

Le ministre dit que l'industrie saura se défendre. Il n'est pas en faveur d'un tribunal industriel qui étudierait la question. Il consentirait à ce qu'un tribunal de la Direction des aliments et drogues examine. Il déclare que si la question devait être déferée à un tribunal, il n'insérerait pas de disposition à cette fin dans la loi. Autrement dit, le commissaire des brevets enverrait à la Direction des aliments et drogues une note qui pourrait y rester oubliée.

Rien d'obligatoire dans tout cela. Et pourquoi pas? Le ministre a dit qu'il allait y réfléchir après une bonne nuit de sommeil. Peut-être dort-il encore, car de réponse, point. Moi, je ne dors pas; j'y ai réfléchi. Je me suis dit: Pourquoi diable le ministre ne veut-il pas céder sur ce point, puisque, de son propre aveu, la chose est imminente? Est-ce arrogance? Ou entêtement? Je ne peux me représenter le ministre arrogant ou entêté, mais il a dit que la nuit porte conseil, et elle ne lui a pas soufflé de réponse.

J'ai encore quelques points à soulever, monsieur l'Orateur. Celui qui nous touche davantage, celui qui présente, à nos yeux, les plus grands dangers, c'est simplement l'équivalence des médicaments sur le plan thérapeutique. Le projet de loi n'en parle pas. On nous a lu bien des citations à ce sujet au cours du débat. Nous avons entendu dire ceci, ou cela, ou Dieu sait quoi encore. Toutes ces citations étaient intéressantes. J'aimerais verser au compte rendu la déclaration du D^r Goddard à ce sujet. Des membres du NPJ l'ont cité hier soir. Alors qu'il s'adressait à l'American College of Clinical Pharmacology à Atlantic City (New Jersey), il avait déclaré:

La pharmacopée et le Codex national des États-Unis ne prévoient aucun test biologique nous permettant d'établir si un certain dosage d'un médicament quelconque aura l'action prévue sur l'organisme.

La Direction des aliments et drogues nous a répété, seriné, qu'elle savait ce qu'elle faisait. Le ministre nous a affirmé qu'on savait où on allait et que les tests cliniques étaient possibles. Le D^r Goddard, commissaire du Food and Drug Directorate, dont nous utilisons sans cesse les formules a aussi déclaré dans ce discours qu'aucun test clinique d'un dosage donné ne peut indiquer l'effet sur l'organisme. Il a ajouté:

Cette omission n'a pas été faite à dessein. Jusqu'à tout récemment, on ne jugeait même pas la chose nécessaire.

Nous ne pouvons pas berner la population à ce sujet. Pourquoi ne pas avouer honnêtement qu'il y a un danger, en l'occurrence? Le D^r Goddard a continué en ces termes:

Il y a deux raisons, croyons-nous, pour expliquer cet état de bienheureuse ignorance dans lequel

nous nous trouvons tous—je le répète, tous—jusqu'ici. Tout d'abord, on avait cru que divers spécimens d'une forme posologique renfermant la même concentration du même ingrédient actif réagiraient de la même façon...

C'est faux. Puis, le D^r Goddard a déclaré:

Il est juste de signaler, je crois, que la plupart de ceux d'entre nous qui font du travail clinique savent qu'une telle hypothèse s'applique à de nombreux médicaments, mais pas à tous.

Étant donné l'activité vigoureuse que vous poursuivez, vous et vos collègues, en pharmacologie et chimiothérapie clinique, étant donné également le grand nombre présumé de points de contrôle dans notre régime de distribution des médicaments, j'avoue être grandement déçu.

● (3.30 p.m.)

Voilà le danger qui menace le ministre. L'allocation se poursuit ainsi:

Je suis profondément inquiet de notre situation à l'heure actuelle.

Je saisis cette occasion, j'emploie cette formule spéciale, pour vous exprimer mes craintes et, par votre intermédiaire, les exprimer à tous nos collègues médecins.

Quels sont, alors, les éléments de cette question qui doivent être examinés minutieusement sans tarder? Nous savons que des produits pharmaceutiques différents, qui sont génériquement équivalents, ont réagi dans l'être vivant de façon différente. Dans quelle proportion ce phénomène s'est-il produit? Combien de catégories de produits pharmaceutiques différents sont en cause? Quelle est la gravité de ce phénomène dans le domaine de la santé publique? Et que se propose de faire la FDA à ce sujet?

M. Schreyer: Le député me permettrait-il de lui poser une question?

M. Rynard: Volontiers, avec la permission de M. l'Orateur.

M. Schreyer: Même en admettant que le bill n'est peut-être pas assez précis sur la question d'équivalence clinique, ne conviendrait-il pas que les effets de deux médicaments de même genre et de même équivalence clinique pourraient varier selon la réceptivité du malade?

M. Rynard: Si l'équivalence clinique est la même dans les deux médicaments, ceux-ci réagiraient exactement de la même manière sur la même personne.

L'auteur continue ainsi:

La science a accumulé un très grand nombre d'informations observables au sujet des drogues depuis plus de 100 ans. Plus récemment, nous avons cherché au moyen de lois judiciaires, des mesures raisonnables et de solides connaissances, à documenter ces informations, surtout en ce qui a trait à l'innocuité et à l'efficacité. Mais notre documentation est loin de répondre à nos besoins.

Telle est la situation. On nous a fait croire au comité qu'on avait les réponses—qu'on pouvait vérifier un produit et en déterminer l'équivalence thérapeutique. L'auteur nous indique ensuite quelles nouvelles données