



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 012



2^e SESSION



41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 6 février 2014

Président

M. Ben Lobb

Comité permanent de la santé

Le jeudi 6 février 2014

•(0845)

[Traduction]

Le président (M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC)): Bonjour, mesdames et messieurs. Je vous souhaite un agréable retour. Il s'agit de la première réunion officielle du Comité de la santé en 2014.

Je constate que la plupart des membres du comité sont arrivés. Nous accueillons trois témoins aujourd'hui. Nous allons commencer par l'exposé du Dr Skinner, qui comparait par vidéoconférence. Nous entendrons ensuite les témoins qui sont venus à Ottawa. Vous disposez d'un maximum de 10 minutes pour faire vos exposés. La première série de questions durera sept minutes et sera suivie par des tours de cinq minutes.

Docteur Skinner, si vous êtes prêt, vous pouvez commencer votre exposé.

Dr Roger Skinner (coroner superviseur régional, Bureau du coroner-chef de l'Ontario, ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels de l'Ontario): Bonjour, monsieur le président, chers membres du comité, membres du personnel et témoins.

Je suis ravi de comparaître aujourd'hui à titre de médecin et de représentant du Bureau du coroner en chef de l'Ontario.

L'usage à mauvais escient des médicaments sur ordonnance, surtout les opiacés, interpelle particulièrement notre bureau et les médecins. Il s'agit d'une préoccupation de sécurité publique qui est complexe, importante et urgente. Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario enquête sur tous les décès attribuables à des causes non naturelles et sur certaines morts naturelles qui ont eu lieu dans la province. On parle d'environ 17 000 décès par année.

Le mandat d'enquête du coroner comporte trois volets. Nous devons déterminer l'identité de la personne décédée, ainsi que l'emplacement et l'heure de la mort, la cause médicale du décès et la manière dont la personne est décédée. Nous devons également déterminer si une enquête est nécessaire et, au besoin, formuler des recommandations pour empêcher des décès dans des circonstances similaires. En Ontario, le coroner a le pouvoir d'effectuer des perquisitions, des saisies et des inspections qui lui permettront d'effectuer un examen approfondi des circonstances entourant le décès. Cela permet également de compiler des renseignements détaillés au sujet de décès individuels ou au sujet de tendances qui se dégagent dans la population.

Il y a quelques années, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario a constaté une augmentation des décès causés par des opiacés ayant fait l'objet d'ordonnance. En effet, le taux de mortalité lié à l'abus d'opiacés a doublé en Ontario entre 1991 et 2004. Cela a été en grande partie attribuable à la mauvaise utilisation de la libération contrôlée d'oxycodone. En 2008, le nombre de ces décès avait dépassé le nombre de décès liés à des accidents de voiture. Depuis, ce chiffre ne cesse de s'accroître. Le taux de ces décès est deux fois

plus élevé que celui causé par le VIH et s'approche d'ailleurs à celui des décès causés par des septicémies. En Ontario, plus de 500 personnes meurent chaque année d'une toxicité aux opiacés. Ce chiffre passe à 700, si l'on inclut les morts attribuables à l'abus d'opiacés et d'alcool.

Les décès causés par une mauvaise utilisation accidentelle des médicaments sur ordonnance touchent tout le monde, des enfants jusqu'aux personnes âgées. Des études ont montré que, en cas de mort accidentelle, cela a plutôt tendance à être attribuable à un abus d'opiacés sur ordonnance, alors que les suicides sont plutôt liés à un abus d'autres types de médicaments sur ordonnance. La source des médicaments provient avant tout d'une ordonnance, suivie d'une combinaison d'ordonnances et d'achats illicites, suivie enfin d'un achat purement illicite. Les chances que le médicament provienne d'une ordonnance augmentent avec l'âge de la personne.

Nos enquêtes ainsi que des études ont indiqué que plusieurs facteurs ont contribué à la crise. Il faut notamment songer à la libéralisation de l'utilisation des opiacés pour traiter des douleurs non liées au cancer. Il y a également le fait que les fournisseurs de soins de santé ne connaissent pas toujours bien la toxicité des médicaments. Il y a un manque de lignes directrices sur les dosages. De plus, il n'y a pas de moyen efficace de faire un suivi des gens qui prescrivent le médicament et de ceux qui les consomment. Il faut également tenir compte des campagnes de marketing musclées des fabricants et des restrictions qu'imposent les dispositions sur la confidentialité des données de santé dans l'application de la loi.

Notre examen nous a permis de voir que les problèmes ne provenaient pas du secteur des soins oncologiques. Les problèmes étaient liés au traitement d'une douleur chronique non attribuable au cancer, au détournement illicite d'opiacés qui avaient été obtenus de manière légale et à la prescription inadéquate d'opiacés ou à leur utilisation à mauvais escient. Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario a identifié les enjeux suivants lorsqu'il examinait les morts liées aux opiacés qui nécessitaient une enquête plus approfondie: la gestion de la douleur chronique non oncologique; le détournement ou l'abus d'opiacés, et plus particulièrement de l'oxycodone; l'accès à des renseignements sur la prescription; et les obstacles législatifs à la communication des renseignements.

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario a déployé des efforts pour partager ces renseignements et son expérience avec les décideurs politiques, les prescripteurs et les distributeurs. Nous nous sommes associés à plusieurs initiatives prises pour régler le problème. Nous avons notamment participé au rapport du Collège des médecins et des chirurgiens de l'Ontario, rapport intitulé *Avoiding Abuse, Achieving a Balance: Tackling the Opioid Public Health Crisis*. Nous avons également contribué aux Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse du Groupe d'études des lignes directrices sur l'emploi des opiacés. Nous avons également participé au rapport du Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance intitulé *S'abstenir de faire du mal: Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance du Canada*. Nous avons également pris part à l'étude effectuée par la Division de la santé publique du ministère de la Santé et des soins de longue durée intitulée *A Review of the Impacts Opioid Use in Ontario, Interim Summary Report*. Enfin, nous avons contribué au rapport *Accidents liés à la médication ayant causé un décès* de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada.

•(0850)

Je sais que vous êtes au courant de ces rapports, qui traitent tous du problème et proposent des solutions bien mieux que je ne pourrais le faire dans cette brève présentation.

En plus de ces collaborations, le Bureau du coroner en chef a identifié deux décès connexes qui ont fait l'objet d'une enquête sur le mauvais usage d'opioïdes sur ordonnance. L'enquête avait une vaste portée, englobant la dépendance, l'accès aux médicaments, les pratiques d'ordonnance et de distribution, l'application de la loi et les défis législatifs. Le jury a formulé 48 recommandations qui peuvent être classées et résumées comme suit.

Pour ce qui est des médicaments, le jury a recommandé d'éliminer les produits à libération prolongée qui contiennent plus de 100 milligrammes de dose équivalente de morphine et les produits qui contiennent plus de 40 milligrammes d'oxycodone, de procéder à un examen de tous les opioïdes approuvés, d'inclure des recommandations posologiques dans les monographies et enfin de procéder à un examen des formulations difficiles à manipuler.

Pour ce qui est de la surveillance et la collecte de données, le jury a recommandé l'élaboration d'une base de données accessible aux prescripteurs et aux dispensateurs en Ontario par le truchement de Santé en ligne et par le biais de la Loi sur la sécurité et la sensibilisation en matière de stupéfiants.

En ce qui concerne le traitement, le jury a demandé l'attribution de ressources pour financer des centres et des programmes complets pour soigner la douleur et la dépendance.

Du côté de l'éducation, la recommandation portait sur une éducation publique et professionnelle renouvelée, dont l'élaboration et le maintien de lignes directrices nationales et de recherches pertinentes.

En termes de mesures législatives et d'application de la loi, le jury a recommandé le financement d'unités provinciales et municipales de lutte antidrogue, l'éclaircissement des enjeux touchant la protection de la vie privée, et le partage obligatoire d'information entre les fournisseurs de soins de santé ainsi qu'entre la police et les fournisseurs de soins de santé.

Ces recommandations par le jury reflètent les conclusions d'autres rapports ayant été cités.

Le problème du mauvais usage des médicaments sur ordonnance s'avère complexe. Aucune solution simple n'existe. La réponse découle d'une approche à facettes multiples et coordonnée au palier national. Il s'agit d'une tâche onéreuse qui deviendra d'autant plus difficile que nous attendons d'agir. Nous avons la preuve en main, les analyses sont faites et une voie a été proposée. Ce qu'il nous faut maintenant, c'est une volonté politique et professionnelle d'aller de l'avant et de maintenir en priorité le règlement de cette crise de sécurité publique. Si nous y arrivons, je suis convaincu que de nombreux décès prématurés pourront être évités.

Merci.

Le président: Merci, docteur. C'est très bien.

Je cède maintenant la parole à Cameron Bishop, directeur des affaires gouvernementales pour une entreprise pharmaceutique.

Allez-y, monsieur.

M. Cameron Bishop (directeur, Affaires gouvernementales et politique en matière de santé, Reckitt Benckiser Pharmaceuticals Canada): Monsieur le président, chers membres du comité, je me réjouis de comparaître devant vous aujourd'hui comme représentant de Reckitt Benckiser Pharmaceuticals Canada et en tant que membre du Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance, coordonné par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Je suis fier d'être membre de ce conseil et d'assumer la coprésidence du Comité de la législation et de la réglementation avec le Dr Mel Kahan, du Women's College Hospital à Toronto.

Le Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance a, comme vous le savez, fait connaître sa stratégie au printemps 2013. Je limiterai mes observations aux principales recommandations du rapport produit sous l'égide du Comité de la législation et de la réglementation.

Mais avant, permettez-moi de vous fournir quelques renseignements généraux sur Reckitt Benckiser Pharmaceuticals.

Nous sommes une entreprise qui fabrique des médicaments pour le traitement des toxicomanies et, à ce que je sache, nous sommes la seule entreprise à oeuvrer dans ce domaine au Canada. Nous fabriquons un produit, soit le ^N suboxone. Il s'agit d'une combinaison de buprénorphine et de naloxone. Ce sont des comprimés sublinguaux. Il s'agit du premier médicament opioïde approuvé pour le traitement de substitution de l'accoutumance aux opiacés dans les cabinets médicaux.

Mais, par-dessus tout, nous nous distinguons par notre mode de fonctionnement, car nous cherchons, en partenariat avec le gouvernement et les principaux intervenants, à travailler sur tous les fronts, qu'il s'agisse de réforme de l'industrie, des recommandations concernant les mesures législatives et réglementaires ou encore de la suppression des obstacles au traitement des patients.

Le médicament ^N suboxone a été approuvé par Santé Canada en mai 2007. Il s'agit d'une association à dose fixe qui combine un agoniste partiel, la buprénorphine, et un antagoniste des opioïdes, la naloxone. Il est indiqué pour le traitement médicamenteux chez des adultes qui sont accoutumés aux opiacés et il est disponible en deux concentrations: 2 milligrammes de buprénorphine avec 0,5 milligramme de naloxone et 8 milligrammes de buprénorphine avec 2 milligrammes de naloxone.

Si vous ne le saviez pas, la composante naloxone vise à décourager l'injection intraveineuse et l'utilisation intranasale. La naloxone prise sous la langue ou avalée a un degré de biodisponibilité peu élevé. Par contre, si le ^N suboxone est pris par voie intraveineuse, la naloxone devient biodisponible à 100 % et engendre des symptômes de sevrage chez les patients qui sont dépendants aux agonistes opioïdes.

Comme l'a indiqué le Dr Skinner — et j'imagine que d'autres témoins l'ont fait également — l'accoutumance aux opioïdes est une maladie chronique et récidivante du cerveau. Il s'agit d'un problème clinique et de santé publique bien connu au Canada.

Selon une étude effectuée en 2009 par Popova et al., il y aurait au Canada entre 321 000 à 914 000 consommateurs d'opioïdes sur ordonnance à des fins non médicales. Par ailleurs, on évaluait à environ 72 000 le nombre de consommateurs d'opioïdes sur ordonnance à des fins non médicales, ou le nombre de consommateurs d'héroïne, ou les deux, parmi la population qui utilise des drogues illicites. Par ailleurs, davantage de personnes consommaient des opioïdes sur ordonnance que l'héroïne en 2003.

Depuis toujours, l'héroïne est la principale drogue qui occasionne une accoutumance aux opioïdes. Cependant, l'utilisation actuelle d'opioïdes illicites complique le problème. Au Canada, les opioïdes consommés de façon illicite comprennent une diversité d'opioïdes sur ordonnance dont l'oxycodone, la codéine, le fentanyl, la morphine et l'hydromorphone. Pour cette raison, les demandes de traitement de l'accoutumance aux opioïdes augmentent au Canada.

Monsieur le président, cela m'a toujours étonné, mais les personnes qui sont accoutumées à des médicaments sur ordonnance ne sont pas différentes de vous et moi ni des personnes assises autour de la table. Je pense par exemple à cette mère d'enfant qui joue au soccer. Elle a eu un accident de voiture, s'est fait mal au dos et s'est fait prescrire du percocet, dont elle est devenue dépendante. Après s'être fait renvoyée de la clinique par son médecin, qui « ne traite pas les patients comme elle », elle s'est tournée vers la prostitution, pendant que ses enfants étaient à l'école, pour pouvoir financer ses achats de percocet. Je pense aussi au soldat qui revient d'Afghanistan (ou de l'Irak dans le cas des États-Unis). Il consomme des opioïdes sur ordonnance pour soigner des lésions des tissus mous ou pour atténuer la douleur ressentie à la vue de ses frères d'armes morts après avoir marché sur des mines. Il rentre au Canada souffrant d'une accoutumance aux opioïdes et du syndrome de stress post-traumatique.

Voilà des exemples de dépendance aux médicaments d'ordonnance, des gens qui, par suite de mesures volontaires, se retrouvent avec une dépendance involontaire.

Je n'ai encore jamais rencontré un patient dépendant qui aurait pris son premier analgésique, qu'il s'agisse de l'héroïne ou des opiacés sur ordonnance, parce qu'il voulait en devenir dépendant. Aucune personne sensée ne voudrait ce genre de vie.

Toutes ces histoires sont vraies. Elles témoignent d'un problème qui ne touche pas seulement les quartiers malfamés du Canada, mais qui est généralisé et dont la gravité atteint un niveau de crise.

À cause d'un manque d'accès à des traitements et de politiques qui criminalisent la maladie plutôt que de la voir pour ce qu'elle est, la manifestation d'une crise de santé publique, nous, en tant que société, obligeons des hommes et des femmes comme ce soldat et cette mère d'un enfant qui joue au soccer, des membres productifs de la société, à descendre la pente pour vivre en marge de la société, pour finir en prison ou, pire, à la morgue.

●(0855)

Nous devons élargir les possibilités de traitement sous toutes ses formes au Canada, tout en luttant contre la stigmatisation de la toxicomanie. En effet, des Canadiens aux prises avec un problème d'abus ou d'accoutumance évitent de se faire soigner par crainte d'être perçus — jugés — comme étant indignes de faire partie des gens que nous définissons comme normaux. À notre avis, le traitement offert aux personnes qui se débattent avec un problème de toxicomanie, quelle qu'en soit la forme, est réduit trop souvent au plus petit dénominateur commun — à bien des égards, la tartufferie complaisante des aspirations modestes.

Monsieur le président, dans le contexte que je viens d'exposer, j'aimerais présenter les recommandations du Comité de la législation et de la réglementation du Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance. Ensemble, ces recommandations placeraient au premier plan la santé publique ainsi que la sécurité et la dignité des patients, tout en cherchant à atténuer les conséquences involontaires des opioïdes vendus sur ordonnance.

Les recommandations sont les suivantes:

Un. Modifier les exigences d'étiquetage de la partie C des règlements sur les aliments et drogues afin d'exiger que tous les opioïdes d'ordonnance, qu'ils soient venus comme analgésiques ou pour le traitement des toxicomanies, s'accompagnent d'une mise en garde informant les consommateurs que les médicaments de cette catégorie peuvent causer une accoutumance ou la mort, et ce, même s'ils sont utilisés comme prescrits. Il faudrait restreindre les analgésiques vendus sur ordonnance à la « douleur aiguë » uniquement. En outre, les étiquettes devraient refléter les résultats des essais cliniques des médicaments.

Deux. Le gouvernement fédéral devrait obliger des régimes d'assurance-médicaments fédéraux à exiger des médecins qu'ils demandent l'approbation exceptionnelle de statut s'ils souhaitent prescrire des opioïdes dont la dose est supérieure à 200 milligrammes par jour. Il s'agit de la « dose sous surveillance » selon les lignes directrices canadiennes actuelles.

Trois. Le gouvernement fédéral devrait proposer des modifications au processus d'approbation des médicaments existants de Santé Canada — génériques et de marque — de manière à exiger le refus d'approbation en cas de conflit d'intérêts. Ce serait le cas, par exemple, d'un fabricant d'un analgésique opioïde délivré sur ordonnance qui fabriquerait également un traitement ou d'une entreprise qui fabriquerait un traitement et le commercialiserait comme analgésique.

Idéalement, aucune entreprise ne devrait avoir le droit de faire gonfler l'achat d'un produit en utilisant un autre produit. Si une entreprise souhaite fabriquer et vendre un traitement contre la dépendance, il faut établir des règlements qui stipulent que cette entreprise doit d'abord cesser de vendre les produits qui peuvent engendrer de la dépendance.

Quatre. Santé Canada devrait refuser l'approbation d'un médicament à toute entreprise qui n'a pas de disposition de sécurité qui vise à réduire la dépendance et les détournements des analgésiques sur ordonnance. Il faudrait exiger que toutes les entreprises qui fabriquent et distribuent des médicaments sur prescription de marque ou générique ou des traitements contre la dépendance contribuent au financement d'un système de surveillance au sujet du détournement, de la mauvaise utilisation et de l'abus de médicaments d'ordonnance qui contribuent à une sensibilisation générale à propos des médicaments et de la sécurité.

De plus, le ministre de la Santé devrait avoir le droit de refuser de fournir un avis de conformité à toute entreprise pharmaceutique qui produit des analgésiques ou des médicaments contre la dépendance si cette entreprise ne respecte pas les dispositions que je viens d'énoncer.

De plus, le gouvernement fédéral devrait proposer que les régimes retirent de la liste les formulations d'opioïdes à forte dose, y ajoutent les opioïdes à faible dose et obligent à indiquer dans les formulaires uniquement les formulations d'opioïdes inviolables dans les emballages protégés-enfants.

Cinq. Il faudrait rendre obligatoire la tenue d'un examen, mené tous les deux ans par Santé Canada, des monographies de produits des entreprises qui fabriquent des médicaments sur ordonnance à haut risque de consommation abusive (opioïdes, stimulants, etc.)

Six. Le gouvernement fédéral devrait réexaminer les exigences réglementaires applicables aux médicaments opioïdes (c'est-à-dire l'article 56 de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances) et y apporter des changements s'il y a lieu pour aplanir les obstacles au traitement.

Sept. Accroître la transparence des données relatives aux essais cliniques, en exigeant que l'industrie fournisse toutes les données concernant les essais cliniques et en obligeant Santé Canada à publier les données.

De plus, il faudrait prévoir dans la Loi sur les aliments et drogues une infraction pour les cas où l'organisme de réglementation est induit en erreur.

Huit. Exiger que la naloxone soit incluse dans les formulaires de médicaments fédéraux.

Neuf. Exiger que toutes les entreprises, sans exception, qu'elles fabriquent des produits de marque ou non, et qui distribuent des opioïdes, des sédatifs et des hypnotiques ou des stimulants respectent toutes les exigences en matière de présentation de drogues avant l'inscription. Cela comprendrait le fait de mener un essai clinique pour les fabricants de produits génériques.

Dix. Revoir les programmes internationaux fondés sur les données probantes pour les stratégies d'évaluation et d'atténuation des risques afin d'élaborer des normes et des modèles efficaces d'atténuation des risques pour les entreprises pharmaceutiques qui doivent être adoptés par l'industrie.

● (0900)

Onze. Exiger la présentation d'un rapport annuel, au Parlement, à Santé Canada ainsi qu'aux ministres provinciaux de la Santé et aux collèges provinciaux de médecins, sur tous les aspects des activités liées aux stratégies d'atténuation des risques des entreprises fabriquant des produits de marque ou autres.

Douze. Infliger des sanctions pécuniaires et réglementaires strictes aux entreprises qui fabriquent des médicaments de marque et autres et qui omettent de se conformer à des stratégies d'atténuation des risques que présentent leurs produits approuvés par Santé Canada ou qui omettent d'en faire rapport.

Enfin, ils devraient créer une journée nationale au cours de laquelle on pourrait rendre ces médicaments sur ordonnance. Je pense que Mark sera d'accord avec cette idée. Il faut sortir les vieux médicaments de nos armoires à pharmacie et les mettre dans un endroit où on peut s'en débarrasser en toute sécurité. À cette fin, le gouvernement fédéral devrait exiger que le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies travaille avec des intervenants clés au pays pour élaborer des normes nationales pour que l'on

reprenne et que l'on entrepose ces médicaments. Il n'existe aucune norme à cet effet à l'heure actuelle.

Voilà pour nos recommandations. Nous sommes disposés à collaborer avec les parlementaires à l'application de ces recommandations. Je serais ravi de rencontrer les membres du comité afin de discuter des mesures que nous pourrions prendre ensemble pour atteindre notre objectif.

Merci beaucoup.

● (0905)

Le président: Merci beaucoup, monsieur Bishop.

C'est maintenant le tour du chef Mark Mander, de l'Association canadienne des chefs de police.

Allez-y. Vous disposez de 10 minutes.

Chef Mark Mander (président, Comité sur la sensibilisation aux drogues, Association canadienne des chefs de police): Bonjour, je m'appelle Mark Mander. Je suis chef du service de police de Kentville et président du Comité sur la sensibilisation aux drogues de l'Association canadienne des chefs de police, ou ACCP.

Au nom du président de l'ACCP, le chef de police Jim Chu, et en mon propre nom, je suis sincèrement reconnaissant au comité de nous donner l'occasion de contribuer à l'étude de cette importante question. Je voudrais aussi féliciter M. Lobb d'avoir été nommé de nouveau président de ce comité très important, ainsi que les autres membres qui siègent au comité.

L'ACCP, par l'intermédiaire de ses 20 comités de la justice et de la sécurité publique contribue à cette étude principalement par l'entremise des comités de la justice, des droits de la personne, de la sécurité publique et de la sécurité nationale de la Chambre des communes. Pour vous mettre en contexte, l'ACCP représente plus de 90 % des services de police au Canada et inclut des dirigeants et des services de police fédéraux, autochtones, provinciaux, régionaux et municipaux. Notre mandat s'inspire de la sûreté et de la sécurité pour tous les Canadiens grâce à un leadership policier innovateur.

En 2007, l'ACCP a adopté, en matière de drogues, une politique élaborée par le Comité sur la sensibilisation aux drogues. Cette politique reflète la position de l'ACCP sur cette question nationale très importante qui a des répercussions directes sur les Canadiens au quotidien.

Permettez-moi de vous donner un aperçu de notre politique antidrogue. Nous croyons en une démarche équilibrée par rapport au problème de la drogue au Canada, axée sur la prévention, la sensibilisation, l'application de la loi, le counselling, le traitement, la réadaptation et, s'il y a lieu, d'autres mesures concernant le délinquant pour maîtriser les problèmes liés à la drogue au Canada. Nous croyons en un éventail complet et équilibré de pratiques réparties entre tous les éléments de notre politique.

En outre, ces éléments doivent être fondamentalement légaux et éthiques, tenir compte des intérêts de tous et chercher un juste milieu entre les intérêts sociaux et individuels. Nous pensons que, dans la mesure du possible, les initiatives devraient reposer sur des preuves.

Dans le cadre de vos délibérations, vous avez sans doute entendu — et vous continuerez d'entendre — d'innombrables témoignages de familles impuissantes qui ont vu, dans la douleur, des êtres chers succomber à l'abîme de la toxicomanie ou même en mourir. Certains de ces décès sont attribuables à une seule expérimentation des médicaments d'ordonnance. Nous devons rester à leur écoute et apprendre de leurs expériences, car ce sont ces familles qui sont affectées par ce qu'on appelle les « conséquences imprévues » de la prescription de médicaments.

En 2004, l'Association canadienne des chefs de police, dans sa résolution n° 08-2004, a demandé au ministre responsable de la santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux d'accorder la priorité à la mise en oeuvre de mesures de protection en consultation avec les représentants des services de police et des compagnies pharmaceutiques du Canada, afin d'empêcher le détournement des médicaments d'ordonnance vers le trafic de drogue.

Dans cette résolution, nous disons craindre que la consommation illicite de produits pharmaceutiques constitue un problème préoccupant ayant des répercussions sur la santé publique, et que cela pourrait être atténué au moyen de mesures de protection, comme l'amélioration de l'inspection des distributeurs et des pharmacies et le suivi des doses excessives prescrites dans les ordonnances. En 2012, nous avons réitéré notre position en adoptant une autre résolution.

Ce problème s'est intensifié, jusqu'à avoir des répercussions sur de nombreuses localités partout au Canada. Mes collègues de la police de l'ensemble du pays s'inquiètent de plus en plus du nombre de jeunes qui abusent des médicaments d'ordonnance, qui sont souvent accessibles à partir de l'armoire à médicaments de la famille et en passant par des amis. Nous sommes inquiets de l'augmentation des crimes liés aux produits pharmaceutiques, y compris les vols de pharmacie, le détournement de médicaments d'ordonnance, les introductions par effraction, le trafic, les ordonnances multiples, le vol et la contrefaçon d'ordonnance, la conduite avec facultés affaiblies ainsi que les infractions relatives aux vols visant à combler les besoins financiers des personnes à la recherche de médicaments. Le plus inquiétant, c'est le grand nombre de décès qui ont un lien direct avec la consommation de médicaments d'ordonnance. Certaines collectivités des Premières Nations sont durement touchées et connaissent des taux de toxicomanie qui dépasseraient largement la moyenne.

Nous savons que les drogues sont intrinsèquement liées à la criminalité. Toutefois, nous ne pouvons pas simplement régler ce problème en appliquant la loi. La communauté nationale doit nous aider à trouver une solution à la crise.

Pour nous, la voie empruntée est toute tracée. Le plan stratégique *S'abstenir de faire du mal: Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada* est le résultat de consultations poussées et du travail de nombreux intervenants, sous les bons conseils et la direction de Michel Perron et de l'équipe du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

• (0910)

Pour que la mise en oeuvre de la stratégie réussisse, il faut des ressources continues et, surtout, il faut que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux donnent l'exemple en collaborant pour adopter ce plan et faire en sorte que celui-ci demeure une priorité au cours des prochaines années.

Pour les policiers, l'élément le plus critique dans cette stratégie est probablement la composante du contrôle et de la surveillance, qui leur permet de recueillir les données les plus à jour et les plus pertinentes et d'agir en conséquence. Un programme de surveillance

pharmaceutique coordonné au niveau national est une première étape toute naturelle.

Dans notre plan concernant l'application de la loi, nous nous sommes engagés à faire certaines choses.

Premièrement, déterminer l'ampleur du problème des médicaments sur ordonnance pour les forces de l'ordre et la sécurité publique. On assiste déjà à l'amorce de cette initiative, Sécurité publique Canada effectuant une étude à ce sujet.

Deuxièmement, sensibiliser au problème les principales forces de l'ordre et les principaux organismes de la justice.

Troisièmement — et M. Cameron en a parlé —, favoriser l'entreposage et l'élimination sans risque des médicaments sur ordonnance. Le 11 mai 2013, en s'inspirant du modèle utilisé par la DEA aux États-Unis et des énormes efforts déployés en Ontario, l'ACCP et Sécurité publique Canada ont organisé une journée nationale de retour des médicaments d'ordonnance. La police a signalé avoir reçu un peu plus de deux tonnes de produits pharmaceutiques. Nous avons l'intention de poursuivre ces programmes. La date pour cette année a été fixée au 10 mai.

Quatrièmement, nous voulons cerner les lacunes dans les outils ou dans la formation des professionnels de la justice pénale afin de mieux lutter contre la consommation abusive de médicaments sur ordonnance.

Cinquièmement, nous voulons veiller à mener les enquêtes sur les décès au Canada de manière uniforme et en s'appuyant sur des données probantes. Nous sommes en train d'examiner les pratiques actuelles.

Sixièmement, nous souhaitons déceler et éliminer les obstacles à l'accès immédiat aux renseignements pertinents et au partage de ces renseignements. Nous estimons que notre programme de surveillance est le moyen d'y parvenir.

En terminant, l'abus de médicaments d'ordonnance touche une multitude de fournisseurs de services et d'intervenants. L'ACCP n'est qu'une partie prenante. Nous sommes prêts à prendre les devants et à travailler en collaboration pour résoudre cette crise nationale.

Merci.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Mander.

Nous venons d'entendre trois bons exposés.

La parole est maintenant à Mme Davies qui dispose de sept minutes. Allez-y.

Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPD): Merci à nos témoins d'avoir accepté de nous rencontrer aujourd'hui. Vos exposés sont excellents.

J'ai beaucoup de questions à vous poser. Il me faudrait beaucoup plus que sept minutes.

Monsieur Bishop, les renseignements que vous nous avez fournis sont fascinants. Je suis ravie que vous ayez préparé tant de recommandations détaillées. Je n'ai pas pris le temps de les écrire mais je suis sûre que notre analyste pourra s'y reporter. Vos recommandations sont très précises et très bonnes.

Pouvez-vous nous parler davantage du suboxone. Je connais la méthadone. Plusieurs des mes commettants prennent de la méthadone et certains vivent des expériences épouvantables. La méthadone crée une accoutumance extrême et parfois les gens retombent dans les drogues illicites et font des mélanges. Le suboxone est de loin moins susceptible de créer l'accoutumance.

Je serai curieuse de savoir combien de gens prennent de la méthadone comparativement à ceux qui prennent du suboxone. Avez-vous une petite idée? Peut-être que je me trompe mais je me demande pourquoi on prescrit couramment la méthadone plutôt que le suboxone. C'est une question de prix? Est-ce parce que les médecins connaissent mieux la méthadone?

À Vancouver, il y a des pharmacies qui ne dispensent que de la méthadone. Il semble que ce soit facile d'en obtenir et pourtant les gens qui en prennent me disent qu'ils en détestent les effets. J'ai rencontré des gens qui prenaient de la méthadone comme analgésique et ils en sont devenus très accros. Certains en sont morts. Le suboxone m'intrigue puisqu'il risque moins de créer l'accoutumance et je voudrais savoir à quelle fréquence il est utilisé.

Est-il vrai qu'on a retiré ce produit de la vente aux États-Unis? Selon nos notes, une certaine préparation a été retirée. Pouvez-vous nous expliquer cela.

En tous cas, j'aimerais en savoir plus sur les différences qu'il y a entre ces deux médicaments.

• (0915)

M. Cameron Bishop: D'entrée de jeu, je vous dirai que notre compagnie s'interdit de dénigrer un traitement donné. Nous ne dirons pas que la méthadone est supérieure ou inférieure au suboxone. Quand on dispense un traitement, le suboxone, la méthadone, l'appui psychosocial, tout concourt au succès. Le traitement réussira.

Pour certains patients, la méthadone est tout à fait indiquée. Je n'aime pas faire de comparaison entre les patients qui prennent le suboxone et ceux qui prennent régulièrement de la méthadone. Toutefois, quand les médecins prescrivent de la méthadone à leurs patients, c'est en général parce que ces derniers ont souffert des traumatismes épouvantables, la violence, sexuelle notamment, pendant leur jeunesse. Dans le cas du suboxone... Comme vous le savez, la méthadone crée un état second, une sorte d'hébété. Très souvent, les patients qui prennent du suboxone vous diront que leur esprit est trop clair et qu'ils ne souhaitent pas penser à ce qui leur est arrivé dans le passé si bien qu'on leur donne de nouveau de la méthadone. Pour certains patients, la méthadone est peut-être plus indiquée.

Quant au nombre de patients qui prennent du suboxone par rapport à ceux qui prennent de la méthadone et la raison pour laquelle le suboxone n'est pas prescrit plus fréquemment, je vous répondrai que plusieurs facteurs interviennent. Tout d'abord, dans certaines provinces, les collègues de médecins exigent que les praticiens aient une exemption leur permettant de prescrire de la méthadone avant qu'ils ne puissent prescrire du suboxone. Ce n'est pas le cas en Ontario. N'importe quel médecin peut prescrire du suboxone.

Mme Libby Davies: Et qu'en est-il de la Colombie-Britannique?

M. Cameron Bishop: La situation est un peu bizarre en Colombie-Britannique, et je le dis en bien. Là-bas, on est très progressiste à bien des égards pour garantir qu'un traitement est disponible. Le suboxone peut être prescrit à condition que le médecin ait conclu une entente de collaboration avec le ministère provincial de la santé, mais dans cette province, il y a aussi des formalités à remplir pour les exemptions concernant la méthadone.

La moitié des médecins que j'ai rencontrés affirme qu'il ne faut pas que les médecins de famille prescrivent le suboxone. En revanche, la moitié des spécialistes en toxicomanie vous diront qu'ils ne voient pas d'inconvénient à ce que les médecins de famille prescrivent le

suboxone. On doit laisser les spécialistes s'occuper des cas les plus complexes.

S'agissant du prix, on voit de tout à l'échelle nationale. Quand on compare le prix du suboxone à celui de la méthadone — et je cite un chiffre au hasard — la méthadone coûte littéralement quelques sous. Ce qu'on oublie de dire s'agissant de la méthadone... Neil McKeganey a fait une étude — que je peux faire parvenir au comité — sur le coût social de l'utilisation de la méthadone. Cette étude conclut que comparativement au suboxone, les coûts de la méthadone sont très élevés. Cette conclusion a été reprise dans un document de l'Agence canadienne des médicaments et technologies en matière de santé, selon lequel, à long terme, le rapport coût-efficacité du suboxone est bien meilleur, même si le prix est un peu plus élevé.

Pour ce qui est de la préparation particulière dont vous avez parlé, effectivement, il est vrai que nous avons demandé à la FDA de retirer ces comprimés de la circulation. Nous avons fait la même chose et l'Australie également. En effet, aux États-Unis, la FDA n'exige pas d'emballage protège-enfants ou inviolable. Au Canada, les comprimés sont vendus sous pellicule aluminium. Aux États-Unis, le produit était vendu en flacon de 30 comprimés, que pouvaient ouvrir des enfants. Nous avons indiqué à la FDA que nous retirions ce produit et qu'il faudrait le faire ailleurs à moins qu'on s'assure que le contenant est à l'épreuve des enfants.

Mme Libby Davies: C'est très responsable. Merci de nous l'avoir dit.

J'ai une autre question rapide. Y a-t-il de la recherche qui s'effectue, soit par RBP soit par d'autres compagnies, ici au Canada ou au niveau mondial, pour trouver d'autres médicaments pour contrer la dépendance aux opioïdes qui ne créent pas d'autres dépendances en même temps? Quelle sorte de recherche s'effectue? Est-ce qu'on peut s'attendre à des nouveautés?

• (0920)

Le président: Monsieur Bishop, vous avez 30 secondes pour répondre, s'il vous plaît.

M. Cameron Bishop: Je ne peux pas m'avancer par rapport à ce qui s'en vient, mais je peux vous dire qu'il y a des recherches qui se font visant le traitement de la dépendance aux opioïdes, ainsi que d'autres formes de toxicomanie. Nous ne serons jamais autre chose qu'une entreprise qui fabrique des médicaments pour le traitement des toxicomanies. Nous ne toucherons pas à d'autres domaines, parce que nous nous devons de mettre l'accent sur ce segment de la population.

Le président: Merci beaucoup.

Madame Adams, pour sept minutes.

Mme Eve Adams (Mississauga—Brampton-Sud, PCC): Merci beaucoup d'être avec nous aujourd'hui afin de discuter de ce sujet très important.

Ma première question est pour le coroner. Je regarde le rapport concernant M. King datant de 2011, et on indique qu'il est mort par accident. Ensuite, quand je regarde le rapport concernant Mme Bertrand, qui date aussi de 2011, on indique qu'elle est morte par suicide.

Pourriez-vous me dire quels sont les types de décès?

Dr Roger Skinner: Le coroner et tous les médecins peuvent choisir entre cinq types de décès, à savoir: décès naturel, décès accidentel, suicide, homicide, et décès indéterminé.

Mme Eve Adams: Ce serait bien d'avoir une autre catégorie qui vous permettrait de bien classer ces surdoses de médicaments par ordonnance. Croyez-vous que nous cachons ce problème?

Dr Roger Skinner: Non, je ne le crois pas.

Ce que nous faisons en Ontario et dans la plupart des provinces est conforme aux pratiques de l'Organisation mondiale de la Santé. Cela nous permet de mettre en place un système qui peut être transféré entre les différentes provinces et territoires. Il y a quelques variations au niveau des définitions de chaque type de décès, mais je crois qu'en général c'est le meilleur système de classement.

Mme Eve Adams: Par exemple, dans le rapport concernant M. King, on indique décès accidentel alors que sa mort a été causée par une surdose. Croyez-vous que ce soit vraiment juste de considérer une surdose comme un accident?

Dr Roger Skinner: Oui.

Ce n'est pas toujours possible de déterminer l'intention de quelqu'un, mais selon la prépondérance de probabilités, qui représente notre norme de preuve dans la plupart des circonstances, nous pouvons le faire. Les données qui sont recueillies n'indiquent pas seulement la nature du décès, mais également la cause. Dans le cas de M. King et de Mme Bertrand, la cause du décès est la toxicité médicamenteuse. Donc, les données nous permettent de conclure non seulement à la nature du décès, mais également à la cause.

Mme Eve Adams: Pour être juste, si monsieur ou madame Tout-le-monde lisait ces rapports et voyait le mot « accident », il penserait possiblement à un accident de voiture. Il penserait à des blessures dans des circonstances imprévisibles et inattendues. Mais si quelqu'un prend des surdoses de médicaments sur ordonnance de façon régulière, je ne sais pas s'il est juste de classer son décès comme un accident. Je crois et j'espère que ce que nous sommes en train de débattre, ce sont des moyens que l'on peut prendre pour aider les Canadiens et les Canadiennes qui souffrent de ce terrible problème.

Pourriez-vous nous faire des recommandations sur ce qu'on pourrait faire en tant que gouvernement fédéral et au niveau du ministère de la Santé afin de prévenir les surdoses de médicaments sur ordonnance, afin de pouvoir différencier les gens qui utilisent les médicaments pour des fins légitimes de ceux et celles qui deviennent dépendants de ces médicaments?

Dr Roger Skinner: Une des difficultés — d'ailleurs M. Bishop et le chef y ont tous deux fait allusion — est qu'établir une distinction entre ces groupes ne présente pas grand intérêt, vu que le risque est le même pour tous. Je voulais commencer par le préciser.

Pour répondre à votre question sur ce qui peut être fait au niveau fédéral, j'aimerais vous donner une liste des priorités selon moi, après avoir participé à l'enquête et oeuvré dans ce domaine ces dernières années.

Tout d'abord il est important de continuer à attribuer des ressources à des initiatives nationales visant à élaborer une approche, comme celles du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

Deuxièmement, il faudrait consacrer des ressources à la recherche appropriée, notamment dans la gestion de la douleur non liée au cancer et au traitement des dépendances.

Troisièmement, il faudrait contrôler l'accès aux préparations dangereuses, notamment les opiacés — fait déjà signalé également par les autres intervenants — et, plus particulièrement, l'accès aux préparations à dosage élevé.

Quatrièmement, il faudrait faciliter la collecte de données ordonnances et un système de partage pour ceux qui rédigent des ordonnances, ceux qui les remplissent, ainsi que les chercheurs.

Enfin...

● (0925)

Mme Eve Adams: Permettez-moi de vous interrompre. Sur ce dernier point, y a-t-il ailleurs un bon modèle que vous recommanderiez?

Dr Roger Skinner: Je n'ai pas connaissance d'un modèle national. Je pense qu'un peu partout on a des problèmes avec des systèmes de collecte hétéroclites. Au Canada, je crois que l'Alberta et la Nouvelle-Écosse sont en avance. L'Ontario est vraiment à la traîne, mais une initiative a été mise sur pied pour débiter cette collecte de renseignements. Les étapes suivantes? Amener les provinces et les territoires à effectuer la collecte de renseignements, mais il faut aussi que quelqu'un fournisse les moyens de partager ces renseignements hors des frontières provinciales.

Par exemple, à l'époque où je travaillais aux urgences, l'une des difficultés auxquelles nous nous heurtions était que nous nous faisons souvent rouler par des gens qui venaient chercher des médicaments. Par exemple, un jeune couple se présentait, disant qu'ils étaient dans notre petite ville pour assister à des funérailles, qu'ils avaient oublié leur ordonnance et voulaient seulement une semaine de l'opiacé qu'ils avaient l'habitude de prendre, sept ou huit pilules. Après un long entretien, j'ai prescrit le médicament et ils sont partis.

Le mois d'après, la GRC est venue dans mon bureau disant avoir arrêté un véhicule dont le feu arrière ne fonctionnait pas, en Alberta. Quand l'agent avait regardé à l'intérieur, il avait vu des centaines et des centaines de flacons de médicaments vides sur le siège arrière. C'est ainsi que le couple gagnait sa vie, en parcourant le pays d'une côte à l'autre et en se procurant au passage de petites quantités d'opiacés, qu'ils vendaient au fur et à mesure.

C'est un type de comportement impossible à retracer, pas d'une province à une autre. Si c'était possible, cela pourrait changer la donne.

Mme Eve Adams: Une fois que les dossiers de santé électronique seront pleinement disponibles, ce sera peut-être possible. Je sais que l'Alberta, par exemple, se distingue dans ce domaine.

Dr Roger Skinner: Effectivement.

Mme Eve Adams: En Ontario, il y a eu, bien sûr, le grand scandale des détournements des investissements dans le dossier de santé électronique, à l'époque des libéraux. En Alberta, cela a été mis en place et on peut vérifier ce que demandent les patients. Pensez-vous que ce serait utile?

Dr Roger Skinner: C'est sûr.

Mme Eve Adams: C'est une initiative que finance le gouvernement fédéral.

Le président: Nous en sommes à peu près aux sept minutes.

Merci beaucoup.

C'est Mme Fry qui pose la prochaine série de questions. Madame Fry, à vous la parole pour sept minutes.

L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): Laissez-moi féliciter tous les témoins de leurs excellentes présentations. Très claires, très concises. J'aurais une ou deux questions.

M. Bishop a souligné la manipulation des médicaments comme problème majeur et l'importance, pour la FDA ou notre ministre de la Santé, de commencer à se pencher sur des questions d'inviolabilité et de formulations inviolables. Selon vous, pourquoi l'OxyContin continue-t-elle à être vendue comme médicament alors que le ministre de la Santé fédéral a été averti du problème par chaque spécialiste de la santé publique au pays? Tous les ministres de la Santé au pays, sans exception, ont écrit une lettre; les États-Unis ont également demandé au Canada de prendre des mesures pour que l'OxyContin ne puisse pas être utilisée dans la rue. C'est une mesure importante que le gouvernement fédéral pourrait prendre.

À votre connaissance, y a-t-il une raison pour laquelle le gouvernement fédéral s'abstiendrait de prendre cette mesure? C'est ma première question.

M. Cameron Bishop: Non, pour être franc sur ce point, je pense que Santé Canada devrait aligner sa position avec celle des experts au pays: que le médicament devrait être inviolable à 100 %. Il n'y a pas de raison pour qu'il existe des formes non inviolables de l'oxycodone, du fentanyl ou d'autres choses. La technologie existe; toute société mettant ce type de produit sur le marché devrait être contrainte à en assurer l'inviolabilité.

L'hon. Hedy Fry: Merci. Non seulement le gouvernement s'est abstenu de prendre des règlements sur l'inviolabilité, il a aussi autorisé six nouvelles sociétés à commencer à mettre en marché ce médicament très très important qui risque d'être manipulé et utilisé comme drogue de la rue.

Passons à autre chose. Vous avez beaucoup parlé du suboxone. Connaissant la valeur de ce médicament, j'ai apprécié vos réponses soulignant que les données cliniques d'un patient donné sont susceptibles de déterminer ce qu'il convient de prescrire, méthadone ou autre chose. Avez-vous un commentaire sur le travail effectué récemment en Colombie-Britannique par des chercheurs intéressés par l'usage d'hydromorphones et d'autres médicaments apparentés à la morphine en conjonction avec l'héroïne? Ce sont des médicaments qui vont devoir être prescrits. Qu'en pensez-vous?

Nous savons qu'en Europe, par exemple, le traitement avec prescription d'héroïne est disponible dans la plupart des pays, comme thérapie de substitution pour des gens utilisant des drogues de la rue et requérant, pour s'en sevrer, un médicament sur ordonnance. Faute de mettre sur pied ce type de programme, nous contraignons des gens dont les résultats ont été très encourageants avec ce type de programme à se rabattre sur des drogues de la rue.

Avez-vous un commentaire à ce sujet?

• (0930)

M. Cameron Bishop: C'est pour cela que nous n'affirmons jamais que notre traitement est le meilleur ou que la méthadone est le meilleur traitement. La réalité dans ce domaine, comme dans celui du traitement du cancer ou du traitement d'autres maladies, est qu'il existe une gamme de traitements différents susceptibles de donner des résultats pour différents profils de patients. L'important est de promouvoir un traitement, plutôt qu'un modèle unique qui ne fonctionnerait pas, à cause justement de la variété des patients. Selon moi, tout traitement étant viable et sûr pour les patients mérite d'être exploré et, s'il se défend sur le plan scientifique, oui, c'est un traitement valable, selon moi.

L'hon. Hedy Fry: Nous savons, par exemple, que des médecins agréés du ministère de la Santé ont recommandé que le traitement soit disponible, mais que le ministère est intervenu et a refusé.

Monsieur Mander, je crois, a parlé de politiques basées sur des données probantes. Selon moi, nous avons là un exemple criant du contraire. Il s'agit d'une intervention idéologique allant à l'encontre de ce qui a été prouvé. Nous savons que les chefs de police ont envisagé des façons très créatives de faire face au problème et qu'ils sont, en fait, hautement préoccupés par le manque de politiques de réduction des méfaits dans bien des domaines.

Auriez-vous un commentaire à ce sujet?

Chef Mark Mander: Pour revenir à ce qu'a dit M. Cameron sur les stratégies d'inviolabilité, nous estimons qu'il faudrait prendre les devants sans attendre de constater des dommages dans la collectivité. Mettons les choses en place dès le départ, en amont, plutôt que d'attendre les répercussions en aval. En matière d'adoption des politiques, on voit très souvent des répercussions en aval et ensuite des réactions des spécialistes des soins de santé.

Nous pensons qu'il conviendrait de changer de paradigme, d'adopter une approche proactive afin que tout médicament — pas seulement les médicaments existant maintenant, mais tout nouveau médicament à l'avenir — soit systématiquement envisagé sous l'angle du risque de méfaits dans la collectivité qu'il présente et afin aussi qu'on étudie ce qu'il faut faire pour réduire lesdits méfaits.

Il s'agit en bonne part de sensibiliser les médecins et le système dans son ensemble quant aux médicaments, aux risques qu'ils présentent et aux mesures à prendre. Rien ne sert d'avoir un excellent programme de suivi des ordonnances partout au pays, si on ne veille pas également à ce qu'il soit utilisé. Un système, c'est bien joli, mais encore faut-il que ce soit plus qu'une ligne directrice. Il faut que ce soit un système contraignant pour la personne rédigeant l'ordonnance: « Il faut que vous consultiez ceci avant de faire une ordonnance pour quoi que ce soit. » Tel est notre point de vue.

Le président: Il vous reste une minute.

L'hon. Hedy Fry: J'aimerais parler d'une mesure adoptée par la Colombie-Britannique qui a changé bien des choses quant aux abus de médicaments d'ordonnance dans la province. En Colombie-Britannique, le problème tient plutôt aux drogues de la rue qu'aux médicaments sur ordonnance. Le programme d'ordonnance en triple exemplaire a-t-il changé les choses en Colombie-Britannique?

M. Cameron Bishop: Il semblerait que oui, que les gens de Colombie-Britannique aient bien des raisons d'être satisfaits du programme d'ordonnance en triple exemplaire. J'en entends dire beaucoup de bien et je dirai donc que oui, il semblerait que ce soit une bonne chose. D'après ce que m'ont dit une trentaine de docteurs de la province, ils en sont très satisfaits.

L'hon. Hedy Fry: Est-ce que cela pourrait être mis en oeuvre à l'échelle nationale, sous une forme ou sous une autre?

M. Cameron Bishop: Je pense qu'il convient effectivement d'explorer et d'élargir à l'échelle nationale si nécessaire, toute pratique exemplaire permettant d'une façon ou d'une autre de diminuer le détournement de médicaments, leur abus.

Chef Mark Mander: Pourrais-je ajouter deux mots à cela?

Le président: Oui, mais je vous demanderais d'être bref.

Chef Mark Mander: En Nouvelle-Écosse, nous avons un programme de suivi des ordonnances très structuré, si bien que le cumul d'ordonnances a pratiquement disparu dans la province. Le problème est que les gens peuvent aller à l'Île-du-Prince-Édouard et se procurer une ordonnance. C'est pour cela que...

• (0935)

Le président: Bonne chose à souligner, effectivement.

Nous en sommes à notre dernière série de questions-réponses de sept minutes, pour un député qui ne manque pas d'ancienneté sur la Colline, mais qui est nouveau dans notre comité, M. James Lunney.

Bienvenue. Vous avez sept minutes.

M. James Lunney (Nanaimo—Alberni, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins d'avoir accepté de comparaître aujourd'hui pour contribuer à une très importante étude que nous poursuivons en cette année 2014. Il s'agit de conclure une étude entamée l'an dernier par un comité dont les membres étaient différents.

Collectivement, vous avez fait ici toute une série de suggestions très intéressantes sur la façon de gérer un problème épineux.

L'un des problèmes aujourd'hui est que nous n'avions pas vos témoignages écrits sous les yeux, si bien qu'il était plus difficile de vous suivre. Ceci dit, le temps pressait; je vous remercie d'avoir accepté de comparaître avec si peu de préavis. On n'a pas pu faire traduire les documents, etc. Vu que certains d'entre nous n'ont pas nécessairement été en mesure de noter au vol tout ce que vous suggérez, j'espère que vous nous pardonneriez de poser peut-être des questions sur des éléments que vous avez déjà couverts.

Une question pour le Dr Skinner. Vous avez mentionné des chiffres plutôt inquiétants, comme quoi en 2008, les décès dus à des opioïdes étaient plus élevés que ceux dus aux accidents d'automobile. Ai-je bien compris ce que vous avez dit?

Dr Roger Skinner: Oui. Le nombre de décès causés par la toxicité liée aux opioïdes dépassait celui des décès causés par des collisions routières en Ontario. C'est encore le cas aujourd'hui.

M. James Lunney: Avez-vous une idée du nombre de décès si nous remontons à 2008? Je crois que c'est 2008 que vous avez mentionné.

Dr Roger Skinner: Pour la première fois en 2008, nous avons dépassé la barre des 300, en approchant les 350. Le nombre de victimes de la route dans la province était bien en deça de 300, mais depuis ce jour le nombre de décès liés aux opioïdes a augmenté. Comme je l'ai déjà dit, il dépasse les 500 aujourd'hui.

M. James Lunney: Merci.

J'aimerais revenir au Dr Skinner et au bureau du coroner un instant, mais tout d'abord j'aimerais revenir à une déclaration de M. Cameron Bishop.

Vous avez dressé une liste exhaustive de recommandations. Vous avez parlé de modifier l'étiquetage généralisé sur les produits. Vous avez également parlé des analgésiques et de l'accoutumance à ceux-ci et qu'il devrait y avoir définitivement mention de la possibilité d'accoutumance ou de décès. Pour les doses de plus de 200 milligrammes, vous dites que les médecins devraient probablement avoir des compétences spéciales. Les médecins sont réglementés par la province. Recommanderiez-vous une stratégie pancanadienne quelconque pour régler le problème? Ainsi les provinces pourraient travailler ensemble afin de s'assurer que toute personne prescrivant des doses plus élevées ait des compétences spéciales.

J'aimerais avoir vos commentaires.

M. Cameron Bishop: L'exigence que l'on retrouve à l'article 56 portant sur l'exemption afin de prescrire de la méthadone — cela doit passer par Santé Canada, mais les collègues s'en chargent — voilà où le gouvernement fédéral pourrait intervenir en disant: « Que se passe-t-il relativement au traitement à l'accoutumance? Faut-il ajouter une mention ou faire une modification quelconque qui

imposerait une forme d'exemption pour toute personne voulant dépasser ce seuil? »

Je puis vous dire qu'au sein de notre comité, nous avons débattu de la forme que cela prendrait. Nous ne sommes pas tout à fait certains. Je dirais qu'aux termes de l'article 56 et du libellé qu'on y trouve, j'estime qu'une discussion pourrait être amorcée au niveau fédéral afin de voir si un libellé pourrait stipuler une sorte de compétence qui va au-delà de ce qu'on a à l'heure actuelle.

M. James Lunney: Je comprends.

Vous avez fait allusion à une transparence accrue pour toutes les données cliniques. Vous avez dit aussi, je crois, qu'il faudrait prévoir une infraction lorsque l'organisme de réglementation est induit en erreur.

Je crois que nous avons eu un exemple notoire de cette situation en 2007. Une entreprise qui fait partie de la Purdue a été condamnée aux États-Unis d'avoir induit en erreur l'organisme de réglementation. Cette entreprise s'est vue imposer une lourde amende. C'était aux États-Unis? Cela portait sur l'OxyContin.

Est-ce cela que vous visez?

M. Cameron Bishop: Nous avons une lacune du côté de la reddition de comptes pour certains des organismes de réglementation de ces entreprises. Je suis toutefois très satisfait du projet de loi C-17, par exemple, mais dans ce contexte, nous pourrions resserrer le libellé à la lumière de vos recommandations. Ainsi, le projet de loi C-17 serait renforcé et permettrait de régler certains des problèmes dont nous avons parlé aujourd'hui.

• (0940)

M. James Lunney: Je vais maintenant m'adresser au chef de police. Merci d'être ici aujourd'hui.

Monsieur Mander, j'aimerais vous poser des questions sur les commentaires que vous avez faits à propos des outils dont dispose la police pour la surveillance ou le suivi des produits pharmaceutiques.

Chef Mark Mander: D'abord, lorsqu'on a songé à cette question...

Nous sommes très habiles pour recenser les drogues illicites. Nous sommes habiles pour retracer les éléments criminels qui y participent, mais bien souvent, nous sommes pris de court lorsque tout d'un coup la drogue de prédilection dans la collectivité devient un médicament d'ordonnance. Il est alors très difficile pour nous de gérer la situation du point de vue de l'enquête et de la répression.

Si des gens disposent de médicaments et se les échangent, on ne peut pas distinguer entre l'ordonnance d'une personne qui porte sur 20 comprimés de Dilaudid et celle d'une autre. On ne peut pas dire s'il y a eu échange ou pas, mais très souvent c'est ce qui se produit. Dans cet environnement, quelqu'un peut obtenir des médicaments d'un médecin et les passer à quelqu'un d'autre.

Lorsqu'on parle de décès en Nouvelle-Écosse — il y en a eu environ 400 au cours des cinq dernières années — voilà ce que nous constatons, un cocktail d'alcool et de drogues, certains illicites, d'autres licites, de la méthadone, ainsi de suite. Malheureusement, c'est ce qui cause ces morts. Lorsque nous nous rendons sur les lieux, l'enquête est très difficile à gérer, surtout lorsque les familles veulent savoir ce que l'on peut faire à cet égard, puisque quelqu'un a vendu ces médicaments à cette personne.

Bien sûr, nous faisons des progrès. Certaines accusations ont été portées contre des gens qui faisaient ce trafic de médicaments et dont les clients sont morts par la suite.

M. James Lunney: Je vois que M. Bishop veut intervenir. De toute façon j'allais justement me tourner vers vous, donc...

Le président: Si vous avez une brève observation à faire, allez-y, sinon nous allons poursuivre.

M. Cameron Bishop: J'allais tout simplement dire, Dr Lunney, qu'en matière de système de surveillance, j'inviterais les membres du comité à se pencher sur le système RADARS utilisé aux États-Unis. Il fonctionne très bien.

Est-ce le meilleur système qui soit? Je ne saurais le dire, mais c'est un modèle qui mérite d'être étudié.

Le président: Très bien. Est-ce en Californie?

M. Cameron Bishop: Il est basé au Colorado.

Le président: Je songeais justement à ce que nous fassions un voyage dans les collectivités afin que nous puissions jeter un coup d'oeil à ce genre de choses, mais je...

Des voix : Oh, oh!

M. Cameron Bishop: On peut aussi faire du ski au Colorado, monsieur le président.

Le président: Très bien, excellent.

Nos prochaines questions seront posées par M. Morin en français
[Français]

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

Docteur Skinner, ma première question s'adresse à vous. Vous avez mentionné dans votre présentation qu'un des points faibles était le manque de connaissances en ce qui a trait à la toxicité des médicaments. Que jugez-vous déficient? Est-ce les connaissances du corps médical professionnel ou la formation continue en matière de médicaments d'ordonnance créant des dépendances?

J'aimerais que vous nous donniez plus d'information, de façon à ce que nous comprenions mieux la situation du Canada à cet égard.

[Traduction]

Dr Roger Skinner: Oui, je pense que les lacunes ont deux composantes.

D'abord, il y a un manque de recherche et de preuves relativement à l'efficacité des traitements des douleurs non liées au cancer, surtout par les opiacés. Il faudrait faire des recherches plus approfondies et de façon scientifique.

Deuxièmement, vous avez tout à fait raison de dire que les médecins reçoivent très peu de formation officielle lorsqu'ils s'agit de produits pharmaceutiques et de la rédaction d'ordonnances, surtout lorsqu'il s'agit de prescrire des produits opiacés. Pendant leurs études en médecine et leur résidence, ils passent très peu d'heures à étudier ce sujet.

On apprend souvent sur le tas. Une fois que l'on a obtenu notre permis, on n'est plus obligé de se perfectionner. Il serait peut-être intéressant d'examiner un quelconque système d'exemption, comme il y en a pour la méthadone, de sorte que pour obtenir une exemption et pouvoir prescrire des doses élevées d'opiacés, il faudrait prouver que l'on a reçu de la formation et que l'on a les connaissances nécessaires pour faire ces ordonnances.

● (0945)

[Français]

M. Dany Morin: Merci.

Ma deuxième question s'adresse également à vous.

Dans votre présentation, vous avez aussi mentionné que l'un des facteurs problématiques était le marketing énergique auquel se livraient les compagnies. Au Québec, d'où je viens, les règles touchant la publicité des médicaments ne sont pas les mêmes que dans le reste du Canada. Je trouve que la publicité québécoise en matière de médicaments est plus subtile...

[Traduction]

Le président: Excusez-moi un instant. Je pense que nous n'avons obtenu que les deux dernières secondes. Nous allons reculer la minuterie et reprendre si vous le permettez. Je suis désolé.

M. Dany Morin: Je vous en prie.

[Français]

Comme je le disais, ma deuxième question vous est destinée, docteur Skinner.

Dans votre présentation, vous avez mentionné le marketing énergique des compagnies. Pour ma part, je viens du Québec. La publicité en matière de médicaments, notamment à la télévision, y est très différente que dans le reste du Canada. Je pourrais même la qualifier de plus subtile.

Pouvez-vous nous parler de la situation pancanadienne et nous donner des exemples concrets qui démontrent à quel point le marketing est énergique? « *Aggressive marketing* » sont les mots que vous avez utilisés.

[Traduction]

Dr Roger Skinner: Je peux parler de ma propre expérience lorsque je pratiquais la médecine, surtout pendant les années 1980 et 1990 lorsque des médicaments comme l'OxyContin étaient de plus en plus utilisés.

En tant que médecins, ce n'est certainement pas en regardant la publicité télévisée que nous nous informons. Nous consultons les journaux médicaux et rencontrons les représentants des compagnies pharmaceutiques qui nous renseignent sur les nouveaux produits. C'est dans ce cadre qu'ont été préparés les messages sur la sécurité du produit et sur nos changements de pratiques d'ordonnances consistant à donner la dose nécessaire pour éliminer complètement la douleur.

Comme on l'a dit, c'est ce genre de questions que l'on a posées par rapport à ce qui s'est passé au sujet de Purdue, au sud de la frontière. La mise en marché ciblait les médecins prescripteurs à leur bureau.

[Français]

M. Dany Morin: Merci beaucoup.

Ma dernière question s'adresse à vous, monsieur Bishop. Dans votre présentation, vous avez dit qu'il serait important d'étendre le traitement dans toutes ses formes. Croyez-vous que la réduction des méfaits devrait faire partie de ces différentes formes de traitement?

Au Canada, la réduction des méfaits peut prendre différentes formes, surtout lorsqu'il est question d'abus de drogues, qu'elles soient prescrites ou non. Avant 2007, la réduction des méfaits était le quatrième pilier de la Stratégie nationale antidrogue du Canada. Or ce volet a été éliminé à la suite de pressions du gouvernement conservateur.

Pour votre part, trouvez-vous que la réduction des méfaits a encore sa place au Canada en 2014?

[Traduction]

M. Cameron Bishop: Je dirais que la « réduction des méfaits » est une expression lourde de sens; toutefois, je dirais aussi que toute forme de traitement vise nécessairement la réduction des méfaits. Que vous preniez de la méthadone ou du Suboxone ou bien que vous ayez un appui psychologique ou toute autre forme de traitement, je dirais que oui, il faut que cela soit un pilier de la Stratégie. Doit-on dire de quoi il s'agit? Oui. Cependant, pour toutes sortes de raisons l'expression « réduction des méfaits » irrite certaines personnes, qui n'en comprennent pas la signification.

Lorsque l'on prescrit un traitement, quel qu'il soit, on cherche à soulager le mal. Que vous vouliez appeler cela officiellement la réduction des méfaits ou que vous vouliez en faire un pilier de la Stratégie ou quoi que ce soit d'autre, le fait est que, dès lors qu'on prescrit un traitement, on cherche essentiellement à réduire les méfaits.

Le président: Merci beaucoup.

Prochain intervenant, pour cinq minutes, M. Terence Young.

M. Terence Young (Oakville, PCC): Monsieur Bishop, pourriez-vous s'il vous plaît dire au comité, si vos antécédents concernent la pratique de la médecine, la recherche clinique, ou bien...?

• (0950)

M. Cameron Bishop: Je n'ai pas de formation en médecine.

M. Terence Young: Alors, en recherche clinique?

M. Cameron Bishop: Non.

M. Terence Young: Je suis désolé, parce qu'on indique dans ce document que vous êtes directeur de la politique de santé et des traitements.

M. Cameron Bishop: Oui, c'est exact.

M. Terence Young: Votre société recommande-t-elle des thérapies non pharmacologiques pour traiter les toxicomanes?

M. Cameron Bishop: Oui. En fait, si vous examinez les monographies de nos produits, nous indiquons que les thérapies médicamenteuses devraient toujours être utilisées dans le contexte d'un appui psychologique. L'un ne va pas sans l'autre.

M. Terence Young: Merci.

J'aimerais vous lire quelque chose. Je fais beaucoup de recherches sur l'innocuité des médicaments d'ordonnance et en consultant mon BlackBerry, le premier site que j'ai trouvé s'intitule drugs.com. En faisant une recherche sur le Suboxone, j'ai pu lire: « La mauvaise utilisation d'antidouleurs narcotiques peut entraîner la dépendance, des surdoses ou la mort. » Voilà l'information que l'on donne sur le médicament que vous proposez. On y trouve aussi la liste des personnes pour qui c'est contre-indiqué, quels autres médicaments ont une incidence sur celui-ci, en plus d'un avertissement.

Je pense que vous avez entendu le coroner dire qu'il y a beaucoup de comorbidités ou de toxicomanies connexes, et je suis certain que vous le savez. On peut lire sur le même site que si le Suboxone est

combiné à de l'alcool, il peut entraîner des effets secondaires dangereux, voire la mort.

Vous recommandez au comité que l'on propose que tous les formulaires pharmaceutiques comprennent le Suboxone pour l'ensemble des hôpitaux et tous les centres...

M. Cameron Bishop: Non, je n'ai pas inclus le Suboxone.

M. Terence Young: C'était l'une de vos recommandations.

M. Cameron Bishop: Non, j'ai dit « naloxone ».

M. Terence Young: Ah bon, je suis désolé.

Pour en revenir à votre produit, votre société s'occupe essentiellement d'un seul médicament, un opiacé, qui fait partie du problème que nous devons affronter, et votre produit peut créer une dépendance.

M. Cameron Bishop: Oui, c'est exact.

M. Terence Young: Par ailleurs, il est dangereux avec de l'alcool. Je ne comprends pas.

M. Cameron Bishop: Eh bien, oui, cela vient du fait que l'on estime donner un médicament à quelqu'un pour traiter une dépendance, on donne ainsi un médicament à un toxicomane. Cela étant dit, bon nombre d'études prouve l'innocuité de ce médicament lorsqu'il est utilisé tel que prescrit.

M. Terence Young: Merci beaucoup.

Docteur Skinner, j'aimerais continuer un peu dans la même veine de ce que disait le secrétaire parlementaire sur la façon dont les décès se sont produits.

J'ai fait beaucoup de travail sur l'innocuité des médicaments d'ordonnance. L'un des obstacles auxquels nous faisons face est lié aux décès causés par les médicaments d'ordonnance qui font l'objet d'articles dans les médias et ainsi de suite. D'abord on ne publie pas les suicides et, je comprends pourquoi, parce que cela peut avoir un effet d'entraînement, mais aussi parce que lorsqu'un médecin prescrit un médicament à un patient et que ce dernier décède, il s'agit toujours d'une mort naturelle, de sorte que personne n'estime qu'il faille enquêter.

J'ai plaidé avec le Comité de la justice — en compagnie de deux autres parents qui avaient perdu des enfants en raison d'un médicament d'ordonnance — en 2005, et avec la province de l'Ontario pour qu'une nouvelle catégorie de décès soit créée afin que l'on puisse savoir si cela découle d'un médicament d'ordonnance ou d'une erreur iatrogène. On nous a totalement ignorés, et la loi a été changée pour que le ministre ne soit plus du tout tenu responsable.

Ne pensez-vous pas qu'il vaudrait mieux établir ce type de catégorie afin que les familles, les patients, le public et les médias puissent savoir lors du décès d'un patient si un médecin lui avait prescrit un médicament?

Dr Roger Skinner: Non, je ne le crois pas.

M. Terence Young: Pourriez-vous nous dire pourquoi?

Dr Roger Skinner: Je ne pense pas que cela ajouterait quoi que ce soit aux possibilités d'enquête, ainsi qu'aux possibilités d'obtention et de communication de l'information. Par contre, l'ajout de cette catégorie rendrait très difficile l'échange d'information avec d'autres autorités.

M. Terence Young: Pour aider à cacher des décès. Ne pensez-vous pas que cela contribue à disculper les médecins des erreurs qu'ils ont faites?

Dr Roger Skinner: Non.

M. Terence Young: J'ai donc une autre question. Lorsque les patients deviennent dépendants des opiacés, ce qui constitue l'un de nos plus importants problèmes de santé au Canada, qui est à blâmer?

Dr Roger Skinner: Il est très difficile de répondre à cette question. Si vous me demandez en tant que médecin... Vous voulez savoir, je suppose, si le médecin peut être tenu responsable de la mort de quelqu'un à qui il a prescrit un médicament. Est-ce là votre question?

M. Terence Young: Oui, ou si cette personne devient dépendante. Laissez-moi vous donner un exemple.

Les dentistes en Ontario, et je ne sais pas ce qui en est dans le reste du Canada, donnent des opiacés aux personnes qui se font enlever les dents de sagesse. Ils leur prescrivent de l'oxycodone ou de l'OxyContin, c'est-à-dire les médicaments qui créent la plus forte dépendance que nous connaissions. Il y en a au moins deux dans ma circonscription d'Oakville dont les parents les amènent en voiture à Burlington toutes les semaines et quelquefois deux fois par semaine pour obtenir la méthadone à laquelle ils sont devenus dépendants après s'être fait enlever les dents de sagesse. Qui est à blâmer?

• (0955)

Dr Roger Skinner: Le prescripteur doit porter une partie des responsabilités. Le Dr Buckley en a parlé lors de votre dernière réunion en disant que collègue des dentistes se penche également sur cette question au sein de cette profession.

Parallèlement, parmi les médecins, lorsque j'ai présidé à l'enquête que vous avez évoquée plus tôt. C'est une position inconfortable que d'être responsable. En tant que médecin, nous devons reconnaître le rôle que nous jouons dans cette situation. Ce n'est pas le seul facteur et c'est pourquoi il est nécessaire d'adopter une approche multiple à ce problème.

Mais vous avez tout à fait raison de dire que l'un des facteurs importants porte sur l'éducation des médecins. Oui.

Le président: Merci beaucoup.

Madame Morin, vous avez cinq minutes.

[Français]

Mme Isabelle Morin (Notre-Dame-de-Grâce—Lachine, NPD): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je vous remercie tous de vos témoignages.

Ma première question s'adresse à vous, monsieur Mander. Vous avez parlé de l'augmentation des crimes liés aux drogues obtenues sur ordonnance. Au Canada, combien de crimes cela représente-t-il par année?

[Traduction]

Chef Mark Mander: J'examine toujours cette question. Je ne saurais vous répondre, mais selon les chefs de police, en général la plupart des crimes sont liés à la drogue. Je ne pourrais vous dire s'il s'agit de médicaments d'ordonnance ou d'héroïne, mais la drogue sous-tend la plupart des crimes.

[Français]

Mme Isabelle Morin: Il n'existe pas de données là-dessus présentement?

[Traduction]

Chef Mark Mander: Pour les médicaments d'ordonnance... Et qu'est-ce qui alimente cela? Non. Cela fait partie de notre projet de recherche.

[Français]

Mme Isabelle Morin: D'accord.

Vous avez donné plusieurs exemples, dont la conduite sous l'effet de la drogue. Faites-vous des tests? Comment vous y prenez-vous pour voir si une personne conduit sous l'effet de la drogue?

[Traduction]

Chef Mark Mander: Il y a des ERD, des experts en reconnaissance de drogues, d'un bout à l'autre du pays qui sont formés précisément à cette fin. Du point de vue de la répression et lorsque j'en parle à mes collègues, nous constatons qu'il y a de plus en plus de personnes qui ne conduisent pas en état d'ébriété mais sous l'influence de drogues.

[Français]

Mme Isabelle Morin: S'agit-il d'abus de drogue ou, plutôt, de mauvaises indications?

J'aimerais vous parler d'un cas personnel. Quand j'ai dû passer l'examen pour obtenir mon permis de conduire, j'étais très jeune et j'avais pris un médicament. Un dentiste m'avait prescrit de la codéine, mais il n'était pas indiqué sur l'étiquette que je ne pouvais pas conduire après en avoir pris.

Est-ce qu'on pourrait avoir de meilleures pratiques afin d'informer les gens qu'il ne faut pas conduire après avoir pris de tels médicaments, ou est-ce que les cas de conduite sous l'effet de la drogue sont toujours le résultat d'abus?

[Traduction]

Chef Mark Mander: C'est un peu des deux, mais si on examine les étiquettes des médicaments d'ordonnance, c'est indiqué qu'il faut éviter de conduire des véhicules lourds. En ce qui me concerne, une voiture ferait aussi partie des véhicules lourds. Lorsqu'on parle d'éducation et d'étiquetage pour tout médicament pouvant affecter la capacité cognitive ou la capacité de conduire, il faudrait le dire bien clairement.

Voilà où l'éducation entre en jeu pour les médecins, ceux qui rédigent de telles ordonnances, votre dentiste ou votre pharmacien. Ce sont eux qui devraient dire aux gens, « Soit dit en passant, vous ne devriez pas conduire en prenant ces médicaments et surtout si vous les combinez avec des opiacés ou de l'alcool. » Les risques en seraient accrus.

[Français]

Mme Isabelle Morin: Merci beaucoup.

Ma prochaine question s'adresse à vous, monsieur Bishop. Vous avez parlé de conflit d'intérêts dans le cas des compagnies pharmaceutiques qui vendent à la fois des traitements anti-dépendance et des substances susceptibles de provoquer une dépendance. Je trouve également qu'il s'agit d'un conflit d'intérêts.

Avez-vous des recommandations à faire à ce sujet? Croyez-vous qu'il faudrait établir des règlements ou des lois à cet égard? Devrait-on interdire aux compagnies pharmaceutiques de vendre l'un et l'autre de ces deux produits? Quelles mesures le gouvernement fédéral pourrait-il prendre dans ce dossier?

[Traduction]

M. Cameron Bishop: Selon notre groupe, si quelqu'un souhaite fabriquer un antidouleur ou un médicament pour traiter la toxicomanie, la norme minimale devrait faire en sorte que cela vise à décourager l'abus; c'est la norme minimale, si l'on compte en faire la mise en marché.

Idéalement, si dans la mise en marché de la suboxone, nous décidions que nous allions commencer à fabriquer des opioïdes d'ordonnance qui pourraient être traités par le médicament même que nous fabriquons, cela pour moi serait mauvais. Si vous parlez aux Canadiens moyens, et j'ai discuté avec bien des gens... monsieur Young, vous connaissez Ada Thompson, de l'association pour les prescriptions responsables en matière d'opioïdes. Elle est aussi d'accord pour dire qu'on ne peut pas permettre la double utilisation, parce qu'on permet ainsi essentiellement d'empirer le problème.

Si le gouvernement fédéral peut examiner cela lorsqu'il établit les avis de conformité, il devrait donc fixer des normes minimales pour éviter les abus, mais l'objectif final devrait être que personne ne peut jouer sur les deux tableaux.

• (1000)

[Français]

Mme Isabelle Morin: Est-ce que beaucoup de compagnies sont dans cette situation, présentement?

[Traduction]

M. Cameron Bishop: Je suis désolé. L'audio s'est arrêté vers la fin.

[Français]

Mme Isabelle Morin: Est-ce que beaucoup de compagnies pharmaceutiques sont dans cette situation, présentement?

[Traduction]

M. Cameron Bishop: Il y a des éléments dont il faut tenir compte, oui, surtout lorsqu'on commence à parler de fabricants de produits non marqués ou génériques. Les normes existent, mais ne sont pas suffisamment strictes pour empêcher ce problème.

Personnellement, je trouve malheureux que nous permettions que ce genre de chose se produise. Je ne pense pas que cela soit bien, et j'estime que c'est aussi l'avis de monsieur et de madame Tout-le-monde.

Le président: Nous avons dépassé les cinq minutes.

Pour la gouverne du comité, M. Bishop doit nous quitter vers 10 h 10. Il doit témoigner devant un comité sénatorial.

Notre prochain intervenant est M. Wilks, pour cinq minutes.

M. David Wilks (Kootenay—Columbia, PCC): Je voudrais poursuivre dans la même veine que mon collègue, M. Young, au sujet des décès qui font l'objet d'une enquête de police, communément appelés morts subites causées par ce genre de médicaments.

Vous ne le savez peut-être pas, monsieur Skinner, mais avant d'être député j'étais agent de la GRC et j'ai fait enquête sur un nombre important de morts subites.

J'aimerais entendre ce que vous avez tous les deux à dire au sujet d'un certain problème.

Dans la plupart des cas, lorsque la police est appelée pour une mort subite, il s'agit d'une surdose d'une drogue illicite ou non illicite, ou même d'alcool. L'enquête est difficile. L'agent se rend sur place mais n'a pas le pouvoir de déplacer le cadavre; il a seulement le pouvoir de déterminer ce qui est arrivé.

Je me souviens de nombreux cas où, en arrivant, nous pouvions voir une multitude de pilules et nous pensions « mort subite ». Oui, la personne était décédée. Nous appelions le coroner. C'est lui qui a le pouvoir de faire déplacer le cadavre. Ensuite, la police n'a plus rien à voir avec l'enquête, puisqu'elle est menée par le coroner.

D'après ce que j'entends aujourd'hui et d'après ce que M. Young a dit, il me semble qu'il faudrait mieux définir le rôle de la police dans ces enquêtes. Il me semble que, si l'on se rend dans une résidence où il y a eu mort subite et que l'on trouve une multitude de médicaments sur ordonnance —, supposons, prescrits par plus d'un médecin — cela devrait rapidement soulever des soupçons, mais on ne peut rien faire, car cela relève du coroner.

Avez-vous des suggestions à nous faire?

J'aimerais entendre d'abord le chef Mander et ensuite le Dr Skinner.

Chef Mark Mander: Certains membres de notre comité — dont le Dr Bowes, notre médecin légiste en chef de la Nouvelle-Écosse — vont examiner les pratiques exemplaires appliquées dans l'ensemble du pays dans de tels cas. La police le fait du point de vue de l'enquête et se renseigne sur ce dont les coroners ont besoin dans de tels cas.

Vous avez raison. Il y a 10 ans, lorsque quelqu'un mourait après avoir pris un opiacé ou à cause d'une surdose, on transférait automatiquement l'affaire au coroner. Maintenant, ce n'est pas juste l'affaire du coroner. Il peut y avoir des ramifications judiciaires, pas seulement du point de vue de l'enquête, puisqu'il y a eu un trafic, mais il se pourrait également qu'un médecin, la personne qui a établi l'ordonnance, ait agi de manière illégale. C'est ça le problème.

L'autre problème auquel nous devons faire face, c'est que très souvent nous transférons l'enquête pour apprendre trois mois plus tard que la personne avait pris une grande quantité d'un médicament qui ne lui avait pas été prescrit, etc. Cela complique grandement l'enquête de la police.

• (1005)

M. David Wilks: Avant de vous laisser intervenir, monsieur Skinner, j'aimerais soulever une autre chose. Cela concerne la question de Mme Morin au sujet de ce que j'appellerai la conduite avec facultés affaiblies par la drogue. Que je sache, à moins qu'il y ait de nouvelles méthodes, le seul moyen d'obtenir une condamnation pour conduite avec facultés affaiblies par la drogue, c'est d'obtenir un échantillon de sang. Nous savons tous à quel point cela peut être difficile et que ça doit être effectué par un médecin. Je crois que la police aurait besoin de meilleurs moyens pour enquêter rapidement dans de tels cas, car à l'heure actuelle, c'est trop long. À tel point, surtout en matière de drogues, que malgré l'aide d'un expert en reconnaissance de drogues, il faut quand même formuler une demande et attendre qu'elle suive son cours. Nous devons vraiment nous attaquer à cela.

J'aimerais entendre ce que M. Skinner a à dire au sujet des enquêtes.

Dr Roger Skinner: En ce qui concerne les enquêtes, j'ai de la chance en Ontario, car notre loi nous donne le pouvoir de demander l'aide de la police pour notre enquête, ce que nous faisons. Dans un cas comme celui que vous avez décrit, où nous arrivons sur les lieux et trouvons des ordonnances au nom de différentes personnes ou faites par plusieurs médecins, par exemple, le coroner a le pouvoir d'ordonner à la police de faire enquête pour lui sur la personne qui a rédigé l'ordonnance et celle qui l'a remplie. Souvent, la police et le coroner vont travailler ensemble pour obtenir ces documents et faire enquête.

M. David Wilks: Mais ce n'est pas le cas dans toutes les provinces, n'est-ce pas? Vous parlez seulement de l'Ontario.

Dr Roger Skinner: C'est exact. Je pense que la GRC se trouve dans une situation très différente dans d'autres provinces et territoires.

Le président: Très bien.

Madame Davies.

Mme Libby Davies: Docteur Skinner, j'aimerais revenir à quelque chose que vous avez dit au début de votre exposé.

La discussion aujourd'hui va porter en grande partie sur les opiacés, mais, dans le cadre de notre étude sur les abus de médicaments d'ordonnance, nous examinons aussi d'autres catégories de médicament, que ce soit des stimulants ou des antidépresseurs. Vous avez dit quelque chose qui m'a frappée. Vous avez indiqué, je pense, que les abus augmentent avec l'âge. Je pense qu'il existe un stéréotype selon lequel ce sont des jeunes, des toxicomanes jeunes qui abusent des médicaments d'ordonnance. Nous n'avons pas vraiment accordé beaucoup d'attention à la question des aînés. Je sais que, lorsque j'étais conseillère municipale à Vancouver, nous avions un comité des aînés pour qui c'était un énorme problème.

Je me demande si vous pourriez nous en dire un peu plus à ce sujet et nous indiquer s'il y a des mesures particulières que vous recommanderiez à l'égard des personnes plus âgées, et nous parler également des conséquences du vieillissement de la population sur l'utilisation et les abus éventuels de médicaments d'ordonnance. Est-ce qu'il s'agit d'un manque d'information ou un problème de prescription? Que pensez-vous au sujet de ce problème?

Dr Roger Skinner: Ce que je disais — je pense peut-être ne pas l'avoir fait assez clairement —, c'est que, lorsque les gens vieillissent, ils sont plus susceptibles d'obtenir leur drogue au moyen d'une ordonnance. Les jeunes ont plutôt tendance à acheter leur drogue dans la rue, alors que les personnes plus âgées obtiennent leur drogue au moyen d'une ordonnance.

Cela étant dit, vous avez absolument raison, d'après ce que nous voyons — et nous ne voyons que la toute fin, comme le chef le disait —, donc, ce que nous voyons chez les aînés, c'est l'effet de la toxicité d'un médicament, que cet effet soit recherché ou accidentel.

Est-ce que la réponse est l'éducation? Probablement. Encore une fois, il s'agit d'informer les médecins, car nous savons que la polypharmacie et l'usage inapproprié des opiacés et d'autres médicaments psychoactifs sont un problème chez les personnes âgées. Nous le voyons constamment. Il s'agit également d'informer les patients afin qu'ils comprennent très bien de quelle manière utiliser leur médicament. Il faut leur dire que ce n'est pas vrai que cinq pilules ça doit être mieux qu'une seule, par exemple, lorsqu'on prend des comprimés d'oxycodone à libération prolongée. Un patient qui utilise des timbres de fentanyl doit s'assurer d'enlever le vieux timbre avant de placer le nouveau. Il n'est pas rare de voir des personnes qui en ont cinq, et alors nous devons essayer de déterminer s'ils n'ont tout simplement pas compris qu'ils devaient enlever les vieux ou s'ils en ont mis autant délibérément.

Oui, c'est un problème et, effectivement, je pense que l'éducation est probablement la solution à ce problème.

• (1010)

Mme Libby Davies: Est-ce qu'il me reste du temps?

Le président: Oui, il vous reste deux minutes.

Mme Libby Davies: Très bien. Merci beaucoup.

Je sais que vous représentez seulement le bureau du coroner de l'Ontario et que vous ne pouvez pas vraiment nous parler des autres régions, mais en ce qui concerne les morts accidentelles en Ontario, combien d'entre elles sont liées à...? Pouvez-vous nous donner une ventilation par âge? Je serais curieuse de savoir si ce sont surtout les personnes âgées qui meurent accidentellement.

Dr Roger Skinner: Je n'ai pas ces chiffres sous les yeux. La plupart des personnes qui meurent à cause de la toxicité d'un médicament ont entre 20 et 50 ans, mais le taux relatif pour les personnes âgées est probablement plus élevé. En d'autres mots, l'incidence pour ce groupe d'âge est plus élevée et a augmenté dernièrement. Je pense que c'est parce que les personnes elles vivent plus longtemps. Donc, nous en voyons de plus en plus.

Je m'excuse, mais je n'ai pas ces chiffres avec moi aujourd'hui. Je serai heureux de vous les fournir plus tard si vous voulez.

Mme Libby Davies: Ça nous aiderait. Si vous pouviez nous les envoyer, je l'apprécierais grandement.

Est-ce qu'il me reste encore un peu de temps?

Le président: Vingt secondes.

Mme Libby Davies: Je ne sais pas, docteur Skinner, si vous avez des commentaires à faire au sujet de la recherche et du fait que nous devrions en faire davantage sur la gestion de la douleur qui ne crée pas d'accoutumance. Je pense que vous l'avez mentionné. Avez-vous autre chose à nous proposer?

Dr Roger Skinner: Je pense que ce qui frustre notamment les médecins qui font des ordonnances, c'est qu'ils ont peu de moyens pour lutter contre la douleur. À cause des problèmes d'accès aux traitements non médicaux ou non pharmaceutiques, souvent la solution la plus facile ou la plus rapide, c'est de rédiger une ordonnance.

En fait, si nous avons un meilleur accès aux autres moyens de soulager et de gérer la douleur, nous pourrions peut-être éviter certains de ces problèmes.

Le président: Merci beaucoup. Je pense que vous touchez à une question importante.

Monsieur Lizon, vous avez cinq minutes.

M. Wladyslaw Lizon (Mississauga-Est—Cooksville, PCC): Merci à nos témoins d'être venus ce matin.

Monsieur le président, j'aimerais, par votre entremise, poser ma première question au Dr Skinner.

Docteur, je suis membre du comité depuis quelque temps déjà, et je participe à cette étude depuis le début. Aujourd'hui, une grande partie des renseignements qu'on nous a fournis concernait les opiacés, tout comme l'ont fait la plupart des autres témoins qui ont comparu. Il doit y avoir d'autres médicaments d'ordonnance qui font l'objet d'abus, mais je suis perplexe au sujet des opiacés. Il me semble que c'est un cercle vicieux qui entraîne les patients, les médecins, les fabricants de médicaments et les organismes de réglementation gouvernementaux à divers niveaux. Pour qu'un patient obtienne un médicament, il faut qu'un médecin le lui prescrive.

Docteur, comment pouvons-nous briser ce cercle vicieux? Vous nous avez dit que les drogues tuent un plus grand nombre de personnes que les accidents d'autos. C'est tragique. Il y a des médecins qui prescrivent des médicaments qui créent une dépendance, et les gens deviennent accros. Nous savons depuis plus de cent ans que les opiacés créent une dépendance. Où est le problème?

Dr Roger Skinner: Pour ce qui est de savoir pourquoi il y a eu un changement ces dernières années, encore une fois, je pense que cela est dû à la disponibilité et à une évolution de la culture en médecine. Auparavant, les opiacés étaient réservés pour les soins de fin de vie, la gestion aiguë des blessures ou des soins postopératoires. Cependant, pendant cette période, soit de la fin des années 1970 aux années 1990, on a commencé à utiliser les opiacés pour la douleur chronique non liée à un cancer. Ce n'était pas seulement une nouvelle façon de les utiliser, mais une nouvelle attitude selon laquelle il fallait donner les doses maximales pour éliminer complètement la douleur, sans avoir effectué les recherches nécessaires pour vérifier l'efficacité de ce modèle. C'est la spirale dont vous parlez.

Maintenant, nous constatons que nous sommes allés trop loin et nous essayons d'amorcer le retour du balancier. Ce sera graduel. Il n'y a pas que les médecins qui soient en cause. Comme vous le disiez, il y a les fabricants, les pharmaciens, ceux qui tirent un bénéfice illégal, et les patients eux-mêmes et leurs attentes. Il faut tout ramener à une approche plus modérée, qui serait fondée sur les données montrant que ces médicaments améliorent la vie et la condition des patients. Pour le moment, nous n'avons pas ces preuves.

• (1015)

M. Wladyslaw Lizon: Merci beaucoup.

Docteur, pourriez-vous nous parler rapidement des abus de médicaments d'ordonnance non opiacés?

Dr Roger Skinner: Oui, je vous ai parlé des opiacés, mais ils ne sont pas les seuls médicaments qui tuent. Vous avez absolument raison. Comme je le disais, les autres médicaments sont plus souvent imputables à des cas isolés d'ingestion délibérée, mais ce n'est pas toujours le cas. L'un des problèmes tient au fait que les personnes qui souffrent de douleurs chroniques et celles qui ont accès aux opiacés sont souvent atteintes de maladies concomitantes. Elles peuvent avoir des problèmes de santé mentale. Elles peuvent avoir d'autres problèmes médicaux pour lesquels on a prescrit d'autres médicaments qui sont tout aussi dangereux et qui, lorsqu'ils sont combinés aux opiacés, même si les doses individuelles ne sont pas létales, peuvent entraîner la mort. Souvent, ces personnes meurent d'un mélange fatal de drogues, que ce soit un opiacé et de l'alcool ou un opiacé et un médicament psychoactif avec ou sans alcool.

M. Wladyslaw Lizon: Merci beaucoup.

Monsieur le président, est-ce qu'il me reste du temps?

Le président: Il vous reste 15 secondes pour une dernière réflexion.

M. Wladyslaw Lizon: J'y renonce. Merci beaucoup.

Le président: Il nous reste encore cinq minutes, et M. Lunney va en profiter. Si vous le permettez, j'aimerais poser une question rapide au Dr Skinner puis je vous passerai la parole.

Docteur Skinner, pensez-vous que les médicaments antipsychotiques devraient être prescrits aux patients atteints d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence dans les maisons de soins infirmiers. Pouvez-vous nous dire ce que vous en pensez?

Dr Roger Skinner: Ciel! Et vous n'avez que cinq minutes, n'est-ce pas?

Le président: Il ne reste que 50 secondes.

Dr Roger Skinner: Je suis également président de notre comité des soins gériatriques et de longue durée, qui fait enquête sur certains

décès dans les installations de soins de longue durée. C'est certainement un sujet brûlant dans notre domaine.

Dans certaines circonstances, ce genre de traitement peut être approprié à la condition qu'on fasse un essai et qu'on cesse de donner le médicament s'il n'y a aucune amélioration. Mais il ne fait aucun doute que l'emploi généralisé de médicaments antipsychotiques dans les installations de soins de longue durée joue un rôle dans certains décès au sein de ces installations.

Le président: Monsieur Lunney.

M. James Lunney: Merci beaucoup. C'était une excellente question.

Docteur Skinner, vous avez mentionné quelques rapports. C'est une question plutôt pratique. Il se peut que le comité ait eu accès à ces rapports au début de cette étude avant que certains d'entre nous ne soyons membres du comité. Vous avez mentionné un rapport du Collège des médecins et des chirurgiens. Est-ce que vous faisiez allusion au Collège de l'Ontario? Quel est le titre de ce rapport.

Dr Roger Skinner: C'est juste. C'était le collège Ontario, et le titre du rapport, lequel est sur le site Web, est « Avoiding Abuse, Achieving a Balance: Tackling the Opioid Public Health Crisis ».

M. James Lunney: Vous avez aussi parlé d'un autre rapport, intitulé « S'abstenir de faire du mal ». Qui en était responsable? Est-ce que je peux demander à l'analyste si le comité a déjà en main ces rapports?

Mme Karin Phillips (analyste, Bibliothèque du Parlement): Oui, et je peux vous les envoyer.

M. James Lunney: Je vous en serais reconnaissant.

Dr Roger Skinner: C'est le Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance, sous l'égide du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, avec lequel M. Bishop et moi collaborons.

• (1020)

M. James Lunney: Quand ce rapport a-t-il été publié?

Dr Roger Skinner: À l'autonome, je pense. Vous en souvenez-vous?

Chef Mark Mander: J'ai le rapport avec moi.

Dr Roger Skinner: C'était vers la fin de 2013. C'est juste.

M. James Lunney: C'était en mars 2013.

C'est le résultat d'un excellent travail d'équipe.

S'il me reste du temps, je voudrais le céder à mon collègue Terence, qui a une question pressante.

M. Terence Young: Merci, monsieur Lunney.

Chef Mander, je ne voudrais pas vous mettre sur la sellette, parce que je comprends que vous n'avez pas forcément les chiffres exacts, mais si c'est possible, pourriez-vous répondre à ceci au mieux de vos connaissances.

Si personne n'était accro de médicaments d'ordonnance, si ce problème n'existait pas, de quel temps votre personnel administratif et vos policiers disposeraient-ils alors pour mener d'autres enquêtes policières importantes. Autrement dit, quel pourcentage de vos ressources des services policiers est consacré aux crimes liés à la dépendance aux médicaments d'ordonnance?

Chef Mark Mander: Je ne peux vous répondre qu'en ce qui concerne notre service policier, et vous pourriez extrapoler.

Ce serait de l'ordre de 5 à 10 % de notre temps.

M. Terence Young: Docteur Skinner, prenez le temps qu'il vous faut.

Quelles mesures les gouvernements devraient-ils prendre pour que l'on cesse de favoriser de nouvelles dépendances aux opioïdes sur ordonnance au Canada?

Dr Roger Skinner: Parlez-vous du gouvernement fédéral ou de tous les gouvernements?

M. Terence Young: De tous les gouvernements. Si vous pouviez prendre une décision au nom de tous les gouvernements pour empêcher des gens de devenir dépendants des opioïdes sur ordonnance, que feriez-vous?

Dr Roger Skinner: Ai-je droit à une liste illimitée de mesures ou est-ce que vous me demandez d'en choisir une seule?

M. Terence Young: Commencez par vos priorités.

Dr Roger Skinner: Je pense que le problème — et c'est le constat à la suite d'une discussion pancanadienne —, c'est qu'il n'y a pas qu'une seule réponse. Si on n'aborde pas la question en intégrant tous les aspects de la prévention, de la répression, de l'éducation et du traitement, nous manquons le coche. Si nous devons choisir un aspect, ça ne mène nulle part.

Si vous voulez savoir ce qui pourrait être fait à l'échelon fédéral, je pense qu'une des choses qui ont été soulignées, c'est le contrôle de l'accès à ces cocktails dangereux ainsi que le financement de recherche pertinente et d'initiatives comme celles du conseil d'action national. On pourrait en quelque sorte montrer la voie par l'élaboration d'un programme de collecte et d'échange de données de surveillance de façon à pouvoir faire de la recherche, mais aussi à savoir qui sont les mauvais éléments qui prescrivent, ceux qui dispensent ces drogues, afin de pouvoir les cibler, les éduquer et améliorer leurs pratiques.

Pour terminer, il n'a pas encore été question de la nécessité d'un plan global de traitement de la douleur et des toxicomanies dans les collectivités des Premières Nations, où le problème est absolument effarant.

Le président: Merci.

Notre dernière intervenante, Mme Fry, a cinq minutes. Vous avez la parole.

L'hon. Hedy Fry: Je ne pense pas avoir besoin de cinq minutes, monsieur le président.

Ma question pour M. Skinner est la suivante: parmi toutes ces recommandations, il n'a pas mentionné la question des prescriptions en trois exemplaires. Je n'en fais pas un cheval de bataille; c'est tout simplement que cela semble avoir fonctionné en Colombie-Britannique pour réduire l'incidence des surdoses de médicaments sur ordonnance.

Chaque médecin qui prescrit un opiacé doit produire la prescription en trois exemplaires. Un exemplaire est envoyé au Collège des pharmaciens, le deuxième au Collège des médecins et le troisième est conservé par le médecin. Cela permet de contrôler la façon dont les opiacés sont prescrits pour savoir si c'est approprié. Ainsi, on peut détecter les patients qui se font prescrire des opiacés par deux ou trois médecins différents. De plus, cela permet de déterminer les médecins qui prescrivent des opiacés de façon inappropriée, pour qu'ensuite le Collège des médecins leur signale leur erreur et la façon pertinente d'intervenir.

Ce système semble avoir très bien fonctionné en Colombie-Britannique, et je me demande pourquoi d'autres provinces ne lui

emboîtent pas le pas. Ce n'est pas une compétence fédérale; c'est une compétence provinciale.

Pouvez-vous me l'expliquer?

• (1025)

Dr Roger Skinner: Je suis tout à fait d'accord avec vous, docteur Fry, car cela a fonctionné non seulement en Colombie-Britannique, mais dans d'autres provinces également. En fait, je pense que c'est l'Alberta qui a fait figure de pionnière en matière de prescriptions à trois exemplaires. C'est une bonne façon de recueillir des données sans avoir à investir dans toutes sortes de technologies.

Ce système présente néanmoins des limites, par exemple l'obtention de données en temps opportun. Moi qui travaille dans un service d'urgence, si un client me demande de l'OxyContin, comment puis-je savoir où il a obtenu ses trois dernières ordonnances et ce qui s'est passé par la suite? Le système de prescriptions en trois exemplaires est très lent. Il vaut mieux que rien du tout, mais il présente quand même certaines limites.

En l'absence d'une base de données électronique, je pense que le système en trois exemplaires est une excellente façon de commencer à obtenir des données et une bonne façon pour les ministères provinciaux et les collèges professionnels d'avoir une vue d'ensemble de la situation, notamment pour détecter les aberrations et apporter des corrections.

L'hon. Hedy Fry: Je poursuis dans la même veine. Lorsque je pratiquais en Colombie-Britannique, nous pouvions obtenir un rapport quotidien du Collège des pharmaciens et du Collège des médecins. C'est-à-dire que chaque jour, nous obtenions la liste des personnes qui consultaient deux ou trois médecins différents, ainsi que des noms qu'ils donnaient à ces médecins, afin que nous puissions reconnaître ces patients lorsqu'ils venaient nous voir.

Cela ne fonctionnerait pas en salle d'urgence, comme vous le dites, car cette information n'est pas disponible tout de suite, mais elle peut certainement réduire l'incidence de double ou triple ordonnance, soit parce que des patients vous racontent avoir perdu leurs médicaments, soit parce que les médecins surprescrivent sans y penser. Ainsi, d'une part, on apprend à détecter les patients suspects, et d'autre part le collège connaît les médecins qui ont tendance à donner des prescriptions trop facilement.

Dr Roger Skinner: Je suis tout à fait d'accord.

Ai-je le temps de faire une brève observation?

Le président: Oui.

Dr Roger Skinner: L'incident qui a mené à l'enquête sur ces deux décès découlait d'une situation où une seule personne avait émis des ordonnances. Il y avait eu deux décès à des moments différents, et deux coroners faisaient enquête. Alors, aucun lien n'avait été établi. Dieu merci, la police locale m'a appelé pour me signaler qu'il s'agissait dans les deux cas du même médecin et qu'il émettait des prescriptions analogues à d'autres personnes.

Vous avez raison. Si nous pouvions avoir accès à cette information et savoir qui prescrit quoi à qui, il y aurait moyen d'intervenir, oui.

Le président: Il vous reste du temps, chef.

Chef Mark Mander: Je ne veux pas vanter la Nouvelle-Écosse, d'où je viens...

L'hon. Hedy Fry: Mais vous allez le faire.

Chef Mark Mander: ... mais notre programme prévoit ce système, justement. Nous avons maintenant un système d'accès 24 heures sur 24. Un médecin, où qu'il soit, peut ainsi savoir ce qui a été prescrit. De plus, le système est intégré à ceux des services policiers, de telle sorte qu'on peut signaler les gros utilisateurs aux gens du programme de surveillance des médicaments d'ordonnance, qui à leur tour avertit les médecins que tel ou tel patient pourrait avoir été vu vendre ses médicaments. Nous avons un système de mise en commun de l'information, qui est plutôt efficace.

Le président: Merci beaucoup.

Cela met fin au deuxième tour.

Nous devons discuter des affaires du comité. Je remercie les témoins d'aujourd'hui. Vous nous avez donné beaucoup d'informations et vous avez très bien répondu aux questions.

Nous allons maintenant suspendre la séance pendant un petit moment pour laisser nos invités partir, et nous allons reprendre les travaux.

[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>