



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 022 • 2^e SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 10 avril 2008

Présidente

Mme Joy Smith

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 jeudi 10 avril 2008

•(1110)

[Traduction]

Le vice-président (M. Lui Temelkovski (Oak Ridges—Markham, Lib.)): La séance est ouverte.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le comité poursuit son étude de la surveillance post-commercialisation des produits pharmaceutiques.

Nous entendons un certain nombre de témoins aujourd'hui. Nous recevons la vérificatrice générale, Sheila Fraser, et Neil Maxwell, du Bureau du vérificateur général du Canada. Nous avons aussi avec nous Jennifer Stoddart, commissaire à la protection de la vie privée, et Patricia Kosseim, avocate générale du Commissariat à la protection de la vie privée du Canada. Nous accueillons enfin des représentants d'InfoRoute Santé du Canada, Richard Alvarez, président et chef de la direction, et Mike Sheridan, chef de l'exploitation. Bienvenue.

Nous savons tous, je crois, que chaque groupe dispose de 10 minutes pour faire une déclaration et que la période de questions suivra.

Nous allons commencer avec Mme Fraser.

Mme Sheila Fraser (vérificatrice générale du Canada, Bureau du vérificateur général du Canada): Merci, monsieur le président.

Nous vous remercions de nous avoir invités à participer à votre étude sur la surveillance post-commercialisation des produits pharmaceutiques. Comme vous l'avez mentionné, Neil Maxwell, vérificateur général adjoint, m'accompagne aujourd'hui. Je crois que certaines constatations de nos rapports précédents sur les activités de réglementation et de surveillance post-commercialisation de Santé Canada seraient utiles pour l'étude menée par le comité.

Je vais aujourd'hui passer en revue certaines constatations sur le programme des médicaments que nous avons faites en 2006 dans le chapitre intitulé *L'affectation des fonds aux programmes de réglementation - Santé Canada*. J'aurai aussi le plaisir de vous parler de deux autres vérifications au cours desquelles nous avons examiné des programmes semblables à ceux sur les produits pharmaceutiques. Nous avons présenté les résultats de ces vérifications en 2004, dans notre chapitre sur la réglementation des matériels médicaux, et en 2000 dans notre chapitre sur le régime de réglementation des produits biologiques.

[Français]

Tout d'abord, commençons par notre chapitre de 2006 sur l'affectation des fonds aux programmes de réglementation. Lors de cette vérification, nous avons examiné des questions liées à l'affectation des ressources financières à trois programmes de réglementation.

Ces programmes portaient sur la sécurité et l'utilisation des produits de consommation, des appareils médicaux et des produits pharmaceutiques, sujet qui vous intéresse davantage aujourd'hui. Il

est important de noter que la vérification portait sur l'affectation des ressources financières et sur la mesure dans laquelle cela a eu un effet sur la capacité du ministère de s'acquitter de ses responsabilités en matière de réglementation.

Nous n'avons pas examiné les autres aspects des produits pharmaceutiques, comme les activités du ministère après la commercialisation des produits. Nous avons conclu que Santé Canada ne savait pas s'il s'acquittait pleinement de ses responsabilités en matière de réglementation pour le Programme des médicaments.

Premièrement, Santé Canada devait établir les activités à mettre en œuvre pour s'acquitter de ses responsabilités en matière de réglementation. Les gestionnaires de programme ont indiqué que certaines activités essentielles de vérification relatives à la conformité et à l'application de la loi étaient insuffisantes. Cela pourrait avoir des conséquences pour la santé et la sécurité des Canadiens, par exemple les exposer à des produits non sécuritaires, inefficaces ou dangereux.

Deuxièmement, nous avons constaté que Santé Canada devait établir des objectifs de rendement pour ses activités.

Troisièmement, Santé Canada devait établir le niveau des ressources financières requises pour mener les activités nécessaires afin d'assumer ses responsabilités en matière de réglementation. Nous avons constaté que les exigences des programmes de réglementation augmentaient tandis que le financement demeurait stable. Il était donc difficile pour les gestionnaires de programme de s'acquitter pleinement des responsabilités du ministère en matière de réglementation. Même si le financement est demeuré constant, le financement de base du Programme des médicaments a diminué de 32 p. 100 en trois ans, si l'on tient compte de toutes les sources de financement.

De plus, la majeure partie des fonds supplémentaires que Santé Canada a reçus a été affectée aux activités avant la commercialisation des produits, et les fonds qui étaient destinés au Programme des médicaments ont servi à d'autres programmes. Le tableau que nous avons distribué donne plus de précisions à ce sujet.

•(1115)

[Traduction]

Dans ses réponses à nos recommandations, Santé Canada a déclaré qu'il comptait, entre autres, améliorer le processus de planification opérationnelle; examiner le financement, y compris le financement de base alloué aux programmes de réglementation; travailler à l'élaboration d'une stratégie et d'un régime pour le recouvrement des coûts, y compris celle d'un modèle de coûts complets; mettre en place un cadre de gestion budgétaire comprenant des lignes directrices au sujet de l'allocation des ressources et du suivi des décisions du Conseil du Trésor; et améliorer la mesure du rendement.

Santé Canada a aussi promis d'effectuer des examens complets pour établir des données de référence pour les programmes en précisant le niveau d'activités requis que les responsables des programmes doivent mettre en oeuvre; établir des objectifs de rendement pour ces activités, et préciser les ressources requises pour faire ce travail.

Santé Canada a promis d'apporter ces changements au plus tard le 31 mars 2008. Le ministère doit soumettre son prochain rapport d'étape à la fin d'avril. Le comité voudra peut-être examiner les progrès réalisés, surtout dans le cadre de l'étude de référence sur les produits pharmaceutiques.

Les deux autres vérifications portaient sur des programmes semblables aux produits pharmaceutiques. Nous avons fait des constatations semblables au sujet des activités après la commercialisation. Veuillez prendre note que ces vérifications sont plus anciennes et que nous n'avons pas effectué de vérifications récentes pour établir si les problèmes que nous avons relevés ont été corrigés.

[Français]

Les activités après la commercialisation des produits posaient un problème lors de notre vérification de 2004 portant sur les matériels médicaux. Nous avons constaté que Santé Canada n'effectuait pas d'inspections après la commercialisation des produits et ne savait pas dans quelle mesure les règlements étaient respectés.

Le ministère a obligé les fabricants à signaler les événements indésirables graves, mais n'a pas fait grand-chose pour augmenter le nombre et la qualité des rapports reçus des professionnels de la santé. Le taux d'incidents déclarés au Canada était beaucoup moins élevé qu'aux États-Unis et au Royaume-Uni. De plus, il existait des faiblesses dans l'analyse et l'interprétation de l'information sur les événements indésirables et il n'y avait pas de système proactif pour déceler des tendances qui pourraient révéler l'existence d'un risque grave pour la santé.

Nous avons aussi remarqué que Santé Canada n'a jamais préparé de plan de communication ou de stratégie pour les matériels médicaux, afin de s'assurer que les Canadiens sont pleinement informés des risques.

En plus de recommander à Santé Canada de corriger ces faiblesses au niveau des activités après la commercialisation, nous lui avons recommandé, en raison des faiblesses constatées aussi dans les activités avant et après la commercialisation, de faire un choix: soit d'affecter des ressources financières et humaines suffisantes pour mettre en œuvre le programme tel qu'il est conçu, soit de modifier le programme et les règlements de manière à pouvoir gérer les risques pour la santé et la sécurité d'une façon nécessitant moins de ressources.

[Traduction]

Enfin, lors de notre vérification de 2000 sur le régime de réglementation des produits biologiques, nous avons constaté que Santé Canada avait de la difficulté à gérer la charge de travail des activités avant et après la commercialisation. Les représentants du ministère avaient indiqué qu'il était difficile de doter les postes. Nous avons recommandé au ministère de mettre sur pied des bases de données suffisantes pour pouvoir traiter, analyser et diffuser adéquatement l'information sur les réactions et les effets indésirables des produits biologiques.

Comme vous le constaterez dans ces trois chapitres, nous avons depuis plusieurs années déjà des inquiétudes au sujet de l'affectation des ressources et de la surveillance des produits après leur commercialisation. Il semble que le ministère a mis l'accent sur les

activités avant la commercialisation au détriment des activités après la commercialisation.

Comme vous le savez, je ne peux faire de commentaire sur la politique adoptée, mais je trouve encourageant que certains des problèmes que nous avons soulevés dans nos rapports, comme les problèmes de surveillance après la commercialisation et la sous-déclaration des événements indésirables, sont inclus dans le *Plan de renouveau: Transformer l'approche de la réglementation des produits de santé et des aliments au Canada*.

Je profite de l'occasion pour informer le comité sur d'autres travaux que nous effectuons. Notre rapport qui sera déposé le 6 mai contiendra un chapitre sur la surveillance des maladies infectieuses. Nous serions heureux d'en discuter avec le comité après le dépôt du rapport.

Nous commençons aussi une vérification sur les dossiers de santé électroniques. Nous prévoyons fournir ce rapport au Parlement à l'automne 2009. Plusieurs vérificateurs généraux des provinces effectuent en même temps des vérifications sur le même sujet, ce qui nous permettra d'avoir un tableau complet de la mise en œuvre des dossiers de santé électroniques au Canada.

Enfin, nous commencerons d'ici peu à préparer un plan de vérification pour les cinq prochaines années. Nous serions heureux d'en discuter avec vous à une date ultérieure.

J'espère que nos commentaires d'aujourd'hui vous aideront dans votre étude sur la surveillance post-commercialisation des produits pharmaceutiques. J'ai hâte de lire le rapport du comité et la réponse du gouvernement.

Monsieur le président, je termine ainsi ma déclaration préliminaire. Nous serons heureux de répondre aux questions des membres du comité.

Je vous remercie.

• (1120)

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup et merci d'avoir respecté la limite de temps. On dirait que vous avez déjà cela auparavant.

Nous allons poursuivre avec Mme Stoddart.

Mme Jennifer Stoddart (commissaire à la protection de la vie privée, Commissariat à la protection de la vie privée du Canada): Merci beaucoup, monsieur le président.

[Français]

Je suis très heureuse de comparaître devant ce comité, qui étudiera la surveillance après-vente des produits pharmaceutiques et la protection de la vie privée. Je suis accompagnée par M^{ce} Patricia Kosseim, avocate générale, qui est spécialiste en droit de la santé.

Vous avez reçu un texte assez complet préparé par le commissariat, qui commence en disant que les Canadiens sont à la fois portés à considérer comme très importants les soins de santé qu'ils reçoivent et, en même temps, la continuation de la protection de leur vie privée.

Ce matin, je vais aborder brièvement des questions qui sont traitées plus longuement dans le document que je vous ai distribué. Il s'agit de la réidentification potentielle des données, des conséquences des dossiers de santé électroniques sur la protection de la vie privée, des exigences relatives à la notification des atteintes à la protection des renseignements personnels et, finalement, du concept de l'information personnelle comme produit du travail.

La Loi sur la protection des renseignements personnels s'applique aux institutions et organismes fédéraux ainsi qu'aux sociétés d'État. Elle s'applique donc aux programmes gouvernementaux de surveillance médicale comme le Système canadien d'information sur les effets indésirables des médicaments de Santé Canada, appelé CADRIS, ainsi que d'autres initiatives gouvernementales comme les plans du Partenariat fédéral pour les soins de santé visant à créer des dossiers de santé électroniques.

[Traduction]

Je vais commencer en traitant de la ré-identification des données, qui pourrait avoir une incidence sur la protection de la vie privée dans la surveillance post-commercialisation des médicaments.

Du point de vue de la protection des renseignements personnels, l'une des questions clés qui a été soulevée est celle de la ré-identification, en particulier à une époque où les données sur la santé et les programmes de surveillance sont de plus en plus numérisés, où l'information accessible au public par Internet prolifère et où la technologie capable de lier l'information entre diverses bases de données est très avancée. Les renseignements personnels sont rigoureusement définis dans nos lois comme étant des « renseignements concernant des personnes identifiables ». La question de savoir ce qui est identifiable, ou potentiellement identifiable, est pertinente pour votre étude.

Le concept de ré-identification était au cœur d'une décision rendue en janvier 2008 par la Cour fédérale dans l'affaire Gordon et Santé Canada et la Commissaire à la protection de la vie privée. Nous étions des intervenants. J'attire l'attention du comité sur quatre points.

Premièrement, dans une situation mettant en jeu des renseignements personnels sur une personne, le droit au respect de la vie privée l'emporte sur le droit d'accès à l'information. Voilà la première conclusion d'importance de cette décision récente, qui ne fait l'objet d'aucun appel.

Deuxièmement, la Cour fédérale a adopté le critère juridique proposé par le commissariat, qui dit ceci: « Un renseignement concerne un individu identifiable lorsqu'il y a une possibilité sérieuse qu'un individu puisse être identifié au moyen du renseignement, que ce renseignement soit pris seul ou en combinaison avec d'autres renseignements disponibles ».

Troisièmement, la cour a conclu que la divulgation de certains renseignements, en particulier des circonstances factuelles, lorsqu'ils sont combinés à des renseignements personnels, doit être examinée pour qu'on puisse établir ses effets sur les renseignements personnels.

Enfin, la Cour fédérale a insisté sur l'importance du pouvoir discrétionnaire du ministre dans la décision de communiquer ou non exceptionnellement de tels renseignements personnels dans l'intérêt public.

Concernant les dossiers médicaux électroniques, des initiatives importantes sont mises de l'avant afin d'élaborer pareils dossiers, ce qui augure bien pour le système de santé canadien: une qualité, une efficacité et une productivité accrues des services de santé, une plus grande sécurité pour les patients, des décisions qui reposent davantage sur des éléments probants, un transfert des connaissances plus aisé et un accès amélioré aux services et au traitement.

Par contre, comme les info-structures relatives à la santé prolifèrent partout au Canada, les distinctions traditionnelles entre les soins de santé, la surveillance, l'assurance de la qualité et la recherche deviennent de plus en plus floues. Cela n'est pas

nécessairement négatif. Cependant, le concept des fins de l'utilisation, si fondamental en droit de la protection des données et si présent dans l'esprit des gens lorsqu'ils donnent leur consentement éclairé dans toute circonstance importante — nous demandons tous pourquoi vous voulez cette information et ce que vous allez en faire — est de plus en plus remis en question.

Le concept des fins de l'utilisation étant étiré, ces fins peuvent se multiplier. Au-delà des fins relatives à la santé, les renseignements personnels pourraient être soumis à des fins autrement plus inquiétantes, sous les pressions grandissantes de l'extérieur. Au nombre de ces fins pourraient en figurer qui soient liées aux domaines du marketing, de l'emploi, de l'assurance, de l'application de la loi et de la sécurité nationale. Les Canadiens ne pensent manifestement pas que l'élaboration des dossiers de santé électroniques implique de telles fins.

Un autre concept important de plus en plus éprouvé dans le contexte des dossiers médicaux électroniques et des essais cliniques électroniques est celui de la responsabilité, alors qu'un nombre croissant d'entités adoptent des systèmes interexploitables, que des partenariats public-privé se forment afin de maximiser les ressources et d'atteindre des objectifs de commercialisation et que les données circulent au-delà des frontières provinciales et nationales dans une économie mondialisée. C'est ici que je rejoins ma collègue, la vérificatrice générale.

Afin d'aider à relever certains de ces défis, notre commissariat participe au tout nouveau forum Inforoute Santé du Canada - Protection de la vie privée, qui regroupe des représentants des ministères de la Santé et des bureaux de protection de la vie privée de tout le Canada. Nous sommes heureux de participer à cette discussion cruciale afin de commencer à traiter des questions du consentement éclairé, des fins secondaires et de la responsabilité liées à la mise en oeuvre de systèmes interexploitables pancanadiens de dossiers médicaux électroniques.

● (1125)

[Français]

Le troisième sujet, en ce qui a trait à la protection de la vie privée, porte sur les exigences en matière de notification des atteintes à la protection des données, ce qu'on appelle en anglais *data breach disclosures*.

La numérisation de plus en plus fréquente des données sur la santé vient accroître la portée et l'incidence d'éventuelles atteintes à la protection de la vie privée. Plusieurs affaires récentes ont mis cette problématique en lumière. J'en donne quelques exemples dans mon mémoire. Pas un jour ne passe sans qu'on lise que quelque part au Canada, on a découvert dans une poubelle derrière une clinique, un hôpital ou un bureau de médecin, des dossiers de santé d'individus identifiables.

Industrie Canada s'interroge actuellement sur les possibilités d'inclure, dans la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques, des exigences de notification en cas d'atteinte à la protection des renseignements personnels. Cette initiative est la bienvenue. Nous espérons qu'elle incitera les organisations à adopter des mesures de protection de la sécurité convenables et à faire preuve d'ouverture et de transparence si un incident survient.

Entre-temps, j'ai émis les lignes directrices pour les aider à prendre les mesures qui s'imposent, notamment pour évaluer le risque et l'étendue des dommages potentiels d'un incident, décider s'il convient de signaler l'incident et, le cas échéant, déterminer le moment propice, le meilleur moyen pour le faire et la personne qui doit en être informée. Lorsqu'on traite des renseignements personnels très sensibles concernant la santé, on devrait tenir compte de considérations particulières telles que les risques de dommages psychologiques en termes de bris de données.

Je vous réfère maintenant à mon texte sur les considérations concernant le produit du travail, une question qui a été beaucoup discutée lors d'autres travaux parlementaires sur la protection des données. Je suis disponible pour répondre à toutes vos questions concernant l'application des considérations de la protection des données à ce champ d'opération.

[Traduction]

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup, madame Stoddart.

Nous allons poursuivre maintenant avec M. Richard Alvarez.

• (1130)

M. Richard Alvarez (président et chef de la direction, Inforoute Santé du Canada): Bonjour, monsieur le président et mesdames et messieurs les députés. À mes côtés aujourd'hui se trouve Mike Sheridan, notre chef de l'exploitation. Au nom d'Inforoute Santé du Canada, je vous remercie de l'occasion que vous nous offrez de contribuer à votre étude sur la surveillance des produits pharmaceutiques après la mise en marché.

Puisque nous n'avons pas beaucoup d'occasions de comparaître devant vous, je souhaite en profiter pour vous parler du travail important que nous avons entrepris et qui, je crois, transformera les soins de santé offerts aux Canadiens.

Créée en 2001 par les premiers ministres du Canada, Inforoute a pour mandat d'accélérer le développement et l'adoption des dossiers de santé électroniques, les DSE comme nous aimons les appeler, partout au pays. Inforoute est une organisation indépendante, à but non lucratif, dont les membres sont les 14 sous-ministres de la santé du Canada. Inforoute est financée par le gouvernement fédéral et joue un rôle d'investisseur stratégique avec les 13 provinces et territoires, en investissant conjointement dans des systèmes de base dans l'ensemble du pays. Je vais vous expliquer dans un instant ce que sont ces systèmes de base.

Je dois dire d'abord que cette collaboration s'est avérée une réussite aussi unique que remarquable. En travaillant ensemble, les provinces et territoires partagent les meilleures pratiques, les conceptions et les systèmes, ce qui a permis de réduire considérablement les coûts, les délais et les risques.

J'ai lu certains témoignages présentés devant votre comité et j'ai remarqué que des témoins précédents avaient suggéré que notre infrastructure de DSE émergente fasse partie de la solution vers une surveillance efficace des médicaments après leur mise en marché. Inforoute reconnaît volontiers que le potentiel existe bel et bien. Cependant, comme vous le verrez plus tard, il y a des obstacles.

Néanmoins, la bonne nouvelle, c'est que bien que nos solutions n'aient pas été spécifiquement conçues pour la surveillance, elles réduisent déjà le nombre d'événements indésirables médicamenteux.

Prenons un exemple simple, si vous me le permettez. Un soir à Ottawa, un homme âgé se présente dans une urgence, confus et désorienté. Les médecins doivent stabiliser son état au moyen de médicaments, mais il leur faut d'abord savoir s'il prend d'autres

médicaments. Heureusement, aujourd'hui, toutes les urgences de l'Ontario ont accès à des visualiseurs des profils pharmaceutiques des patients, grâce auxquels les médecins autorisés peuvent accéder au profil pharmaceutique de tous les bénéficiaires du programme de médicaments de l'Ontario, prévenant ainsi des interactions dangereuses et des événements indésirables médicamenteux avant la prescription ou la délivrance d'un médicament.

J'aimerais vous donner des explications sur les systèmes de base qu'Inforoute et ses partenaires sont à mettre en place. Toutefois, je dois dire avant toute chose que nous avons convenu dès le début que pour réussir, nous devons mettre la confidentialité et la sécurité au centre de tous les plans que nous élaborions, de toutes les technologies que nous concevions et de tous les systèmes mis en oeuvre par les provinces et les territoires.

Notre stratégie principale, chargée de la protection des renseignements personnels, travaille en étroite collaboration avec ses homologues au niveau fédéral et dans chaque province et territoire. Nous comptons sur une équipe d'ingénieurs principaux chargés d'intégrer les meilleures pratiques en matière de confidentialité et de sécurité dans nos architectures de base, qui forment la base des spécifications que les administrations utiliseront avec leurs fournisseurs.

Chaque projet doit faire l'objet d'une évaluation des facteurs relatifs à la vie privée, qui consiste à examiner la solution en fonction des exigences de la province ou du territoire en matière de confidentialité.

Pour répondre aux besoins en données des autorités de santé publique, des chercheurs et des décideurs, les systèmes sont conçus pour permettre la dépersonnalisation, grâce à laquelle les données pourraient être obtenues et étudiées de façon anonyme et fournir quantité d'indicateurs sanitaires.

Alors, où en sommes-nous? Chaque province et territoire a dressé une feuille de route sur trois à cinq ans afin d'établir le fondement des systèmes électroniques qui leur sont nécessaires. Près de 260 projets sont en cours, ce qui représente des investissements d'environ 1,5 milliard de dollars de la part d'Inforoute, ou 95 p. 100 de son financement total.

Je dois ajouter que la contribution des administrations publiques pour le développement, le déploiement, l'adoption et la maintenance représente souvent plusieurs fois cette somme.

La base des dossiers de santé électroniques se compose de cinq programmes d'information clinique interopérables et complémentaires, les programmes de base, dans lesquels nous investissons conjointement. Chaque programme procure à lui seul des avantages importants à la population canadienne et à notre système de santé. Ensemble, ils permettent de stocker les antécédents médicaux complets d'un patient. Voilà ce à quoi nous devons en arriver, afin que tous les cliniciens disposent de toutes les bonnes informations au bon moment pour pouvoir dispenser des soins sécuritaires et efficaces.

Notre premier programme est le programme des registres, un répertoire électronique perfectionné permettant d'identifier sans équivoque les patients, les fournisseurs de soins et, dans certaines administrations, les établissements de santé.

Notre deuxième programme est le programme d'imagerie diagnostique, axé sur le stockage, la récupération et le partage numériques des radiographies, des échographies, des IRM et des tomodensitogrammes d'un patient. Le passage au numérique élimine purement et simplement les coûts et les inconvénients associés à la manipulation de films. Il permet aux radiologistes des centres urbains de desservir des endroits éloignés ou mal desservis. Il accroît la vitesse et l'intégrité du diagnostic tout en améliorant la productivité des radiologistes, une ressource des plus rare.

Vient ensuite le système d'information de laboratoire, qui permet aux cliniciens d'effectuer la saisie électronique puis de visualiser les résultats de tests et les rapports provenant des laboratoires des hôpitaux, des laboratoires communautaires et des laboratoires de santé publique. Ce système permet aux médecins de poser un diagnostic plus rapidement et contribue à éliminer les tests en double.

• (1135)

Les systèmes d'information sur les médicaments représentent le quatrième programme clinique d'Inforoute. Ces systèmes permettent d'envoyer les ordonnances, de les visualiser, de les exécuter et de les confirmer par voie électronique. Lorsqu'ils seront pleinement déployés, ils signaleront automatiquement au médecin prescripteur et au pharmacien les interactions et les allergies médicamenteuses potentiellement dangereuses associées à un médicament particulier.

Lorsqu'Inforoute a créé son programme de médicaments, très peu de provinces et de territoires prévoyaient utiliser un système qui offrirait toutes ces possibilités. Au cours de l'année dernière, toutefois, les stratégies de collaboration, de développement et de partage des coûts ont encouragé la plupart des administrations à développer des systèmes d'information sur les médicaments qui incluront tous les médicaments et toutes les personnes, ce qui est un progrès très important.

Notre dernier programme, mais le plus important à bien des égards, est le DSE interopérable, le ciment qui lie ensemble quelques-uns des autres programmes. Il regroupe les renseignements sur la santé d'une personne provenant de diverses sources, y compris celles que je viens de mentionner, dans un seul dossier de santé sécurisé et intégré. Dépendamment du financement et de l'état de préparation des administrations, d'ici 2010, nous avons bon espoir que 50 p. 100 des Canadiens auront un DSE interopérable.

Je conclurai sur la question particulière de la surveillance après la mise en marché. Comme vous le savez, la surveillance des médicaments est une chose complexe; cette complexité est exacerbée par la multiplication des nouveaux médicaments mis en marché et par une population vieillissante atteinte de maladies chroniques et traitée au moyen de plusieurs médicaments. Les études cliniques ciblent habituellement une population limitée, sur une période relativement courte. Souvent, ces études sont coupées de la réalité. L'analyse de données dépersonnalisées provenant de DSE qui contiennent des renseignements sur les ordonnances, les constatations faites aux examens, les rapports de laboratoire, les résultats des tests diagnostiques et autres informations sur l'issue pour le patient, au niveau de la population, permettraient d'évaluer plus rapidement et efficacement les avantages et les risques. Conformément aux exigences techniques en matière de confidentialité, les données dépersonnalisées pourraient être chargées dans une base de données regroupées, dans un format permettant de les analyser au moyen de divers outils de production de rapports.

Dans le futur, il pourrait être possible, plus tôt dans le cycle de vie d'un médicament ou à n'importe quel stade, de faire le suivi de son

efficacité et de son innocuité auprès d'une large tranche de la population.

Voici maintenant la mauvaise nouvelle puisque, cela étant dit, je dois adresser une mise en garde au comité. Tout d'abord, nos plans actuels et le financement n'incluent pas les outils ou les systèmes d'analyse nécessaires pour réaliser des études sur la surveillance après la mise en marché. Ensuite, même si la réalisation de notre objectif actuel en 2010 constitue un jalon important, il représente moins de la moitié de la solution de DSE.

Terminer ce que nous avons commencé nécessite un engagement et, malheureusement, des fonds. Selon deux études récentes, on estime que le coût total pour doter tous les Canadiens d'un DSE serait d'environ 350 \$ par personne, ou environ 10 milliards de dollars sur une période de 10 ans. La bonne nouvelle, cependant, c'est que ces mêmes études confirment qu'une fois qu'ils seront entièrement mis en oeuvre, les dossiers de santé électroniques permettraient de réaliser des économies de 6 à 7 milliards de dollars par année, des sommes pouvant être réinvesties dans d'autres secteurs prioritaires, que ce soit la santé, l'éducation, l'innovation ou l'infrastructure.

Pour conclure, le Canada met en oeuvre une puissante plate-forme d'information sur la santé, dans le but d'offrir de meilleurs soins de santé à tous les Canadiens. Une fois en place cette plate-forme pourrait permettre d'élaborer des applications secondaires, comme la surveillance des médicaments après leur mise en marché.

Monsieur le président, voilà qui conclut ma déclaration préliminaire. Je serais ravi de répondre à vos questions.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup, monsieur Alvarez.

Nous allons maintenant commencer la période de questions et réponses, avec des interventions de sept minutes, avec la Dre Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Je remercie tous les témoins.

J'ai toujours cru que la technologie existait pour nous aider à faire cela tout de suite. Si on regarde ce qu'a fait le ministère des Anciens combattants des États-Unis, les soins de santé se sont grandement améliorés parce que le ministère a insisté pour avoir rapidement des dossiers de santé électroniques.

Ce qui me préoccupe beaucoup, c'est que même si la technologie est prête et nous permet de chiffrer les données, les exemples qu'on continue d'utiliser sont ceux où les données n'étaient pas chiffrées, et le spectre de la violation de la vie privée continue de nous hanter et nous empêche de faire ce que nous devons faire.

Rappelons-nous le travail très important que Judith Maxwell a fait durant la commission Romanow sur ce que les patients et les Canadiens pensent de la protection de la vie privée; ils acceptent d'emblée que leur médecin de famille informe le consultant de ce qui se passe. Or, nous avons été obnubilés par diverses professions médicales qui ne veulent pas que leur pratique d'ordonnance soit suivie, contrairement aux patients, qui veulent savoir si le partage des renseignements sans identificateur peut améliorer la sécurité du système. Je crois que la plupart des Canadiens voudraient participer à cela.

Si nous allons de l'avant — et le comité a entendu la semaine dernière que le diagnostic ne peut être indiqué sur l'ordonnance écrite, parce que c'est un morceau de papier qui peut s'envoler et sur lequel on verrait à la fois le diagnostic et l'ordonnance — j'aimerais savoir, d'abord de la commissaire à la protection de la vie privée, mais aussi du représentant d'Inforoute, si nous pouvons et si nous pourrions, si nous en avons les ressources, adopter immédiatement un système d'ordonnance électronique qui inclurait le diagnostic, ce qui nous aiderait à contrôler les médicaments prescrits à des fins autres que celles prévues et ce qui faciliterait tout, que ce soit le rappel d'un médicament ou toutes ces choses qui nous inquiètent au sujet de la sécurité et de la surveillance post-commercialisation.

• (1140)

Mme Jennifer Stoddart: Madame la députée, il s'agit d'une question très pointue sur le rôle de l'information diagnostique. Je dirais que ce serait possible si vous preniez les précautions nécessaires pour protéger la vie privée. La question serait de savoir si cette information est personnellement identifiée. Si elle ne l'est pas, si elle est dépersonnalisée, est-elle identifiable? Serait-elle identifiable facilement et avec qui serait-elle partagée? Quelles sont les considérations en matière de sécurité: le chiffrement, les procédures de sécurité, les procédures de protection, etc.?

Si c'est bien fait, la chose pourrait être possible. Sinon — et c'est pourquoi nous travaillons en étroite collaboration avec Inforoute Santé du Canada et les commissaires des provinces — cela pourrait être très préjudiciable aux Canadiens si leurs diagnostics personnels se retrouvaient dans des poubelles, comme cela se produit maintenant avec les renseignements sur la santé.

Alors, vous comprendrez que je donne cette réponse avec beaucoup de réserve.

L'hon. Carolyn Bennett: Oui.

Étant donné les investissements que nous sommes prêts à faire dans l'Inforoute et avec les provinces et les territoires au sujet du chiffrement et autour de l'utilisation de la technologie possible — les systèmes à deux clés, quoique cela puisse vouloir dire —, sauf votre respect, je suis inquiète que cette question fasse maintenant l'objet de discussions entre les commissaires à la protection de la vie privée et les conseillers techniques de l'Inforoute, et que les citoyens canadiens n'ont pas de contribution significative dans le cadre d'un processus de mobilisation des citoyens par lequel ils pourraient déterminer quels risques ils sont prêts ou ne sont pas prêts à prendre de manière à avoir les meilleurs soins de santé possibles pour eux-mêmes, ainsi que le système le plus sûr possible, y compris la pharmacovigilance.

Y a-t-il un processus de mobilisation des citoyens qui traite de cette question de la vie privée et des dossiers médicaux?

Mme Jennifer Stoddart: Nous faisons des sondages sur une base annuelle. C'est là l'ampleur de nos consultations directes dans ce domaine. Peut-être qu'Inforoute Santé Canada et les commissaires provinciaux, qui sont ici aujourd'hui...

L'hon. Carolyn Bennett: Sauf votre respect, je ne pense pas que les sondages aient une pertinence quelconque parce qu'ils dépendent simplement du genre de questions posées. Un processus approprié faisant intervenir une discussion délibérative, portant sur les risques et les avantages, est la seule façon d'arriver à déterminer quelque chose d'aussi délicat que cela. J'aimerais savoir si Inforoute a les ressources nécessaires.

Comment les commissaires à la protection de la vie privée peuvent-ils déterminer quel est le système de valeurs des Canadiens sans engager un dialogue avec eux?

Mme Jennifer Stoddart: Concernant cette réponse, honorable députée, nous nous fions aux lois que je dois administrer, et à leur interprétation. Concernant les plaintes qui nous sont présentées, je vous rappelle qu'elles sont nombreuses. Nous sommes intervenus, et je viens juste de donner un exemple concernant la plainte très importante concernant la divulgation d'un champ d'information — à savoir la province — dans la base de données CADRIS, et notre intervention à cet égard. Alors, nous le faisons indirectement. Pour l'instant, mon bureau n'a pas ce qu'il faut pour procéder à des consultations personnelles générales sur quelque chose qui, en tout respect pour la question que vous m'avez posée, est une question très précise au sujet de l'information diagnostique.

Ce que nous savons à partir des documents, de nos activités dans ce domaine et de nos discussions avec nos partenaires, c'est que les Canadiens accordent de l'importance aux deux. Ils tiennent à leur santé et à leur système de santé. Ils tiennent également à leur vie privée. Il y a une volonté de faire des aménagements — même des compromis, pourrait-on dire — entre les deux, comme nous le faisons tous en équilibrant nos valeurs en matière de vie privée avec d'autres choses que nous voulons réaliser dans cette société.

• (1145)

L'hon. Carolyn Bennett: Je me souviens qu'une des réalités de la vie d'un médecin de famille, c'est qu'il m'est arrivé de passer toute une nuit à faire un accouchement au moment où un médicament a été rappelé, alors je n'ai pas vu les nouvelles ce soir-là. Le premier patient que j'ai vu le lendemain matin avait su que le médicament qu'il prenait avait fait l'objet d'un rappel. À ce moment-là, je n'avais aucune façon de déterminer, dans mon cabinet, quels autres patients prenaient également ce médicament, autrement qu'en faisant appel à ma mémoire.

Nous savons qu'il serait possible, avec un système approprié, de faire participer les patients. Et certainement, le témoignage déchirant d'un des témoins dont la fille prenait toujours un médicament des mois après qu'il a fait l'objet d'un rappel...

Alors, pour ce qui est des patients et des Canadiens qui font l'objet de sondages sur cette question, ils ont besoin d'entendre des histoires qui donnent peut-être une idée plus large de ce que la vie privée signifie vraiment.

Peut-être, Dick, pouvez-vous nous dire où vous en êtes rendus pour ce qui est de pouvoir brancher tous les médecins de manière que nous puissions rappeler un produit de manière efficace. Ou pensez-vous que cela se fera par l'intermédiaire des pharmacies?

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): En 30 secondes ou moins.

M. Richard Alvarez: Vous avez posé beaucoup de questions. Laissez-moi simplement faire une pause et dire, écoutez, nous essayons de faire fonctionner un système de soins de santé du XXI^e siècle avec du papier du XIX^e siècle. Et il n'y a absolument aucune sécurité dans l'univers du papier. Les papiers sont utilisés sur les plateaux de cinéma et ils s'envolent partout à Toronto — des dossiers médicaux réels. Nous avons eu ce genre d'exemples.

Alors, oui, nous avons eu des discussions avec les Canadiens et nous avons fait des sondages auprès d'eux. Ils veulent le dossier médical électronique à 90 p. 100 pourvu que l'on s'occupe de leurs préoccupations en matière de vie privée et ils se fient aux personnes qu'ils ont mis en place pour s'assurer qu'on s'en occupe. Lorsqu'on leur dit qu'il y aura un historique d'expertise, que s'il y a un accès non autorisé au système, ils en seront informés, ils sont nettement plus à l'aise avec cette idée.

Alors, du point de vue de la protection de la vie privée, nous sommes en train de mettre en place toute une panoplie d'éléments — identité de l'utilisateur, authentification de l'utilisateur, contrôle d'accès, toute une panoplie d'éléments. Mais de la façon dont les systèmes ont été conçus, vous avez un registre des clients qui contient de l'information démographique; il n'est pas d'une grande utilité pour la plupart des personnes. En ce qui concerne les résultats de laboratoire, les médicaments, etc., non seulement les données sont chiffrées, mais il y a un code qui doit être rattaché au registre des clients avant que vous puissiez savoir à qui appartient cette information. Alors, même si vous vous introduisez dans ces systèmes par piratage, vous ne pourrez pas savoir à qui s'applique cette information.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci, monsieur Alvarez.

Nous avons pris environ une minute de trop.

Monsieur Malo.

[Français]

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

Merci d'être avec nous aujourd'hui.

Monsieur Alvarez, permettez-moi de revenir sur la conclusion de votre présentation. Il y a là des chiffres qui font certainement plaisir à la vérificatrice générale, et peut-être sera-t-elle tentée, lors de son étude sur les soins de santé électroniques, d'étudier plus à fond les chiffres que vous nous donnez là. J'aimerais avoir un peu plus d'explications.

Vous nous dites que d'implanter le système d'une façon efficace coûterait 1 milliard de dollars par année sur une période de 10 ans, mais que cela entraînerait des économies de 6 à 7 milliards de dollars par année, en plus d'éliminer les effets négatifs quant à la prescription de médicaments et à la surveillance, la post-commercialisation.

Je me demande simplement comment vous faites pour arriver à de tels chiffres. S'ils sont concluants, comment se fait-il que tous ceux qui en prennent connaissance ne se disent pas que c'est la solution de l'avenir? Il en coûte 1 milliard de dollars par an durant 10 ans, mais on économise 7 milliards de dollars par année par la suite. En raison de chiffres aussi astronomiques, il me semble qu'on serait déjà allé de l'avant dans cette voie.

Je voudrais simplement avoir plus de précisions.

[Traduction]

M. Richard Alvarez: Veuillez m'excuser. Je vais répondre en anglais, mais mon collègue ici pourrait vouloir ajouter quelque chose.

Premièrement, ces chiffres ne viennent pas de nulle part. Ces chiffres proviennent fondamentalement de deux grandes études, une qui a été effectuée par Booz Allen et l'autre par McKinsey & Company. De plus, nous avons des chiffres semblables lorsqu'on regarde des études faites aux États-Unis, et lorsque des projets

comme celui-là ont été mis en oeuvre dans le système NHS en Angleterre, et certainement dans les pays scandinaves, etc., et en Australie, lorsque qu'on a fait ces calculs.

La réalité toute simple est la suivante. Pendant des années, nous n'avons pas investi dans ces systèmes, parce qu'il est parfois difficile de vendre ces systèmes d'infrastructure au public. Il est beaucoup plus facile de vendre un autre médecin, une autre infirmière, un autre appareil de RMN, une autre pièce d'équipement. Si vous voulez vraiment transformer le système, alors, vous devez avoir une médecine fondée sur les faits avec laquelle travailler, et c'est de cette façon que vous avez une médecine fondée sur les faits, en ayant ces technologies.

Regardez l'industrie financière. Elle ne serait pas en mesure de fonctionner aujourd'hui sans le genre d'informatisation qu'elle a mise en place. Laissez-moi vous dire que cela en soi a pris 20 ans et beaucoup d'argent. Lorsqu'ils ont transformé cette industrie, ils dépensaient jusqu'à 12 p. 100 de leurs revenus. Aujourd'hui, ils dépensent probablement autour de 6 p. 100, parce que les systèmes, les guichets automatiques, sont là.

Au Canada, nous dépensons entre 1,5 et 2 p. 100 des revenus en technologie de l'information, et c'est ainsi partout au pays. Nous ne pouvons faire ce genre de changement à moins d'augmenter les dépenses jusqu'à environ 4 p. 100, mais c'est quelque chose de très difficile à vendre.

Pour ce qui est des avantages, je ne pense pas que le trésor sortira ces 6 ou 7 milliards de dollars. Je peux vous dire que devant le tsunami que représentent une population vieillissante et les maladies chroniques, nous serons vraiment dans une position où nous pourrions augmenter la capacité, améliorer l'accès, si nous mettons ces systèmes en place.

Mike.

• (1150)

[Français]

M. Mike Sheridan (chef de l'exploitation, Inforoute Santé du Canada): Comme M. Alvarez l'a dit, tous les systèmes ne sont pas implantés partout au pays. Néanmoins, pour vous donner un exemple du genre de bénéfices qu'on en retire, je mentionnerai le cas de l'imagerie diagnostique, qui a fait l'objet d'études post-implantation. On constate une augmentation de 20 p. 100 du taux de productivité des radiologues.

Les autres possibilités de bénéfices dans tous les programmes, les définitions des bénéfices et le potentiel pour l'utilisation de fonds, en plus, sont calculés dans les études. Lorsqu'on fait le total, l'amalgamation des systèmes de médicaments, des systèmes d'imagerie diagnostique et des systèmes de laboratoire, tous les résultats, après l'implantation à l'échelle pancanadienne, vont permettre d'économiser beaucoup d'argent.

M. Luc Malo: Puis-je vous demander, madame la vérificatrice générale, de commenter cette affirmation? Peut-on vraiment faire ce type d'analyse coûts-bénéfices en s'appuyant sur les informations qu'on a?

Mme Sheila Fraser: Évidemment, je ne peux pas commenter sur ce sujet en particulier, parce que nous ne faisons que commencer la vérification.

Dans le cadre d'un projet d'une telle envergure, on s'attendrait à ce qu'il y ait une analyse coûts-bénéfices, parce qu'on parle quand même de plusieurs centaines de millions de dollars.

Comme M. Alvarez l'a mentionné, il y a d'autres pays et d'autres expériences à partir desquelles on peut tirer des leçons, et l'expérience menée ailleurs peut, évidemment, être adaptée à la réalité canadienne.

M. Luc Malo: Cela va faire partie de votre champ d'études?

Mme Sheila Fraser: En tout cas, je présume. Mon équipe ne m'aimera peut-être pas si je m'engage à faire des choses qui n'étaient pas prévues, mais c'est sûr que c'est le genre d'information qu'on inclurait, du moins pour dire que l'organisation a fait de telles études et qu'elle a mesuré le potentiel. Toutefois, on ne commencerait pas, par exemple, à vérifier ou à donner une crédibilité à ces études; il s'agirait simplement de les mentionner, c'est le plus qu'on ferait.

M. Luc Malo: Est-ce que je peux poser une petite question à la commissaire à la vie privée?

On a reçu des témoins qui nous ont parlé de travailler davantage avec le génome humain pour essayer de trouver des liens de cause à effet quant aux effets indésirables de certains médicaments.

L'utilisation du génome humain peut-elle avoir des répercussions quant à la protection de la vie privée dans ce type d'études?

Mme Jennifer Stoddart: Oui, toute la question des études des génomes, des études génétiques, est suivie de très près par mon bureau. En fait, c'est une des quatre priorités de recherche, d'action au cours des prochaines années, à cause de son impact sur la vie privée et dans toutes sortes de domaines, allant de la médecine à la mise en place de lois pour contrer les crimes, les questions de sécurité nationale, etc.

• (1155)

M. Luc Malo: Pourrait-on utiliser, malgré tout, le génome humain pour faire avancer la science dans les études post-commercialisation, tout en respectant la vie privée des individus?

Mme Jennifer Stoddart: C'est encore une question très pointue. En principe, je ne vois pas... Il peut y avoir des questions d'éthique, des questions médicales ou scientifiques que j'ignore. En principe, si elles sont bien faites, les lois de protection des données n'empêchent pas le progrès scientifique.

Il faut faire le rapport entre ce qui est vraiment personnel et le contexte donné, ce qui peut être différent dans le contexte médical que dans le contexte, par exemple, du ministère du Revenu, n'est-ce pas? La vie privée est très contextuelle.

Néanmoins, en principe, rien n'empêche la science de bénéficier de l'étude des génomes, tout en protégeant les données.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci, madame Stoddart.

Monsieur Malo, merci.

Madame Wasylcia-Leis, s'il vous plaît.

[Traduction]

Mme Judy Wasylcia-Leis (Winnipeg-Nord, NPD): Merci, monsieur le président.

Je vous remercie tous de vos exposés.

Je vais commencer par la vérificatrice générale.

Madame Fraser, vous vous êtes concentrée sur certaines des lacunes du système en ce qui concerne la surveillance post-commercialisation. Et vous avez exprimé l'espoir que le nouveau plan de sécurité et la loi qui vient d'être déposée cette semaine aideront à cet égard. Je vais en parler, mais d'abord, je veux vous demander si vous avez des données qui indiquent que nous avons fait un bon travail en matière de surveillance post-commercialisation.

Vous dites que sans surveillance post-commercialisation, il y a des conséquences pour la santé et la sécurité des Canadiens à cause de l'exposition à des médicaments et à des produits dangereux. S'il y a des produits dangereux qui arrivent sur le marché, alors peut-être n'avons-nous pas fait un bon travail au niveau de la surveillance avant la mise en marché.

Vous avez parlé d'argent. Un indicateur, c'est qu'une plus grande partie de l'argent disponible a été consacrée à la phase pré-commercialisation par rapport à la phase post-commercialisation. Mais est-ce que cela a donné de meilleurs résultats? Est-ce que nous produisons des produits plus sûrs? Y a-t-il moins d'incidents faisant intervenir des médicaments commercialisés et ainsi de suite?

Mme Sheila Fraser: Merci, monsieur le président.

La dernière fois que nous avons examiné cette question, c'était en 2004, au moment où nous avons examiné la réglementation des matériels médicaux. Nous avons examiné l'ensemble de l'activité de délivrance des permis et le processus d'évaluation avant la mise en marché. Nous avons constaté que Santé Canada suivait rigoureusement son processus. Le problème semblait davantage lié aux délais, mais le ministère avait un processus.

Parce que nous avons un bon processus pour autoriser un produit, cela ne veut pas dire que des problèmes ne surviendront pas après qu'il a été commercialisé. Cela est dû aux essais limités et un certain nombre de raisons. Alors, lorsque nous avons examiné les matériels médicaux, nous avons conclu que tout allait bien dans le cas de la surveillance pré-commercialisation. Par contre, dans le cas de la surveillance post-commercialisation, il y avait beaucoup de problèmes — très peu d'inspections des fabricants, toute la question de la déclaration des réactions indésirables, et la liste est beaucoup plus longue.

La vérification la plus récente que nous avons effectuée portait sur la capacité du ministère d'assurer le Parlement et les Canadiens qu'il pouvait réaliser ses activités en matière de réglementation de manière appropriée. Nous nous attendions, dans le cas d'un programme de réglementation, que le ministère sache quelles activités il devrait réaliser, à quel niveau — par exemple, le nombre d'inspections qu'il devrait faire —, quelles ressources seraient nécessaires et quel financement serait nécessaire. Bien honnêtement, nous n'avons rien trouvé de tout cela. Le ministère a réalisé des inspections, mais il n'était pas capable de nous dire comment il était arrivé à ces chiffres, quel était le nombre approprié d'inspections qu'il devrait faire ou quelles ressources seraient nécessaires.

Alors, il y avait toute la question de savoir comment le ministère lui-même pouvait savoir si ce qu'il faisait était approprié et suffisant.

Concernant toute la question du financement, cela a commencé, en fait, dans le cadre de notre vérification des matériels médicaux. Certains des programmes de réglementation n'avaient, dans les faits, pas de financement de base, et les fonds étaient réaffectés. Même les fonds qui avaient été accordés pour des initiatives spéciales — que ce soit des activités pré-commercialisation ou des activités post-commercialisation — sont réaffectés à d'autres programmes au sein du ministère.

Alors, à moins qu'il y ait une ligne de base claire, une analyse claire des activités qui devraient être réalisées — quelle est la ligne de base, les résultats de tout cela et quelles ressources sont nécessaires pour les programmes de réglementation —, il est difficile, je pense, pour le Parlement d'avoir l'assurance que ces programmes de réglementation sont bien gérés.

• (1200)

Mme Judy Wasylycia-Leis: En d'autres mots, ce que vous dites, c'est que nous devrions convoquer le ministère devant le comité pour qu'il nous parle de l'information qui a été promise avant le 31 mars de cette année, pour en faire l'évaluation?

Mme Sheila Fraser: C'est exact. Il y a un rapport qui doit être présenté prochainement. Il doit être prêt ce mois-ci et j'encouragerais certainement le comité à demander au ministère de lui fournir ce rapport et, peut-être, à avoir une discussion avec les représentants du ministère pour savoir où ils en sont rendus dans leur travail visant à donner suite à ces recommandations.

Je pense que M. Maxwell aimerait ajouter quelque chose.

M. Neil Maxwell (vérificateur général adjoint, Bureau du vérificateur général du Canada): Merci, monsieur le président.

Ce n'est qu'une courte observation, pour dire encore une fois qu'il est utile de faire un suivi de ce rapport de base ou, comme ils l'appelaient, examen exhaustif. Et il a déjà été promis au Parlement. On a également promis d'en faire parvenir un exemplaire au comité des comptes publics, alors, je pense qu'il sera disponible.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Y a-t-il une obligation pour le ministère de le présenter au Parlement?

Mme Sheila Fraser: Le ministère s'est engagé à le communiquer au comité des comptes publics.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Très bien. J'aimerais bien poursuivre sur ce sujet, mais je devrais passer à la surveillance post-commercialisation et à la question des réactions indésirables, puisque c'est là le sujet de notre étude.

J'aimerais vous demander à tous les deux, madame Fraser et monsieur Alvarez, puisque vous avez tous les deux parlé de la responsabilité des fabricants à l'heure actuelle de signaler les réactions indésirables au gouvernement. Je pense que vous avez dit, madame Fraser, que, du moins dans le passé, cela a été fait de manière appropriée. Je n'ai pas vu de données indiquant que cela s'est fait de manière plus efficace récemment. En fait, qui devrait obtenir l'information et qui en est responsable sont des points litigieux d'après ce que l'on constate dans ces audiences du comité. Dans la nouvelle loi qui vient juste d'être présentée, il y a une tentative pour obliger les établissements de santé à les déclarer, et beaucoup de témoins ici ont des préoccupations très vives à cet égard.

Quel est votre avis concernant la déclaration des réactions indésirables? Estimez-vous que cela se fait à l'heure actuelle, que les fabricants font leur travail? Est-ce que nous obtenons des rapports complets? Que faire pour que cela se fasse?

Mme Sheila Fraser: Encore une fois, monsieur le président, je vais faire allusion à la vérification que nous avons faite en 2004 sur la réglementation des matériels médicaux. Et encore une fois, je vous mets en garde en précisant qu'il s'agit d'une information qui date.

À ce moment-là, nous avons noté qu'il y avait certaines faiblesses dans l'analyse et l'interprétation des données. Bien que les fabricants et les importateurs aient été tenus de signaler les événements indésirables, Santé Canada n'a pas fait grand-chose pour augmenter le nombre et la qualité des rapports reçus des professionnels de la santé qui, évidemment, sont les premiers à les constater. Dans ce rapport, nous avons comparé les taux de déclaration entre le Canada, les États-Unis et le Royaume-Uni. En 2002 — je vais simplement donner l'information — le taux de déclaration des événements indésirables par millier d'habitants était de 510 aux États-Unis, de 148 au Royaume-Uni et de 33 au Canada, ce qui, évidemment, nous

amènerait à croire que la déclaration des événements indésirables n'est ni complète ni appropriée dans ce pays.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Monsieur Alvarez, avez-vous des raisons de croire que cela a changé? Que mettriez-vous dans la loi au sujet de la déclaration obligatoire des réactions indésirables?

M. Richard Alvarez: Monsieur le président, je ne suis pas en mesure de parler de la loi, mais je suis en mesure de dire au comité que pour la première fois au Canada, nous sommes en train de mettre sur pied des bases de données sur les médicaments et d'autres produits qui porteront sur toutes les personnes et tous les médicaments. Alors, même si vous vouliez faire une véritable surveillance post-commercialisation avant, vous n'aviez pas l'information nécessaire pour faire ce travail. Vous deviez vous fier aux études avant commercialisation par le biais des essais cliniques.

Nous sommes maintenant en mesure d'aller dans cette direction, évidemment en tenant compte des considérations en matière de protection de la vie privée, etc., qui, je le sais, peuvent en fait être incorporées, et ces études pourront effectivement être réalisées. Je pense, au fur et à mesure que nous progressons en direction de ce système — et c'est pratiquement chose faite en Colombie-Britannique et en Alberta, et les choses avancent rapidement en Saskatchewan et à l'Île-du-Prince-Édouard — que nous verrons ces systèmes en place au cours des 18 à 24 prochains mois. Il faudra une certaine volonté pour augmenter notre surveillance post-commercialisation, parce que les données seront effectivement là.

• (1205)

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Veuillez conclure.

M. Richard Alvarez: Pour ce qui est des rapports, nous investissons dans beaucoup de projets pilotes visant à évaluer la faisabilité de toutes nouvelles méthodes, dont celle des rapports sur les événements indésirables. Nous investissons dans une étude en Colombie-Britannique en ce moment dans une unité néonatale.

Depuis le début du processus, le nombre de rapports sur les événements indésirables a triplé, et le suivi a augmenté aussi. De toute évidence, s'il y a une volonté en ce sens, c'est possible.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup, monsieur Alvarez et madame Wasylycia-Leis.

Passons à M. Fletcher.

M. Steven Fletcher (Charleswood—St. James—Assiniboia, PCC): Merci, monsieur le président, et merci, mesdames et messieurs nos témoins.

J'aimerais également souhaiter la bienvenue à Rob Clarke, nouveau député de la Saskatchewan. Je pense que Rob sera ravi de voir que notre comité se comporte bien et fait du travail important.

Je vais m'abstenir de tout commentaire sur les personnes présentes ou absentes et m'en tenir au rapport de la vérificatrice générale. Santé Canada a réagi à ce rapport par le dépôt d'un plan d'action en février 2007. Ce plan comprenait des engagements de la part du ministère, d'après ce que je comprends, à mettre en place des mesures pour améliorer l'affectation de ressources, la planification des activités, les processus, l'évaluation du rendement et les programmes d'évaluation des coûts.

Je pense que le ministère s'est également engagé à examiner en profondeur ses programmes de réglementation, et il présente des rapports périodiques tous les six mois au Comité des comptes publics au sujet de votre rapport. Je crois que ce rapport sera déposé ici aussi, devant le Comité de la santé.

Madame Fraser, pourriez-vous nous parler de l'incidence de ces suivis. Je pense que Santé Canada a accepté toutes vos recommandations.

Je vais poser toutes mes questions d'emblée.

Au sujet de l'Inforoute, il semble que l'Inforoute sera un élément clé du futur programme de surveillance après la mise en marché. Pouvez-vous nous expliquer les difficultés que pose l'interaction avec 14 administrations différentes, des médecins du secteur privé et tous les autres intervenants et les moyens que vous prenez pour les surmonter? Comment percevez-vous l'état de santé de l'outil de surveillance?

Si j'en ai le temps, j'aimerais demander aux porte-parole du Commissariat à la protection de la vie privée de s'exprimer sur les réponses des deux témoins précédents.

Mme Sheila Fraser: Merci, monsieur le président.

Je vais simplement vous répondre qu'en effet, le ministère a accepté toutes les recommandations issues de la vérification sur l'affectation de fonds au programme de réglementation. Il a élaboré un plan d'action. En fait, il a même commencé à prendre des mesures pour corriger la situation dès la fin de notre vérification et même pendant la vérification. Nous nourrissons donc un optimisme prudent qu'il va remédier à la situation, mais nous réserverons notre jugement final pour le moment où nous reverifions le dossier et verrons si le ministère a mis en place les mesures qu'il s'est engagé à adopter.

M. Richard Alvarez: Monsieur le président, j'aimerais d'abord vous parler de notre démarche. Je suis dans le domaine de la santé depuis presque 25 ou 30 ans, à l'échelle provinciale comme à l'échelle nationale, et je n'ai jamais vu tant de coopération entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires que dans le contexte de ce projet.

L'exemple que j'ai donné, c'est qu'un moment donné, il n'y a pas si longtemps, à l'exception de PharmaNet en Colombie-Britannique, on recueillait de l'information sur tous les médicaments et toutes les personnes et qu'on transmettait l'information aux pharmaciens pour faire le travail dont nous discutons ici concernant les événements indésirables relatifs aux médicaments... C'était un projet vieux de 10 ans, et il n'a jamais été repris ailleurs au Canada. Aujourd'hui, à l'échelle de tout le Canada, nous allons adopter des mesures très semblables. C'est la même chose pour les laboratoires et l'imagerie diagnostique. C'est la même chose pour l'architecture. Toutes les provinces et tous les territoires coopèrent. Nous utilisons aussi les fonds fédéraux pour les pousser à investir eux aussi.

Bref, dans ce domaine, nous n'avons pas de programme qui porte sur la surveillance en matière de santé. Il pourrait bien y en avoir un sur l'après-surveillance, qui suivrait un modèle commun, parce qu'il faudra une masse critique de données et qu'on va examiner les tendances à l'échelle du pays. Il y a donc moyen de tirer parti de ce leadership à l'échelle nationale, puisque les provinces et territoires collaborent avec le gouvernement fédéral et les autres intervenants.

Pour ce qui est de l'utilisation des DSE comme outil de surveillance, comme je l'ai déjà mentionné dans mon exposé, il y a un potentiel énorme, dans la mesure où l'on respecte la confidentialité.

• (1210)

M. Steven Fletcher: Soit dit en passant, le gouvernement fédéral a investi 400 millions de dollars de plus dans l'Inforoute, en plus des 1,2 milliards de dollars qui étaient déjà dans le fonds.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Allez-y, madame Stoddart.

Mme Jennifer Stoddart: Merci, monsieur le président.

En réponse à la question de l'honorable député, je vais m'exprimer sur le rapport de la vérificatrice générale. Nous faisons des vérifications nous aussi, mais nous vérifions la protection des renseignements personnels. Nous estimons que c'est une façon utile de favoriser la conformité.

Le mois dernier, j'ai déposé mes rapports sur les plans et priorités pour l'exercice à venir devant la Chambre. Vous y verrez que nous prévoyons vérifier l'information médicale électronique et son rapport avec la gestion des renseignements personnels, tant chez Inforoute Canada que chez Santé Canada. Pour cela, toutefois, nous devons attendre la fin de l'exercice financier, en 2009-2010, après le dépôt du rapport de la vérificatrice générale et de la réponse qui suivra, non seulement au rapport dont elle vient de parler, mais également à son futur rapport sur l'Inforoute, donc nous n'avons pas l'intention de refaire ce que son bureau aura déjà fait.

Monsieur le président, puis-je demander à notre avocate générale de nous parler des difficultés que présente la coordination de 14 administrations au chapitre de la protection de la vie privée?

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Absolument, allez-y.

Mme Patricia Kosseim (avocate générale, Commissariat à la protection de la vie privée du Canada): Merci, monsieur le président.

La gestion des réalités fédérale, provinciales et territoriales pose indubitablement tout un défi, et nous félicitons les dirigeants de l'Inforoute de leur excellent travail à cet égard.

Du point de vue de la réglementation, il n'est pas simple non plus de composer avec tous ces cadres réglementaires différents. Non seulement y a-t-il 14 administrations et lois, mais chaque administration a différentes lois, certaines sur le secteur privé, certaines sur l'information médicale et certaines sur les renseignements personnels généraux.

On peut voir comment le leadership peut servir à relever ces défis dans la façon dont, avec le temps, les cadres réglementaires s'adaptent, évoluent ou sont modifiés de manière à ce que le public canadien accepte l'idée du consentement implicite à l'accès aux dossiers de santé électroniques dans le milieu de la santé. Ainsi, quand une personne va voir son médecin, elle saura que les renseignements versés à son dossier de santé électronique peuvent être consultés par les autres professionnels de la santé qui la traitent sans que son consentement éclairé ne soit nécessairement sollicité chaque fois. Ce concept semble de plus en plus acceptable et possible.

Cependant, il y a d'autres concepts qui restent très distincts dans chaque administration, et nous n'avons pas encore trouvé de façon de les harmoniser. Par exemple, il n'y a pas de norme acceptée pour l'harmonisation des règles sur l'utilisation de renseignements médicaux personnels à des fins de recherche, de surveillance ou d'autres objectifs secondaires hors du milieu des soins de santé.

Il reste du pain sur la planche. Nous nous réjouissons de collaborer avec Inforoute Santé Canada et le forum sur la protection de la vie privée en vue de surmonter ces difficultés. De plus les hauts fonctionnaires de l'Inforoute participent depuis quelques années aux réunions des commissaires à la protection de la vie privée fédéral, provinciaux et territoriaux pour nous mettre au courant des développements récents.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci infiniment, madame Kosseim.

Nous allons commencer le second tour, de cinq minutes par personne, avec M. Thibault.

• (1215)

[Français]

L'hon. Robert Thibault (Nova-Ouest, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

[Traduction]

Je vous remercie de vos exposés.

Je comprends toute la complexité des questions de protection de la vie privée et de vos efforts pour harmoniser les lois et règlements provinciaux à cet égard, mais en tant que simple citoyen, si Inforoute Santé Canada ou les fournisseurs de soins de santé utilisaient les renseignements à mon sujet pour ce pourquoi ils ont été recueillis, alors j'estimerais qu'ils le font en mon nom pour améliorer ma situation. J'ai donc l'impression que si l'on pouvait dissocier ces données des renseignements personnels, je ne verrais pas d'objection à ce que la majorité de ces professionnels les utilisent. Il me serait tout à fait égal que quelqu'un au pays, un chercheur ou quelqu'un d'autre, sache qu'il y a un Canadien d'un certain poids et d'un certain âge qui a certains problèmes de santé. Je ne voudrais pas que mes assureurs soient au courant; je ne veux pas nécessairement que tous ces renseignements soient accessibles, mais les praticiens pourraient très bien savoir qu'une telle personne existe.

Je veux que les gens qui vont devoir travailler avec moi aient accès immédiatement à tous les renseignements sur mon identité. Je suis prêt à courir un petit risque pour cela; je courrais le petit risque que quelqu'un mette la main sur des renseignements que je préférerais ne pas lui donner à condition que les gens qui en ont besoin les aient. Je ne sais pas si le risque est le même que si mon dossier médical se retrouvait dans un film.

J'espère donc vraiment que nous allons trouver un terrain d'entente et que les provinces travaillent avec le gouvernement fédéral afin de modifier leur réglementation et leurs lois pour que ce soit possible un jour.

Observez-vous des progrès à cet égard, madame Stoddart?

Mme Jennifer Stoddart: Oui. Les choses évoluent constamment.

Je pense que tout le monde essaie très fort, en toute bonne foi, de trouver des solutions aux obstacles à la création de dossiers de santé électroniques et aux possibilités qu'ils présentent pour améliorer la santé des Canadiens. Il y a beaucoup de questions complexes juridiques, organisationnelles et sociales à régler, parce que comme vous l'avez mentionné, il n'est pas seulement question de moi et de mon médecin, de moi et mon infirmière, de moi et ma famille; il y a toute l'industrie, il y a l'infrastructure, il y a le flou grandissant autour des secteurs publics et privés, il y a les coûts de la mise au point de médicaments spécialisés efficaces, il y a l'industrie pharmaceutique et il y a les considérations internationales.

Ainsi, nous travaillons tous intensément à l'élaboration de définitions qui préservent nos valeurs sans créer d'obstacles, et je pense que tout le monde coopère très bien dans cette discussion très intense.

L'hon. Robert Thibault: Merci.

Monsieur Alvarez, quasiment tous les médecins praticiens qui ont comparu devant le comité nous ont dit qu'ils seraient prêts à déclarer tous les événements indésirables ou à peu près — alors qu'en général, on nous dit que 10 p. 100 des événements indésirables graves sont signalés — s'il y avait une méthode de suivi simple et efficace après. Je ne sais pas comment on pourrait définir un tel

système, mais il devrait leur dire à quoi ils auraient dû s'attendre; qu'ils auraient dû s'attendre à ces effets puisqu'ils étaient raisonnablement prévisibles ou qu'il existe telle solution de rechange. Il faudrait donc la participation du médecin, de Santé Canada, mais aussi de l'industrie, des fabricants de produits pharmaceutiques et des personnes qui en ont fait l'expérience.

Je suis très heureux d'entendre parler de vos avancées, mais y arriverons-nous? Tous ces efforts aboutiront-ils à un dialogue dans les deux sens avec les médecins?

M. Richard Alvarez: Monsieur le président, avant de répondre directement à cette question, je dois dire que notre rôle principal consiste à offrir les meilleurs soins possibles au point de service. Ce rôle comprend de prévenir les effets indésirables des médicaments.

Un peu avant, quelqu'un a fait une observation sur les coûts. Selon des études réalisées au Canada, de 9 000 à 24 000 Canadiens sont tués ou atteints de blessures graves chaque année. La plupart de ces accidents pourraient être évités, et 70 p. 100 d'entre eux découlent de l'usage de liquides et de médicaments, des effets indésirables de médicaments. En général, les personnes âgées prennent au moins 12 médicaments, donc pour prévenir les événements indésirables, les systèmes que nous finançons permettront aux spécialistes, dès le moment de la prescription, de connaître les antécédents médicaux de la personne et de voir ce qu'on peut lui prescrire, si un médicament risque d'avoir un effet indésirable sur elle compte tenu de ce qu'elle prend déjà. Voilà pour le volet prévention.

Il serait certainement possible de prévenir les événements indésirables à l'échelle de la population ou dans certains cas, de prévenir des effets imprévus quand on essaie de guérir un malaise mais que du coup, on augmente le risque cardiovasculaire. Dès qu'on étudie un peu qui prend tel médicament, quels en sont les résultats en tout temps et pourquoi ces résultats... ou pourquoi les tests en laboratoire ont échoué... Il serait certainement possible de réutiliser certaines données.

Nous commençons à peine à signaler ces événements en Colombie-Britannique, où je crois qu'il y a quatre des six régions médicales qui signalent les événements indésirables observés dans les unités néonatales. D'après ce que je comprends et ce que comprend certainement le clinicien qui s'en occupe, c'est assez facile à faire, et l'exercice fait augmenter beaucoup le nombre de cas signalés et améliorer les mécanismes de rétroaction pour prévenir d'autres cas à l'avenir.

• (1220)

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup.

L'hon. Robert Thibault: Monsieur le président, il me reste 20 minutes.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Je vous le dirai la prochaine fois que vous aurez 20 minutes.

Des voix: Oh, oh!

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Monsieur Tilson, la parole est à vous.

M. David Tilson (Dufferin—Caledon, PCC): Merci, monsieur le président.

Mes questions ou observations s'adressent directement à la commissaire Stoddart.

J'aime toujours connaître votre point de vue parce que la protection de la vie privée pose beaucoup de défis. J'ai très hâte de lire le jugement que vous avez cité dans votre exposé, le jugement de la Cour fédérale, particulièrement la partie où le tribunal affirme que la protection de la vie privée prime sur l'accès à l'information, et ce n'est pas la première fois que nous l'entendons. Une telle déclaration m'amuse toujours, surtout que comme beaucoup d'entre nous, je viens d'une petite collectivité et que dans les petites collectivités, il n'y a pas de secret. Il est impossible de garder un secret dans une petite collectivité. Je comprends tout de même.

J'aimerais toutefois en débattre, parce qu'on nous dit que pour que Santé Canada étudie les réactions indésirables graves, il faut tenir compte d'une foule de choses. Le médecin peut avoir fait une gaffe dans sa prescription. La personne peut avoir décidé de prendre huit pilules plutôt que quatre. Il peut y avoir des antécédents génétiques qui entrent en ligne de compte. Il peut y avoir toutes sortes de facteurs directement liés à la personnes. Nous savons que quand les médecins découvrent qu'une personne a une maladie transmissible, ils ont l'obligation d'en informer son conjoint. Nous savons que quand un enseignant, par exemple, découvre qu'un enfant a peut-être été abusé ou qu'il porte des marques de violence, la loi est de son côté et il doit le signaler.

Je vais donc vous poser la question: comment le gouvernement peut-il étudier convenablement les réactions indésirables graves s'il ne connaît pas l'identité de la personne?

Mme Jennifer Stoddart: Monsieur le président, il vaudrait sans doute mieux que j'explique au comité les circonstances entourant l'affaire à laquelle je faisais référence. En règle générale, la protection des renseignements personnels a préséance sur l'accès à l'information.

Une réalisatrice de la CBC avait fait des démarches auprès du Commissariat à l'information du Canada pour accéder aux résultats de la base de données CADRIS sur les effets indésirables des médicaments, dossier auquel ma collègue, Mme Kosseim, a travaillé. Je peux d'ailleurs lui demander de compléter mes observations, puisqu'elle connaît bien l'affaire.

Si je comprends bien, Santé Canada détenait tous les renseignements personnels des sujets de l'étude. Le problème ne découlait pas d'un manque de renseignements. Je crois en effet que la base de données contenait 60 ou 80 champs d'information, dont la plupart pouvaient être divulgués à la requérante. Le débat portait plutôt sur les champs que le commissaire à l'information a refusé de diffuser, particulièrement celui contenant la province de résidence des sujets. Ce genre de détail n'est généralement pas considéré comme un renseignement personnel, mais Santé Canada était d'avis que — et nous abondons dans le même sens — les journalistes, s'ils avaient été en possession de cette donnée, auraient pu deviner l'identité exacte des victimes en examinant les avis de décès.

J'estime, monsieur le président, que cela ne devrait d'aucune façon porter préjudice à Santé Canada ni à l'étude scientifique sur les effets indésirables des médicaments. En fait, le Ministère possédait même les noms des sujets.

• (1225)

M. David Tilson: Sauf qu'ici, comme quelqu'un l'a mentionné, nous traitons d'événements qui débordent des frontières de ce pays, un aspect dont nous devrions sans doute tenir compte. Nous importons des médicaments d'autres pays. Pour que le Ministère puisse étudier quelque chose adéquatement, pour qu'il soit en mesure

de découvrir si un médicament pose problème, l'identité de la personne doit parfois être nécessaire pour déterminer correctement si le médicament est sûr ou non.

Nous avons tous été témoins de problèmes avec les renseignements détenus par l'Agence du revenu du Canada. Nous avons l'option de leur faire signer un formulaire de consentement. Mais qu'arrive-t-il si la personne refuse de le signer? J'imagine que la même chose pourrait se produire avec les médicaments. Si un pharmacien, un médecin ou un autre professionnel de la santé reçoit un patient qui a souffert des effets indésirables d'un médicament, il l'informerait qu'il doit signaler son cas et devra sans doute lui faire signer un formulaire de consentement. Je ne sais pas si le patient va vraiment accepter de le signer. Qu'arrivera-t-il s'il refuse de signer le formulaire de consentement ou s'il veut que personne ne sache qu'il a eu ces effets indésirables? Et si Santé Canada n'est pas mis au courant de ces effets indésirables, comment le grand public pourra-t-il profiter de cette information?

Mme Jennifer Stoddart: Monsieur le président, le député soulève un point très pertinent quant au droit de savoir du public par rapport au droit de chacun de protéger sa vie privée. Il n'existe toutefois pas de réponse universelle. Je crois qu'il faudrait établir un cadre législatif pour des cas comme celui-là. Si on tente d'examiner quelque chose d'aussi important que les effets indésirables de médicaments qu'on administre à une vaste portion de la population, l'organisme de réglementation devra nécessairement obtenir le plus de renseignements personnels possible pour assurer un suivi adéquat du médicament. Autrement, on risque fort de retrouver des médicaments dangereux sur le marché.

M. David Tilson: Est-ce que j'ai encore du temps?

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Vous avez juste assez de temps pour dire « merci ».

M. David Tilson: Merci.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): La parole est maintenant à Mme Thi Lac.

[Français]

Mme Ève-Mary Thaï Thi Lac (Saint-Hyacinthe—Bagot, BQ): Bonjour. Je veux d'abord vous aviser que je ne suis pas membre permanent du comité. Je remplace aujourd'hui ma collègue Mme Gagnon. Je vais probablement partager mon temps de parole avec M. Malo. J'étais également présente au comité mardi dernier afin de remplacer un collègue.

On sait que le système actuel d'avis et de mise en garde de Santé Canada est défaillant. Je vais vous donner un exemple. J'ai été assez estomaquée d'apprendre au mois d'août dernier qu'un avis avait été émis concernant un médicament que j'utilise moi-même. En novembre, je suis allée renouveler une ordonnance de ce médicament, mais on ne m'a pas informée qu'il avait fait l'objet d'un avis. Évidemment, si l'avis indiquait de ne pas s'exposer au soleil pendant la période où le médicament est pris, les effets malheureux liés à cette contre-indication seraient moins importants pour moi que s'ils étaient liés à un malaise cardio-vasculaire.

Il est important que le consommateur soit avisé. La protection de la vie privée devrait passer avant tout. Présentement, les utilisateurs de certains médicaments ne sont même pas informés que des avis sont émis par Santé Canada.

Je vais vous donner un exemple bien simple. Si votre automobile fait l'objet d'un rappel du manufacturier, vous serez informé par lettre que vous devez la rapporter chez le concessionnaire ou au garage pour la faire réparer. Or, dans le cas présent, si les gens ne sont même pas informés que la prise d'un médicament comporte peut-être un risque, il est clair que la défaillance du système d'avis et de mise en garde n'assure pas leur protection.

Mme Sheila Fraser: Monsieur le président, comme je l'ai mentionné déjà, nous nous sommes penchés en 2004 sur la réglementation du matériel médical ainsi que sur tout le système de communication et de stratégie destiné à aviser les consommateurs. Dans le rapport du Comité d'étude des instruments médicaux, on a noté qu'au début des années 2000, je crois, la stratégie de communication laissait beaucoup à désirer. On a aussi remarqué que Santé Canada n'avait ni plan de communication ni stratégie pour bien évaluer la situation. Évidemment, ce ministère communiquait de diverses façons et disposait de différents outils, mais il ne vérifiait pas si ces outils étaient efficaces.

À cette époque, nous avons aussi mené des entrevues dans 19 hôpitaux et centres hospitaliers, et nous avons demandé aux personnes interrogées quelle était leur perception à l'égard des communications de Santé Canada. Ces personnes nous ont dit que pour ce qui était des sujets préoccupants, Santé Canada n'était pas leur principale source d'information, que ses avis arrivaient souvent beaucoup trop tard pour être utiles.

J'ai trouvé intéressant que vous mentionniez l'exemple du rappel des automobiles. En effet, nous en avons parlé pour donner l'exemple d'un processus qui pourrait être mis en place. On mentionne également d'autres processus dans le rapport.

• (1230)

Mme Ève-Mary Thai Thi Lac: Merci.

M. Luc Malo: Reste-t-il du temps?

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Une minute.

M. Luc Malo: Madame la vérificatrice générale, combien coûterait la mise sur pied d'un programme efficace d'évaluation post-commercialisation?

Mme Sheila Fraser: Hé bien, c'est une question qu'il faudrait poser au ministère. Comme je l'ai mentionné, celui-ci devrait d'abord déterminer quelles activités sont requises.

M. Luc Malo: Mais pour ce qui est de rencontrer les objectifs du programme?

Mme Sheila Fraser: Ça dépend de la façon dont les objectifs sont définis.

M. Luc Malo: Vous ne les avez pas étudiés?

Mme Sheila Fraser: Non. Par contre, nous avons dit que le ministère devrait le faire.

En 2004, nous avons noté que les gens du ministère avaient effectué des analyses portant sur une partie du programme. Ils avaient estimé qu'il fallait environ 75 personnes pour la partie médicament. Or il n'y en avait que 37.

Bref, le ministère avait fait des analyses sur ses besoins en ressources concernant les activités de post-commercialisation.

M. Luc Malo: Merci.

[Traduction]

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci.

Nous écoutons maintenant M. Brown.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Merci.

J'apprécie les témoignages que j'ai entendus jusqu'à maintenant.

J'ai bien étudié la question avant la réunion du comité, et j'aimerais que vous me parliez plus longuement des enjeux particuliers qui touchent la Loi sur la protection des renseignements personnels et l'utilisation que fait le gouvernement du Canada des dossiers de santé électroniques, de même que d'autres données sur le patient, aux fins de la surveillance post-commercialisation. Pensez-vous que cela pose problème en ce qui a trait à la protection des renseignements personnels contenus dans les documents électroniques?

Mme Jennifer Stoddart: En effet, l'utilisation par le gouvernement du Canada d'informations personnelles, notamment les renseignements de nature délicate comme ceux qui concernent la santé, cause certaines difficultés. Ce qui est inquiétant, à mon avis, ce n'est pas que Santé Canada détienne ce genre d'information dans ses bases de données aux fins de la recherche (on a évidemment besoin de beaucoup de détails, et j'ai d'ailleurs indiqué le nombre de champs d'information que contenait la base de données CADRIS), mais bien de savoir qui pourra accéder à ces bases de données et quels champs seront divulgués. J'ai cité en exemple l'affaire juridique à laquelle nous avons pris part: quelles données allaient être divulguées aux chercheurs, aux hôpitaux universitaires, à la compagnie pharmaceutique, etc.?

Comme le ministère redouble d'efforts dans le domaine de la surveillance post-commercialisation et de l'étude des effets indésirables des médicaments, je crois qu'il voudra s'assurer de tenir compte de ces aspects. Il mènera sans doute une évaluation des facteurs relatifs à la vie privée, qu'il transmettra à notre bureau, comme l'exigent les lignes directrices du Conseil du Trésor. Nous ferons des observations en temps et lieu.

• (1235)

M. Patrick Brown: Je pense que le gouvernement fait beaucoup d'exploration des données dans ses bases administratives afin d'évaluer les risques pour la santé. Quelles normes devrait-on appliquer pour protéger les renseignements personnels dans l'utilisation de nos propres bases de données administratives?

Mme Jennifer Stoddart: Nous avons récemment interrogé les ministères à propos de cette pratique. D'après les réponses que nous avons obtenues, elle n'est peut-être pas aussi répandue que ce que l'on pourrait croire. En vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels, le gouvernement du Canada peut exercer son pouvoir discrétionnaire pour utiliser des données recueillies à d'autres fins, à condition qu'il s'agisse d'usages compatibles.

M. Patrick Brown: Il y a une question que j'ai posée à plusieurs témoins depuis qu'on étudie le sujet. Il s'agit de savoir comment on peut utiliser plus efficacement les communications électroniques pour documenter les ordonnances émises. Les premières craintes ont été exprimées par l'Association médicale canadienne, qui déplorait le fait qu'elle n'avait pas accès aux données en temps réel. Avez-vous des réserves à l'égard des appareils portatifs utilisés pour accéder aux dossiers des patients ou pour obtenir des mises à jour instantanées de Santé Canada à propos des risques pour la santé? Y a-t-il de nouveaux éléments à l'égard desquels il faudrait être particulièrement prudent en ce qui a trait à la protection des renseignements personnels?

Mme Jennifer Stoddart: C'est une question intéressante qui nous ramène à la problématique de la sécurité et de la confidentialité des dossiers de santé électroniques. Bien qu'ils soient plus efficaces, les dossiers de santé électroniques sont ironiquement beaucoup plus vulnérables si toutes les précautions nécessaires ne sont pas mises en oeuvre. C'est un défi de taille pour tout le monde.

Une des premières études que mon bureau a commandées, il y a environ quatre ans, portait sur les appareils mobiles qu'utilisent les médecins dans les hôpitaux de l'ensemble du Canada pour aller chercher des données personnelles dans les dossiers des patients, de même que sur les risques que cela comporte pour la protection des renseignements personnels. On en apprend un peu plus chaque jour sur les dangers du réseau de communication Wi-Fi; le problème, c'est qu'il faut constamment mettre à jour les niveaux d'encryptage pour se protéger des pirates qui sont de plus en plus rusés.

Vu la nature délicate de la plupart de ces données, qui peuvent parfois s'accompagner de renseignements personnels, tout cela est très problématique. Je crois que des organisations comme Inforoute se buttent constamment à ce genre de difficultés dans leurs efforts pour assurer la sécurité, une entreprise de plus en plus ardue.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup.

La parole est maintenant à Mme Wasylycia-Leis.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Merci, monsieur le président.

Madame Stoddart, j'ai l'impression que l'industrie invoque souvent l'excuse de la confidentialité pour ne pas fournir des renseignements clairs, honnêtes et transparents à propos des effets indésirables, des problèmes éprouvés avec les médicaments et des questions de sécurité. Comment éviter cela? Comment pouvons-nous dissocier les préoccupations légitimes en matière de protection de la vie privée de la nécessité d'avoir un système ouvert et transparent?

Mme Jennifer Stoddart: Monsieur le président, puis-je demander à l'honorable députée de préciser si elle parle de la capacité pour les gens d'accéder à leur propre information personnelle que détiennent les entreprises ou de l'accès à ces renseignements par des tiers?

Mme Judy Wasylycia-Leis: Je parle de l'information concernant les gens et les effets indésirables des médicaments, de même que du fait que l'industrie est plutôt réticente quand vient le temps de fournir au gouvernement et aux consommateurs l'information dont ils ont besoin pour faire des choix éclairés. Elle utilise parfois la confidentialité comme prétexte pour se défilier. Mais est-ce bien justifié? N'existe-t-il pas un moyen simple et direct de fournir des renseignements qui ne révèlent pas l'identité des personnes concernées? Est-ce que ce ne serait pas tout aussi valable?

Mme Jennifer Stoddart: Merci pour la question.

La Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques, qui s'applique au secteur privé, régit beaucoup d'organisations au Canada. Les provinces disposent de lois semblables, même si elles ne sont pas aussi rigoureuses. Il est très inquiétant selon nous que des organisations interprètent la loi de façon à ce que les gens n'aient pas accès à leurs propres renseignements personnels — il faut se rappeler qu'une loi peut être interprétée de bien des manières. Nous avons d'ailleurs porté devant la Cour fédérale une affaire traitant justement de la capacité d'une personne d'accéder ou non à son dossier personnel, qui était détenu en l'espèce non pas par une société pharmaceutique, mais par une compagnie d'assurances.

Puis-je demander à Mme Kosseim, qui avait plaidé dans cette affaire, de vous en parler? Nous nous intéressons beaucoup à cette question.

● (1240)

Mme Judy Wasylycia-Leis: Bien sûr, mais la question n'était pas tellement d'accéder à nos propres renseignements, quoiqu'il s'agisse d'une préoccupation légitime. Là où j'ai des réserves, c'est que les entreprises, sous prétexte de protéger la confidentialité de l'information, affirment qu'elles ne peuvent fournir de données sur les effets indésirables et les problèmes éprouvés avec les médicaments sur le marché... Nous devons trouver un moyen pour obliger l'industrie à remplir ses obligations et à rendre des comptes, ce qu'elle ne fait pas à l'heure actuelle. Je veux simplement m'assurer que la question de la confidentialité ne sert pas d'échappatoire.

Mme Jennifer Stoddart: Ce comité tente de déterminer si des mesures législatives permettraient de remédier à cette situation. Il y a plusieurs moyens de permettre au grand public d'accéder aux données scientifiques et de rendre ces dernières plus transparentes, tout en brouillant l'identité des personnes concernées. Je vous en ai d'ailleurs donné un exemple.

Pour ce qui est de l'autre dossier dont les tribunaux ont été saisis, on a affaire à une analyse au cas par cas de nature très délicate, mais il est possible de rendre anonymes les résultats globaux qui seront diffusés.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Madame Fraser, vous avez beaucoup travaillé et écrit sur les cadres de réglementation. En 2000, vous avez parlé de l'influence croissante de l'industrie sur le processus réglementaire, ainsi que de la mondialisation et de l'uniformisation des processus dans l'ensemble du secteur. On émet beaucoup de réserves à cet égard, ce qui a poussé certaines personnes à laisser entendre que la seule façon pour le gouvernement d'agir de manière responsable en la matière et de veiller à ce que les médicaments qui ont été mis sur le marché soient analysés de façon équitable et objective, c'est d'établir une commission indépendante n'ayant aucun lien avec l'industrie ni avec le ministère, qui semble ne plus avoir la confiance de la population.

Qu'en pensez-vous?

Mme Sheila Fraser: Monsieur le président, je suis certaine que Mme Wasylycia-Leis comprendra qu'il s'agit plutôt ici d'une question de politique, et nous ne pouvons formuler de commentaires sur les politiques.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Vous n'êtes pas tenue de répondre.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Je comprends parfaitement.

Mais si l'on se place d'un point de vue objectif, sans entrer dans les rouages de Santé Canada, il y a toujours la possibilité de prévoir, dans le cadre de réglementation, l'établissement d'une entité indépendante, un conseil consultatif ou une commission d'évaluation, afin de s'assurer que les médicaments mis sur le marché sont sans danger.

Mme Sheila Fraser: Tout ce que je peux vous dire, et je l'ai mentionné plus tôt, c'est qu'en 2004, dans le cadre de l'examen des matériels médicaux, nous avons étudié les activités liées à l'homologation et avons constaté que le Ministère menait les différents processus conformément à ses politiques internes. Maintenant, s'il décide d'établir un comité indépendant, cela permettrait sans doute d'assurer encore plus de rigueur. Mais rien n'indiquait que leurs processus internes posaient problème. À l'époque, ce qui semblait encore plus problématique, c'est le temps qu'il fallait pour mettre en marché un produit et les retards qu'on accusait à cet égard.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup.

Nous allons poursuivre avec Mme Davidson.

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

Merci beaucoup à nos témoins.

Monsieur Alvarez, vous avez parlé d'un projet pilote concernant la collecte de réactions indésirables à un service de néonatalité en Colombie-Britannique. Vous avez dit que vous aviez connu un certain succès, ou que vous le pensiez, avec ce projet alors que vous le mettez à l'essai. Pourriez-vous nous en parler davantage et nous dire comment on procède? À qui incombe la responsabilité de communiquer les renseignements et à qui les communique-t-on? Une des choses que nous avons entendues de différents secteurs, c'est qu'on aurait peut-être besoin de fournir une rémunération à cause du temps que cela exige, etc. Peut-être pourriez-vous nous en dire un mot?

Et comment ces renseignements sont-ils recueillis et répartis dans un sens large? Quelle est l'ampleur du réseau qui s'en sert?

M. Richard Alvarez: Monsieur le président, je vais demander à M. Sheridan de répondre à cette question vu qu'il est intimement impliqué dans le projet?

M. Mike Sheridan: Je ne suis pas certain d'être impliqué intimement dans le projet mais c'est assurément un projet pilote. Il était destiné à montrer des techniques innovatrices.

L'innovation consistait à changer la façon de communiquer les données en l'occurrence dans ce service de néonatalité, en assumant qu'une fois mise en place, cette formule pourrait être utilisée dans d'autres institutions, établissements de santé, dans d'autres genres d'établissements médicaux.

L'idée, c'était qu'avant la mise en oeuvre de ce système en particulier, la majorité des données étaient transmises sur papier, et comme l'a dit M. Alvarez, notre système de santé sur papier n'a pas vraiment bonne mine. Donc le système qui a été mis en place était très normalisé, pouvait servir aux utilisateurs d'ordinateur et avait une application Web. Tout cela semble bien compliqué mais en réalité il suffisait de cliquer, d'insérer l'information, laquelle s'en allait à une autre base.

Qui y participait? Pour que les dossiers de santé électroniques fonctionnent, il faut qu'ils soient utilisés par le personnel du secteur des soins de santé. Les trois hôpitaux qui ont participé à ce projet en particulier avaient une approche sensationnelle. Ils ont créé une équipe, et bien entendu, dans les services de néonatalité, tout le monde faisait partie de l'équipe — les médecins, les infirmières et le personnel. En fait, lorsque nous avons eu un exposé lors de la dernière réunion de notre conseil d'administration, ils avaient confectionné ces petits boutons qui disaient « Je fais partie de l'équipe ». Et, bien entendu, tout le monde essayait de faire de même.

En matière d'adoption, le processus était un effort d'équipe au sein des hôpitaux proprement dits. Le résultat, en matière de divulgation, était un outil sur le Web qui était beaucoup plus facile à utiliser et beaucoup plus accessible que la solution papier qui existait auparavant.

Enfin, toutes ces données étaient regroupées dans une base de données centralisée, où « l'équipe » pouvait s'en servir afin de donner de meilleurs soins et d'assurer un meilleur suivi.

• (1245)

Mme Patricia Davidson: Est-ce que ces données ont été fournies à Santé Canada ou ont-elles été utilisées à l'interne par l'équipe?

M. Mike Sheridan: Il s'agissait d'une application clinique dans trois hôpitaux de Vancouver.

Mme Patricia Davidson: Pour ce qui est de la divulgation des réactions indésirables, ce système pourrait-il être appliqué à Santé Canada?

M. Mike Sheridan: C'est un peu tôt avec ce système en particulier, mais assurément l'évaluation des avantages et la mise en oeuvre, l'utilisation, etc. ne sont pas entièrement terminées. Nous voudrions connaître les résultats de cette analyse.

Nous avons également un projet analogue qui est lancé à Terre-Neuve.

Je crois que c'est un peu tôt pour ce qui est de l'application de cette formule à un système pancanadien de divulgation des données.

Mme Patricia Davidson: Est-ce que des problèmes de confidentialité se sont posés, vu qu'il s'agissait d'une divulgation de données en circuit fermé?

M. Mike Sheridan: Une évaluation d'impact sur la confidentialité a été effectuée avant les investissements par Inforoute santé. Les résultats de cette évaluation n'ont pas révélé quoi que ce soit de particulièrement négatif ou problématique en ce qui concerne la confidentialité.

Mme Patricia Davidson: Merci.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci beaucoup.

Voici qui conclut notre séance de ce matin. Nous allons passer au huis clos. Mais auparavant, nous ferons une courte pause.

J'aimerais remercier les témoins de...

L'hon. Robert Thibault: S'agit-il d'une motion à huis clos? Je ne pense pas qu'il faille être au huis clos.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Pas de problème. Merci.

Merci beaucoup à tous les témoins.

Nous allons faire distribuer la motion pour que tout le monde en ait un exemplaire.

Un rappel au Règlement, oui, monsieur.

M. Steven Fletcher: Rappel au Règlement. Sur l'ordre du jour on dit à huis clos.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Attendons un instant jusqu'à ce que les témoins soient sortis. Nous allons régler le problème.

Voulez-vous bien quitter la salle, s'il vous plaît?

Monsieur Fletcher, vous avez dit que vous vouliez...

• (1250)

M. Steven Fletcher: Oui. J'invoquais le Règlement pour dire que, selon l'ordre du jour, nous abordons les travaux du comité et que cela se fait à huis clos.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Le comité a le choix. Mais comme l'auteur de la motion veut qu'on le fasse en public, nous allons le faire en public.

M. Steven Fletcher: Eh bien...

M. David Tilson: J'invoque le Règlement monsieur le président je veux donner mon avis là-dessus.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Vous pouvez donner votre avis si vous voulez...

M. David Tilson: Je veux commenter un rappel au Règlement.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Quel est votre rappel au Règlement, monsieur Tilson?

M. David Tilson: Sommes-nous en séance, monsieur le président? Il y a encore des gens dans la salle.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Oui, nous sommes en séance.

M. David Tilson: D'accord, monsieur le président je comprends que cet avis de motion a été présenté par M. Thibault. Nous avons eu un certain nombre de séances sur des questions concernant les donneurs d'organes. Nous en avons eu au moins pendant quatre heures. Est-ce bien quatre heures, madame la greffière? Je crois que la motion peut être recevable mais il s'agit en somme d'une autre façon de réclamer un rapport.

Mme Wasylycia-Leis a soulevé cette question...

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Monsieur Tilson, ce n'est pas un rappel au Règlement.

M. David Tilson: Si, monsieur le président, c'en est un.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Non, c'est un débat.

M. David Tilson: Monsieur le président j'aimerais terminer mon rappel au Règlement.

Mme Wasylycia-Leis a soulevé cette question pour savoir si nous allions rédiger un rapport et ce...

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Monsieur Tilson, il s'agit d'un débat sur la motion.

M. David Tilson: Non, pas du tout, monsieur le président. Je dirais respectueusement...

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): En outre, le député n'a pas encore présenté sa motion.

M. David Tilson: Dans ce cas, vous allez me donner l'occasion d'invoquer le Règlement après qu'il aura présenté sa motion. Je vais dire la même chose.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Il s'agit d'un débat. Ce n'est pas un rappel au Règlement.

M. David Tilson: Monsieur le président, je propose que cette question soit renvoyée à des délibérations à huis clos parce que, en fait, c'est une autre façon de discuter du contenu d'un rapport et normalement, lorsqu'on parle d'un rapport, on le fait lors d'une audience à huis clos. Je ne me souviens pas monsieur le président d'avoir jamais assisté à une séance de comité où l'on discutait d'un contenu d'un rapport en séance publique.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): D'accord, je vous comprends. Ce que vous voulez dire c'est que vous voulez que nous siégeons à huis clos.

M. David Tilson: C'est l'objet de mon rappel au Règlement.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Très bien ça a pris du temps pour arriver au rappel au Règlement. Merci.

M. David Tilson: Je m'en excuse. C'est ma façon de faire.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): C'est ce qui me plaît chez vous.

Je pense que nous pouvons...

M. Steven Fletcher: Sur un sujet différent...

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Excusez-moi. Pourrais-je avoir un vote à main levée pour savoir si nous allons...

M. David Tilson: Monsieur le président, je sais que vous allez demander que l'on vote là-dessus. Je dis que normalement, lorsqu'on discute d'un rapport, une motion n'est pas nécessaire. C'est une question qui est traitée lors des délibérations à huis clos. Pouvez-vous me citer un comité...

Une voix: Eh bien, monsieur le président...

M. David Tilson: Excusez-moi.

Monsieur le président, pouvez-vous me dire si un comité a déjà discuté...

Une voix: J'essaie de vous aider, David.

M. David Tilson: ... du contenu d'un rapport lors d'une séance publique? Je ne me rappelle pas que ce soit déjà arrivé.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Nous ne discutons pas d'un rapport, monsieur Tilson.

M. David Tilson: C'est pourtant ce qui est indiqué ici, monsieur le président.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Nous discutons d'une motion afin de déterminer si nous nous réunissons à huis clos ou non.

L'hon. Robert Thibault: J'invoque le Règlement. Pour aider le comité et faciliter les choses pour tout le monde, je suis prêt à discuter immédiatement de la motion à huis clos.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): C'est de que je voulais savoir.

Monsieur Malo.

[Français]

M. Luc Malo: Monsieur le président, la question que soumet M. Thibault est tout à fait pertinente. Cependant, les deux membres de notre caucus qui ont étudié cette question sont M. Réal Ménard et Mme Christiane Gagnon. Ils ne sont pas ici aujourd'hui.

À l'ordre du jour, il n'est pas indiqué que cette motion allait être étudiée. Donc, je n'ai pas étudié cet avis de motion avec les deux personnes de notre caucus qui se penchent sur la question. Donc, je demande à M. Thibault et à l'ensemble du comité de reporter à la semaine prochaine cette discussion, tout simplement parce que je veux que la position du parti que je représente soit claire à ce sujet.

• (1255)

[Traduction]

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Monsieur Thibault.

[Français]

L'hon. Robert Thibault: Il me semble, monsieur le président, que le temps passe, et il y aura certainement des débats et des rappels au Règlement qui nous feraient dépasser le temps alloué. Je suis d'accord avec le député.

Toutefois, je voudrais lui indiquer que nous avons donné avis de cette motion en-dedans du délai de 48 heures. Cette motion a été présentée au comité, et les députés en ont reçu copie. Ils ont eu l'occasion d'en discuter au sein de leur formation politique. Néanmoins, en guise de bonne foi, et si tout le monde est d'accord, je serais d'accord pour qu'on reporte cette discussion à mardi prochain, en séance publique.

[Traduction]

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Nous allons lever la séance et inscrire ce point à l'ordre du jour de la prochaine réunion.

Madame Wasylycia-Leis.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Je voudrais déposer la motion suivante, que je remettrai par écrit et qui pourrait également être examinée mardi. Elle se lit comme suit: que le Comité permanent de la santé prépare un rapport sur les audiences menées au sujet des critères régissant les donneurs d'organes, et notamment l'exclusion des gais comme donneurs, et qu'il le dépose à la Chambre des communes.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Madame Wasylycia-Leis, si c'est une nouvelle motion, vous deviez la remettre à la greffière. Nous l'examinerons dans le délai prescrit, une fois l'avis de motion déposé.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Ce que je veux dire, monsieur le président, c'est que je présente l'avis maintenant. Je vous ai lu la

motion. Je peux la coucher sur papier pour faciliter les choses, mais le délai de 48 heures commence dès maintenant.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Parfait. Déposez-la par écrit.

La prochaine séance aura lieu à huis clos.

M. Steven Fletcher: J'ai deux points à soulever, monsieur le président. J'aimerais que la greffière nous dise quelles mesures ont été prises pour corriger les renseignements erronés que contenait une lettre présentée au comité la semaine dernière, soit lors de la première réunion sur le sujet.

J'aimerais également faire une remarque concernant les fondements de ces motions. On nous a dit maintes reprises que la loi n'empêche pas les gais de donner leurs organes. Or, le comité ne semble pas tenir compte du témoignage de ceux qui appliquent la loi.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Quel était votre deuxième point?

M. Steven Fletcher: C'était celui-là.

Le premier portait sur la correction des informations erronées que des témoins ont fournies dans une lettre adressée au président et à la greffière la semaine dernière, première réunion sur le sujet.

J'ai ensuite fait remarquer que les hommes gais peuvent faire don de leurs organes. Je ne sais pas pourquoi nous prétendrions le contraire.

Le vice-président (M. Lui Temelkovski): Merci.

Je propose que nous nous penchions sur la question à la prochaine réunion. Nous pourrions prendre trente minutes pour examiner la motion et d'autres points à l'ordre du jour. Ce sera une séance publique, comme le souhaite M. Thibault.

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.