



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 007 • 2^e SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 27 novembre 2013

Président

M. Ben Lobb

Comité permanent de la santé

Le mercredi 27 novembre 2013

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC)): Bonjour, mesdames et messieurs.

Nous entamons la septième séance et nous accueillons plusieurs témoins, dont un par vidéoconférence, qui vont présenter des exposés.

Étant donné qu'une petite manifestation se déroule rue Wellington aujourd'hui, les autobus se sont rendus ici un peu plus lentement. Nous allons commencer sans la députée absente, en espérant qu'elle arrivera dans quelques minutes.

Nous allons commencer par Jamie Meuser, le représentant du Collège des médecins de famille du Canada que nous voyons à l'écran présentement. Nous continuerons ensuite avec les autres témoins ici présents.

Par ailleurs, nous allons discuter de quelques petites questions liées aux travaux du comité à la fin de la séance.

Allez-y, monsieur. Vous pouvez prendre 10 minutes ou moins, merci.

Dr Jamie Meuser (directeur exécutif associé, Collège des médecins de famille du Canada): Merci.

Bonjour aux membres du Comité permanent de la santé et à monsieur le président.

En tant que directeur exécutif associé du Collège des médecins de famille du Canada et que médecin de famille praticien, j'ai le privilège de discuter avec vous aujourd'hui. Je vous remercie de l'invitation.

Le Collège des médecins de famille du Canada, le CMFC, fait la promotion de la médecine familiale au Canada et représente plus de 30 000 membres spécialisés. Le CMFC parle au nom de ses membres pour garantir des soins de grande qualité. L'éducation constitue bien sûr un élément important de notre mandat. Nous établissons les normes de formation, d'agrément et de formation continue des médecins de famille. Nous homologuons la formation postdoctorale en médecine familiale dans les 17 établissements au Canada.

Mon exposé d'aujourd'hui porte sur le rôle que jouent les médecins de famille pour freiner l'abus et le mauvais usage de médicaments d'ordonnance et sur la façon dont nous pouvons travailler avec les patients pour les aider à régler leur problème.

Les médicaments d'ordonnance constituent sans aucun doute un soutien important dans la gestion et le traitement des maladies, ainsi que dans le maintien des fonctions. Nous sommes tous susceptibles un jour de prendre des antibiotiques d'ordonnance, par exemple, pour soigner une infection. Certains médicaments sont prescrits à court terme; d'autres le sont à plus long terme, comme les médicaments pour réduire la douleur ou certains antidépresseurs.

Certains médicaments doivent être pris durant toute la vie de la personne, comme les suppléments d'hormone si la thyroïde fonctionne mal ou si elle a été retirée par chirurgie. En effet, un sondage mené par le Fonds du Commonwealth en 2007 montre qu'environ la moitié de tous les adultes au Canada prennent au moins un médicament d'ordonnance de manière régulière.

Les médecins de famille occupent une place centrale dans le système de santé pour ce qui est de la prescription...

• (1535)

Le président: Désolé, je dois vous interrompre un instant, monsieur.

[Français]

Mme Isabelle Morin (Notre-Dame-de-Grâce—Lachine, NPD): Monsieur le président, on ne reçoit pas l'interprétation en français.

[Traduction]

Le président: Ça complique un peu les travaux de notre comité.

Monsieur Meuser, nous allons suspendre votre exposé quelques minutes pour voir si les techniciens peuvent augmenter le volume pour les interprètes.

Entretemps, nous allons entendre les témoins ici présents, en commençant par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Madame Roussel ou madame Bard, vous pouvez commencer votre exposé.

Monsieur Meuser, restez avec nous. Nous essayons de corriger le problème.

Allez-y.

Mme Rachel Bard (directrice générale, Association des infirmières et infirmiers du Canada): D'accord.

Bonjour, je m'appelle Rachel Bard et je suis directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, qui représente 150 000 infirmières et infirmiers autorisés.

[Français]

Je pourrai certainement répondre à des questions en français.

[Traduction]

La priorité d'une infirmière, c'est avant tout le bien-être du patient. Qu'elle travaille à l'hôpital ou à titre d'universitaire ou de chercheuse dans un ministère qui élabore les politiques, l'infirmière a toujours comme objectif final d'améliorer la santé des Canadiens.

L'usage abusif de médicaments d'ordonnance constitue une question de santé publique et de sécurité partout au pays. Selon un sondage national récent mené par Nanos pour notre association, près du quart des répondants étaient préoccupés par la surconsommation de médicaments d'ordonnance d'un membre de la famille ou d'un ami, après l'abus d'alcool et avant la consommation de drogues illicites.

La question entraîne des conséquences bien réelles: les surdoses, l'éclatement de la cellule familiale, les infections transmises par le sang, la violence liée aux drogues et la mort. Pourtant, les médicaments d'ordonnance sont nécessaires et peuvent améliorer grandement la vie de bien des Canadiens. Le problème n'est pas simple, pas plus que la solution.

Merci beaucoup de nous avoir invitées ici aujourd'hui.

Nous avons trois recommandations. Tout d'abord, le gouvernement fédéral doit soutenir une stratégie nationale pour freiner l'abus de médicaments d'ordonnance. Nous appuyons fermement les recommandations du rapport *First Do No Harm* du Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance. Ensuite, il faut rétablir la réduction des méfaits comme quatrième volet de la Stratégie nationale antidrogue au Canada. Enfin, le fédéral doit répondre aux besoins de formation et de pratique des praticiens de la santé, surtout ceux qui prescrivent et qui fournissent les médicaments.

Notre première recommandation porte sur la stratégie nationale complète à multiples volets mise de l'avant dans le rapport *First Do No Harm*. Notre association est membre du conseil sur l'abus de médicaments sur ordonnance. Nous avons contribué au rapport, et nous indiquons ici aujourd'hui que nous appuyons ses recommandations. Les recommandations que nous présentons aujourd'hui se fondent sur ce rapport. Il est essentiel d'appliquer une approche à multiples volets, en raison de la complexité de la question. La solution n'est pas simple, et bien des défis se présentent.

À quel point comprenons-nous le problème? Nous avons besoin d'un système de surveillance pancanadien cohérent qui recueille, analyse et diffuse les données pour mieux appuyer les politiques et la pratique.

Comment pouvons-nous réduire les taux de toxicomanie? Pour nous attaquer à cette question complexe, nous devons élaborer et appliquer des approches préventives à multiples volets. Les gens qui consomment fréquemment des drogues éprouvent des problèmes de santé physique et mentale et sont souvent marginalisés. Les femmes, les jeunes et les Autochtones sont particulièrement vulnérables aux méfaits de la toxicomanie, souvent parce qu'ils ont subi un traumatisme, comme une agression physique ou sexuelle. Les mesures de prévention demandent de modifier les politiques sociales qui rendent un certain nombre de Canadiens vulnérables, mais elles exigent aussi de mettre en oeuvre des politiques qui vont diminuer la souffrance... Il faut prendre en compte les déterminants sociaux de la santé comme le logement, le revenu, le niveau de scolarité et les liens avec la collectivité qui créent de la stabilité. C'est une étape fondamentale en matière de prévention.

Les patients comprennent-ils bien la dangerosité des médicaments d'ordonnance? Nous devons rejeter l'idée selon laquelle ces médicaments sont tout à fait sûrs, parce que cela influence tous les aspects de l'usage: la consommation, l'entreposage et l'élimination. Il faut sensibiliser la population aux risques.

Comment devons-nous gérer malgré tout la douleur, qui constitue un problème de santé très grave? En plus d'examiner les déterminants sociaux de la santé en tant que source de bien des

problèmes de santé, nous devons considérer le rôle que joue le système de santé. Nous ne pouvons pas simplement réduire la prescription de substances contrôlées. La douleur, c'est la principale raison pour laquelle les gens demandent un traitement. Mais qu'en est-il des délais d'attente, de l'accès aux divers professionnels de la santé et de l'accès aux autres types de traitements? Les délais d'attente pour subir une chirurgie ou un traitement qui supprime la douleur sont proportionnels à la période durant laquelle les patients doivent prendre des médicaments d'ordonnance. S'ils avaient accès à la physiothérapie, à l'ergothérapie ou aux services de consultation, leur dépendance aux médicaments serait-elle moindre?

• (1540)

Si le système de santé améliorait l'accès aux équipes d'intervenants qui travaillent en collaboration, nous pourrions donner des soins aux Canadiens de façon homogène et en temps opportun. Les communications et les rapports cohérents entre les professionnels et les patients, rehaussés par la technologie et les dossiers médicaux électroniques, nous aident à mieux connaître l'historique des patients, au lieu d'intervenir pour un événement précis ou en cas d'urgence. Comme pour le système de surveillance dont j'ai parlé, le Canada doit mettre en oeuvre des programmes de surveillance des prescriptions pour garantir que tout le personnel soignant et tous les niveaux du système emploient des définitions et des modes de déclaration et de collecte identiques.

Le Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance et ses nombreux partenaires ont produit cet excellent rapport, qui comprend une approche à cinq volets pour contrer l'abus de médicaments d'ordonnance: la sensibilisation, la prévention, le traitement, l'application de la loi et la surveillance. Je tiens à souligner qu'il s'agit d'un rapport fondamental qui propose des stratégies concrètes et applicables face à ce problème. Nous devons prendre des mesures dès maintenant.

Notre deuxième recommandation consiste à rétablir la réduction des méfaits en tant que quatrième volet de la Stratégie nationale antidrogue au Canada. Le vérificateur général devrait aussi s'assurer, tous les 10 ans, que la stratégie atteint ses objectifs de santé publique. La réduction des méfaits se veut une approche de santé publique pragmatique qui fait la promotion de la sécurité, tout en prévenant les morts et les déficiences. Les données sur la toxicomanie montrent clairement que la réduction des méfaits est le mode d'intervention le plus efficace durant les périodes de consommation ou de baisse de la consommation.

Les infirmières sont les principales intervenantes auprès des toxicomanes et peuvent établir un lien de confiance avec eux, entre autres parce qu'elles savent qu'un traitement réussi comporte des obstacles à surmonter afin de rejoindre les groupes marginalisés qui souffrent de problèmes de santé physique et mentale complexes. Nous savons très bien que l'approche de réduction des méfaits exige de prodiguer des soins dans un milieu axé sur le client, qui reçoit du soutien sans se faire juger. Les infirmières imposent peu d'exigences à respecter pour être admis et sont liées aux services de santé et aux services sociaux, à la consultation en matière de toxicomanie et au traitement, qui sont fort utiles.

Dans les années 1980, la Suisse a connu des taux élevés de VIH et de mort par surdose. Des milliers de gens n'avaient pas accès aux services pour leurs problèmes de toxicomanie, car les exigences étaient trop élevées, notamment en ce qui a trait à l'abstinence. Par conséquent, les systèmes de santé et les systèmes sociaux conventionnels n'étaient pas en mesure de traiter efficacement la toxicomanie et ses conséquences. Les services axés sur les principes de réduction des méfaits qui ont été ajoutés dans le système ont donné un accès immédiat aux divers services de santé et aux services sociaux. Les professionnels comprenaient les différentes formes de toxicomanie et tissaient des liens qui permettaient aux gens d'avoir plus de stabilité, de trouver du logement et de reprendre contact avec leur famille et qui entraînaient bon nombre de retombées positives.

Au Canada, le site d'injection supervisée Insite de Vancouver a fait augmenter de 30 % le recours aux cures de désintoxication et aux traitements à long terme de la toxicomanie. Dans la stratégie antidrogue globale qui comprend la prévention, le traitement et l'application de la loi, les services de réduction des méfaits sont essentiels pour lutter contre la toxicomanie.

Enfin, nous recommandons que le fédéral réponde aux besoins de formation et de pratique des praticiens de la santé, surtout ceux qui prescrivent et qui fournissent les médicaments. En consultation avec les intervenants, il faut recueillir des données sur les pratiques de prescription en lien avec la prévention et le traitement et les fournir aux professionnels de la santé. Les infirmières praticiennes ont suivi une formation poussée, ont une grande expérience et peuvent prescrire certains médicaments et certaines substances définies dans la Loi réglementant certaines drogues et autres substances.

Ce progrès est un exemple des mesures positives que prend le gouvernement pour que les Canadiens aient plus facilement accès aux soins. Toutefois, il faut élaborer des directives cliniques et les mettre à jour, ainsi que les cadres législatifs et réglementaires des provinces et des territoires, pour soutenir les infirmières praticiennes. Tout le monde ici a un rôle à jouer dans la promotion de la santé au Canada: les professionnels de la santé, les employeurs du secteur public et les Canadiens.

Le problème de l'abus de médicaments d'ordonnance et de la toxicomanie est bien réel, actuellement.

● (1545)

Le gouvernement et les professionnels de la santé doivent impérativement commencer à collaborer dès aujourd'hui pour améliorer les politiques de santé publique et mettre en oeuvre des stratégies dans les multiples niveaux du système, afin de s'attaquer aux problèmes qui contribuent à l'abus de médicaments d'ordonnance et à la toxicomanie.

[Français]

Je vous remercie de votre attention.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup. Vous avez terminé juste à temps.

Nous allons maintenant entendre Mme Ricketts et M. Simpson, de l'Association médicale canadienne. Vous avez 10 minutes.

Dr Chris Simpson (président désigné, Association médicale canadienne): Merci beaucoup.

[Français]

Monsieur le président, membres du comité, bonjour. Je vous remercie de me permettre de témoigner devant vous dans le cadre de votre étude sur l'abus des médicaments d'ordonnance.

[Traduction]

Il s'agit d'un problème grave. Permettez-moi de dire tout d'abord que, tout comme le gouvernement et d'autres intervenants, l'AMC est préoccupée par les risques et les méfaits liés au mauvais usage et à l'abus de médicaments d'ordonnance.

Nous sommes particulièrement inquiets à l'égard des conséquences que l'abus de médicaments d'ordonnance entraîne pour les populations vulnérables, notamment les personnes âgées, les jeunes et les Autochtones. On reconnaît de plus en plus que même si les médicaments d'ordonnance ont un rôle important à jouer dans les soins de santé, le mauvais usage et l'abus de psychotropes réglementés d'ordonnance, notamment des médicaments opioïdes comme l'oxycodone, le fentanyl et l'hydromorphone, deviennent un important défi en santé publique et un grave problème de sécurité.

Les utilisateurs d'opioïdes d'ordonnance font partie de deux catégories: ceux qui les consomment à des fins thérapeutiques et ceux qui les consomment à des fins récréatives ou parce qu'ils en sont dépendants. Il y a un recoupement considérable entre ces deux groupes. De nombreux utilisateurs commencent à prendre des opioïdes à des fins thérapeutiques. On peut se procurer des opioïdes d'ordonnance de diverses façons, notamment en obtenant une ordonnance légitime à des fins médicales, en obtenant des ordonnances multiples ou en ayant recours à des techniques de diversion comme la fraude et la falsification d'ordonnances, au vol, au marché noir et à la vente sur Internet.

[Français]

Quels sont les taux d'abus ou de mauvais usage d'opioïdes d'ordonnance?

[Traduction]

C'est une question difficile. Il est généralement reconnu que les données nationales sur le mauvais usage et l'abus des médicaments d'ordonnance sont insuffisantes. Il existe cependant des preuves de mauvais usage chez les populations vulnérables comme les jeunes, les Premières Nations et les personnes âgées.

Par exemple, 14 % des répondants au Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario de 2011 ont dit avoir consommé des opioïdes au cours de l'année précédente, ce qui fait de ces substances la troisième drogue la plus courante, après l'alcool et la marijuana.

Un examen du Programme des services de santé non assurés, les SSNA, a révélé qu'en 2007, 898 ordonnances d'opioïdes ont été délivrées par tranche de 1 000 membres des Premières Nations de 15 ans et plus en Ontario. Le gouvernement fédéral a récemment instauré un programme de surveillance des ordonnances relativement aux SSNA.

Bien que l'on n'ait pas de données exactes sur la prévalence de l'abus des médicaments d'ordonnance chez les personnes âgées, on craint qu'avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées ayant besoin de traitements en raison de préjudices liés à des médicaments d'ordonnance va augmenter, par exemple, à cause des interactions médicamenteuses, des chutes dues à la somnolence ou du manque de coordination.

● (1550)

[Français]

C'est un aperçu de ce que l'on considère comme étant un problème de santé publique émergent.

[Traduction]

L'AMC est satisfaite de constater que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux s'engagent à collaborer afin de donner suite à cette préoccupation. Nous faisons trois recommandations précises, dont je vais parler.

Premièrement, pour vraiment s'attaquer à ce problème, l'AMC recommande que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux collaborent avec les intervenants pour implanter une stratégie pancanadienne sur le mauvais usage et l'abus des médicaments d'ordonnance.

[Français]

Pour que des soins de santé de qualité soient offerts partout au pays, il faut assurer que la stratégie pancanadienne comprend les éléments suivants:

[Traduction]

des mesures d'éducation et de sensibilisation ciblant les populations vulnérables comme les personnes âgées, les Premières Nations et les jeunes, de même que les professionnels de la santé. Il faut des programmes de gestion et de traitement de la douleur efficaces et accessibles.

Le traitement des dépendances est un élément essentiel des soins de qualité. Nous devons assurer qu'il existe des programmes accessibles de traitement des dépendances et des centres de gestion du sevrage de même que des programmes de traitement et de prise en charge de la douleur, partout au pays, et en particulier dans les communautés rurales, éloignées et autochtones. Il existe un ensemble disparate de ressources et d'approches entre les administrations et, ce qui est encore plus important, entre diverses régions des mêmes administrations.

Il faut effectuer de la surveillance et de la recherche et notamment mettre en oeuvre un système pancanadien interexploitable de suivi des médicaments d'ordonnance en temps réel. Nous allons en parler dans un moment.

Bien entendu, il ne faut pas oublier deux autres éléments importants des soins de santé: la prévention et la sécurité des consommateurs. Dans le cas de la prévention, il faut des conseils sur le rangement sécuritaire et un marketing social continu auprès des jeunes. Dans le cas de la protection des consommateurs, il faut des formulations à libération prolongée et d'autres formes de protection contre les modifications afin de réduire la dépendance.

Deuxièmement, l'AMC recommande que tous les paliers de gouvernement travaillent avec les médecins prescripteurs et le grand public, l'industrie et d'autres intervenants pour élaborer et exécuter une stratégie nationale afin d'optimiser la délivrance d'ordonnances et l'usage des médicaments. Cette stratégie devrait comprendre des programmes éducatifs pour les professionnels de la santé, des outils et des ressources à utiliser aux points d'intervention, des mesures éducatives spéciales, comme la présentation de produits aux médecins ou la communication en ligne de connaissances aux médecins prescripteurs mentors et des conseils, ainsi que l'éducation du public sur la prévention et l'usage sécuritaire des médicaments.

L'AMC réclame cette stratégie, car elle reconnaît les défis que pose l'évaluation des patients qui demandent les médicaments. Les médecins évaluent l'indication clinique et si les bienfaits l'emportent sur les risques. Cette évaluation peut poser problème, car il n'existe pas de test objectif pour évaluer la douleur et, par conséquent, la prescription d'opioïdes repose en grande partie sur une confiance mutuelle entre le médecin et le patient.

Des progrès ont été réalisés, notamment la création des Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opiacés pour la douleur chronique non cancéreuse. Bien que des efforts soient déployés pour promouvoir ces lignes directrices, il faut en faire plus pour concevoir et promouvoir des outils à utiliser aux points d'intervention.

Troisièmement, l'AMC recommande que le gouvernement fédéral collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, et avec les organismes de réglementation des professionnels de la santé, afin de concevoir un système pancanadien de suivi et de surveillance en temps réel des médicaments d'ordonnance.

L'accès limité à l'information et aux ressources est une grave lacune avec laquelle les médecins doivent composer quotidiennement. Ils n'ont tout simplement pas accès, en temps réel, à l'information dont ils ont besoin aux points d'intervention. À l'exception de ceux qui pratiquent à l'Île-du-Prince-Édouard, les médecins au Canada ne peuvent pas consulter les antécédents pharmaceutiques d'un patient afin de déterminer s'il s'est procuré une ordonnance auprès d'un autre médecin, même dans une même communauté. Dans certaines provinces, les pharmaciens peuvent obtenir cette information par l'entremise d'une base de données. Ce n'est toutefois pas le cas de toutes les administrations. Il est primordial de remédier au manque d'information et de ressources afin d'éliminer un obstacle majeur à un traitement efficace. Pour cela, il faut un système pancanadien interexploitable de suivi et de surveillance.

Même s'il est vrai que la plupart des provinces ont des programmes de contrôle des ordonnances, ces programmes diffèrent beaucoup et ne sont pas interexploitables. Certains sont administrés par des ordres de réglementation des professions, d'autres par le gouvernement. Tous procèdent de façon différente pour effectuer la collecte de l'information.

De plus, la plupart de ces programmes sont axés exclusivement sur l'éducation et la supervision des médecins, et ne traitent pas des besoins des patients.

L'AMC préconise la mise en place d'un système national de suivi et de surveillance assorti de normes et de protocoles communs. Il doit être relié aux systèmes de gestion des dossiers de santé électroniques et permettre la mise en application par les ordres professionnels ainsi que la collecte de données, la recherche et l'évaluation des programmes.

Comme l'a souligné le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies plus tôt cette année dans un rapport percutant intitulé *S'abstenir de faire du mal*: « Les mesures actuelles de suivi des préjudices liés aux médicaments d'ordonnance au Canada sont fragmentaires. » Cela doit changer. Le rapport du CCLP a conclu que les sources de données existantes, par exemple les rapports de coroner et de centres antipoison, les données sur la santé, les pertes et les vols, les effets indésirables et les incidents liés aux médicaments, ainsi que les dossiers sur l'application de la loi ne s'intègrent dans aucune initiative exhaustive au palier national.

● (1555)

[Français]

Permettez-moi de terminer en réitérant les préoccupations de l'AMC sur cette question.

[Traduction]

Les médecins canadiens sont déterminés à optimiser l'établissement des ordonnances et à collaborer avec les gouvernements pour mettre un terme à l'abus, au mauvais usage et à l'utilisation non sécuritaire des médicaments d'ordonnance, et ce, partout au Canada.

[Français]

Je vous remercie.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

Nous accueillons maintenant Mme Ma et Mme Walsh de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada.

Vous avez la parole.

Mme Jessica Ma (chef de projet, Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada): Monsieur le président, membres du comité et du personnel, bonjour. L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada est très heureux et honoré d'avoir été invité au comité.

L'IUSM est une organisation indépendante et sans but lucratif créée dans le but d'analyser les méfaits évitables causés par des médicaments, de définir les améliorations à apporter au système et de faire progresser la sécurité des médicaments. Nous sommes reconnaissants des occasions qui nous sont données de partager nos connaissances et notre expertise et nous sommes conscients des avantages d'établir des relations.

Les médicaments ont contribué énormément à la santé des Canadiens. L'espérance et la qualité de vie ont augmenté au cours du dernier siècle, en partie grâce à des médicaments efficaces contre les maladies aiguës et chroniques. Toutefois, au cours de cette période, nous avons appris que les médicaments peuvent aussi causer des préjudices pour la santé. L'abus des médicaments d'ordonnance — notamment les opioïdes, mais aussi les stimulants et les sédatifs — est devenu un problème sérieux qui menace la santé de certains citoyens vulnérables.

L'IUSM a mené une étude récemment, en collaboration avec des coroners et des médecins légistes d'un peu partout au pays, sur les erreurs de médication évitables causant la mort. Cette étude confirme que les opioïdes doivent être utilisés avec précaution. Près de la moitié des morts accidentelles analysées dans le cadre de notre étude étaient liées à la consommation d'opioïdes. Même dans le contexte de soins thérapeutiques et sans preuve d'abus, cette classe de médicaments peut être néfaste.

Notre organisation exploite également plusieurs bases de données où les praticiens et les consommateurs peuvent déclarer des erreurs de médication. Encore une fois, la plupart des déclarations concernent les opioïdes.

Habituellement, l'IUSM se concentre sur la consommation de médicaments dans un environnement officiel de prestation de soins de santé — hôpitaux, cliniques, pharmacies. Cependant, nous sommes de plus en plus conscients que l'utilisation sécuritaire de médicaments dépasse cette sphère et que la sécurité des médicaments sous-entend également la prévention de l'abus de médicaments d'ordonnance et la dépendance à ces médicaments, ainsi que la réduction de la mauvaise utilisation intentionnelle et accidentelle des médicaments. À cette fin, nous présentons au comité, aux fins de considération, trois stratégies axées sur la réduction de l'utilisation abusive de médicaments d'ordonnance, les abus et la dépendance.

Premièrement, nous sommes conscients qu'il n'est possible d'obtenir des médicaments d'ordonnance que par l'entremise d'un

médecin prescripteur et que les pratiques de prescription doivent être améliorées. Selon les résultats de notre étude, les patients se font souvent prescrire des doses trop élevées d'opioïdes, ils ne sont pas informés adéquatement des effets secondaires et des risques de dépendance et font l'objet de peu de suivi et de surveillance.

Selon les U.S. Centers for Disease Control and Prevention, la prescription excessive d'analgésiques opioïdes nourrit une épidémie d'accoutumance et de décès. La dépendance aux opioïdes peut se développer même avec une dose normale prescrite pour une indication approuvée. La dépendance est une conséquence plutôt commune d'un traitement aux opioïdes à long terme. Certaines études montrent que le tiers des patients développe une dépendance aux opioïdes.

Les médecins prescripteurs doivent adopter une approche équilibrée au traitement de la douleur, mais ils n'ont pas toujours l'expertise ou les ressources nécessaires pour établir un traitement de la douleur sans recours aux opioïdes. Les écoles de médecine, les organismes de réglementation, les ordres professionnels et les comités d'experts doivent coordonner leurs efforts pour améliorer les compétences en matière de prescription et développer une expertise en gestion de la douleur, non seulement dans les établissements de santé en général, mais aussi dans les centres spécialisés dans la gestion de la douleur. Cette stratégie augmenterait la sensibilisation aux risques associés à la consommation d'opioïdes et fournirait des outils aux médecins prescripteurs pour prévenir les dommages causés par la consommation d'opioïdes.

Deuxièmement, l'IUSM utilise la déclaration et la surveillance pour analyser les incidents médicamenteux et élaborer des stratégies en matière de sécurité. Notre organisation gère le Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux, un programme de déclaration des erreurs de médication qui communique les leçons apprises d'incidents grâce à des bulletins de sécurité et qui contribue à l'élaboration de normes.

Le Canada a fait preuve de leadership à l'échelle mondiale et a permis aux travailleurs de la santé et au public en général de déclarer librement les effets indésirables provoqués par les médicaments. La déclaration concernée profite énormément à ces programmes. Nous ne saurions trop insister sur l'importance de la surveillance. Selon notre expérience, les déclarations portent sur les effets nocifs sévères et inattendus liés aux médicaments, et cela nous aide à déceler les nouveaux signes de problèmes.

La dépendance aux opioïdes découlant d'une utilisation progressive de médicaments d'ordonnance devrait être considérée comme un effet indésirable d'un médicament ou un événement évitable. Le fait de reconnaître la dépendance aux opioïdes comme étant un événement indésirable ou une erreur aiderait à mieux reconnaître le problème et encouragerait davantage de déclarations.

● (1600)

De plus, l'interprétation de ces données permettra de déceler les facteurs contributifs aux effets nocifs et contribuera à l'élaboration de recommandations sur l'utilisation sécuritaire. En fin de compte, pour que les opioïdes soient utilisés de façon prudente, il faut s'assurer que les praticiens et les patients disposent de suffisamment d'information pour prendre une décision réfléchie sur le traitement.

Notre troisième stratégie repose sur la contribution des patients, des familles et des soigneurs pour encourager une utilisation sécuritaire des médicaments. Les travailleurs de la santé réglementés peuvent fournir un niveau de protection et de soin, mais ce sont souvent les patients et leurs proches qui remarquent les premiers signes et symptômes d'un usage progressif et alarmant des médicaments.

De plus, ils sont souvent les mieux placés pour intervenir dans le cas d'effets indésirables sérieux. Selon les résultats de notre étude et de notre surveillance continue, dans certains cas, les membres de la famille ont remarqué les signes et les symptômes d'une surdose d'opioïdes, mais ils n'ont pas su reconnaître l'occasion d'intervenir. Les patients et les familles doivent participer activement au processus d'utilisation d'opioïdes. Ils doivent connaître les signes et les symptômes d'une surdose ainsi que les facteurs de risque et les indicateurs de dépendance. Toutefois, la sensibilisation par elle-même ne suffit pas. Toutes les parties concernées — les médecins prescripteurs, les pharmaciens, les praticiens des soins à domicile, les familles et les amis — doivent avoir un plan, des ressources et un soutien pour intervenir lorsqu'ils remarquent des signes ou des comportements alarmants.

L'IUSM a mis au point des produits axés sur les patients et les familles visant à éduquer les consommateurs sur l'utilisation sécuritaire d'opioïdes. Une vidéo et un prospectus pour les patients soulignent que les opioïdes peuvent être utilisés de façon efficace et sécuritaire, mais qu'ils peuvent également causer des blessures sérieuses. Ces produits informent les consommateurs sur les étapes à prendre afin de minimiser le risque des effets nocifs associés aux opioïdes. L'important, c'est d'informer les gens sur la façon de reconnaître une surdose d'opioïdes et sur les mesures à prendre afin d'éviter les blessures.

En résumé, l'IUSM est conscient des problèmes associés à l'abus, la mauvaise utilisation et la dépendance des médicaments d'ordonnance. Selon nous, il faudra des points de vue, des approches, des cibles et des stratégies multiples pour surmonter ces difficultés. À cette fin, nous proposons trois orientations: premièrement, améliorer les compétences en matière de prescriptions d'opioïdes pour la gestion de la douleur; deuxièmement, définir la dépendance ou l'abus des opioïdes comme étant un événement indésirable ou une erreur de médication et améliorer les systèmes connexes de surveillance et d'analyse; et, troisièmement, solliciter la participation des patients et des soignants pour la surveillance et les interventions dans le cadre de la consommation d'opioïdes.

Merci.

Le président: Merci, madame Ma.

Je crois que nous sommes presque prêts à essayer le plan B avec M. Meuser.

Monsieur Meuser, pourriez-vous dire quelque chose pour voir si nous vous entendons?

Dr Jamie Meuser: J'espère que c'est mieux.

Monsieur le président, devrais-je de poursuivre mon exposé ou reprendre depuis le début?

Le président: Il serait préférable de reprendre depuis le début, car je crois que mes collègues auraient de la difficulté à suivre en raison de l'interprétation.

Donc, allez-y, vous avez 10 minutes. Nous sommes impatients d'entendre votre exposé.

Dr Jamie Meuser: Encore une fois, merci, monsieur le président et membres du Comité permanent de la santé.

En tant que directeur exécutif associé du Collège des médecins de famille du Canada, et médecin de famille actif, je suis heureux d'être ici et je vous remercie beaucoup pour cette invitation.

Le Collège des médecins de famille du Canada, le CMFC, est la voix des médecins de famille au Canada. Nous comptons plus de 30 000 membres dévoués. Au nom de ces membres, le CMFC préconise la prestation de haute qualité de soins de santé. L'éducation constitue un des éléments clés de notre mandat. Nous mettons en place des normes pour la formation, l'accréditation et la formation continue de nos médecins de famille, et sommes responsables de l'accréditation de la formation postdoctorale en médecine familiale offerte dans les 17 écoles de médecine du Canada.

Mon exposé d'aujourd'hui portera sur le rôle que peuvent jouer les médecins de famille pour diminuer l'abus et le mauvais usage des médicaments d'ordonnance et sur la façon de travailler avec les patients pour trouver une solution dans les cas de mauvais usage de médicaments d'ordonnance.

Il est clair que les médicaments d'ordonnance jouent un rôle important dans la gestion et le traitement des maladies et dans le maintien des capacités fonctionnelles. Il est probable que chacun de nous à un certain moment ait à prendre des antibiotiques, par exemple, pour soigner une infection. Certains médicaments sont prescrits à court terme, alors que d'autres, comme les médicaments pour la gestion de la douleur, sont prescrits pour des périodes plus longues. D'autres médicaments doivent être pris à vie, comme des suppléments d'hormones thyroïdiennes pour les personnes dont la glande thyroïdienne ne fonctionne pas correctement ou a été enlevée par chirurgie. Selon l'enquête du Fonds du Commonwealth 2007, environ la moitié des adultes canadiens prennent au moins un médicament d'ordonnance sur une base régulière.

En raison de notre rôle au sein du système de santé, les médecins de famille sont au cœur de la prescription des médicaments. C'est habituellement nous qui prescrivons les médicaments les plus communs, mais je m'en voudrais de ne pas signaler que la décision de prescrire ou non un médicament, lequel et à quelle dose peut s'appuyer sur de nombreux facteurs complexes, notamment la réaction du patient au médicament, ses antécédents, les autres médicaments qu'il prend, ses préférences et son revenu, y compris les options pour les patients à faible revenu qui ne participent pas à un régime d'assurance-médicaments, et ce qui se produit lorsqu'un patient se voit prescrire un médicament alors qu'il est à l'hôpital et qu'il obtient ensuite son congé. Tous ces facteurs communs et prévisibles sont des déterminants dans le processus de prescription.

La situation est de plus en plus complexe pour les médecins de famille. La plupart d'entre nous doivent composer avec des patients vieillissants, et bon nombre d'entre eux ont plusieurs maladies chroniques. Nous remarquons aussi que les patients obtiennent leur congé des hôpitaux plus tôt. Cela signifie que la continuation des soins, y compris la gestion des médicaments d'ordonnance et les tests de suivis, devient la responsabilité des médecins de famille.

Bien que les médicaments d'ordonnance comportent de nombreux avantages, nous savons également que l'abus ou le mauvais usage des médicaments d'ordonnance entraîne des effets nocifs, y compris des réactions allergiques sévères et des effets divers liés au mode d'action et aux effets secondaires connus du médicament. Dans certains cas, on parle de dépendance, de sevrage, de surdose intentionnelle et accidentelle ainsi que de suicide.

Dans le cadre d'une étude menée en 2006 sur le décès de participants à des régimes d'assurance-médicaments en Ontario et dont la mort était associée à une consommation d'opioïdes, 40 % des décès étaient attribuables à la consommation d'un seul médicament — l'oxycodone, suivi de la morphine et de l'héroïne. Selon une autre étude, environ les deux tiers des personnes décédées en Ontario à la suite d'une consommation d'opioïdes avaient consulté un médecin au moins un mois avant leur mort. Dans la plupart des cas, le coroner a déterminé que la mort était accidentelle. Autrement dit, les médecins de famille sont souvent impliqués dans ces situations, et c'est souvent évitable.

Dans le cadre d'une étude menée en 2011 en Ontario sur l'expérience des médecins de premier recours dans la prescription d'opioïdes, plus de 95 % des médecins de famille interrogés ont dit avoir prescrit des opioïdes au cours des trois mois précédents. Une majorité d'entre eux, 86 %, ont dit être confiants dans leur capacité à prescrire des opioïdes, mais 42 % ont signalé qu'au moins un de leurs patients avait ressenti des effets indésirables liés aux opioïdes au cours de l'année précédente — il s'agissait habituellement de l'oxycodone — et 16,3 % ont dit ne pas savoir si leurs patients avaient eu des effets indésirables liés à un opioïde.

J'aimerais vous raconter l'histoire d'une de mes patientes qui souffrait depuis longtemps de douleur chronique et invalidante. Elle a amorcé un traitement à la morphine et a remarqué une amélioration spectaculaire de ses capacités de fonctionnement. Quelques semaines plus tard, son partenaire m'a appris qu'elle avait subi une chirurgie pour retirer une occlusion intestinale, probablement liée à un cancer.

• (1605)

Lorsque je l'ai finalement rejointe à l'hôpital, on lui avait appris une bonne et une mauvaise nouvelle. La bonne nouvelle est qu'il n'y avait aucune trace de cancer. La mauvaise est que la morphine que je lui avait prescrite avait entraîné une grave constipation, ce qui a nécessité une chirurgie intestinale d'urgence. Autrement dit, j'avais réussi à lui prodiguer des soins compatissants, à l'aider d'une certaine manière. J'avais suffisamment de connaissances et de compétences pour cela, mais pas pour prévenir les complications, pour prévenir les souffrances prévisibles et inutiles qu'elle a subies en raison des médicaments que je lui avais prescrits. De toute évidence, j'avais du travail à faire — nous en avons tous, en fait.

Le CMFC a pris position à l'égard de l'oxycodone en particulier. En novembre 2012, le conseil d'administration a adopté la résolution suivante:

Le CMFC est profondément inquiet que tout changement pouvant accroître l'offre d'oxycodone à libération prolongée au Canada contribue à augmenter l'emploi illicite de ce médicament et tous les troubles de santé et les effets nocifs sur la santé qui accompagnent cet emploi illicite. Nous demandons que soit adoptée une approche globale pour augmenter les activités de recherche et d'éducation entourant les stratégies appropriées et efficaces pour le traitement de patients souffrant de douleur chronique.

Le CMFC prend sa responsabilité sociale au sérieux. Nous savons que les médecins de famille doivent prendre des mesures pour réduire l'utilisation abusive et impropre de médicaments d'ordonnance. Nous recommandons de nous attaquer au problème à l'aide du cadre de travail présenté dans le rapport intitulé « S'abstenir de faire du mal: Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada ». Le CMFC était membre du Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments d'ordonnance et a contribué à ce rapport.

Je vais prendre quelques minutes pour vous parler de la formation des médecins de famille, des soutiens adéquats et de la collaboration. À l'heure actuelle, on trouve de nombreuses lacunes dans les programmes de formation continue à l'intention des médecins de

premier recours en ce qui concerne les médicaments d'ordonnance. En élaborant et en offrant un programme de formation pour les professionnels de la santé, nous pourrions sensibiliser les médecins prescripteurs et les pharmaciens aux effets nocifs associés à l'utilisation de divers médicaments. C'est particulièrement important pour les médecins de famille, car cela permet d'initier un dialogue entre les collègues des pratiques locales, et de mieux informer les patients des effets nocifs potentiels des médicaments d'ordonnance. De plus, les patients peuvent ainsi participer au processus décisionnel, prenant donc part activement aux soins axés sur le patient.

En tant que médecins de famille, il est important pour nous d'avoir accès à des outils impartiaux de formation et de soutien pour l'évaluation et la prise en charge de cas d'abus de médicaments, ainsi que pour l'évaluation des modes d'aiguillage possibles en cas d'aggravation de l'état du patient. Les modèles de soutien, comme les modèles de soins partagés et de soins en collaboration, implique la participation de réseaux locaux de soins primaires et de traitement de la douleur, des dépendances et des problèmes de santé mentale, ainsi que d'autres secteurs. Axés sur la collaboration, ces modèles reconnaissent le rôle et l'utilité des approches multidisciplinaires. Ils favorisent également l'échange de renseignements, le dialogue et le travail d'équipe entre les professionnels de la santé et d'autres fournisseurs de services, afin de faire tomber les stigmates et les craintes vis-à-vis de l'utilisation de ces médicaments.

L'accès à un réseau d'experts — en personne ou grâce aux technologies des communications, comme les webinaires et la télémédecine — pourrait permettre aux fournisseurs de soins primaires de l'ensemble du Canada de bénéficier de services de supervision et de mentorat et de consulter leurs pairs. C'est particulièrement important d'avoir accès à une telle expertise dans les régions mal desservies.

Le CMFC fait oeuvre de chef de file grâce à son modèle de prestation de soins, appelé le « Centre de médecine de famille ». La vision du Centre de médecine de famille prône une approche fondée sur le travail d'équipe et axée sur le patient. En créant des équipes multidisciplinaires, comme des réseaux de santé familiale et de soins primaires, nous sommes en mesure d'offrir une gamme complète de solutions de traitement liées à la douleur, à la maladie mentale et à la dépendance.

Merci encore une fois de m'avoir permis de vous présenter le point de vue des médecins de famille sur la question, et je félicite le Comité permanent de la santé d'avoir entrepris cette étude importante.

• (1610)

Le président: Merci beaucoup pour votre exposé, qui a été d'une grande franchise. Le comité l'appréciera très certainement.

Nous allons entamer notre première série de questions, qui seront de sept minutes.

Mme Davies sera notre première intervenante. Nous vous écoutons.

Madame Libby Davies (Vancouver-Est, NPD): Merci beaucoup, monsieur le président.

Docteur Meuser, merci de nous avoir fait part de votre expérience comme exemple de ce qui peut se produire avec un médicament d'ordonnance. Ce n'est pas facile à faire.

C'est intéressant d'entendre tous les témoins aujourd'hui, car on commence vraiment à comprendre à quel point la question est complexe et à voir où sont les failles dans le système, si système il y a. C'est de plus en plus clair.

Madame Bard, merci beaucoup d'avoir signalé qu'il fallait réinstaurer le modèle de réduction des méfaits. Cela faisait partie de la stratégie nationale antidrogue, mais ce volet a été abandonné en 2007. J'en retiens surtout que la réduction des méfaits fait partie intégrante du continuum de traitements, et vous avez donné comme exemple le centre d'injection supervisée Insite, mais il y en a bien d'autres. Ce n'est pas un élément distinct des traitements. C'est malheureusement un terme très mal compris qui est devenu très politisé. Ce serait merveilleux si nous pouvions changer cela et faire en sorte que la réduction des méfaits soit intégrée comme elle le devrait dans le continuum des soins de santé.

Je me pose quelques questions, en fait, beaucoup de questions. Docteur Simpson, j'aimerais avoir vos commentaires concernant le système interexploitable de surveillance en temps réel dont vous avez parlé. Cela me semble être une excellente idée. Est-ce un projet réalisable? Pourrions-nous nous inspirer de modèles adoptés ailleurs dans le monde? Je sais qu'un système a été mis en place en Colombie-Britannique, mais il est surtout axé sur les pharmacies. Vous disiez qu'il pourrait être relié aux dossiers de santé électroniques et que les médecins seraient les premiers points de contact. Je pense que c'est là où vous vouliez en venir. J'aimerais que vous nous en disiez un peu plus à ce sujet.

Pour les autres témoins, je remarque qu'on a beaucoup parlé de l'OxyContin. C'est sans contredit le cas le plus probant d'abus ou de mauvaise utilisation d'un médicament d'ordonnance si on pense à la manière dont il est prescrit. Je suis curieuse de savoir si on constate une situation semblable pour d'autres médicaments, qu'ils entraînent ou non une dépendance, c'est-à-dire qu'on les prescrit inutilement et que les patients en prennent depuis des années et des années, alors qu'ils n'en ont plus besoin, seulement par habitude. Quels sont les contrôles prévus par le système pour prévenir des situations comme celle-là? Il serait facile de se laisser emporter par la gravité des conséquences de l'oxycodone, et il est important de s'y attarder, mais je m'inquiète aussi de l'ensemble du système. On semble prescrire trop de médicaments, ce qu'on peut peut-être considérer comme une mauvaise utilisation de médicaments, je n'en suis pas certaine. J'aimerais entendre ce que vous avez à dire là-dessus.

• (1615)

Dr Chris Simpson: Je vais me lancer en premier.

Je crois que tout le monde sera d'accord pour dire que c'est au moment où le médecin prescripteur et le patient se rencontrent que les choses peuvent mal tourner ou au contraire aller pour le mieux, ou encore un peu des deux. Ce que nous disons finalement, c'est que le médecin, l'infirmière ou la personne qui prescrit un médicament doit prendre une décision à l'égard d'une situation très complexe, et qu'ils le font sur la base de renseignements incomplets. De meilleurs outils aux points de service permettraient d'accroître la justesse des ordonnances, de mieux évaluer le potentiel d'accoutumance et d'avoir accès aux antécédents de santé du patient, par exemple pour savoir si on lui a prescrit d'autres médicaments. Je pense que cela répond à votre question, à savoir s'il existe des contrôles pour savoir si les médicaments ont été prescrits ailleurs.

Souvent, le pharmacien appelle le médecin pour l'informer que le même médicament a été prescrit au patient quatre fois, par exemple. Si on ramène cela au point où la décision de prescrire un médicament

a été prise, c'est ce qui s'avérera le plus rentable. Il s'agit de mettre ces outils à la disposition des médecins prescripteurs.

Il semble logique de relier le système aux dossiers de santé électroniques. Nous avons évidemment eu beaucoup de difficulté à mettre en place un système intégré de gestion des dossiers médicaux au Canada. Cette lutte politique a fait de nombreuses victimes, des gens bien intentionnés. Cela demeure néanmoins l'issue attendue, c'est-à-dire d'avoir accès à de l'information en temps réel.

Vous avez aussi parlé du continuum des soins. Lorsqu'on décide de prescrire un médicament, ce n'est pas un geste ponctuel. Il faut s'appuyer sur des mécanismes continus pour réévaluer les besoins, revoir la dose nécessaire et passer en revue tous les petits détails qui indiquent comment se déroule le traitement prescrit. Le professionnel de la santé a la responsabilité de veiller au suivi du patient et de s'assurer que son état est réévalué de façon continue. Il ne s'agit pas d'une décision ponctuelle.

• (1620)

Le président: Nous allons écouter la réponse de M. Meuser.

Dr Jamie Meuser: Cette réflexion est omniprésente lorsqu'il est question de l'abus de médicaments d'ordonnance. C'est pourquoi notre conseil d'administration a adopté en 2012 la motion que je vous ai lue. En fait, comme vous l'avez dit madame Davies, le phénomène observé avec ce médicament se produit également avec d'autres médicaments d'ordonnance. Notre objectif est de fonder nos décisions le plus possible sur ce que nous dictent les données scientifiques. En réalité, c'est souvent extrêmement difficile. Un exemple concret de cela est l'utilisation d'antibiotiques pour traiter les infections virales. C'est une pratique tellement courante que c'est presque devenu la norme, et nous pensons que c'est ainsi parce que, chez nous, c'est à cela que s'attendent les patients et leur famille.

Je vais vous donner un autre exemple qui illustre comment il est difficile d'appliquer les connaissances scientifiques à l'ordonnance de médicaments. Je me rapporte à ma première incursion dans la formation continue, où il était question d'améliorer les pratiques de prescription d'antibiotiques. La science nous a appris, par exemple, que les traitements non antibiotiques sont tout aussi efficaces que les antibiotiques pour traiter les otites aiguës chez les enfants de plus de deux ans. Autrement dit, une observation attentive s'avère aussi un traitement efficace. Nous avons lancé un programme de sensibilisation pour que cette réalité scientifique soit intégrée aux normes de soins. Notre public cible était bien sûr les médecins, mais aussi les parents et peut-être les pharmaciens.

En fouillant un peu, nous avons constaté que d'autres acteurs influençaient la décision. Quelle ne fut pas notre surprise de voir que les travailleurs des services de garderie et les belles-mères, notamment, influençaient aussi sur le processus. Ces personnes influent sur la décision des parents, à savoir s'ils vont insister ou non pour obtenir une ordonnance auprès de leur médecin. Dans les garderies, on dit aux parents de ne ramener l'enfant que lorsqu'on lui aura prescrit un médicament. Et les belles-mères disent des choses comme « Comment, le médecin ne lui a pas prescrit de médicament pour son otite? Bien sûr qu'il lui en faut. » La leçon que nous avons tirée de cette expérience est que nous devons comprendre à fond tous les facteurs influant sur l'ordonnance de médicaments et leur porter une attention particulière. Ce n'est pas une décision facile.

Le président: Merci. Le temps est écoulé depuis un bon moment déjà, alors madame Bard, nous allons entendre vos commentaires plus tard. Je vous rassure, il n'y a pas de belle-mère dans la salle aujourd'hui.

Madame Adams.

Mme Eve Adams (Mississauga—Brampton-Sud, PCC): Merci beaucoup. Permettez-moi de vous remercier de votre présence aujourd'hui. Bienvenue à vous tous.

Je tiens à féliciter le nouveau président désigné de l'AMC. Ce sera un plaisir de travailler avec vous.

Je veux aussi souhaiter la plus cordiale des bienvenues au Dr Meuser, de Mississauga. En plus d'être secrétaire parlementaire pour la santé, je suis la députée de Mississauga—Brampton-Sud. Le député Lizon est ici, également de Mississauga. Nous sommes très heureux de vous recevoir.

Vous nous avez donné un bon aperçu de quelques-uns des outils de surveillance qui sont à votre disposition pour détecter les abus de médicaments d'ordonnance. J'aimerais que vous nous en disiez un peu plus à ce sujet. Comment pourrions-nous améliorer les choses? Aussi, est-ce que l'échange et la diffusion d'informations sont satisfaisants, et que nous pourrions-nous faire encore là pour améliorer la situation?

Mme Rachel Bard: Si je peux ajouter quelque chose à ce sujet, je dirais qu'il faut absolument mettre en place des passerelles pour assurer une meilleure transition entre les soins actifs et les soins dans la collectivité. Les patients passent d'un système à l'autre et il nous faut de meilleurs mécanismes à cet égard.

Il y a d'abord l'échange d'information électronique, puis la pharmacie en ligne. Si on pouvait maintenir une base de données qui indiquerait par voie électronique aux pharmacies qui exécutent les ordonnances s'il y a des interactions entre médicaments, d'où arrivent les ordonnances et à combien de portes le patient est allé cogner, on pourrait commencer à établir un contact avec le fournisseur de services. Ce sont de bons exemples.

Il faut aussi renforcer notre capacité pour mieux comprendre les interactions médicamenteuses. On a entendu des exemples des répercussions possibles lors de la prise simultanée de médicaments. Il faut que les effets secondaires, les effets indésirables des médicaments soient transmis de façon électronique. Les décisions et la surveillance pourraient ainsi s'appuyer sur des faits avérés.

• (1625)

Mme Eve Adams: Je m'adresse aux représentants de l'AMC ou du Collège des médecins de famille. Pourriez-vous nous donner un aperçu des lignes directrices guidant la pratique clinique qui peuvent aider les médecins à éviter de trop prescrire de médicaments d'ordonnance?

Dr Jamie Meuser: Je peux commencer, si vous le voulez bien. Ce n'est certainement pas les directives cliniques qui manquent, et ce, dans aucun des secteurs d'ordonnance de médicaments. Souvent, le problème n'est pas qu'il manque d'information, mais qu'il y en a trop. Ce n'est pas évident pour les médecins de famille de décider quelle directive suivre et à quels éléments s'attarder.

Les directives cliniques sont certainement importantes pour les soins que nous prodiguons, mais ce qui complique notamment les choses, c'est que ce sont souvent des documents techniques très denses remplis de recommandations, pour lesquelles aucun ordre de priorité n'est établi. De plus, plusieurs de ces recommandations peuvent s'appliquer à un patient donné, mais de nombreuses autres peuvent ne pas être pertinentes. Nous avons la tâche de prodiguer des soins en fonction de directives cliniques, de décider quelles directives appliquer selon le patient et de reconnaître que pour beaucoup de patients, il y a sept ou huit directives qui peuvent s'appliquer dans une situation clinique donnée, et que certaines vont entrer en conflit.

L'ordonnance de médicaments d'après des directives n'est qu'une partie de l'équation. Nous devons trouver un moyen de naviguer parmi la panoplie de directives cliniques afin de prendre une décision en fonction de ce qui est mieux pour le patient assis devant nous, tout en respectant ses préférences et ses valeurs.

Mme Eve Adams: Comment pourrait-on améliorer la situation?

Dr Jamie Meuser: Nous travaillons à établir un consensus. Nous voulons que nos membres soient connectés par voie électronique pour qu'ils puissent s'aider mutuellement à prendre des décisions cliniques difficiles à propos des soins à prodiguer lorsqu'il n'y a pas de directive applicable ou qu'il y en a trop.

Établir une liaison entre l'ensemble des membres du collège est certainement une voie à suivre, ainsi que collaborer avec des groupes de spécialistes, dont beaucoup participent à la production et à la diffusion de ces directives.

Mme Eve Adams: Merci.

Dr Chris Simpson: Pour vous donner un autre contexte, pas plus tard qu'hier soir, à Kingston, je parlais avec un urgentologue que je respecte énormément. Il a dit qu'il y a 20 ans, on utilisait les opioïdes pour soulager les patients en soins palliatifs et pour traiter les douleurs chroniques attribuables au cancer, et qu'on a fait une grave erreur en prescrivant des opioïdes à tous ceux qui souffraient de douleurs chroniques non cancéreuses.

Au cours des 20 dernières années, les opioïdes et d'autres médicaments sont devenus des agents thérapeutiques légitimes. Pour ce qui est des lignes directrices dont on a parlé, on voulait définir, à mon avis, les pratiques exemplaires, et je pense qu'on a réussi dans une grande mesure. On a aujourd'hui affaire à la conséquence imprévue d'avoir réussi à traiter un grand nombre de personnes aux prises avec des douleurs chroniques; on en subit maintenant les conséquences, qu'on n'a pas su gérer.

Selon moi, les lignes directrices sont bonnes, mais il est difficile de les mettre en pratique. À cet égard, nous avons travaillé, de concert avec un groupe établi à l'Université McMaster, à l'élaboration de ces outils nous permettant d'appliquer nos connaissances au chevet des patients. Nous avons coparrainé un module d'enseignement en ligne s'appuyant sur ces lignes directrices. Ce module est en cours d'élaboration par un groupe de l'Université Memorial.

Par conséquent, je considère que les groupes professionnels ont sans aucun doute un rôle à jouer dans l'application des connaissances. Les gouvernements pourraient possiblement occuper un rôle en contribuant à diffuser de bons renseignements — c'est-à-dire que nous jugeons tous raisonnables — et en s'assurant qu'ils s'appliquent sur le terrain.

• (1630)

Mme Eve Adams: Je pense que Mme Bard souhaitait aussi répondre.

Mme Rachel Bard: Si je puis me permettre, j'aimerais également ajouter que lorsqu'on peut convertir des lignes directrices en outils, sachez que ces outils ne sont pas destinés exclusivement à l'usage des fournisseurs de soins. Il peut y avoir des outils à l'intention des membres de la famille, leur permettant ainsi de mieux comprendre les effets, ainsi que des fiches d'information à la disposition des patients et des fournisseurs de soins, de façon à ce qu'ils aient facilement accès à de l'information concise au quotidien.

Le président: Rapidement, madame Ricketts.

Dre Maura Ricketts (directrice, Recherches et politiques, Association médicale canadienne): J'aimerais savoir combien d'entre vous ont lu le manuel d'instruction de la télécommande de leur téléviseur?

Je vous informe que les lignes directrices en soins cliniques sont bien pires que ça. Pour convertir des lignes directrices en outils pouvant être utilisés dans des centres de soins, il faut y consacrer beaucoup d'effort. Il faut être entourés de gens qui comprennent ce qui se passe en milieu clinique et qui réorganisent l'information de façon logique du point de vue du médecin ou de l'interaction entre le médecin prescripteur et le patient. Cela nécessite un effort concerté, et c'est pourquoi nous avons besoin de ressources.

J'aimerais également souligner que les compagnies pharmaceutiques ont recours à la formation continue parce qu'elle est efficace. La formation continue est une excellente façon de travailler avec des médecins prescripteurs pour les aider à utiliser en milieu clinique les meilleures pratiques qui soient. Toutefois, ces mesures nécessitent des ressources, du leadership et une volonté de vouloir améliorer le système.

Le président: D'accord. Merci beaucoup. C'est ce qui met fin à cette série de questions de sept minutes.

Madame Fry.

L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): J'aimerais remercier tous ceux qui sont ici aujourd'hui.

À une exception près, je crois que vous rédigez tous des ordonnances, dans une certaine mesure, alors j'aimerais insister sur le fait que les médecins prescripteurs sont une partie du problème, ou de la solution, appelez cela comme vous voulez.

D'après ce que vous avez dit, la première étape est de prescrire le bon médicament pour la douleur, peu importe la nature de la douleur, que ce soit pour des soins palliatifs, un cancer, une douleur postopératoire, une fracture ou autre chose du genre. Je pense que c'est la première étape. Je sais qu'il existe des lignes directrices à cet égard, mais comment assurez-vous le suivi des pratiques de prescription?

Évidemment, la deuxième étape est la surveillance par d'autres médecins. Qui surveille le médecin prescripteur? Comment peut-on procéder à cette surveillance sans que la personne ne se sente observée? Disposez-vous d'outils pour examiner ces pratiques de prescription?

C'est la première partie. Je sais que lorsque la dépendance est devenue une spécialité, les experts en la matière disaient qu'avant de prescrire un médicament en particulier à un certain patient, il fallait d'abord vérifier ses antécédents familiaux pour savoir s'il avait une propension à la dépendance ou si des membres de sa famille avaient eu des problèmes de dépendance à l'alcool ou à d'autres substances, comme le tabac. C'est un élément qui pourrait jouer dans votre décision de prescrire à ce patient le médicament qui est le moins susceptible d'entraîner une dépendance. Étant donné que la plupart de ces médicaments engendrent une dépendance, c'est un problème assez difficile à régler.

Ensuite, je sais que je l'ai déjà dit et j'ignore combien d'entre vous le savent, mais en Colombie-Britannique, il y a 20 ou 25 ans, on a commencé à utiliser les ordonnances en trois exemplaires. Chaque fois qu'on prescrivait un opioïde, un barbiturique ou un narcotique quelconque, on devait utiliser ce carnet d'ordonnances. Il y avait trois exemplaires: un que le médecin gardait dans ses dossiers, un autre qu'il envoyait au collègue des pharmaciens et un autre au collègue des médecins et des chirurgiens de la province. Ainsi, on était en mesure

de savoir qui avait prescrit quoi, à quelle fréquence, et s'il s'agissait d'une pratique de prescription adéquate ou non. Il était également possible d'obtenir des ordonnances multiples dans cette province, de sorte que les médecins et les pharmaciens recevaient chaque semaine une liste de gens à vérifier, y compris leurs pseudonymes, qui avaient demandé des médicaments.

Si on pouvait appliquer cette méthode à l'échelle nationale et qu'on était en mesure d'assurer un suivi — non seulement au sein de la province, mais aussi partout au pays, en raison des patients qui arrivent d'une autre province —, ne serait-ce pas là une méthode efficace de surveiller les pratiques de prescription et ainsi de procéder à une surveillance et à un suivi adéquats? À mon avis, cela pourrait s'avérer une mesure importante. Je suis sûre que le Dr Meuser a déjà eu un patient qui se plaignait de douleurs atroces au dos dont il souffrait depuis qu'il avait subi un accident il y a 12 ans. Son médecin se trouvait en Saskatchewan et lui avait toujours prescrit ce médicament. À moins que vous n'appeliez le médecin en Saskatchewan, et parfois il est impossible de communiquer avec le médecin, ou que vous lui refusiez le médicament, il n'y a aucun moyen de savoir si la personne est de bonne foi. Je voulais vous poser ces questions car que je veux tout savoir au sujet des outils qui sont nécessaires pour prescrire les bons médicaments, en premier lieu, puis pour assurer un bon suivi.

Je cède la parole à quiconque veut répondre.

Allez-y, Chris.

• (1635)

Dr Chris Simpson: Ce sont des questions très intéressantes au sujet de la pertinence des médicaments car, de toute évidence, la pertinence est très difficile à définir.

Vous connaissez sûrement tous l'initiative Choisir judicieusement, dans laquelle les médecins praticiens reconnaissent ouvertement que la pertinence est une chose qui peut être améliorée. C'est une chose qu'on sait quand on la voit, mais qui est difficile à définir. Au final, je suppose que la solution serait de pallier les différences entre les cabinets auxquelles nous assistons et d'obtenir l'unanimité sur ce qui constitue une bonne pratique; les résultats doivent servir de mesure.

Il s'agit donc d'insérer ce problème dans le contexte plus large de la gestion de la douleur au Canada, parce qu'au bout du compte, ce que nous voulons, c'est que les gens souffrent le moins possible, qu'il y ait moins de problèmes de dépendance et qu'on leur prescrive le minimum de médicaments nécessaires. C'est ce que nous visons, et si nous réussissons, nous aurons amélioré la pertinence des ordonnances. Les outils les plus utiles sont ceux qui mesurent ces résultats importants et qui nous permettent d'avoir accès aux pratiques exemplaires et de nous assurer, pour nous et les autres, de les suivre.

Pour ce qui est de la surveillance des ordonnances, je pense que nous avons plus ou moins bien réussi à ce chapitre par le passé, mais je suppose que c'est un drapeau rouge. Si vous découvrez que Dr X prescrit 10 fois plus que Dr Y, est-ce que cela signifie que Dr X prescrit des médicaments de façon inappropriée, ou simplement qu'il a un profil de pratique différent? C'est peut-être un signe que nous devons examiner les choses plus en profondeur. C'est peut-être une première étape, mais ce n'est pas le seul outil nécessaire.

L'hon. Hedy Fry: Néanmoins, c'est un outil.

Dr Chris Simpson: Oui, c'est un outil, et j'espère que ce sera un outil électronique et non pas des ordonnances en trois exemplaires.

L'hon. Hedy Fry: Docteur Meuser, aviez-vous quelque chose à ajouter?

Pardonnez-moi, monsieur le président, je devrais vous le demander à vous et non pas le demander directement au témoin.

Dr Jamie Meuser: Je pense qu'il est difficile de s'opposer à une amélioration de l'information, et je pense que nous allons tous nous entendre sur le fait que plus nous avons d'information au moment de prendre une décision de prescription, mieux c'est, autant sur le plan des médicaments que nous prescrivons que pour le patient et les risques auxquels il s'expose lorsqu'il subit une décision.

Cela dit, je pense qu'en médecine familiale, nous sommes habitués de prendre des décisions — et des décisions importantes — en nous appuyant sur des renseignements incomplets. Nous le faisons à répétition. Malheureusement, l'incertitude et l'ambiguïté nous accompagnent sans cesse dans notre travail quotidien. La vérité, c'est que la plupart des difficultés que nous observons sont liées à des décisions prises avec les meilleures intentions possible. Ce que nous essayons de faire, c'est d'étayer l'information que nous avons au moment de prendre cette décision et de trouver d'autres appuis pour éclairer la prise de décisions cliniques.

En Ontario, par exemple, il y a un réseau de mentorat sur la prescription des opioïdes, créé par le Collège des médecins de famille de l'Ontario, qui lie les médecins de famille à d'autres — des spécialistes de la douleur et de la dépendance ainsi que d'autres collègues médecins de famille —, de sorte que lorsqu'un médecin a une décision difficile à prendre, il peut compter sur le soutien de ses collègues, et ce, de façon presque instantanée.

L'hon. Hedy Fry: Merci.

Docteur Bard, considérez-vous qu'il s'agit d'un enjeu à l'échelle du pays?

• (1640)

Le président: Madame Fry, vous êtes rendue à huit minutes.

L'hon. Hedy Fry: Toutes mes excuses.

Le président: Je suis désolé.

Madame Bard.

Mme Rachel Bard: Je veux juste préciser que le rapport *S'abstenir de faire du mal* contient une section sur la responsabilité des différents ordres de gouvernement. Je conseillerais donc au comité de se pencher sur ces études, car elles sont très utiles.

Le président: Parfait. Je vous remercie, et je suis sûr que nos analystes en prennent bonne note et qu'ils ont lu le rapport à plusieurs reprises.

Monsieur Hawn, vous disposez de sept minutes.

L'hon. Laurie Hawn (Edmonton-Centre, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci à vous tous d'être ici aujourd'hui.

Docteur Simpson, tout d'abord, vous avez indiqué qu'on a prescrit des opioïdes à des fins thérapeutiques à 898 membres des Premières Nations âgés de 15 ans et plus. Est-ce 898 personnes sur 1 000, ou plutôt 45 personnes qui ont reçu 20 ordonnances?

Dr Chris Simpson: On a délivré 898 ordonnances d'opioïdes par tranche de 1 000 personnes. Cela ne veut pas dire 898 personnes.

L'hon. Laurie Hawn: D'accord, merci. Cela me rassure.

Maintenant, au sujet du suivi des ordonnances, et pour revenir à ce que disait la Dre Fry, il me semble qu'il y a un problème sur les plans de la formation et des normes, et pas nécessairement que les normes ou la formation sont inefficaces, mais plutôt qu'il y a un manque d'uniformité et qu'il est difficile d'assurer un suivi. En ce qui a trait à l'explosion du nombre de prescriptions de marijuana à des fins thérapeutiques, et il s'agit d'une explosion par rapport au petit nombre de médecins prescripteurs, et nous avons effleuré la question plus tôt, y a-t-il des façons efficaces d'assurer un suivi? Je crois savoir que certaines méthodes se sont révélées efficaces en Colombie-Britannique.

Est-ce que l'Association médicale canadienne va préconiser une uniformisation partout au pays, comme l'a proposé la Dre Fry?

Dr Chris Simpson: Absolument. Je considère que les sociétés professionnelles ont un rôle à jouer dans le transfert des connaissances. J'estime également que les ordres de gouvernement ont une part de responsabilité, en particulier le gouvernement fédéral, qui pourrait assumer un rôle de leadership et travailler avec les gouvernements provinciaux et territoriaux à la mise en place d'un système de surveillance des ordonnances et de collecte des données.

Je pense que c'est l'information dont nous avons besoin pour prendre de meilleures décisions et pour surveiller les progrès accomplis. Comment savoir si nous nous sommes améliorés s'il n'y a aucune façon de le mesurer?

L'hon. Laurie Hawn: Cette approche serait-elle acceptée par l'ensemble de la profession médicale? Les médecins seraient-ils d'accord? Craint-on qu'un tel suivi ne soit perçu comme un moyen de punir plutôt qu'un moyen de sensibiliser?

Dr Chris Simpson: Je n'ai pas cette impression. D'après ce que j'entends de la part de mes collègues et d'autres associations, je pense que nous serions tous d'accord pour dire que nous accordons de l'importance à l'information. Les renseignements nous donnent la capacité de prendre les meilleures décisions pour nos patients.

Le Dr Meuser a dit que nous sommes habitués de travailler avec un manque d'information. Nous devons constamment nous servir de notre jugement, et je ne vois pas en quoi le fait d'avoir plus d'information pourrait porter atteinte à notre jugement. Au contraire, cela nous permettrait de prendre des décisions plus éclairées et ferait de nous de meilleurs médecins.

L'hon. Laurie Hawn: D'accord. Il me semble qu'il y a des lacunes à l'égard de la formation, et c'est peut-être seulement en raison de tous les médicaments qui sont disponibles et des pressions de la part des compagnies pharmaceutiques, et ainsi de suite. Y a-t-il des lacunes quelque part?

Peut-être que le Dr Meuser pourrait nous donner son point de vue en tant que médecin de famille. Y a-t-il quelque chose qui manque dans les facultés de médecine, car j'ai l'impression qu'une grande partie de la formation se fait sur le tas?

Dr Jamie Meuser: En effet, on apprend beaucoup de choses en milieu de travail, et c'est en partie parce que chaque patient est différent et que chaque situation est différente; il est très difficile de former en peu de temps un étudiant et de le préparer à toutes les situations qui pourraient survenir.

Cela dit, on a conclu que le fait d'avoir une meilleure compréhension de la douleur, notamment de ce qui y contribue et de la façon dont elle peut être analysée et traitée, est un aspect plus important de la formation en médecine qu'on ne le pensait par le passé.

Le problème, c'est qu'on peut en dire autant sur plein de choses qu'on sait maintenant qu'on ne savait pas il y a cinq ans. Le programme des facultés de médecine n'est pas éternel. Nous sommes d'ailleurs très actifs sur les plans du perfectionnement professionnel, de la formation continue des médecins, et de plus en plus, on forme des équipes en médecine familiale pour nous aider à suivre l'évolution de la médecine et du traitement des problèmes des patients.

• (1645)

L'hon. Laurie Hawn: Merci.

Docteur Simpson, y a-t-il des différences entre les divers collègues des médecins et chirurgiens du pays? Soutiennent-ils tous les initiatives à cet égard?

Dr Chris Simpson: Je pense qu'ils sont assez unanimes à ce sujet. Nous voulons tous augmenter les bienfaits au maximum et minimiser les méfaits pour les patients. En ce qui concerne les principes que vous avez entendus aujourd'hui et l'intention, j'oserais dire qu'ils feraient l'unanimité dans la profession et parmi tous les professionnels de la santé.

L'hon. Laurie Hawn: Docteur Ricketts.

Dre Maura Ricketts: Je vous remercie beaucoup.

Vous avez demandé si les médecins craignent d'être surveillés sur ces questions, et je veux parler d'un autre aspect. Ce qui nous inspire, c'est une démarche axée sur les patients, et on peut concevoir un système de surveillance pour démontrer que l'on veut favoriser la prestation de soins axés sur le patient ou la surveillance.

La prestation de soins axés sur le patient signifie que le système de surveillance fournit l'information là où les soins sont prodigués. Les systèmes de surveillance recueillent tous les renseignements qui seront utilisés plus tard, et il s'agit ensuite de communiquer l'information et de punir. C'est trop tard; le mal est déjà fait. Je veux insister là-dessus.

L'hon. Laurie Hawn: Non, je suis d'accord avec vous. Je ne propose pas l'établissement d'un système de surveillance, mais de la formation axée sur les soins aux patients; tout ce que je voulais savoir, c'est si l'on craignait qu'il soit utilisé de cette façon.

Dre Maura Ricketts: Oui, exactement.

Je m'excuse. Je ne voulais pas insinuer que c'est ce que vous disiez.

L'hon. Laurie Hawn: Non, non.

Dre Maura Ricketts: Le perfectionnement professionnel continu fait partie du cheminement des fournisseurs de soins de santé licenciés. Encore une fois, la question du développement de la base d'information et du besoin d'intervention clinique dans le milieu des soins de santé signifie qu'une personne ne peut pas tout suivre.

Pour soutenir les médecins, il faut établir tous les systèmes que les autres témoins dans la salle ont déjà décrits. Je voulais seulement appuyer ces propos.

L'hon. Laurie Hawn: Je comprends.

J'ai terminé, monsieur le président.

Le président: Nous passons maintenant aux interventions de cinq minutes.

J'aimerais seulement indiquer aux représentantes de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments que si elles veulent intervenir, qu'elles ne se gênent pas. Nous voulons nous assurer que vous pouvez vous exprimer durant la réunion. Je vous invite simplement à le faire.

Monsieur Morin, vous disposez de cinq minutes.

[Français]

M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD): Merci beaucoup, monsieur le président.

Madame Bard, je vous remercie de votre témoignage. J'ai particulièrement apprécié que vous rappeliez l'importance du quatrième pilier de la Stratégie nationale antidrogue du Canada, soit la réduction des méfaits.

Comme l'a souligné ma collègue Libby Davies, avant 2007, cela faisait partie de la politique antidrogue canadienne. Or comme les priorités changent avec l'arrivée d'un nouveau gouvernement, un an après l'arrivée au pouvoir du gouvernement conservateur, soit en 2007, le quatrième pilier a disparu. Je connais déjà votre position sur la réduction des méfaits et l'importance qu'elle a au Canada et j'aimerais connaître celle des autres témoins.

[Traduction]

La réduction des méfaits devrait-elle être réintégrée à la Stratégie antidrogue du Canada?

[Français]

Mme Rachel Bard: Je vais me permettre d'intervenir pendant que mes collègues préparent leur réponse.

Selon nous, il s'agit vraiment, de prime abord, d'offrir de la prévention et de réduire les risques. C'est à la base de toute prévention. Il faut pouvoir éduquer les personnes et disposer d'un environnement sûr pour déterminer et dispenser les soins dont elles ont besoin.

[Traduction]

Dr Jamie Meuser: Je dirai seulement que le Collège des médecins de famille du Canada appuie le rapport du Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance, qui a confirmé que la réduction des méfaits est l'une des stratégies importantes à cet égard.

• (1650)

Dre Maura Ricketts: Je veux ajouter quelque chose aux propos de mes collègues. Je pense que l'on comprend mal ce que signifie « réduction des méfaits ». La plupart des médicaments réduisent les méfaits. Les traitements donnés à une personne atteinte de diabète visent à réduire les méfaits. Lorsqu'on renseigne les gens à propos du diabète, des maladies du cœur, il s'agit de réduire les méfaits.

Je souhaite presque que nous utilisions une autre expression, car c'est tellement central dans la pratique de la médecine que...

Il est difficile de comprendre comment elle a pu prendre une dimension politique.

M. Dany Morin: Je ne comprends pas la réponse de la représentante de l'AMC. Lorsque nous examinons la stratégie, son contenu, il est question de trois piliers. Le quatrième pilier, la réduction des méfaits, a été retiré.

Qu'en pensez-vous? L'AMC croit-elle que la réduction des méfaits devrait être réintégrée dans la stratégie?

Dr Chris Simpson: Nous croyons qu'elle devrait faire partie de la stratégie.

M. Dany Morin: Merci beaucoup.

Qu'en pense l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments?

Mme Donna Walsh (formatrice, Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada): ISMP Canada ne s'est pas prononcé officiellement à ce sujet, mais je dirais que la sécurité des patients nous tient à cœur et que nous attachons beaucoup d'importance au point de vue des clients et des familles au sujet des traitements et des soins.

Donc, s'il s'agit de quelque chose qui inclut les patients et les familles, il faudrait en tenir compte.

[Français]

M. Dany Morin: Madame Bard, on a enlevé la question de la réduction des méfaits en 2007. Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, quels effets, positifs ou négatifs, cela a-t-il entraîné? Quelles ont été les conséquences sur la population canadienne, tant sur les patients qui utilisent les médicaments que sur les *junkies*, ceux qui sont malheureusement « accros » aux médicaments?

Mme Rachel Bard: Les sites d'injection supervisée sont nécessaires. On veut réduire les risques et les complications à cause de mauvaises techniques, par exemple l'utilisation de seringues qui ont été contaminées. C'est une façon de prévenir ces risques. Si on n'inclut pas ce genre de sites, ce sera une erreur. C'est une façon d'aider les gens ayant des problèmes de dépendance. Ces sites peuvent être une porte d'entrée pour développer une relation avec eux, pour les guider dans leur recherche de services de réadaptation et ainsi de suite. Pour nous, cela fait partie de la solution. Il ne faut pas le voir de façon négative, mais de façon proactive.

[Traduction]

Le président: Merci, madame Bard.

Monsieur Dreeshen, vous disposez de cinq minutes.

M. Earl Dreeshen (Red Deer, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie nos témoins.

Je veux parler de certaines de nos pratiques exemplaires et initiatives en matière de sécurité. D'après ce que dit IMS et selon certaines données qu'on nous a fournies aujourd'hui, il y a eu 453 millions d'ordonnances en 2008. Nous parlons de 14 prescriptions par Canadien. Vous avez parlé de 898 ordonnances d'opioïdes par tranche de 1 000 membres des Premières Nations, et même s'il ne s'agit pas de 898 personnes, c'est beaucoup d'opioïdes pour une population.

Vous avez également parlé des médicaments prescrits aux aînés et des problèmes qui y sont liés. Je vais vous raconter quelque chose. J'ai une tante qui a fêté son 100^e anniversaire de naissance il y a deux ans, et elle n'avait jamais pris de médicament d'ordonnance. Elle aura 102 ans très bientôt.

En réfléchissant à la question, j'essaie d'examiner tous les différents types d'abus. Quand j'y pense... Vous avez également dit quelque chose au sujet de l'intervention des personnes soignantes. La première chose à laquelle j'ai pensé, c'est ceci: lorsqu'une personne retourne à la maison, qui s'en occupe? Je reconnais qu'il y a une autre façon de voir les choses; il y a bien sûr les médecins et les infirmières, par exemple.

Si l'on va au-delà de l'opinion de la belle-mère, lorsqu'un médicament d'ordonnance est utilisé par un membre, lorsqu'il sort de l'hôpital, comment détermine-t-on à quel moment les effets

néfastes du médicament interviennent? La moitié du temps, j'entends des gens dire qu'ils ont essayé un médicament, qu'ils ont eu des effets secondaires et qu'ils doivent prendre un autre médicament. Ils vérifient quels seront les effets secondaires. Je me demande comment nous pouvons tenir un suivi et s'il y a une façon dont, dans le cadre de ce qu'on défend, comme le disait Mme Ma, les gens peuvent savoir quels seront les effets indésirables, ou à qui ils devraient s'adresser s'ils commencent à en ressentir.

● (1655)

Mme Rachel Bard: Je vais vous donner le point de vue d'une infirmière praticienne. Évidemment, lorsqu'on examine un patient, on évalue les choses en profondeur. On examine tous les soins et tous les aspects de sorte qu'on puisse établir les différentes réactions chez la personne et commencer à faire des analyses cliniques. On peut ensuite essayer de faire des ajustements et informer le patient de ce à quoi il peut s'attendre et ce qu'il doit signaler. Cela fait partie des soins prodigués. C'est essentiel.

M. Earl Dreeshen: Madame Ma.

Mme Jessica Ma: C'est une excellente question. Je pense que l'un des volets auxquels nous essayons de contribuer concernant la sécurité des consommateurs consiste à accroître les connaissances sur les médicaments et les liens à la maladie. Je ne crois pas que ce soit très clair dans la population. En tant que professionnels de la santé, nous pourrions faire un meilleur travail et nous assurer que les gens connaissent les médicaments qu'ils prennent et les raisons pour lesquelles ils les prennent, et qu'ils peuvent être intégrés à l'évaluation des médicaments.

Hier, j'ai participé à une réunion de recherche sur les soins à domicile. On pousse de plus en plus vers des soins communautaires et on veut amener les patients à gérer eux-mêmes leurs médicaments. Leurs soignants ne comprennent pas très bien ce qu'impliquent tous les médicaments et comment ils sont regroupés. Si nous donnons plus de renseignements à nos clients, ils connaîtront mieux leurs médicaments et les médecins de famille auront plus de renseignements.

M. Earl Dreeshen: Docteur Simpson

Dr Chris Simpson: Je crois qu'il y a des regroupements d'excellence au pays qui ont adopté certaines de ces démarches et une approche multidisciplinaire qui met la priorité sur le patient et qui comprend le suivi et le soutien nécessaires. Cela nous révèle qu'il faut une initiative incluant de nombreuses ressources de ce type pour bien faire les choses. Il en ressort que le soulagement de la douleur est un problème complexe. Bien entendu, au Canada, la situation des régions rurales et éloignées est difficile, et il en est de même pour certains groupes qui ont des problèmes en raison de leur situation socioéconomique et d'autres facteurs démographiques.

Bon nombre de médecins de famille qui travaillent dans des régions éloignées — et Jamie en dira sûrement plus à ce sujet — vous diront qu'ils n'ont pas d'équipe multidisciplinaire. Il n'y a qu'eux, et tout ce qu'ils ont, ce sont des opioïdes. Il n'y a pas de physiothérapeute ou d'ergothérapeute. Les patients n'ont donc pas tous les mêmes ressources et il faut vraiment s'attaquer à cette inégalité si nous voulons adopter une démarche nationale. Si nous voulons établir une évaluation et des traitements uniformes, nous n'y arriverons pas en ne nous concentrant que sur les changements à apporter au sujet des ordonnances, mais bien sur les changements à apporter quant au traitement pour les patients qui souffrent.

M. Earl Dreeshen: Merci.

Le président: Merci, monsieur Dreeschen.

Madame Morin.

[Français]

Mme Isabelle Morin: Madame Bard, j'aimerais commencer par vous dire à quel point j'étais heureuse que vous parliez, dans votre discours, des déterminants sociaux de la santé. Au-delà de la prévention, comme vous l'avez mentionné, il faut mener des campagnes de marketing auprès des jeunes. D'autres témoins nous l'ont dit également. Il faut qu'il y ait un meilleur entreposage des médicaments. Il faut aller voir les communautés des Premières Nations et les éduquer sur les effets négatifs de l'abus des médicaments d'ordonnance. Le logement est un autre déterminant social très important. Je suis heureuse de savoir qu'un groupe est sensible à ce phénomène. Vous êtes le premier à en avoir parlé ici.

Je vais passer à un autre sujet. Dans un rapport qui a été publié en 2009 par l'IMS Health, on constate que les pharmaciens du Canada ont délivré 453 millions d'ordonnances en 2008. En moyenne, cela représente 14 ordonnances par Canadien. Ce chiffre m'a quand même alertée. M. Michel Perron, le directeur général du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, a comparu devant le comité la semaine dernière. Il nous a dit qu'une grande partie de l'éducation que les médecins reçoivent après avoir terminé leur formation était financée par le secteur pharmaceutique. Malheureusement, je ne pense pas qu'on recevra quelqu'un du milieu pharmaceutique pendant cette étude, mais j'ai une question pour M. Meuser. Quelle est votre position par rapport à ce phénomène?

Je vais parler d'un cas qui me touche. Auparavant, j'étais enseignante de français. Quand des maisons d'édition venaient nous voir pour vendre leurs livres, c'était leurs livres que l'école achetait pour l'année scolaire suivante. C'est sûr que cela a une influence.

M. Perron nous a même dit que les médecins reçoivent moins de formation que les vétérinaires et que cette formation était plutôt donnée par le secteur pharmaceutique. Pensez-vous que ce soit là un conflit d'intérêts? J'aimerais connaître votre opinion et celle de M. Simpson à ce sujet.

• (1700)

[Traduction]

Dr Jamie Meuser: Dans le cadre de la formation professionnelle continue, nous avons intégré des mécanismes très rigoureux contre l'influence et le manque d'équilibre dans les programmes qui donnent des crédits. Nous sommes très stricts pour ce qui est de garantir que les données probantes qui sont présentées à nos membres dans leur formation sur les ordonnances, entre autres, se fondent sur la recherche scientifique et non sur le marketing. C'est l'une de nos exigences.

Le Dr Simpson a parlé du succès que les compagnies pharmaceutiques ont concernant les renseignements qu'ils fournissent. Je suis tout à fait d'accord avec lui: nous pourrions en tirer une leçon. Un type d'intervention qui fonctionne — et les compagnies pharmaceutiques le savent depuis toujours — consiste à établir des liens avec un prescripteur dans le contexte de la formation. La seule raison qui nous empêche de le faire, c'est le manque de ressources. Nous devons nous servir de nos ressources pour la présentation de données scientifiques plutôt que pour la promotion auprès des prescripteurs qui favorise l'examen d'un grand nombre de questions de décisions cliniques avec des membres de l'équipe de soins de santé à tous les niveaux.

Dr Chris Simpson: Il est certain que l'investissement gouvernemental dans la formation continue et le transfert de connaissances objectifs, et certains des programmes que nous proposons dans notre rapport, est un moyen de diffuser les renseignements de façon objective.

On peut dire sans se tromper que plus que jamais, l'ensemble des professionnels de la santé ne se laisse pas influencer par les gens du marketing. Encore une fois, souvent, dans bon nombre de milieux, et pour bon nombre de professionnels de la santé, l'information qui est diffusée par les compagnies pharmaceutiques est trop répandue, et nous appuyons vraiment ce que vous dites à ce sujet.

Je voulais également vous remercier pour ce que vous avez dit au sujet des déterminants sociaux de la santé. C'est la priorité de l'AMC, surtout durant la présidence de la présidente sortante, Anna Reid, et nous sommes très heureux de vos observations.

Le président: Merci beaucoup.

Madame Morin, votre temps est écoulé.

C'est maintenant au tour de M. Lizon, pour cinq minutes.

M. Wladyslaw Lizon (Mississauga-Est—Cooksville, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président. Je vous remercie tous de votre présence. Merci, docteur Meuser.

Tout d'abord, quand j'étais jeune, je n'obtenais habituellement pas d'ordonnance pour une infection à l'oreille. Si ma mémoire est bonne, ma grand-mère et ma mère prenaient les choses en main pour chacun de nous. Je ne sais pas pourquoi vous avez parlé des belles-mères. Je croyais que c'était l'inverse.

Je veux commencer par parler de ce que vous avez dit au sujet des conséquences imprévues. Ce n'est pas nouveau. Lorsqu'on lit sur le sujet, on voit des exemples de gens qui deviennent dépendants de l'héroïne, qui était au départ utilisée pour soulager la douleur, mais ils ont aimé l'expérience. Je ne sais pas pourquoi nous n'avons pas été en mesure d'en tirer des leçons, ou c'est peut-être quelque chose qu'on a simplement mis de côté. J'aimerais connaître votre point de vue.

• (1705)

Dr Jamie Meuser: Je vais commencer, et je suis sûr que d'autres témoins voudront intervenir. Vous avez soulevé le problème central.

Nous ne prescrivons pas ces médicaments s'ils n'étaient pas efficaces. Ce sont des agents puissants qui ont des bienfaits, mais ils peuvent aussi causer des problèmes. Nous ne pouvons pas prédire l'avenir et déterminer qu'une ordonnance causera plus de bien que de mal.

En fonction des facteurs de risque, de la génétique, de l'expérience du patient, nous pouvons essayer de prédire les effets, mais en fait, la puissance de ces médicaments, tant pour les bienfaits que pour les méfaits, est au centre de la question dont nous discutons aujourd'hui.

À l'heure actuelle, comme traitement de départ, et je suis certain que d'autres témoins seront d'accord avec moi, nous accordons une place importante aux traitements sans médicament pour toutes les situations auxquelles les gens sont confrontés. Les gens qui s'occupent des questions de régime et de mode de vie, de physiothérapie ou de mesures de réadaptation peuvent aider dans le traitement de la douleur. Comme l'a dit la personne qui vous a précédé tout à l'heure, se pencher sur certains des facteurs non médicaux les plus importants pour déterminer si l'état d'une personne se détériore ou s'améliore rapidement est aussi important que de prescrire le bon médicament.

M. Wladyslaw Lizon: Merci.

Mme Rachel Bard: La seule chose que j'ajouterais, c'est que l'équipe interdisciplinaire est essentielle. Si l'on veut réduire l'utilisation de médicaments, il faut réduire le temps d'attente et rendre les services accessibles dans un délai raisonnable, et diriger la personne vers les bons professionnels. En adoptant une telle démarche, on utilise l'approche la moins perturbante en premier lieu.

M. Wladyslaw Lizon: Monsieur le président, combien ai-je encore de temps?

Le président: Une minute et demie.

M. Wladyslaw Lizon: Oui, allez-y.

Dr Chris Simpson: Je suis d'accord avec tout ce qui a été dit. Pour les professionnels de la santé, il s'agit, quotidiennement, de peser les avantages et les inconvénients d'un médicament avant de le prescrire. Nos patients et nous acceptons toujours de prendre certains risques afin d'obtenir certains bienfaits. La difficulté à l'avenir sera de trouver un moyen d'atteindre un équilibre, le meilleur qui soit entre les avantages et les inconvénients.

Nous ne devons pas oublier le bien que ces médicaments font. Nous ne devons pas l'oublier, quelle que soit la solution que nous adoptons. Nous ne devons ni l'oublier ni revenir dessus. Nous devons cependant aussi reconnaître qu'ils sont également source de problèmes.

Le professionnel de la santé devra être doté d'outils lui permettant d'expliquer avec assurance à ses patients les risques encourus et les bienfaits attendus et de les assurer d'un suivi.

M. Wladyslaw Lizon: Juste une question rapide. Je ne sais pas s'il y a une réponse rapide. Je ne crois pas que le Canada soit le seul pays où le problème se pose. Connaissez-vous un pays dans le monde qui s'est essayé à le résoudre et a trouvé des solutions? Est-ce que nous pourrions les adopter chez nous?

Le président: Vous avez environ 10 secondes pour répondre, puis je passerai au suivant.

Mme Rachel Bard: J'ai dit que la Suisse a mis en place un programme très efficace. C'est un pays qui pourrait servir de modèle.

Le président: Bien. Merci beaucoup.

Nous en sommes à la dernière série de questions.

Madame Davies, vous avez cinq minutes.

Mme Libby Davies: Merci beaucoup.

Je voudrais revenir à la question que Mme Morin a posée à propos du rôle des entreprises pharmaceutiques. Je voudrais commencer par dire que nous allons entendre les gens de Rx&D. J'ai en effet croisé un de leurs représentants aujourd'hui et je crois qu'ils participeront à notre dernière séance. Nous entendrons directement leur point de vue.

Qui surveille ce qui est envoyé aux médecins, et qui vérifie si les renseignements sont adéquats? Docteur Simpson, vous nous avez dit que les médecins dans les régions éloignées se débrouillent pratiquement tout seuls. Ils n'ont pas d'équipes multidisciplinaires ni d'autres collègues vers qui se tourner. Je suis juste curieuse. Nous parlons d'une industrie qui vaut des milliards de dollars. Évidemment, on pousse les nouveaux produits. J'ai vu l'énorme livre, dans le cabinet du médecin. Il est énorme, et vous voyez parfois le médecin le feuilleter. Mais qui surveille cela? Y a-t-il une surveillance quelconque? Devons-nous nous pencher là-dessus et vérifier qu'il ne s'agit pas de simples opérations de marketing, mais

qu'il y a vraiment derrière cela une volonté d'informer sur ce qu'une ordonnance pertinente est?

• (1710)

Dr Chris Simpson: Je ne veux pas parler au nom de l'industrie pharmaceutique, mais j'ai constaté au fil des ans qu'elle a grandement changé sa manière de faire avec les professionnels de la santé. Elle est gouvernée par un code de conduite décidé à l'interne. En 2013, la démarche typique, c'est de demander: « Avez-vous lu cet article? » « Avez-vous lu ces indications? » C'est une approche plus subtile, mais la pression existe toujours, bien sûr. C'est pour cela que les représentants de l'industrie le font. C'est pour cela que faire les choses dans le détail marche si bien.

Mme Libby Davies: Est-ce que vous les rencontrez personnellement? Est-ce que des représentants viennent encore rendre visite aux médecins pour leur parler de leurs produits? Comment cela fonctionne-t-il?

Dr Chris Simpson: Cela se produit de moins en moins, et dans les milieux universitaires où il y a des étudiants, c'est de plus en plus strict. Dans certains centres universitaires, parfois, cette pratique est totalement interdite. Dans certaines régions éloignées cependant, les représentants demeurent une des premières sources d'information. Mais je vais passer la parole à Jaimie, là-dessus.

Mme Libby Davies: Docteur Meuser, vous avez la parole et Mme Bard voudra peut-être dire quelque chose ensuite.

Dr Jamie Meuser: Nous offrons aussi des encouragements. Nous ne sommes pas maîtres de l'information qui est envoyée ou donnée aux médecins de famille, que ce soit par la poste, par des détaillants qui se présentent à leur porte ou autrement. Cependant, nos membres doivent suivre un certain nombre d'heures de formation reconnues officiellement pour conserver leur statut de membre du collège et leur licence pour pratiquer. En fait, c'est sur le contenu de ces formations que nous avons un droit de regard et c'est là que nous pouvons faire une nette distinction entre éducation et marketing.

Mme Libby Davies: Madame Bard, avez-vous le temps de répondre?

Mme Rachel Bard: Je veux juste ajouter que votre organisme de réglementation professionnelle a aussi pour rôle de surveiller la pratique de la prescription. Mais, quand on décide d'utiliser les données fournies par des compagnies pharmaceutiques, c'est une décision clinique qu'on prend. Vous devez les consulter puis faire appel à votre jugement d'un point de vue clinique pour décider ce qui s'applique ou pas. Mais un organisme de réglementation serait...

Mme Libby Davies: Qui surveille cela en fait, et qui s'assure qu'il n'y a pas d'abus de la part des compagnies pharmaceutiques et de leurs services de marketing? Y a-t-il un système de surveillance en place? Comment savons-nous si ça marche ou pas?

Mme Rachel Bard: Bonne question. La seule chose que je voudrais ajouter...

Le président: Allez-y, docteur Meuser.

Dr Jamie Meuser: Le fait est que nos membres, les médecins de famille, sont bombardés en permanence, comme tout le monde, par des messages publicitaires, et ils savent faire la différence entre marketing et éducation. Ils cernent la nature de l'information qu'ils reçoivent de partout. Quand il s'agit manifestement d'une opération de marketing, que ce soit une brochure ou une visite du représentant d'une compagnie pharmaceutique, ils peuvent la traiter comme telle. S'il s'agit d'une information à but éducatif, ils doivent être capables de comprendre que, provenant d'une autre source, elle est présentée avec d'autres objectifs. C'est possible de faire cela.

Le président: Bien. Madame Bard, aviez-vous quelque chose à ajouter?

Mme Rachel Bard: C'est une bonne question, je pense. Nous avons l'intention de vous fournir un document et une copie de notre présentation. Nous verrons si nous pouvons ajouter des informations à cela.

•(1715)

Le président: Merci beaucoup. C'est ainsi que nous finissons cette partie de notre réunion.

J'invite toutes les personnes présentes, ainsi que le Dr Meuser, à transmettre au greffier tout ce qui aurait pu vous venir à l'esprit pendant nos discussions, et que vous souhaitez nous transmettre. Je vous remercie de vos réponses franches, car elles ont contribué à la discussion aujourd'hui.

Nous allons suspendre nos travaux pendant quelques minutes puis nous discuterons des travaux du comité à huis clos.

Merci.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>