



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 014 • 2^e SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 28 février 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 28 février 2008

• (1105)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):
Bonjour, mesdames et messieurs.

Je voudrais souhaiter la bienvenue aux professionnels médicaux qui se joignent à nous aujourd'hui. Nous accueillons les représentants de l'Association médicale canadienne, de la Fédération des Ordres de médecins du Canada, du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels de l'Ontario et du groupe Canadian Men in Nursing.

Bienvenue à vous tous. Nous sommes ravis de pouvoir vous accueillir ce matin. Nous allons bientôt entendre vos exposés liminaires.

Mais, avant de faire cela, je voudrais rappeler aux membres qu'il faut prévoir environ 15 minutes, à la fin de la réunion, pour traiter la motion de Mme Wasylycia-Leis. Nous avons également un budget à examiner concernant les témoins futurs. Certains de nos témoins viennent de très loin, et il importe donc que nous traitions cette question dès aujourd'hui.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, je vous souhaite la bienvenue à cette cinquième réunion du comité sur la surveillance post-commercialisation des produits pharmaceutiques délivrés sur ordonnance ou sans ordonnance.

Je rappelle à nos témoins que chaque organisme disposera de 10 minutes pour faire un exposé liminaire. Je vous conseille de me regarder de temps à autre, car s'il le faut, je vais vous couper la parole, alors que je n'aime pas le faire. Je voudrais simplement m'assurer que chacun aura l'occasion de prendre la parole, et que tous les membres autour de la table pourront vous poser des questions. Nous allons entendre tous vos exposés avant d'ouvrir la période des questions.

Nous allons commencer par le Dr John Haggie, président de l'Association médicale canadienne.

Dr John Haggie (président, Groupe de travail du Conseil d'administration sur les enjeux pharmaceutiques, Association médicale canadienne): Merci beaucoup.

Bonjour, mesdames et messieurs. Au nom de l'Association médicale canadienne et des plus de 67 000 médecins dans toutes les régions du pays qui sont nos membres, je vous remercie de l'occasion qui m'est donnée aujourd'hui de participer à l'étude du comité sur la surveillance post-commercialisation des médicaments délivrés sur ordonnance.

En plus d'être le président du Groupe de travail du Conseil d'administration de l'AMC sur les enjeux pharmaceutiques, je suis médecin praticien d'Appleton, à Terre-Neuve; ainsi je suis également en mesure d'aborder les aspects cliniques de cette question.

Selon l'AMC, afin de permettre de surveiller l'innocuité et l'efficacité des médicaments utilisés au Canada, un système robuste

de surveillance post-commercialisation doit nécessairement comprendre des mécanismes efficaces de collecte de données sur la sécurité des médicaments, de même qu'un système de signalement simple, complet et convivial; une capacité d'analyse rigoureuse des données recueillies afin de cerner les menaces importantes à la sécurité des médicaments; et un système de communications produisant de l'information utile, distribuée aux prestataires de soins de santé et au public de façon opportune et facile à comprendre.

Le système actuel de surveillance post-commercialisation aura besoin d'améliorations considérables afin d'atteindre ces objectifs. Dans notre mémoire détaillé, l'Association médicale canadienne fait des recommandations qui devraient favoriser la santé et la sécurité optimales des patients tout en répondant aux besoins en matière d'information des professionnels de la santé et du public.

L'AMC recommande que Santé Canada ait les outils — y compris le pouvoir de réglementation, lui permettant d'imposer des études post-commercialisation sur les médicaments nouvellement approuvés si des essais cliniques indiquent des risques possibles pour la santé des utilisateurs, d'obliger les fabricants à divulguer de l'information si Santé Canada le juge utile à la prise de décision dans l'intérêt de la sécurité des patients, et d'agir si la recherche post-commercialisation révèle de nouveaux problèmes de sécurité. Il pourrait s'agir à ce moment-là d'obliger les fabricants à modifier les étiquettes de leurs produits ou à les retirer du marché.

Cependant, ces pouvoirs accrus seront parfaitement inutiles à moins que Santé Canada n'ait des ressources supplémentaires lui permettant d'analyser et d'évaluer les données qu'il reçoit. En l'absence de ressources additionnelles, l'augmentation du nombre de déclarations d'EIM ne fera qu'alourdir la somme de travail qui s'accumule sur le pupitre des analystes.

En 2007, un regroupement de centres de recherche canadiens a produit un document, soit un plan d'activités pour un réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments, où l'on proposait de créer un réseau intégré complet de centres d'excellence, afin d'appuyer l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments au Canada. Le comité devrait examiner ce concept et recommander qu'il soit retenu.

S'agissant du signalement des effets indésirables, il importe de souligner que ce n'est qu'un moyen parmi d'autres de recueillir des données sur l'innocuité des médicaments. Le gouvernement devrait également envisager des études post-commercialisation plus structurées afin de faire augmenter le nombre de déclarations spontanées. L'AMC reconnaît qu'un problème de sous-déclaration des effets indésirables existe à la fois au Canada et dans le monde entier. Ainsi nous sommes favorables à toute mesure permettant de renforcer la capacité canadienne de déclaration des EIM.

Il pourrait s'agir, entre autres, d'un système de déclaration convivial, d'une capacité de suivi améliorée, de l'établissement de liens avec des systèmes internationaux de surveillance post-homologation, de la sollicitation active de déclarations d'EIM de la part de tous les prestataires de soins de santé, et de l'établissement de certaines limites sur les éléments de déclaration. Il n'y a aucune raison de demander que l'on signale les effets secondaires de certains médicaments qui sont déjà connus. Les effets dont Santé Canada a le plus besoin d'être informé sont ceux qui sont inattendus ou que produisent des médicaments nouvellement homologués. Il faudrait également intégrer le mécanisme de déclaration des EIM directement dans le dossier médical électronique.

Notre liste ne comprend pas la déclaration obligatoire des effets indésirables des médicaments. À notre avis, si l'on crée un système intégré, efficace et efficace de surveillance post-commercialisation, les médecins y participeront activement. Si on les oblige à participer avant que le système ne soit en place, il en découlera aliénation, frustration et échec. D'ailleurs, nous insistons sur le fait que le signalement des effets indésirables par les prestataires de soins de santé seulement ne correspond pas à un système de surveillance rigoureux.

La surveillance post-commercialisation ne peut fonctionner dans le vide. À notre avis, le gouvernement doit prendre d'autres mesures afin de favoriser l'innocuité et l'efficacité des médicaments. Un système de surveillance efficace suppose l'accès à des données en temps réel. Ainsi l'AMC recommande vivement que les gouvernements investissent dans des technologies auxiliaires qui augmenteraient de beaucoup la capacité des médecins de signaler aux autorités les effets indésirables des médicaments.

•(1110)

Il importe également de s'assurer que les nouveaux médicaments d'ordonnance, notamment ceux qui présentent des améliorations notables par rapport aux produits déjà sur le marché, soit mis aussi rapidement que possible à la disposition des personnes qui pourraient en bénéficier. Cependant, l'amélioration du système de surveillance post-commercialisation ne soit pas servir de prétexte pour baisser les normes applicables à l'examen préhomologation.

L'AMC favorise l'adoption d'une approche axée sur les risques pour l'évaluation de l'innocuité des médicaments, de même que des exigences réglementaires qui sont plus rigoureuses pour les produits présentant davantage de risques et moins rigoureuses pour ceux qui présentent moins de risques. Il est essentiel que les professionnels de la santé et le public aient accès à tous les renseignements — tant positifs que négatifs — au sujet des nouveaux produits. Santé Canada devrait mettre les résultats de toutes les études cliniques à la disposition des professionnels de la santé et du public. Toutefois, les médecins sont d'avis que la publicité directe aux consommateurs au sujet des médicaments d'ordonnance gonfle le marché des médicaments qui pourraient être risqués et ne donne pas aux consommateurs suffisamment de renseignements pour leur permettre de faire des choix appropriés. Nous recommandons donc que la publicité directe aux consommateurs visant un produit spécifique ne soit pas permise au Canada et que l'on élimine les échappatoires qui permettent actuellement un volume limité de promotion de médicaments de marque.

Les Canadiens ont droit à de l'information impartiale et exacte sur les médicaments d'ordonnance et d'autres thérapies afin de pouvoir prendre des décisions éclairées. Le gouvernement fédéral devrait donc élaborer et financer un programme intégré permettant de produire des renseignements exacts et impartiaux sur les médicaments d'ordonnance à l'intention tant des patients que des

professionnels de la santé. L'AMC est prête à collaborer avec d'autres intervenants clés pour répondre à ce besoin dans le cadre d'un programme intégré de promotion de l'établissement optimal d'ordonnances et de surveillance des pharmacothérapies par les professionnels de la santé. Un tel programme devrait reposer, non pas sur des sanctions, mais plutôt sur l'éducation, y compris les détails théoriques objectifs, afin de garantir que l'information que reçoivent les professionnels de la santé est exacte et impartiale; faire appel aux technologies de l'information et aux outils de pratique; être organisé et mis en oeuvre avec la participation d'organisations de professionnels et de patients; et inclure des stratégies visant à améliorer la connaissance que les patients ont des régimes de pharmacothérapie et à les amener à mieux s'y conformer.

L'Association médicale canadienne élaborera sa vision d'un programme d'établissement optimal d'ordonnances et commencera à en appliquer des éléments au cours de la prochaine année. L'AMC félicite à la fois le comité permanent et Santé Canada de leur intention de mettre en place un système robuste de surveillance post-commercialisation au Canada. Les médecins du Canada sont prêts à collaborer avec les gouvernements, les professionnels de la santé et le public pour renforcer le système afin de garantir que les médicaments d'ordonnance que les Canadiens reçoivent sont sécuritaires et efficaces.

Je vous remercie.

•(1115)

La présidente: Merci, docteur Haggie.

La parole est maintenant à M. Douglas Anderson de la Fédération des Ordres de médecins du Canada.

Monsieur Anderson, êtes-vous médecin aussi?

M. Douglas Anderson (président désigné, Fédération des ordres de médecins du Canada): Non, je ne suis pas médecin.

La présidente: Merci.

Je préfère toujours dire « docteur » lorsque je m'adresse à un médecin. Je veux m'assurer d'employer le bon titre.

Merci, monsieur Anderson. Vous avez la parole.

M. Douglas Anderson: Madame la présidente et membres du comité, je vous remercie de l'occasion qui m'est donnée aujourd'hui de présenter le point de vue de la Fédération sur la question importante de la surveillance post-commercialisation. Je m'appelle Douglas Anderson, et je suis le président désigné de la Fédération des ordres de médecins du Canada, soit la FOMC. Je suis également le registraire adjoint de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

Je me présente devant vous aujourd'hui au nom de la FOMC et de ses 13 membres, c'est-à-dire les ordres de médecins des provinces et territoires du Canada. Il s'agit d'organismes constitués par une loi provinciale ou territoriale dont le mandat consiste à défendre l'intérêt public, à établir et à maintenir les normes et l'honneur de la profession, à établir des règles visant la conduite professionnelle de ses membres, à déterminer les qualités requises pour s'inscrire comme médecin et obtenir un permis d'exercice de la médecine, et à déterminer et à évaluer les compétences et la conduite nécessaires pour maintenir son inscription et son permis d'exercice de la médecine.

Je voudrais aborder deux questions concernant la surveillance post-commercialisation : premièrement, les rôles respectifs de Santé Canada et des ordres de médecins qui sont nos membres; et, deuxièmement, les responsabilités des médecins praticiens.

Le processus consistant à surveiller l'innocuité, l'efficacité et la qualité des produits pharmaceutiques, soit délivrés sur ordonnance, soit vendus sans ordonnance, après qu'ils sont mis sur le marché, est complexe. Cela suppose la surveillance et l'inspection des produits, la déclaration des effets indésirables des médicaments, avec des rapports de suivi, la communication aux professionnels et au public des risques pour la santé que présentent les produits, et les vérifications et enquêtes de conformité. Les ordres de médecins appliquent diverses politiques relatives aux médicaments et à l'activité de prescription. Par exemple, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, dont je suis l'employé, applique des politiques précises dans ce domaine. Étant donné que mon temps de parole est limité, je ne vais pas vous les lire maintenant.

En général, ces politiques portent sur des questions cliniques, administratives ou de prescription : par exemple, les indications cliniques visant certains médicaments, les procédures de bureau appropriées pour la gestion des médicaments, les mesures à prendre pour éviter les erreurs médicales, etc.

Un autre de nos membres, l'Ordre des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique, a créé un programme d'examen visant à évaluer la prescription de médicaments psychotropes et de stupéfiants par les médecins, à déterminer si certains patients s'adressent à plusieurs médecins différents pour obtenir des drogues toxicomanogènes et à évaluer le traitement de la douleur chronique d'origine non maligne grâce à l'usage approprié des stupéfiants. L'Ordre des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique a accès à des données détaillées sur la prescription de médicaments par les médecins qui ne sont pas disponibles dans d'autres provinces. B. C. PharmaNet est un réseau provincial qui relie toutes les pharmacies de la province à un ensemble central de systèmes de données. Ainsi PharmaNet soutient l'activité de prescription des médicaments, la surveillance des médicaments et le traitement des demandes de remboursement.

Toute tentative de la part du gouvernement fédéral pour collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin d'établir ce genre de programme dans l'ensemble du pays serait vivement appuyée par la FOMC et ses membres.

Il convient de noter que ces politiques et programmes n'abordent pas directement la question de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité des médicaments délivrés sur ordonnance ou vendus sans ordonnance, une fois qu'ils ont été mis sur le marché. Nous sommes d'accord pour dire qu'il importe que les médecins signalent les effets indésirables des médicaments. Selon la FOMC et ses membres, Santé Canada est le mieux placé pour coordonner toute cette activité. Je vais revenir sur cet élément un peu plus tard.

Le rôle des ordres de médecins peut en être un de facilitation, en ce sens que ces derniers peuvent communiquer des renseignements appropriés par l'entremise de leurs publications ou de leurs sites Web respectifs. Nous en avons déjà plusieurs exemples au Canada. Même ce rôle présente certaines difficultés pour nos membres. Les ordres de médecins reçoivent fréquemment des bulletins d'information de Santé Canada qui décrivent les rappels de médicaments, des problèmes liés aux effets indésirables des médicaments et des avertissements concernant des agents précis, etc.

• (1120)

Or les ordres de médecins ne sont pas sûrs de comprendre ce que Santé Canada voudrait qu'ils fassent de cette information. Il est évidemment possible d'afficher ces renseignements sur un site Web avec un lien au site de Santé Canada, ou de les mettre en relief dans un bulletin d'information. Cependant, l'information communiquée

par Santé Canada aux 13 ordres de médecins provinciaux et territoriaux n'est pas nécessairement transmise à tous les médecins praticiens, et ce pour diverses raisons, y compris le problème du coût, du mandat législatif et de la rapidité de diffusion de l'information par le biais de nos publications. Nous ne pouvons assumer la responsabilité de confirmer que les médecins praticiens ont pris connaissance des documents produits par Santé Canada, les ont lus et les ont compris.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, la FOMC et ses membres sont convaincus de l'importance du signalement des effets indésirables des médicaments. Plusieurs d'entre eux en ont justement fait la promotion auprès des médecins praticiens par différents moyens, y compris leurs publications — par exemple, les bulletins d'information et les sites Web.

Selon nous, un système de déclaration qui encourage le signalement des effets indésirables, plutôt que de pénaliser ceux qui ne les signalent pas, serait certainement plus utile à long terme. Normalement, un système de déclaration obligatoire devrait être accompagné de moyens de surveillance et de conformité. De l'avis de la FOMC, cela serait impossible en vertu de la structure fédérale-provinciale-territoriale actuelle du secteur des soins. Les ordres de médecins n'ont absolument aucun moyen de savoir qu'il y a eu non-conformité, si ce n'est par la procédure d'instruction de plaintes déjà établies. Si un ordre de médecins provincial ou territorial reçoit une plainte au sujet d'un médecin qui n'a pas signalé un effet indésirable grave, cette plainte, comme toutes les autres plaintes, sera traitée selon la procédure régulière.

Nous proposons par conséquent un système de déclaration simple pour les médecins, système qui serait éventuellement relié au dossier médical électronique. Comme nous sommes encore à l'étape préalable à la mise en oeuvre du DME et du dossier de santé électronique, ou DSE, il serait utile de créer une zone particulière de sorte que l'on puisse facilement communiquer les effets indésirables d'un médicament directement à Santé Canada. Si l'outil retenu est intuitif, opportun et facile à utiliser, cette déclaration pourrait être faite dans le cadre des visites régulières du patient chez le médecin.

Un mécanisme de déclaration n'est efficace que si l'usage final de l'information fournie est optimal. Ainsi il importe de prévoir un contrôle crédible et opportun de cette information. Cette tâche devrait relever de la responsabilité de Santé Canada.

Je vous en donne un exemple : un médecin signale des effets indésirables modérés par l'entremise du DME. Comme les responsables appropriés de Santé Canada contrôlent toutes les déclarations communiquées au ministère, ils remarquent qu'il s'agit de la 100^e déclaration à ce sujet qui leur a été communiquée au cours de la dernière année. En ce moment-là, l'activité de contrôle passe à l'étape suivante, puisqu'on transmet une demande de renseignements supplémentaires aux 100 médecins concernés. Comme cette activité suppose un investissement de temps important de la part du médecin, Santé Canada aurait intérêt à collaborer avec ses homologues provinciaux et territoriaux afin de prévoir une rémunération appropriée pour cette activité.

De l'avis des ordres de médecins du Canada, un système de déclaration des effets indésirables des médicaments devrait également constituer un outil d'apprentissage pour les fournisseurs de soins, les médecins et d'autres. Une fois qu'une déclaration d'EIM a été communiquée à Santé Canada, il serait utile qu'il y ait échange électronique de renseignements entre Santé Canada et le professionnel de la santé. Un exemple de renseignements utiles pouvant être fournis par Santé Canada serait des données sur les tendances observées, le nombre de déclarations d'EIM reçues au sujet d'un médicament particulier et la nature des déclarations, de même que des propositions de solutions. Les prestataires de soins sont plus susceptibles de faire l'effort de remplir la déclaration et de la communiquer aux autorités s'ils savent qu'ils vont recevoir des renseignements utiles en temps opportun leur permettant d'assurer les meilleurs soins possible à leurs patients.

Ce serait également bien utile et instructif pour le médecin qui a communiqué sa déclaration au ministère de recevoir des renseignements au sujet du résultat final : le profil pharmaceutique ou la dose recommandée ont-ils été modifiés? De plus, un accusé de réception, envoyé au médecin qui communique ces renseignements fort précieux aux autorités, est toujours apprécié.

Une fois qu'on aura instauré un système simple et opportun s'appuyant sur de solides principes éducatifs, la FOMC et les ordres de médecins qui en sont membres se feront un plaisir de promouvoir son utilisation auprès des médecins praticiens dans l'ensemble du Canada.

Je vous remercie de m'avoir écouté et je suis maintenant à votre disposition pour répondre à vos questions.

• (1125)

La présidente: Merci, monsieur Anderson. Comme je l'ai dit au départ, nous allons attendre d'avoir entendu tous les exposés pour ouvrir la période des questions.

Notre prochain témoin est le représentant du Bureau du coroner en chef de l'Ontario, le Dr Andrew McCallum.

Docteur McCallum, vous avez la parole.

Dr Andrew McCallum (coroner superviseur régional pour le secteur de l'est de l'Ontario, Bureau du coroner en chef, Ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels de l'Ontario): Bonjour, madame la présidente et membres du comité. Je représente aujourd'hui le Dr Bonita Porter, coroner en chef de l'Ontario, qui a malheureusement eu un empêchement et n'a donc pas pu être présente aujourd'hui.

Ce matin, je voudrais donner aux membres du comité un bref aperçu des enquêtes sur les décès au Canada et en Ontario en particulier — la situation qui m'est la plus familière — en vous expliquant en quoi consiste notre rôle par rapport au signalement des effets indésirables des médicaments, et en vous faisant éventuellement quelques propositions que nous soumettons à l'examen du comité.

Au Canada, nous avons différents mécanismes permettant de faire enquête sur les décès. Nous avons des médecins coroners, comme en Ontario; des coroners non professionnels, comme en Colombie-Britannique et dans d'autres provinces; et nous avons également des médecins légistes, comme à Terre-Neuve, en Alberta et dans d'autres provinces. Le Dr Haggie mène ses activités dans le cadre d'un de ces régimes. Aux Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Yukon, ils ont des coroners non professionnels, et ce tout simplement en raison d'un manque de ressources et de spécialistes dans ces régions et des grandes distances qu'il faut parcourir.

Cependant, tous les systèmes liés au travail du coroner ou du médecin légiste visent le même objectif. Il y a un certain nombre de questions obligatoires auxquelles il faut répondre lorsqu'on fait enquête sur un décès, l'activité doit soutenir le système de justice pénale et, enfin, il faut protéger la sécurité du public.

À notre bureau en Ontario, nous enquêtons sur 20 000 décès par rapport aux 80 000 qui se produisent chaque année dans la province. Ces enquêtes sont menées par environ 300 coroners, qui sont tous des médecins praticiens en Ontario et ont un travail à plein temps ailleurs, sauf quelqu'un comme moi : je représente l'un des neuf coroners régionaux qui relèvent directement du coroner en chef de la province.

Sur les 20 000 décès qui font l'objet d'une enquête chaque année, environ 15 000 correspondent à des décès naturels, et c'est dans cette catégorie de décès que nous observons la majorité des événements iatrogènes médicamenteux. Au cours des années, ce n'est pas chez nous, selon moi, qu'il y a eu la majorité des signalements, et je pense que la situation est semblable dans d'autres provinces. Divers facteurs expliquent cet état de faits, dont bon nombre sont liés aux difficultés que rencontrent les médecins praticiens en général.

Je précise, à titre d'information, qu'au cours des cinq dernières années, 176 événements iatrogènes médicamenteux ont été signalés aux autorités qui étaient associés au décès sans avoir été la cause directe du décès. Ce sont ce que nous appelons des facteurs contributifs importants, sans pour autant être la cause réelle du décès. Au cours de cette période de cinq ans, il a été établi dans 18 cas que l'effet indésirable du médicament était la cause même du décès. Or j'ai l'impression que ce chiffre correspond à une sous-représentation importante du nombre réel de cas de ce genre. Il convient à mon sens que le comité en soit conscient et cette situation révèle bien la nécessité d'améliorer les mécanismes permettant de signaler aux autorités ce genre d'événements.

Dans l'exercice de nos fonctions de coroner, nous entretenons des relations avec des organismes comme le vôtre, évidemment, le Parlement du Canada et d'autres ministères ontariens, tels que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le ministère du Travail. Nous avons récemment dialogué avec les responsables de Santé Canada et avons reçu la visite de Mme Pepper, représentant le programme Canada Vigilance, qui nous a parlé de la nécessité d'entretenir des relations suivies avec eux. Nous sommes tout à fait favorables à cette idée et nous souhaitons justement entretenir des relations plus étroites avec Santé Canada dans ce domaine.

Depuis 2001, la consigne officielle donnée aux coroners par le coroner en chef consiste à s'assurer de signaler tous les événements iatrogènes médicamenteux. Ainsi nous avons récemment restructuré notre système d'information sur les enquêtes, qui est un système exhaustif et informatisé, de façon à pouvoir saisir des données plus exactes sur le genre d'effets indésirables qui a été observé; par conséquent, nous consignons toujours la présence d'un effet indésirable, que nous définissons comme étant une « réaction nuisible ou involontaire à un médicament administré à des doses thérapeutiques, prophylactiques ou diagnostiques » et qui « conduit directement au décès ». Dans ce genre de situation, il s'agirait de ce qu'on appelle le facteur de décès ou la cause principale du décès.

Cependant, nous suivons également ce que nous appelons les facteurs contributifs. Pour nous, il s'agirait d'un événement iatrogène médicamenteux grave qui contribue au décès mais qui n'en est pas la cause directe. C'est ainsi que nous définissons ce terme; notre définition est différente de celle de Santé Canada. La façon la plus apte de les décrire serait de dire que ces facteurs correspondent à l'iceberg alors que le petit nombre de cas où la réaction conduit au décès constituent la partie immergée de l'iceberg. Quoi qu'il en soit, les deux sont bien importants.

Nous pouvons décider de prendre diverses mesures en réponse à une situation où l'effet indésirable d'un médicament a causé un décès. Nous pourrions décider de mener une enquête médicolégal. Les enquêtes médicolégal sont relativement peu courantes en Ontario maintenant, pour diverses raisons. Autrefois il y en avait des centaines mais, à l'heure actuelle, entre 50 et 70 enquêtes médicolégal sont menées chaque année, dont la grande majorité sont obligatoires.

● (1130)

Il est également possible d'opter pour ce qu'on appelle une étude du coroner régional, c'est-à-dire une étude officielle menée un peu comme en comité où le prestataire de soins de santé ou l'établissement concerné est invité à discuter de ce qui est arrivé, et cette démarche devrait normalement déboucher sur des conclusions et des recommandations permettant d'atteindre notre objectif commun, soit la protection du public et la prévention de décès semblables à l'avenir.

Nous pourrions également décider de renvoyer le dossier à un de nos comités d'experts, et un de ces comités est le Comité d'examen de la sécurité des patients, que je préside. Ce comité est composé de représentants de diverses disciplines. L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada est représenté par M. David U. Il compte également un certain nombre de médecins spécialisés, de même que des spécialistes des soins infirmiers et de la sécurité des systèmes; nous examinons en profondeur tous les dossiers et nous préparons par la suite un rapport qui est distribué à toutes les parties concernées, y compris les prestataires de soins et, bien entendu, les plus proches parents du défunt.

Cette information est souvent diffusée par d'autres moyens — par exemple, la revue *Dialogue* de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, ou encore le *Journal de l'Association médicale canadienne*, etc. — l'idée étant de renseigner les praticiens et tous ceux qui devraient être informés du problème.

D'après ce que nous avons observé au comité, environ un tiers des cas que nous examinons sont liés à l'utilisation d'un médicament. C'est donc une question d'actualité et bien importante en ce qui nous concerne, comme pour vous.

Je voudrais simplement dire en terminant que nous sommes tout à fait disposés à participer au signalement des EIM, en collaboration avec Santé Canada, afin de réaliser notre objectif commun, qui consiste à améliorer la sécurité du public canadien.

La présidente: Merci beaucoup, docteur McCallum.

Notre dernier témoin est M. James D'Astolfo.

Je vous invite maintenant à faire votre exposé liminaire. Je crois que vous représentez le Canadian Men in Nursing Group.

M. James D'Astolfo (président et fondateur, Canadian Men in Nursing Group): Honorables membres du comité, bonjour. C'est avec plaisir et honneur que je prends la parole ici devant vous sur la question de la surveillance post-commercialisation des produits pharmaceutiques.

Je m'appelle James D'Astolfo, et je suis le président fondateur du groupe Canadian Men in Nursing.

Notre organisme représente les hommes qui exercent la profession d'infirmier, et nous comptons parmi nos membres tant des infirmiers diplômés que des étudiants en sciences infirmières. Notre mission est de donner une voix aux infirmiers, afin de soutenir et de raffermir l'image de la profession. Nous nous proposons de remplir cette mission en renseignant le grand public, les étudiants et les autres intervenants au sujet de la profession infirmière, en collaborant avec les gouvernements, les organisations et les autres professionnels de la santé, et en exerçant notre leadership ici comme à l'étranger. Il fait aussi partie du mandat de notre organisation de faire en sorte que les enjeux de la santé soient entendus tant par les gouvernements que par les autres organisations.

Je vais partager mon temps de parole aujourd'hui avec M. Irfan Aslam, vice-président et directeur des Finances du groupe Canadian Men in Nursing.

Les infirmiers et infirmières jouent un rôle actif dans la manipulation sûre et efficace des médicaments prescrits ou en vente libre et ils offrent des services d'administration, d'éducation et de soutien aux patients et à leurs familles dans la collectivité, au domicile des patients, de même que dans les établissements de soins de courte ou de longue durée. Nous présentons une suite de recommandations que nous aimerions voir adoptées par le comité dans le cadre de son plan de renouveau.

Voici donc nos recommandations relatives à la sécurité des consommateurs. La sécurité des consommateurs est un important aspect de la manipulation des médicaments prescrits ou non, et joue un rôle essentiel dans le maintien de la sécurité des Canadiens, qui est une préoccupation prioritaire.

Notre première recommandation consiste à fournir aux intervenants de première ligne, notamment aux infirmiers et infirmières, des renseignements sur les changements apportés aux produits pharmaceutiques.

Notre deuxième recommandation consiste à fournir des ressources et une formation continue aux infirmiers et infirmières afin de prévenir les erreurs médicamenteuses dans les établissements de soins de courte et de longue durée. Le California Institute for Health Systems Performance affirme dans son rapport de 2001 que, parmi les moyens d'améliorer la qualité du milieu de travail, la promotion de la formation continue est un élément important.

Les codes à barres et autres auxiliaires, les ateliers de formation et d'autres services internes ont aussi un rôle à jouer dans la réduction des erreurs médicamenteuses. Le code à barres est l'un des systèmes qui ont été utilisés pour prévenir les erreurs médicamenteuses. Il s'agit de munir le patient d'un bracelet d'identification portant un code à barres qui est lié à ses antécédents médicaux. Un scanner relié à des dossiers médicaux informatisés permettrait d'établir qu'il s'agit bien du bon médicament. Selon une étude de la FDA, un tel système de codes à barres réduirait les erreurs médicamenteuses de 50 p. 100 et permettrait de réaliser des économies considérables.

Notre troisième recommandation consiste à faire en sorte que les étiquettes des médicaments indiquent tant le nom générique que la marque de commerce du produit, et que les indications sur la prise du médicament soient incluses et données tant au consommateur qu'au professionnel de la santé. Il faudrait également que ces consignes soient traduites dans différentes langues pour garantir qu'elles soient comprises et suivies et qu'elles soient offertes dans les pharmacies du Canada.

Des modes d'emploi de médicaments sont utilisés par la Food and Drug Administration aux États-Unis pour aider les patients à éviter les effets indésirables graves, renseigner les patients sur les effets secondaires du produit, ou expliquer comment l'utiliser pour en obtenir le bénéfice maximum.

La quatrième recommandation est celle-ci : le Canada est un pays fort diversifié où vivent de nombreuses communautés culturelles utilisant non seulement des médicaments prescrits ou en vente libre, mais aussi des produits naturels et des plantes médicinales. Certains pensent que les plantes médicinales sont sans danger, mais selon les estimations, environ le tiers de nos médicaments — et notamment la digitale, la morphine, l'atropine et divers autres agents chimiothérapeutiques viennent des plantes. Les plantes médicinales peuvent donc avoir des effets très puissants.

Les plantes médicinales peuvent également altérer les fonctions corporelles; par conséquent, lorsqu'elles sont conjuguées à des médicaments, des interactions sont possibles. Voilà pourquoi le comité devrait songer à inclure les interactions entre herbes médicinales et produits pharmaceutiques au Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments.

• (1135)

M. Irfan Aslam (vice-président et directeur des Finances, Canadian Men in Nursing Group): Je m'appelle Irfan Aslam, et je vais vous présenter une autre recommandation.

La cinquième recommandation consiste à faire en sorte que les Canadiens soient informés des produits pharmaceutiques approuvés ou non approuvés au moyen d'un système à accès libre, indiquant les raisons qui ont justifié l'approbation ou le refus d'approbation, ainsi que les données probantes, pour que le consommateur et son soignant puissent faire un choix éclairé d'utilisation ultérieure.

Comme l'a mentionné le représentant de l'Association médicale canadienne, les données sur les effets cliniques devraient également être mises à la disposition de chercheurs qui se livrent à des études de même qu'à Santé Canada. En regroupant en un seul lieu toutes les données disponibles, on verrait mieux quels renseignements supplémentaires sont nécessaires. À ce moment-là, il serait possible de prendre des mesures afin de garantir l'innocuité du médicament.

La recommandation six consiste à fournir aux intervenants des données probantes de façon efficace. Comme nous vivons à l'ère de l'information, la meilleure façon d'y parvenir, me semble-t-il, consiste à élaborer un outil d'apprentissage électronique qui favorise l'éducation pharmaceutique. Il s'agirait d'un outil de cyberapprentissage sur le Web à l'intention des patients et des professionnels de la santé. On expliquerait la façon correcte de prendre les médicaments, certaines choses à faire ou à ne pas faire, et il y aurait des liens à des sites du gouvernement ou à d'autres programmes de soutien communautaires, permettant ainsi aux patients et aux professionnels de la santé de se renseigner sur les médicaments.

La recommandation suivante concerne le signalement des effets indésirables. À l'heure actuelle, les professionnels de la santé ne sont pas tenus de signaler les événements iatrogènes médicamenteux aux autorités. Mais, il serait possible de changer cette façon de faire. Par contre, il ne conviendrait d'opérer ce changement qu'une fois que les autres éléments du système de surveillance post-commercialisation seraient déjà en place. Quand tous les éléments du système seront bien établis, de sorte que les professionnels de la santé bénéficient du soutien nécessaire, vous voudrez peut-être envisager de rendre obligatoire le signalement des effets indésirables aux autorités, mais il ne convient pas de le faire pour le moment.

La recommandation suivante concerne les moyens de contrôle, de surveillance et de recherche. Nous estimons qu'il faudrait rehausser la surveillance des médicaments vendus sans ordonnance — ce qu'on appelle les médicaments en vente libre. Pour régler ce problème, on pourrait envisager de procéder à une surveillance événementielle. Selon le *British Medical Journal*, de nombreux chercheurs et professionnels de la santé en Angleterre ont dit avoir trouvé que la surveillance événementielle des médicaments prescrits ajoutait un élément utile à la pharmacovigilance des produits délivrés sur ordonnance en Angleterre. De nombreuses pharmacies ont créé un lien électronique entre le dossier informatisé médicamenteuses du patient et le système aux points de vente. Grâce à ce lien, il serait possible de procéder à la collecte systématique de données sur la consommation de médicaments en vente libre, et nous estimons qu'il pourrait s'agir là d'un outil intéressant pour surveiller la consommation de médicaments en vente libre.

Grâce à toutes ces recommandations, de même que celles faites par d'autres collègues, il vous sera peut-être possible d'élaborer le meilleur programme de surveillance post-commercialisation des produits pharmaceutiques. Il reste qu'un tel programme sera inutile si vous n'avez pas suffisamment de personnel pour le mettre en oeuvre. Donc, notre dernière recommandation consiste à recruter plus de professionnels de la santé — des médecins, des infirmiers et des infirmières et du personnel à Santé Canada — afin d'analyser les données que renferment les déclarations. Voilà qui garantirait la bonne mise en oeuvre d'un programme de surveillance post-commercialisation des produits pharmaceutiques.

Nous tenons à vous remercier du temps que vous nous avez consacré aujourd'hui, et nous espérons que vous jugerez utile de retenir certaines de nos recommandations pour votre plan de renouveau. Nous sommes à votre disposition pour répondre à vos questions aujourd'hui ou plus tard.

Encore une fois, nous tenons à remercier le comité pour son invitation.

• (1140)

La présidente: Merci beaucoup à M. D'Astolfo, et à vous, monsieur Aslam, pour vos exposés.

Nos premiers intervenants seront le Dr Bennett et Mme Kadis. Elles vont partager le temps de parole qui leur est imparti. Merci.

Vous avez la parole, docteur Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Merci, madame la présidente. J'ai une petite question à poser, et ce sera ensuite à Susan de finir. Si vous voulez bien répondre à nos questions ensemble, ce serait bien apprécié.

D'abord, je voudrais savoir si vous estimez que, pour bien vous acquitter de vos tâches, et pour assurer la sécurité des patients, il convient de consigner le diagnostic sur l'ordonnance proprement dite, dans l'espoir que nous pourrions un jour transmettre les ordonnances en ligne.

S'agissant maintenant de la préoccupation de M. Anderson concernant la possibilité que les médecins n'aient pas nécessairement lu la communication, à l'ère électronique, il est tout à fait possible de transmettre un message et de le marquer comme lu. Ne pensez-vous pas que Santé Canada ou quelqu'un d'autre devrait au moins avoir la capacité de parler directement aux médecins? Je sais pertinemment que, pendant la crise du SRAS, nous aurions été bien contents qu'il en soit ainsi.

De plus, si l'on a l'impression de rencontrer plusieurs problèmes simultanément, ne serait-il pas approprié de transmettre une alerte aux intéressés, en leur disant: rappelez-vous que Vioxx ne convient que pour les patients souffrant de problèmes gastriques; ce n'est pas un médicament d'application générale. Peut-être aurions-nous pu ainsi éviter certaines difficultés.

Voilà les éléments qui m'intéressent pour ce qui est d'employer la technologie en vue de faire le nécessaire pour la population canadienne.

Susan, c'est à vous.

Mme Susan Kadis (Thornhill, Lib.): Merci. Ma question est d'un tout autre ordre.

Monsieur McCallum, vous disiez qu'il y a une différence entre votre définition « d'effet indésirable » et celle de Santé Canada et vous avez également mentionné que vous parlez de « facteur contributif » et de « cause du décès ».

Il me semble que vous devriez nous en dire davantage à ce sujet, parce que cela semble être très important pour ce qui est de maximiser l'apport de données pertinentes et de prévenir ainsi les décès dus aux effets indésirables des médicaments.

S'il nous reste assez de temps, je voudrais que les représentants du Canadian Men in Nursing Group répondent à la question que voici: étant donné que le signalement des effets indésirables d'un médicament est facultatif, plutôt qu'obligatoire, à quel moment ou dans quelles circonstances estimez-vous que, en tant que professionnels de la santé, il convient de signaler volontairement les effets indésirables d'un médicament aux autorités? En d'autres termes, existe-t-il une norme ou un critère courant?

De plus — toujours s'il reste assez de temps — pourriez-vous me dire si les médecins discutent de ces questions avec vous? Quel est votre rôle dans ce contexte et dépendez-vous des médecins pour faire état volontairement des effets indésirables des médicaments aux autorités canadiennes? Quelle est la relation entre vous et eux pour ce qui est de signaler les réactions indésirables aux autorités?

Dr Andrew McCallum: Merci.

Je suis content que vous n'ayez posé la question, parce que j'ai l'impression de vous avoir induite en erreur. Il n'y a pas de différence importante entre nos définitions, telles que nous les avons formulées, et celles de Santé Canada. Le libellé peut être légèrement différent, mais l'intention est tout à fait semblable.

Permettez-moi donc de vous lire la définition que nous employons, par rapport à celle du ministère — histoire de vous rassurer. Selon la définition du règlement sur les aliments et drogues, une réaction indésirable à un médicament est une « réaction nocive et non intentionnelle à une drogue qui survient lorsque la drogue est utilisée selon des doses normales ou selon des doses expérimentales, aux fins du diagnostic, du traitement ou de la prévention d'une maladie ou de la modification d'une fonction organique ». Voilà la définition employée par Santé Canada.

Notre définition est celle-ci: « Une réaction nocive et non intentionnelle à un médicament administré à doses thérapeutique, prophylactique ou diagnostique. Présence de morbidité ou de préjudice important pour le patient, sans que cela soit la cause directe du décès ». Voilà notre définition d'un facteur contributif.

Nous suivons les facteurs contributifs, de même que les facteurs ayant conduit au décès parce qu'il est important d'avoir un tableau tridimensionnel de ce qui est arrivé à la personne qui est décédée. Donc, le facteur contributif est sublégal — c'est-à-dire que la consommation du médicament n'a pas entraîné le décès — alors que

s'il s'agit d'un facteur ayant conduit au décès, on estime que c'est le médicament lui-même qui constitue la cause du décès.

Donc, nos définitions ne sont pas tellement différentes, mais le point d'arrivée est tout de même différent. Évidemment, Santé Canada s'intéresse à tous les effets indésirables des médicaments. Quant à nous, nous nous intéressons à la population que nous desservons.

• (1145)

Mme Susan Kadis: Dans le même ordre d'idées, cherchez-vous à faire en sorte que ces diverses définitions s'alignent les unes sur les autres?

Dr Andrew McCallum: Nous n'en avons pas encore discuté.

Mme Susan Kadis: Très bien. Merci.

La présidente: Y en a-t-il d'autres qui voudraient se prononcer?

Dr Andrew McCallum: Je crois que le Dr Bennett a posé une question sur la mesure dans laquelle nous supposons que les médecins coroners sont ceux qui vont signaler les effets indésirables aux autorités. Donc, si vous me permettez, madame la présidente, j'aimerais lui répondre.

La réponse à votre question est oui. Par contre, le coroner régional examine chaque dossier et, si nous constatons, dans un cas particulier, que l'événement iatrogène médicamenteux aurait dû être communiqué aux autorités, nous interrogeons le médecin et nous lui demandons de communiquer lui-même cette information aux autorités, ou alors nous le faisons nous-mêmes. Il s'agit d'un changement, puisque nous procédons ainsi depuis seulement 18 mois environ. Par le passé, nous n'avions pas l'habitude de revoir tous les dossiers des coroners lorsqu'il s'agissait de décès naturels.

La présidente: Monsieur Anderson, je pense que vous souhaitez faire un commentaire à ce sujet.

M. Douglas Anderson: En effet. Je voudrais répondre directement aux commentaires du Dr Bennett.

Dans ce contexte, notre préoccupation concerne le fait qu'un médecin reçoit de nombreux courriels émanant de diverses sources. Il s'agit donc de savoir si le courriel qui lui communique ce renseignement est suffisamment mis en relief. Je suis tout à fait d'accord avec les observations du Dr Bennett au sujet du SRAS. L'OMA, par exemple, et notre organisation avons fait un excellent travail pour ce qui est de communiquer les renseignements en temps opportun aux médecins sur le terrain, et nous serions donc tout à fait favorables à une telle orientation, docteur Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett: Et, si le diagnostic était consigné sur l'ordonnance proprement dite, est-ce que cela vous aiderait à faire votre travail?

Mme Fleur-Ange Lefebvre (directrice générale et chef de la direction, Fédération des ordres de médecins du Canada): Plusieurs provinces ont examiné cette possibilité, mais certaines lois sur la protection des renseignements personnels sont actuellement considérées comme un obstacle. Nous sommes de grands partisans des prescriptions électroniques et nous travaillons très fort dans ce domaine. À l'heure actuelle, certaines administrations collaborent avec les pharmaciens et les médecins, en vue de trouver une solution et d'appliquer les normes préliminaires élaborées par Inforoute Santé du Canada, afin de voir jusqu'où on peut aller. Mais il existe certaines préoccupations concernant la possibilité de protéger les renseignements personnels liés au diagnostic se trouvant sur l'ordonnance. Voilà l'inquiétude qui a été exprimée par certains conseillers juridiques et nos membres.

L'hon. Carolyn Bennett: S'il s'agissait d'un document électronique et encodé, serait-il possible de contourner ces difficultés-là?

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Oui, absolument, et cela présenterait certainement beaucoup d'avantages.

Si vous me permettez, je voudrais faire un bref commentaire au sujet des avertissements. Comme vous le savez, nous travaillons également très fort du côté des urgences et des catastrophes. Dans ce contexte, il est très important qu'un médecin qui reçoit un avertissement puisse s'assurer que cet avertissement est réel. Il y a beaucoup de choses que nous pouvons faire ensemble — de concert avec l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada, pour nous assurer que les avertissements — c'est-à-dire, les effets indésirables des médicaments et les urgences — peuvent être traités de façon à ce que le médecin qui les reçoit puisse comprendre tout de suite de quoi il s'agit et savoir que c'est réel. Malheureusement, nous n'en sommes pas encore là.

La présidente: Il vous reste encore quelques minutes.

Mme Susan Kadis: J'ai une autre question à adresser aux représentants du groupe Canadian Men in Nursing.

La présidente: Très bien. Veuillez poser votre question.

Mme Susan Kadis: Ma question est la suivante: étant donné que le signalement des EIM est facultatif, plutôt qu'obligatoire, j'aimerais savoir quand vous, qui êtes des professionnels de la santé, estimez qu'il y a lieu de faire des déclarations volontaires? Existe-t-il des normes ou des critères couramment utilisés pour vous permettre de prendre cette décision? Les médecins en discutent-ils, notamment par rapport au rôle du personnel infirmier, et quelle est la procédure actuelle en ce qui concerne le signalement des effets indésirables des médicaments?

M. Irfan Aslam: Nos autres collègues de l'AMC se sont également prononcés sur la question.

À l'heure actuelle, en vertu de l'actuel système de déclaration, les professionnels de la santé ne sont aucunement tenus de signaler les EIM aux autorités. Cependant, selon ma propre expérience et la dernière recherche documentaire que j'ai faite, la plupart des médecins et des autres professionnels de la santé vont normalement le déclarer s'ils observent qu'un médicament a des effets indésirables. Ce n'est pas obligatoire pour le moment, et nous ne souhaitons pas non plus qu'il le soit maintenant, étant donné que les autres éléments qui s'imposent, pour bien soutenir le professionnel de la santé, ne sont pas encore présents. Si vous deviez opter pour le signalement obligatoire des EIM, selon moi, ce ne serait pas bien utile pour ce qui est d'obtenir plus de renseignements de la part des professionnels.

Mme Susan Kadis: Merci.

Vous est-il déjà arrivé de penser qu'un médecin aurait dû faire une déclaration mais ne l'a pas faite, pour une raison ou une autre, et d'estimer que vous deviez le faire à sa place?

L'hon. Carolyn Bennett: Voulez-vous dire que l'infirmier ou l'infirmière aurait fait une déclaration, étant donné que le médecin ne l'avait pas faite?

M. Irfan Aslam: Je peux vous dire que cela ne s'est jamais produit, en ce qui me concerne, personnellement. Normalement, cela se fait en groupe. Donc, si un infirmier ou une infirmière ou un médecin constate qu'il y a eu des effets indésirables, ils vont en discuter entre eux. Après cela, c'est signalé aux autorités.

Par contre, si on parle d'une situation où l'un des deux ne fait pas de déclaration, il m'est déjà arrivé de constater que l'autre l'a faite. Par exemple, si le médecin n'a pas constaté qu'il y a eu un événement

iatrogène médicamenteux, l'infirmier ou l'infirmière se chargerait de le signaler aux autorités, ou inversement.

• (1150)

Mme Susan Kadis: À quelle fréquence observez-vous des effets indésirables?

M. Irfan Aslam: Il est assez courant d'observer des effets indésirables mineurs. Dans mon propre contexte professionnel, il m'arrive une fois par semaine environ d'observer des effets indésirables mineurs. Mais si vous parlez de quelque chose de grave, je peux vous dire que c'est très rare; Andrew a parlé de 176 événements. Donc, vous voyez bien que dans l'ensemble du Canada, il y a eu seulement 176 événements iatrogènes médicamenteux, et seulement 18 d'entre eux ont été signalés aux autorités parce que...

Mme Susan Kadis: Cela me ramène justement à l'une des premières questions que j'ai posées, madame la présidente, si vous voulez bien m'accorder encore quelques secondes.

Dans quelles circonstances convient-il de signaler les EIM aux autorités? Existe-t-il des critères ou une norme particulière?

M. Irfan Aslam: Non, il n'y a pas de critère. Cependant, quand nous constatons que tel médicament a des effets qu'il n'est pas censé avoir... Nous pouvons obtenir de tels renseignements. À l'heure actuelle, nous demandons à d'autres professionnels — c'est-à-dire, aux médecins et pharmaciens — d'obtenir cette information. Chaque médicament a des effets secondaires. Mais, si nous observons quelque chose qui ne correspond pas aux effets secondaires qui sont mentionnés ou qui sont connus, nous les signalons en bonne et due forme.

La présidente: Merci beaucoup.

Docteur Haggie, je pense que vous avez fait signe... Vous n'avez que 50 secondes.

Dr John Haggie: Pour moi, les commentaires du Dr Bennett et les questions de sa collègue portent surtout sur la communication.

L'une des difficultés que nous rencontrons concerne le nombre et le volume des communications que nous recevons. Par exemple, je peux recevoir jusqu'à 80 communications par mois sur les médicaments et diverses questions liées aux produits pharmaceutiques. J'ouvre tout ce qu'on m'envoie, mais la mesure dans laquelle je lis tout dépend du contexte, car les compagnies ont tendance à tout envoyer à tout le monde. Il m'est donc très difficile de déterminer quels renseignements sont pertinents, par rapport à ceux qui ne le sont pas. Je dirais même que c'est à peu près impossible.

Si je n'ai que 50 secondes, je vais m'arrêter là.

La présidente: Merci, docteur Haggie.

Madame Gagnon.

[Français]

Mme Christiane Gagnon (Québec, BQ): Bonjour. Merci d'être ici aujourd'hui.

On dit que 50 p. 100 des effets indésirables des médicaments sont attribuables à une prescription inefficace ou inopportune. Santé Canada a constaté que plusieurs médecins outrepassaient le champ de réglementation du fédéral.

À votre avis, qui peut influencer les médecins à prescrire un produit qui n'a pas été testé pour d'autres fins que celles pour lesquelles il est normalement utilisé? Quelle est la responsabilité du médecin ou de Santé Canada face à cette pratique? Par exemple, les opiacés, des médicaments prescrits contre la douleur chronique aux patients en phase terminale, entre autres, sont souvent prescrits pour des fractures aiguës, ce qui constitue un usage non prévu.

Quel est le but de cette pratique? Qui en donne l'autorisation? Étant donné qu'on a déterminé les fins pour lesquelles un médicament est prescrit et qu'il a été testé à cet égard, on outrepassé quelque peu la loi sur les médicaments, en faisant une telle chose.

[Traduction]

La présidente: Madame Lefebvre.

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Étant donné que mes collègues essaient de s'organiser pour entendre l'interprétation, je vais commencer.

Je présume que vous parlez de l'usage non prévu de médicaments.

[Français]

En somme, vous parlez de l'usage non prévu des médicaments.

Il y a quelques semaines, à l'occasion d'une rencontre avec Santé Canada, j'ai été étonnée d'apprendre que, dans le cas de certains médicaments et dans certaines populations, comme la population pédiatrique, l'usage non prévu dépassait l'usage prévu. Les chiffres sont quand même imposants. C'est vrai que ça passe outre à la réglementation, mais au fond, la médecine évolue constamment et l'usage non prévu des médicaments a quand même de bons effets assez importants.

Je crois que cela nous ramène à la question précédente, qui est celle de la communication. Il faut établir une communication rapide entre les gens qui font les ordonnances, ceux qui les utilisent et Santé Canada, afin de trouver un moyen de marier tous les résultats qu'on a et d'en arriver effectivement à un système qui offre le plus de bénéfices aux patients.

Cela passe un peu outre à votre question, mais c'est un sujet très difficile.

• (1155)

Mme Christiane Gagnon: Certains observateurs de la réglementation critiquent ce comportement en disant que la pression de l'industrie est très forte pour promouvoir l'utilisation de certains médicaments. Partagez-vous cette crainte, cette appréhension?

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Je vais laisser à mes collègues de l'Association médicale canadienne le soin de répondre à cette question.

Mme Christiane Gagnon: Si je pose cette question, c'est qu'il y a des répercussions terribles. Ça cause des décès, ça coûte cher au système de santé en raison des hospitalisations, et les chiffres sont alarmants. On dit qu'aux États-Unis, cela entraîne à peu près 106 000 décès par année et plus de deux millions d'effets indésirables sérieux nécessitant une hospitalisation. On peut faire aussi un lien avec ce qui se passe au Canada et au Québec.

[Traduction]

La présidente: Qui voudrait y répondre?

Docteur Haggie.

Dr John Haggie: Je pense que tout le monde me regarde.

Vous avez soulevé un ou deux points très importants. Premièrement, les erreurs médicamenteuses. D'autres pays ont justement

observé — et il en va de même pour le rapport de Baker et Norton — que les erreurs médicamenteuses constituent un problème de taille.

Mais, pour le moment, je voudrais me concentrer sur le point soulevé au départ par Mme Gagnon, à savoir l'usage non prévu des médicaments.

Selon moi, il convient de tenir compte de plusieurs facteurs. Premièrement, l'étiquette du produit est liée au permis délivré au fabricant du produit. Souvent ces permis prévoient une utilisation très étroite du produit. Par exemple, certains produits anti-arthrite ou anti-inflammatoires qui sont actuellement disponibles sur le marché devraient, selon les indications sur l'étiquette, être utilisés uniquement pour des problèmes d'arthrite au genou. Si vous décidez de prescrire ce médicament à quelqu'un dont le problème d'arthrite se situe au niveau de la hanche, on peut dire que c'est un usage non prévu. Du point de vue pharmacologique, il devient extrêmement difficile de justifier, en se fondant sur les données scientifiques, qu'un médicament marche bien pour le genou, mais non pour la hanche. Pour vous dire la vérité, j'estime qu'il s'agit d'une simple astuce de marketing, car cela permet au fabricant de modifier l'étiquette par la suite, de sorte que le brevet continue d'être valable à compter de la date de l'émission de la nouvelle étiquette. Voilà donc un premier élément dont il faut tenir compte en ce qui concerne l'étiquette du produit.

Deuxièmement, il faut bien se rendre compte que la médecine est un art en plus d'être une science. Dans le cadre des négociations entre le médecin et son patient, il est possible qu'il semble approprié de prescrire un médicament dans telle situation qu'on ne prescrirait pas dans telle autre situation. En théorie, il s'agit d'un usage non prévu du médicament. Or avec le temps, ces autres utilisations deviennent courantes.

Selon moi, si les pédiatres tendent à prescrire des médicaments pour des usages non prévus sur l'étiquette, c'est parce que, lors de la commercialisation initiale du produit, l'étiquette indique normalement qu'il est destiné uniquement aux adultes; or il n'existe pas de médicaments comparables pour les enfants. Donc, dans une situation comme celle-là, allez-vous traiter le malade ou non? Vous devez vous dire: en théorie, cet usage n'est pas prévu, mais en tant que pédiatre ou chirurgien pédiatre expérimenté, je n'ai pas de raison de croire que la pharmacologie des enfants serait différente de celle des adultes dans ce cas précis; en conséquence, j'ai accès à une option qui n'existerait pas autrement. Certains produits qui sont maintenant disponibles sur le marché étaient prévus au départ comme agent anti-tumeur mais sont couramment utilisés chez les enfants pour traiter la polyarthrite rhumatoïde, par exemple. Si c'est le cas à l'heure actuelle, c'est parce que certains experts ont commencé à prescrire ces médicaments, au cas par cas, pour des usages non prévus au départ.

Donc, il faut donner une certaine marge de manoeuvre au clinicien. Et certains des problèmes actuels concernent peut-être davantage l'étiquette que l'usage qu'on fait du produit.

La présidente: Y en a-t-il d'autres qui voudraient intervenir à ce sujet?

Docteur McCallum.

Dr Andrew McCallum: Madame la présidente, je suis entièrement d'accord avec le Dr Haggie. Pour moi, il importe que le comité reconnaisse la différence temporelle entre les données examinées par les experts — sur l'utilisation des médicaments, données qui sont diffusées très rapidement — et le délai de réaction des organismes de réglementation. Par moments, il peut y avoir un écart entre les deux.

À mon avis, le comité devrait plutôt parler d'usage non prévu « impropre » des médicaments, plutôt que de parler de l'usage non prévu tout court, parce que l'usage non prévu d'un médicament peut être tout à fait approprié dans certaines circonstances.

• (1200)

La présidente: Madame, vous avez deux minutes.

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Vous admettez quand même que c'est inquiétant. J'espère obtenir une réponse de vous. Comment peut-on arriver à être plus vigilant? Quel genre de mesure doit-on envisager pour contrôler et la commercialisation et la réglementation? On dirait qu'il existe un vide qui fait en sorte que l'étiquetage peut paver la voie à d'autres types d'interventions. Quel genre de mesure faut-il prendre? Ne faudrait-il pas tester les médicaments sur plus de gens, dont des enfants? Les enfants sont ciblés par des médicaments qui n'ont pas été conçus pour eux.

[Traduction]

Dr John Haggie: Vous avez raison; il existe une grande lacune au niveau des connaissances. La grande majorité des renseignements que reçoit le praticien moyen au sujet des agents pharmaceutiques lui est transmise directement par l'industrie pharmaceutique, pour de simples raisons de facilité et de commodité. Voilà ce que font les compagnies pharmaceutiques. C'est ça leur façon de faire.

Selon notre proposition, on s'écarterait de ce modèle en faveur de la communication de renseignements impartiaux et objectifs — ayant été analysés par des experts — au médecin qui voudrait prescrire un médicament pour traiter un problème clinique. Nous assurons une excellente formation aux étudiants de premier cycle qui étudient la pharmacologie, de même qu'aux résidents se spécialisant dans la médecine interne et aux médecins spécialisés dans différents domaines de la pharmacologie. Il suffirait d'adapter légèrement ces ressources pédagogiques et de les mettre à la disposition de médecins qui exercent leur métier depuis une vingtaine d'années et n'ont jamais passé la porte d'une école de médecine au cours de cette période.

Donc, les ressources existent; il s'agit de savoir comment en faire profiter les praticiens. C'est possible de donner de la formation. Même si cela ne fait pas partie de notre mandat en tant qu'association, l'éducation permanente est une grande priorité pour nos membres. Le Dr Shortt qui m'accompagne aujourd'hui est notre nouveau directeur et secrétaire adjoint du transfert des connaissances, et c'est justement le mandat qu'il aura à remplir au cours des prochaines années.

Pour ce qui est des ordonnances préparées au jour le jour au cabinet du médecin, il faudrait prévoir l'accès en temps réel, par l'entremise d'une base de données électroniques, à un outil simple, incorporé dans les dossiers électroniques, comme ceux de la compagnie Agilent. Si vous préparez une ordonnance électronique pour un patient âgé de moins de trois ans ou de plus de 80 ans, alors que le médicament prescrit n'est pas approprié... vous savez, il y a des outils tels que la liste Beers. Cette dernière énumère les médicaments qui ne conviennent pas aux personnes âgées, par exemple, et cette information est actualisée.

Donc, en incorporant cette simple liste, si jamais vous prescriviez un médicament pour un patient âgé de plus de 80 ans qui figure sur cette liste, le système vous le ferait savoir en vous disant: « Vous devez réexaminer votre décision. Y a-t-il un médicament plus approprié que vous pouvez prescrire? ». Peut-être que le système vous afficherait même la liste des médicaments plus appropriés.

Ce sont des outils d'aide à la décision. L'industrie pharmaceutique, ou plutôt les pharmaciens, ont réalisé énormément de progrès pour ce qui est de mettre ce réseau à la disposition de leurs membres, à l'étape de l'exécution de l'ordonnance, étape à laquelle il est justement tout à fait approprié et facile de le faire. Mais la grande majorité des cliniciens du Canada continuent à se servir d'un papier et d'un stylo. Tant qu'ils n'auront pas adopté un système semblable à celui des pharmaciens, et qui permettra de communiquer avec les pharmaciens, vous serez plus ou moins pris avec...

La présidente: Merci beaucoup, docteur Haggie.

Madame Wasylycia-Leis, vous avez la parole.

Mme Judy Wasylycia-Leis (Winnipeg-Nord, NPD): Merci, madame la présidente. Merci à vous tous pour vos exposés très informatifs.

Évidemment, je suis tentée de vous demander, surtout aux médecins et infirmiers ou infirmières parmi vous, ce que vous avez pensé du budget fédéral, qui n'a fait aucune mention de la pénurie de médecins et de personnel infirmier au Canada, mais je vais m'abstenir de le faire.

Par contre, en vous posant mes questions... je précise que vous devez vous sentir libres de ne pas aborder la question, si telle est votre préférence. Je vais néanmoins parler du budget fédéral dans le contexte de la surveillance post-commercialisation des médicaments. Ce budget prévoyait ce que je considère comme une somme dérisoire pour la sécurité des produits de santé et des aliments, soit 113 millions de dollars. Je ne sais même pas si ce montant comprend les produits pharmaceutiques. Je soulève la question dans le contexte de l'adéquation ou non de notre système pour ce qui est de garantir l'innocuité des produits.

À ce sujet, je voudrais revenir sur le mémoire de l'AMC, où vous faites valoir un excellent argument au sujet... j'aimerais justement vous citer ce passage, car à mon avis, il convient de répéter constamment ce message: « Il ne faudrait pas qu'un système plus robuste de surveillance post-commercialisation serve à justifier une baisse des normes d'homologation ».

Je vous renvoie également au mémoire du groupe Canadian Men in Nursing, où on lit qu'il faut « faire en sorte que les Canadiens soient informés des produits pharmaceutiques approuvés ou non approuvés au moyen d'un système à accès libre... ».

Je voudrais aborder deux questions très importantes. Premièrement, j'aimerais recueillir vos opinions au sujet du système actuel d'approbation pré-commercialisation et ce qu'il faut faire, du point de vue de l'AMC, afin d'éviter d'encourager le gouvernement à opter pour un processus accéléré d'homologation des médicaments en faisant des recommandations qui suivent ce qu'on pourrait appeler le modèle de la transformation opérationnelle — c'est-à-dire de réagir aux pressions exercées par les grandes compagnies pharmaceutiques qui veulent faire homologuer les médicaments le plus rapidement possible sans qu'ils aient fait l'objet d'essais suffisamment complets. J'aimerais donc connaître votre réaction, et vous entendre sur les mesures qui s'imposent.

Deuxièmement, quel mécanisme convient-il d'établir afin de garantir la responsabilisation et la transparence pour ce qui est de renseignements communiqués au sujet des médicaments? Vous deux et les autres témoins en avaient tous parlé.

Nous avons déjà entendu diverses propositions. La première consiste à exiger que le gouvernement mette tout sur Internet, c'est-à-dire l'ensemble des études qui ont été menées, et les effets indésirables qui ont été observés par des chercheurs et d'autres à l'égard de chaque médicament, qui ait ou non été homologué, et aussi à mettre sur pied un conseil consultatif indépendant qui serait chargé de donner des conseils et d'évaluer la sécurité des médicaments d'ordonnance.

Voilà les deux questions que je voudrais vous poser dans un premier temps. À mon avis, vous avez tous raison de dire que, si nous mettons trop l'accent sur la déclaration obligatoire des EIM, nous allons finir par perdre de vue les véritables priorités. Je voudrais donc obtenir vos conseils à la fois sur le processus d'homologation pré-commercialisation et le genre de système transparent et sujet à contrôle que vous avez à l'esprit.

Est-ce que l'un d'entre vous voudrait commencer?

• (1205)

La présidente: Monsieur Aslam.

M. Irfan Aslam: J'aimerais réagir au sujet de ce que vous avez dit concernant les renseignements actuellement disponibles.

Il est vrai qu'un volume important de renseignements est disponible sur Internet concernant différents médicaments, mais malheureusement, la majorité de ces renseignements ne s'appuient pas sur des données probantes. Bon nombre de mes patients vont aller sur Internet pour se renseigner sur différents médicaments. Leur état de santé et celui des membres de leurs familles est une préoccupation importante, évidemment, et après avoir lu telle chose sur un site Web et telle autre chose sur un autre site Web — qui dit exactement l'inverse — ils ne savent plus ce qu'il faut croire.

À mon avis, le gouvernement peut justement jouer un rôle très important à ce chapitre. Il serait possible d'avoir un seul système; on pourrait mettre les renseignements pertinents à la disposition du public sur le Web, et proposer le genre d'outil de cyberapprentissage que nous avons recommandé. Il s'agirait de renseignements complets sur les médicaments. À ce moment-là, les patients n'auraient pas à chercher de l'information qui, de toute façon, ne s'appuie pas sur des données probantes.

À l'ère des technologies de l'information, les renseignements sont partout, mais il nous faut promouvoir les renseignements appropriés qui aideront nos patients et permettront de répondre à leurs questions au sujet de leur état de santé. S'ils peuvent mettre la main sur ce genre d'information, ils sauront quelles questions il convient de poser ou à qui s'adresser pour obtenir d'autres informations.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Très bien, merci...

La présidente: Monsieur Shortt, souhaitez-vous répondre aussi à la question de Mme Wasylcia-Leis?

Dr Samuel Shortt (directeur, Transfert des connaissances et politiques sur la pratique, Association médicale canadienne): Oui, merci, madame la présidente.

Nous n'avons rien vu dans les documents fournis par Santé Canada qui permettrait de conclure que les exigences seront moins rigoureuses en ce qui concerne la commercialisation de nouveaux médicaments, simplement parce qu'on ajoute un élément de post-surveillance. Aussi récemment que le 15 février, Santé Canada a consulté les représentants des diverses professions de la santé et a précisé à ce moment-là que le régime de réglementation actuel relatif à l'homologation des médicaments ne changera pas.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Je voudrais demander aux représentants de l'AMC et aux autres témoins de répondre à la question que voici: je suis à la recherche de solutions concernant les éléments d'un processus permettant de garantir l'accès à l'information de même que la transparence de cette information — comme vous l'avez tous recommandé — notamment celle fournie par les compagnies pharmaceutiques, qui semble justement poser problème, d'après l'opinion générale. Je suis convaincue que vous ne serez en désaccord avec moi à ce sujet. Parmi les recommandations, il convient de noter celles-ci: l'accès libre à un site Web énumérant l'ensemble des médicaments homologués et non homologués, de même qu'un résumé des motifs; une étude exhaustive de toutes les données provenant des essais cliniques qui étaient à l'origine de la décision, étude qui serait mise à la disposition du milieu universitaire; et, enfin, la mise sur pied d'une commission indépendante chargée de surveiller le processus de réglementation et d'obliger les responsables à rendre des comptes.

Vous opposez-vous à l'une ou l'autre de ces trois propositions?

• (1210)

La présidente: Docteur Haggie, vous avez environ trois minutes. Allez-y.

Dr John Haggie: Non. En tant qu'association, nous dirions que les trois éléments du modèle que vous décrivez nous semblent tout à fait appropriés. Pour nous, la surveillance post-commercialisation fait partie intégrante du processus qui s'enclenche dès les premiers essais cliniques, l'évaluation des résultats et l'homologation des médicaments, et qui continue tout au long du cycle du produit, pour que nous suivions la situation une fois que ces produits sont commercialisés. Et, ce qui nous semble encore plus important — ou, du moins, tout aussi important — c'est qu'un tel système prévoit une boucle de rétroaction, si bien que les médecins qui se servent de ces médicaments peuvent connaître en tout temps leurs effets réels et se servir de cette information dans leur pratique.

Le problème qui s'est posé jusqu'ici en ce qui concerne les mécanismes actuels — c'est-à-dire, la surveillance post-commercialisation et la déclaration des effets indésirables — c'est que ces mécanismes mettent uniquement l'accent sur le signalement des EIM. D'après ce que nous avons vu, il n'y a pas vraiment autre chose. De plus, les cliniciens qui ont recours à ces médicaments ne comprennent rien au processus. Les définitions à partir desquelles ils sont censés préparer leurs déclarations ne sont pas toujours claires. Le processus entourant la déclaration des EIM a récemment été amélioré, mais c'est encore une boîte noire en quelque sorte. Une fois que vous avez envoyé votre formulaire, vous ne savez plus du tout ce qui lui arrive. On craint toujours quelque part que, en signalant aux autorités ces effets indésirables, ou on perd le temps de quelqu'un pour quelque chose d'inimportant, ou alors on court le risque de recevoir une avalanche de documents à remplir, alors qu'on n'a pas nécessairement le temps de le faire, vu ces autres activités.

Donc, le processus actuel a besoin d'être modifié de fond en comble pour en arriver à la version Cadillac que nous avons proposée, et cela suppose des efforts de la part d'une multiplicité d'intervenants.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Je voudrais revenir sur deux éléments, si vous permettez. D'abord...

La présidente: Excusez-moi de vous interrompre. Il ne vous reste qu'une minute, madame Wasylcia-Leis.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Très bien, très rapidement, bon nombre de médecins... et je suis convaincue que les membres de votre association vous ont déjà fait part des problèmes que présente l'actuel système d'homologation des médicaments. En fait, selon le Dr James Wright, le système actuel d'examen et de surveillance des médicaments d'ordonnance au Canada comporte de graves lacunes et omet bien souvent de reconnaître que les patients constituent la grande priorité.

D'autres déplorent le fait qu'un voile de mystère enveloppe les règlements sur les médicaments au Canada. Même les noms des médicaments visés par le processus d'homologation ne sont pas révélés. Tous les renseignements fournis par les compagnies, y compris les données sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments qui proviennent des essais cliniques, sont jugés confidentiels et ne peuvent être divulgués que si l'on présente une demande d'accès à l'information.

Donc, les problèmes sont multiples, qu'on parle de la surveillance pré- ou post-homologation. De plus, les problèmes sont graves en ce qui concerne l'innocuité des médicaments. On n'a qu'à penser aux renseignements très volumineux au sujet des effets secondaires et des effets indésirables des médicaments. On pourrait aussi parler du médicament Propulsid et de l'enquête menée par le coroner de l'Ontario. Vous ne pouvez certainement pas m'affirmer aujourd'hui que le système, tel qu'il existe maintenant, est vraiment efficace.

La présidente: Madame Wasylycia-Leis, votre temps est écoulé. Désolée.

La parole est à M. Tilson.

M. David Tilson (Dufferin—Caledon, PCC): Merci beaucoup.

Merci à vous tous de votre présence et de l'expertise que vous nous offrez.

J'écoutais Mme Gagnon qui posait une question au sujet du nombre de décès aux États-Unis. J'imagine que ce n'est pas aussi élevé ici, même si c'est assez grave au Canada. C'est justement pour cette raison que nous tenons des audiences afin de voir quelles améliorations s'imposent.

Par rapport aux questions les plus importantes que vous avez abordées pour la plupart — c'est-à-dire si la déclaration des EIM devrait être obligatoire ou facultative, s'il faut signaler aux autorités tous les effets indésirables, par opposition aux effets indésirables les plus graves, et qui doit avoir l'obligation de faire ces déclarations. Est-ce que tout le monde devrait y participer, à savoir les médecins praticiens, les infirmiers et les infirmières et les pharmaciens? Si je ne m'abuse, il n'y a que les compagnies pharmaceutiques qui soient tenues de faire de telles déclarations pour le moment. Maintenant, parlons de la possibilité que les hôpitaux soient également obligés de le faire.

Ensuite, il y a la question de savoir ce qui arrive quand quelqu'un meurt ou a une réaction indésirable très grave qui se solde par des poursuites en justice. À ce moment-là, tout le monde est attaqué: Santé Canada, la compagnie pharmaceutique et le docteur qui a prescrit le médicament en question. Mais, ils ne savent rien; personne ne sait quoi que ce soit. Je pense bien que vous avez cité l'exemple d'un médicament prescrit pour traiter le problème de la hanche alors que quelqu'un a pris ce médicament pour soigner son genou. Donc, il arrive souvent qu'on ne soit pas au courant.

D'ailleurs, ce serait utile que le comité ait les statistiques sur le nombre de poursuites intentées au Canada sur toutes ces différentes questions. Y a-t-il quelqu'un qui possède de telles statistiques? Même s'il n'y en a que pour l'Ontario, ce serait déjà utile.

Il peut y avoir toutes sortes de causes différentes. Il peut y avoir des erreurs sur l'ordonnance ou peut-être le médicament en question n'aurait-il jamais dû être homologué. Il peut arriver qu'un patient prenne une plus forte dose du médicament en question, ou une plus faible dose; autrement dit, le patient n'a pas suivi les conseils du médecin praticien. Il y a également des questions génétiques, et cela rejoint ce que disait le Dr Haggie concernant la possibilité qu'un médicament soit efficace pour soigner une partie du corps, mais inefficace pour une autre partie du corps. Existe-t-il des statistiques à ce sujet qui pourraient nous aider?

• (1215)

La présidente: Qui voudrait répondre à la question?

Docteur Shortt, voulez-vous commencer?

Dr Samuel Shortt: Oui, avec plaisir.

À mon avis, les statistiques seraient, au mieux, de type impressionniste. Il me semble que la meilleure source de renseignements à ce sujet serait l'Association canadienne de protection médicale, qui est au courant des poursuites intentées contre des médecins.

Je tiens à préciser, cependant, que les études américaines sont très informatives à ce sujet. De façon générale, en ce qui concerne les poursuites intentées pour faute professionnelle — sans que les effets indésirables d'un médicament soient nécessairement en cause — vous allez constater que, dans la grande majorité des cas, les poursuites n'ont pas été intentées pour des raisons de négligence ou de pratique inadéquate de la part du praticien, mais plutôt parce que le résultat final n'était pas jugé satisfaisant par le patient. Donc, les poursuites intentées pour faute professionnelle ne constituent pas un bon indicateur de l'ampleur des mauvaises pratiques médicales. À l'inverse — et c'est un élément important — la grande majorité des gens qui subissent un préjudice en raison de soins négligents, n'intentent jamais des poursuites. Donc, le système américain n'est pas un bon indicateur.

M. David Tilson: Oui, je comprends.

Vous avez tous des antécédents semblables, même si votre optique est différente. Je pense bien que Mme Gagnon a cité le chiffre de 200 000 par an pour les États-Unis. Y en a-t-il parmi vous qui connaissent le chiffre pour le Canada? J'imagine que c'est assez élevé. Y en a-t-il parmi vous qui le savent?

La présidente: Allez-y, docteur Haggie.

Dr John Haggie: En guise de réponse, je peux vous dire que, pour le moment, les données qui existent au Canada ne sont pas utilisables.

L'un des éléments de notre proposition porte justement sur la nécessité d'obtenir de bonnes données de prévalence. En ce qui nous concerne, le système de surveillance post-commercialisation s'appuierait sur les déclarations des médecins — l'élément déclencheur — qui seraient ensuite à l'origine de bonnes études épidémiologiques menées par les centres d'excellence. Si vous vous appuyez sur un système de rapport — qu'il soit facultatif ou non — vos chiffres seront justes.

M. David Tilson: Oui, je comprends. Il pourrait s'agir d'une personne âgée admise à l'hôpital et à qui on administre le mauvais médicament; mais, de toute façon, cette personne est vieille et elle va mourir de toute façon. Sans vouloir donner l'impression de manquer de sensibilité, il pourrait y avoir toutes sortes de causes différentes qui n'ont absolument rien à voir avec des erreurs commises par le médecin, le pharmacien ou quelqu'un d'autre. Autrement dit, des statistiques seraient bien utiles si nous souhaitons faire une bonne évaluation de la situation. J'ai l'impression que vous êtes tous en train de nous dire qu'il n'y a pas vraiment de statistiques et, même s'il en existe, il faut les interpréter avec prudence.

Est-ce ça votre message?

Dr John Haggie: Pour ce qui est de l'essentiel, oui.

La présidente: Madame Lefebvre, vous avez un commentaire à faire à ce sujet, me semble-t-il? Vous avez donc la parole.

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Merci.

Quand ma mère est sortie de l'hôpital au début janvier, on lui a remis un petit bout de papier avec le nom de plus de 25 médicaments. Dans certains cas, elle devait continuer à les prendre, dans d'autres, elle devait cesser de les prendre, et dans d'autres cas encore, il s'agissait de nouveaux médicaments qu'elle devait commencer à prendre. Mais, il y avait une erreur, et je l'ai remarquée. Le pharmacien n'était pas au courant; elle se trouvait sur le petit bout de papier. Une fois qu'ils avaient saisi tous les renseignements dans l'ordinateur du pharmacien, ils se sont rendu compte qu'il pouvait y avoir une interaction médicamenteuse.

Donc, nous possédons déjà les outils nécessaires; le problème, c'est que nous ne communiquons pas les renseignements pertinents entre nous. Ma mère a plus d'un médecin — elle en a cinq. Donc, la possibilité de relier tous ces renseignements sera bien importante pour ce qui est de notre orientation future.

Pour répondre à votre observation au sujet de la gravité des effets indésirables des médicaments, nous avons cité l'exemple d'effets indésirables faibles ou modestes. Si quelqu'un à Santé Canada contrôle les rapports qui lui sont transmis par l'entremise du dossier médical électronique, il aura déjà un chiffre prédéterminé: si la gravité est telle, une déclaration suffit; si elle est différente, une centaine de déclarations pourrait suffire.

Il faut bien qu'il y ait des gens à l'autre bout qui fassent une analyse au moment de recevoir les déclarations. À ce moment-là, nous aurons réussi à créer un système utile, instructif et utilisé. C'est là que la notion d'obligation devient moins importante.

• (1220)

M. David Tilson: Docteur Haggie, vous avez dit que le Canada a besoin d'un système de déclaration convivial. Vous avez donné quelques renseignements à ce sujet. Pourriez-vous nous fournir d'autres détails sur ce à quoi vous faisiez allusion?

Dr John Haggie: Le processus par lequel on signale un événement iatrogène médicamenteux aux autorités a toujours été assez lourd jusqu'à tout dernièrement. Depuis la création de MedEffet par Santé Canada, la situation s'est améliorée. Ceci dit, je dirais qu'environ 60 p. 100 de mes collègues ne sont sans doute pas au courant de son existence, même si ce programme est en vigueur depuis un moment.

Le vrai problème, c'est que la grande majorité des médecins de premier recours, qui sont sans doute à l'origine de la grande majorité des ordonnances au Canada, ne sont pas sûrs de savoir ce qu'ils sont censés signaler au ministère.

La liste des effets secondaires d'un médicament est présentée dans un document qu'on appelle le *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*; c'est un livre volumineux dont l'obscur système d'indexation s'appuie à la fois sur le nom commercial et le nom générique. Pour cette raison, il faut environ quatre ou cinq minutes ne serait-ce que pour trouver la bonne page. Quand vous l'avez trouvée, les renseignements, imprimés en petits caractères — et, en vieillissant, cela peut devenir problématique — sont présentés de façon bien logique et ordonnée, mais ils ne sont tout simplement pas utilisables. Cela ne m'apprend guère plus sur la réaction éventuelle du patient au médicament en question que ce que je savais déjà — sans avoir lu la mention — si le médicament m'était familier. Pour vous dire la vérité, quand vous consultez tout ouvrage pour vous renseigner sur les effets secondaires...

Il y a quelques mois, un de mes patients s'est présenté avec ce qui me semblait être une réaction considérable à l'antibiotique que je lui avais prescrit. Il avait la jaunisse, et quand son état s'est aggravé, je me suis demandé si le médicament ne pourrait pas être en cause. J'ai donc consulté le CPSP, et après avoir passé 20 minutes à chercher des renseignements dans cet ouvrage, j'ai effectivement constaté que la jaunisse est un effet secondaire du médicament en question. J'ai donc interrompu l'administration de ce médicament, et l'état du patient s'est amélioré — et, pour ma part, j'avais appris quelque chose au sujet de ce produit.

Par contre, c'était un effet indésirable important, ce qui avait eu pour effet de prolonger la durée du séjour à l'hôpital pour le patient. Mais, si j'ai décidé d'interrompre ce traitement, c'est parce que cet effet était bien connu, bien documenté, et l'ouvrage en question permettait même de savoir quel pourcentage des gens risquent d'avoir une telle réaction. À ce moment-là, ma déclaration aurait-elle contribué à améliorer l'état des connaissances dans ce domaine, selon ce que j'avais compris du système? Pour moi, la réponse était non.

Par contre, si vous vouliez savoir tous les détails au sujet de tous les effets indésirables, peut-être auriez-vous conclu que j'avais eu tort de ne pas faire de déclaration, mais cet exemple est une autre illustration du manque de clarté qui existe à l'égard du système actuel. Je ne savais pas si ce serait utile ou non, si ce processus pouvait me poser problème, et dans quelle mesure ma déclaration serait réellement bénéfique. Si j'avais été convaincu qu'elle n'apporterait absolument rien à personne, je vous dis, en toute sincérité, qu'il n'aurait pas été question que je consacre à cette activité même les cinq minutes qu'il faut pour s'enregistrer sur l'Internet et remplir le formulaire, parce que j'avais d'autres chats à fouetter.

La présidente: Merci, docteur Haggie.

Désolée, monsieur Tilson; votre temps est écoulé.

Monsieur Thibault.

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Madame la présidente, je voudrais seulement faire une mise au point. Je n'ai pas parlé de deux millions de décès, mais de deux millions d'hospitalisations sérieuses dues à des effets indésirables. Par contre, il y a eu 106 000 décès.

Deux millions, c'est pas mal américain.

[Traduction]

La présidente: Merci, madame Gagnon.

Monsieur Thibault, vous avez la parole.

L'hon. Robert Thibault (Nova-Ouest, Lib.): Merci, madame la présidente.

Bienvenue à vous tous, et permettez-moi de vous remercier pour vos exposés fort intéressants. Je voudrais saluer tout particulièrement le Dr Haggie, qui est de la côte est, et plus précisément, Terre-Neuve. Comme je suis moi-même de la côte est, je suis ravi d'entendre ici à Ottawa ce bel accent terre-neuvien.

Dr John Haggie: Nous avons tous des accents terre-neuviens.

L'hon. Robert Thibault: J'ai bien aimé vos observations.

J'avoue avoir du mal à voir clair dans les témoignages que nous avons reçus. Il n'est évidemment pas question d'imposer de nouvelles chinoïseries administratives à nos médecins de famille, si cette paperasserie n'est pas utile. Nous leur demandons d'ores et déjà — si nous présentons une demande au RPC ou si nous avons besoin de faire remplir des documents pour un sinistre — de remplir toutes sortes de formulaires qui ne contribuent pas nécessairement à améliorer notre état de santé, et qui nous font surtout perdre notre temps. Et cela me semble particulièrement problématique à une époque où nous manquons de professionnels de la santé.

Vous avez dit, me semble-t-il, que si ce système est bien structuré, il pourrait constituer un outil extrêmement utile de part et d'autre. Vous auriez accès à un système électronique qui vous aide à prescrire les médicaments, comme ce fut le cas pour le pharmacien qui s'est occupé de la mère de Mme Lefebvre. Cela vous aiderait à prescrire les médicaments, en vous facilitant la déclaration des effets indésirables sans que vous ne soyez obligé de vous demander si l'effet indésirable est significatif ou non. Dans le cas du patient qui avait la jaunisse que vous avez cité tout à l'heure, vous auriez pu signaler cela aux autorités. Il aurait suffi que vous tapiez deux fois sur une touche de votre clavier plutôt que d'avoir à passer une heure à dactylographier un rapport. Je pense que ce serait utile, à condition que l'information soit bien analysée.

Il me semble que, étant donné les initiatives qui ont été prises du côté d'InfoRoute Santé Canada, et tous les investissements qui sont faits dans ce domaine — nous possédons déjà un système de transmission de données numériques pour les factures des médecins de famille — il serait possible de concrétiser tout cela, et tel est certainement mon espoir.

Je vais y revenir dans quelques minutes, mais d'abord, je voudrais poser quelques questions d'éclaircissement au Dr McCallum. Vous nous dites qu'en Ontario, il y a eu 20 000 décès et que, sur ce nombre, 15 000 étaient considérés comme des décès naturels mais sur lesquels le bureau du coroner a été appelé à se prononcer. Certains de ces décès étaient liés à la consommation de médicaments. Vous dites que, dans certains cas, le médicament était la cause du décès, alors que pour les autres, c'était un simple facteur contributif. Pourriez-vous nous donner les chiffres précis pour chacune de ces deux catégories?

•(1225)

Dr Andrew McCallum: C'est exact. Pour vous donner la ventilation, sur les 176 cas où c'était un facteur contributif — en d'autres termes, il y avait eu un événement iatrogène médicamenteux, mais ce dernier n'a pas été la cause du décès — 141 étaient des décès naturels. Il s'agit donc de 141 sur 176. Vingt-huit décès étaient jugés accidentels. Malheureusement, je ne peux pas vous définir avec précision ce qu'on entend par « accidentels ». Pour nous, un décès jugé accidentel est dû à un événement imprévu, y compris éventuellement les effets indésirables des médicaments. Sur ce petit nombre — les 18 dont je viens de parler — 14 étaient des décès naturels et quatre, des décès accidentels.

L'hon. Robert Thibault: Donc, c'est un tout petit nombre dans la province ayant la plus forte densité de population.

Dans ces 176 cas, est-ce qu'un médicament comme la morphine, qui s'utilise pour les soins palliatifs, aurait pu être un facteur, sans être quelque chose d'imprévu...?

Dr Andrew McCallum: Oui, c'est possible.

L'hon. Robert Thibault: Donc, la morphine, qui est utilisée pour les soins palliatifs, serait comprise.

Dr Andrew McCallum: Pas nécessairement. Elle serait comprise uniquement si elle avait causé l'événement iatrogène médicamenteux. Par exemple, si un patient qui reçoit des soins palliatifs avait une insuffisance respiratoire causée par une surdose involontaire du stupéfiant, et mourrait du cancer pour lequel il recevait des soins palliatifs, ce serait considéré comme un décès naturel auquel l'événement iatrogène médicamenteux avait contribué.

L'hon. Robert Thibault: Donc, ce serait compris dans les 176 cas.

Dr Andrew McCallum: C'est exact.

L'hon. Robert Thibault: Et, d'après vous, combien, sur ces 176 cas, correspondent à ce genre de situation — pas nécessairement la morphine, mais ce genre de soins palliatifs ou chroniques; autrement dit, des cas inévitables?

Dr Andrew McCallum: Je dirais que c'est le cas de la majorité et, pour moi, « inévitable » est justement le mot clé dans ce contexte — mais pas dans le sens que le décès était inévitable.

L'hon. Robert Thibault: Je comprends.

Dr Andrew McCallum: Autrement dit, l'événement aurait pu être évité, mais n'a pas été la cause du décès.

L'hon. Robert Thibault: Oui, mais si on parle des pratiques médicales courantes, j'espère, quand je serai en train de mourir et de beaucoup souffrir à cause d'un cancer, vous n'allez pas refuser de me donner de la morphine, sous prétexte qu'elle pourrait avoir un impact négatif sur ma santé.

Dr Andrew McCallum: Merci d'avoir posé la question. Il est justement essentiel que les membres du comité comprennent ce fait critique. Il faut éviter de prendre des mesures qui pourraient avoir un effet paralysant sur les médecins, surtout dans le contexte des soins de fin de vie, de sorte qu'ils soient réticents à prescrire des médicaments palliatifs de peur que ceux qui font enquête sur le décès leur disent: « Vous lui avez donné beaucoup de morphine et nous nous posons des questions sur vos pratiques. » Il faut absolument éviter ce genre de chose. Donc, une grande prudence s'impose.

L'hon. Robert Thibault: J'ai une dernière question très générale. On nous a dit ici — et je ne veux pas prendre position là-dessus car j'essaie d'apprendre — que seulement 10 p. 100 des effets indésirables graves sont signalés aux autorités à l'heure actuelle. Par contre, si nous menons un sondage auprès de la population canadienne sur des questions politiques, nous trouvons tout à fait satisfaisant de sonder 1 000 Canadiens pour obtenir une idée générale de la situation. Selon vous, les 10 p. 100 qui sont déclarés à l'heure actuelle sont-ils représentatifs de la population, par opposition à la pratique? Est-ce que cela correspond à un portrait représentatif de ce qui se fait actuellement dans le milieu pharmaceutique et médical?

•(1230)

Dr Andrew McCallum: Peut-être, madame la présidente, mais si vous me permettez, je vais répondre rapidement avant de céder la parole aux autres.

Si je vous ai dit que c'est possible, c'est parce que la méthode de déclaration peut introduire une erreur systématique. En d'autres termes, si la méthode de déclaration est à ce point difficile qu'il en résulte un problème de sous-déclaration, cela peut introduire une erreur systématique qui déforme le résultat — mais nous n'en savons rien. Quand vous parlez de sondage, vous faites allusion à une méthode scientifique consistant à sonder une certaine proportion de la population et à prédire la probabilité que certaines choses se produiront au moyen de la statistique, de façon à obtenir un portrait général pouvant s'appliquer à toute la population. Dans notre cas, nous faisons cela rétrospectivement, et je ne pense pas qu'on puisse tirer une telle conclusion.

La présidente: Y a-t-il quelqu'un d'autre qui voudrait intervenir?
Docteur Haggie.

Dr John Haggie: À mon avis, les arguments du Dr McCallum sont justes. Je pense que l'introduction d'une erreur systématique aurait sans doute pour résultat de créer un problème de surdéclaration de problèmes graves, mais à l'autre extrême, il y aurait certainement un problème de sous-déclaration d'effets indésirables mineurs.

Pour le médecin praticien, l'un des problèmes est de savoir en quoi consiste un effet secondaire. Encore une fois, on peut consulter ce livre énorme; mais ce n'est pas bien utile, ce qui m'amène à mentionner autre chose. J'ai devant moi une fiche d'information sur un médicament utilisé couramment pour traiter des problèmes d'indigestion. On dit sur cette fiche que les effets secondaires peuvent comprendre les douleurs abdominales, la nausée, les vomissements, la flatulence, la diarrhée ou la constipation. Ce produit peut également causer la somnolence ou l'insomnie. Il peut également favoriser l'agitation, l'agression, la dépression et les hallucinations.

L'hon. Robert Thibault: On dirait que vous décrivez un de mes discours.

Des voix: Oh, oh!

Dr John Haggie: Il ne me viendrait jamais à l'idée de dire une telle chose.

Mais vous voyez bien ce que je veux dire quand je vous parle du contexte et de l'utilité de la chose. Les 20 minutes qu'il faut pour retrouver cette information est pratiquement inutile. Si quelqu'un est malade, vous allez nécessairement avoir recours à toutes les sources possibles.

Ce que je peux vous dire, moi qui suis un médecin plus âgé, c'est que ma façon de pratiquer la médecine a changé de façon dramatique au cours des cinq dernières années; j'ai complètement cessé d'utiliser ce livre. Le site Web auquel nous avons accès, par l'entremise de l'AMC, comprend des outils en ligne très dynamiques pour obtenir ce genre de renseignements, et c'est cela que j'utilise à la place. Les sources d'information traditionnelles sont parfaitement inutiles à présent. Mais, encore une fois, ce n'est pas quelque chose que je peux utiliser au moment de préparer une ordonnance; je dois aller chercher cette information par la suite, et c'est justement ça le problème.

La présidente: Il vous reste une minute et demie, monsieur Thibault.

L'hon. Robert Thibault: Je ne sais pas qui est le mieux placé pour répondre à cette question. Peut-être Mme Lefebvre. Elle concerne l'usage non prévu des médicaments.

Je ne veux pas qu'on décourage l'usage non prévu des médicaments. Le Dr Haggie nous a cité un exemple parfait de la

façon dont les choses évoluent et des conséquences positives de cette évolution, dans certains cas. On voit des cas extrêmes où l'usage non prévu d'un médicament peut avoir des effets très positifs, mais on peut également se demander combien de temps il faudra attendre avant que cette information soit diffusée ou que les recherches soient faites de façon à ce que cela devienne un traitement courant.

J'ai lu un article il y a quelque temps dans le magazine *Maclean's* au sujet d'un médicament conçu pour traiter les cancers qui avait été utilisé pour traiter la dégénérescence maculaire, avec un succès considérable, mais on n'en parle plus. Les recherches cliniques qui auraient pu donner lieu à l'utilisation généralisée de ce médicament pour cette affection-là n'ont jamais été faites.

Les changements qui s'opèrent actuellement à Santé Canada en faveur d'un système d'homologation progressive auront-ils un effet positif en ce sens qu'on pourra incorporer de nouveaux usages de certains médicaments qui, d'après les indications sur l'étiquette, doivent servir à traiter une seule affection?

La présidente: Madame Lefebvre, désirez-vous intervenir?

Mme Fleur-Ange Lefebvre: Oui, tout à fait. Cette transition envers un système d'homologation progressive nous enthousiasme, et nous estimons qu'il devrait être accompagné d'un système de communication progressive des données. Voilà ce qui nous intéresse.

Il s'agit de communiquer les données que vous avez à votre disposition. Ensuite, quelqu'un à l'autre bout vous dira à un moment donné: il y a un problème; il faut faire quelque chose. Il faut que ce soit lié au système d'homologation progressive, notamment quand on parle de médicaments utilisés chez les enfants. Rappelez-vous que les enfants âgés de 0 à 18 ans sont effectivement inclus dans notre système. Mais un enfant de six mois n'a pas besoin des mêmes médicaments qu'un enfant de 13 ans; et, que faut-il faire pour l'enfant âgé de 17 ans et demi? Donc, il faut faire attention.

En même temps, quand on parle de l'usage non prévu de certains médicaments pour certaines populations, pour lesquels aucun essai n'a été effectué, ou d'usages qui n'étaient pas envisagés au départ, il faut comprendre que les médecins sont intelligents; ils vont toujours essayer quelque chose s'ils estiment que l'effet sur leur patient peut être bénéfique. Donc, s'ils avaient la possibilité d'accéder rapidement à un système utile qui contrôlerait toutes ces données, je peux vous dire que nous verrions d'un bon oeil un système d'homologation progressive.

La présidente: Merci beaucoup, madame Lefebvre.

Monsieur Brown.

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

Je voudrais parler brièvement de moyens électroniques, et j'ai une question qui s'adresse à la fois à l'Association médicale canadienne et au groupe Canadian Men in Nursing.

Quels moyens électroniques sont actuellement utilisés pour ce qui est de permettre au médecin d'accéder par voie électronique aux ordonnances de son patient, et quelles mesures avez-vous à proposer qui permettraient d'améliorer cet accès électronique? Est-ce possible qu'un appareil portatif permette d'éviter les erreurs médicales post-commercialisation en permettant au médecin de connaître rapidement les médicaments que consomme son patient?

Et, aux représentants du groupe Canadian Men in Nursing, pouvez-vous me dire s'il existe une forme d'accès électronique dont vous profitez actuellement?

Je demanderais aux représentants de l'Association médicale canadienne de répondre en premier.

•(1235)

Dr John Haggie: Merci.

Mon accès électronique au dossier pharmacologique du patient passe par le téléphone et le télécopieur, si je ne peux pas obtenir ce renseignement du patient lui-même, et ce n'est pas toujours possible, car l'état du patient peut être tel qu'il n'est pas en mesure de vous donner des renseignements exacts à son sujet et il n'y a peut-être pas de soignant qui soit au courant de sa situation.

Pour les médecins, la source de renseignements la plus fiable est la pharmacie locale. Pour ma part, j'exerce dans une région assez rurale, et je dois faire, potentiellement, sept appels téléphoniques pour trouver la pharmacie qui a exécuté l'ordonnance. Le problème, c'est que le patient a pu traiter avec plus d'une pharmacie, si bien que je peux toujours ne pas avoir le renseignement qu'il me faut, mais généralement, leur pharmacie habituelle est liée aux autres.

C'est une réponse un peu facétieuse, mais je n'ai essentiellement aucun moyen électronique d'accéder rapidement à ce genre d'information.

M. Patrick Brown: Selon vous, ce genre d'accès électronique serait-il bénéfique?

Dr John Haggie: Oui, il s'agirait d'un progrès énorme en ce qui concerne la sécurité du patient — voilà qui est clair — de pouvoir savoir quels médicaments il prend déjà grâce à un mécanisme de ce genre. Les patients ne prennent pas toujours leurs médicaments, mais si je sais qu'ils n'ont pas renouvelé leur médicament depuis six mois, je peux supposer qu'ils ne le prennent plus.

Encore une fois, cela représenterait un progrès énorme et ce serait un réseau de base auquel on pourrait greffer des outils d'aide à la décision, comme je le disais tout à l'heure, s'il est question de médicaments qui ne conviennent qu'aux patients d'un certain âge ou d'interactions médicamenteuses, comme l'expliquait Fleur-Ange. Ce serait déjà un réseau de base, réseau auquel je n'ai pas accès à l'heure actuelle.

M. Patrick Brown: Êtes-vous au courant de données probantes indiquant que le nombre d'erreurs médicales est plus élevé du fait que les médecins n'ont pas accès rapidement à ce genre d'information? Y a-t-il des éléments que le comité devrait explorer plus en profondeur qui nous permettraient de savoir où se trouvent ces lacunes?

Dr John Haggie: Si vous vous renseignez sur le système de soins primaires au Royaume-Uni, vous allez découvrir que la grande majorité des médecins de famille, notamment en milieu urbain, emploient un système d'ordonnances électroniques et de dossiers médicaux électroniques. Dans certains pays, les médecins ne donnent plus une ordonnance écrite. La pharmacie avec laquelle traite le patient fait partie de son dossier médical, si bien qu'il suffit d'appuyer sur un bouton pour la lui transmettre directement; à ce moment-là, le pharmacien est déjà en train d'exécuter l'ordonnance quand le patient quitte le bloc opératoire ou l'établissement de santé.

Si je ne m'abuse, les données présentées dans certaines études menées au Royaume-Uni indiquent très clairement qu'il est possible de réduire le nombre d'interactions médicamenteuses, notamment chez les personnes âgées, grâce à un mécanisme de ce genre. Dans les hôpitaux — la majorité de mes patients sont en milieu hospitalier — nous avons des protocoles de réduction des erreurs médicamenteuses, de même que des listes de vérification pour les ordonnances, afin justement de réduire la possibilité qu'un médecin prescrive le mauvais médicament.

S'agissant des erreurs médicamenteuses, les possibilités sont multiples. On peut prescrire le bon médicament, alors que le diagnostic n'est pas le bon, et inversement. On peut aussi choisir le bon médicament mais ne pas prévoir la bonne dose. Il peut également y avoir des interactions médicamenteuses. Dans les hôpitaux, il existe déjà un grand nombre de mécanismes très sûrs qui vont réduire la possibilité que cela se produise, mais ces mécanismes ne sont pas nécessairement électroniques.

M. Patrick Brown: Combien de temps faut-il attendre avant que les médecins reçoivent une alerte diffusée par le gouvernement au sujet de l'innocuité ou non d'un médicament? S'il existait un système électronique, ou si vous aviez un appareil portable, il serait peut-être possible d'accélérer la transmission de cette information. Quel délai le gouvernement prévoit-il à l'heure actuelle pour la diffusion d'une alerte?

Dr John Haggie: En général, je les reçois par télécopieur ou par le courrier escargot, pour reprendre le terme qu'utilise ma fille. À l'occasion, le Collège va diffuser une alerte qu'il a reçue, mais cela varie beaucoup.

L'autre problème, c'est que même quand je reçois une alerte, ce qu'on me dit ne veut pas nécessairement dire grand-chose. Prenons l'exemple du cas tragique de cette jeune dame, Vanessa, qui prenait le médicament Cisapride. C'est un médicament que je prescris assez souvent. Je me rappelle très bien d'avoir reçu une communication de Santé Canada indiquant que la consommation de ce médicament était associée à des anomalies relatives aux électrocardiogrammes. C'est tout ce qu'on disait. Pour moi, cela voulait dire que si on traitait une fille de son âge dont l'électrocardiogramme présentait certaines anomalies, on irait tout de suite voir si elle prenait ce médicament; mais cela ne voulait absolument pas dire que si on permet à cette jeune fille de continuer à prendre ce médicament, elle va mourir, ou encore que si l'on prescrit ce médicament de lui faire subir un électrocardiogramme. Rien de tout cela n'a jamais été mentionné.

Je suis désolé; je pense avoir parlé un peu trop longtemps.

•(1240)

La présidente: Merci.

Monsieur Malo, c'est à vous.

[Français]

M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ): Merci, madame la présidente.

Merci à vous tous d'être parmi nous aujourd'hui.

Après avoir entendu les commentaires de ce matin, je me rends compte que les professionnels de la santé n'ont peut-être pas toute l'information nécessaire pour utiliser correctement la pharmacologie à leur disposition. Je constate également que le problème n'est pas particulier au Canada; il existe également dans plusieurs autres pays occidentaux. Pourriez-vous faire un commentaire là-dessus?

Comme solution, vous préconisez de renforcer la loi afin de lui donner plus de mordant et de forcer davantage l'industrie à faire des études postcommercialisation et à divulguer toutes les informations, qu'elles soient positives ou négatives. Or, l'industrie pourrait s'y objecter en disant que certains secrets commerciaux risquent ainsi d'être divulgués. Comment réagissez-vous face à ce genre de préoccupation?

[Traduction]

La présidente: Qui voudrait répondre?

Monsieur Anderson, désirez-vous répondre?

M. Douglas Anderson: Pour ma part, je n'ai aucun accès direct à l'industrie pharmaceutique, et je pense que cette question est plutôt de son ressort. Je ne cherche pas à éluder la question, mais je crois qu'il serait plus approprié de la poser directement aux responsables de l'industrie pharmaceutique.

[Français]

M. Luc Malo: Le Dr Haggie de l'Association médicale canadienne peut peut-être répondre, puisqu'il a abordé ce sujet dans sa présentation.

[Traduction]

Dr John Haggie: En ce qui me concerne, c'est une question d'équilibre, comme pour tout. S'agissant de l'industrie pharmaceutique et des conditions d'homologation appliquées par Santé Canada, il me semble qu'il serait possible de négocier la protection de secrets industriels, etc., à condition que les experts aient accès à toutes les données.

Le problème se pose plus tard, quand le médicament est commercialisé et que des inquiétudes sont exprimées au sujet de l'innocuité du produit. À un moment donné, un médicament utilisé pour les chirurgies à cœur ouvert a suscité des controverses lorsqu'on a su que la compagnie pharmaceutique n'avait pas diffusé toutes les conclusions de ses recherches au public, même si Santé Canada avait pu en prendre connaissance. Donc, il s'agit d'établir le bon équilibre entre la protection du patient et des praticiens qui sont de bonne foi lorsqu'ils prescrivent ces médicaments, et les intérêts commerciaux des compagnies pharmaceutiques.

En tant que médecin et défenseur des droits des patients, j'estime que le balancier doit pencher du côté du patient.

[Français]

M. Luc Malo: Merci.

Vous avez dit également que les médecins et même les infirmiers sont prêts à participer au processus. Tous les professionnels veulent contribuer à l'établissement d'un système rigoureux qui fonctionne. Vous êtes même allé jusqu'à dire qu'il fallait rémunérer de façon adéquate les professionnels qui complètent les rapports pour étayer l'information disponible.

Les professionnels qui complètent tous ces rapports sont-ils rémunérés? Quelle serait, selon vous, une rémunération adéquate pour que l'ensemble de l'information puisse être colligée de façon efficace?

[Traduction]

La présidente: Docteur Haggie.

Dr John Haggie: Le régime actuel dans la province où j'exerce la médecine, à savoir Terre-Neuve-et-Labrador, ne prévoit une rémunération pour le médecin que lorsqu'il y a des contacts personnels entre lui et le patient. Mais, à mon avis, ce ne serait pas déraisonnable de prévoir un barème progressif. Par exemple, si vous devez investir beaucoup de temps dans la préparation d'une copie du dossier de votre patient — c'est-à-dire retrouver les résultats de tous les examens hématologiques, etc., afin de fournir des renseignements complets, il convient de reconnaître cet investissement de temps et d'effort.

Par contre, si vous avez accès à un système de déclaration convivial qui vous prend deux secondes et qui donnera automatiquement lieu à une vérification ou une évaluation par un centre d'excellence quelque part qui va examiner la prévalence, c'est tout à fait autre chose. On pourrait soutenir dans ce cas-là qu'une

rémunération de ce niveau-là ne serait pas justifiée dans une situation comme celle-là.

Pour ce qui est du principe général, je serais injuste envers mes collègues qui exercent la médecine si je ne disais pas que tous les efforts déployés par le médecin doivent donner lieu à une certaine rémunération.

• (1245)

La présidente: Merci beaucoup.

Je crois que nous commençons à manquer de temps. Il est déjà une heure moins quart et nous avons encore deux questions à régler, comme convenu au début de la réunion. Je voudrais donc exprimer la gratitude du comité envers tous les témoins qui sont venus nous parler aujourd'hui. Vos exposés étaient fort intéressants. Nous avons permis des réponses un peu longues par moments parce que ce que vous nous disiez est très intéressant.

Nous allons maintenant nous attaquer aux travaux du comité.

Je vais demander à Mme Wasylcia-Leis de nous lire sa motion avant d'ouvrir le débat là-dessus.

Mme Judy Wasylcia-Leis: Je voudrais proposer l'adoption de ma motion, telle qu'elle est rédigée sur l'avis.

Je n'ai pas besoin de vous en parler longuement. Elle est semblable à la motion que j'ai déposée à une réunion précédente. Je l'ai raccourcie, si bien que je fais mention uniquement du rapport annuel en demandant au ministre de la Santé de comparaître devant le comité dès que possible afin de discuter du rapport en question, et je précise que le comité fera rapport de ses observations à la Chambre.

La présidente: Le débat est ouvert.

Monsieur Fletcher.

M. Steven Fletcher (Charleswood—St. James—Assiniboia, PCC): Merci, madame la présidente.

Je crois que nous savons déjà quelle va être l'issue de ce débat, mais pour les fins du compte rendu, je tiens à dire que le ministre a déjà comparu devant le comité à plusieurs reprises, ou du moins, a offert de le faire. On peut supposer qu'il va comparaître devant le comité pour nous parler du Budget principal des dépenses. Au-delà des engagements actuels... D'ailleurs, je précise, pour la gouverne des membres du comité, qu'il est extrêmement occupé en ce moment. Donc, si cette motion est adoptée, il est bien possible qu'on doive attendre pas mal de temps avant qu'il puisse comparaître devant le comité pour discuter de cette question.

Si les membres désirent adopter la motion, ils en ont bien le droit. Mais nous avons déjà discuté d'une motion semblable à la dernière réunion. Elle a été rejetée et il n'y a pas lieu de revenir sur la question. Par conséquent, les députés conservateurs voteront contre la motion, conformément à ce qui a déjà été convenu par les membres du comité.

La présidente: Madame Gagnon, vous avez la parole.

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Madame la présidente, j'aimerais exprimer notre inquiétude à ce sujet. En matière de santé, il y a la clause Québec sur l'interprétation de cette motion. On pourrait vouloir que le ministre de la Santé s'implique de façon directe en matière de santé dans les provinces. Je veux que ce soit écrit dans cette motion parce que ça concorde avec la position du ministre de la Santé du Québec, à savoir que rien ne doit être interprété d'une façon qui porterait atteinte aux compétences du Québec. C'est l'intention et le désir du gouvernement du Québec.

Je ne sais pas s'il s'agit de donner des directives aux provinces. Si c'est un échange d'information, ça ne me cause pas de problème. Quoi qu'il en soit, je pense que nous pourrions profiter de la venue du ministre pour élargir la portée de nos questions et ne pas nous limiter simplement à la Loi canadienne sur la santé. Nous pourrions lui poser des questions sur les maladies rares, par exemple, ou lui demander quelle est son impression de notre rapport. Cependant, que ce soit pour le régime d'assurance maladie ou celui de l'assurance médicaments, le Québec demeure le maître d'oeuvre de la planification, de l'organisation et de la gestion des services de santé sur son territoire.

La proposition nous est présentée par un député du Nouveau Parti démocratique que je respecte pour ses valeurs et sa contribution à la réflexion sur la santé et autres politiques. En revanche, sa propension à vouloir trop centraliser équivaut pour nous à un non-respect des compétences des provinces, surtout en matière de santé.

Je voulais apporter cette nuance pour que, dans le cas où nous adopterions ces dispositions ce matin, ce soit fait selon l'orientation que je viens de préciser. Merci.

• (1250)

[Traduction]

La présidente: Madame Gagnon, pour que ce soit bien clair, demandez-vous que cet amendement soit incorporé dans la motion? Ai-je bien compris?

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Oui.

[Traduction]

La présidente: Très bien. Y a-t-il des membres qui voudraient se prononcer sur l'amendement?

Je vais le donner à la greffière parce que son français est bien meilleur que le mien.

Mme Christiane Gagnon: Faites un petit essai. Ce serait drôle.

La présidente: Je crains justement que vous trouviez cela bien drôle.

Bon. Allez-y.

[Français]

La greffière du comité (Mme Carmen DePape): Il se lit ainsi.

Nous sommes en faveur de la motion de Mme Wasylycia-Leis, dans la mesure où, en ce qui concerne la Loi canadienne sur la santé, l'interprétation traditionnelle prévaut : en matière de santé, le Québec n'est redevable qu'à sa population; rien ne doit être interprété de façon à déroger aux compétences du Québec; le Québec a une volonté affirmée d'exercer ses responsabilités lui-même; le gouvernement du Québec considère que le système de santé et le régime d'assurance-maladie du Québec relèvent de sa compétence exclusive. Il lui revient d'exercer lui-même la maîtrise d'oeuvre à l'égard de la planification, de l'organisation et de la gestion des services de santé sur son territoire, et ce, en fonction du cadre législatif et réglementaire du Québec.

[Traduction]

La présidente: Monsieur Fletcher.

M. Steven Fletcher: Nous sommes tous au courant des priorités des séparatistes et...

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Je m'excuse, monsieur Fletcher, mais ce ne sont pas des séparatistes. C'est la volonté du gouvernement du Québec, et il s'agit d'un parti libéral fédéraliste. Je n'aimerais pas qu'on...

[Traduction]

La présidente: Excusez-moi, madame Gagnon.

Monsieur Fletcher, veuillez continuer.

M. Steven Fletcher: À mon avis, aucun parti fédéraliste ne serait en mesure d'appuyer directement cette motion. À mon avis, si vous voulez faire ce que vous demande la députée néo-démocrate, vous devrez voter en faveur de la motion, alors que cet amendement devrait inquiéter tout membre d'un parti fédéraliste et l'amener à voter contre.

La présidente: Monsieur Thibault.

L'hon. Robert Thibault: Je n'arrive pas à comprendre où se trouve l'amendement dans ces quelques paragraphes. Je ne comprends pas en quoi ce texte est lié à la motion de Mme Wasylycia-Leis ou la modifie. Donc, je vais voter contre.

S'agissant des principes qu'elle énonce, je dois dire que je suis d'accord avec certains d'entre eux, et en désaccord avec d'autres. Cela suppose un tout autre débat. Mais ce texte n'a absolument rien à voir avec la motion originale, et je vais donc voter contre.

• (1255)

La présidente: Dans ce cas, je dois le déclarer irrecevable, puisqu'il n'est pas lié à la motion originale. Vos arguments sont tout à fait justes, monsieur Thibault.

Ayant réglé ce point, nous en revenons à la motion. Nous allons la mettre aux voix...

L'hon. Robert Thibault: Je ne me suis pas encore prononcé sur la motion principale.

La présidente: Si vous souhaitez le faire, je vous donner la parole pour aborder la motion principale.

L'hon. Robert Thibault: Je voudrais, tout d'abord, remercier Mme Wasylycia-Leis d'avoir déposé cette motion. Elle me semble tout à fait appropriée. La Loi canadienne sur la santé est le fondement du mécanisme de partage des coûts visant le gouvernement du Canada et les provinces sur tout ce qui touche la santé au Canada, et elle énonce les cinq principes de la médecine sociale au Canada.

Le rapport qui a été déposé devant le Parlement fait justement état de certaines difficultés en ce qui concerne l'administration de cette loi. Certaines provinces ne la respectent pas. Certaines se font imposer des amendes, comme il se doit, en vertu de la Loi canadienne sur la santé et se sont vu refuser une partie de l'aide financière qui est fournie par le gouvernement fédéral, alors qu'une autre province n'a pas été traitée de cette façon. À mon avis, c'est au ministre de répondre de cette divergence.

De plus, le rapport Castonguay a récemment été diffusé et il y en a qui estiment que certaines recommandations du rapport constituent une attaque contre la Loi canadienne sur la santé. Je suis d'accord, et je pense que ce serait bien utile que le ministre vienne répondre à toutes ces questions bien importantes.

La présidente: Certains députés se sont prononcés sur la question, et je vous rappelle que nous avons une autre question à régler. Les membres sont-ils donc d'accord pour mettre la question aux voix tout de suite?

(La motion est rejetée.)

La présidente: Nous passons maintenant au budget. Nous devons adopter un budget pour pouvoir inviter les témoins à comparaître.

Silence, s'il vous plaît; sinon, cela risque de nous prendre un peu plus longtemps.

Nous devons adopter un budget puisque des témoins viennent de la Colombie-Britannique pour participer à la séance sur les dons d'organes. Nous avons deux témoins d'Edmonton, deux témoins de Toronto, un de Québec, et un de Montréal; donc, nous avons prévu un budget de 15 900 \$.

Quelqu'un voudrait-il proposer une motion d'adoption du budget?

M. David Tilson: J'en fais la proposition.

La présidente: Merci. Vous avez proposé l'adoption.

Sommes-nous tous d'accord ou levez-vous la main pour poser une question? Pourriez-vous tous lever la main si vous êtes d'accord?

L'hon. Robert Thibault: Sur le budget?

La présidente: Oui, nous essayons de faire adopter aujourd'hui le budget de 15 900 \$.

(La motion est adoptée. [Voir *Procès-verbaux et témoignages*])

La présidente: Merci.

Vous avez la parole, madame Gagnon.

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Madame la présidente, M. Tremblay, le président de l'Association canadienne des dons d'organes, aimerait

venir témoigner devant le comité. Il y a un problème par rapport à l'ensemble des témoins. Y a-t-il un équilibre?

[Traduction]

La présidente: Très bien. Je vais demander à la greffière de vous répondre, madame Gagnon.

[Français]

La greffière: Madame Gagnon, six organisations ont confirmé leur présence, ce qui représente 15 témoins. Il y a le Conseil canadien pour le don et la transplantation, la Société canadienne de transplantation et le Canadian Association of Transplantation.

[Traduction]

La présidente: Avec tous ces témoins, ce sera une journée très chargée, et je vous remercie pour vos suggestions. À mon avis, nous ne pouvons certainement pas en faire plus ce jour-là, mais nous pourrions peut-être en recevoir d'autres à un autre moment. Nous pourrions en discuter à une autre réunion.

Mme Judy Wasylcia-Leis: J'ai besoin d'un renseignement. Comme ma motion a été rejetée — ce qui veut dire que le ministre ne comparaitra pas devant le comité pour discuter de la Loi canadienne sur la santé — et étant donné que le Parlement nous renvoie automatiquement le rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé, ce qui veut dire que nous allons en discuter en l'absence du ministre, pourrais-je savoir quand vous comptez tenir une réunion pour l'examiner et s'il serait possible de faire cela assez rapidement?

• (1300)

La présidente: Serait-il possible de l'inscrire à l'ordre du jour de la réunion suivante? Il faudra qu'on voie à quel moment on pourra tenir une réunion sur cette question. D'accord?

Très bien. Je vais donc lever la séance. Merci.

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.