Santé Canada.

**L'hon. Helena Jaczek:** Si vous pouviez répondre à la question de Mme Strauss sur la façon dont vous sélectionnez les donneurs potentiels et les types de questions que vous posez, même si vous nous les fournissiez par écrit, je pense que ce serait utile.

• (1625)

**Mary Hughes:** Madame la présidente, oui, nous vous fournirons cela par écrit.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Merci, madame Jaczek.

Je donne maintenant la parole à M. Blanchette-Joncas pour deux minutes et demie.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Merci beaucoup, madame la présidente.

Ma première question s'adressera à Mme Burnell. Le 18 mars dernier, le gouvernement a annoncé la création d'un groupe de travail sur le secteur des produits pharmaceutiques et des sciences de la vie.

L'Association médicale canadienne a-t-elle été consultée concernant la création de ce nouveau groupe de travail?

[Traduction]

**Dre. Margot Burnell:** Je ne suis pas certain que nous ayons été consultés, mais nous sommes heureux d'appuyer la création de ce groupe de travail et nous avons hâte de voir ses recommandations. J'espère qu'elles se traduiront par des actions concrètes.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Vous dites que vous n'êtes pas certaine. Est-ce parce que vous n'avez pas l'information ou est-ce parce que vous ne pouvez pas nous la donner?

[Traduction]

**Dre. Margot Burnell:** Nous sommes au courant de l'existence de ce groupe de travail maintenant qu'il existe. Je ne sais pas si nous avons été informés avant sa création.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Pourriez-vous nous faire parvenir votre réponse plus tard?

[Traduction]

**Dre. Margot Burnell:** Nous le ferons avec plaisir.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Le gouvernement a dit que le groupe de travail va comprendre des membres de certaines associations nationales de l'industrie, des représentants de l'industrie pharmaceutique et d'entreprises de biotechnologie, ainsi que des partenaires dans les domaines de la réglementation, des politiques publiques et de la recherche.

Selon vous, comment définit-on les critères?

Est-ce au gouvernement de le faire ou doit-on consulter également les experts pour s'assurer d'avoir une composition équitable et vraiment représentative des défis réels quant à la souveraineté pharmaceutique du Canada?

[Traduction]

**Dre. Margot Burnell:** Les membres qui ont été proposés sont des représentants de l'association nationale de l'industrie, du secteur pharmaceutique, d'entreprises de biotechnologie, et de partenaires en politiques réglementaires et en recherche. Je laisserais au groupe de travail le soin de cerner les lacunes qu'il estime devoir combler.

Je proposerais que le groupe de travail prenne aussi en compte l'opinion et l'expérience vécues des patients, ainsi que l'opinion des médecins praticiens.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** D'accord.

Selon ce que je comprends, vous n'avez pas de position sur la composition de ce groupe de travail.

Est-ce cela?

[Traduction]

**Dre. Margot Burnell:** Les membres qui ont été nommés à ce jour couvrent un large éventail, et j'encourage le groupe à discuter entre eux de toute lacune afin de s'assurer que l'expérience vécue par les patients, ainsi que par les médecins praticiens, soit prise en compte.

**La présidente:** Merci beaucoup.

C'est la fin de ce tour.

Je donne maintenant la parole à Mme Konanz, du Parti conservateur, pour cinq minutes.

**Helena Konanz (Similkameen—Okanagan-Sud—Kootenay-Ouest, PCC):** Merci, madame la présidente.

Madame Hughes, si l'on se promenait dans une ville canadienne et qu'on leur posait la question, la plupart des Canadiens diraient ne pas connaître les médicaments que vous fabriquez à partir de dons de sang canadiens, mais ils sauraient, d'après les informations diffusées dans les nouvelles ces six derniers mois, que deux donneurs sont décédés peu de temps après avoir fait un don dans deux de vos sites.

Je comprends que vous ayez essayé d'aborder cette question aujourd'hui, mais je veux vous poser la question suivante: que pouvez-vous dire aux Canadiens pour les rassurer sur le fait qu'ils peuvent avoir confiance en vos opérations, compte tenu de ces deux décès très inhabituels et tragiques?

**Mary Hughes:** Madame la présidente, depuis 20 ans, Grifols fournit des médicaments dérivés du plasma qui sauvent des vies canadiennes. Pour les Canadiens, nous avons réalisé d'importants investissements afin de garantir la sécurité de l'approvisionnement national en immunoglobulines vitales pour les patients, grâce à notre site de Montréal, à notre réseau de centres de collecte de plasma et aux plus de 800 employés canadiens qui œuvrent au service de ces patients. Cela n'a en rien modifié notre mission et notre vision, qui consistent à améliorer la santé et le bien-être des patients.

Nous sommes soumis à la réglementation de Santé Canada. Nous continuons de travailler avec le ministère. Nous lui signalons tout événement indésirable grave, qu'il y ait ou non un lien de cause à effet.

**Helena Konanz:** Merci.

Ma prochaine question est la suivante: ces opérations et ce personnel ont-ils continué à fonctionner sans interruption après les décès, ou les sites et le personnel ont-ils été soumis à un examen et à de la formation avant que vous ne repreniez les activités? Le site a-t-il été fermé temporairement? Que s'est-il passé? Quel a été le déroulement des événements?

• (1630)

**Mary Hughes:** Madame la présidente, je ne connais pas les détails opérationnels. Je peux faire un suivi et vous les fournir.

**Helena Konanz:** Allez-vous les déposer auprès du Comité?

**Mary Hughes:** Oui.

**Helena Konanz:** Merci.

Vous ne savez pas si les deux sites au Manitoba ont été fermés du tout après ces décès, même temporairement.

**Mary Hughes:** Madame la présidente, je peux faire un suivi. Je n'ai pas les détails pour vous.

**Helena Konanz:** Ce serait formidable. Ce serait vraiment bien de le savoir. C'est très important, j'en suis sûr, pour rassurer les Canadiens.

Je veux revenir sur la présence de Grifols au Canada. Vous recueillez du plasma, grâce aux dons de sang canadiens, dans le but de fabriquer des immunoglobulines au Canada. Cependant, vous recueillez également des sous-produits de ces dons de sang, pour lesquels vous payez les Canadiens, afin de produire de l'albumine et de la vendre à l'étranger. J'aimerais savoir, si possible, quel est le paiement moyen que vous versez aux Canadiens pour leur don de sang, par rapport à votre marge de profit. Combien Grifols gagne-t-elle grâce à la vente d'immunoglobulines et d'albumines à l'étranger, même si c'est une estimation approximative?

**Mary Hughes:** Madame la présidente, comme je l'ai mentionné plus tôt, les détails du contrat sont confidentiels. En tant que société cotée en bourse, nos états financiers consolidés sont disponibles sur notre site Web.

**Helena Konanz:** D'accord. Pour revenir aux décès survenus sur le site de Grifols au Canada, ou dans d'autres pays... En fait, j'aurais une question: y a-t-il eu d'autres décès dans des installations de Grifols dans d'autres pays?

**Mary Hughes:** Madame la présidente, non.

**Helena Konanz:** D'accord. Il n'y a pas eu de décès, si bien que ces enquêtes n'ont pas été menées dans aucun autre pays.

**Mary Hughes:** Madame la présidente, pour autant que je sache... mais je peux me renseigner à ce sujet et vérifier les détails. Le président de notre approvisionnement en plasma supervise l'ensemble des opérations relatives au plasma à l'échelle mondiale.

**Helena Konanz:** Si vous pouviez nous fournir ces renseignements, ce serait...

**Mary Hughes:** Nous pouvons certainement le faire.

**La présidente:** Vous avez une minute.

**Helena Konanz:** Merci.

À quelle fréquence Santé Canada a-t-il examiné vos sites de prélèvement sanguin ou vos procédures?

**Mary Hughes:** Madame la présidente, encore une fois, en ce qui concerne les opérations et ce niveau de détail, je vais devoir vous revenir avec une réponse à cette question précise.

**Helena Konanz:** Vous pouvez nous la faire parvenir aussi. Parfait.

Santé Canada a-t-il reçu l'accord conclu entre Grifols et la Société canadienne du sang, oui ou non?

**Mary Hughes:** Madame la présidente, Grifols n'a pas fourni l'accord. Je ne peux pas parler au nom de la Société canadienne du sang. L'accord est confidentiel.

**Helena Konanz:** Santé Canada ne l'a-t-il pas vu?

**Mary Hughes:** Madame la présidente, je n'ai pas la réponse à cette question.

**Helena Konanz:** D'accord. Vous pourrez nous l'envoyer également.

Monsieur Mazier, avez-vous des remarques à faire?

**La présidente:** Il vous reste 12 secondes. Je suis désolée, monsieur Mazier, mais je ne pense pas que vous puissiez poser une question et obtenir une réponse en 12 secondes.

**Dan Mazier:** Non, je ne peux pas le faire en 12 secondes.

**La présidente:** Je vais céder la parole à la dernière intervenante de cette série de questions.

Madame Jaczek, vous disposez de cinq minutes, je vous prie.

**L'hon. Helena Jaczek:** Je vous remercie, madame la présidente.

C'est un plaisir de vous revoir, docteur Burnell.

L'objectif de cette étude, bien sûr, est que le Comité formule des recommandations fondées sur les témoignages d'experts. Il est important que le rapport soit pratique et se concentre sur les domaines dans lesquels le gouvernement fédéral peut réellement changer les choses. Si vous deviez suggérer à ce comité une ou deux mesures prioritaires que le gouvernement fédéral devrait prendre pour améliorer l'accès aux médicaments, attirer des investissements et renforcer la souveraineté pharmaceutique, quelles seraient-elles? Je sais que c'est difficile, mais... une ou deux véritables priorités.

**Dre. Margot Burnell:** Je pense que les principales priorités sont en fait d'investir dans la production de médicaments et d'étudier les possibilités qui s'offrent à cet égard. Il sera extrêmement important de soutenir le groupe de travail dans cette démarche, car il pourra ainsi réaliser une analyse exhaustive et formuler des recommandations. Il sera essentiel de créer le groupe de travail, de fournir des ressources financières et humaines et de disposer des capacités nécessaires pour faire circuler les données à l'échelle du pays — quels sont les différents médicaments et quelles sont les réserves et ce qui est à la disposition des Canadiens en temps de crise. Je recommande également que les sociétés pharmaceutiques soient en mesure de renforcer leurs capacités opérationnelles et de faire preuve de résilience en période de crise.

● (1635)

**L'hon. Helena Jaczek:** Dans le cadre d'une étude précédente menée par le Comité, nous nous sommes penchés sur la résistance aux antimicrobiens. Un certain nombre de sociétés pharmaceutiques nous ont fait part de leur réticence à investir dans la recherche de nouveaux antimicrobiens potentiels, notamment parce que le marché est relativement petit.

Considérez-vous la résistance aux antimicrobiens comme un problème de taille? Devrions-nous investir d'une manière ou d'une autre pour garantir l'approvisionnement en nouveaux antimicrobiens?

**Dre. Margot Burnell:** Les organismes pathogènes sont très intelligents. Ils développeront une résistance aux médicaments. Les organismes de réglementation tels que Santé Canada — et, auparavant, le CDC aux États-Unis — surveillent l'évolution de cette résistance dans le monde. Lorsqu'un pathogène donné devient résistant à ce qui est considéré la norme en matière de soins dans les pays développés, il devient impératif et justifié de trouver un médicament capable de lutter contre cette résistance.

Nous avons constaté, pour plusieurs des organismes, que dans de rares cas — mais qui ne sont pas négligeables —, nous avons dû recourir à un médicament moins courant pour les combattre. En ce qui concerne le *Staphylococcus aureus* résistant, par exemple, il s'agit d'un pathogène courant susceptible de développer une résistance. Nous devons garder une longueur d'avance sur le processus de résistance. Cela ne représentera pas un pourcentage important de la conception ou de la consommation de médicaments, mais il peut s'agir de maladies potentiellement mortelles, et nous devons être prêts à les combattre.

**L'hon. Helena Jaczek:** Merci, madame la présidente. C'est tout.

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

**L'hon. Helena Jaczek:** Oh, quelle générosité! Merci beaucoup.

Il s'agit de suggestions concrètes sur les secteurs sur lesquels nous devons nous concentrer. D'après ce que vous avez pu observer dans l'exercice de vos fonctions, y a-t-il des secteurs particuliers où la souveraineté pharmaceutique pourrait aider vos patients ou dans lesquels vous avez constaté des pénuries de médicaments pour ces patients?

**Dre. Margot Burnell:** Nous avons constaté des pénuries de médicaments lorsque les filières de production changent. Lorsque le liège était utilisé pour sceller certaines fioles, par exemple, toute l'industrie a dû s'adapter. Il arrive que certaines usines de fabrication de produits pharmaceutiques ne puissent pas répondre à la demande ou qu'elles aient dû fermer une partie de leur production pour une raison quelconque. Nous devons alors trouver d'autres sources d'approvisionnement en médicaments pour atteindre le même objectif pour nos patients.

**La présidente:** Je vous remercie. Le temps est écoulé, madame Jaczek.

Je tiens à remercier les témoins d'être venus, de nous avoir fait bénéficier de leur expertise et d'avoir répondu aux questions en toute franchise.

J'aimerais poser une question sur le CDC, auquel Mme Jaczek a fait référence et que vous avez également évoqué, docteur Burnell, ainsi que sur les politiques en matière de vaccination aux États-Unis. À l'heure actuelle, les vaccins ne sont plus considérés comme des éléments importants de la prévention. Une grande partie de nos vaccins et de nos produits pharmaceutiques proviennent des États-Unis. Pensez-vous que cela signifie qu'il est presque indispensable pour nous de créer notre propre secteur pharmaceutique?

**Dre. Margot Burnell:** Je ferais la distinction entre les recommandations émanant de ces organisations et les normes de production. Le CDC, jusqu'à récemment, dans le contexte géopolitique actuel... avait des lignes directrices très rigoureuses et reconnues. D'un point de vue canadien, nous avons l'occasion de combler cette lacune et de fournir des lignes directrices à nos médecins et à nos communautés.

En ce qui concerne la production de médicaments, nous aimerions qu'elle soit autant que possible au Canada, mais je n'ai pas connaissance de faits qui auraient nui à la qualité de la production de médicaments aux États-Unis.

**La présidente:** Je vous remercie.

Avant que les témoins quittent la salle, je tiens à leur rappeler que des demandes de documents écrits ont été formulées. Veuillez les faire parvenir à la greffière. Elle les distribuera. Merci beaucoup.

Je vais maintenant...

**Dan Mazier:** Madame la présidente...?

**La présidente:** Oui?

**Dan Mazier:** Merci.

Je demande le consentement unanime pour la motion suivante: que le Comité ordonne la production des versions intégrales et non caviardées des ententes entre la Société canadienne du sang et Grifols annoncées le 7 septembre 2022; et que ces ententes soient transmises à la greffière du Comité au plus tard le 10 avril 2026.

Je demande le consentement unanime.

• (1640)

**La présidente:** Avons-nous le consentement unanime? Nous l'avons.

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

**La présidente:** Je remercie les témoins.

Nous allons suspendre la réunion pour permettre aux témoins de partir et accueillir les nouveaux témoins pour la deuxième heure.

Merci.

• (1640)

(Pause)

• (1645)

**La présidente:** Nous reprenons la réunion.

Je veux souhaiter la bienvenue aux témoins qui se joignent à nous pour la deuxième heure de cette réunion dans le cadre de l'étude de la souveraineté pharmaceutique du Canada.

J'aimerais présenter les témoins.

À titre personnel, nous accueillons le Dr Martyn Judson, addictologue, et M. Mina Tadrous, professeur agrégé, Université de Toronto. De l'Association des pharmaciens du Canada, nous recevons Mme Sadaf Faisal, vice-présidente par intérim, Affaires publiques et professionnelles.

Je vais vous expliquer rapidement comment nous procédons. Chacun de vous disposera de cinq minutes pour faire sa déclaration. Je vous avertirai une minute avant la fin pour que vous puissiez commencer à conclure vos remarques, puis je vous avertirai à nouveau 30 secondes avant la fin pour conclure votre déclaration. Nous passerons ensuite à la période des questions. Je chronométrerai tous les intervenants, en accordant quelques secondes ici et là pour permettre à chacun de terminer ses remarques. Si vous souhaitez intervenir, je vous suggère de prendre la parole seulement si la présidence vous y autorise.

Monsieur Tadrous, vous savez que vous avez une fonction « Lever la main ». Veuillez mettre votre microphone en sourdine lorsque vous ne vous exprimez pas. À la période des questions, si une question vous est adressée, activez votre micro pour y répondre. Un service d'interprétation est disponible en cliquant sur l'icône du globe en bas de l'écran. Vous pouvez sélectionner l'anglais, le français ou le parquet. Vous pouvez y avoir recours si vous le souhaitez.

Encore une fois, toutes les questions et observations doivent être adressées par l'entremise de la présidence.

Je vais commencer par souhaiter la bienvenue au Dr Judson.

Vous disposez de cinq minutes, docteur Judson.

**Dr. Martyn Judson (addictologue, à titre personnel) :** Je vous remercie, madame la présidente, de me donner l'occasion de témoigner devant le Comité.

Je suis Martyn Judson et j'ai été autorisé par le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario à exercer la médecine pendant plus de 50 ans, jusqu'à mon départ à la retraite en avril 2025. J'ai pratiqué la médecine générale pendant 10 ans, puis je me suis spécialisé à plein temps en médecine des dépendances en 1984.

Au cours des 40 dernières années, j'ai étudié les théories de la dépendance et participé à de nombreux séminaires de formation consacrés à la prise en charge de l'abus de substances. J'ai obtenu une certification en prise en charge de l'abus de substances du Royal College of General Practitioners au Royaume-Uni et de l'International Society of Addiction Medicine. Je me tiens informé des dernières suggestions et recommandations en matière de prise en charge de la dépendance et je continue à enseigner à l'Université Western.

En 1991, j'ai été le premier médecin à prescrire de la méthadone pour la gestion de la dépendance aux opioïdes dans l'ouest de Toronto. L'introduction de la méthadone faisait partie d'une stratégie de réduction des méfaits visant à limiter la propagation du VIH et de l'hépatite C par l'entremise de matériel d'injection contaminé. Elle permettait également de lutter contre l'abus d'opioïdes prescrits tels que le Percocet et l'Oxycontin. La méthadone et, plus récemment, le suboxone sont des traitements de substitution aux opiacés largement reconnus qui ont joué un rôle déterminant pour stabiliser la neurochimie et la neurophysiologie du cerveau des personnes dépendantes. Les résultats sont l'éradication presque complète des symptômes de sevrage, la réduction des envies de consommer des opioïdes et, surtout, le blocage de l'accès d'autres opioïdes, tels que l'hydromorphone et le fentanyl, aux récepteurs cérébraux. Ces récepteurs, lorsqu'ils sont stimulés, causent des dommages et des préjudices, dont souffrent le consommateur et la société.

Il est bien connu que l'industrie pharmaceutique, en particulier Purdue Pharma, a délibérément encouragé l'utilisation d'opioïdes à action brève dans le but de provoquer une dépendance chez les patients, tout en niant constamment que ce trouble puisse se développer. Le traitement par agonistes opioïdes a connu beaucoup de succès à London jusqu'à ce que l'on assiste à ce qu'il convient de considérer comme l'introduction massive d'opioïdes à action brève et déstabilisants dans la communauté. C'est le résultat de médecins mal formés et mal informés qui ne comprennent pas pleinement la neurochimie de la dépendance et prescrivent des médicaments de manière excessive. Cette surprescription a été aggravée par des soins médicaux inférieurs aux normes, qui n'ont pas été adéquatement surveillés par les autorités compétentes en matière de délivrance des permis.

Il est reconnu que les traitements de substitution aux opioïdes, tels que la méthadone et le suboxone, ne répondent pas aux besoins de tous les patients. La prescription d'autres opiacés est acceptable, nécessaire et parfois indiquée, mais ce doit être un opiacé à action prolongée. L'utilisation de préparations d'opiacés à action rapide qui ne bloquent pas complètement les récepteurs opioïdes augmente considérablement le risque de déstabilisation du patient, de surdose, d'itinérance et de criminalité.

Les médecins qui exercent dans des cliniques d'approvisionnement sûr semblent ignorer les méfaits causés à la majorité de leurs patients et à la communauté, sans parler de leur contribution au trafic de drogue. Ils choisissent peut-être de l'ignorer — et c'est compréhensible, compte tenu de l'absence déplorable de formation sur la dépendance dans la plupart des facultés de médecine, qui se limite à environ une heure sur un programme d'études de quatre ans.

À London, il existe cinq cliniques d'approvisionnement sûr situées dans des pharmacies, dans lesquelles des médecins interrogent les patients et leur prescrivent des opioïdes addictifs à action rapide par vidéoconférence. Les contacts interpersonnels sont rares. Les patients se rendent ensuite à la pharmacie attenante pour récu-

pérer leurs ordonnances. La prise de médicaments tels que l'hydromorphone n'est pas correctement surveillée. C'est une situation propice au détournement. Plus les patients fréquentent ces cliniques, plus les profits sont importants pour les médecins, les pharmaciens, les sociétés pharmaceutiques et les trafiquants de drogue. Pendant ce temps, les organismes de réglementation, tels que le ministère de la Santé de l'Ontario et Santé Canada, ne semblent prendre que peu ou pas de mesures.

• (1650)

Mes 40 années d'expérience et de connaissances acquises en écoutant ceux qui ont réussi à recouvrer la santé m'ont appris que les éléments essentiels du rétablissement sont le développement de la responsabilité et les liens psychosociaux de soutien avec d'autres êtres humains. De nombreuses personnes dépendantes ont de la difficulté à établir ces conditions préalables à leur rétablissement, mais il faut les encourager à essayer. Le gouvernement doit cesser de se concentrer sur les solutions à court terme. Les médecins doivent être mieux informés sur la gestion de la toxicomanie, et les universitaires doivent cesser de mettre autant l'accent sur les stratégies de réduction des méfaits, qui ne sont qu'un volet de la gestion. Nous devons promouvoir le bien-être holistique en nous éloignant du modèle de la maladie et en tant que société, nous devons tenir compte des autres composantes du traitement, de la prévention et de l'application de la loi.

En résumé, il faut adopter une politique qui consiste à donner un coup de main plutôt qu'à faire la charité.

Je vais tenter de répondre à vos questions du mieux que je le peux.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Je donne maintenant la parole à M. Tadrous, qui dispose de cinq minutes.

**Dr. Mina Tadrous (professeur agrégé, University of Toronto, à titre personnel):** Merci, madame la présidente et honorables membres du Comité, de m'avoir invité à comparaître devant vous aujourd'hui et de mettre l'accent sur cet important sujet qu'est la souveraineté pharmaceutique.

Je m'appelle Mina Tadrous. Je suis professeur agrégé à la faculté de pharmacie Leslie Dan de l'Université de Toronto. Je suis titulaire de la première chaire de recherche du Canada en politique pharmaceutique et en données probantes du monde réel. Je suis également directeur fondateur du Toronto Centre for Real World Evidence et codirecteur de l'Ontario Drug Policy Research Network.

Mes recherches portent principalement sur l'utilisation des données pour appuyer la prise de décisions en matière de politique pharmaceutique au Canada et dans le monde. Une grande partie de mon travail a porté sur les chaînes d'approvisionnement canadiennes et mondiales en médicaments afin de mieux comprendre les causes et les conséquences des pénuries de médicaments et la façon de mettre en place des systèmes qui peuvent aider à les prévenir et à les prévenir.

Mon équipe a mis au point des outils et des technologies de calibre mondial qui sont déjà utilisés pour aider à prendre des décisions partout au Canada aujourd'hui. Nos recherches ont été publiées dans certaines des meilleures revues scientifiques du monde et ont été commercialisées par l'université pour maximiser notre influence. Plus important encore, notre travail est activement utilisé aujourd'hui par les décideurs et les dirigeants du système de santé au Canada et dans le monde entier.

Aujourd'hui, j'aimerais transmettre au Comité un message central: la véritable souveraineté pharmaceutique commence par la précision et les données. Nous ne pouvons pas garantir ce que nous ne mesurons pas, et nous ne pouvons pas garantir tous les médicaments de la même manière, et nous ne devrions pas essayer de le faire.

À mon avis, la question fondamentale n'est pas de savoir si une politique existe, mais si nous savons comment, quand et où l'appliquer. C'est le défi auquel nous faisons face en tant que Canadiens.

En ce qui concerne le développement pharmaceutique, nous vivons dans ce que je qualifie d'ère d'abondance. C'est à la fois une bénédiction et une malédiction. Nous avons des milliers de médicaments, provenant de chaînes d'approvisionnement mondiales profondément interconnectées, qui sauvent et améliorent la vie des Canadiens chaque jour, mais cette abondance signifie également qu'aucun pays ne peut obtenir et fabriquer chaque médicament lui-même. Ce n'est tout simplement pas possible. Nous sommes donc obligés de choisir et d'établir les priorités.

La leçon fondamentale que j'ai tirée de mon travail n'est pas simplement que les pénuries sont courantes et croissantes, ce qui est le cas. La leçon fondamentale, c'est que les pénuries ne sont pas toutes les mêmes. Nos travaux ont révélé que la probabilité de pénurie n'est pas la même pour tous les médicaments. Nous avons également constaté que les médicaments n'entraînent pas tous le même degré de conséquences cliniques. Pour être très direct, une pénurie de certains médicaments peut tuer les patients, tandis que pour d'autres médicaments, ce n'est pas le cas.

Par exemple, nous avons connu une pénurie d'épinéphrine, un médicament vital utilisé quotidiennement dans les hôpitaux, il y a quelques années. Elle a donné lieu à une augmentation de la mortalité. En revanche, une pénurie de valsartan, un médicament courant contre l'hypertension artérielle, n'a pas eu d'incidence sur la mortalité.

Cela ne signifie pas que ces pénuries n'ont pas d'importance, mais bien qu'elles ne nécessitent pas toutes une réponse égale, et c'est pourquoi nous avons besoin d'une approche ciblée et axée sur les données en matière de souveraineté pharmaceutique.

Les réponses stratégiques potentielles sont nombreuses. Plusieurs témoins proposeront des options très intelligentes aujourd'hui et dans le cadre des prochaines réunions — comme ils l'ont fait dans le passé —, notamment les réserves stratégiques, la production nationale, la réforme de l'approvisionnement, les listes de médicaments essentiels et même l'amlocalisation. Elles peuvent toutes jouer un rôle important, mais aucun système ne peut appliquer chaque politique à chaque produit lorsqu'il gère des milliers de médicaments.

C'est pourquoi une approche universelle ne fonctionnera pas. C'est un problème trop complexe. Ce dont nous avons besoin pour

aider à renforcer la souveraineté pharmaceutique du Canada, c'est d'un cadre.

J'aimerais vous donner un exemple pour illustrer la situation. Si le Canada pouvait construire aujourd'hui une usine pour fabriquer un seul médicament, lequel devrait-il fabriquer? À mon avis, nous devrions nous poser quatre questions essentielles: premièrement, quels médicaments sont les plus essentiels pour la vie des Canadiens? Deuxièmement, quels sont les secteurs les plus à risque de pénurie, et que produisons-nous déjà? Troisièmement, où le Canada peut-il obtenir une valeur économique? Quatrièmement, qu'est-ce que le Canada peut ou devrait bien faire?

Nous devons également être honnêtes et comprendre qu'il ne s'agit pas seulement d'un enjeu national. Le Canada fait partie d'un marché mondial complexe.

• (1655)

Ce n'est pas seulement le prix payé par un pays qui influe sur la résilience; c'est aussi la façon dont son marché et ses organismes de réglementation fonctionnent et où il se situe dans cette chaîne d'approvisionnement plus large. Pour cette raison, j'exhorte le Comité à penser au-delà de la réponse à la crise et à se tourner vers la résilience proactive en utilisant des données probantes pour désigner les médicaments qui sont cliniquement essentiels, structurellement vulnérables et les plus sujets à une défaillance.

La souveraineté pharmaceutique ne signifie pas qu'il faut tout faire au Canada, ce qui n'est ni réaliste ni nécessaire. Si le Canada prend la souveraineté pharmaceutique au sérieux, il doit élaborer une stratégie nationale de résilience axée sur la précision, qui permettrait au Canada de contribuer là où il peut être un chef de file mondial.

Merci beaucoup.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Nous allons maintenant entendre M. Faisal, qui dispose de cinq minutes.

**Dre. Sadaf Faisal (vice-présidente par intérim, Affaires publiques et professionnelles, Association des pharmaciens du Canada):** Bonjour, madame la présidente et honorables membres du Comité. Au nom de l'Association des pharmaciens du Canada, je suis heureux d'être ici aujourd'hui pour parler de l'importante question de la souveraineté pharmaceutique et de la façon dont nous pouvons renforcer la chaîne d'approvisionnement en médicaments du Canada.

L'AphC représente plus de 40 000 pharmaciens au Canada. Les pharmaciens sont parmi les professionnels de la santé les plus accessibles au pays et sont souvent le dernier point de contact avant que les médicaments n'arrivent au patient. À ce titre, les pharmaciens voient de leurs propres yeux les répercussions que les pénuries de médicaments et les perturbations de l'approvisionnement ont sur les Canadiens.

À la fin de 2022, le Canada a fait face à une pénurie de médicaments contre la fièvre infantile. Les parents ont été obligés de rationner les doses, de parcourir de longues distances pour se procurer le médicament ou d'improviser des soins à la maison. Pour beaucoup, une maladie courante a donné lieu à des moments très préoccupants.

Les pénuries de médicaments sont de plus en plus fréquentes. Chaque année, plus de 2 000 pénuries sont signalées au Canada, et il y a entre 1 500 et 2 000 pénuries actives à tout moment. Les pharmaciens sont en première ligne pour les gérer. Nos recherches montrent que les pharmaciens peuvent passer jusqu'à 20 % de leur journée à gérer des pénuries de médicaments... Du temps qui serait autrement consacré à fournir des soins aux Canadiens.

Au cours des dernières années, nous avons vu le nombre de pénuries de médicaments augmenter à mesure que la pandémie de COVID-19 et les changements géopolitiques ont entraîné des perturbations importantes des chaînes d'approvisionnement mondiales, révélant des faiblesses dans la capacité de fabrication du Canada. En même temps, les nouvelles politiques de l'administration Trump, y compris les politiques de la nation la plus favorisée et la menace de tarifs sur les produits pharmaceutiques, pourraient avoir une incidence sur le prix des médicaments au Canada et dans le monde entier.

La souveraineté pharmaceutique ne signifie pas une autonomie nationale complète. Il s'agit plutôt de bâtir une chaîne d'approvisionnement résiliente, diversifiée et fiable qui réduit la dépendance excessive à l'égard d'un nombre limité de sources mondiales. Avant de pouvoir investir davantage dans l'industrie pharmaceutique canadienne, nous devons comprendre d'où le Canada se procure ses médicaments et ses matières premières.

Le Canada dépend presque exclusivement des importations d'ingrédients pharmaceutiques actifs. La plupart d'entre eux sont importés de l'Inde, puis de la Chine, du Mexique, de l'Italie et de l'Espagne. Seulement 2 % de ces ingrédients sont fabriqués au Canada. Les États-Unis sont le principal partenaire commercial du Canada pour les produits pharmaceutiques et représentent 31 % des importations du Canada. Environ 50 % des importations pharmaceutiques du Canada proviennent des pays de l'Union européenne.

Du point de vue des pharmacies, six priorités clés ressortent.

Premièrement, le Canada doit renforcer la fabrication nationale de produits pharmaceutiques. Il y a une occasion évidente de réduire la dépendance aux drogues et aux matières premières importées. Pour soutenir ce changement, le gouvernement fédéral devrait renforcer ses relations avec divers partenaires commerciaux afin d'assurer un accès fiable aux ingrédients pharmaceutiques actifs, tout en offrant des investissements ciblés et des incitatifs aux entreprises pour qu'elles fabriquent des produits au Canada. Ces incitatifs pourraient comprendre des processus d'examen réglementaire accélérés pour les médicaments fabriqués avec des ingrédients d'origine canadienne et une réduction des frais d'examen pour les produits fabriqués au pays.

Deuxièmement, le Canada devrait établir et tenir à jour une liste de médicaments à risque élevé de pénurie. Cette mesure aiderait les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à planifier et à maintenir des réserves appropriées, en assurant la préparation et la continuité des soins.

Troisièmement, il faut investir dans les outils, la collecte de données et les technologies pour renforcer le suivi et la réponse aux pénuries de médicaments. Des systèmes de données améliorés permettraient de détecter plus tôt les ruptures d'approvisionnement et d'assurer une coordination plus efficace entre les administrations.

Quatrièmement, le Canada doit examiner les pratiques d'approvisionnement qui accordent la priorité au coût le plus bas plutôt qu'à

la résilience de l'approvisionnement. Des modèles d'approvisionnement plus équilibrés qui valorisent la fiabilité, la redondance et la sécurité de l'approvisionnement seront essentiels pour prévenir d'autres pénuries.

Cinquièmement, nous avons besoin d'une approche pancanadienne coordonnée, ce qui est essentiel pour assurer l'harmonisation entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans la gestion des risques liés à l'approvisionnement et la réponse aux pénuries.

Enfin, le manque d'uniformité du champ de pratique d'une administration à l'autre limite la capacité des pharmaciens à réagir aux pénuries de médicaments de manière rapide et efficace. En permettant aux pharmaciens de pratiquer dans toute la mesure de leur formation, d'adapter les ordonnances et d'effectuer des substitutions thérapeutiques de façon indépendante, on améliorerait la continuité des soins et on assurerait un accès plus rapide aux traitements pour les patients.

Au bout du compte, la souveraineté pharmaceutique vise à garantir aux Canadiens un accès fiable, rapide et équitable aux médicaments. Pour y parvenir, il faudra adopter une approche équilibrée qui renforce la capacité nationale, diversifie l'approvisionnement mondial, réforme les pratiques d'approvisionnement et améliore la coordination entre les administrations.

Les pharmaciens jouent un rôle essentiel dans la gestion des pénuries et la continuité des soins, et ils doivent être soutenus pour exercer leur profession dans toute la mesure de leur formation. L'APhC se réjouit à l'idée de travailler avec le gouvernement et d'autres partenaires pour renforcer l'approvisionnement en médicaments du Canada et veiller à ce que les pharmaciens puissent continuer à soutenir les patients partout au pays.

Je vous remercie de me donner l'occasion de comparaître aujourd'hui. Je suis prêt à répondre à vos questions.

● (1700)

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

Nous passons maintenant à la période de questions et réponses. Au premier tour, chaque intervenant dispose de six minutes, mais cela comprend la question et la réponse. Je vais essayer d'être très strict et de respecter le temps imparti.

Nous allons commencer avec M. Bailey, du Parti conservateur, qui dispose de six minutes. Allez-y, s'il vous plaît.

**Burton Bailey (Red Deer, PCC):** Merci, madame la présidente.

J'aimerais remercier les témoins, et j'aimerais prendre un moment pour remercier Le Dr Judson pour ses cinq décennies de service.

Merci.

Docteur Judson, une nouvelle étude évaluée par des pairs a examiné la fermeture du site de consommation supervisée de Red Deer, en Alberta, en utilisant des données statistiques importantes sur la santé. Êtes-vous au courant de cette étude, oui ou non?

**Dr. Martyn Judson:** Oui. Je suis membre de la société.

**Burton Bailey:** Merci.

L'étude a révélé qu'après la fermeture du site, le traitement par agonistes opioïdes chez les anciens utilisateurs du site a augmenté considérablement et a dépassé les niveaux du site de comparaison qui était resté ouvert.

Ces données appuient-elles votre point de vue selon lequel l'élimination des sites de consommation supervisée peut accroître l'adoption de traitements réels?

**Dr. Martyn Judson:** Il n'est pas facile de répondre simplement à cette question.

Les centres de consommation supervisée d'opioïdes ont l'avantage de prévenir les surdoses, de donner au personnel l'occasion d'échanger avec les patients et de les encourager à cheminer dans le continuum de soins, à suivre un traitement et à apporter des changements radicaux.

Malheureusement, selon l'endroit où ils se trouvent, la fermeture de certains centres entraînera inévitablement le déplacement des gens vers d'autres secteurs de la ville où la consommation n'est pas supervisée et n'est pas sécuritaire. Cependant, en ce qui a trait au nombre de personnes qui demanderont un traitement, je pense que cette étude particulière a été menée sur une courte période — peut-être 26 semaines — et ce n'est probablement pas assez long pour voir les effets à long terme d'une fermeture.

• (1705)

**Burton Bailey:** Merci.

Une autre chose à noter dans la situation de Red Deer, c'est que lorsque le site de consommation supervisée a été fermé, un poste de soins infirmiers a été mis en place pour encourager les gens à suivre un traitement et à ne pas migrer vers d'autres sites.

Je pense que vous avez dit que le soi-disant approvisionnement sécuritaire maintenait les gens dans la dépendance. À votre avis, l'expansion de l'approvisionnement sécuritaire par le gouvernement libéral a-t-elle simplement perpétué la dépendance au lieu de la traiter?

**Dr. Martyn Judson:** L'approvisionnement sécuritaire a été introduit en Colombie-Britannique vers 2012. Comme je l'ai dit dans ma déclaration préliminaire, le traitement idéal de la dépendance aux opioïdes est l'utilisation d'un agoniste aux opioïdes à action prolongée, à savoir la méthadone. Cependant, elle comporte des risques et a maintenant été remplacée par le Suboxone, qui est beaucoup plus sécuritaire, en particulier pour les médecins moins expérimentés, parce qu'il y a moins de risques de surdose.

Dernièrement, l'approvisionnement sécuritaire est passé de trois injections d'opioïdes au cours d'une journée à un approvisionnement d'une journée en opioïdes à action courte que les patients peuvent prendre par la bouche. Ils prennent leur première dose quotidienne lorsque la pharmacie ouvre à 8 heures du matin, puis on leur donne une bouteille d'hydromorphone à action courte, à rapporter à la maison. Ils le vendent rapidement ou le détournent d'une façon ou d'une autre pour se procurer un opioïde à action plus forte, comme le fentanyl, et c'est ce qui cause des préjudices.

Dans la clinique où je travaillais à London — qui employait 22 médecins et comptait 1 400 patients avant l'arrivée de ces cliniques d'approvisionnement sécuritaire —, nous limitions l'utilisation des opioïdes. Cependant, il ne reste plus que 6 médecins et 480 patients à la clinique aujourd'hui, parce que la majorité des patients ont migré vers un bureau où ils peuvent obtenir des opioïdes à action brève, ce qui encourage les gens à continuer de consommer des opioïdes euphoriques. Autrement dit, cela les maintient enfermés dans leur dépendance.

**Burton Bailey:** Merci.

Dans le passé, vous avez déclaré que ces soi-disant cliniques d'approvisionnement sécuritaire existaient pour faire de l'argent, et que les patients vendaient leurs ordonnances pour acheter du fentanyl. Est-ce que le modèle d'approvisionnement sécuritaire a créé un système qui paie les médecins pour produire des pilules et inonder les rues de drogues détournées?

**Dr. Martyn Judson:** À mon avis, oui.

**Burton Bailey:** Merci.

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

**Burton Bailey:** Compte tenu des nouvelles données probantes de l'Alberta et des préjudices réels que vous et de nombreuses autres personnes avez observés, pensez-vous que les politiques d'approvisionnement sécuritaire du gouvernement libéral ont échoué et devraient être remplacées par un modèle axé sur le rétablissement comme celui de l'Alberta?

**Dr. Martyn Judson:** Je pense que les politiques du gouvernement ont été un échec total.

**Burton Bailey:** Merci.

Est-ce que l'étude qui a été menée à Red Deer devrait être élargie pour viser d'autres régions?

**Dr. Martyn Judson:** Oui. Nous saurons alors vraiment quels sont les avantages de l'approvisionnement sécuritaire et s'ils sont redondants ou non.

**La présidente:** Il vous reste 30 secondes.

**Burton Bailey:** J'aimerais que vous nous en disiez plus sur ce que vous avez entendu ou vu sur le terrain.

**Dr. Martyn Judson:** Lorsqu'ils sont venus me voir alors que je prenais ma retraite, bon nombre des patients qui se sont stabilisés à la méthadone ou au Suboxone pendant de nombreuses années m'ont dit qu'ils avaient peur de se rendre dans ce qui était autrefois un refuge sûr et de devoir aujourd'hui faire face aux personnes qui fréquentent les cliniques d'approvisionnement sécuritaire. Elles encourageaient certains de mes patients à acheter des opioïdes qui venaient d'être distribués à la pharmacie.

• (1710)

**Burton Bailey:** Merci.

Merci, madame la présidente.

**La présidente:** Le temps est écoulé.

Je tiens à faire une mise en garde et à demander aux membres du Comité de réfléchir à leurs questions. Nous menons une étude sur la souveraineté pharmaceutique, et non sur la dépendance et la santé mentale ou sur la façon de traiter la dépendance. Faites attention à la formulation de vos questions afin que nous nous en tenions au sujet de l'étude d'aujourd'hui. Merci.

Nous passons maintenant à Mme Chi, du Parti libéral, qui dispose de cinq minutes.

**Maggie Chi:** Merci, madame la présidente.

Merci à tous les témoins.

**La présidente:** Excusez-moi, madame Chi. Vous disposez de six minutes.

**Maggie Chi:** Merci, madame la présidente.

Je tiens à remercier tous les témoins qui sont venus aujourd'hui pour témoigner et nous appuyer dans le cadre de cette étude très importante.

Ma première question s'adresse à M. Tadrous, qui est en ligne.

Tout d'abord, votre témoignage était excellent. Je l'ai trouvé à la fois instructif et intrigant. Vous avez dit que nous étions dans une « ère d'abondance ». Cela a touché une corde sensible chez moi. Votre approche et le plan d'action que vous proposez me semblent vraiment raisonnables.

J'aimerais que vous nous en disiez plus au sujet de ce cadre. Vous avez décrit une approche plus ciblée à l'égard de la souveraineté pharmaceutique, en mettant l'accent sur les fournitures essentielles, les médicaments à risque élevé et les valeurs économiques du pays. À quoi ressemblerait en pratique ce type de cadre national de résilience axé sur la précision? Comment devrait-on décider quels médicaments entrent dans telle ou telle catégorie?

**Dr. Mina Tadrous:** Je vous remercie encore une fois de m'avoir donné l'occasion d'être ici.

C'est une question à laquelle je réfléchis depuis très longtemps. Le Canada n'est pas le seul pays à composer avec cette situation. Vous avez entendu M. Faisal parler avec éloquence de divers éléments et de la dépendance de chaque pays envers un autre. Certains médicaments passent par quatre, cinq ou même huit pays différents avant de se retrouver sur les tablettes d'une pharmacie au Canada. C'est vrai pour les États-Unis, le plus grand consommateur de produits pharmaceutiques au monde. C'est vrai aussi pour l'Europe et pour bon nombre de nos alliés.

L'enjeu, c'est que la construction d'une usine peut coûter entre un demi-milliard et un milliard de dollars, selon ce qu'on veut y fabriquer, et peut prendre de nombreuses années. C'est un gros investissement, mais qui ne permettra de fabriquer qu'un petit nombre de produits. Je ne dis pas que ce n'est pas très important, parce que la production nationale est essentielle, mais la question devient la suivante: si vous avez des milliers de drogues, lesquelles allez-vous choisir de fabriquer au pays? Même les États-Unis ont admis qu'ils ne peuvent pas produire tous leurs médicaments. Cependant, nous savons que nous voulons en produire une partie.

Dans le cadre de nos recherches et de notre travail, nous avons désigné deux éléments à prendre en compte en vue de déterminer les médicaments les plus importants.

Premièrement, quels sont les médicaments les plus à risque de pénurie? Nous pouvons le prédire en fonction de divers facteurs. Quelle est notre production nationale? Combien y a-t-il de produits? S'agit-il de médicaments intraveineux? De quel type de médicament s'agit-il?

Deuxièmement, qu'est-ce qui est essentiel dans une situation clinique aiguë? J'ai donné deux exemples dans ma déclaration préliminaire: l'épinéphrine, un médicament nécessaire lorsqu'une personne subit un choc anaphylactique ou qu'elle est à l'hôpital et qu'elle en a besoin à ce moment-là, et un médicament contre l'hypertension artérielle pour lequel nous avons d'autres options. C'est un médicament préventif. Il est important, mais il y a d'autres options.

C'est le genre de choses auxquelles on peut penser pour réduire le nombre de médicaments. On peut probablement choisir les 50 ou 100 plus importants, selon la politique que l'on souhaite mettre en œuvre.

**Maggie Chi:** Pour faire suite à cela, comment envisagez-vous la mise en pratique de ces mesures? Pour les médecins, les pharmaciens et les infirmières praticiennes de première ligne, s'agira-t-il

d'une mise en œuvre immédiate, ou croyez-vous qu'une formation supplémentaire sera requise dans l'intervalle?

**Dr. Mina Tadrous:** C'est une excellente question. Certains des cadres proposés mettent davantage l'accent sur la prévention. Quand on pense aux pénuries de médicaments et aux chaînes d'approvisionnement, il y a des mesures préventives et des mesures réactives. Nous voulons réduire les mesures réactives au minimum, car c'est à ce moment-là que les choses tournent mal. Pour la prévention, il y a des mesures comme la construction d'usines et la constitution de stocks, mais cela nécessite un investissement de la part du gouvernement canadien.

Si vos fonds sont limités et que vous souhaitez les affecter à un domaine particulier, il vous faudra faire une liste en priorisant, par exemple, les 50 médicaments dont vous voulez garantir l'approvisionnement. Nous devons nous assurer qu'ils sont fabriqués au Canada et veiller à ce que les investissements visent ces médicaments. Ensuite, nous pouvons appliquer la même liste de manière légèrement différente en disant: « Assurons-nous de nous procurer les 50 médicaments importants suivants auprès d'alliés de confiance. » Vous pouvez comprendre que c'est une façon de prévenir de futures pénuries, car nous savons que le simple fait de passer d'un fabricant actif sur le marché à deux augmente de 20 % nos chances de réduire les pénuries. C'est un gain considérable lorsque l'on sait qu'il y a des centaines de pénuries au cours d'une seule année.

Sur le plan opérationnel, il existe de nombreuses politiques différentes que je tiens à souligner. Nous devons donner aux pharmaciens les moyens de réagir, et nous devons nous donner les moyens de réagir rapidement. Je tiens à noter que nous avons mené des recherches dans ce domaine, au cours desquelles nous avons comparé une pénurie touchant le Canada à une autre touchant les États-Unis. Ce que nous avons constaté, et j'en suis assez fier, c'est que le Canada réagit mieux que les États-Unis, et ce, dans une proportion de 40 %. La raison en est que nous avons mis en place des mécanismes de réponse: nous avons des tables rondes et des groupes de travail. Lorsque vous disposez de politiques qui vous aident à réagir, vous êtes mieux en mesure de gérer les pénuries.

• (1715)

**Maggie Chi:** Merci beaucoup.

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

**Maggie Chi:** Je vais terminer avec cette question: si vous deviez faire une recommandation au gouvernement fédéral — vous avez parlé des mesures aptes à stimuler l'offre —, y a-t-il des choses qui pourraient être faites... Dans les 30 secondes restantes, avez-vous quelque chose à ajouter à ce que vous venez de dire?

**Dr. Mina Tadrous:** Je pense que la production nationale, l'« amicalisation », la résilience de la chaîne d'approvisionnement et la souplesse réglementaire devront obligatoirement faire partie de la réponse. Cela dit, encore une fois, il faut que toutes ces politiques s'appuient sur des données.

Une dernière chose que je tiens à souligner, c'est que nous manquons de données. Nous ne savons même pas quelle quantité de médicaments se trouve dans notre pays en temps réel, et nous devons remédier à cela immédiatement.

**Maggie Chi:** Le fait d'avoir des données et de pouvoir les suivre en temps réel serait utile.

**Dr. Mina Tadrous:** Cela aiderait énormément, oui.

**Maggie Chi:** C'est vraiment formidable. Merci beaucoup.

**La présidente:** Merci beaucoup, madame Chi.

Je donne maintenant la parole à M. Blanchette-Joncas, pour six minutes.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Merci, madame la présidente.

Je salue les témoins qui sont avec nous aujourd'hui pour cette deuxième heure d'étude.

Ma première question s'adresse à Mme Faisal.

Le Canada dépend-il encore massivement des importations pour des médicaments essentiels?

[Traduction]

**Dre. Sadaf Faisal:** Oui. Comme je l'ai dit dans mon exposé, nous dépendons fortement des importations pour de nombreux produits pharmaceutiques... Les ingrédients pharmaceutiques actifs sont nécessaires à la fabrication de tout médicament, et seulement 2 % de ces ingrédients sont produits au Canada. Nous devons donc importer la plupart des autres.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Selon vos analyses, malgré les leçons tirées de la pandémie de COVID-19, pourquoi le Canada ne possède-t-il toujours pas une capacité suffisante pour produire certains médicaments critiques en cas de crise?

[Traduction]

**Dre. Sadaf Faisal:** C'est une très bonne question. Il y a de nombreux facteurs à considérer. La fabrication d'un médicament n'est pas chose facile. Il faut disposer d'usines de production, de travailleurs, d'ingrédients pharmaceutiques actifs et de machines. C'est le moment idéal pour le Canada d'envisager une production nationale, mais comme je l'ai dit, la production nationale n'est pas la seule solution. Il ne faut pas perdre de vue que cela prendra du temps. Il pourrait y avoir des stratégies préventives pour faire face aux pénuries de médicaments. Lorsqu'il est question de souveraineté pharmaceutique, il y a beaucoup d'autres éléments dont il faut tenir compte en ce moment.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Peut-on parler réellement de souveraineté pharmaceutique si le Canada n'a pas une capacité locale suffisante pour produire des médicaments essentiels?

[Traduction]

**Dre. Sadaf Faisal:** Comme je l'ai dit, la production de médicaments essentiels n'est qu'un aspect de la souveraineté pharmaceutique. C'est l'un des éléments d'une approche globale. L'autre aspect, c'est que nous devons disposer d'une liste des médicaments dont nous avons vraiment besoin. Il y a présentement plus de 9 000 médicaments sur ordonnance qui sont approuvés par Santé Canada, 2 000 médicaments en vente libre et plus de 30 000 dispositifs médicaux et pièces détachées connexes. Nous ne pouvons pas nous mettre tout simplement à tout produire d'un seul coup. Nous devons impérativement nous atteler à établir une liste critique des médicaments essentiels. Une fois cela fait, nous pourrions examiner la faisabilité de leur production.

Cela dit, dans l'intervalle — car nous ne pouvons pas mettre sur pied une usine de fabrication du jour au lendemain —, nous devons nous tourner vers d'autres ressources. Nous pourrions essayer d'ac-

célérer certains processus d'examen afin de permettre aux fabricants de médicaments de faire entrer leurs produits au Canada.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Merci.

En ce qui concerne la faisabilité, existe-t-il une évaluation officielle et à jour des risques que pose notre dépendance, par exemple aux grandes chaînes d'approvisionnement étrangères?

[Traduction]

**Dre. Sadaf Faisal:** Non, pas à ma connaissance. Je n'ai pas vu d'analyse concernant la faisabilité de la chaîne d'approvisionnement.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Selon vous, le gouvernement devrait-il faire une évaluation des risques que pose notre dépendance aux chaînes d'approvisionnement étrangères?

[Traduction]

**Dre. Sadaf Faisal:** Ce serait un très bon point de départ que d'examiner la chaîne d'approvisionnement. Cela nous fournirait l'information et les données nécessaires pour établir dans quels domaines nous devons investir si nous voulons que le Canada soit résilient en ce qui concerne ses chaînes d'approvisionnement en médicaments.

• (1720)

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Savez-vous si d'autres pays comparables du G7, du G20 ou de l'Organisation de coopération et de développement économiques, ou OCDE, font ce genre d'analyse?

[Traduction]

**Dre. Sadaf Faisal:** Pas à ma connaissance, mais je peux vérifier pour vous.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Selon vous, le Canada fait-il réellement le poids par rapport aux États-Unis, par exemple, pour ce qui est d'attirer les investissements dans le domaine pharmaceutique, présentement?

[Traduction]

**Dre. Sadaf Faisal:** Je ne connais pas cet aspect des choses. Je ne crois donc pas être en mesure de m'exprimer à ce sujet.

Nous sommes très bien placés pour expliquer qu'il existe une occasion favorable pour les gens de venir investir au Canada, mais comme je l'ai dit, ce n'est pas la façon de concrétiser la souveraineté pharmaceutique.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Je veux juste bien comprendre la situation.

Le Canada représente 2 % du marché mondial des médicaments. Quand vous parlez d'occasions, que voulez-vous dire?

Déranger le tapis rouge pour les compagnies pharmaceutiques, c'est bien beau, mais il y a un coût lié à ça. Je tente de voir comment nous pouvons trouver un équilibre et nous assurer d'être le plus autonome et souverain possible sur le plan pharmaceutique, sans nécessairement prendre des risques avec des fonds publics et, finalement, rien avoir en retour.

[Traduction]

**Dre. Sadaf Faisal:** Nous devons également nous assurer que l'approvisionnement est suffisant au Canada. Les produits que nous fabriquons ne devraient pas sortir du pays. Ils devraient être destinés en priorité aux Canadiens. C'est sur cela que nos politiques devraient se focaliser, c'est-à-dire sur tout ce qui est fabriqué au Canada.

Nous devons mettre en place ces mesures incitatives pour les fabricants. S'ils viennent s'installer au Canada, il devrait y avoir des lignes directrices ou des garde-fous à cet égard.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** À votre avis, le Canada en a-t-il réellement pour son argent, présentement, en ce qui concerne l'investissement des fonds publics?

Je pense notamment à notre capacité à obtenir l'aide des grandes compagnies pharmaceutiques de ce monde afin de pouvoir produire certains médicaments et prendre soin de la population.

[Traduction]

**Dre. Sadaf Faisal:** Je suis désolée. Pouvez-vous répéter la question?

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** En avons-nous vraiment pour notre argent en ce qui concerne les fonds publics qui sont investis — l'argent des gens qui payent des taxes — et la contribution que nous recevons de la part de l'industrie pharmaceutique quant à l'accès à certains médicaments, aux prix et à l'accessibilité?

[Traduction]

**Dre. Sadaf Faisal:** Je ne suis pas certaine de pouvoir répondre à cette question.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** D'accord.

Savez-vous si le prix des médicaments est concurrentiel au Canada par rapport au prix des médicaments dans d'autres pays?

[Traduction]

**La présidente:** Votre temps est écoulé, monsieur Blanchette-Joncas.

Madame Faisal, vous ne pouvez pas répondre à la question que M. Blanchette-Joncas vient de poser, mais pourriez-vous obtenir cette information et l'expédier à la greffière du Comité afin que nous puissions avoir une réponse à cette importante question.

**Dre. Sadaf Faisal:** Oui, je peux faire cela.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Nous passons maintenant au deuxième tour, avec des séries de questions d'une durée de cinq minutes. Notre premier intervenant est M. Strauss. Il n'est pas là. Qui va prendre sa place? Est-ce M. Mazier?

**Dan Mazier:** Non. Ce sera Mme Konanz.

**La présidente:** C'est Mme Jaczek. Je m'excuse. C'est Mme Konanz. Il y a deux Helena et je m'y perds. Elles sont toutes les deux blondes.

Nous allons donc commencer par Mme Konanz, pour cinq minutes.

**Helena Konanz:** Merci, madame la présidente.

Ma question s'adresse à M. Judson. Dans cette étude sur la souveraineté pharmaceutique, nous examinons les investissements publics existants et les achats de produits pharmaceutiques fabriqués au Canada. Le gouvernement canadien a considérablement accru ses achats, son approvisionnement et sa distribution d'hydromorphone de qualité pharmaceutique, en particulier pendant la période de l'expérience ratée de dépénalisation qui s'est déroulée en Colombie-Britannique.

Considérez-vous que les achats d'hydromorphone effectués par le gouvernement fédéral à des fins dites d'approvisionnement sécuritaire sont une bonne utilisation des deniers publics?

**Dr. Martyn Judson:** Non, ce n'est absolument pas de l'argent bien dépensé. L'hydromorphone qui a été stockée est destinée à être délivrée dans des pharmacies où les patients se voient prescrire des concentrations excessivement élevées d'hydromorphone. Comme il s'agit d'un médicament à action de courte durée, il déstabilise le système nerveux, ce qui rend le rétablissement pratiquement impossible. Cela enferme les patients dans leur dépendance.

Le fait qu'il y ait au Canada une abondance d'hydromorphone disponible avant même qu'elle n'arrive en pharmacie signifie que la politique actuelle consiste à continuer d'approvisionner les pharmacies et à encourager les médecins à prescrire de l'hydromorphone. Ce n'est pas le traitement le plus recommandé. Quand on regarde la situation dans son ensemble, l'approvisionnement sécuritaire n'est pas sécuritaire. Il s'agit peut-être d'hydromorphone de qualité pharmaceutique, mais, vu la quantité d'hydromorphone détournée par certains patients lorsqu'ils quittent la pharmacie, ce n'est pas sécuritaire pour la collectivité.

● (1725)

**Helena Konanz:** D'accord. Vous dites qu'il y a clairement des risques à augmenter l'approvisionnement, et que ce n'est pas...

**Dr. Martyn Judson:** Je ne peux pas dire que c'est l'approvisionnement qui cause le risque. Le problème, c'est qu'il y a des médecins qui en prescrivent alors que ce n'est pas le traitement recommandé. Lorsque l'approvisionnement sécuritaire a été mis en place en Colombie-Britannique, il s'agissait de l'administration de comprimés ou d'injections de morphine sous surveillance et en présence d'un témoin, trois fois par jour.

Aujourd'hui, en particulier en Ontario, cela a dégénéré en une distribution quotidienne d'une dose de comprimés d'hydromorphone, censés être pris par le patient sur une période de 24 heures. Or, nous savons très bien, rien qu'en observant...

Nous pouvons voir que les patients reçoivent leur ordonnance d'hydromorphone, prennent la première dose en présence d'un témoin devant le pharmacien et emportent le reste chez eux. Ils sont censés la prendre tout au long de la journée pour prévenir le sevrage et les envies, mais au lieu de cela, ils revendent leur ordonnance. L'hydromorphone est détournée. C'est là que réside le danger. Le problème n'est pas tant dans l'approvisionnement fourni aux pharmacies, mais bien dans le fait que les médecins en prescrivent l'usage.

**Helena Konanz:** Les investissements réalisés par le gouvernement canadien dans la distribution d'hydromorphone pharmaceutique auraient-ils été mieux investis dans la production et la distribution de méthadone et de Suboxone pharmaceutiques pouvant être utilisés pour des traitements qui misent davantage sur les agonistes opioïdes?

**Dr. Martyn Judson:** Les médicaments les plus efficaces dans le traitement de la dépendance aux opioïdes — c'est la même chose — sont la méthadone pour les personnes gravement dépendantes et le Suboxone, qui est peut-être plus sécuritaire. Le Suboxone est désormais disponible sous forme injectable et peut être administré une fois par mois, mais cela signifie que le patient se rend au cabinet du médecin une fois par mois, reçoit une injection et repart. Avec la méthadone, les patients devaient se rendre à la clinique peut-être deux fois par semaine, favorisant ainsi l'établissement de relations interpersonnelles avec les intervenants, ce qui est peut-être l'outil le plus efficace sur le plan thérapeutique pour le traitement de la dépendance. Ce n'est pas une question de produit chimique. Il faut développer une relation sur le plan humain et partir de là.

**La présidente:** Vous avez 40 secondes.

**Helena Konanz:** L'essentiel, c'est que le gouvernement veuille aider les gens à se défaire de la drogue plutôt que de les garder sous traitement. C'est là le fond du problème.

**Dr. Martyn Judson:** C'est exact. Si l'argent n'était pas dépensé en médicaments, mais plutôt...

**La présidente:** Madame Konanz, il vous reste 16 secondes, mais vous vous aventurez du côté de...

**Helena Konanz:** Il ne nous reste que quelques secondes, si on pouvait le laisser terminer...

**La présidente:** Les questions que vous posez ne concernent pas l'étude que nous menons.

**Dr. Martyn Judson:** Il vaudrait mieux que l'argent soit consacré à l'élaboration de programmes de traitement plutôt qu'à faciliter la prescription d'hydromorphone.

**Helena Konanz:** J'aimerais voir cela dans nos collectivités.

Merci.

**La présidente:** C'est maintenant au tour de Mme Jaczek, du Parti libéral. Madame Jaczek, vous avez cinq minutes.

**L'hon. Helena Jaczek:** Merci, madame la présidente.

Monsieur Tadrous, j'aimerais commencer en disant que j'ai été très impressionnée par l'importance que vous accordez aux approches fondées sur les données et les preuves en matière de politique pharmaceutique, ainsi que par vos idées concernant un cadre permettant de hiérarchiser nos efforts en vue d'une souveraineté pharmaceutique au Canada.

Je me demande si vous êtes au courant de certains changements que Santé Canada est en train d'apporter au processus des essais cliniques. Dans le cadre de cette étude, mais aussi lors d'études précédentes, le Comité s'est fait expliquer qu'à l'heure actuelle, de nombreux chercheurs trouvent que les essais cliniques prennent beaucoup trop de temps et qu'ils ne sont peut-être pas aussi utiles qu'ils devraient l'être. Avez-vous participé aux efforts déployés par Santé Canada pour mettre au point une approche rationalisée des essais cliniques?

• (1730)

**Dr. Mina Tadrous:** Une partie de mon travail porte sur le domaine en pleine expansion des données issues du monde réel. L'idée est d'utiliser et d'exploiter les données existantes recueillies régulièrement lors des consultations médicales ainsi que d'autres données pouvant être tirées du monde réel. Cela a été considéré comme une occasion d'améliorer notre capacité à permettre plus rapidement la tenue d'essais et la réalisation d'études.

L'un des problèmes que nous avons aujourd'hui en ce qui concerne le développement de médicaments est que bon nombre de ceux qui sont mis sur le marché sont des médicaments orphelins destinés à traiter des maladies rares, telles que certains cancers peu fréquents. Ce sont des produits vraiment innovants, mais le problème, c'est qu'ils concernent peu de personnes, ce qui rend difficile la réalisation de ces essais cliniques selon les méthodes rigoureuses auxquelles nous et Santé Canada sommes habitués.

Ce que nous observons chez de nombreux organismes de réglementation à travers le monde, tels que le Secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques, l'Agence européenne des médicaments et Santé Canada, qui collaborent tous pour élaborer des lignes directrices et des normes internationales, c'est que nous devons renforcer nos capacités à mener ces essais cliniques afin de faciliter leur mise en œuvre. Un domaine dans lequel nous pouvons y parvenir et exploiter pleinement le potentiel des données au Canada est celui des données issues du monde réel.

Nous n'avons pas encore tenu cette promesse. Ce vers quoi beaucoup d'entre nous s'efforcent de tendre, c'est de trouver comment exploiter les données qui font partie de nos formidables systèmes de santé — qui nécessitent certes quelques améliorations — pour que cela devienne un atout pour le Canada et lui permette de s'investir davantage dans ces études mondiales. Cela signifie que nous pourrions avoir plus rapidement accès aux traitements, et que nous pourrions inclure des Canadiens dans ces études — ce qui n'est pas toujours le cas — afin d'accéder plus rapidement aux médicaments.

Je voudrais formuler une observation au sujet de certaines des interventions précédentes. Lorsque l'on réfléchit à la souveraineté, il est vraiment important de considérer que la discussion se fait autour de deux grands vecteurs: celui des traitements de marque, novateurs et nouveaux, d'une part, et les médicaments génériques, d'autre part. Les essais cliniques et les éléments connexes sont vraiment importants pour nous permettre d'accéder à des traitements nouveaux et novateurs, mais certains aspects liés aux médicaments essentiels et aux capacités concernent également les médicaments génériques. Les deux sont importants pour la souveraineté.

**L'hon. Helena Jaczek:** Merci beaucoup.

Madame Faisal, pour rebondir sur ce que vient de dire M. Tadrous, vous avez évoqué l'élaboration d'une liste de médicaments essentiels, et je me demandais comment vous envisagiez la mise en œuvre d'un tel projet.

En fait, une tentative a déjà été faite à cet égard. L'ancien ministre de la Santé de l'Ontario, le Dr Eric Hoskins, avait été chargé par le gouvernement Trudeau — aux alentours de 2015, je crois — d'élaborer une telle liste.

Pourriez-vous nous expliquer plus en détail comment, selon vous, nous pourrions y parvenir?

**Dr. Sadaf Faisal:** Nous en discutons depuis un certain temps déjà.

Nous ne pouvons pas fabriquer tous les médicaments; il en existe un très grand nombre, et nous devons donc choisir ceux qui sont vraiment indispensables.

Il pourrait y avoir deux approches. Nous pouvons nous intéresser aux médicaments dits « essentiels », c'est-à-dire pour lesquels il n'existe aucun traitement de substitution si une pénurie venait à les rendre indisponibles. Par exemple, nous observons actuellement le cas d'un médicament oncologique pour lequel il n'existe aucun traitement de substitution; celui-ci serait donc considéré comme devant figurer sur la liste des médicaments dits essentiels.

Il y a ensuite certains médicaments que les gens prennent depuis longtemps pour traiter certaines maladies chroniques. Je tiens à rappeler qu'il n'est pas facile pour un médecin ou un autre professionnel de la santé de les faire passer d'un médicament à un autre. Nous devons sélectionner ceux qui nous permettront d'assurer une couverture pour la majorité de la population canadienne. Nous pouvons également examiner l'usage de ces médicaments: ceux qui sont très largement utilisés au Canada devraient donc également figurer sur la liste.

**La présidente:** Merci beaucoup, madame Faisal.

Nous allons à présent céder la parole à M. Blanchette-Joncas pour un total de deux minutes et demie.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Merci, madame la présidente.

Ma prochaine question s'adresse au Dr Judson.

Dans le contexte de la crise liée aux opioïdes, notre dépendance aux importations met-elle directement les patients à risque?

[Traduction]

**Dr. Martyn Judson:** En fait, tout dépend de quels médicaments vous parlez.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** De façon globale, le fait que nous n'avons pas les médicaments nécessaires pour traiter des gens ayant des problèmes ou des maladies peut-il entraîner des conséquences néfastes sur leur santé ou faire qu'il est impossible de les traiter?

[Traduction]

**Dr. Martyn Judson:** Je ne pense pas que cela ait une incidence sur la prise en charge des personnes dépendantes. Les médicaments principalement utilisés pour traiter la dépendance — et notamment la dépendance aux opioïdes —, tels que la méthadone et la Suboxone, sont facilement disponibles au Canada. Quant à savoir où ce type de médicaments est fabriqué exactement, je ne saurais vous répondre.

• (1735)

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Merci.

Le Canada dispose-t-il aujourd'hui d'une capacité suffisante pour sécuriser l'approvisionnement en médicaments et traiter les gens souffrant de dépendance en cas de crise?

[Traduction]

**Dr. Martyn Judson:** À ma connaissance, le Canada a amplement les moyens de sécuriser l'approvisionnement en médicaments de ce type. En fait, au cours de mes 40 années de prescription de méthadone, je n'ai jamais entendu parler d'une pharmacie qui aurait été à court de ce médicament.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Merci.

À votre connaissance, le Canada a-t-il un stock stratégique ou une capacité minimale de production pour être en mesure de faire face à une crise, entre autres choses?

[Traduction]

**Dr. Martyn Judson:** Comme je ne suis pas au courant, je ne peux pas répondre à cette question.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** Sur le plan de la souveraineté, encore une fois, y a-t-il des choses que nous devrions faire ou mettre en place pour nous assurer d'avoir la plus grande stabilité possible, notamment pour ce qui est de la crise liée aux opioïdes?

[Traduction]

**Dr. Martyn Judson:** La meilleure manière de gérer la crise des opioïdes consiste à réduire la quantité de médicaments addictifs prescrits aux personnes dépendantes. C'est comme offrir de l'alcool gratuitement à des alcooliques: cela n'a aucun sens.

[Français]

**Maxime Blanchette-Joncas:** C'est une bonne image. Merci.

[Traduction]

**La présidente:** Merci beaucoup.

Nous allons à présent céder la parole à M. Mazier pour un total de cinq minutes.

**Dan Mazier:** Je vous remercie, madame la présidente.

Docteur Judson, je tiens à rappeler que Santé Canada a versé une enveloppe de 4,5 millions de dollars à un organisme appelé MySafe Society, et que ces fonds ont servi à mettre en place des distributeurs automatiques d'opioïdes destinés à des personnes aux prises avec une dépendance. En tant que médecin, que pensez-vous du fait que le gouvernement fédéral finance directement des distributeurs automatiques d'opioïdes dans le cadre d'une stratégie en matière de santé et de lutte contre les dépendances?

**La présidente:** Je voudrais faire une brève remarque. Soyons prudents. La séance d'aujourd'hui ne porte pas sur les dépendances. Restons-en à l'ordre du jour, à savoir l'étude du Comité sur la souveraineté pharmaceutique du Canada. Je demande une nouvelle fois à mes collègues de faire preuve de prudence et de discernement.

Merci.

**Dan Mazier:** À ce sujet, madame la présidente, l'un de nos invités plus tôt aujourd'hui a évoqué la question de la souveraineté pharmaceutique, et il existe deux approches principales: les nouvelles méthodes de traitement, et les méthodes traditionnelles. Cela touche donc directement à la souveraineté pharmaceutique, et à la manière dont nous traitons les dépendances au Canada. L'enjeu des dépendances se rapporte donc exactement au sujet de la présente séance, mais je vous remercie pour cette précision.

**Dr. Martyn Judson:** En réalité, la mise en place de distributeurs automatiques d'opioïdes permettant au patient de se procurer une dose quotidienne, voire plusieurs doses quotidiennes, n'a pas duré très longtemps, pour autant que je sache. De manière prévisible, beaucoup de patients ont vite fini par saccager les distributeurs en pleine nuit pour s'emparer de l'ensemble de leur contenu. À mon avis, cette initiative s'est avérée un échec et un gaspillage d'argent. Comme je l'ai dit plusieurs fois, il aurait été bien préférable d'investir cet argent dans des traitements.

Le gouvernement est devenu obsédé par les initiatives dites de réduction des méfaits. Certes, la réduction des méfaits s'est avérée particulièrement efficace pour freiner la propagation du VIH et de l'hépatite C, mais cette approche comporte des angles morts importants pour ce qui constitue le fondement même du rétablissement. On observe que les personnes les plus en santé et en voie de se remettre de leur dépendance à la drogue ou à l'alcool se retrouvent au sein de groupes de soutien tels que les Alcooliques anonymes et les Narcotiques anonymes. Il s'agit de deux associations qui ne sont pas religieuses, mais simplement spirituelles, et dont les membres sont encouragés à pratiquer l'abstinence totale. Bref, le rétablissement est tout à fait possible sans avoir à prescrire au patient des substances qui créent une dépendance.

**Dan Mazier:** Je vous remercie.

Docteur Judson, de plus en plus d'éléments indiquent que les substances obtenues dans le cadre de programmes d'approvisionnement sécurisé sont détournées des patients vers le marché noir, et finissent entre les mains de jeunes Canadiens. Le détournement constitue-t-il un problème dans le cadre de l'approvisionnement sécurisé? Quelles sont les conséquences du détournement?

**La présidente:** Je demanderais une nouvelle fois à M. Mazier de faire preuve de prudence dans ses questions.

Merci.

**Dr. Martyn Judson:** Le détournement est effectivement un problème majeur. Permettez-moi de citer l'exemple de ma propre ville, London.

Une situation typique est la suivante: un patient reçoit une prescription pour se procurer une dose quotidienne de médicament à la pharmacie. Dès qu'il met le pied hors de la pharmacie, il est alors assailli de gens qui cherchent à se procurer la substance. Le patient décide alors de revendre la dose qu'il était censé prendre pour le reste de la journée. C'est ainsi qu'on voit de plus en plus de jeunes se présenter à la clinique, en quête d'un traitement pour gérer leur dépendance aux opioïdes. Cette dépendance a invariablement commencé par la consommation de drogues vendues dans la rue sous forme d'hydromorphe, manifestation détournée de son usage initial.

**Dan Mazier:** Merci.

J'ai une autre question, docteur Judson. Au cours de la dernière décennie, la politique fédérale s'est orientée vers la décriminalisation de certaines drogues, puis vers la mise en place de centres d'injection supervisée et de distributeurs automatiques d'opioïdes. De nombreux Canadiens qualifient tout cela de « normalisation » de la consommation de drogues dures. D'un point de vue médical, quel impact ce processus de normalisation a-t-il sur les taux de toxicomanie, et sur le recours à différentes formes de traitement?

• (1740)

**La présidente:** Je tiens à rappeler à M. Mazier que la réunion d'aujourd'hui porte sur l'étude de la souveraineté pharmaceutique au Canada, et non pas de la gestion du problème des dépendances. Par conséquent, je lui demanderais de s'en tenir à l'ordre du jour.

Merci.

**Dan Mazier:** D'accord.

Docteur Judson, j'ai une autre question à vous poser, et elle concerne la souveraineté pharmaceutique. Les drogues les plus couramment consommées au sein des centres d'injection supervisée

sont le fentanyl et la méthamphétamine. En tant que médecin, pouvez-vous nous expliquer ce qui arrive au corps humain lorsqu'une personne consomme sans relâche des drogues dures, et ce, sans jamais suivre de traitement?

**Dr. Martyn Judson:** C'est très simple: le cercle vicieux de la dépendance ne fait que se poursuivre. Le patient s'injecte du fentanyl sur un site d'injection supervisée, et expérimente alors quelques minutes de bien-être sur-le-champ. Puis, la drogue est métabolisée, et le patient entre en sevrage, ce qui le pousse invariablement à retourner au centre d'injection supervisée pour recommencer le processus. Le patient cherche alors à se procurer toujours davantage de drogue. En réalité, il serait nettement préférable que l'on mette davantage l'accent sur la nécessité d'encourager les personnes aux prises avec une dépendance à s'engager dans un processus de rétablissement à long terme.

**Dan Mazier:** Pour conclure, diriez-vous que les politiques axées sur la facilitation de l'accès aux drogues n'aident pas les personnes aux prises avec une dépendance?

**Dr. Martyn Judson:** Oui, c'est ce que je dirais.

**Dan Mazier:** Je vous remercie.

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

Monsieur Eyolfson, à vous la parole pour un total de cinq minutes, je vous prie.

**Doug Eyolfson:** Merci, madame la présidente.

Je tiens d'abord à remercier tous les invités d'être venus; vos témoignages nous ont été fort utiles.

Nous avons entendu de nombreux témoignages soulignant la nécessité d'améliorer nos propres capacités de production. Évidemment, aucun pays ne vit en autarcie, et chaque pays doit donc compter sur différents partenaires pour l'aider en matière de production industrielle. Néanmoins, les capacités de production du Canada demeurent extrêmement limitées. L'une des leçons que nous avons tirées de la pandémie est que nous n'avions pas les moyens de fabriquer nos propres vaccins.

Je remonte peut-être un peu loin dans le temps, mais certains d'entre nous se souviennent peut-être de Connaught Labs. Il s'agissait d'un laboratoire public qui produisait une grande partie des vaccins à l'échelle nationale. Dans les années 1980, le gouvernement fédéral de l'époque a choisi de privatiser ce laboratoire. Les dirigeants de cette société pharmaceutique, désormais privée, ont alors estimé que la meilleure décision commerciale était de fermer la filiale canadienne, anciennement Connaught Labs, laissant ainsi le pays sans aucune capacité de production de vaccins.

Docteur Tadrous, docteur Faisal, cet événement, aussi lointain soit-il, ne plaide-t-il pas en faveur d'une industrie pharmaceutique publique qui ne risquerait pas d'être délocalisée pour des raisons purement commerciales?

**Dr. Mina Tadrous:** Merci beaucoup. C'est une question très intéressante qui touche à cet équilibre. Elle rejoint ce que j'essaie d'exposer aux membres du Comité, à savoir la nécessité pour le gouvernement canadien d'adopter une approche ciblée. Nous devrions, d'une manière ou d'une autre, soutenir la production nationale.

Imaginons que nous allions aujourd'hui voir une entreprise, que nous lui proposons de lui donner de l'argent pour mettre au point un médicament et que nous lui permettons de choisir ce qu'elle veut. Elle choisirait ce qui est le plus rentable. Je ne dis pas que la recherche du profit est mal en soi, mais en tant que Canadiens, nous devrions faire ce choix nous-mêmes, ou du moins travailler main dans la main: nous voulons choisir un médicament qui est essentiel pour nous et important pour les Canadiens, qu'il s'agisse de vaccins ou de produits pharmaceutiques. Nous pourrions également nous pencher sur la manière dont nous pouvons apporter une valeur ajoutée à l'économie mondiale et sur les domaines dans lesquels le Canada peut jouer un rôle de premier plan. Il existe des médicaments que les États-Unis ne sont pas en mesure de produire. Ils en ont fait une question de sécurité nationale. Il y a là une excellente opportunité de collaboration avec d'autres alliés. Ce sont là les produits que nous pouvons fabriquer nous-mêmes.

Dans le domaine public, il existe une formidable opportunité d'envisager des partenariats public-privé et différents modèles de fabrication de certains produits. Nous l'avons constaté en Alberta. Un site de production appelé API est en cours de création. Il faut mettre en place des mesures de soutien pour ce qu'ils peuvent fabriquer et la manière dont ils le font, mais c'est l'occasion de réfléchir de manière créative à la façon dont nous pouvons à la fois renforcer la production nationale et cibler précisément ce que nous fabriquons, et ce dont le Canada a besoin.

**Doug Eyolfson:** Je vous remercie.

Docteur Faisal, souhaitez-vous ajouter quelque chose à ce sujet?

**Dre. Sadaf Faisal:** Oui. Pour rebondir sur ce que disait le Dr. Tadrous, il y a bien une opportunité à saisir pour le Canada en ce moment, mais, quel que soit le partenaire avec lequel nous nous associons dans le cadre d'un partenariat public-privé, nous devons veiller à mettre en place des procédures d'examen réglementaire accélérées pour ces médicaments. L'un des problèmes, c'est que bien souvent, nous ne disposons pas des médicaments à temps. Nous devons également veiller à ce que, si nous leur demandons de produire quelque chose au pays, ils bénéficient de mesures incitatives afin que le Canada puisse devenir un marché plus attractif pour eux. Pourquoi quelqu'un investirait-il au Canada s'il ne voit pas que nous lui offrons une forme d'incitation?

Le Canada peut redevenir un chef de file dans le secteur de la production pharmaceutique. Après tout, je rappelle que c'est nous qui avons mis au point l'insuline. Il y a là une formidable opportunité qui s'offre à nous, peut-être pas sous la forme d'une seule entreprise cotée en bourse, mais plutôt d'un partenariat public-privé.

• (1745)

**Doug Eyolfson:** Je vous remercie.

Ma dernière question s'adresse à la fois à M. Tadrous et à Mme Faisal.

À ce sujet, vous avez indiqué que votre liste de 50 médicaments essentiels devait concerner le Canada seulement, puis que la liste des 50 médicaments suivants devait concerner des alliés proches. Je ne vous demande pas de répondre à cette question tout de suite. Ce serait absurde. L'un de vous deux, voire les deux, ferait-il partie des sources susceptibles de nous aider à établir ces deux premières listes totalisant 100 médicaments essentiels?

Monsieur Tadrous, je vais commencer avec vous.

**Dr. Mina Tadrous:** C'est exactement ce que nous avons fait dans le cadre de notre travail. Nous avons mis au point des cadres et des mécanismes à cette fin. Je tiens à souligner que Santé Canada a pris l'initiative d'élaborer une liste des médicaments essentiels pour les personnes vulnérables. Il s'agit de renforcer les stocks qui seraient conservés au Canada et d'augmenter les quantités qui devraient y être conservées.

Il y a beaucoup d'activités dans ce domaine et de nombreuses personnes très compétentes qui y consacrent leurs efforts. Nous devons avoir une vision qui permette de relier tout ce travail aux politiques publiques. C'est là que les membres du Comité peuvent réellement jouer un rôle de premier plan.

**Doug Eyolfson:** Merci beaucoup.

Mme Faisal est la prochaine intervenante.

**Dre. Sadaf Faisal:** M. Tadrous vient d'évoquer la liste des médicaments essentiels. Santé Canada y travaille actuellement, et nous collaborons de manière très étroite avec eux. C'est pour nous une excellente occasion de travailler ensemble sur ce dossier. Nous espérons sincèrement que le Comité pourra nous aider à faire avancer ce dossier.

**Doug Eyolfson:** Je vous remercie.

Je n'ai pas d'autres questions.

Mon temps de parole est écoulé. Merci beaucoup.

**La présidente:** Avez-vous autre chose à ajouter, monsieur Eyolfson?

**Doug Eyolfson:** Non, c'est tout ce que je voulais savoir.

**La présidente:** Je croyais que vous m'aviez dit vouloir soulever certains points auprès du Comité.

**Doug Eyolfson:** Ah oui, j'avais oublié. Je n'ai plus de questions, mais j'aimerais présenter une motion à ce stade.

Il s'agit d'une motion de régie interne concernant la distribution et l'accès aux documents pour trois membres associés par parti reconnu, adoptée par différents comités en novembre. Cette motion a expiré le 26 janvier. Les whips de chaque parti reconnu se sont mis d'accord pour que les comités adoptent une nouvelle motion de régie interne visant à prolonger les dispositions de cette motion jusqu'en septembre.

La motion suivante est disponible en anglais et en français. Le libellé se lit comme suit:

Du consentement unanime, il est convenu, — Que, nonobstant les pratiques habituelles du Comité concernant l'accès aux documents et la distribution des documents,

1. jusqu'à trois membres associés du Comité par parti soient autorisés à recevoir les avis de convocation et les avis de motion et à accéder au cartable numérique;
2. que les noms des membres associés désignés soient communiqués par les bureaux des whips de chaque parti reconnu au greffier du comité; et
3. que les dispositions de cette motion cessent d'être en vigueur à compter du 25 septembre 2026, à moins qu'il en soit ordonné autrement.

**La présidente:** Quelqu'un est-il contre cette proposition? J'en conclus que tous les whips des partis se sont entendus.

Il semble y avoir consentement unanime au sujet de cette motion.

(La motion est adoptée.)

**La présidente:** Je vous remercie, monsieur Eyolfson.

Je tiens maintenant à remercier nos invités, Mme Faisal, le Dr Judson et M. Tadrous, d'avoir partagé leur expertise sur un enjeu d'une importance capitale.

---

Sur ce, la séance est levée.







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>