



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 046 • 1^{re} SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 28 mars 2007

Président

M. Rob Merrifield

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

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

Comité permanent de la santé

Le mercredi 28 mars 2007

• (1535)

[Traduction]

Le président (M. Rob Merrifield (Yellowhead, PCC)): Je déclare la séance ouverte.

Nous remercions tous les témoins d'être venus.

Nous avons deux sujets cet après-midi. Le premier est le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, et nous remercions M. Benoit d'être présent. Et merci à Barbara Ouellet d'être venue.

Ensuite, durant la seconde moitié de la séance, nous traiterons des Instituts canadiens de recherche en santé. Nous accueillons le Dr Bernstein, qui n'est pas inconnu au comité. C'est bon de vous revoir.

Nous allons commencer. Je crois que M. Benoit a un avion à prendre ou doit partir à 16 h 30. Est-ce vrai?

Dr Brien Benoit (président, Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés): Je dois aller occuper mon emploi ordinaire, à l'Hôpital civique.

Le président: Avez-vous un temps limité, ou bien êtes-vous disponible?

Dr Brien Benoit: Nous pouvons rester une heure. Je dois être là-bas à 17 h 30 ou 18 heures.

Le président: Très bien.

Nous allons commencer par votre exposé, après quoi nous aurons des questions. Ensuite, nous entendrons l'exposé du Dr Bernstein qui sera suivi de questions, si les membres du comité n'ont pas d'objection.

Nous allons donc commencer tout de suite en vous donnant la parole. J'ai hâte d'entendre ce que vous avez à nous dire sur le budget des dépenses et le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.

Dr Brien Benoit: Merci, monsieur Merrifield.

Bonjour.

C'est avec plaisir que je comparais pour la première fois devant vous à titre de président du CEPMB. J'ai été nommé président l'été dernier, mais je suis membre du conseil depuis maintenant près de deux ans. Aujourd'hui, nous allons traiter du budget principal des dépenses et certainement aussi d'autres sujets qui intéressent les membres du comité, notamment le prix des médicaments et l'environnement des produits pharmaceutiques au Canada.

Il s'est passé environ deux ans depuis la dernière comparution du CEPMB devant votre comité. Le conseil était alors représenté par M. Réal Sureau, qui assumait la présidence à titre intérimaire.

Je suis accompagné aujourd'hui de Mme Barbara Ouellet, la directrice exécutive du CEPMB. Après mes observations préliminaires, je serai heureux de répondre à vos questions.

Pour commencer, permettez-moi de vous présenter brièvement le contexte dans lequel le CEPMB joue son rôle et exerce son mandat. Ce n'est pas l'organisation la plus connue du gouvernement du Canada, mais nous croyons qu'elle accomplit du travail important.

Notre organisme a été créé par le Parlement en 1987 en vertu de la Loi sur les brevets et fait présentement partie du portefeuille de la santé. Cependant, à titre d'organisme quasi judiciaire indépendant, nous exerçons notre mandat en toute indépendance du ministre de la Santé.

Le mandat du CEPMB comporte deux volets, à savoir la réglementation et la préparation de rapports. Concernant le premier de ces deux volets, le CEPMB passe en revue les prix de plus de 1 000 médicaments brevetés existants assujettis à sa compétence pour s'assurer qu'ils ne sont pas excessifs.

Le CEPMB travaille actuellement à l'examen des prix de 100 nouveaux médicaments qui sont devenus assujettis à sa compétence au cours de l'année 2006. Dans l'exercice du volet réglementation du mandat, le personnel du CEPMB fait enquête sur les cas de non-conformité qui ont été décelés. Quand nous disons non-conformité, nous nous reportons aux lignes directrices qui ont été élaborées, et je reviendrai là-dessus tout à l'heure.

Au cours des 18 derniers mois, le CEPMB a émis huit avis d'audience sur les prix de médicaments brevetés qui semblaient excessifs. À l'heure actuelle, le personnel du conseil mène quelque 33 autres enquêtes.

[Français]

Quant au deuxième volet de notre mandat, il porte sur la préparation de rapports. Le conseil rend compte annuellement au Parlement de ses activités et des tendances des prix de tous les médicaments, par le truchement du ministre de la Santé. Il fait également rapport des dépenses en recherche et développement au Canada effectuées par les titulaires de brevets pharmaceutiques.

Notre rapport pour l'année 2006 sera transmis au ministre de la Santé le 31 mai prochain. En vertu de l'article 90 de la Loi sur les brevets, ce dernier peut aussi confier au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, le CEPMB, la tâche de faire enquête sur d'autres sujets. Toujours en vertu de cet article, le ministre de la Santé a chargé à deux reprises le conseil de s'occuper de nouvelles initiatives.

En 2001, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont annoncé la mise en oeuvre du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits et, au titre de ce système, ont confié au conseil la charge d'effectuer des analyses sur les tendances de l'utilisation des médicaments et des coûts des médicaments d'ordonnance, et ce, en partenariat avec l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, qu'on connaît aussi sous le sigle anglais CIHI.

[Traduction]

Voici quelques exemples des activités que nous menons actuellement dans le domaine du système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, dont le sigle est SNIUMP: un rapport analytique sur les tendances dans le domaine des médicaments; une étude estimative des coûts des produits pharmaceutiques; l'élaboration d'une méthodologie et la formulation de lignes directrices pour aider l'industrie pharmaceutique à satisfaire aux exigences des régimes d'assurance-médicaments fédéral, provinciaux et territoriaux qui souhaitent avoir accès à des analyses plus transparentes de l'incidence des coûts; et le suivi des nouveaux médicaments qui seront bientôt lancés et qui sont susceptibles d'avoir une incidence importante sur la pharmacothérapie et sur les budgets des régimes d'assurance-médicaments.

Le 2 novembre 2005, ce rôle a été élargi davantage après que le ministre fédéral de la Santé ait demandé au conseil, au nom des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, de faire rapport des prix des médicaments non brevetés distribués sous ordonnance, généralement appelés médicaments génériques.

Cette nouvelle responsabilité à l'appui de la stratégie nationale dans le domaine des produits pharmaceutiques a débouché sur deux rapports publiés à ce jour par le CEPMB. Le premier est intitulé *Tendances des prix pratiqués au Canada et dans les pays de comparaison*, et le deuxième est *Tendances de la valeur des ventes au Canada et structure du marché*. En avril de cette année, le conseil publiera son troisième rapport sur la commercialisation des médicaments dont le brevet est récemment arrivé à échéance. Ce rapport fera état de l'évolution sur le marché des médicaments dont le brevet vient tout juste d'arriver à échéance. Essentiellement, nous voulons savoir si ces médicaments seront repris par les fabricants de génériques ou simplement abandonnés. Le quatrième rapport de cette série trimestrielle portera sur les prix des médicaments non brevetés distribués par une source exclusive.

Je voudrais maintenant porter à votre attention quelques points qui, dans le budget principal des dépenses, témoignent de la nature changeante de l'environnement dans lequel évolue actuellement le CEPMB et de la manière dont cette évolution influe sur notre travail. Les chiffres de 2007-2008, comparés à ceux de la précédente année financière, l'année 2006-2007, montrent que le budget total du CEPMB a augmenté, passant de 6,5 millions de dollars à 11,5 millions de dollars, soit près du double. C'est une augmentation frappante qui mérite des explications. Il n'est pas déraisonnable de demander pourquoi un changement aussi considérable s'est produit.

Plusieurs facteurs ont contribué à une telle augmentation du budget. Ces crédits additionnels ont été accordés au CEPMB pour lui permettre de tenir un plus grand nombre d'audiences publiques pour déterminer si certains médicaments brevetés sont vendus ou ont été vendus au Canada à des prix qui pourraient être excessifs. De plus, ces fonds étaient nécessaires pour permettre au conseil de faire un examen en profondeur de ses lignes directrices sur les prix excessifs et de tenir des consultations sur celles-ci.

Ces lignes directrices ont été révisées pour la dernière fois en 1994, il y a donc une quinzaine d'années. Même si le conseil et les brevetés ne sont pas tenus de les suivre à la lettre, les lignes directrices sur les prix excessifs fournissent de l'information claire, prévisible et transparente sur le processus d'examen du prix des médicaments brevetés et, historiquement, elles ont grandement facilité la conformité volontaire à la pratique de prix non excessifs.

• (1540)

[Français]

En ce qui concerne les audiences publiques, j'ai personnellement émis, au cours des 18 derniers mois, huit avis d'audience. À titre de comparaison, entre 1987, l'année de sa création, et 2005, le conseil a émis autant d'avis d'audience qu'en 2006 seulement. De plus, de ces huit avis d'audience émis entre 1987 et 2005, un seul a donné lieu à une audience complète, cinq ont débouché sur des engagements de conformité volontaire et deux demeurent en instance.

Cette augmentation relativement récente du nombre d'avis d'audience ne constitue pas nécessairement une tendance à long terme, mais elle cause néanmoins un schisme avec le passé. C'est la réalité à laquelle le CEPMB est confronté aujourd'hui, alors qu'il cherche à maintenir à des prix non excessifs les médicaments brevetés vendus au Canada par les brevetés.

[Traduction]

On pourrait faire des conjectures sur les raisons qui expliquent l'augmentation du nombre d'audiences, par exemple les médicaments qui arrivent aujourd'hui sur le marché sont moins de nouvelles substances chimiques révolutionnaires, mais plutôt des améliorations à des substances existantes. En partie à cause d'avis de tierces parties relativement à des hausses de prix après une période de stabilité considérable des prix, et en raison de notre propre expérience quant à l'augmentation du nombre des audiences, le conseil a entrepris un examen en profondeur de ses lignes directrices sur les prix excessifs. Je voudrais vous rappeler qu'au cours des dernières années, ces lignes directrices ont été très efficaces pour assurer la conformité; il y a eu très peu d'audiences. Les fabricants de produits pharmaceutiques semblaient les suivre.

Cet examen a donné lieu à un processus par lequel nous tentons de régler un certain nombre de problèmes vastes et complexes. Ce processus ne peut être accompli du jour au lendemain ni en faisant les coins ronds. L'analyse exige une approche par étapes qui reflète l'ampleur de l'examen.

L'objectif premier de l'examen est de faire en sorte que nos lignes directrices sur les prix excessifs reflètent adéquatement l'interprétation que fait le conseil des facteurs de fixation des prix mentionnés dans la Loi sur les brevets, et que notre processus d'examen du prix demeure pertinent et sensible à l'environnement pharmaceutique actuel.

En même temps, nous devons investir tous les efforts requis pour mener cet examen avec autant de transparence et d'efficacité que possible tout en tenant compte des points de vue de tous les intervenants intéressés. Il s'agit d'un examen important et opportun qui porte directement sur des questions liées à la détermination des prix des médicaments.

En voici deux exemples parmi d'autres. Le premier est le classement des nouveaux médicaments. Nous établissons des critères de prix en fonction de la catégorie à laquelle appartient un médicament donné. Certains intervenants considèrent que le classement des médicaments ne reconnaît plus adéquatement le caractère innovateur des nouveaux médicaments. Ensuite, les critères de prix servent à déterminer si le prix d'un médicament breveté est excessif. Certains sont d'avis que ces critères ne donnent pas nécessairement le juste prix pour la valeur du médicament, alors que d'autres estiment que ces critères peuvent être la source d'une augmentation des coûts des régimes publics d'assurance-médicaments.

• (1545)

[Français]

Aux fins de l'exercice de ses fonctions de réglementation et de présentation de rapports, de son mandat d'analyse qui lui a été confié par les ministres de la Santé et de ses grands projets tel l'examen des lignes directrices sur les prix excessifs, le conseil doit mener de front différentes activités qui ont une incidence sur la vie de tous les Canadiens. Le conseil s'efforce d'exercer ses responsabilités d'une façon transparente, efficace et responsable.

[Traduction]

Voilà qui met fin à ma déclaration d'ouverture au nom du CEPMB. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions — et si je ne connais pas la réponse, nous espérons qu'elle la connaîtra.

Le président: C'est le principe même du leadership: s'assurer d'avoir autour de soi suffisamment de gens pour pouvoir blâmer quelqu'un. C'est bien.

Nous tenons assurément à vous remercier pour votre exposé et pour votre comparaison.

Nous allons maintenant passer aux questions. C'est l'une des premières fois que nous avons l'occasion, depuis un certain temps, d'interroger quelqu'un sur une question autre que l'obésité chez les enfants et ce sera donc un nouveau champ d'étude pour nous. Nous allons commencer par Mme Brown.

Mme Bonnie Brown (Oakville, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je souhaite la bienvenue aux représentants du CEPMB.

D'après la description de votre niveau d'activité et du budget correspondant, permettez-moi de vous dire que je salue ce que je perçois chez le conseil comme une attitude plus agressive et axée sur l'activité par rapport aux dernières fois où votre organisation a comparu devant nous.

Je me demande quel a été l'élément déclencheur de ces huit avis d'audience et des 33 enquêtes en cours. Recevez-vous des plaintes du public, des pharmaciens, des médecins ou des provinces qui administrent des régimes d'assurance-médicaments, ou est-ce simplement le moment dans son histoire où le conseil mène une réflexion, à savoir s'il exerce son mandat avec suffisamment d'intensité?

Dr Brien Benoit: Nous recevons très peu de plaintes de la population. Nous en recevons un certain nombre des régimes d'assurance-médicaments provinciaux, mais la principale raison qui a motivé la tenue de ces audiences et d'un plus grand nombre d'enquêtes est que nous avons noté une tendance à la non-observation de nos lignes directrices. Nous croyons que cela s'explique par le fait qu'il y a moins de médicaments révolutionnaires. Un médicament révolutionnaire est un médicament unique qui

assurerait la guérison d'une maladie en particulier et qui commanderait une prime que les sociétés pharmaceutiques seraient très heureuses de toucher. Ce que l'on constate plutôt à l'heure actuelle, c'est le peaufinage — pour reprendre une expression à la mode — de médicaments déjà existants. Les sociétés pharmaceutiques changent le nombre de fois par jour où le médicament doit être ingéré. Elles appliquent un revêtement à la même substance chimique, de sorte qu'au lieu de le prendre trois fois par jour, on peut le prendre une fois par jour, et elles veulent obtenir une prime passablement élevée pour cela.

Mme Bonnie Brown: Ces engagements de conformité volontaire qui ont permis de résoudre cinq de ces situations consistent-ils en une intervention de votre part auprès du fabricant pour lui faire savoir que son prix est passablement élevé? Lui suggérez-vous un prix plus bas, auquel il consent, ou est-ce un processus de négociation débouchant sur une entente?

Dr Brien Benoit: Il y a un processus de négociation. Le président et les autres membres du conseil d'administration ne participent pas aux négociations car il arrive parfois que nous soyons appelés à siéger à un panel d'enquête. Ce sont nos employés qui effectuent toutes les négociations.

Les employés signalent à la compagnie que son prix est excessif; celle-ci leur répondra qu'ils n'ont pas pris en compte ceci et cela et chacun fera un bout de chemin. Si la compagnie se range à l'avis du personnel, cela débouche sur un engagement de conformité volontaire et, habituellement, il s'ensuit un remboursement des revenus excessifs.

Mme Bonnie Brown: Oh, c'est excellent. D'accord.

À la fin de votre exposé, vous avez évoqué le rôle d'interprétation des facteurs de détermination des prix qui vous est confié en vertu de la Loi sur les brevets. Comme vous nous l'avez dit, ces facteurs ont été établis il y a longtemps. Pensez-vous qu'ils sont toujours pertinents, sous leur forme actuelle, ou bien y aurait-il lieu d'y proposer des amendements?

Dr Brien Benoit: Madame, c'est manifestement une très bonne question.

Modifier une loi du Parlement exigerait des efforts considérables. Lorsque nous siégeons à ces panels, nous constatons que le libellé de la Loi sur les brevets est trop vague; il n'est pas suffisamment normatif. Cela dit, il serait très difficile de modifier la Loi sur les brevets et les éléments qui y figurent sont maintenant discutés dans nos lignes directrices — l'aspect interprétation.

• (1550)

Mme Bonnie Brown: Le groupe de personnes que vous rencontrez ici aujourd'hui ne rechigne pas à la tâche. Par conséquent, si vous avez des suggestions en vue de modifier la loi et de réaménager ces lignes directrices, n'hésitez pas à revenir nous voir. Peut-être pourrions-nous vous aider.

J'aimerais passer à la portion de votre mandat qui consiste à examiner le volume de R et D effectué essentiellement en échange d'un brevet. Quel est le ratio de R et D par rapport aux ventes pour 2006? L'avez-vous? Si non, pourriez-vous me fournir cette information pour 2005?

Dr Brien Benoit: Pour 2005, c'est 8,8 p. 100.

Mme Bonnie Brown: Comment cela se compare-t-il à l'année précédente?

Dr Brien Benoit: Pour l'année précédente, la proportion était environ la même... 8,3 p. 100, 8,8 p. 100. Si l'on remonte plus loin en arrière, c'était 9 p. 100, 10 p. 100, et on a même enregistré certaines années de 11 p. 100. Depuis quatre ou cinq ans, on note une diminution des dépenses de R et D en tant que pourcentage du chiffre d'affaires brut.

Mme Bonnie Brown: Avez-vous le pouvoir de contraindre l'industrie pharmaceutique à atteindre la cible de 10 p. 100 mentionnée dans la loi?

Dr Brien Benoit: Non, nous n'avons pas ce pouvoir.

Mme Bonnie Brown: Si vous ne pouvez pas le faire vous-mêmes, pensez-vous que ce serait une bonne idée d'informer le ministre pour qu'il intervienne? Quelles sont vos options? Je comprends que le gouvernement ne veuille pas accorder à un organisme quasi judiciaire indépendant, un organisme d'arbitrage, un tel pouvoir d'intervention, mais il doit avoir envisagé des façons d'intervenir si, en fait, les brevetés ne respectent pas la responsabilité qu'ils avaient convenu d'assumer.

Dr Brien Benoit: À ma connaissance, il était convenu qu'ils devaient consacrer 10 p. 100 de leur chiffre d'affaires brut à la R et D au Canada...

Mme Bonnie Brown: Oui.

Dr Brien Benoit: ... et au départ, ils en étaient tout près. Ensuite, ils l'ont atteint et même dépassé. Et maintenant, on note un recul.

Mme Bonnie Brown: Oui.

Dr Brien Benoit: Il y a sans doute de nombreux facteurs complexes qui expliquent cela. Comme nous venons de le dire, il y a moins de médicaments considérés comme une découverte. Cela reflète-t-il le fléchissement de la recherche? Je n'en suis pas certain.

Mme Bonnie Brown: Avez-vous essayé de fouiller la question? Vos interlocuteurs vous donnent sûrement des explications pour justifier qu'ils ne respectent pas leurs objectifs. Il n'est jamais arrivé que toutes les sociétés pharmaceutiques atteignent le même pourcentage — disons 9 p. 100 — en un an.

Dr Brien Benoit: Certaines compagnies le font.

Mme Bonnie Brown: Certaines compagnies réussissent bien et d'autres non. Demandez-vous à leurs dirigeants quel pourcentage de leurs profits ils investissent dans la recherche?

Dr Brien Benoit: Ils sont obligés de nous faire rapport. Je ne peux vous fournir les détails techniques, mais certaines sociétés réussissent mieux que d'autres.

Si vous demandez aux dirigeants d'une grande entreprise de fabrication de médicaments pourquoi ils n'investissent pas davantage dans la recherche et le développement au Canada, soit ils ne vous répondront pas, soit ils vous diront que la réglementation contextuelle applicable aux prix est trop oppressive. Autrement dit, si l'on se débarrassait du CEPMB, ils pourraient exiger les prix qu'ils veulent et investir relativement plus ici.

Mme Bonnie Brown: Merci.

Avez-vous d'autres suggestions à nous faire au sujet de l'information que nous soumet le CEPMB? Je suis enthousiasmée par le fait que le conseil semble intervenir davantage et avec plus d'intensité. Avez-vous d'autres idées en vue d'améliorer ce régime qui a été institué il y a bien des années?

Dr Brien Benoit: Après qu'on ait lancé la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, on nous a demandé de commencer à présenter des rapports sur les médicaments non brevetés — les

médicaments génériques. Nous nous demandons si l'on nous confiera des responsabilités accrues dans ce domaine. Pour ce qui est des médicaments brevetés, nous estimons disposer d'outils suffisants pour nous acquitter de ce travail.

Mme Bonnie Brown: Avez-vous commencé à faire enquête sur les prix des médicaments génériques?

Dr Brien Benoit: Nous faisons rapport à ce sujet.

Mme Bonnie Brown: Vous faites déjà des rapports.

Dr Brien Benoit: Cela s'inscrit dans l'initiative nationale pharmaceutique concernant les médicaments non brevetés. On nous demande de fournir des rapports trimestriels, ce que nous faisons. Certaines conclusions qui s'y trouvent sont assez intéressantes. Vous seriez étonnée.

• (1555)

Mme Bonnie Brown: Cela figure donc dans votre rapport annuel.

Dr Brien Benoit: Oui. Nous publions cette information séparément, mais elle figure dans notre rapport annuel.

Mme Bonnie Brown: J'ai une autre question avant de conclure. Elle concerne la règle relative aux pays de comparaison et au fait que nous ne sommes pas censés dépasser le prix médian. Je crois savoir que depuis un an environ, nous avons dépassé de 1 p. 100 le prix médian.

Dr Brien Benoit: En fait, ce n'est pas le cas. Le prix international médian est en quelque sorte notre référence, et nous avons une règle inflexible selon laquelle le prix canadien ne peut être le plus élevé au monde. Notre prix représente présentement 92 p. 100 du prix international médian. Par conséquent, il est de 8 p. 100 inférieur au prix pratiqué dans les sept pays de comparaison.

D'aucuns veulent savoir pourquoi le Canada ne se compare pas au Japon, à l'Australie et à la Nouvelle-Zélande. Quoi qu'il en soit, la Loi sur les brevets dresse la liste de sept pays, et nous devons nous y conformer.

Mme Bonnie Brown: Que se passerait-il si, dans vos calculs, les États-Unis n'étaient plus un pays de comparaison?

Dr Brien Benoit: Je ne peux pas vous dire spontanément ce qui se passerait. Les États-Unis sont presque toujours en haut de la liste et l'Italie au bas de la liste. Les autres sont entre les deux. On peut supposer que le prix international médian baisserait si l'on excluait les États-Unis.

Mme Bonnie Brown: Merci beaucoup.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci.

Pour la gouverne du comité, votre rapport paraît en juin.

Dr Brien Benoit: Nous allons le soumettre au ministre de la Santé en mai. Nous sommes en quelque sorte un an en retard pour 2006.

Le président: Très bien.

Monsieur Luc Malo.

[Français]

M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ): Merci, monsieur le président.

Je vais poursuivre sur le même sujet, le prix de vente des médicaments. Pouvez-vous me dire comment s'est fait le choix de ces pays qui font partie du groupe témoin?

Dr Brien Benoit: Monsieur Malo, cela vient de la Loi sur les brevets. Les sept pays ont été déterminés il y a 20 ans, en 1987. Ces sept pays sont la Grande-Bretagne, la France, l'Italie, la Suisse, les États-Unis... Ce sont les pays d'Europe de l'Ouest.

M. Luc Malo: Est-il toujours pertinent d'utiliser ces mêmes pays 20 ans plus tard?

Dr Brien Benoit: Ces pays ont été choisis parce qu'ils ont un système de santé semblable au nôtre. C'est pour cette raison qu'ils ont été choisis, je crois, en 1987.

M. Luc Malo: Ne serait-il pas intéressant de revoir ça? Est-ce que, par exemple, ces pays ont un système de réglementation des prix des médicaments?

Dr Brien Benoit: Tous les pays, sauf les États-Unis, ont un système de réglementation des prix, et les systèmes de réglementation diffèrent d'un pays à l'autre. Justement, nous sommes à étudier ces différents régimes afin de voir s'il y a des composantes qu'on pourrait appliquer ici, au Canada. Les États-Unis n'ont pas de réglementation, sauf pour ce qui est des payeurs comme Medicare et Medicaid, qui, eux, négocient des prix qui sont peut-être un peu plus bas que ce que paie un consommateur à la pharmacie.

M. Luc Malo: Mais, vous, votre rôle n'est-il pas de vous assurer que ce groupe de pays peut toujours être utilisé comme groupe témoin par rapport aux prix de vente ici?

Dr Brien Benoit: On agit conformément à la Loi sur les brevets, et les pays ont été choisis pour nous. Alors, on ne peut pas changer cela. Si vous décidez de changer la Loi sur les brevets, vous allez peut-être pouvoir changer la liste de pays.

M. Luc Malo: Tout à l'heure, dans vos réponses à ma collègue, vous disiez qu'il était inscrit dans la loi que les entreprises pharmaceutiques doivent vous indiquer le pourcentage de recherche et développement qu'elles font.

Arrive-t-il qu'il y ait des entreprises qui ne se plient pas à cet article de la loi et ne vous fournissent pas de chiffres?

Dr Brien Benoit: Je dois dire que la réponse est non parce que nous avons les outils nécessaires pour les obliger à nous donner les informations dont on a besoin. Certaines sont parfois un peu en retard et il faut les « piquer » un peu, mais je pense qu'elles agissent toutes en conformité de la loi.

M. Luc Malo: La définition des activités de recherche et développement est-elle très restrictive, ou plutôt large?

Dr Brien Benoit: Non, c'est assez bien défini. La promotion, par exemple les médicaments gratuits aux médecins, n'est pas incluse dans la recherche et développement. Alors, c'est assez bien défini.

M. Luc Malo: Est-ce que ça se limite à la recherche fondamentale?

Dr Brien Benoit: Non, ça couvre la recherche clinique aussi.

M. Luc Malo: Tout à l'heure, vous nous disiez, dans votre introduction, que le nombre de demandes d'audiences publiques avait crû à une vitesse assez accélérée au cours de la dernière année. Savez-vous pourquoi?

Dr Brien Benoit: On suppose que c'est parce que les compagnies pharmaceutiques, étant donné qu'elles n'ont pas les médicaments appelés *blockbuster*, qui peuvent justifier de gros prix, modifient simplement de petits aspects de leurs médicaments. Elles veulent avoir une ristourne pour leurs actionnaires. Alors, elles essaient de sonder le terrain, si on veut. C'est certain qu'il y a eu un changement de climat dans l'industrie pharmaceutique. Il est peut-être favorisé par les maisons mères aux États-Unis, on ne le sait pas.

M. Luc Malo: Pourquoi, dans votre introduction, avez-vous cru bon de spécifier que ce n'était peut-être pas une demande qui pourrait se répéter dans les années avenir, mais que c'était plutôt limité dans le temps?

● (1600)

Dr Brien Benoit: C'est parce que nous sommes en train d'étudier des changements à nos lignes directrices. Je ne dis pas qu'on va le faire, mais si on change nos lignes directrices pour permettre un *price premium*, un petit peu plus d'argent pour les innovations relativement mineures, cela pourrait peut-être calmer l'atmosphère. Mais, on ne le sait pas encore, on n'en est pas rendu là. On tient des audiences publiques. On en a tenu cinq jusqu'à maintenant sur le changement à nos lignes directrices.

M. Luc Malo: Justement, êtes-vous en mesure de nous présenter un certain nombre de recommandations préliminaires qui pourraient émaner de ces rencontres?

Dr Brien Benoit: Monsieur Malo, je ne suis pas capable de vous dire cela. C'est une situation très complexe, et on est en train d'entendre non seulement l'industrie pharmaceutique, mais aussi les représentants des gouvernements provinciaux, du gouvernement fédéral et les gens qui utilisent les médicaments, les regroupements de patients, etc.

M. Luc Malo: Avez-vous un échéancier précis?

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Malo. Votre temps de parole est écoulé.

Allez-y.

[Français]

Dr Brien Benoit: Disons deux ans.

[Traduction]

Le président: Merci.

Monsieur Fletcher.

M. Steven Fletcher (Charleswood—St. James—Assiniboia, PCC): Merci, monsieur le président.

Mes questions portent sur trois domaines. Je voudrais savoir quelles répercussions les changements apportés au cadre réglementaire ont eues sur le CEPMB. Le 17 juin 2006, le gouvernement a établi certains règlements concernant la protection des données, ce qui a eu pour effet d'accroître la durée de la protection des données, mais aussi de diminuer la capacité de reconduction. Je voulais savoir si cela avait eu des répercussions quelconques sur votre façon de fonctionner.

Je vais faire suite aux observations de Mme Brown au sujet du 10 p. 100. Il est irritant de constater que cet engagement de 10 p. 100 n'a pas été respecté. J'aimerais que vous nous en disiez davantage, que vous élaboriez et que vous nous disiez comment nous pouvons mieux relever ce défi.

Enfin, pourquoi les médicaments génériques sont-ils généralement plus coûteux au Canada que les médicaments brevetés? Vous pourriez peut-être aussi nous communiquer certains des résultats étonnants auxquels vous avez fait allusion. Si les médicaments génériques sont plus coûteux, les grandes compagnies pharmaceutiques prolongent-elles la vente de leurs médicaments au-delà de la date d'échéance de leur brevet? Elles seraient aussi bien de le faire.

Dr Brien Benoit: J'espère me souvenir de toutes les facettes de votre question. Premièrement, les changements apportés à la réglementation en juin dernier ne nous touchent pas du tout. Ce fut là une initiative intéressante et les divers acteurs et intervenants de l'industrie y ont vu du pour et du contre.

En ce qui a trait à la R et D, la raison pour laquelle les compagnies n'investissent pas davantage au Canada est très complexe, et nous n'avons pas de réponse. Cela pourrait faire l'objet d'une enquête qui serait menée par une organisation autre que la nôtre. Nous ne disposons d'aucun pouvoir de réglementation à l'égard de la recherche et du développement. Nous nous bornons à soumettre des rapports, et nous rapportons essentiellement le point de vue de l'industrie pharmaceutique.

Enfin, au sujet des médicaments génériques, lorsque nous avons commencé à faire rapport en la matière, c'est avec étonnement que nous avons constaté que le Canada dépassait les États-Unis. Les prix des produits pharmaceutiques génériques sont passablement plus élevés au Canada qu'aux États-Unis. En ce qui a trait aux médicaments brevetés, comme cela a été mentionné, le Canada se situe plus bas que la médiane internationale. Il tire donc bien son épingle du jeu pour ce qui est des médicaments brevetés. Toutefois, en ce qui concerne les médicaments génériques, notre bilan est moins bon. Lorsqu'on fouille le sujet, on se rend compte qu'au Canada, il y a très peu de concurrence dans le secteur des produits pharmaceutiques génériques. Essentiellement, deux fabricants se partagent 90 p. 100 des ventes, et je pense que l'un d'eux a une part du marché nettement plus grande que l'autre. En somme, il n'y a pas de concurrence.

•(1605)

M. Steven Fletcher: Vos études ont-elles donné lieu à d'autres résultats surprenants?

Dr Brien Benoit: Ce sont les principaux faits saillants. Comme cela est mentionné dans notre quatrième rapport, qui paraîtra sous peu, nous étudierons désormais ce qui se passe à l'échéance du brevet. Certains médicaments sont de gros vendeurs, et l'on s'attendrait à ce qu'à l'expiration du brevet, les produits génériques pénètrent le marché et fassent un malheur, mais ce n'est pas toujours le cas. Pourquoi? Ce n'est pas toujours clair. Cela a quelque chose à voir avec les profits.

M. Steven Fletcher: Avez-vous des suggestions en ce qui a trait à la fixation du prix des médicaments génériques?

Dr Brien Benoit: Pour l'heure, notre mandat consiste à préparer des rapports, et c'est ce que nous faisons. Si vous voulez nous confier des responsabilités supplémentaires, il nous faudra plus d'argent.

Des voix: Oh, oh!

Le président: Bon, vous n'avez plus de temps. J'aimerais obtenir une précision à l'intention du comité. Vous dites que dans votre rapport, vous avez fait des comparaisons entre les prix au Canada et aux États-Unis. Calculez-vous aussi le prix médian? Établissez-vous des comparaisons avec d'autres pays pour ce qui est des médicaments génériques?

Dr Brien Benoit: Oui, nous le faisons pour les produits génériques.

Le président: Merci.

Monsieur Batters, vous avez cinq minutes.

M. Dave Batters (Palliser, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Monsieur le président, comme je n'ai que cinq minutes, je vais faire aussi vite que possible. Par conséquent, si vous pouviez me donner des réponses courtes et succinctes, cela serait formidable.

Je vous remercie tous les deux d'être venus comparaître.

Voici ma première question. Pourriez-vous dresser la liste de tous les médicaments de marque ou des médicaments potentiellement vendus à un prix excessif dont le conseil fait présentement l'examen? De quels médicaments précisément s'agit-il? J'apprécierais beaucoup que vous puissiez en lire la liste très rapidement aux fins du compte rendu.

Dr Brien Benoit: Voulez-vous aussi le nom du fabricant?

M. Dave Batters: Non, la liste des médicaments suffit.

Dr Brien Benoit: Le premier est Adderall XR, un médicament pour le déficit d'attention avec hyperactivité...

M. Dave Batters: Je n'ai pas besoin de savoir à quoi ils servent. Je n'ai que cinq minutes.

Dr Brien Benoit: Les autres sont Airomir, Concerta, Copaxone, Penlac, Quadracel et Pentacel, qui sont des vaccins, Risperdal, Risperdal Consta et Strattra. Il y a aussi NicoDerm et Dovobet qui étaient déjà là précédemment.

M. Dave Batters: Excellent. Merci, docteur Benoit.

Vous avez reçu une augmentation de fonds de 46 p. 100 au cours de l'exercice 2006-2007 et vous demandez une autre augmentation de 76 p. 100 pour le présent exercice. Je sais que les autorités provinciales assument la régulation des prix dans le cadre de leur propre régime. N'existe-t-il pas un chevauchement important au plan de la fixation des prix entre ce que vous faites et ce que font les provinces?

Dr Brien Benoit: Nous réglementons les prix ex-usine, ce qui peut amener quelqu'un à se plaindre de payer beaucoup plus cher que cela à la pharmacie. Ce qui se passe, après le départ de l'usine, c'est que le produit passe entre les mains de plusieurs intermédiaires avant d'arriver finalement à la personne qui doit l'ingérer, et il en résulte des majorations sur lesquelles nous n'avons absolument aucun contrôle. Pour ce qui est des régimes d'assurance-médicaments provinciaux, les régimes d'envergure, comme celui de l'Ontario, par exemple, ont énormément de poids et négocient de bons prix, ce que certains des petits régimes ont de la difficulté à faire. Cela n'est pas sans causer certaines frustrations. Ainsi, dans le Canada atlantique, le prix des médicaments est plus élevé.

M. Dave Batters: D'accord. Autrement dit, certaines fonctions sont séparées. Il y a un certain chevauchement, mais il y a aussi des fonctions séparées. Est-ce bien cela?

Dr Brien Benoit: C'est juste.

M. Dave Batters: Parfait. Quel pourcentage des recettes de leurs ventes les sociétés de produits génériques consacrent-elles à la recherche et au développement?

Dr Brien Benoit: Je ne connais pas la réponse à cette question.

M. Dave Batters: Pourrait-on dire qu'elles n'y investissent rien ou pratiquement rien? Peut-on affirmer qu'en comparaison de sociétés qui font beaucoup de recherche et de développement — et je peux en nommer toute une brochette — les compagnies de médicaments génériques, comme Apotex, consacrent un pourcentage beaucoup moindre de leurs revenus à la R et D?

Dr Brien Benoit: Je ne connais pas la réponse, et il serait sans doute déplacé, politiquement parlant, de vous fournir une réponse erronée. Avec votre permission, nous pourrions trouver cette réponse pour vous, monsieur Batters.

•(1610)

M. Dave Batters: Si vous pouvez communiquer cela au comité, ce serait fort apprécié, docteur Benoit.

Tout à l'heure, vous avez dit que les sociétés pharmaceutiques justifiaient peut-être le fait qu'elles investissent moins au Canada en invoquant la réglementation excessive du CEPMB. C'était simplement là une hypothèse de votre part. Si quelqu'un devait effectivement vous dire cela, que répondriez-vous?

Dr Brien Benoit: Eh bien, il faut qu'il y ait un équilibre entre des prix excessifs et un investissement accru et c'est un aspect qu'un organisme politique quelconque doit examiner. L'objectif a été fixé à 10 p. 100. On peut faire valoir que 8,8 p. 100, ce n'est pas tellement loin de 10 p.100, mais c'est moins de 10 p. 100.

M. Dave Batters: D'accord.

J'ai une dernière question. Peut-on affirmer que, dans une certaine mesure, on lance au Canada un plus petit nombre de médicaments révolutionnaires à cause de la lourdeur du processus et de la lenteur des formalités pour obtenir un numéro d'identification du médicament et qu'il existe un arriéré considérable? Peut-on dire cela?

Dr Brien Benoit: Je ne sais pas si on peut le dire ou non, mais les numéros d'identification des médicaments et tout le reste sont émis par Santé Canada, qui est le... Nous relevons du portefeuille de la santé, mais nous n'avons rien à voir avec cela.

M. Dave Batters: Les sociétés découvrent encore de nouvelles molécules, mais leurs représentants répètent constamment qu'il est problématique de les faire approuver en vue de les commercialiser étant donné l'énorme arriéré qui existe. Entendez-vous le même son de cloche?

Dr Brien Benoit: Il faudrait que vous posiez cette question à un témoin de Santé Canada car cela ne relève pas de notre mandat.

M. Dave Batters: D'accord. Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons passer à Mme Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Merci beaucoup.

Pouvez-vous me dire de mémoire le pourcentage des médicaments dont les brevets sont expirés qui n'ont pas encore d'équivalents génériques?

Dr Brien Benoit: Je l'ignore, docteur Bennett, mais c'est aussi un renseignement que nous pourrions vous fournir. C'est le sujet de notre prochain rapport, sur lequel nous travaillons présentement, car nous sommes très curieux à ce sujet.

L'hon. Carolyn Bennett: D'accord.

Quant aux fabricants de produits génériques, vous vous limitez jusqu'ici à présenter des rapports à leur sujet. Mais un jour, selon Romanow, si vous deviez être appelés à évaluer si les prix sont acceptables... Je crois savoir que la plupart des compagnies de médicaments génériques sont des sociétés fermées et que l'on ne peut avoir accès à leurs livres. Pouvez-vous savoir combien de profits font ces compagnies?

Dr Brien Benoit: Non, nous ne le pouvons pas.

L'hon. Carolyn Bennett: Dans ce cas, comment pouvez-vous déterminer ce qui est un prix acceptable? Dans le cas des compagnies productrices de médicaments de marque, elles publient

à tout le moins un rapport annuel, et l'on peut réagir en voyant tout l'argent qu'elles font. Mais si les livres ne sont pas transparents parce qu'il s'agit d'une société fermée, comment pouvez-vous concrètement faire votre travail?

Dr Brien Benoit: Nous ne réglementons pas les prix des médicaments génériques. Nous nous bornons à en faire rapport.

L'hon. Carolyn Bennett: Je pense que le rapport Romanow recommandait qu'éventuellement l'aspect examen de votre mandat englobe les médicaments génériques. C'était l'intention, pour l'avenir. En ce moment, vous vous limitez à présenter des rapports, mais un jour, vous pourriez être appelés à vous prononcer. En vous fondant sur des exemples internationaux, vous pourriez nous dire si, compte tenu des sommes considérables que le Trésor investit dans les médicaments génériques, nous les payons trop cher.

Dr Brien Benoit: Mon patron me souffle que...

L'hon. Carolyn Bennett: Peut-être pourriez-vous laisser votre patron répondre.

Dr Brien Benoit: ... les fabricants de génériques nous feraient rapport, mais l'industrie des médicaments génériques est différente de celle des médicaments brevetés.

Je suis toujours étonné chaque fois que j'entends des discussions à ce sujet. En effet, il y a énormément de produits gratuits offerts par les compagnies de médicaments génériques. Et quelle est la valeur de ces produits? Il y a une foule de produits gratuits que l'on offre aux chaînes de pharmacies, particulièrement aux grandes chaînes qui contrôlent 500 pharmacies. Elles négocient très serré avec les fabricants de produits génériques.

L'hon. Carolyn Bennett: A-t-on songé qu'il pourrait s'agir d'un placement de produits destiné à encourager la vente? D'une certaine façon, cela fait partie intégrante de leur budget de commercialisation.

Pour être en mesure de faire un examen des médicaments non brevetés, tout comme vous le faites pour les médicaments d'origine, pensez-vous qu'il vous faudra avoir accès aux livres des sociétés productrices de médicaments génériques? Je vais vous faire part de mon opinion personnelle. Si l'on compte dépenser des fonds publics en quantité pour faire l'achat de ces médicaments, si nous en faisons l'acquisition auprès de ces sociétés, que ce soit par l'entremise des premières nations ou autrement, ne devrions-nous pas, en tant que parlementaires, avoir accès à leurs livres? J'aimerais savoir à combien se chiffrent leurs profits pour être en mesure de déterminer si nous dépensons l'argent des contribuables de façon responsable.

•(1615)

Dr Brien Benoit: Docteur Parrish, nous ne réglementerons pas les profits. Pour pouvoir assumer une fonction de réglementation, il va de soi qu'il faudrait que ces sociétés aient envers nous une obligation de rapport plus rigoureuse qu'à l'heure actuelle. Il faudrait prendre des règlements qui les contraignent à nous soumettre des rapports.

L'hon. Carolyn Bennett: Pour être en mesure d'effectuer un examen des prix?

Dr Brien Benoit: Oui.

L'hon. Carolyn Bennett: D'accord.

Le président: Merci beaucoup, madame Bennett.

Nous allons passer à Mme Davidson.

Dr Brien Benoit: Je suis désolé, je vous ai appelé docteur Parrish.

L'hon. Carolyn Bennett: Ça va. Mais on se demande pourquoi les gens ne confondent pas les Pierre, Jean, Jacques de ce monde. Pour moi, c'est un peu comme les chandails de hockey.

Le président: Elle est très indulgente. Ne vous en faites pas.

Une voix: C'est un peu méprisant...

L'hon. Carolyn Bennett: Pour Mme Parrish.

Des voix: Oh, oh!

Dr Brien Benoit: Mes lunettes ne sont pas assez fortes et les noms sont présentés de côté.

Le président: Ça va; il y a certaines similarités.

Quoi qu'il en soit, madame Davidson.

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): Merci, monsieur le président.

Je vous remercie beaucoup, docteur Benoit, de votre exposé. J'ai appris au sujet de votre organisme beaucoup de choses que je ne savais pas auparavant.

Il y a un élément qui m'intrigue, soit l'augmentation de 76 p. 100 que vous souhaitez obtenir pour le présent exercice financier. De quelle façon allez-vous répartir cette augmentation? Vos dépenses étant planifiées, comment allez-vous diviser cela entre vos deux responsabilités fondamentales?

Dr Brien Benoit: Eh bien nous avons maintenant établi le prix moyen que nous coûte chaque audience, et j'espère que vous ne me demanderez pas combien c'est, parce que c'est... Je vais quand même vous le dire. Le prix moyen d'une audience du début à la fin, et nous n'avons pas encore fini, s'élève à 600 000 \$ environ. C'est le coût pour le contribuable et non pour l'industrie pharmaceutique.

Pour ce qui est de la révision de nos lignes directrices, si elles sont révisées... Nous avons organisé cinq consultations publiques dans cinq villes différentes en novembre 2006, ce qui a entraîné des coûts que je ne peux vous chiffrer avec précision. Nous espérons tenir au moins une autre consultation publique, probablement ici à Ottawa, et nous sondons les divers experts dans le domaine, et toutes ces activités ont un coût. Mais la plus grande partie de l'augmentation de nos dépenses est attribuable aux audiences.

Mme Patricia Davidson: D'accord. Dans ce cas, qu'en est-il de vos ressources humaines actuelles par rapport à celles que vous aurez? Votre budget a été majoré sensiblement. Combien d'employés avez-vous?

Dr Brien Benoit: Barbara connaît le nombre exact.

Mme Patricia Davidson: D'accord.

Mme Barbara Ouellet (directrice exécutive, Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés): Grâce à ces fonds additionnels, nous pourrions compter sur 15 employés supplémentaires, dont une bonne partie a déjà été embauchée puisque ce financement a débuté au commencement du présent exercice financier. Ces employés viennent s'ajouter aux 47 que nous avons présentement, pour un total de 62.

Mme Patricia Davidson: D'accord. Merci.

Quelles seront vos grandes priorités pour l'année à venir?

Dr Brien Benoit: Nous espérons terminer la plupart de nos audiences. Deux avis d'audiences viennent d'être émis il y a deux semaines et il va de soi que celles-ci ne seront pas terminées cette année, mais la plupart des autres le seront. Nous aurons énormément progressé dans la révision de nos lignes directrices si nous faisons cela. D'ici la fin de l'année, nous saurons avec beaucoup plus de précision ce que nous ferons à cet égard si tant est que nous décidions d'agir.

Mme Patricia Davidson: D'accord. Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Madame Gagnon?

[Français]

Mme Christiane Gagnon (Québec, BQ): Non, merci.

[Traduction]

Le président: Madame Beaumier.

Mme Colleen Beaumier (Brampton-Ouest, Lib.): Je tiens à faire savoir publiquement que dans un contexte où les gouvernements et la plupart des compagnies d'assurance encouragent l'achat de médicaments génériques, lorsqu'un contrat est conclu entre un gouvernement et une entreprise privée, des représentants gouvernementaux ont le droit d'inspecter les livres, de prendre connaissance de la marge de profit et de faire des vérifications. Je ne suis pas vraiment sûre que les compagnies d'assurance ou les gouvernements acheteurs de ces produits aient exprimé la volonté qu'il en soit ainsi.

Je ne comprends pas pourquoi — et vous non plus, je pense — les médicaments génériques ne sont pas beaucoup moins chers que les médicaments d'origine. Vous attendez-vous à ce que l'on confie à votre organisation le dossier des médicaments génériques?

• (1620)

Dr Brien Benoit: Il en a été question, mais nous accepterons cette responsabilité si on nous la confie.

Mme Colleen Beaumier: À ce sujet, y a-t-il une volonté en ce sens de la part du gouvernement?

Dr Brien Benoit: C'est une question que vous devrez poser au gouvernement.

Mme Colleen Beaumier: D'accord. Merci.

Le président: M. Dykstra a deux ou trois questions, et ensuite, nous poursuivrons.

M. Rick Dykstra (St. Catharines, PCC): Je n'en ai que deux, monsieur le président, et je serai bref.

L'une des questions générales que je voulais poser concerne la participation du CEPMB au programme commun d'évaluation des médicaments. Comment cela fonctionne-t-il? Ou comment est-ce facilité?

Dr Brien Benoit: Le conseil est un observateur du programme commun d'évaluation des médicaments. Il s'agit de l'organisation qui recommande l'inscription de médicaments dans les formulaires provinciaux pour les régimes d'assurance-médicaments provinciaux. Par conséquent, nous y siégeons en tant qu'observateurs, mais nous ne jouons pas de rôle direct dans les décisions.

M. Rick Dykstra: Si, par exemple, une province demande qu'un nouveau médicament utilisé en chimiothérapie soit inscrit dans son formulaire, faites-vous concrètement une enquête pour déterminer s'il s'agit là d'une recommandation positive et communiquez-vous ensuite votre avis aux autorités provinciales? Ou agissez-vous dès que ces dernières vous demandent de vous pencher là-dessus?

Dr Brien Benoit: Si la compagnie commence à vendre le médicament au Canada, nous vérifions s'il est vendu à un prix excessif. Nous comparons ce médicament à d'autres de la même catégorie thérapeutique et, à l'occasion, nous faisons une comparaison avec le prix médian international. C'est là notre rôle.

M. Rick Dykstra: J'ai une autre question au sujet des prix en vigueur dans les autres pays. Je peux dire que j'ai constaté cela personnellement, mais il y a aussi des gens qui m'ont dit avoir comparé le coût des médicaments génériques au Canada et aux États-Unis. Nos prix sont-ils plus élevés ou moins élevés que la moyenne?

Dr Brien Benoit: Ils sont plus élevés.

M. Dave Batters: De combien, en pourcentage?

M. Rick Dykstra: Ils sont plus élevés. Et comme mon collègue se le demandait, quelle est la différence, en pourcentage?

Dr Brien Benoit: Nous pourrions vous communiquer ces chiffres, mais les prix sont plus élevés. Nous pensons que cela tient au fait que la concurrence est beaucoup plus vive aux États-Unis.

M. Rick Dykstra: Vous n'avez pas de chiffres à nous fournir maintenant. Préféreriez-vous communiquer au comité un chiffre précis plus tard?

Dr Brien Benoit: Nous pouvons certainement faire une recherche et vous communiquer cette information.

Le président: Les témoins vont nous fournir l'information.

Dans l'intervalle, je tiens à vous remercier beaucoup d'être venus. Nous avons trouvé votre témoignage très intéressant et je crois que les questions en témoignaient.

Nous vous demanderons peut-être de revenir quand le rapport sera publié. Nous aurons peut-être des observations à formuler sur le rapport.

Madame Priddy, si vous avez quelques brèves questions, je vais vous permettre de les poser.

Mme Penny Priddy (Surrey-Nord, NPD): Je n'ai qu'une seule question.

Je m'excuse pour mon absence, mais je prenais la parole sur le très important projet de loi C-42 portant sur la Loi sur la quarantaine et proposé par le ministre de la Santé. Je savais que vous souhaiteriez que l'on prononce un discours bien senti là-dessus.

D'après la teneur de la discussion, je comprends que ce qu'on entend dire au sujet du coût des médicaments émane habituellement des régimes pharmaceutiques, comme les régimes d'assurance ou les régimes provinciaux mis en place par les gouvernements ou des organisations. Bien sûr, je me fais poser des questions là-dessus par des particuliers de ma circonscription.

Où se situe cette responsabilité dans l'appareil gouvernemental et qu'est-ce qui se passe dans ce dossier? Nous entendons des responsables de régimes provinciaux dire que c'est trop coûteux, des commettants me disent que c'est trop coûteux, et je vois ici même dans l'auditoire des représentants de gens qui ne peuvent pas se permettre d'acheter les médicaments qu'on leur prescrit. Comment s'attaque-t-on au problème, sachant qu'on est en présence de deux groupes de gens? Qui s'en occupe au gouvernement? À qui incombe-t-il de dire qu'il faudrait faire quelque chose dans ce dossier? Qu'est-ce qui se passe?

•(1625)

Dr Brien Benoit: La réponse facile est que nous réglémentons les prix seulement à la sortie de l'usine. Comme je l'ai dit tout à l'heure, le prix augmente beaucoup entre l'usine et le consommateur. Nous n'avons absolument pas compétence sur cette majoration. Nous avons une idée de la nature et du montant de ces majorations, mais nous n'avons absolument pas le pouvoir d'y changer quoi que ce soit.

Par conséquent, si votre pharmacien décide de majorer son prix, on peut supposer qu'il est libre de le faire. Ensuite, les régimes provinciaux de médicaments négocient avec les compagnies pharmaceutiques.

Le président: Cela nous amène à un sujet que nous allons aborder au comité à notre retour de vacances.

Je tiens à vous remercier d'être venu. Nous allons maintenant vous laisser partir, tout en vous avisant que lorsque le rapport sera publié, nous y verrons peut-être l'occasion de vous réinviter.

Merci beaucoup.

Mme Barbara Ouellet: La réponse à la question posée tout à l'heure est que le ratio entre le prix étranger et le prix canadien, dans le cas des États-Unis, est de 0,65 pour les produits génériques.

Le président: C'est donc 65 p.100?

Mme Barbara Ouellet: Aux États-Unis, les prix sont de 65 p. 100 des prix canadiens, donc environ deux tiers de moins.

M. Rick Dykstra: Bien, merci.

Mme Barbara Ouellet: Ou plutôt non, c'est environ un tiers de moins.

Le président: En effet.

Dr Brien Benoit: L'écart est considérable.

Le président: Oui, c'est un écart considérable.

Merci beaucoup encore une fois.

Nous allons maintenant entendre le Dr Bernstein.

Docteur Bernstein, vous n'êtes pas étranger à notre comité et vous connaissez bien les soins de santé au Canada, à titre de président du conseil et président des IRSC. Nous tenons à vous remercier beaucoup d'être venu. Nous avons hâte d'entendre votre exposé sur le budget des dépenses. Nous vous poserons ensuite une série de questions.

Vous avez la parole.

Dr Alan Bernstein (président, Instituts de recherche en santé du Canada): Merci beaucoup, monsieur le président.

[Français]

Cela me fait plaisir de me retrouver encore une fois devant votre comité.

[Traduction]

Ma dernière présence ici remonte à mai 2005, lorsque le comité a recommandé ma nomination au poste de président des IRSC pour un second mandat de cinq ans.

[Français]

Je vous remercie.

[Traduction]

J'aimerais d'abord vous présenter deux collègues des IRSC qui m'accompagnent aujourd'hui: Jim Roberge, chef des Services financiers des IRSC; et le Dr Pierre Chartrand, vice-président à la recherche des IRSC. Je leur demanderai peut-être de répondre à l'une ou l'autre des questions difficiles que vous pourrez me poser aujourd'hui.

Lundi, j'ai pris la parole au Canadian Club à Toronto. J'ai parlé de la révolution actuelle en sciences de la santé, de l'importance de la recherche et notamment de la recherche en santé pour l'avenir du Canada, et des possibilités nouvelles et excitantes de réaliser des progrès en santé.

Ces changements nous obligent à voir autrement la santé et les soins de santé au XXI^e siècle et c'est dans le contexte de cette transformation que les IRSC ont été créés par le Parlement en juin 2000. Depuis, les IRSC ont connu une évolution rapide et délibérée, rompant avec leurs origines de conseil subventionnaire de la recherche biomédicale peu enclin à prendre des initiatives pour devenir une organisation de recherche stratégique fondée sur l'excellence et orientée vers les résultats, capable de mener cette révolution et de capitaliser sur celle-ci. Je pense qu'il est juste de dire que nous ne sommes plus un conseil subventionnaire.

Aujourd'hui, les IRSC sont composés de 13 instituts de recherche en santé, chacun dirigé par un directeur scientifique de renommée internationale et guidé par un conseil consultatif d'institut formé de 18 membres du Canada et de l'étranger. Au cours de la dernière année, bon nombre de nos directeurs scientifiques ont comparu devant votre comité et d'autres comités parlementaires pour contribuer à la promotion de politiques fondées sur des données factuelles en réponse aux défis de santé qui se posent aux Canadiens.

Par exemple, la Dre Diane Finegood, que les membres du comité connaissent bien, et qui est directrice scientifique de l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète des IRSC, est venue vous entretenir de la plus récente recherche et des activités d'application des connaissances sur l'obésité et notamment, et surtout l'obésité infantile — je reviendrai bien sûr sur ce sujet.

La Dre Anne Martin-Matthews, directrice scientifique de l'Institut du vieillissement des IRSC, a pris la parole sur les implications du vieillissement de la population canadienne, notamment pour le système de soins de santé.

Le Dr Rémi Quirion, directeur scientifique à notre Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, a comparu pour aborder des questions comme l'autisme, le syndrome d'alcoolisation foetale et la santé mentale.

Comme vous le savez peut-être, les IRSC ont adopté un plan stratégique aux termes de vastes consultations nationales avec les chercheurs et les autres intervenants en matière de santé. Dans le cadre de ce plan, chacun de nos instituts possède son propre plan stratégique assorti de programmes de recherche mis en oeuvre dans des domaines aussi variés que l'obésité, les délais d'attente, les soins palliatifs, la santé des Autochtones, la formation de la prochaine génération de chercheurs, la santé des enfants, le cancer et les questions environnementales.

En plus de croître comme organisation, les IRSC ont exercé un impact profond sur la recherche en santé au Canada et surtout, de plus en plus, sur les Canadiens. Aujourd'hui, les chercheurs subventionnés par les IRSC touchent à toutes les disciplines liées à la santé, allant des sciences biologiques aux sciences humaines et sociales, en passant par le génie et la bioinformatique.

Nous parvenons à multiplier l'impact du financement des IRSC grâce à de nombreux et importants nouveaux partenariats nationaux et internationaux — j'en mentionnerai un tout à l'heure — qui ont rapporté au-delà de 500 millions de dollars pour la recherche sur des priorités de santé nationales et internationales.

De nouveaux programmes en application des connaissances et en innovation, comme le programme « Du savoir à l'action », le programme de démonstration des principes et le programme « Des sciences aux affaires » ont été créés pour faciliter l'acheminement du savoir du milieu universitaire au système de santé, à la clinique, au marché et aux Canadiens.

De nouvelles entreprises et de nouvelles politiques de santé sont déjà en place grâce à ces programmes novateurs. Dans les écoles de

Saskatoon et de Kahnawake, des enfants participent à des travaux de recherche et d'intervention sur le régime alimentaire et le diabète. J'ai constaté avec grand plaisir que vous avez mentionné le travail qui se fait à Kahnawake dans votre récent rapport publié il y a deux jours.

Autre exemple: l'entreprise Amorfix Life Sciences a été nommée récemment « Pionnier technologique 2007 » par le Forum économique mondial, la seule compagnie canadienne à recevoir un tel honneur. Amorfix tire profit des découvertes de chercheurs financés par les IRSC, les Drs Neil Cashman de l'Université de la Colombie-Britannique et Marty Lehto de l'Université de Toronto. Le plan d'affaires de Amorfix prévoit que la compagnie va aider à diagnostiquer de façon précoce et à traiter des maladies comme l'Alzheimer.

• (1630)

Hier encore, une recherche financée par les IRSC faisait la une du *New York Times* et de presque tous les quotidiens du Canada, comparant l'efficacité des endoprothèses coronaires aux médicaments pour cardiopathies. Aujourd'hui, dans le *Vancouver Sun*, le ministre de la Santé de Colombie-Britannique, George Abbott, a annoncé que, sur la foi de cette recherche, il allait réexaminer le besoin de l'angioplastie pour traiter les coronaropathies.

Nous avons fait ce matin de petits calculs approximatifs et je voudrais vous faire part de quelques chiffres.

Nous avons consacré 2,7 millions de dollars en six ans à cet essai clinique. C'était un partenariat avec des homologues américains, qui ont investi 22 millions de dollars dans la recherche. Voici le fruit de mes calculs: le Canada fait environ 80 000 angioplasties par année et elles coûtent environ 10 000 \$ chacune; donc, au bas mot, si nous pouvions prévenir ne serait-ce que le tiers de ces opérations, nous ferions économiser environ 300 millions de dollars par année au système canadien de soins de santé.

Je suis certain que la raison pour laquelle le ministre de la Santé de Colombie-Britannique se penche sur cette question, c'est d'abord les problèmes de sécurité des endoprothèses, et deuxièmement, la question du coût.

Aujourd'hui, environ 30 p. 100 de notre budget est consacré à des initiatives stratégiques reflétant les défis de santé les plus pressants pour les Canadiens. Ces initiatives sont élaborées et menées par les 13 instituts des IRSC suite à de vastes consultations avec les intervenants et sont mises sur pied avec la participation de ministères fédéraux, d'organismes de recherche en santé provinciaux, des ministères provinciaux et territoriaux de la santé, de partenaires internationaux, comme je viens de le dire, de l'industrie et d'organismes caritatifs dans le domaine de la santé.

Ces initiatives sont lancées en temps opportun, s'alignent sur les grandes priorités du gouvernement, consolident les forces scientifiques du Canada et promettent d'apporter les améliorations urgentes dont a besoin le système de soins de santé.

Par exemple, après consultation de nombreux intervenants, l'Institut du métabolisme, de la nutrition et du diabète a fait de l'obésité sa priorité. C'est pourquoi nous dépensons maintenant environ 20 millions de dollars par année pour appuyer la recherche examinant tous les aspects de l'obésité, depuis les dimensions sociales et culturelles jusqu'aux aspects génétiques, physiologiques, métaboliques, comportementaux et psychologiques.

Je sais que votre comité s'intéresse également à la politique pharmaceutique — nous venons tout juste d'avoir une discussion là-dessus —, domaine dans lequel nous avons investi près de 20 millions de dollars depuis 2000. Nous finançons par exemple le Dr Steve Morgan à l'Université de Colombie-Britannique, qui a produit un recueil canadien des médicaments d'ordonnance très novateur qui aidera à comprendre et à contenir la montée des coûts des médicaments d'ordonnance. C'est comme un atlas et on y présente le coût des médicaments d'ordonnance dans tous les codes postaux d'un bout à l'autre du pays. Cet atlas révèle des tendances différentes au Canada quant à la consommation de médicaments d'ordonnance, offrant un outil puissant aux représentants des ministères de la Santé qui s'efforcent de contenir la montée des coûts des médicaments.

En 2006, nous nous sommes lancés dans une vaste évaluation par un comité d'examen international prestigieux. Le comité a félicité les IRSC pour leur travail accompli à ce jour, soulignant que le Canada servait d'exemple au reste du monde.

Je voudrais maintenant diriger votre attention vers le budget principal des dépenses des IRSC pour 2007-2008.

La valeur nette de notre budget principal des dépenses a augmenté de 36,9 millions de dollars par rapport à l'année dernière. Le crédit des subventions aux IRSC a augmenté de 35,7 millions de dollars par rapport à la précédente année financière, et le crédit des dépenses de fonctionnement a augmenté de 1,2 million de dollars.

Cette augmentation est en partie attribuable aux 17 millions de dollars supplémentaires prévus pour les IRSC dans le budget fédéral de 2006, dont 16,3 millions ont été affectés au programme de subventions et bourses pour 2007-2008 et 0,7 million, c'est-à-dire 700 000 \$, aux dépenses de fonctionnement.

L'augmentation du budget de subventions et bourses couvre aussi ce qui suit: 11,6 millions de dollars pour la maladie de Fabry, deux millions de dollars pour l'initiative fédérale sur le VIH-sida, une augmentation de cinq millions de dollars du programme canadien de bourses aux étudiants diplômés, et de nouveaux fonds, à hauteur de 3,8 millions de dollars, pour la recherche sur la capacité d'intervention en cas de pandémie et la formation connexe.

En outre, les IRSC sont très reconnaissants des 37 millions de dollars supplémentaires reçus dans le dernier budget fédéral de 2007. Notre conseil d'administration débat en ce moment de la meilleure façon d'affecter ces fonds.

Comme je l'ai indiqué, des progrès impressionnants ont été réalisés par la recherche en santé. Néanmoins, il subsiste toujours une longue liste de maladies, états pathologiques et troubles de santé pour lesquels nous n'avons aucun remède et qui requièrent plus de recherche pour en comprendre les origines et la progression. De plus, la nature et les changements sociaux produisent constamment de nouvelles menaces pour notre santé: l'émergence de nouvelles maladies comme le sida ou le SRAS; la réapparition de la tuberculose; le cancer; l'obésité — que votre comité a étudiée; le dilemme grandissant posé par la démence chez les personnes âgées; et l'autisme. Et le plus important, ou en tout cas tout aussi important: il faut bâtir un système de soins de santé durable, accessible et établi en fonction des données scientifiques, ce qui est évidemment une priorité pour les Canadiens.

● (1635)

Je sais que votre comité est très préoccupé par l'épidémie d'obésité qui sévit parmi nos jeunes enfants et je vous félicite pour le rapport que vous venez de publier il y a quelques jours. Selon moi, l'obésité est un exemple parfait de concordance entre les préoccupations du

gouvernement et le programme de recherche et d'application des connaissances des IRSC. Ce dossier illustre l'importance de preuves solides issues de la recherche comme moteur de changement sur le plan des politiques, des pratiques et du comportement individuel. C'est pourquoi je crois que votre soutien aux IRSC et à la recherche en santé a été et à mon avis va demeurer si important.

Merci. Je répondrai avec plaisir à vos questions.

Le président: Merci à tous, et particulièrement à la Dre Finegood pour son témoignage au sujet de ce que nous considérons une étude ou un rapport très important. Son apport a été précieux lorsque le moment est venu de discuter des recommandations que nous voulions faire. Si vous pouviez lui transmettre nos remerciements, ce serait fort apprécié.

Nous allons maintenant passer aux questions, en commençant avec Mme Carolyn Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett: D'après le budget principal des dépenses, il semble que vos dépenses augmenteront d'environ 40 millions de dollars, ou 4,4 p. 100 au cours de l'année qui vient. Il semble y avoir une différence entre le financement de la recherche en santé et le financement des chercheurs et des stagiaires. Docteur Bernstein, j'aimerais que vous expliquiez au comité quelle est la différence. Surtout que la plupart d'entre nous entendons les instituts de recherche de nos circonscriptions se plaindre que les demandes de financement de certains de leurs chercheurs parmi les plus brillants et les plus prometteurs ont été refusées. Ils ne veulent pas revivre la situation de 1998, alors qu'on craignait un exode des chercheurs en quête de financement ailleurs.

● (1640)

Dr Alan Bernstein: D'accord. Vous posez en fait deux questions, docteur Bennett, et je vais essayer de répondre à chacune d'elles.

En ce qui concerne la première, au sujet des stagiaires, même si le budget principal des dépenses peut donner à penser que l'on réduit le financement destiné aux stagiaires, la réalité est toute autre. S'il semble en être ainsi, c'est que nous recevons beaucoup plus d'argent par l'entremise du programme de bourses de chercheurs-boursiers des cycles supérieurs, qui ne figure pas dans le budget principal pour les IRSC. Comme la plupart de nos étudiants reçoivent des fonds sous forme de subventions, plus nous finançons des subventions plus nous pouvons soutenir un grand nombre d'étudiants de troisième cycle et de boursiers de recherches postdoctorales et la même chose vaut pour notre initiative de formation stratégique. En fait, nous avons presque doublé le nombre de stagiaires depuis que nous avons commencé car nous reconnaissons l'importance des jeunes pour la recherche et pour l'avenir.

En ce qui concerne la seconde partie de votre question, vous avez tout à fait raison: nous ne sommes pas en mesure de financer un nombre important et croissant d'excellentes demandes de subventions. D'ailleurs, j'en avais parlé la dernière fois que j'ai comparu devant votre comité. Un certain nombre de facteurs expliquent cette situation. Entre autres, l'expansion remarquable qu'a connue et que connaît toujours le secteur de la recherche en santé au pays depuis nos débuts. Pratiquement toutes les grandes universités et les hôpitaux d'enseignement construisent de nouveaux laboratoires. La recherche en santé est sans contredit le domaine le plus stimulant du secteur scientifique aujourd'hui, ce qui attire bien des jeunes. Comme notre mandat a été élargi, par rapport à celui de l'ancien Conseil de recherches médicales, cela signifie que nous finançons des domaines de recherche que l'ancien conseil n'aurait jamais financés auparavant. Pour toutes ces raisons, nous ne sommes tout simplement pas en mesure de répondre favorablement à beaucoup de demandes de subventions vraiment exceptionnelles.

L'hon. Carolyn Bennett: D'après ce que nous disent les chercheurs, ils ne possèdent pas l'expertise voulue pour s'attaquer à la commercialisation, ou encore, ils préfèrent s'adonner strictement à la recherche plutôt que d'essayer de trouver des partenaires et des débouchés à des fins de commercialisation. Existe-t-il un guichet unique quelconque pour aider les chercheurs canadiens à apprivoiser la commercialisation? Quelle serait la prochaine étape, à votre avis, pour favoriser l'acheminement de ces découvertes formidables vers le marché?

Dr Alan Bernstein: Vous me posez une question à deux volets et je vais tenter de répondre à chacun d'eux.

Nous n'exigeons pas de partenariats pour la quasi totalité de nos programmes. En fait, nous dénichons nous-mêmes des partenaires. Nous sollicitons par exemple la Fondation de la recherche sur le diabète juvénile Canada, la Fondation des maladies du coeur ou une société pharmaceutique pour qu'ils participent à nos programmes. Voilà ma réponse à la première partie de la question.

La seconde partie portait sur la commercialisation. Il s'agit d'un dossier compliqué qui fait appel à de nombreux acteurs évoluant dans un écosystème complexe. Une foule de paramètres entrent en jeu: le capital de risque, les institutions locales, les locaux nécessaires pour lancer une entreprise, l'expertise en gestion, les capitaux de démarrage, etc.

Au départ, nous nous sommes demandés quel était notre rôle dans cet écosystème très complexe. À mon avis, notre rôle est multiple. Premièrement, financer la recherche — c'est un peu comme injecter du pétrole dans le sol pour qu'il soit logique d'avoir un pipeline — et, deuxièmement, fournir à un stade précoce des capitaux de démarrage pour permettre à certains de ces travaux de recherche d'avoir des débouchés commerciaux intéressants.

Nous avons lancé un nouveau programme dont je n'ai pas parlé dans mon exposé. Il s'agit du programme de démonstration des principes ou PDP. Ce programme a été fort bien accueilli par le milieu de la recherche et par l'industrie, qui l'ont jugé très novateur. Le but de ce programme n'est pas de financer davantage de travaux de recherche mais d'ajouter une valeur à ceux qui sont déjà en cours pour que le chercheur puisse faire des démarches pour trouver un partenaire commercial. Nous n'exigeons pas un partenaire pour le PDP.

À titre d'exemple, je peux vous citer un autre programme que j'ai mentionné. Il s'agit du programme « Des sciences aux affaires », lui aussi très novateur. Nous avons constaté qu'il n'y avait pas suffisamment de gens ici qui étaient à l'aise à la fois dans le

domaine des sciences et des affaires. Ce sont deux filières. Grâce au programme « Des sciences aux affaires », nous prenons de jeunes diplômés de troisième cycle possédant un doctorat en recherche et en sciences et, en partenariat avec des écoles d'administration des affaires au Canada, nous leur permettons d'acquérir une maîtrise en administration des affaires, pourvu que ce soit en biotechnologie. Ce programme a démarré il y a deux ans.

En fait, j'ai rencontré un certain nombre de ces étudiants à la Rotman School, à Toronto, et à la Ivey School, à London, en Ontario. C'est un groupe de jeunes extraordinaires. Je pense qu'à mesure que nous pourrions compter sur un groupe de gens capables de chevaucher les deux mondes, nous aurons fait un grand pas vers la résolution de certains des problèmes d'écosystème auxquels j'ai fait allusion.

● (1645)

L'hon. Carolyn Bennett: Si vous pouviez réaliser vos rêves les plus fous pour l'avenir, quelle serait la prochaine étape pour la recherche en santé au Canada, et quel serait le rôle du gouvernement?

Dr Alan Bernstein: Mis à part l'argent... Nous bâtissons sur nos atouts. Grâce à l'exposé budgétaire et à Avantage Canada, qui a débuté à l'automne...

L'hon. Carolyn Bennett: Au lieu de dire « l'argent mis à part »... Pouvez-vous nous rappeler quel est le montant des deniers publics consacré à la recherche en santé au Canada en comparaison de ce qui se fait aux États-Unis ou ailleurs à l'étranger?

Dr Alan Bernstein: Il n'est pas facile de faire des comparaisons car il existe des programmes différents, etc. Si l'on inclut les chaires de recherche du Canada, les réseaux des centres d'excellence et les coûts indirects, notre budget total s'élève maintenant à près de 900 millions de dollars. Aux États-Unis, le montant total par habitant est environ quatre fois plus élevé qu'au Canada. Mais il faut aussi prendre en compte le fait que notre mandat est beaucoup plus étendu que celui de l'agence correspondante, les National Institutes of Health.

Par conséquent, d'une part nous avons encore beaucoup de chemin à parcourir et d'autre part, nous avons déjà fait beaucoup de chemin. Depuis que les IRSC ont vu le jour, soit depuis sept ans, notre budget a beaucoup augmenté, ce que je trouve assez remarquable. Chose certaine, j'en suis personnellement très reconnaissant et je pense que mon sentiment est partagé par le milieu de la recherche.

En conclusion, je pense que nous sommes sur la bonne voie. Si je pouvais vous donner un conseil, ce serait de tenir le cap. Nous sommes en marche vers l'excellence. D'ailleurs, le Conseil des académies canadiennes a constaté que les sciences de la santé en général représentent un secteur d'une vigueur exceptionnelle. Nous développons nos atouts et je pense que nous le faisons dans un secteur qui tient à coeur aux Canadiens, soit la santé et leur système de soins de santé.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Malo.

[Français]

M. Luc Malo: Merci, monsieur le président.

Merci, monsieur, d'être parmi nous cet après-midi.

Docteur, dans votre présentation, vous nous disiez que le conseil d'administration des Instituts de recherche en santé du Canada débattait actuellement de la meilleure façon d'utiliser les nouveaux fonds alloués dans le budget fédéral. Dois-je comprendre par cette affirmation que ce sont des fonds sur lesquels vous ne comptiez pas, des fonds qui étaient imprévisibles pour vous, et que, puisqu'il y a actuellement un débat, les membres du conseil d'administration n'ont pas de liste de priorités?

[Traduction]

Dr Alan Bernstein: C'est une très bonne question. Je vais essayer d'y répondre.

Nous faisons au moins deux types de planification chaque année. La première englobe évidemment la planification stratégique, les priorités stratégiques. La seconde est la planification budgétaire, soit la planification de nos dépenses pour le prochain exercice.

Compte tenu de notre structure de financement, soit un an à la fois, nous devons supposer, aux fins de notre planification, que notre budget ne sera pas augmenté. Faire autrement serait à mon avis irresponsable. Évidemment, lors des réunions du conseil d'administration, nous discutons aussi de ce que nous ferions advenant que l'on reçoive une petite ou une grosse augmentation de budget. Nous échaufaudons des scénarios selon les diverses augmentations qui pourraient être annoncées à l'occasion de la présentation du budget.

Une fois que nous savons précisément à combien s'élèvera notre budget, nous devons revenir sur notre planification. Avec un chiffre concret en main, ce n'est plus de la gestion du risque que nous faisons, mais nous passons à l'étape de l'élaboration du budget proprement dit. Comme vous pouvez le comprendre, en vous inspirant de votre vie personnelle et professionnelle, lorsque nous avons le chiffre exact — disons 37 millions, en l'occurrence —, nous devons revenir sur la question et décider de quelle façon nous allons dépenser cet argent concrètement.

Oui, nous avons assurément des priorités stratégiques. Ce n'est pas un cadeau que le milieu de la recherche n'attendait pas. Nous l'espérons. Nous en avons désespérément besoin. Et maintenant, il nous revient de décider, de façon responsable, quelle est la meilleure façon selon nous de répartir ces fonds.

• (1650)

[Français]

M. Luc Malo: Êtes-vous maintenant en mesure de faire part au comité de la nature du débat et des conclusions qui pourraient en être tirées?

[Traduction]

Dr Alan Bernstein: Je ne peux vous communiquer les conclusions pour l'instant car nous n'avons pas terminé. Comme cela présumerait de l'issue des discussions du conseil, ce serait déplacé de ma part.

Le débat s'articule autour de plusieurs questions. L'une d'elles consiste à déterminer quelle proportion des fonds il convient d'allouer à nos divers programmes? De façon générale, nos divers programmes organisent ce que nous appelons un concours ouvert pour l'obtention de subventions. Il s'agit des demandes que nous présentent les chercheurs dans un domaine ou l'autre de la recherche en santé.

Le deuxième grand secteur est celui des initiatives stratégiques que nos instituts ont élaborées et continuent d'élaborer avec des partenaires.

Le troisième secteur est celui, très général, des programmes de commercialisation et des programmes d'application des connaissances.

Vous comprendrez qu'il n'y a pas nécessairement de séparation claire entre ces trois domaines. Il y a passablement de chevauchements entre eux.

L'autre considération, indépendamment du programme en cause, est la gestion du risque pour 2008-2009 et les années subséquentes. Une partie importante du travail de mon collègue Jim Roberge est de conseiller le conseil à ce sujet, car à mesure que nous prenons des engagements...

Habituellement, nos engagements de recherche sont pluriannuels. Lorsque nous prenons un engagement, c'est généralement pour une période de trois à cinq ans — en moyenne de quatre ans et demi environ. Si nous vous accordons une subvention à la suite d'une demande de votre part, ce serait pour cinq ans. Et pourtant, nous recevons notre financement une année à la fois seulement. Nous devons constamment limiter les risques.

[Français]

M. Luc Malo: Merci beaucoup, monsieur Bernstein.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Batters.

M. Dave Batters: Merci, monsieur le président.

Je vous remercie, messieurs, de comparaître devant notre comité. Votre contribution est très appréciée.

J'ai trois questions très générales et une quatrième très précise.

Premièrement, les IRSC se concentrent-ils sur la recherche en prévention primaire? Je songe à la prévention primaire des coronaropathies, par exemple. Est-ce un sujet d'intérêt primordial pour les IRSC? En effet, il semble que ce soit dans cette voie que la médecine a progressé ces dernières années.

Dr Alan Bernstein: Je pense pouvoir vous répondre honnêtement que de plus en plus, c'est notre principal sujet d'intérêt. La nature de la science et des préoccupations de la population — il y a là une convergence — font en sorte que nous avons plusieurs occasions de s'attacher à la prévention. Je peux vous en donner quelques exemples.

J'ai fait allusion à deux des projets que nous finançons pour lutter contre l'obésité. Ce sont des projets de prévention primaire. Nous avons beaucoup investi dans des programmes de prévention du tabagisme, et de renoncement au tabac, par exemple. Nous avons en Colombie-Britannique un important programme de santé et de sécurité au travail. Appelé le Bridge Program, il traite de questions de prévention en milieu de travail. À Terre-Neuve, nous avons un programme d'envergure appelé SafetyNet. Les chercheurs travaillent main dans la main avec les acteurs du secteur des pêches pour régler les problèmes de santé et de sécurité en milieu de travail.

M. Dave Batters: Vous convenez donc que les efforts de prévention primaire sont sans doute le meilleur moyen de contenir les coûts de notre système de soins de santé, en dernière analyse?

Dr Alan Bernstein: Une once de prévention.

M. Dave Batters: Absolument, une once de prévention.

Deuxième question: Faites-vous des recherches fouillées pour chiffrer le coût de la prévention primaire par rapport au coût de la prévention secondaire? Dans votre déclaration liminaire, vous avez évoqué le coût de l'angioplastie, par exemple, par opposition au coût de la prévention primaire. C'est évidemment un corollaire à ma première question. Faites-vous des recherches sérieuses pour déterminer les différences de coûts entre la prévention primaire et secondaire?

Dr Alan Bernstein: Encore une fois, c'est une excellente question. Il s'agit là d'un nouveau domaine de recherche pour nous, puisque notre mandat a été élargi par rapport à celui de l'ancien Conseil de recherches médicales. Nous avons donc étoffé ce domaine de recherche, tant pour ce qui est de l'économie de la santé que des systèmes de soins de santé en général, et les questions de coût sont évidemment un sujet de préoccupation majeure dans ce domaine.

Par conséquent, la réponse est oui, mais c'est loin de se faire à un niveau que je juge suffisant pour un pays de la taille du nôtre.

M. Dave Batters: Vous n'avez peut-être pas la réponse à cette question très générale. À votre avis — et j'accepterais volontiers l'opinion de quiconque souhaite répondre — étant donné que vous n'avez peut-être pas pu approfondir la question autant que vous l'auriez souhaité, vos travaux montrent-ils que les produits pharmaceutiques d'ordonnance, de façon générale, représentent un coût net ou une économie nette pour le système canadien des soins de santé?

• (1655)

Dr Alan Bernstein: C'est une question extrêmement complexe...

M. Dave Batters: Extrêmement complexe et piégée, mais d'un point de vue médical, c'est une question fondamentale. Nous venons tout juste de parler de la valeur de la prévention primaire pour le système. Les produits pharmaceutiques d'ordonnance: coût net ou économie nette?

Dr Alan Bernstein: Premièrement, à mes yeux, ce n'est pas l'un ou l'autre; et deuxièmement, il n'existe pas de réponse unique car tout dépend de la maladie dont on parle. Par exemple, on peut parler de la prévention primaire du cancer du sein. On est loin de la prévention primaire du cancer du sein. Dans l'intervalle, les femmes atteintes du cancer du sein veulent un médicament.

M. Dave Batters: D'accord, je comprends. Et dans ce contexte, j'avoue que dans certaines circonstances, on considérerait que les médicaments s'inscrivent dans la prévention primaire. Dans d'autres cas, ils s'inscrivent dans la prévention secondaire. Par exemple, les médicaments anti-hypertenseurs qui préviennent les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux, relèvent de la prévention primaire.

L'hon. Carolyn Bennett: Non, c'est de la prévention secondaire.

M. Dave Batters: Quoi qu'il en soit, voici ma dernière question: vous venez de recevoir 37 millions de plus dans le budget de cette année. La Fondation de la recherche sur le diabète juvénile n'a pas reçu d'argent dans le budget, mais je sais que ses dirigeants ont l'intention de rencontrer leurs homologues des IRSC pour obtenir des capitaux de démarrage pour les aider dans leur recherche d'une guérison pour le diabète juvénile. Étant donné que le Canada est un chef de file mondial dans la recherche sur le diabète, les IRSC sont-ils disposés à envisager sérieusement un investissement dans ce domaine ou une association avec la FRDJ?

Dr Alan Bernstein: J'ai déjà rencontré le directeur exécutif de la FRDJ, et nous avons de nombreux partenariats avec cet organisme.

En fait, comme vous le savez sans doute, le protocole d'Edmonton, qui jouit d'une réputation internationale, a été élaboré par des scientifiques d'Edmonton dont les travaux avaient été financés conjointement par la FRDJ et d'autres intervenants — les IRSC, le Fonds du patrimoine de l'Alberta —, ce qui illustre le bien-fondé des partenariats pour financer des travaux scientifiques remarquables.

M. Dave Batters: Mais la fondation est à la recherche de fonds supplémentaires. Elle espérait recevoir un million du gouvernement du Canada. Étant donné que les IRSC ont reçu une forte somme d'argent, envisagez-vous sérieusement d'unir vos efforts à ceux de la FRDJ pour trouver une guérison, monsieur?

Dr Alan Bernstein: La réponse est oui, mais il faut préciser que nous ne donnons pas d'argent à des organisations; nous finançons la recherche. Par conséquent, je ne donnerai pas d'argent à la FRDJ, mais ce que je ferai et ce dont nous discutons — et nous faisons cela avec des centaines de partenaires, y compris la FRDJ —, c'est élaborer un programme de recherche conjoint qui réponde à nos intérêts mutuels. Ensuite, nous lancerons un appel de propositions dans le milieu de la recherche et, ensemble, nous en assurerons le financement.

M. Dave Batters: Je suis sûr que cela sera une très bonne nouvelle.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci beaucoup.

Madame Priddy.

Mme Penny Priddy: Merci, monsieur le président.

Si je ne m'abuse, il y a environ un an, les IRSC ont fait l'objet d'une évaluation externe qui a donné lieu à un certain nombre de recommandations. Pourriez-vous commenter les trois principales, ou, s'il est difficile de faire un choix, celles que vous vous attachez présentement à concrétiser?

Dr Alan Bernstein: D'accord. Sans ordre particulier, j'essaie de réfléchir à ce qui serait le plus important pour moi et pour donner suite au rapport du groupe d'étude internationale.

Tout d'abord, on a recommandé davantage de clarté au niveau de la gouvernance. Qui prend les décisions en matière de financement? Est-ce un conseil d'administration? La décision est-elle prise par l'ensemble des directeurs scientifiques?

Nous avons accepté cette recommandation sur la clarté. Nous avons déjà réorganisé la structure des comités qui relèvent du conseil d'administration. Nous avons créé un nouveau comité appelé le comité de la recherche et de l'application des connaissances, où seront prises les décisions ultimes en matière de financement et d'octroi des subventions, après que le conseil d'administration aura pris ses décisions quant à la répartition de l'enveloppe.

On a également recommandé que le conseil délègue aux gestionnaires la ligne de démarcation entre la gouvernance et les décisions de gestion, de manière que le conseil devienne davantage une instance de gouvernance. Le conseil se réunit pendant l'été pour en discuter et il l'a déjà accepté et nous allons de l'avant. Je trouve que c'est une recommandation très importante.

Sur ces deux points, j'ajoute qu'il faut tenir compte du contexte historique. Comme c'était une nouvelle organisation, le conseil d'administration s'occupait de tous les détails dans les premières années, ce qui n'est pas étonnant, pour s'assurer que cette importante nouvelle organisation s'orientait dans la bonne voie.

Donc, le groupe d'étude internationale a dit que tout allait bien. Le temps est venu pour le conseil de déléguer davantage aux gestionnaires. Voilà donc deux recommandations.

Au sujet de l'examen par les pairs, le groupe d'étude a également recommandé qu'on réexamine notre manière de procéder à cet égard. L'examen par les pairs consiste à réunir autour d'une même table d'autres scientifiques qui examinent les subventions qui sont accordées.

C'est un problème qui se pose partout dans le monde. C'est particulièrement important pour nous parce que nous avons insisté sur l'importance de la recherche axée sur les résultats, et nous avons mis l'accent sur la recherche multidisciplinaire et l'application des connaissances, et tout cela est plus complexe à examiner. Nous avons donc constitué un comité de planification et d'examen par les pairs qui va se pencher sur la question et revoir la manière dont nous faisons l'examen par les pairs dans notre pays.

• (1700)

Mme Penny Priddy: Merci.

Avez-vous un plan d'évaluation selon lequel vous visez un certain résultat à une certaine date sur ces trois points? Si le comité vous réinvitait et vous demandait où vous en êtes dans ces dossiers, pourriez-vous nous faire rapport dans 12 mois? Je ne dis pas que vous n'avez pas de plan; je veux seulement m'en assurer.

Dr Alan Bernstein: Oui.

Mme Penny Priddy: Merci.

Puis-je poser plus d'une question?

Le président: Oui, vous pouvez poursuivre.

Mme Penny Priddy: La question posée tout à l'heure portait sur la prévention primaire, domaine qui, je crois, est en pleine croissance partout dans la communauté de la santé.

Dans le domaine de la santé de la population, pouvez-vous nous dire si, à votre avis, on accordera davantage d'attention à ce domaine?

Dr Alan Bernstein: La santé de la population, comme la recherche sur les services de santé, est en fait l'un des quatre piliers des IRSC; c'est d'ailleurs indiqué dans la loi habilitante adoptée par le Parlement.

Mme Penny Priddy: C'est toutefois le pilier le plus mince, n'est-ce pas?

Dr Alan Bernstein: Tout dépend de la façon de le mesurer. Nous avons un Institut de la santé publique et des populations dirigé par John Frank. En fait, le Dr Frank rencontre justement en ce moment même le Comité sénatorial de la santé présidé par le sénateur Keon pour discuter de questions de santé publique.

Le domaine de la santé publique et de la santé de la population est donc en pleine croissance. Pendant longtemps, c'était une communauté très restreinte dans notre pays, et l'on ne peut donc pas lancer tout à coup une initiative dans ce domaine à moins de pouvoir compter sur des personnes compétentes. Or cela ne se trouve pas du jour au lendemain. Il faut former les gens et ceux-ci doivent avoir des postes auxquels ils peuvent aspirer.

Nous nous en occupons activement. Le Dr Frank a créé des centres d'excellence en santé publique et de la population d'un bout à l'autre du Canada et nous les finançons. Il y a des initiatives de formation dans ce domaine, etc.

De plus, même si l'augmentation est minime en chiffres absolus, j'en conviens, il n'en demeure pas moins que le budget de la santé

publique et de la population a été multiplié par 16 depuis sept ans. C'est quand même considérable. En chiffres absolus, le montant demeure minime, mais je pense que cela reflète bien la taille toujours restreinte mais en pleine croissance de cette communauté.

Mme Penny Priddy: Pourrais-je poser une question supplémentaire? Elle est assez facile.

Le président: D'accord. Votre temps est écoulé, mais allez-y, très rapidement.

Mme Penny Priddy: Merci.

Fraser Mustard et d'autres intervenants me disent que c'est en partie parce que nous ne faisons pas de formation, qu'il n'y a pas assez de gens qui choisissent de se lancer dans ce domaine, que c'est pour cela que nous avons une communauté plus restreinte.

Vous pouvez seulement répondre par oui ou par non. Collaborez-vous avec les universités en vue d'encourager les gens à se lancer dans cette discipline?

Dr Alan Bernstein: Oui, nous le faisons. Comme je l'ai dit tout à l'heure, nous avons doublé le montant consacré à la formation dans l'ensemble. L'institut du Dr Frank a créé ces centres qui visent en fait à renforcer la capacité en matière de santé publique et de la population. De plus, chaque année, cet institut organise une conférence d'été sur la santé publique et de la population, encore une fois pour tenter de renforcer la capacité dans ce domaine.

Le Dr Frank fait vraiment du prosélytisme pour mousser l'importance de la santé publique et de la population. Je pense qu'il fait de l'excellent travail dans ce domaine. En fait, je vous suggère de l'inviter à témoigner devant le comité pour vous entretenir de ses activités.

Par ailleurs, j'ai fait allusion à l'obésité et je pense que c'est l'un des points forts des IRSC, ce volet étant dirigé par notre Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète. Mais comme le montre notre rapport, vous comprendrez que l'obésité est en grande partie un problème de santé publique et de la population. Donc, même si c'est notre institut du diabète qui est chef de file, ce dossier met en cause tous les intervenants, depuis les cliniciens jusqu'aux chercheurs en santé publique.

• (1705)

Mme Penny Priddy: Merci.

Merci pour votre patience, monsieur le président.

Le président: Merci beaucoup.

Madame Davidson.

Mme Patricia Davidson: Merci, monsieur le président.

J'ai deux brèves questions.

Vous envisagez une augmentation des dépenses de près de 36 millions de dollars, je crois — est-ce exact? — dont une grande partie sera consacrée aux subventions et bourses.

Dans votre exposé, vous avez parlé de la recherche sur la maladie de Fabry. Est-ce que 11,6 millions de dollars seront consacrés à cette recherche?

Dr Alan Bernstein: Oui.

Mme Patricia Davidson: Bien. A-t-on déjà investi de l'argent dans cette recherche, ou bien est-ce une toute nouvelle étude?

Dr Alan Bernstein: C'est une nouvelle étude. La grande majorité des fonds servira en fait à acheter le médicament qui est mis à l'essai en l'occurrence. C'est de l'argent qui nous a été accordé par l'entremise de Santé Canada pour cette étude, qui est menée en partenariat avec le Fonds de la recherche en santé du Québec, notre programme homologué au Québec.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité de ce médicament pour les enfants qui souffrent de la maladie de Fabry.

Mme Patricia Davidson: Cette étude portera donc seulement sur les enfants, ou bien sur les adultes aussi?

Dr Alan Bernstein: Je dois vérifier. Je pense que ce sont surtout des enfants, mais je n'en suis pas certain. Je pourrais vous donner des précisions plus tard, si vous le souhaitez.

Mme Patricia Davidson: Très bien, je vous saurais gré de me faire parvenir les renseignements dont vous disposez là-dessus. Il se trouve qu'un jeune homme de ma circonscription souffre de cette maladie et qu'il fait des démarches depuis des années pour essayer d'obtenir de l'aide financière pour absorber le coût très élevé de ce médicament.

Dr Alan Bernstein: Absolument.

Mme Patricia Davidson: Par ailleurs, je constate que, dans le budget des dépenses, il est question du coûteux programme de médicaments. Pourriez-vous m'en dire quelques mots? Je ne me rappelle pas que vous en ayez parlé dans...

Dr Alan Bernstein: Excusez-moi, mais je ne sais pas très bien à quoi vous faites allusion.

Mme Patricia Davidson: C'est dans le budget des dépenses principal. On y fait mention de la maladie de Fabry et des médicaments coûteux. Mais c'est peut-être la même chose, n'est-ce pas?

Dr Alan Bernstein: Oui, c'est la même chose.

Mme Patricia Davidson: Très bien, merci.

Je n'ai pas d'autres questions.

Le président: Merci beaucoup.

Nous avons une dernière intervenante, Bonnie Brown.

Mme Bonnie Brown: Merci, monsieur le président.

Je vous souhaite la bienvenue, docteur Bernstein.

Dans vos quatre principaux secteurs de recherche, où cadreraient des projets portant à la fois sur l'environnement et la santé? Est-ce prévu quelque part?

Dr Alan Bernstein: C'est une bonne question. Quand le Parlement a créé ces quatre piliers, je pense que c'était en partie arbitraire. Idéalement, j'aime à croire que beaucoup de nos activités ne correspondent pas exactement à l'un ou l'autre de ces quatre piliers. En fait, cela me plaît et je pense que l'environnement et la santé en est un bon exemple. Nous n'avons pas non plus un institut de l'environnement ou de la santé, mais nous avons par contre un institut qui s'occupe de la recherche sur le cancer. Nous avons un institut de la santé publique et des populations. Ainsi, des dossiers comme celui de l'environnement et de la santé et d'autres grandes activités, comme l'initiative de recherche clinique que nous élaborons en ce moment, la recherche sur la santé dans le monde, sont des initiatives qui transcendent ces quatre piliers et qui transcendent aussi nos instituts. L'un de nos 13 instituts se fait le champion de chacune de ces activités, mais celles-ci ne correspondent pas nécessairement à un seul institut.

Donc, beaucoup de dossiers mettant en cause l'environnement et la santé sont des questions touchant la santé publique et des populations. Ce sont parfois des questions biomédicales, ou des questions cliniques, ou encore des questions de santé publique.

Mme Bonnie Brown: Avez-vous une idée du nombre de projets qui ont été financés l'année dernière et que l'on pourrait raisonnablement classer dans cette catégorie? Autrement dit, les chercheurs ne font pas nécessairement la chasse aux causes du cancer, comme l'a dit Wendy Mesley, mais ils cherchent à trouver les rapports entre diverses maladies et l'environnement dans lequel nous vivons.

Dr Alan Bernstein: Je ne connais pas ce chiffre par coeur, madame Brown. Je devrai vérifier et vous répondre plus tard, si vous le voulez bien.

Je dois par ailleurs signaler, comme le Dr Chartrand vient de me le rappeler, que nous avons actuellement des discussions très animées avec le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie et le Conseil de recherches en sciences humaines pour examiner de concert des questions d'environnement et de santé qui touchent les trois conseils, parce qu'encore une fois, bon nombre de ces questions ne correspondent même pas étroitement au domaine de la santé. Elles débordent dans les sciences naturelles ou les sciences humaines.

● (1710)

Mme Bonnie Brown: Je comprends, oui. Cela met en cause le comportement et tout le reste.

Nous savons que le gouvernement cherche à économiser un milliard de dollars en 2006-2007 et la même somme en 2007-2008. Les IRSC ont-ils été visés par l'exercice de réduction des dépenses en 2006? Autrement dit, on a demandé à la santé d'économiser 62,4 millions de dollars. A-t-on demandé aux IRSC d'économiser un montant précis au cours de l'année qui s'achève et de l'année suivante?

Dr Alan Bernstein: Je vais laisser mon collègue M. Roberge répondre à cette question.

M. James Roberge (chef des services financiers, Instituts de recherche en santé du Canada): Les économies de 62,4 millions de dollars englobent la totalité du portefeuille de la santé, dont nous faisons bien sûr partie. Le sous-ministre de la Santé, au nom du ministre, crée un groupe de travail chargé d'examiner quelles économies peuvent être réalisées.

On mettra l'accent sur les programmes et services intégrés dans l'ensemble du portefeuille de la santé. Aucun objectif ou montant précis n'a été établi pour les IRSC ou toute autre composante du portefeuille pour l'instant.

Mme Bonnie Brown: Donc, même si nous touchons presque à la fin de l'année financière 2006-2007 et que l'on s'est engagé à économiser 62,4 millions de dollars en santé, on n'a demandé à personne de trouver ces économies, sinon un groupe de travail. Dans ce cas, comment pourriez-vous afficher des économies à la fin de l'année financière, dans deux ou trois semaines?

M. James Roberge: Je ne peux pas répondre à cela, sauf en disant qu'il n'y a eu aucune réduction pour les IRSC. Je peux donc seulement supposer que les économies ont été faites dans d'autres éléments du portefeuille, présumément à Santé Canada, mais je ne le sais pas avec certitude.

Mme Bonnie Brown: Si aucun plan n'a été fait, sinon de créer un groupe de travail à Santé Canada, pourrait-on en conclure que l'on va demander à la santé de couper le double de ce montant en 2007-2008? Je ne m'attends pas à ce que vous connaissiez la réponse à cette question, mais il me semble étrange qu'on ait annoncé une réduction de un milliard de dollars du budget, dont 62,4 millions pour la santé, et qu'en mars, à la fin de l'année financière, nous n'ayons rien d'autre qu'un groupe de travail.

Cela ne vous semble-t-il pas étrange, monsieur le président?

Le président: Je vous dirai que vous posez la question aux mauvais intervenants. Je crois que le ministre va venir témoigner...

La greffière du comité (Mme Carmen DePape): Ce sera le 16 mai.

Le président: ... le 16 mai, et il conviendrait que vous posiez la question à ce moment-là, parce que je ne pense pas que vous obtiendrez les réponses voulues ici.

Mme Bonnie Brown: Je n'ai qu'une dernière brève question qui s'adresse au Dr Bernstein.

Je suis contente que vous ayez fait allusion au fait que vous commencez à travailler de concert avec les conseils subventionnaires des sciences sociales et tout le reste. Les toxicomanies ne relèvent-elles pas de l'ensemble du spectre des activités? Je sais que le Dr Quirion, que vous avez nommé dans votre exposé, s'intéresse beaucoup à ce domaine. S'occupe-t-il de ce dossier actuellement? Dirige-t-il cet institut?

Dr Alan Bernstein: Il dirige cet institut.

Je voudrais rappeler aux membres du comité que l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies est vraiment unique au monde en ce sens qu'il réunit des neuroscientifiques qui travaillent en laboratoire et des gens qui font de la recherche en santé mentale, y compris sur les toxicomanies.

Aux États-Unis, ce domaine est partagé entre quatre instituts différents faisant partie des National Institutes of Health. Je pense

que notre décision d'établir cette structure en 2000 était fondée sur une prédiction qui s'est avérée, à savoir qu'en bout de ligne, tout cela convergera vers une seule science, si l'on peut dire. Nous sommes donc tout à fait déterminés dans ce domaine.

Par exemple, notre initiative de prévention du tabagisme est dirigée par cet institut, et non pas par l'Institut de la recherche sur le cancer, parce que nous reconnaissons qu'il s'agit d'un problème de toxicomanie. Ce n'est qu'un exemple.

Le président: Allez-y.

Mme Bonnie Brown: J'avais une autre question, mais je l'ai oubliée.

• (1715)

Le président: Elle ne devait donc pas être trop importante.

Mme Bonnie Brown: Je voudrais seulement dire que de tous les chercheurs en santé que j'ai rencontrés, le Dr Quirion et sa manière d'embrasser l'ensemble du problème m'ont semblé extraordinairement inspirants. Je veux donc m'assurer que lui-même et ses collaborateurs obtiennent suffisamment d'argent pour leurs travaux, parce qu'ils sont super importants.

Dr Alan Bernstein: Je veux moi aussi m'assurer que ce soit le cas.

Le président: Au nom du comité, je tiens à vous remercier d'être venus. Nous vous souhaitons le meilleur succès dans l'utilisation de ces 37 millions de dollars, de manière à en faire bénéficier dans toute la mesure du possible tous les Canadiens. Le Canada peut être fier de vous et des recherches que vous menez et de la manière dont vous avez dirigé cette institution. Nous tenons à vous féliciter et à vous remercier d'être venus et de nous avoir fait part aujourd'hui de votre point de vue sur le budget des dépenses.

Je remercie les membres du comité.

La séance est levée.

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

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

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:

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

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.